

31261



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

3<sup>29.</sup>

**CAMPUS IZTACALA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**“ESTRATEGIA DE MERCADOTECNIA SOCIAL  
PARA OPTIMIZAR LA UTILIZACION DE  
UN SERVICIO DE URGENCIAS”**

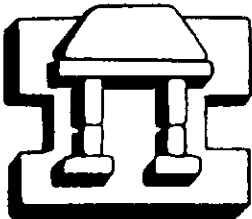
**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN INVESTIGACION  
DE SERVICIOS DE SALUD**

**P R E S E N T A**

**MC. MA. SALOME GRAJEDA LOPEZ**

**DIRECTORA DE TESIS  
M. EN I. S. S. ANA LUISA GONZALEZ-CELIS RANGEL**



**IZTACALA**

**LOS REYES IZTACALA, ESTADO DE MEXICO**

**OCTUBRE 1998**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

266980



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PAGINACIÓN

DISCONTINUA

## DEDICATORIA

A mis padres Pedro y Ma. Salomé,  
por su ejemplo como profesionistas, como pareja y como seres humanos.

A mis adoradas hijas Andrea y Mariana.  
por su amor y comprensión.

Con amor a mi esposo José,  
por su apoyo incondicional y su ilimitada fe en mí.

A Paty,  
mi hermana y amiga inseparable por sus consejos.

A Pedro y Fernando,  
mis queridos y admirados hermanos.

## AGRADECIMIENTOS

A mi Alma Mater, la Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, con quien refrendo mi compromiso de superación constante.

A mi directora de tesis. Ana Luisa González-Celis Rangel, con mi reconocimiento por su asesoría y amistad desinteresada.

Al comité revisor, jurado de examen de grado y estimados profesores: Mario Cárdenas Trigos, Héctor González Díaz, Rosa Isabel Esquivel Hernández y Víctor Manuel Hernández Reynoso.

A las autoridades del HCSAE doctores: Guillermo Hernández Morales, Luis Tomas Teuffer Carrión y Judith Zepeda López .

Al personal del comité de calidad del HCSAE:  
Zita Jiménez Deschamps y Jesús Méndez de la Cruz.

A los médicos, enfermeras y pacientes que amablemente accedieron a colaborar en la realización de esta investigación, mi reconocimiento.

A la doctora María Suárez Castillo entrañable amiga de la infancia, por su constante motivación y apoyo.

A Magda Suárez y Rubén Zambrano por su apoyo técnico.

## INDICE DE CONTENIDO

	Páginas
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO 1. INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (ISS)	
1.1. LOS SERVICIOS DE SALUD: UN MERCADO ATÍPICO.....	4
1.2. EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO.....	6
1.3. CAMPO DE LA ISS.....	9
1.4. LÍNEAS PRIORITARIAS DE INVESTIGACIÓN.....	13
CAPÍTULO 2. MERCADOTECNIA	
2.1. CONCEPTO DE MERCADOTECNIA.....	15
2.2. PRINCIPIOS DE LA MEZCLA DE MERCADOTECNIA.....	19
CAPÍTULO 3. MERCADOTECNIA SOCIAL (MS)	
3.1. DEFINICIONES DE MERCADOTECNIA SOCIAL.....	24
3.2. PRINCIPIOS Y TECNICAS DE LA MERCADOTECNIA SOCIAL.....	25
3.3. PLAN ESTRATÉGICO DE MERCADOTECNIA SOCIAL.....	30
3.4. APLICACIONES DE LA MS EN MÉXICO.....	33
CAPÍTULO 4. INVESTIGACIÓN DEL CONSUMIDOR	
4.1. ANTECEDENTES.....	34
4.2. EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN DEL CONSUMIDOR.....	36
CAPÍTULO 5. COMPORTAMIENTO DEL CONSUMIDOR	
5.1. MOTIVACIONES.....	44
5.2. TIPOS Y SISTEMAS DE NECESIDADES.....	46

	Páginas
5.3. PERSONALIDAD.....	48
5.4. PERCEPCIONES .....	51
5.5. ACTITUDES .....	57
<b>CAPÍTULO 6. HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD: CONSULTA</b>	
EXTERNA CONTINUA DEL SERVICIO DE URGENCIAS .....	61
<b>CAPÍTULO 7. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA</b>	
7.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	76
7.2. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN .....	76
7.3. OBJETIVO GENERAL .....	76
7.4. OBJETIVOS PARTICULARES .....	76
7.5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	77
7.6. JUSTIFICACIÓN.....	78
7.7. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	80
<b>CAPÍTULO 8. METODOLOGÍA</b>	
8.1.DISEÑO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN .....	82
8.2. DISEÑO Y TAMAÑO MUESTRAL .....	82
8.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	83
8.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	83
8.2.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN .....	83
8.3. DISEÑO DE INSTRUMENTO .....	83
8.4. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO .....	84
8.5. PROCEDIMIENTO.....	85
8.6. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES ....	86

	Páginas
8.7. CATEGORIZACIÓN DE LAS RESPUESTAS .....	90
<b>CAPÍTULO 9. RESULTADOS</b>	<b>91</b>
9.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO .....	92
9.2. ANÁLISIS ASOCIATIVO .....	109
9.3. DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DE LOS USUARIOS DEL SUM.....	114
<b>CAPÍTULO 10. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>115</b>
<b>CAPÍTULO 11. CONCLUSIONES .....</b>	<b>119</b>
<b>CAPÍTULO 12. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>121</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>124</b>
<b>APÉNDICES: .....</b>	<b>129</b>
<b>APÉNDICE "A". CROQUIS DEL HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD</b>	
<b>APÉNDICE "B". INSTRUMENTO DE MEDICIÓN</b>	
<b>APÉNDICE "C". DOCUMENTO DE ACEPTACION DE PROYECTO DE TESIS EMITIDO POR EL HCSAE</b>	



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura	Título	Páginas
No.1	Número de usuarios por grupo de edad categorizada .....	92
No.2	Número de usuarios por género.....	93
No.3	Número de usuarios por estado civil .....	94
No.4	Número de usuarios por procedencia .....	94
No.5	Número de usuarios por ocupación .....	95
No.6.	Número de usuarios por característica laboral.....	95
No.7	Número de usuarios por día de la semana .....	96
No.8	Número de usuarios por turno.....	97
No.9	Número de usuarios por nivel de involucramiento .....	97
No.10	Número de usuarios que utilizan otros servicios de salud.....	98
No.11	Número de usuarios que utilizan por primera vez el SUM .....	98
No.12	Número de usuarios por decisión para utilizar el SUM.....	99
No.13	Número de usuarios por tipo de enfermedad categorizada.....	100
No.14	Número de usuarios según tiempo que tardaron en acudir al SUM.....	100
No.15	Número de usuarios según sus motivos para acudir al SUM.(I) .....	101
No.16	Número de usuarios según sus motivos para acudir al SUM. (II) .....	102
No.17	Número de usuarios según sus motivos personales para acudir al SUM.....	103
No.18	Número de usuarios según los motivos que dependen del SUM.....	104
No.19	Número de usuarios según su opinión general acerca del SUM.....	105
No.20	Número de usuarios según su opinión acerca del personal del SUM.....	106
No.21	Número de usuarios según su opinión acerca de la limpieza del SUM.....	106
No.22	Número de usuarios según su opinión acerca de la rapidez en el SUM.....	107
No.23	Número de usuarios según las razones que definen la percepción positiva del SUM.....	108
No.24	Número de usuarios según las razones que definen la percepción negativa del SUM .....	108

## INDICE DE TABLAS

Tabla	Título	Páginas
I	Valores de asociación entre las variables geodemográficas (edad, género, estado civil, procedimiento, característica laboral), y la necesidad dominante (diagnóstico), con la variable de situación de uso: día.....	110
II	Valores de asociación entre las variables geodemográficas (edad, género, estado civil, procedimiento, característica laboral), y la necesidad dominante (diagnóstico), con la variable de situación de uso: turno.....	110
III	Valores de asociación entre el nivel de involucramiento y las variables que caracterizan el perfil geodemográfico de los usuarios del SUM.....	110
IV	Valores de asociación entre la necesidad dominante (diagnóstico), y las variables geodemográficas de los usuarios y el tiempo que tardaron en venir al SUM.....	111
V	Valores de asociación entre las variables geodemográficas y las motivaciones personales para utilizar el SUM.....	111
VI	Valores de asociación entre las variables geodemográficas y las motivaciones personales para utilizar el SUM.....	112
VII	Valores de asociación entre las variables geodemográficas y las motivaciones dependientes del servicio para utilizar el mismo.....	112
VIII	Valores de asociación entre la opinión acerca de la atención del personal del equipo de salud y las variables geodemográficas del usuario del SUM.....	112
IX	Valores de asociación entre la opinión acerca de la limpieza de las instalaciones del SUM, y las variables geodemográficas del usuario del mismo.....	113
X	Valores de asociación entre la opinión acerca de la rapidez que se tuvo en trámites y atención del personal y las variables geodemográficas de los usuarios del SUM.....	113

## RESUMEN

Se realizó un estudio en población derechohabiente de un hospital de la empresa paraestatal de Petróleos Mexicanos, en la Ciudad de México. Se consideró como fundamento teórico al área de la Investigación del Comportamiento del Consumidor situada dentro de la Mercadotecnia Social.

El objetivo fue analizar el comportamiento de los consumidores de un servicio de urgencias con base en el proceso de segmentación (geodemográfica, por situación de uso y psicológica) utilizado por la mercadotecnia social, para obtener indicadores que contribuyan a diseñar estrategias para optimizar la utilización del servicio.

Se consideró una muestra de 520 usuarios de la Consulta Externa Continua del Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel, con un 95% de confiabilidad y un margen de error del 5%. El instrumento aplicado a la muestra fue una encuesta de actitudes según la escala de Likert, que consistió en reactivos diseñados con base en el proceso de segmentación seleccionado. Se realizó un análisis descriptivo y uno asociativo (prueba Chi Cuadrada), para validar las hipótesis de investigación.

Con los resultados se conformó el Perfil de los usuarios de la Consulta Externa Continua del Servicio de Urgencias del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Pemex, el cual incluye las características geodemográficas de los usuarios: edad, género, estado civil, procedencia y ocupación; las situaciones en que es utilizado el servicio con más frecuencia: día y turno; el nivel de involucramiento de los usuarios para con el servicio; los diagnósticos o necesidades dominantes y el tiempo que tardan en acudir al servicio; sus motivaciones personales y las generadas por el servicio y por último la calidad percibida por los usuarios.

Del análisis asociativo se encontró: asociación entre los factores geodemográficos de los usuarios: edad, estado civil, ocupación y procedencia con el día en que acuden al servicio de urgencias. También se encontró asociación significativa entre todas variables geodemográficas de los usuarios y el diagnóstico por el que acuden. En cuanto a la asociación de las variables geodemográficas y el turno fue significativa sólo con el estado civil y la procedencia. Al buscar asociación entre el nivel de involucramiento (qué tanta información tienen sobre el servicio) y las variables geodemográficas de los usuarios se encontró asociación significativa con el estado civil, la procedencia, la ocupación y la característica laboral. No se encontró asociación entre las motivaciones personales y motivaciones que derivan del servicio, con las variables geodemográficas de los usuarios. Por último se encontró asociación entre la calidad percibida (evaluada a partir de: la opinión general, la opinión acerca de la atención del personal, la opinión acerca de la limpieza y la opinión acerca de la rapidez en la atención), con el género y la procedencia de los usuarios del servicio.

Las conclusiones y recomendaciones coinciden en proponer a los Investigadores de Servicios de Salud, aplicar la Investigación del Comportamiento de los Consumidores empleada en los estudios de Mercadotecnia Social, para generar información que contribuya al diseño de estrategias que optimicen la utilización de los servicios de salud.

## INTRODUCCIÓN

En la Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, desde hace 18 años, a nivel de posgrado se han formado profesionistas dedicados al área de la Investigación de Servicios de Salud (ISS).

Esta Maestría ha permitido que a través de sus egresados la misión de la Universidad se continúe, ya que con sus aportaciones participan en la solución de los problemas de salud que muestra la sociedad mexicana.

El campo de la Investigación de Servicios de Salud es tan amplio y los problemas que estudia requieren de conocimientos de diversas áreas, como la medicina, la psicología, la economía, la administración, la sociología, la antropología, entre otras<sup>1</sup>.

Es así, como el presente estudio se enfoca a una área de la Administración conocida como Mercadotecnia Social, cuya aportación a la planeación de los servicios de salud, es innegable dado el tipo de información que se genera para reorientar planes, programas, políticas y estrategias a seguir para lograr la satisfacción de la población que demanda y utiliza los servicios de salud.

Al desarrollar este trabajo basado en la investigación del comportamiento del consumidor se pretende que el Equipo de salud conozca que su aplicación es de gran importancia por la nobleza de sus usos en busca de la satisfacción de los pacientes. Por otra parte, a los tomadores de decisiones les ofrece resultados validados científicamente para organizar las acciones realizadas para la oferta de los servicios de salud.

En resumen, la idea de Servicio al usuario, que es un factor fundamental en la Investigación de Servicios de Salud, se identifica y se estudia desde una perspectiva novedosa y de fructíferos resultados.

El trabajo se presenta a lo largo de doce capítulos iniciando con un resumen y una introducción.

En el primer capítulo, se hace referencia a la Investigación de Servicios de Salud, se plantea una revisión de: los Servicios de Salud como un mercado atípico, del Sistema de Salud en México, del Campo de la ISS y de las Líneas Prioritarias de investigación que existen dentro de esta área.

En los capítulos II, III, IV y V, se encuentra el marco teórico de nuestro estudio. Primeramente, se aborda a la Mercadotecnia desde un punto de vista general, su concepto y principios; en seguida, se hace una revisión de la Mercadotecnia Social, considerando su definición, sus principios y técnicas, y su plan estratégico, así como se mencionan las aplicaciones de la Mercadotecnia Social en

México. Después se trata ampliamente la Investigación del Comportamiento del Consumidor (cuya metodología se considera para el desarrollo de este estudio), sus antecedentes y su proceso; al final, se dedica el capítulo V a la revisión del Comportamiento del Consumidor puntualizando los aspectos más importantes como son: las motivaciones, los tipos y sistemas de necesidades, la personalidad, las percepciones y las actitudes de los consumidores o usuarios.

El VI capítulo, se dedica a la Consulta Externa Continua del Servicio de Urgencias del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de la empresa paraestatal PEMEX, en donde se realizó el estudio.

El capítulo VII, corresponde a la delimitación del problema, la pregunta y propósito de investigación, los objetivos general y particulares, el planteamiento del problema, su justificación así como a las hipótesis de investigación.

La metodología elegida en este estudio se encuentra en el capítulo VIII, que incluye: el tipo y nivel de investigación, el diseño y tamaño de la muestra, el procedimiento seguido, la definición y operacionalización de las variables y la categorización de las respuestas.

Se mencionan los resultados obtenidos, en el capítulo IX, a partir de un análisis descriptivo seguido de otro de tipo asociativo y se concluye al describir el perfil de los usuarios del Servicio de Urgencias estudiado.

A continuación se plantean la discusión de los resultados, las conclusiones y recomendaciones con base en los resultados obtenidos. Y al finalizar el trabajo se adjuntan la bibliografía y apéndices correspondientes.

Se espera que este trabajo genere en el lector el mismo interés que logró en el autor, para que sumando esfuerzos se aplique en beneficio de los servicios de salud y principalmente en la búsqueda de la satisfacción de sus usuarios.

## CAP. 1 LA INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD.

### 1.1. LOS SERVICIOS DE SALUD: UN MERCADO ATÍPICO

El papel de la salud en el bienestar social y las imperfecciones del mercado de la atención a la salud, han obligado la intervención de un mediador colectivo entre productores y consumidores para lograr una óptima asignación de recursos. En las sociedades modernas, este agente social es el Estado, el cual interviene como un medio para mejorar el funcionamiento del mercado en el sector y lograr el máximo beneficio social de los servicios de salud.

La pérdida de la salud es un proceso impredecible en lo individual pero prevenible en cierta medida, generalmente involuntario, común a todos los seres humanos en razón de principios biológicos, pero distribuido de manera desigual en razón de condicionantes sociales. Manifestada en el individuo, la enfermedad suele afectar a la familia y a todo aquél que se encuentra en contacto con el enfermo o con las actividades que éste realiza. Por lo tanto, la salud es un bien que el ser humano desea y busca. Este deseo se refleja en los esfuerzos que todas las sociedades han promovido para impulsar el saber médico y el desarrollo de los servicios de salud.

En la actualidad, la búsqueda universal de la salud se ha visto fortalecida por un avance científico y tecnológico sin precedentes. Se sabe que los niveles de salud de una población están determinados fundamentalmente por las condiciones de vida, esto es, por el acceso a satisfactores básicos como la alimentación, la vivienda, la educación y la recreación. Dentro del marco de esta determinación primaria, los servicios personales de salud tienen la capacidad de modificar substancialmente la incidencia y severidad de la enfermedad. La aparición en el presente siglo de servicios realmente eficaces les ha conferido un valor positivo y los ha convertido en objeto de demandas crecientes por parte de la sociedad. Así, el acceso a estos servicios se ha convertido en un indicador del bienestar y de la calidad de vida de una comunidad así como un elemento indispensable para la reproducción de la vida social. De hecho, la salud no es sólo uno de los fines últimos del crecimiento económico, es también una de sus condiciones, pues representa uno de los determinantes de la productividad.

Por otro lado, la prestación de servicios de salud tradicionalmente se ha utilizado como uno de los mecanismos de redistribución de la riqueza y, junto con la educación, como un elemento primordial para promover una auténtica igualdad de oportunidades. Por su vinculación con los procesos esenciales de la vida, los servicios de salud se hallan en el centro de la responsabilidad social. El acceso en proporción a las necesidades se ha convertido, así, en un componente medular de la equidad y la justicia social.

El financiamiento y la prestación de servicios médicos también se han convertido en un dinámico sector de todas las economías modernas. En efecto, este

sector constituye una de las principales fuentes de empleo, una vasta fuente de demanda de insumos de todo tipo y un motor para la innovación tecnológica<sup>2</sup>. De hecho, recientemente se ha acuñado el término de "complejo médico-industrial".

Sin embargo, a diferencia de otros sectores de la economía, el sector salud ofrece productos cuyas características lo distingue de los bienes y servicios comunes. Y por estas características económicas los servicios de salud conforman lo que se conoce como un mercado atípico.

Los beneficios que generan los servicios de salud no tienen un carácter estrictamente individual. A diferencia de otros bienes y servicios, la atención a la salud se traduce en beneficios directos para la familia y su grupo social (externalidades), por ejemplo: si una persona vacuna a sus hijos, está beneficiando también directamente a sus vecinos, al erradicar una fuente potencial de contagio<sup>3</sup>.

Las externalidades se observan tanto en los servicios no personales de salud (por ejemplo, saneamiento ambiental, vigilancia epidemiológica, educación masiva para la salud), como en los servicios personales (por ejemplo, acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación dirigidas a un individuo).

En efecto, la salud individual constituye un bien social que se convierte en un insumo para el desarrollo económico y en una inversión en el capital humano de una nación<sup>4</sup>.

La existencia de externalidades afecta directamente al esquema de financiamiento de la salud, ya que a la cantidad de dinero que un individuo está dispuesto a pagar por los beneficios de los servicios recibidos se le debe aumentar el monto que cubre el beneficio social, monto que por lo general absorbe el Estado.

Es precisamente este hecho el que en parte justifica la participación del Estado en el financiamiento de la salud.

Si bien es cierto que los problemas de salud pueden predecirse probabilísticamente en grupos sociales, a nivel individual se presentan de manera imprevista. A menudo la persona afectada o su red de apoyo social no se encuentra en condiciones económicas de hacer frente al padecimiento y se requiere de un tercero para hacer efectiva su demanda de atención. Asimismo, en ocasiones la enfermedad puede ser prevista y sin embargo no se puede satisfacer la demanda de atención debido a restricciones presupuestales o condiciones inadecuadas del enfermo y su familia<sup>5</sup>.

Esta situación ha conducido al desarrollo del financiamiento a través de los seguros médicos obligatorios o privados, así como al financiamiento por vía fiscal a través de la asistencia pública para la población no asegurada, con el fin de ajustar las demandas de salud a la disposición y capacidad de pago del usuario<sup>6</sup>.

A diferencia del consumidor común, el usuario de servicios de salud siempre sufre de una ignorancia relativa en relación con los elementos o procesos que requiere para dar solución adecuada a su problema. De hecho, la búsqueda de información es uno de los principales motivos para acudir a un médico. Además, el consumidor por lo regular cuenta con muy poco tiempo para asesorarse y hacer un juicio racional sobre la mejor alternativa, y termina delegando al médico su facultad de elegir. Así, este último se encuentra en una posición doble, ya que por un lado ofrece un servicio y, por el otro, decide qué consumir y en qué medida. Ello da lugar al fenómeno conocido como inducción de demanda. El problema de la demanda inducida se centra en la posibilidad de incorporar en la decisión criterios no médicos, los cuales pueden estar en discordancia con el nivel óptimo de atención.

Esta situación tiene repercusiones directas sobre los esquemas de financiamiento y prestación de servicios. Al crearse desajustes entre lo demandado y lo ofrecido, los costos pueden elevarse debido al consumo de bienes y servicios no necesarios o a la iatrogenia que puede derivarse de prácticas inapropiadas. Por esta razón, el Estado suele ejercer una función de agente colectivo a través de acciones de regulación y control que impiden el desarrollo de tales prácticas.

Otra de las imperfecciones del mercado de servicios de salud se relaciona con el hecho de que éste puede desarrollarse en condiciones monopólicas. La razón principal es de orden legal: dado el peligro inherente a las prácticas no científicas, en todas las sociedades modernas existen requisitos de licenciamiento para el ejercicio de la medicina. Tales requisitos erigen barreras al ingreso de nuevos productos al mercado, las cuales se justifican por la ignorancia relativa del consumidor en un campo de alta complejidad científica y tecnológica.

Otras razones para la existencia de monopolios son de tipo económico, geográfico, organizacional o incluso razones derivadas del proceso de la superespecialización médica.

Como último elemento destacable de los factores que inciden en el funcionamiento imperfecto de las leyes del mercado en este sector, está el hecho de que la salud constituye un factor de importancia estratégica, de tal modo que muchos estados le han conferido el carácter de bien meritario, pues sólo a través de un nivel adecuado de salud la sociedad puede garantizar el desarrollo pleno.

## 1.2. EL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO.

Hacia 1990, en México había un total de 81.1 millones de habitantes y la esperanza de vida al nacer era de 66.4 años, para hombres y 72.9 años de vida para mujeres. La mortalidad infantil era de 38.1 por 1000<sup>7</sup> Y las principales causas de muerte eran las enfermedades cardiovasculares, los accidentes, los tumores malignos y las enfermedades infecciosas intestinales<sup>8</sup>.



Al observar este perfil epidemiológico que distingue a México de los países desarrollados, se refleja el hecho de que el país atraviesa por una compleja transición epidemiológica que ha sido caracterizada como un modelo prolongado y polarizado<sup>9</sup>. La transición es prolongada porque no ha logrado resolver definitivamente hacia un predominio de las enfermedades no transmisibles dentro de las causas de muerte. Fenómeno que obedece a una polarización epidemiológica de la población, que revela una creciente desigualdad social, pues los habitantes pobres del área rural siguen muriendo por las infecciones comunes y la desnutrición, mientras que la población urbana enferma y muere, cada vez más, de enfermedades crónico-degenerativas y de lesiones tanto intencionales (violencia) como no intencionales (accidentes).

El Sistema Nacional de Salud (SNS) ha sido considerado como la instancia responsable de coordinar los programas y servicios de salud que realizan las dependencias y entidades de la administración pública tanto federales como estatales, así como los de las personas físicas o morales de los sectores social y privado, con el fin de hacer efectivo el derecho a la protección a la salud consagrado en el Artículo 4to. de la Constitución Política del país<sup>10</sup>.

EL SNS está integrado por los ámbitos público y privado. Al sector público lo conforman, por un lado las instituciones para atención a la población no asegurada, como la Secretaría de Salud (SSA), los Institutos Nacionales de Salud, el Programa de IMSS-Solaridad, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal; y por el otro lado, las instituciones que atienden a población asegurada, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los seguros estatales de algunas entidades federativas, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y otros servicios médicos de orden corporativo como los Servicios Médicos de PEMEX. A su vez, el sector privado está formado por un cuerpo muy heterogéneo de personas físicas y morales (Grupo Angeles, Hospital ABC, Hospital Español, etc.) dentro de las cuales encontramos a la medicina tradicional, las terapias alternativas, la atención ambulatoria, los hospitales y los seguros médicos privados.

En 1989, la cobertura potencial de los servicios básicos de salud alcanzó aproximadamente al 94% de la población mexicana, aunque en algunos rubros, como la vacunación antipoliomielítica, la cobertura ha llegado a ser prácticamente universal. El 54.6% de la población cubierta es derechohabiente de alguna institución de seguridad social, 35.1% es atendida por instituciones para población no asegurada, 4.3.% acude de manera permanente a los servicios privados y 6% no tiene acceso fácil a las instalaciones permanentes del Sistema.

Las fuentes financieras y los recursos del sector público se encuentran adoptando tres esquemas básicos:

Unipartito, esquema que corresponde a las instituciones de salud que cubre a la población no asegurada. La mayor protección se los recursos proviene del presupuesto federal y una parte menor de las cuotas de recuperación.

Bipartito, esquema que se utiliza para financiar el sistema de seguridad social de los trabajadores del Estado. Sus ingresos provienen de cuotas de los empleados, que ascienden a 8% de su salario. El gobierno federal contribuye con 17.75% del ingreso de los trabajadores.

Tripartito, esquema que se utiliza en el financiamiento del Instituto Mexicano del Seguro Social. En este caso el presupuesto de ingresos se configura en un 25% a través de las cuotas de los trabajadores, en un 70 % mediante las cuotas del sector patronal y el resto mediante la aportación gubernamental<sup>11</sup>.

En los tres tipos de instituciones, la prestación de servicios se ha convertido en responsabilidad pública, lo que significa que el Estado atiende las necesidades de salud aproximadamente del 90% de la población.

El gobierno federal tiene también en sus manos el control de las actividades de salud pública, promoción de la salud, protección específica y diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la rehabilitación. Y la regulación de las actividades relacionadas con la salud como la educación, la investigación, la legislación y la administración orientadas a la salud del individuo y por lo tanto de la colectividad. Sin embargo, el grueso de los recursos del sistema se dedican a la prestación de servicios curativos. Y por último señalamos que la regulación pública de las actividades relacionadas con los servicios médicos a menudo se ha limitado a las emisiones de normas, con poca capacidad de vigilancia de su cumplimiento por parte de las unidades de atención a la salud, lo que permite una proliferación de un sector privado disperso y de calidad muy heterogénea y que dentro del mercado de servicios médicos existente en nuestro país frecuentemente se presenta una desprotección de los clientes o consumidores.

Ante este panorama del SNS es necesario el estudio de los relaciones entre los servicios y los consumidores ya que presentan en cada una de las diferentes instituciones del sector un perfil diferente de comportamiento.

La estructuración de cada institución revela problemáticas diferentes, pero siendo sus objetivos principales la productividad, la eficiencia y la calidad en todas ellas es necesario centrarse en la demanda y utilización de los productos o servicios que se ofrecen.

La atención médica de urgencias siempre ha sido motivo de estudio y de interés para los mercadólogos en salud, ya que es un servicio prioritario e indispensable para la población frente al aumento de los índices de violencia y a la presencia, como causa de morbimortalidad, de los accidentes y traumatismos en la

población general. Además de hacer notar que con los análisis de estos servicios se pueden inferir el éxito o fracaso de las políticas de prevención o de promoción y educación para la salud.

En México se han identificado estas actividades de salud pública pero no han tenido el impacto requerido en la población siendo un gran reto el encontrar los factores que están mediando.

### 1.3. CAMPO DE LA INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD

Los objetivos de la Investigación de Servicios de Salud son identificar a la comunidad y sus problemas de salud, reorientar los servicios de salud de tal manera que se mejore el servicio y ampliar la cobertura geográfica de la población. Este tipo de investigaciones constituye un punto estratégico donde las necesidades y demandas se enfrentan y confrontan a la oferta de servicios, constituida por los recursos, la organización y el funcionamiento del sistema de salud.

Dado que la Investigación de Servicios de Salud se relaciona con los problemas existentes en los servicios y la búsqueda de las soluciones, su actitud en general, tiende a estar en favor del cambio social y de la renovación<sup>12</sup>.

La investigación de servicios de salud cuestiona las relaciones entre los servicios y la sociedad, la producción y distribución de los recursos sanitarios, la organización y la prestación del servicio, los recursos de los programas sanitarios, la participación comunitaria y los recursos económicos con que cuentan, entre otros.

De acuerdo con las políticas dictadas por las OPS/OMS, la investigación aplicada busca establecer las bases que permitan la planificación, tanto del sector salud, como del educativo<sup>13</sup>.

La investigación aplicada puede proporcionar la capacitación y formación del recurso humano de los servicios a través de la oportuna incorporación de estrategias de mejora del currículo del equipo médico de pregrado, así como de la participación de experiencias al currículo del posgrado. Un resultado inmediato de la investigación aplicada en la organización de programas de educación continua que también puede darse al personal de servicios que participa en la investigación.

La investigación puede incidir sobre diferentes áreas que están en relación con los servicios<sup>14</sup>.

Comunidad.- Determinar sus características, estructuras y dinámica de crecimiento.

Condiciones de salud.- Dadas por los indicadores tradicionales de morbilidad y los factores que las condicionan.

**Demanda y utilización.-** Permite determinar las necesidades de una comunidad y las demandas que se hacen efectivas ante los organismos de salud, identificar las barreras (económicas, culturales, geográficas, etc.), que facilitan o impiden el acceso a los servicios.

**Recursos humanos.-** Conocer y caracterizar los diferentes tipos de personal que brindan la atención a la salud.

**Recursos físicos.-** Permiten la caracterización de las instalaciones de salud, de los equipos médicos y de otros recursos necesarios en la prestación del servicio.

**Servicio de salud.-** Comprende el acto de la prestación del servicio, la organización y funcionamiento, el uso de nuevas tecnologías, los planes y programas de salud, el desarrollo de la integración docencia-servicio y el impacto final en la salud. Se parte de un diagnóstico de la estructura y funcionamiento de los servicios de salud en términos de eficiencia, calidad, productividad, costos, satisfacción del equipo de salud y de la comunidad que los utiliza.

El propósito es detectar si existen necesidades de cambio en los servicios. Estos cambios pueden referirse a las políticas, normas, organización, administración o a los aspectos operativos de los servicios.

Para la investigación de los servicios de salud con base en el esquema utilizado por Donnabedian, se estudian las variables conocidas como estructura, proceso y resultado de estos servicios<sup>15</sup>.

#### a. Estructura.

Constituye el medio en el que se otorga la atención médica. Los elementos que la forman son las instalaciones, el personal (su número, tipo, capacitación, intereses, etc.), el equipo, su organización (coordinación, accesibilidad, comunicación), los sistemas de registro de información y financiamiento (partidas presupuestales, pagos, reembolsos).

Todos los elementos de la estructura implican gasto de dinero y de tiempo, por parte de los pacientes como del servicio mismo.

La disponibilidad relaciona los recursos existentes en función de la población a servir. Para su análisis se deben considerar todos los recursos con que se cuenta para poder prestar un servicio. Los indicadores de la disponibilidad para que tengan validez deben considerar la capacidad de funcionamiento de los recursos dedicados a las actividades de servicio, ya que no siempre los recursos se traducen en servicio, ni quien los usa realmente los necesita.

Además de que los recursos estén presentes, es necesario que sean accesibles a la población a la cual están dirigidos. La accesibilidad considera las diversas barreras que pueden impedir o dificultar la utilización del servicio por parte de la comunidad<sup>16</sup>.

Las barreras pueden ser económicas (costos del servicio y poder adquisitivo de la comunidad), de organización (horarios de atención, formas de solicitud del servicio, tiempos de espera), localización geográfica del servicio (lejanía, falta de medios de transporte o vías de comunicación) y culturales (actitudes negativas, creencias, experiencias negativas).

En la mayoría de los casos los servicios de salud funcionan con escasos recursos humanos, físicos, económicos o técnicos. Suele tener además una inadecuada utilización de los escasos o abundantes recursos o que éstos se encuentren mal distribuidos y que condicionen la subutilización de los mismos. Las decisiones racionales pueden estimular la creatividad en la búsqueda de una utilización óptima de los que existen.

#### b. Proceso.

Está representado por el campo funcional de la medicina, incluye reconocimiento del problema, procedimiento y emisión del diagnóstico, terapia manejo del caso y reevaluación. Todas estas acciones son realizadas por el personal médico y por su parte, el paciente en esta etapa puede buscar ayuda o no aceptarla, entenderla y poner en práctica o no las recomendaciones médicas.

Existe la tendencia a pensar que el proceso es responsabilidad directa del médico, sin embargo, esto es válido sólo en caso de pacientes enfermos de gravedad, comatoso o bajo efecto de los anestésicos. El paciente y la comunidad tienen una acción central.

El comportamiento del paciente o consumidor del servicio es decir, sus actitudes, sus creencias acerca del proceso y las experiencias anteriores ejercen un efecto determinante sobre el proceso de la atención médica. Lo que la persona percibe, ve y experimenta en su primer acercamiento al servicio constituye el basamento que lo hará solicitar o no el servicio nuevamente.

#### c. Resultado.

La productividad, calidad y eficiencia de la atención médica tiene su expresión final en la salud del paciente. La estructura y el proceso confluyen en el resultado. Se puede describir el resultado por una o más de las siguientes características: longevidad, actividad, comodidad, satisfacción, enfermedad, logro, incapacidad y resistencia<sup>17</sup>. Cuando se determina el nivel que un individuo o una comunidad posee

en cada una de las siete características se establece un patrón que constituye su estado de salud en un momento determinado.

Para evaluar el resultado de la atención es importante seleccionar un parámetro que pueda ser medido y que resulte apropiado al problema, ya que el resultado depende del intervalo transcurrido entre el inicio de la interacción con el servicio, la conducta del paciente, el medio ambiente y la fecha en que se determina el resultado observado. Esto significa que, para poder medir los resultados, es necesario medir la trayectoria de los pacientes con el tiempo. La tarea de evaluar los resultados puede tener otros obstáculos como la movilidad de los pacientes, la fragmentación de la atención médica, las limitaciones de los registros médicos y la multiplicidad de las fuentes de atención. Estas variables dificultan la posibilidad de reconocer la responsabilidad del servicio médico en los resultados.

Los elementos de la estructura y del proceso ejercen efecto sobre los resultados, asimismo, el medio social donde se realizan estas dinámicas entran en interacción con la estructura y el resultado.

La estructura se puede cambiar no sólo desde dentro del sistema de servicios de salud, también por la presión ejercida por los usuarios del servicio.

La legislación y la administración generalmente exigen que se demuestren los resultados de la atención médica, sin embargo, es importante tener presente que, en ese dinamismo, los resultados, no son los únicos criterios de evaluación ya que la influencia que tienen la estructura y el proceso en ellos es innegable.

Para desarrollar una investigación de los servicios de salud debemos seleccionar los métodos apropiados. Con mucha frecuencia se emplean una serie de métodos dependiendo de los objetivos de la investigación y de las oportunidades o limitaciones en los diferentes recursos a emplear.

En términos generales las investigaciones pueden pertenecer a cualquiera de los dos tipos generales<sup>18</sup>:

a) Investigaciones descriptivas y analíticas, en la que se busca hacer una descripción de la situación que en materia de salud se tiene de un solo programa o de un solo lugar, es por lo tanto el tipo más elemental de investigación pero que brinda información desconocida y básica para aumentar el grado de complejidad del estudio.

Puede partir de estadísticas básicas de la población o del servicio de salud que aunada a otras variables proporcionan información valiosa a los planificadores.

Si el registro estadístico no proporciona la información deseada o no se logran relaciones importantes se pueden obtener estos datos a partir de un estudio de

terreno. Para lo cual se aplican entrevistas y cuestionarios que sean individuales, familiares o de casos, dependiendo siempre del tipo de problema a estudiar.

Otras formas de investigación son el estudio de casos a través del examen en profundidad de una situación y en el registro minucioso de las observaciones, así como del estudio de datos históricos para el análisis evolutivo de los problemas actuales.

Con este tipo de investigaciones se obtiene un conocimiento importante acerca de los problemas de un servicio de salud, sin embargo, para lograr conclusiones más fidedignas por lo general se requiere de las investigaciones evaluativas.

b) Investigaciones evaluativas, en donde se relacionan causalmente determinando las relaciones causa efecto entre dos o más situaciones de los servicios de salud<sup>19</sup>.

La evaluación es una etapa del proceso administrativo que funciona como eje para la gestión administrativa. Si no se evalúa no se adquiere la conciencia de dirección. La evaluación relaciona los resultados alcanzados por alguna actividad con los objetivos planteados. Las limitaciones en los recursos que existen para la salud en nuestro país hacen necesario poner énfasis en un su mejor uso y a través de la evaluación se pueden plantear soluciones o estrategias para su logro.

Para la investigación evaluativa se requiere seleccionar una situación de la cual ya se dispone de un conocimiento detallado, para entonces introducir un cambio y observar sus efectos.

Las comparaciones que conducen a una inferencia de causa efecto pueden ser de varios tipos de acuerdo con la complejidad del esquema de investigación y de los recursos disponibles.

Cualquiera que sea el esquema que se proponga, se debe tener cuidado en el diseño de la investigación para obtener buenos resultados.

#### 1.4. LÍNEAS PRIORITARIAS DE INVESTIGACIÓN.

Los expertos de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han propuesto una serie de líneas programáticas y estratégicas para la investigación de servicios de salud con el fin de lograr su reorientación hacia la salud para todos<sup>20</sup>. Se pretende hacer frente al reto de que toda la población tenga acceso a los servicios de salud manteniendo la calidad y la eficiencia de los mismos, al mismo tiempo que se promueva su desarrollo. Se establecieron como prioritarias las siguientes líneas:

A) Equidad, cobertura y calidad de los sistemas y servicios de salud según tipos de población y grupos sociales específicos.

Análisis sobre la segmentación de la oferta de servicios según tipo de usuarios y estudios sobre accesibilidad, aceptabilidad y utilización de los diferentes servicios de salud por grupos de población, estableciendo sus relaciones con las barreras técnico-administrativas, financieras, socioculturales y de género.

B) Las modalidades de organización y financiamiento de los sistemas y servicios de salud y la incorporación de tecnologías e insumos en el contexto de las reformas sectoriales.

Estudios sobre las nuevas modalidades de organización y financiamiento de los servicios de salud que han surgido en el marco de los procesos de reforma, estableciendo análisis comparativos en términos de calidad, eficiencia, productividad y costos de diferentes modelos de atención.

Estudios que analicen los procesos de incorporación y apropiación tecnológica en los servicios de salud, tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento de problemas de salud.

C) Los procesos de descentralización y participación social en los sistemas y servicios de salud y el desarrollo de los sistemas locales.

Análisis de los procesos políticos y técnico-administrativos en la descentralización de los servicios de salud y transferencia de competencias a los niveles locales.

Análisis de la participación social y evaluación de métodos educativos para la salud en los procesos de descentralización y en la ampliación de mecanismos y formas democráticas de gestión en salud a nivel local.

D) La gestión de los recursos humanos en el marco de los sistemas y servicios de salud.

Estudios que documenten y analicen las innovaciones en la gestión de los recursos humanos y organización del trabajo orientados a elevar la productividad y la calidad de los servicios.

Desarrollo de modelos y metodologías de gestión de recursos humanos que puedan ser aplicados, validados y evaluados en contextos concretos.

Investigaciones que procuren analizar y explicar las relaciones entre los modelos de gestión de personal, organización del trabajo y la educación permanente, entre otros, en los niveles de productividad y calidad de los servicios de salud.



## CAP. 2 MERCADOTECNIA.

El presente estudio se ubica dentro del área de la Mercadotecnia Social, por lo que se contemplaron, para el logro del objetivo principal, los elementos de esta estrategia, concentrándose en el estudio del comportamiento del consumidor.

En esta investigación los servicios de salud serán ubicados como el mercado, entendiendo a éste como el lugar o área geográfica en que se encuentran y operan los compradores y los vendedores, en donde se ofrecen en venta mercancías o servicios, y en el que se transfieren la propiedad de un título<sup>21</sup>.

### 2.1. Concepto de Mercadotecnia.

Generalmente cuando se trata el tema de mercadotecnia se le relaciona con la empresa, y se le describe como el conjunto de actividades orientadas a derivar estrategias con el fin de aplicar un sistema de distribución de bienes y servicios encausados a satisfacer las necesidades del mercado obteniendo una utilidad.

Asociada con lo publicitario o promocional, a la Mercadotecnia se le entiende como el intento de persuadir a un mercado acerca de los beneficios de un producto o servicio y de estimular la demanda para lograr una mejor participación en el mismo.

Estos conceptos tan economistas con que nace la mercadotecnia a principios de siglo, han evolucionando a lo largo de los últimos 40 años. Actualmente su campo de acción se ha extendido hasta cubrir las instituciones no lucrativas, su alcance ha empezado a cubrir el ámbito social en donde su aportación se orienta a la difusión de ideas, valores o imágenes institucionales, así como a la promoción de programas educativos, políticos o de servicio público.

#### a. Definición de Mercadotecnia

Es la actividad humana dirigida a satisfacer necesidades, carencia y deseos a través de procesos de intercambio<sup>22</sup>.

#### b. Evolución de la Mercadotecnia.

Se conocen como etapas relevantes<sup>23</sup>, en el desarrollo de la mercadotecnia a las siguientes:

##### Distribución estratégica de productos.

El nacimiento de la mercadotecnia como una actividad se manifestó en un proceso técnico orientado a satisfacer las necesidades de la empresa, relacionado básicamente con la distribución física de sus productos.

Pronto abarcó asuntos económicos y legales del proceso de distribución, así como aspectos de la motivación en la conducta del consumidor. Todo esto sucedió a principios de siglo, cuando la empresa al utilizar tecnología en la producción, luchaba por consolidar su estructura financiera para lograr una economía sana y tener oportunidades en los mercados de capitales; lo que indujo al empresario a buscar ejes estratégicos para colocar sus productos.

La mercadotecnia y la estructura de la distribución.

Dada la necesidad de las empresas de buscar nuevos mercados (inicios de la década de los 20's), empieza el interés en la mercadotecnia y se hace común el uso de la contabilidad de costos, cálculo y márgenes de utilidad, aprovechamiento de puntos de venta estratégicos y colocación del producto.

Diseño de estrategias y tácticas para entender el mercado.

Para la década de los cuarentas, la mercadotecnia forma parte de las funciones de la empresa, aporta a la organización el concepto de orientación del mercado, lleva a la dirección a buscar oportunidades de crecimiento mediante el más eficiente lanzamiento de nuevos productos y reforzar la posición alcanzada en el mercado. Surge el ataque al mercado a través de las cuatro variables de decisión: Producto, Precio, Promoción y Plaza (las cuatro P), con objeto de penetrar en el mercado y lograr mayor participación.

Mercadotecnia interdisciplinaria.

La mercadotecnia utiliza nuevos conceptos y se apoya en diversas disciplinas como el uso de modelos y análisis cuantitativos, procesamiento electrónico de datos, investigación de operaciones y psicología para el conocimiento del comportamiento del usuario o del cliente.

Mercadotecnia y su responsabilidad social.

A fines de la década de los cincuentas, el uso de las disciplinas conceptuales en la mercadotecnia se hace más evidente. Se conoce más al cliente para satisfacer sus necesidades y se acentúa el sentido humorístico en contraste con las etapas anteriores; los actores principales son clientes y compradores, lo que da paso a estudios e investigaciones más formales sobre la conducta del consumidor y consideraciones más serias, sobre la responsabilidad social y económica de la mercadotecnia.

La mercadotecnia y su participación social.

En los sesentas, comienzan a darse los resultados en diversos campos de la estructura social como en el educativo, el institucional, la política, principalmente con

éstos se presentaron oportunidades para ampliar su espacio de acción, encontrando campo fértil para enfrentar y entender su responsabilidad social ante grupos e instituciones sociales no lucrativas.

La mercadotecnia aplicable a instituciones lucrativas y no lucrativas.

A principio de los setentas, era considerada como aplicable en la satisfacción de necesidades y objetivos de todo tipo de instituciones y mercados. A partir de entonces se generaron una serie de conceptos y definiciones de lo que es la función social de la mercadotecnia. Se decía que la mercadotecnia social establece la aplicación de técnicas de mercadotecnia en campos no mercadotécnicos<sup>24</sup>.

La mercadotecnia como proceso social.

Las necesidades de consumo son de diversa índole, de ahí que instituciones como el gobierno, la familia, las agrupaciones deportivas, la milicia, la iglesia, las escuelas, satisfacen diferentes necesidades sociales. En este contexto, la mercadotecnia se expresa como diseñadora de satisfactores de necesidades, que van más allá del campo del consumismo, pues su acción abarca tanto lo económico como lo social.

Por lo anterior la mercadotecnia se interesó en el estudio de las relaciones sociales para detectar y diagnosticar en ella los patrones de interacción que faciliten el análisis de oportunidades y para ayudar a resolver problemas sociales.

Todo esto mediante técnicas como las siguientes:

- Estudios de la conducta del usuario de un servicio.
- Investigación sobre la penetración y alcance de las campañas de comunicación.
- Investigación de actitudes de los usuarios.
- Reacciones del público ante una idea definida.

Los mercadólogos han encontrado prácticas interesantes fuera del campo tradicional de la mercadotecnia, basándose en que la gente que opera en distintas actividades actúa de manera similar y responde habitualmente de igual forma a ciertos estímulos.

El concepto de mercadotecnia se extiende a lo social, situación que ha demostrado que la inteligencia humana en su mayoría se interesa por alcanzar objetivos de interacción a través de la comunicación, persuasión y el compromiso ya sea en el hogar, el deporte, la salud, el gobierno o la educación.

El uso de técnicas de mercado en campos distintos, permite la aplicación de principios sobre conducta social en áreas en donde se a hecho poca o ninguna investigación al respecto.

El alcance de la mercadotecnia social es más amplio que la mercadotecnia con fines económicos, pues se refiere al estudio de los mercados y actividades de mercado dentro de un sistema social.

En 1970 Kotler y Sidney, argumentan que la mercadotecnia no sólo atañe a las empresas lucrativas, ya que ambas (lucrativas y no lucrativas) tienen problemas de mercado y necesitan conocer y entender la mercadotecnia. Así, aparecieron publicaciones en donde se informaba de las aplicaciones de la mercadotecnia en la Salud Pública, Demografía, el Reclutamiento militar, la Religión, el Arte, las Campañas de Beneficencia para recibir fondos, etc., como ejemplo se tienen las Universidades que se interesan en los estudiantes, desarrollan sus productos (cursos y planes de estudio), se dirigen al mercado específico (estudiantes interesados en las diversas disciplinas del conocimiento), les asignan un precio (cuota de inscripción), los distribuyen (avisan fecha y lugar) y los promueven (preparan folletos y publicaciones). De manera similar actúan los hospitales, los grupos culturales y las instituciones de gobierno<sup>25</sup>.

En el caso de la empresa no lucrativa, el producto no cuenta con beneficios de importancia, por ejemplo: una persona ve en la televisión un mensaje que lo invita a evitar el desperdicio del agua, se pone a considerar si está dispuesta a pagar lo que se le pide (disminuir su consumo del vital líquido), por un producto que es de beneficio social (aprovechar mejor el agua para todos).

En estos casos el beneficio debe exponerse de manera clara y sencilla a la persona a quien va dirigido el mensaje, pues ella puede no alcanzar a percibir claramente en qué le beneficia personalmente.

Otro aspecto importante en este tipo de empresa o institución, es que los servicios son intangibles y es difícil presentarlos con nitidez al público a través de medios masivos.

El Precio en términos generales se percibe como "moneda"; en las instituciones no lucrativas es común encontrar que el costo monetario no existe y que para considerar el efecto del precio es necesario tomar en cuenta expresiones subjetivas como: el costo del tiempo, el costo de la incomodidad y el costo psíquico. Al recibir el mensaje social cada uno de estos costos es percibido y considerado como el precio a pagar y formar parte de la decisión del usuario de aceptarlo o no.

En cuanto a la Distribución, ésta es prácticamente inexistente cuando se trata de programar una idea o concepto social, en cuyo caso la Distribución se une a la Comunicación pues a través de ella se da la idea al prospecto. La comunicación involucra el esfuerzo promocional y publicitario.

La Segmentación del mercado en instituciones no lucrativas, se utiliza para dividir el mercado en grupos; la homogeneidad de sus integrantes garantiza

características en común que permitan el sentido de la estrategia y el mensaje abarcado a la mayoría.

Sin embargo, en las empresas no lucrativas resulta difícil abandonar uno o varios segmentos por el hecho de no ser redituable, ya que la mercadotecnia social pretende difundir las ideas o conceptos que se consideran convenientes entre el mayor número de integrantes del mercado total.

## 2.2. Principios de la mezcla de mercadotecnia.

Como ya se mencionó el equilibrio entre las cuatro variables de la mercadotecnia requiere del conocimiento de todas las necesidades y deseos de la población objetivo.

Se describirán a continuación los principios básicos de estas cuatro variables:

- A. PRODUCTO
- B. PRECIO
- C. PLAZA (DISTRIBUCIÓN).
- D. COMUNICACIÓN.

### A. Producto.

Es todo elemento, tangible e intangible que satisface un deseo o una necesidad de los consumidores o usuarios y que se comercializan en un mercado <sup>26</sup>.

En los intangibles o sector de los servicios, el producto se elabora en el momento del consumo, por lo que no se separan las etapas de producción-consumo.

El servicio básico se puede modificar el número de veces que sea necesario dependiendo de las características del usuario para lograr satisfacer sus necesidades y/o deseos.

Estas modificaciones se pueden llevar a cabo sin recurrir a un costo extra, ya que se pueden utilizar las mismas estructuras y recursos de la institución.

La imposibilidad de que los servicios puedan ser percibidos mediante la intervención de alguno de los cinco sentidos los hace llamar Intangibles.

Cada servicio constituye en realidad un conjunto de subservicios que se integran en el momento del consumo o de la etapa producción-consumo, por lo que cada uno de los subservicios se puede convertir en la base del elemento extra que se desea ofrecer al usuario.

Los pasos del producto intangible (servicios) son:

- Diseño: procedimientos, sistemas, mecanismos y operativos que permitirán la prestación del servicio.
- Comercialización: mercadotecnia
- Producción-consumo: el servicio se elabora y se consume, todo en un mismo tiempo.

El Producto debe cumplir con estas características:

1. Que se conozca la parte genérica del producto.
2. Lograr la satisfacción de las necesidades y deseos de lo usuarios.
3. Ocupar un lugar de preferencia en relación con la competencia en la mente de los usuarios, es decir, que debe llevar un nombre que se poseione en la mente del consumidor.
4. Se debe conocer el producto aumentado y el agregado.

Políticas del Producto en:

1. Lanzamiento de productos nuevos para la empresa.
2. Adiciones de nuevas fórmulas o variaciones.
3. Reposicionamiento en los productos existentes mediante acciones que impliquen modificaciones al producto en si.
4. Mejoras o modificaciones que no impliquen un cambio en la percepción básica que tienen los consumidores.
5. Reducción de costos sin perder el poder competitivo del producto en el mercado.

El Producto constituye el elemento básico que le permite a la empresa entrar y permanecer en un mercado.

Se conocen tres Niveles de Producto:

- Producto medular, que se refiere al beneficio o servicio medular o esencial del producto, refiere al nombre genérico del mismo.
- Producto formal, es lo que si se puede medir del producto y en el caso de un servicio por ejemplo, si éste se ofrece sin cargo alguno, o no.
- Producto aumentado, se refiere a la totalidad de beneficios que la persona recibe o experimenta al obtener el producto formal.

## B. Precio.

Todas las organizaciones se enfrentan al proceso de fijar un Precio a sus productos o servicios. Este es el único elemento de la mezcla de mercadotecnia que crea ingresos por ventas.

Se conceptualiza al Precio como el monto en dinero que están dispuestos a pagar los consumidores o usuarios por el uso, posesión o consumo de un producto o servicio específico.

El Precio depende del tipo de cada Empresa.

### a. Organizaciones lucrativas:

Pequeñas: generalmente es una decisión del director general, y en la mayoría de las veces, esta decisión se lleva a cabo sin tomar en cuenta al departamento de ventas o mercadotecnia.

Grandes: la decisión de precio, depende de los gerentes divisionales o de líneas de productos. Aunque las políticas y objetivos de precio generalmente los fija cada gerencia.

### b. Organizaciones no lucrativas.

En organizaciones chicas o grandes del sector no lucrativo, las decisiones sobre el precio están determinadas o influenciadas por el factor político de las mismas y la responsabilidad recae directamente sobre la dirección general<sup>27</sup>.

No es tarea fácil fijar el Precio, por lo que se deben tener en cuenta los siguientes fines:

- Precio para igualar o atacar a la competencia.
- Precio para maximizar las utilidades: tiene como objetivo maximizar las utilidades corrientes.
- Utilizar el Precio como criterio para la segmentación de los mercados.
- Precio para participar en el mercados: su objetivo es el de maximizar la participación del mercado.
- Precio para descremar el mercado: se logra con precios altos, los que crean la impresión de ser un producto superior.
- Precio de promoción: precio que se fija para incrementar las ventas de toda una línea de productos o servicios.

Para fijar los Precios se debe tener en claro los siguientes mecanismos:

- Fijar el Precio en función a los costos.

- Precio en función de la demanda.
- Precio en función a la competencia.
- Precio en función de los objetivos políticos.
- Precio en función del desgaste físico y emocional del usuario por la adquisición del producto o servicio.

### C. Plaza o Distribución

Busca facilitar la adquisición del producto o servicio al segmento del mercado señalado o estudiado.

Todas las organizaciones elaboran estructuras externas o internas que permiten establecer un vínculo físico entre ella y su mercado para permitir la compra de sus productos o el uso de sus servicios, conocidos como canales del mercado<sup>28</sup>.

Se conocen Canales de diversos Niveles:

1. Canal de nivel cero: se conoce como canal directo, en donde el fabricante vende directamente al consumidor sin contar con la figura del intermediario. En este nivel se sitúan todas las organizaciones prestadoras de servicios, es decir, en este caso el producto o servicio (consulta o tratamiento quirúrgico) no se puede almacenar o enviar, entre otros procedimientos.

2. Canal de un sólo nivel: contiene un intermediario en medio del fabricante y consumidor final. Es conocido como minorista.

3. Canal de dos niveles: existen dos intermediarios que generalmente es un mayorista y un minorista.

4. Canal de tres niveles: se presentan tres intermediarios que pueden ser revendedores, mayoristas y minoristas.

5. Canales múltiples: son medios de distribución muy amplios y complejos que pueden tener cinco o más canales<sup>29</sup>.

Para el sector salud el único canal funcional es el de nivel cero. Por lo que se debe considerar estratégicamente el diseño del servicio en base a la población demandante

Las funciones del Canal son :

- Generar oportunidades de compra.
- Flujo de información.
- La distribución física.
- Facilitar al consumidor o usuario la adquisición de los productos o servicios.



Para el diseño del Canal se deben considerar los siguientes aspectos:

- Las características del cliente
- Las características del producto o servicio.
- Las características de la competencia.
- Características ambientales.
- Características de la empresa u organización

#### D. Comunicación

Son las actividades que realizan las empresas o instituciones mediante la emisión de mensajes que tienen como objetivo dar o conocer sus productos y servicios y sus ventajas competitivas con el fin de provocar la inducción de compra entre los consumidores o usuarios<sup>30</sup>.

Los objetivos de la Comunicación son:

- Informar: distribuir, dar a conocer el producto, crear imagen de marca, etc..
- Crear inducción de compra: comunicar las potencialidades de los productos o servicios para satisfacer determinados deseos y necesidades de los consumidores o usuarios. Convencer a los usuarios de las ventajas del producto o servicio.

En las organizaciones no lucrativas éste es un factor muy importante en la utilización adecuada de los servicios, por ejemplo, el desconocimiento existente sobre los servicios de salud influye negativamente sobre su adecuada utilización

Dentro de la Comunicación existen Medios que pueden ser:

Programas de Publicidad a nivel sectorial o total, por intermedio del instrumento que forme parte de la cultura poblacional: televisión, radio, periódicos, volantes, etc. Y actividades de promoción en el lugar de la prestación del servicio.

Se hace mención que estas cuatro variables de la mezcla de mercadotecnia se deben fijar de una manera dinámica y equilibrada entre ellas, sin perder de vista el objetivo del plan de mercadotecnia.

### CAP. 3 MERCADOTECNIA SOCIAL.(MS)

Se ha definido a la Mercadotecnia social (MS) como una rama de la mercadotecnia que se relaciona con la utilización del conocimiento mercadotécnico, orientándose al logro de fines sociales<sup>31</sup>. Comprende las actividades desarrolladas para crear, conservar o modificar las actitudes y el comportamiento hacia una idea o causa, independientemente de la Institución o persona que la patrocina<sup>32</sup>.

En los países desarrollados como Estados Unidos y Francia se ha implementado esta herramienta a pasos agigantados en las últimas décadas en organizaciones que persiguen fines sociales sin ánimo de lucro como hospitales, universidades, dependencias del gobierno y asociaciones civiles, principalmente.

En México, asociaciones y dependencias del gobierno emplean de forma explícita algunas técnicas de la mercadotecnia: la SSA con las diversas campañas nacionales de vacunación, planificación familiar, rehidratación oral, detección oportuna de cáncer cervicouterino y mama; las diversas campañas realizadas por el IMSS también de este tipo y diversas asociaciones civiles no lucrativas en bien de la sociedad.

México, al igual que otros países del mundo, en estos momentos pasa por una problemática social basada en una inadecuada distribución de los escasos recursos naturales y no naturales entre toda la población. Lo que acentúa problemas para satisfacer las necesidades primarias como la vivienda, la salud, la educación, principalmente. Por lo que se deben buscar todos los medios y técnicas para el logro de soluciones óptimas y eficientes.

La MS es una técnica que podría ser impulsada de forma abrupta por la internacionalización de nuestro entorno social, debido a las aperturas económicas entre las naciones y lograr así modificaciones en nuestro medio ambiente político, cultura, social económico, tecnológico, etc.<sup>33</sup>.

El objetivo de la MS difiere mucho con el de la mercadotecnia comercial, ya que la primera busca cambios de conducta o de comportamientos de una población sin perseguir el lucro, mientras que en la segunda, siempre se está viendo la posibilidad de lucrar o lograr el máximo beneficio para la empresa.

#### 3.1. Definiciones de mercadotecnia social.

El diseño, instrumentación y control de programas para influir en la aceptabilidad de ideas sociales o cambios del comportamiento de un grupo social hacia un patrón deseable<sup>34</sup>.

Es el diseño, implementación y control de programas para incrementar la aceptabilidad de una idea, causa o práctica social en uno o varios grupos determinantes<sup>35</sup>.

La mercadotecnia social comprende el diseño, la implementación y control de programas calculados para influir la aceptabilidad de ideas sociales e implica consideraciones de planeación de producto e investigación del mercado<sup>36</sup>.

Rama de la ciencia que se ocupa del uso de técnicas y conceptos de mercadotecnia para promover causas sociales<sup>37</sup>.

La mercadotecnia social es la elaboración, ejecución y control de programas encaminados a influir en la aceptabilidad de las ideas sociales, y que requieren consideraciones sobre la planeación del producto, su precio, su comunicación, su distribución y su investigación de mercados<sup>38</sup>.

La mercadotecnia social busca el bienestar social de uno y/o varios segmentos del mercado por medio de las técnicas mercadológicas, determinadas mediante el diseño, ejecución y control de programas específicos que cambian o modifican la conducta o comportamiento del consumidor-usuario, de manera tal que se logre satisfacer las necesidades y deseos de los mismos<sup>39</sup>.

Al analizar todas estas definiciones cabe mencionar que los puntos en común y fundamentales en la mercadotecnia social son:

- a. Siempre busca un bienestar social.
- b. Elabora el diseño, implementación y control de programas.
- c. No se persigue un lucro.
- d. Se hace mención de todas las variables de la mezcla de mercadotecnia.

Considerando las anteriores definiciones de mercadotecnia social se propone para la presente investigación la siguiente definición:

"La mercadotecnia social forma parte de las estrategias que debe utilizar la Investigación de Servicios de Salud, ya que al buscar un bienestar social aplica las técnicas mercadológicas para el diseño, ejecución y control de programas específicos que cambien o modifican la conducta o comportamiento del consumidor o usuario de los servicios para satisfacer sus necesidades y deseos".

### 3.2.Principios y técnicas de la mercadotecnia social<sup>33</sup>.

Las técnicas y principios de la MS, también son las utilizadas por la mercadotecnia comercial, se enuncian los elementos básicos y fundamentales para la mercadotecnia.

La MS, persigue un bienestar social con la producción de bienes y servicios para satisfacer necesidades o deseos de los consumidores. También ayuda a informar y orientar al público.

A través de las técnicas de la psicología social y la publicidad social, se cuenta con un soporte científico para tener conocimientos especializados sobre el consumidor y poder satisfacer sus necesidades y deseos.

Se la puede confundir con la publicidad social, pero difiere de ésta por la utilización de las cuatro variables de la mezcla de mercadotecnia.

La MS no implica la creación de nuevos principios sino la de adaptar los ya existentes de la mercadotecnia comercial en un ámbito no comercial caracterizado por:

- Mayor competencia pública.
- Son organizaciones que operan con escasos recursos.
- Poco conocimiento de los factores que inciden en la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

Cabe recordar que algunas organizaciones no lucrativas de manera implícita desarrollan las actividades de la MS debido a que, rechazan la idea de aplicar la mercadotecnia por las creencias negativas hacia ésta. Por ejemplo algunas de las actividades que son desarrolladas por hospitales o universidades con este enfoque son:

- Generar productos para atraer clientes: cursos, paquetes de tratamientos completos entre otros.

- Fijan un precio: manejan una cuota de recuperación por los servicios que ofrecen o a través de estudios socioeconómicos fijan las cuotas para el pago de los servicios.

- Analizan la mejor distribución para el mayor logro de sus objetivos: en los hospitales se crean centros de consulta externa cerca o lejos del centro hospitalario con el fin de aumentar la demanda de sus diversos servicios.

- Buscan todos los medios de comunicación que estén al alcance de sus recursos: utilizan la promoción directa de los servicios que ofrecen.

Es así que las organizaciones no lucrativas al emplear en forma implícita no dan el reconocimiento y la importancia que se debe al pensamiento mercadológico lo que puede retrasar el logro de la calidad en los servicios sin descuidar la productividad, eficiencia y calidad de los mismos.

Las técnicas de la MS se han aplicado con resultados muy favorables en muchos países considerando los siguientes puntos:

#### a. EL MERCADO.

El mercado es de vital importancia para la MS, debido a que hacia él, van dirigidos todos los esfuerzos que desarrolle la empresa o institución (organización).

Los elementos del mercado para el sector salud, se componen de un conjunto de usuarios que tienen influencia directa o indirecta sobre la demanda de los servicios que se ofrecen.

Se consideran como elementos del mercado a los consumidores o compradores, el entorno o medio ambiente (económico, tecnológico, cultural, legal, etc.):

##### a. Consumidores o compradores.

Estos constituyen la parte central del mercado, ya que hacia ellos se dirigen los productores, la competencia y los distribuidores.

El objetivo central de estudio de la mercadotecnia es el Consumidor.

Es importante señalar que no siempre el comprador de un bien o servicio es el consumidor del mismo, por lo que no se debe considerar al comprador o consumidor como a la misma persona. Tal es el caso de la madre o el hijo mayor que deciden cuál es el médico adecuado para su hijo o padre anciano<sup>40</sup>.

Toda empresa está interesada en conocer cuál es su mercado actual o potencial y sus características de cada uno. Por lo que ésta debe saber:

- El tamaño del mercado actual (la clientela o cliente que han adquirido los productos o servicios).

- Tamaño del mercado potencial (los posibles clientes).

- Cómo se comportan los consumidores o compradores frente a los servicios ofrecidos .

- Conocer la participación que cada uno de los organismos (o instituciones de salud en este caso) tienen en el mercado (ver cómo está repartido el mercado) .

- Conocer las características de los usuarios de cada uno de los competidores o instituciones (conocer sus necesidades respecto a los productos o servicios)

- Estudiar las estrategias utilizadas por cada una de las instituciones competidoras.

#### b. EL ENTORNO

Se refiere a todo lo que está en nuestro medio ambiente:

- Cultural: propio de cada región y que influye a todos los agentes que intervienen en el mercado.

- Económico: este afecta en forma directa a todos los agentes del mercado por lo que debemos conocer el contexto económico real.

- Demográfico: estos valores condicionan el volumen de usuarios que presentan la misma necesidad de un servicio dado, por lo que a mayor población objetivo, mayor expansión del mercado.

- Legal: formado por todas las normas, legislaciones, etc., que actúan y condicionan a un mercado.

#### c. VARIABLES QUE IDENTIFICAN AL CONSUMIDOR.

Existen muchas variables que identifican al consumidor o comprador, entre ellas están: la edad, el sexo, localización de los consumidores, tipo de población (rural, urbana o intermedia), ocupación, educación, nivel de ingresos, estado civil, ciclo de vida, entre otras.

Cada una de estas variables tienen su particular importancia, ya que difiere el comportamiento entre cada consumidor y ayuda a la agrupación o segmentación del mercado.

Se debe identificar cuál de las variables es verdaderamente significativa en cada segmento, para tener un punto de partida en la planeación estratégica de mercadotecnia.

#### d. MEZCLA DE MERCADOTECNIA.

Esta consiste en lograr un equilibrio dinámico, armónico y productivo entre las cuatro variables (las 4P) de la mercadotecnia: producto, precio, plaza y promoción, para lograr el mayor beneficio de la planeación estratégica en esta área.

##### Producto.

Es el que se ofrece en un mercado para consumo, uso o adquisición, por lo que se le puede considerar como elemento primordial de la mezcla de

mercadotecnia. Se conocen dos modalidades del producto, que pueden ser un bien o servicio tangible o intangible.

#### Precio.

Es la cantidad que el comprador o consumidor paga por la adquisición del producto o servicio. El precio toma varias modalidades, como el costo de oportunidad, costo de desplazamiento, costo emocional, etc.

#### Plaza.

Toda organización debe señalar o construir puntos accesibles para la prestación de servicios para la población motivada e interesada en adquirir el producto o servicio. La finalidad de la distribución es crear oportunidades de consumo para los integrantes o segmentos de los mercados de interés, y lograr un mayor contacto con el segmento seleccionado.

#### Promoción.

Se refiere a todas las actividades que realiza la empresa para motivar e impulsar a los usuarios a que adquieran el bien o servicio que se ofrece. En mercadotecnia la comunicación es el proceso mediante el cual la organización busca difundir y dar a conocer su producto o servicio a un mercado determinado.

#### Segmentación

La segmentación es la subdivisión de un mercado en distintos subconjuntos de clientes, los que requieren de una mezcla de mercadotecnia específica para cada uno de ellos.

Los Mercados se pueden Segmentar bajo las siguientes variables:

- a. Variables geográficas.- ciudades, vecindarios, colonias, etc.
- b. Variables demográficas.- edad, sexo, número de hijos, nivel de ingresos, ocupación, puesto laboral, escolaridad, etc..
- c. Variables psicológicas.- el nivel de involucramiento, sus necesidades, sus motivaciones, sus percepciones, etc.
- d. Variables psicográficas.- diferencias en estilos de vida o personalidad.
- e. Variables conductuales.- base del conocimiento del consumidor con respecto al producto, uso, frecuencia de uso, búsqueda de beneficios, tipo de usuarios (actual o potencial), entre otro.

### 3.3. Plan estratégico de Mercadotecnia Social.

Es un documento de trabajo que considera los puntos abajo desglosados.

Enfoque del plan:

- a. Un producto o servicio específico dirigido a un mercado específico.
- b. Una línea completa de productos o servicios.
- c. Una territorio geográfico determinado.

Características del plan:

- a. Debe ser sencillo de fácil comprensión.
- b. Debe ser claro, preciso y detallado para evitar confusiones.
- c. Debe ser realista y práctico en cuanto a las metas y formas de lograrlas.
- d. Debe ser flexible y adaptable a las circunstancias.
- e. Debe de cubrir todos los factores de la mercadotecnia.

Proceso del plan:

1. Definir la misión y propósito de la empresa. Es de suma importancia conocer la filosofía de la empresa o su razón de ser y conocer las necesidades del consumidor que satisface.

2. Conocer el medio ambiente externo e interno, por medio de la recopilación y organización de los datos básicos del mercado.

Cobertura del plan:

Para dominar un Mercado hay que conocer:

a. Mercado.

- Conocer el mercado para cada producto o servicio.
- Establecer los índices de crecimiento del mercado.
- Identificar la participación en cada uno de estos.
- Identificar los segmentos o mercados que no son cubiertos y conocer las razones.

b. Producto.

- Identificar todos los puntos buenos y malos del producto que se está ofreciendo.
- Evaluar la calidad.
- Evaluar las desventajas.
- Evaluar la confiabilidad.
- Evaluar la satisfacción del consumidor.
- Evaluar la presentación.



c. Competencia.

- Identificar a todos los competidores.
- Identificar los puntos débiles y fuertes de los competidores.
- Identificar la participación en el mercado.
- Identificar las actitudes de los usuarios.
- Identificar las actividades de mercadotecnia realizadas.

d. Distribución.

- Conocer los puntos débiles y fuertes de los competidores.
- Conocer la cobertura del mercado.
- Analizar el servicio por territorios.

e. Consumidor.

- Conocerán las actitudes de estos hacia la institución
- Conocer las actitudes hacia el servicio o producto que se ofrece.
- Ver si los usuarios están satisfechos con el servicio que adquieren.
- Conocer los factores que les desagradan del servicio.

f. Comunicación .

- Evaluar la publicidad y promoción utilizada o no de la demanda por el servicio.
- Las actividades de promoción y publicidad que deben dirigirse a la población objetivo.
- Evaluar los resultados de la promoción y publicidad.
- Conocer si los folletos y pláticas informativas llegan a los segmentos idóneos.
- Conocer las características de los medios de comunicación empleados.

Determinar y analizar los problemas y oportunidades del plan:

Problema es algo que necesita de una solución, es un obstáculo para el logro de los objetivos fijados en una empresa. Mientras que la oportunidad es una vía o posibilidad de lograr algo fijado.

Es importante señalar que no existe servicio que no presente problemas, por lo que se deben de identificar de la siguiente manera:

a. Analizar las desviaciones contra resultados esperados:

- No alcanzar la cobertura señalada.
- Reducción de la demanda por el servicio que se ofrece.

- Mensaje publicitario poco comprensible.
- Baja participación en las horas de interés de la publicidad.
- Apoyo publicitario deficiente.
- Disminución en la participación del mercado.

b. Identificar obstáculos para el desempeño de las actividades de la mercadotecnia:

- Escasez de recursos técnicos y humanos para atender a la demanda actual.
- Baja calidad del servicio.
- Limitaciones en la capacidad técnica de la institución.
- Insatisfacción de los usuarios.
- El servicio es incapaz de ofrecer verdaderos beneficios y ventajas con relación al Precio emocional que paga el usuario por su adquisición.

Fijar los objetivos específicos del plan:

Se deben señalar de forma muy clara los deseos y resultados que se prevén alcanzar a través de la aplicación del plan de mercadotecnia. Por lo que los objetivos son los resultados finales del mercado deseado:

- Dar mayor cobertura de atención por el servicio que se ofrece.
- Hacer que el servicio se encuentra disponible en los segmentos deseados.
- Satisfacer mejor las necesidades de los usuarios.
- Aplicar los medios de la distribución para el servicio dado.
- Solucionar actitudes normativas de los usuarios para con el servicio.

Al redactar los objetivos se deben tener en cuenta las siguientes características:

- a. Cantidades concretas.
- b. Lapsos, plazos y períodos de ejecución específicos.
- c. Productos, servicios, mercados o áreas geográficas concretas.

Establecer las estrategias del plan:

La estrategia delimita las acciones específicas de mercadotecnia que se recomienda para alcanzar los objetivos. La estrategia es el camino a seguir, por lo que constituye la parte activa del plan.

Las actividades específicas de la estrategia son:

- Asignación de responsabilidades.
- Fechas de ejecución.
- Prioridades.
- Recursos a invertir.
- Instrumentos a analizar.

Todo programa de acción eficaz se concentra en los cuatro elementos estratégicos conocidos en conjunto como la mezcla de mercadotecnia.

#### 3.4. Aplicaciones de la MS en México.

El uso adecuado de la MS en diversos campos ha traído grandes ventajas en la vida cotidiana de la población mexicana. Dentro de las diversas campañas que se han desarrollado en el campo de la salud en el país se pueden citar:

- Antidrogas.
- Alcohólisto.
- Planificación familiar.
- Vacunación.
- Cuidado en el uso del agua.
- SIDA, cólera y enfermedades diarreicas.
- Donación altruista de sangre.
- Acciones para mejorar la alimentación.
- Cuidado de la integridad física y moral del menor.
- Promover el acudir al médico y no a la automedicación.
- Prevención del cáncer cervicouterino y de mama.

## CAP. 4 LA INVESTIGACIÓN DEL CONSUMIDOR.

El concepto de mercadotecnia está constituido sobre la premisa de que los mercadólogos primero identifican las necesidades del consumidor, y luego desarrollan productos y servicios que satisfacen esas necesidades.

La investigación del consumidor aplicada en el campo de la salud nos ofrecería una serie de métodos diversos para identificar estas necesidades, también para comprender mejor su comportamiento en el consumo. Se le utiliza para identificar y localizar mercados que sean apropiados como objetivos, y para aprender sus hábitos. Se le emplea para identificar las necesidades tanto conscientes como inconscientes (latentes), para aprender cómo los consumidores perciben productos, servicios (pediatría, ginecología, de urgencias, etc.), hospitales, cuáles son sus actitudes antes y después de campañas promocionales y, cuándo y por qué toman sus decisiones de consumo.

Muchas de estas aplicaciones de la investigación del consumidor tienen una perspectiva de administración: están diseñadas para ayudar al mercadólogo para tomar decisiones mercadológicas específicas respecto al producto, precio, promoción y distribución.

La Investigación del consumidor proporciona la base para el desarrollo de conceptos nuevos de productos o servicios, que se han diseñado para satisfacer aquellas necesidades del consumidor que se han convertido en objetivos a satisfacer. Permite al desarrollar esta investigación darle un significado del consumidor al producto o servicio, al descubrir cuáles atributos son los más importantes para el mercado objetivo y así integrarlos al diseño del producto o servicio<sup>41</sup>.

### 4.1. ANTECEDENTES.

El campo de la Investigación del consumidor se desarrolló como una extensión de la disciplina de investigación de mercadotecnia, enfocándose casi de forma exclusiva en el comportamiento del consumidor en lugar de otros aspectos del proceso mercadológico. La razón inicial para el estudio del comportamiento del consumidor fue la de permitir a los mercadólogos prever cómo reaccionarían los consumidores a los mensajes y a comprender por qué tomaron las decisiones de compras que realizaron. Conociendo esto se podrían diseñar estrategias de mercadotecnia y mensajes promocionales que influyeran en la forma deseada.

#### a) Época modernista

La época en que se desarrolló el campo de la investigación del consumidor se conoce como la época modernista<sup>42</sup>, y a los investigadores que respaldan las hipótesis sobre las que se basa el modernismo se les conoce como positivistas<sup>43</sup>.

Toman prestados los métodos de las ciencias naturales, es decir, experimentos, técnicas de encuestas y observación. Cuyos resultados tienen una naturaleza cuantitativa y se prestan a un complejo análisis estadístico por computadora.

#### b) Investigación motivacional.

Manejada por Ernest Dichter quien desde 1939 comenzó a utilizar las técnicas psicoanalíticas freudianas para describir las motivaciones escondidas de los consumidores. Para fines de los años cincuenta, su metodología de investigación, llegó a ser adoptada ampliamente por los mercadólogos y las agencias de publicidad. Sus métodos consisten en técnicas proyectivas y entrevistas a profundidad, por lo que requiere de un personal muy capacitado para reunir los datos y analizar los resultados. Puesto que las muestras son muy pequeñas no se pueden generalizar las conclusiones a poblaciones mayores y los resultados son muy subjetivos ya que se basan en la interpretación del analista.

Por lo tanto se utilizan de manera primordial para obtener nuevas ideas para campañas promocionales y se considera una investigación cualitativa.

Algunos mercadólogos utilizan una combinación de investigación cualitativa y cuantitativa en la toma de decisiones estratégicas en mercadotecnia, es decir, utilizan los resultados cualitativos para descubrir nuevas ideas y percepciones del consumidor y los resultados cuantitativos para prever las acciones del consumidor con base en diversos insumos promocionales.

#### c) Postmodernismo

Algunos académicos se han interesado más en el acto del consumo que en el acto de compra (es decir, la toma de decisiones). Conceptúan el comportamiento del consumidor como una subserie de conductas humanas, y su mayor conocimiento como clave para reducir algunos de los males asociados con el comportamiento del consumidor (el llamado "lado oscuro" del comportamiento del consumo), como la drogadicción, el alcoholismo, etc. El interés en las experiencias del consumidor ha llevado al término de *experientialismo*<sup>44</sup>. Y a los que se apegan a esta corriente se les conoce como *experientialistas*, *postmodernistas* o *interpretivistas*.

#### d) Investigación interpretivista.

Entre las metodologías de investigación que los interpretivistas utilizan están la etnografía, la semiótica y la entrevista a profundidad .

La etnografía es una técnica prestada de la antropología cultural, en donde los investigadores se colocan en la sociedad que están estudiando, en un esfuerzo para absorber el significado de diversas prácticas culturales. La etnografía se presta para

estudiar toda clase de comportamiento del consumidor, incluyendo la razón por la que los individuos compran productos y servicios<sup>45</sup>.

La semiótica, estudio de los símbolos y el significado que conllevan<sup>46</sup>. Permite descubrir el significado de diversos comportamientos y rituales en el consumo.

Las entrevistas a profundidad son una parte importante del proceso interpretivista de investigación.

Sin embargo, los resultados de la investigación interpretivista con frecuencia son únicos respecto al proceso específico de investigador - consumidor, porque en ocasiones el investigador tiene un papel activo en el proceso de la entrevista.

Con frecuencia se utiliza tanto la investigación interpretivista como la positivista para la toma de decisiones en los negocios. Es decir, se complementan, la prevención que genera la investigación positivista y la comprensión profunda que proporciona la interpretivista, hace que juntas produzca un perfil más rico y más robusto del comportamiento del consumidor, y capacitan al mercadólogo a diseñar estrategias de mercadotecnia más significativas y efectivas. Además esta unión proporciona una base más firme para el empleo de estrategias de mercadotecnia sin fines de lucro y para las decisiones de política pública.

#### **4.2. EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN DEL CONSUMIDOR.**

Los pasos principales en el proceso de investigación del consumidor incluyen:

- a. Definición de los objetivos de la investigación.
- b. Recolección y evaluación de datos secundarios.
- c. Diseño de un estudio de investigación primaria (a menos que los datos proporcionen suficiente información para satisfacer los objetivos del estudio).
- d. Recolección de datos primarios.
- e. Análisis de los datos.
- f. Preparación de un reporte de las conclusiones.

- a. Diseño de los objetivos de investigación.

El primer paso en el proceso de investigación del consumidor es definir cuidadosamente los objetivos del estudio. ¿Es para conocer las actitudes del consumidor sobre los servicios de urgencias o de medicina familiar de un hospital? ¿Es para segmentar el mercado para la campaña de vacunación nacional? ¿Es para determinar el porcentaje de mujeres que usan dispositivo intrauterino?. Es importante para las autoridades del servicio y el investigador de mercadotecnia, ponerse de acuerdo desde el principio sobre los propósitos y objetivos del estudio, para asegurarse de que el diseño de la investigación sea el apropiado. Una declaración de objetivos cuidadosa ayuda a definir el tipo y nivel de información que se necesita.

Por ejemplo, si el propósito del estudio es encontrar nuevas ideas para productos (servicios) o campañas promocionales, por lo general se desarrolla un estudio cualitativo, en donde las personas que responden pasan una cantidad significativa de tiempo cara - a - cara, con un moderador profesional altamente capacitado, que también realiza el estudio.

Debido a los altos costos de cada entrevista, se estudia una muestra muy pequeña de personas que responden; por tanto, los resultados no son proyectables al mercado.

Si el propósito del estudio es saber cuántas personas de la población utilizan ciertos servicios y con qué frecuencia los usan, entonces se desarrolla un estudio cuantitativo que pueda ser analizado por computadora. Se recomienda que previamente al diseño de preguntas de un estudio a gran escala, llevar a cabo un estudio exploratorio a pequeña escala, para identificar los puntos críticos que debe incluir el cuestionario.

#### b. Recolección de datos secundarios

La información secundaria es cualquier dato generado inicialmente para algún propósito distinto a los objetivos de la investigación actual, incluye resultados basados en investigaciones efectuadas por organizaciones externas, información del consumidor resultado de otros departamentos de la institución

A la localización de datos secundarios se llama investigación secundaria y a la investigación original desarrollada por investigadores u organizaciones individuales para satisfacer objetivos específicos se le llama entonces primaria.

A menudo, la investigación secundaria proporciona una percepción suficiente del problema, como para eliminar la necesidad de la investigación primaria. Fuentes importantes de datos secundarios en el campo de la salud son la SSA o el INEGI que brindan datos censables, de población o de recursos en atención médica por servicio de salud. Otra información de mercadotecnia que se publica en forma rutinaria por ejemplo son los datos de OMS, OPS, Boletín Epidemiológico, que muestran los cambios los perfiles epidemiológicos o los objetivos o metas que en materia de salud deben seguir todos los países incorporados.

Los vendedores al menudeo y las empresas no lucrativas con frecuencia tienen información demográfica y de uso directo relevante en sus propios registros. Pueden utilizarse datos de sus derechohabientes, registros de consultas por servicio para saber con exactitud quiénes son sus consumidores. Las listas de suscriptores y donadores sirven para este propósito en organizaciones no lucrativas o con fines de beneficencia.

Si se necesita información más detallada sobre patrones de compra o uso del servicio, o si se busca información sociocultural o psicológica del consumidor, entonces se deben reunir los datos primarios. La investigación primaria por tanto es más costosa y lleva más tiempo pero es factible que presente un cuadro más preciso que los estudios basados en datos secundarios exclusivamente.

#### c. Diseño de una investigación primaria.

El diseño de un estudio de investigación está basado en los propósitos del estudio; si se necesita información descriptiva, entonces es probable que se lleve a cabo un estudio cuantitativo, si el propósito es obtener nuevas ideas (por ejemplo para reposicionar un producto), entonces quizás sea necesario un estudio cualitativo, puesto que el enfoque para cada tipo de investigación es diferente en términos del método de recopilación de datos, diseño de muestra, y tipo de instrumento para la recolección de datos, se menciona a continuación cada planteamiento de investigación:

##### c.1. Diseño de investigación cualitativa.

La selección de técnicas para la recopilación de datos para estudios cualitativos incluyen entrevistas a profundidad, grupos de enfoque y técnicas proyectivos.

Mientras que estos métodos de investigación pueden diferir en su composición, todos tienen sus raíces en aspectos psicoanalíticos y clínicos de psicología, y enfatizan preguntas de tipo abierto y de respuesta libre para estimular a las personas que responden, a revelar sus pensamientos y creencias más íntimas.

Estas técnicas se utilizan con regularidad en las primeras etapas de investigación de las actitudes para señalar con precisión las creencias o atributos relacionadas con el producto que sean relevantes y para desarrollar un cuadro inicial de actitudes del consumidor (en especial las creencias y atributos que los consumidores asocian con productos y servicios específicos).

##### a. Entrevistas a profundidad

Esta es una entrevista larga por lo general de 30 minutos a una hora, no estructurada, entre una persona que responde y un entrevistador altamente capacitado, que reduce su participación al mínimo en las conversaciones después de establecer el tema general por analizar (sin embargo, algunos investigadores con frecuencia asumen un papel más activo en la entrevista). Se estimula a los entrevistadores a que hablen con libertad acerca de sus actividades, actitudes e intereses, además de la categoría del producto o marca que se estudia. Después se estudian en forma cuidadosa las transcripciones o grabaciones de las entrevistas, junto con informes del estado de ánimo de los entrevistados y cualquier gesto o



lenguaje corporal que pudieran haber utilizado para mostrar actitudes o motivos. Estos estudios proporcionan a los mercadólogos percepciones para el posicionamiento o reposicionamiento del servicio.

#### b. Grupos focales.

Un grupo focal consiste en ocho o diez personas que se reúnen con un moderador/analista para la discusión en grupo "enfocado" sobre un servicio o categoría específica de producto (o cualquier otro tema de interés para la investigación). Se alienta a las personas a que hablen sobre sus intereses, actitudes, reacciones, motivos, estilos de vida, sentimientos, acerca del producto o la categoría del mismo, experiencia en su uso, y demás. En virtud de que un grupo focal utiliza como dos horas para finalizar, un investigador puede conducir con facilidad dos o tres grupos focales (con un total de 30 personas) diariamente, mientras que ese mismo investigador pudiera necesitar cinco o seis días para realizar esas mismas entrevistas en forma individual.

El análisis de las respuestas, tanto en entrevistas a profundidad como en grupos de enfoque, requiere una gran habilidad de parte del investigador. Invariablemente se graban las sesiones de los grupos focales, y a veces se les filma, para ayudar en el análisis. Por lo general, las entrevistas se llevan a cabo en salas de conferencias dotadas con ventanas de espejo que permite observar las sesiones sin interrumpir ni inhibir las respuestas. Se recluta a los entrevistados con base a un perfil diseñado (llamado cuestionario de filtración), basado en especificaciones definidas por la gerencia de mercadotecnia, pagándoseles por su participación,

Algunos mercadólogos prefieren las entrevistas a profundidad individuales que están libres de la presión del grupo, es menos probable que den respuestas socialmente aceptables (y no necesariamente veraces), es más factible que permanezcan atentos durante toda la entrevista, y en virtud de la mayor atención personal que reciben -es más fácil que revelen sus pensamientos íntimos. Otros prefieren los grupos focales porque les lleva menos tiempo global para terminar el estudio, y creen que las discusiones completamente libres en el grupo, y la dinámica del mismo, tienden a proporcionar el menor número de ideas y percepciones nuevas.

#### c. Técnicas proyectivas

Están diseñadas para descubrir los motivos subyacentes de los individuos, a pesar de sus racionalizaciones inconscientes o sus esfuerzos para disfrazar un encubrimiento consciente. Estas técnicas consisten en diversas pruebas disfrazadas que contienen estímulos ambiguos, tales como oraciones incompletas, cuadro o caricaturas sin título, manchas de tinta, pruebas de asociación de palabras, y caracterizaciones de otras personas, se pide a los entrevistados que completen, describan o expliquen el significado de los estímulos.

La teoría en que descansan estas pruebas es que los sentimientos internos de las personas influyen en la forma como perciben los estímulos ambiguos. Así, es factible que sus respuestas revelen sus necesidades, deseos, temores, aspiraciones y motivos subyacentes, ya sea que los entrevistados tengan o no plena conciencia de ellas.

El supuesto básico que subyace en estas técnicas es que las personas no se dan cuenta de que están expresando sus propios sentimientos.

#### c.2. Diseño de investigación cuantitativa.

El diseño de un estudio de investigación cuantitativa incluye:

##### a) Métodos de recolección de datos.

Hay tres formas básicas para reunir los datos primarios en un investigación cuantitativa: observación del comportamiento, experimentación (en un laboratorio o en campo, por ejemplo, un hospital), o por la aplicación de encuestas (es decir, preguntas a la gente), se analizarán a continuación:

##### 1. Observación del comportamiento o investigación observacional.

Este es un método de investigación del consumidor porque los mercadólogos reconocen que la mejor manera para obtener una comprensión profunda de la relación entre la gente y los productos o servicios, es observarlos en el proceso de comprar y utilizar esos productos.

Con observar a la gente, con frecuencia obtienen mejor comprensión de lo que simboliza un producto para un consumidor, y mayor percepción entre la adhesión entre la gente y los productos, que es la esencia de la lealtad a la marca. También brinda elementos de juicio para la publicidad. La investigación observacional se utiliza de manera amplia por los investigadores interpretivistas, para aprender el proceso de compra y consumo.

##### 2. Experimentación.

Es posible demostrar el atractivo relativo en las ventas de muchos tipos de variables como diseño de empaques, precios, ofertas promocionales o temas de texto, por medio de experimentos diseñados para identificar causas y efectos. En estas investigaciones de causas sólo se manipula una variable a la vez (la llamada variable independiente), mientras todos los demás elementos se mantienen constantes. Un experimento controlado de este tipo asegura que cualquier diferencia en los resultados (variable dependiente) se debe a diferentes tratamientos de la variable en estudio, y no a factores extraños. También se pueden llevar a cabo experimentos en un laboratorio con el uso de instrumentos especiales, como

cámaras que estudian el movimiento de los ojos de los sujetos cuando revisan los anuncios de la competencia.

### 3. Encuestas.

Si los investigadores desean preguntar a los consumidores sobre sus preferencias en las compras, pueden hacerlo en persona, por correo o por teléfono (y actualmente por correo electrónico, por internet o por fax). Cada uno de estos métodos de encuesta tiene ciertas ventajas, que deben ser ponderadas con base en el método de contacto elegido.

Las encuestas de entrevista personal se desarrollan con mayor frecuencia en el hogar o en áreas de compras al menudeo. Esta última, a la que se llama intercepción en centros comerciales, es la más usada actualmente debido a las actividades de los consumidores que de hecho pasan poco tiempo en sus hogares.

Se utilizan con frecuencia las encuestas por teléfono para reunir los datos del consumidor, aunque la alta incidencia de los consumidores (sobre todo las mujeres) que trabajan han limitado su uso. A menudo las noches y los fines de semana son los únicos momentos para establecer contacto, sin considerar las ya tan populares contestadoras que filtran las llamadas.

Las encuestas por correo se efectúan enviando cuestionarios directamente a los individuos a sus hogares. Se pueden establecer paneles de consumidores que, mediante un pago simbólico se comprometen a terminar y enviar periódicamente por correo de vuelta los cuestionarios a las empresas.

#### b) Instrumentos para recolectar datos.

Para la investigación cuantitativa el instrumento principal de recolección de datos es el cuestionario, que puede enviarse por correo o administrado personalmente o por teléfono.

A menudo, los consumidores son renuentes a dedicar el tiempo a responder a las encuestas, por lo que estos cuestionarios deben ser interesantes, objetivos, carentes de ambigüedad, fáciles de terminar, y por lo general no engorrosos, a fin de motivar a los respondientes a que los contesten, con veracidad y completos.

Para mejorar el análisis y facilitar la clasificación de respuestas en categorías significativas, los cuestionarios incluyen tanto preguntas relevantes para los propósitos del estudio, lo mismo que preguntas demográficas pertinentes. Para asegurar su validez, se prueban previamente los cuestionarios (el formato, lenguaje y secuencia de preguntas afectan la validez), antes de darles una amplia distribución.

El cuestionario puede ocultar o no su propósito real (cuestionario disfrazado), lo que proporciona más respuestas veraces. Las preguntas pueden ser abiertas (con respuestas en las palabras propias del que contesta) o cerradas (el que responde sólo marca la respuesta apropiada de una lista de opciones). Los cuestionarios ofrecen confidencialidad o anonimato a los respondientes para eliminar cualquier renuncia.

Otros instrumentos de recolección de datos son los inventarios en los que se presentan una serie de declaraciones a las que se pide a las personas que contestan que indiquen su grado de acuerdo o desacuerdo.

También con frecuencia se les presentan a las personas una lista de atributos y se les pide que indiquen sus sentimientos o evaluaciones relativas. Los atributos que con mayor frecuencia se utilizan para capturar estos datos de evaluación se llaman escalas de actitud e incluyen las escalas de Likert, las escalas diferenciales semánticas, y las escalas de clasificación de rango.

La escala de Likert es la forma más popular de escala de actitudes, porque es fácil su preparación e interpretación, y es sencilla para que los consumidores la contesten. Contiene una serie igual de selecciones de acuerdo/desacuerdo, un beneficio importante es que da la opción de considerar las respuestas a cada declaración en forma separada o de combinar las respuestas, para producir una puntuación global resumida por lo que también se le llama escala sumada<sup>47</sup>.

Al igual que la anterior la escala semántica diferencial es fácil de construir y administrar, consiste en una serie de adjetivos bipolares (como bueno - malo, caliente - frío), que están ancladas en los extremos en un continuo de numeración impar para eliminar la respuesta neutral (por ejemplo, 5 o 7 puntos). Se les pide a los consumidores que evalúen un concepto por ejemplo, un producto, servicio o empresa, basado en cada atributo, poniendo una marca en el punto continuo donde mejor se reflejen sus preferencias o creencias. Al final se pueden observar como perfiles gráficos que pueden permitir comparaciones, por ejemplo las percepciones de tres o más servicios que compiten entre sí, y para identificar áreas donde es susceptible el mejoramiento del servicio, cuando se mide la percepción del servicio existente contra la percepción del producto "ideal".

Con las escalas de clasificación de rango, se pide a los sujetos que clasifiquen preguntas como productos (o compañías o tiendas o servicios que venden al menudeo), en orden de preferencia, de acuerdo con algunos criterios, como calidad general o valor por su dinero. Permiten obtener información valiosa de la competencia, y permiten detectar áreas de mejoramiento en el diseño del producto o en el posicionamiento de éste en el mercado.

## c) Muestreo.

El muestreo es un componente integral del diseño de investigación. El plan del muestreo se enfoca a tres preguntas: ¿a quién se va encuestar (la unidad de muestreo)?, ¿cuántos se van a encuestar (tamaño de la muestra)? y ¿cómo seleccionarlos (el procedimiento del muestreo).

Decidir a quién se va a encuestar requiere que el universo o fronteras del mercado del cual se buscan los datos, esté definido de manera que pueda seleccionarse una muestra apropiada. Entrevistar al mercado objetivo o potencial es un elemento básico para la validez del estudio

Si el investigador desea que las conclusiones puedan proyectarse a la población total, entonces debe seleccionarse una muestra probabilística; si es suficiente tener conclusiones "representativas" de la población, entonces basta con una muestra no probabilística<sup>48</sup>.

## d) Captación de datos.

En estos estudios como se indicó anteriormente, se requieren científicos sociales muy capacitados para la captación de datos. Por lo general, un estudio cuantitativo utiliza personal de campo que se ha reclutado o capacitado directamente por el investigador, o que ha sido contratado de una empresa que se dedica a realizar entrevistas de campo. En cualquier caso, a menudo es necesario verificar si las entrevistas han tenido lugar realmente. Esto se hace algunas veces enviando una tarjeta postal a los entrevistados solicitándoles que verifiquen si participaron en la entrevista de la fecha registrada en la forma del cuestionario. Estos periódicamente se revisan buscando que estén legibles, completos y claros.

## e) Análisis.

En la investigación cualitativa, el moderador o administrador de la prueba generalmente analiza las respuestas recibidas. En la investigación cuantitativa, el investigador es quien supervisa el análisis. Las respuestas a preguntas abiertas primero se codifican y cuantifican (es decir, se convierten en resultados numéricos), después se tabulan y analizan todas las respuestas.

## f) Preparación del informe.

El informe incluye un resumen ejecutivo de las conclusiones. Puede o no puede incluir recomendaciones para acciones de mercadotecnia. El cuerpo del informe incluye una descripción completa de la metodología empleada y, en el caso de la investigación cuantitativa, también incluye tablas y gráficas para apoyar las conclusiones. Por lo general se incluye una muestra del cuestionario en el apéndice, con el fin de evaluar la objetividad de las conclusiones.

## CAP. 5 COMPORTAMIENTO DEL CONSUMIDOR: CONCEPTOS BASICOS.

Las necesidades humanas -necesidades de los consumidores- son la base de toda la mercadotecnia moderna. Las necesidades son la esencia del concepto de mercadotecnia. La clave para la supervivencia de una empresa es su capacidad para identificar y satisfacer mejor y más rápidamente que la competencia las necesidades insatisfechas de los consumidores.

Los mercadólogos que tienen éxito definen sus mercados en términos de las necesidades que creen poder satisfacer, más que en términos de los productos que venden, es decir, se trata de un enfoque orientado al mercado, más que de un enfoque orientado a la producción.

### 5.1. MOTIVACIONES.

Es aquella fuerza dentro de los individuos que los impulsa a la acción y dicha fuerza está producida por un estado de tensión que existe como resultado de una necesidad insatisfecha.

Los individuos tratan -consciente e inconscientemente- de reducir esta tensión siguiendo un comportamiento que creen que satisfecerá sus necesidades y eliminará la tensión que sienten. Las metas específicas que eligen y los patrones de comportamiento que siguen para alcanzar tales metas son el resultado del pensamiento y aprendizaje del individuo. Por esta razón, los mercadólogos que comprenden la teoría de las motivaciones tratan de influir sobre los procesos cognoscitivos del consumidor, los cuales están en constante cambio ante las experiencias de la vida del consumidor.

Todos los individuos tenemos necesidades, algunas necesidades son innatas o fisiológicas (biogénicas como la necesidad de comida, agua, aire, ropa, vivienda, y relaciones sexuales) y son consideradas motivos o necesidades primarias. Otras son adquiridas, son aprendidas en respuesta a nuestra cultura o ambiente (prestigio, autoestima, afecto, poder, aprendizaje) y en general son psicológicas (es decir, psicogénicas) y son consideradas motivos o necesidades secundarias.

Para cualquier necesidad dada, existen muchas metas diferentes, todas apropiadas. Las metas dependen de sus experiencias personales, capacidad física, normas y valores culturales dominantes y de la accesibilidad de la meta en el contexto físico y social. Además, la meta tiene que ser socialmente aceptable y físicamente accesible.

La percepción que un individuo tiene de si mismo sirve también para influir en las metas específicas seleccionadas. Los productos o servicios que una persona tiene, que le gustaría tener, o que le gustaría no tener, a menudo se perciben en términos de con qué proximidad reflejan la autoimagen de la persona (son

congruentes con ella). Un producto que se percibe por la relación con la autoimagen de un individuo, tiene mayor probabilidad de ser seleccionado que otro que no se ajusta a ella.

La motivación puede tener un sentido positivo (fuerza que impulsa hacia algún objeto o condición) o negativo (fuerza que aleja de otro objeto o condición).

A los impulsos positivos también se les refiere como necesidades, deseos o anhelos y a los impulsos negativos como temores o aversiones. No obstante, aunque las fuerzas motivadoras positivas y negativas parecen diferentes en términos de actividad física, son similares en lo fundamental, ya que ambas sirven para iniciar y mantener un comportamiento humano. Por esta razón, con fines de investigación se distingue entre deseo y necesidad, al definir los deseos como necesidades de un producto específico.

Algunos especialistas en comportamiento de consumo distingue entre los así llamados motivos racionales y los motivos emocionales o no racionales. Se utiliza el término racionalidad en el sentido económico tradicional que supone que los consumidores se conducen de manera racional cuando analizan con cuidado todas las alternativas y escogen aquella que les dará la mayor utilidad. Por otro lado, los criterios emocionales o subjetivos no maximizan la utilidad o satisfacción. Sin embargo los consumidores siempre tratan de seleccionar alternativas que, de acuerdo con su punto de vista, sirven para maximizar su satisfacción.

Evidentemente, la evaluación de la satisfacción es un proceso muy personal, que se basa en la propia estructura de necesidades del individuo, así como en pasadas experiencias sociales (o aprendidas) y de comportamiento, lo que puede parecer irracional para un observador externo puede ser perfectamente racional en el contexto de la propia perspectiva psicológica del consumidor. En consecuencia no siempre es clara la distinción entre motivos racionales y emocionales del consumidor.

Los positivistas tienden a visualizar todo el comportamiento del consumidor como racionalmente motivado, y tratan de aislar las causas de tal comportamiento de manera que puedan prever, y por tanto, influir en el comportamiento futuro.

Los experiencialistas están interesados en estudiar los placeres hedonísticos que proporciona el comportamiento del consumidor, como diversión, fantasía o sensualidad, con el interés de obtener puntos de vista y comprender al consumidor en sus propias y únicas circunstancias.

Se puede entonces considerar que las necesidades y metas son cambiantes, que nunca se satisfacen por completo, que surgen nuevas necesidades al satisfacer las necesidades viejas.

El tener éxito o fracaso en el logro de las metas modifica el nivel de aspiraciones de los consumidores que a la vez modificará sus experiencias.

Ante el fracaso de las metas se puede dirigir el comportamiento hacia las metas sustitutas para evitar la frustración. Los consumidores que no pueden enfrentar la frustración desencadenan los mecanismos de defensa como la agresión, racionalización, regresión, retiro, entre otros. Los mercadólogos consideran esto cuando planean los mensajes de publicidad.

En el campo de las necesidades en salud es importante mencionar el fenómeno conocido como necesidad dominante, es decir, ante la multiplicidad de necesidades que satisface el consumidor los problemas de salud generalmente son necesidades dominantes, y la elección de las metas para satisfacerlas es variable en cada consumidor (por ejemplo la diferencia en acudir a un servicio de urgencias o de consulta externa).

La mayoría de las necesidades específicas de un consumidor pueden permanecer adormecidas durante mucho tiempo. El surgimiento de una clase particular de necesidades en un punto específico del tiempo puede ser causado por estímulos internos que se encuentran en la condición fisiológica, procesos cognoscitivos o emocionales del individuo, o por estímulos que proceden del ambiente externo.

Cuando la gente vive en un ambiente complejo y muy diversificado, tiene muchas oportunidades para el surgimiento de necesidades. A la inversa, cuando su ambiente es pobre y limitado (como en muchos casos de la población mexicana), se activan menos necesidades. Los medios de difusión como la televisión tienen un papel modificador muy importante y en ocasiones causa frustraciones en la gente, lo que algunas veces resulta en la adopción de mecanismos de defensa antisocial, como la agresión (dirigida hacia los servicios o personas que los atienden).

## 5.2. TIPOS Y SISTEMAS DE NECESIDADES.

Durante muchos años, los psicólogos y otros interesados en el comportamiento humano han desarrollado listas exhaustivas de necesidades o motivos humanos.

El doctor Maslow, psicólogo clínico formuló una teoría de la motivación humana, basada en la noción de una jerarquía universal de necesidades humanas.<sup>49</sup>

Nivel I. Necesidades fisiológicas (alimento, agua, aire, abrigo, sexo).

Nivel II. Necesidades de seguridad física y emocional (protección, orden, estabilidad).

Nivel III. Necesidades sociales (afecto, amistad, sentido de pertenencia).

Nivel IV. Necesidades del ego (prestigio, status, autorespeto).

Nivel V. Autorrealización (autosatisfacción).



La teoría de Maslow postula 5 niveles básicos de necesidades humanas, que se clasifican en orden de importancia, desde necesidades de nivel más bajo (biogénicas) hasta necesidades de nivel superior (psicogénicas). Sugiere que los individuos tratan de satisfacer necesidades de nivel inferior antes de que surjan las de nivel superior. El nivel más bajo de las necesidades crónicamente insatisfechas que experimenta un individuo, sirve para motivar su comportamiento. Cuando tal necesidad se halla razonablemente satisfecha, surge una nueva (y más alta) necesidad, que ahora el individuo se ve motivado a satisfacer. Cuando esta necesidad se satisface, aparece una nueva (y todavía más alta) necesidad, y así sucesivamente. Por supuesto, si vuelve a aparecer una necesidad de bajo nivel, de nuevo puede volverse temporalmente dominante.

La jerarquización de las necesidades ofrece un marco de referencia útil, amplio, que permite desarrollar mensajes publicitarios apropiados para sus productos, a un nivel de necesidades que probablemente sea compartido por una gran parte (segmento) de los consumidores y facilita el posicionamiento o reposicionamiento de los servicios (se entiende el proceso de posicionamiento de los servicios como la forma en que el producto debe ser percibido por los consumidores potenciales).

Algunos psicólogos creen en la existencia de un trío de necesidades básicas: las necesidades de poder, afiliación y logro. Cada una de estas pueden quedar comprendidas en la jerarquía de Maslow, no obstante, consideradas de manera individual, cada una de ellas tiene una relevancia distintiva para la motivación del consumidor.

La necesidad de poder se relaciona con el deseo de un individuo de controlar su ambiente, incluyendo la necesidad de controlar a otras personas y una diversidad de objetos. Se puede observar en diversos tipos de servicios de salud, que se prestan a promesas de poder o superioridad para sus usuarios.

La afiliación es un motivo que tiene influencia de largo alcance en el comportamiento del usuario. Esta necesidad sugiere que el comportamiento está influido por el deseo de tener amistades, aceptación y sentido de pertenencia. La gente que tiene fuertes necesidades de afiliación tiende a ser fuertemente dependiente de otros en lo social. Los pacientes que acuden a hospitales particulares o privados a menudo lo hacen más por el gusto de estar con otros, que consideran con los mismos intereses, que por hacer el uso.

La necesidad de logro está relacionada con la necesidad de autorealización. La gente que tiene fuerte necesidad de logro tiende a tener mayor confianza en sí misma, le gusta tomar riesgos calculados, investiga de forma activa sus ambientes, y está muy interesada en la retroalimentación. Estas personas gustan de estar en situaciones en que pueden asumir una responsabilidad personal para encontrar soluciones. Son buenos prospectos para productos innovadores, con una

presentación astuta, para proyectos hágalo-usted-mismo, para casas viejas, e incluso para emisiones de acciones moderadamente especulativas. Se debe pensar en estimular esta necesidad en la mayoría de los consumidores de servicios de salud, principalmente como los de medicina preventiva.

### 5.3. PERSONALIDAD.

Se ha enfocado el estudio de la personalidad por los teóricos, en una diversidad de formas, por lo que no hay una sola definición, sin embargo, se propone en el marco de este estudio que se le defina como: aquellas características psicológicas internas que tanto determinan como reflejan la forma en que una persona responde a su ambiente.

Esta definición enfatiza las características internas, cualidades, atributos, rasgos, factores y peculiaridades específicas que distinguen a un individuo de los demás.

Por tanto la identificación de estas características asociadas con el comportamiento del consumidor son de gran utilidad para desarrollar las estrategias de segmentación de mercado de una organización o empresa.

Los investigadores que aplican la teoría psicoanalítica de Freud al estudio de la personalidad del consumidor, tienden a enfatizar la idea de que los impulsos humanos en gran parte son inconscientes, y que los consumidores no se dan mayormente cuenta de sus verdaderas razones para adquirir lo que compran o utilizan. Tienden a enfocarse en las compras del consumidor y/o situaciones de consumo, tratándolas como un reflejo y una extensión de la propia personalidad del consumidor.

En la comprensión de la diversidad de los consumidores la personalidad presenta rasgos que han probado ser útiles en la diferenciación entre los consumidores innovadores y no innovadores, es decir, conocer todo lo que sea posible acerca de los consumidores que probablemente prueben nuevos productos o servicios es importante o crucial para el éxito del producto nuevo.

Estos rasgos son:

a. Innovatividad del consumidor:

Grado de receptividad que los consumidores pueden tener para nuevos servicios.

b. Dogmatismo:

Grado de rigidez que los individuos muestran hacia lo desconocido y hacia la información que es contraria a sus propias creencias ya establecidas<sup>50</sup>.

c. Carácter social:

Es un rasgo que varía en un continuo de dirección hacia adentro (confiar en sus propios estándares para evaluar nuevos servicios) y en dirección hacia otros (tienden a depender de otras personas para que los dirijan sobre lo que está bien o mal). Los consumidores con estas dos direcciones son atraídos por diferentes tipos de mensajes promocionales, los primeros prefieren aceptar (utilizar) anuncios que enfatizan características del producto y beneficios personales, mientras que los segundos prefieren anuncios que muestran un ambiente parcial o una aceptación social (por lo que se dice que son más influenciables).

d. Nivel óptimo de estímulo:

Grado de vinculación con la voluntad de tomar riesgos, probar servicios, ser innovadores, buscar información relacionada con la utilización, y aceptar nuevas instalaciones de ventas (ofertas) individuales. Al respecto en los servicios de salud, el análisis del nivel óptimo de estímulo en los consumidores nos permitiría lograr mejores resultados ante la promoción de campañas de medicina preventiva o la adecuada utilización de los servicios de consulta externa y de urgencias, sobre todo considerando la introducción de la información necesaria (mostrando los beneficios y los riesgos de sus utilización errada).

e. Búsqueda de variedad y novedades:

Es un rasgo de la personalidad muy similar al anterior, parece que existen muchos tipos diferentes de búsqueda de variedad:

1. Comportamiento exploratorio en la compra o utilización: por ejemplo, cambio de médico para experimentar nuevas alternativas, que posiblemente sean mejores.

2. Exploración vicaria: por ejemplo cuando el consumidor obtiene información acerca de una alternativa nueva o diferente, y luego medita o hasta fantasea con esa nueva opción.

3. Innovación de uso: cuando un consumidor utiliza un servicio ya adoptado en una forma nueva o novedosa, en este caso un servicio de urgencias con una nueva organización, enriquecida por productos tecnológicos (aparatos computarizados para certificar derechohabencia o simplemente para suministrar la documentación por parte de los médicos como recetas médicas o bien hojas clínicas)<sup>51</sup>.

Por otro lado los investigadores del consumidor han estado interesados cada vez más en la forma en que los factores de la personalidad cognoscitiva influyen diversos aspectos del comportamiento del consumidor. Y principalmente en dos rasgos de esta personalidad:

1. Los visualizadores y verbalizadores:

Los primeros son aquellos consumidores que prefieren la información visual y productos que enfatizan lo visual; y los verbalizadores, son aquellos que prefieren información y productos escritos o verbales. Estos rasgos son importantes en el diseño de las estrategias para atraer la utilización deseada en los servicios objetivo: cambio de conductas en los consumidores apoyados en videos o boletines, folletos, etc.

2. Necesidad cognoscitiva (NC):

Que mide la necesidad de una persona de pensar o su gusto al hacerlo. Se dice que los consumidores que tienen una alta NC responden a la parte de un anuncio rico en información o descripción del producto, y no a los aspectos contextuales o periféricos del anuncio, como la presencia de una personalidad como patrocinador. En contraste los que tienen una baja NC responden con base en el modelo o celebridad que se presenten como promotores del mensaje.

Así también, en cuanto a la exploración de los rasgos interrelacionados del consumo y la posesión se mencionan los siguientes:

a. Materialismo del consumidor:

Se han encontrado algunas características de las personas materialistas en relación al consumo: valoran especialmente la adquisición y la presunción de las posesiones; son en especial autocéntricos y egoístas; buscan estilos de vida llenos de posesiones; y sus muchas posesiones no les brindan satisfacción personal (por ejemplo algo tendría que ver con los pacientes que siendo derechohabientes de algún tipo de institución de salud gustan de ver a otro médico y a otro y así sucesivamente).

b. Comportamiento fijo de consumo:

Como el materialismo este tipo de comportamiento se encuentra dentro de la región del comportamiento normal y social aceptable, sus características son: un interés profundo (apasionado) en un objeto o categoría de servicio específico; voluntad de llegar hasta considerables extremos para obtener ejemplos adicionales del objeto o categoría del servicio que les interesa; y la dedicación de una cantidad considerable de tiempo y dinero discrecionales para buscar el objeto o servicio. Se dice que en este tipo de comportamiento se observa que el consumidor no sólo tiene

un involucramiento perdurable en la categoría del objeto sino también en el proceso de adquirir el objeto (la caza del producto). Nos interesaría este tipo de comportamiento en la población general al conceptualizar a la salud como un bien que tendrían que buscar en forma fija.

c. Consumo compulsivo:

Este comportamiento es ya anormal, los consumidores tienen una adicción; en algunos aspectos están fuera de control, y sus acciones pueden tener consecuencias perjudiciales para ellos y para los que los rodean. Ejemplos de problemas de este tipo de consumo son la drogadicción, el alcoholismo, el tabaquismo y diversos desórdenes de alimentación y comida. Actualmente en el mundo entero estos son problemas muy graves y que han sugerido soluciones promocionadas por la ONU y algunos otros organismos como verdaderos problemas de salud pública. Es importante para ello utilizar a la mercadotecnia social como una estrategia, en donde se organicen las acciones para una modificación en el comportamiento de los consumidores de gran beneficio social.

d. Etnocentrismo del consumidor:

Es decir las respuestas a productos extranjeros que pueden tener los consumidores, también han sido motivo de estudio en esta área. En los segmentos de consumidores que posiblemente sean receptivos a productos extranjeros, y otros segmentos que no lo son se han estudiado escalas, como la CETSCALE de A. Shimp<sup>52</sup>. Los consumidores que son muy etnocéntricos sienten que es inapropiado o incorrecto comprar o utilizar productos extranjeros, por el impacto que dichas compras tienen sobre la economía doméstica, mientras que los no etnocéntricos tienden a evaluar los productos elaborados con mayor objetividad, por sus características extrínsecas.

Este es otro rasgo que se debe considerar, dentro de los consumidores mexicanos ya que en nuestro país a partir de la apertura comercial (TLC), se ha podido observar la oferta publicitada de servicios médicos del extranjero y no así los de tipo nacional en los periódicos de gran circulación entre la población (Excelsior, Novedades, etc.)

#### 5.4. PERCEPCIONES.

Puede ser descrita como la forma en que vemos el mundo que nos rodea. Los individuos pueden estar sujetos a los mismos estímulos bajo condiciones que son aparentemente iguales, pero la forma en que los reconocen, seleccionan, organizan, e interpretan, es un proceso altamente individualizado, que se basa en las necesidades, valores y expectativas personales de cada uno.

Un estímulo es una unidad de información que ingresa por cualquiera de los sentidos. Estos en mercadotecnia incluyen una cantidad enorme de variables como la naturaleza del producto o servicio, sus atributos físicos, el diseño del empaque, la marca, los anuncios y comerciales de promoción.

La gente tiende a percibir a los productos y sus atributos de acuerdo a sus propias expectativas; por otra parte los estímulos que entran en conflicto agudo con las expectativas, con frecuencia reciben mayor atención que aquéllas que se ajustan a las expectativas.

En cuanto a los motivos, la gente tiende a percibir cosas que necesitan o desean, y con base en la interacción de expectativas y motivos con el estímulo el consumidor hace una selección.

Existen cuatro factores en la Percepción selectiva:

1. Exposición selectiva: los consumidores buscan mensajes agradables y que les confirmen la sabiduría de sus decisiones de compra.

2. Atención selectiva: la gente varía en términos de la clase de mensaje y tipo de medio que prefiere. Algunas se interesan más por el precio, la apariencia o en su aceptación social.

3. Defensa perceptual: subconscientemente los consumidores filtran y dejan fuera estímulos que es importante para ellos no ver, aún cuando la exposición ya haya tenido lugar. Inclusive, pueden distorsionar inconscientemente la información que no sea consistente con sus necesidades, valores y creencias.

4. Bloqueo perceptual: los consumidores se protegen a si mismos del bombardeo de estímulos simplemente desconectándose -bloqueando tales estímulos de la plena conciencia. Esto se ve claramente con el uso que se hace de los controles de los televisores.

La interpretación de los estímulos también es individual porque se basa en lo que los individuos esperan ver a la luz de su experiencia anterior, del número de explicaciones factibles que pueden visualizarse, y sobre los motivos e intereses que tienen en el momento de la percepción.

Se mencionan como influencias que distorsionan la Percepción del consumidor a las siguientes:

1. Apariencia física:

Atribuir las cualidades que asocian con ciertos servicios a otros que pueden parecérseles en forma consciente o no de tal similitud. Por ejemplo, todas las clínicas

del IMSS son iguales a las del ISSSTE.

## 2. Estereotipos:

Los consumidores llevan en sus mentes cuadros o imágenes del significado de varias clases de estímulos. Estos estereotipos, sirven como expectativas de qué puede esperarse de situaciones, gente o eventos específicos y son determinantes importantes de la forma en que dichos estímulos se perciben posteriormente. Por ejemplo los servicios médicos privados (Hospital Angeles del Pedregal) son mejores que los públicos (Hospital General de México).

## 3. Rasgos irrelevantes:

Cuando se requiere formar un juicio perceptual difícil, a menudo los consumidores responden a estímulos irrelevantes.

## 4. Primera impresión:

Las primeras impresiones tienden a ser duraderas; sin embargo, al formarse tales impresiones, el perceptor no sabe que estímulos son relevantes, importantes o predictivos del comportamiento posterior.

## 5. Salto a conclusiones:

Mucha gente tiende a saltar a conclusiones antes de examinar toda la evidencia relevante. En el caso de los mensajes publicitarios, los consumidores sólo escuchan la parte inicial de un mensaje y efectúan conclusiones del servicio o producto. Por lo tanto la estrategia es no dejar los mejores argumentos persuasivos al final del mensaje objetivo.

## 6. Efecto halo:

Se ha utilizado para describir situaciones en que la evaluación de un solo objeto o persona en una multitud de dimensiones se basa en la evaluación de una de pocas dimensiones. La evaluación de un médico da la pauta sobre la opinión acerca de la institución en su totalidad.

Por otro lado los consumidores tienen ciertas percepciones duraderas, o imágenes que son en particular relevantes para el estudio del comportamiento del consumidor.

Productos o servicios y marcas tienen un valor simbólico para los individuos, que los evalúan sobre la base de su consistencia (es decir, congruencia) con las imágenes personales de ellos mismos. Algunos servicios parecen estar de acuerdo con la autoimagen de un individuo; otros no. Los consumidores tratan de preservar o

exaltar sus autoimágenes utilizando servicios que creen que son congruentes con esa autoimagen y evitando el uso de los que no lo son.

En los servicios de salud por ejemplo en el IMSS se exalta la imagen materna y de protección al utilizar una estatua que muestra a una madre con un niño en su regazo, en los servicios médicos de Pemex se maneja un logotipo de un águila, que brinda una imagen de la fuerza de trabajo de esta tan importante empresa y que se siente al platicar con sus consumidores.

La imagen de un servicio que un consumidor tiene en su mente -esto es, como está posicionado- es probablemente más importante para su éxito en última instancia, que sus características reales. Por tanto debemos tratar de posicionar las marcas (IMSS, ISSSTE, SSA) de manera que el consumidor las perciba como ocupantes de un lugar (nicho) distintivo en el mercado (de los servicios de salud) -un nicho que no está ocupado por ningún otro servicio. Esta tarea de diferenciar a los servicios se logra enfatizando los atributos que, cubren mejor las necesidades del consumidor con relación a los otros servicios competidores. Se trata de crear una imagen de producto consistente con la autoimagen relevante del segmento objetivo de consumidores.

El posicionamiento de los servicios entre los consumidores o usuarios requiere de una estrategia que es la esencia de la mezcla de mercadotecnia; complementa la estrategia de segmentación de la empresa y la selección de sus mercados objetivos. Traduce el concepto o significado del producto o servicio en términos de cómo satisface una necesidad de los consumidores. Se pueden asignar diferentes significados para el consumidor (es decir, imágenes del producto) al mismo producto o servicio. En otras palabras, puede ser posicionado de manera diferente para distintos auditorios, o puede ser reposicionado para el mismo auditorio, sin que se hayan cambiado de hecho las características físicas del producto.

En nuestra sobrecomunicada sociedad, el mercadólogo en los servicios de salud debe crear una imagen de estos servicios distinta en la mente del consumidor (pacientes).

El resultado de una estrategia exitosa de posicionamiento es lograr una imagen distintiva de marca en que los consumidores llevan imágenes mentales de marcas particulares.

En la medida en que los productos se vuelven más complejos y el mercado se vuelve más concurrido, los consumidores se apoyan más en la imagen del producto que en sus atributos reales cuando toman decisiones de compras.

En el caso del *posicionamiento* específico de los servicios se debe hacer énfasis en las características del servicio y la importancia del ambiente en que éste se realiza: como los servicios son intangibles, la imagen viene a ser un factor clave



en la diferenciación de un servicio respecto a sus competidores, en tanto que el ambiente tiene una influencia muy fuerte sobre las impresiones del consumidor y sobre el comportamiento de consumidores y empleados<sup>53</sup>. El ambiente físico es en particular importante para crear una impresión favorable en servicios como los bancarios y las oficinas de profesionales (consultorios médicos), toda vez que son escasos los criterios objetivos por los cuales los consumidores pueden juzgar la calidad de los servicios que reciben. El ambiente de servicios representa la imagen del proveedor de servicios con el cual está tan vinculado el servicio. Un ambiente favorable de servicio crea entre los consumidores la percepción de que el servicio mismo satisface mejor sus necesidades.

En relación al *Reposicionamiento*, entonces se concluye que se realiza ante la gran competencia en el mercado y para cambiar las preferencias del consumidor, por ejemplo, cuando los consumidores orientados a la salud comenzaron a evitar alimentos con mucha grasa, varias cadenas de comida rápida comenzaron a ofrecer barras de ensaladas y otros alimentos orientados a la salud, en un esfuerzo para reposicionar su imagen.

En cuanto a la Percepción de la calidad, se dice que con frecuencia los consumidores consideran la calidad con base en una serie de señales informativas que asocian con el producto. Algunas de estas señales son intrínsecas al producto o servicio, otras son extrínsecas como el precio, imagen de la tienda, ambiente de servicio, imagen de marca y mensaje promocional. Por tanto la percepción de la calidad del producto o del servicio se proporciona en estas señales de manera aislada o combinada.

Las señales que son intrínsecas se relacionan con las características físicas del producto en sí, como tamaño, color, sabor o aroma, que en algunos casos son utilizadas por los consumidores para juzgar la calidad del producto.

En ausencia de experiencia real con un producto, a menudo los consumidores "evalúan" la calidad sobre la base de señales extrínsecas, señales que son externas al producto en sí, como su precio, imagen de la tienda que lo vende, o la imagen del fabricante o el país que lo produce.

Es más difícil que los consumidores evalúen la calidad de los servicios que la de los productos físicos. Esto se explica por la existencia de ciertas características distintivas de los servicios: su intangibilidad, su variabilidad, el hecho de que los servicios se proporcionan y consumen simultáneamente, y su perecibilidad.

Para resolver el problema de que los consumidores no pueden comparar un servicio contra otro, de la manera inmediata y tangible, en que lo hacen con los productos, los consumidores se apoyan en señales sustitutas (es decir, señales extrínsecas) para evaluar la calidad de los servicios.

Para evaluar los servicios de un médico, por ejemplo, la calidad de los muebles de la oficina, de la sala de espera y diagnóstico, el número de diplomas colgados en la pared, los buenos modales de la recepción y el profesionalismo de la enfermera -son todos elementos que contribuyen a la evaluación general que el consumidor hace de la calidad del servicio-.

Puesto que la calidad real del servicio puede variar día con día, de empleado a empleado, y de cliente a cliente (es decir, en cada consulta, en cada clase del profesor, en comida, etc.) se ha tratado de estandarizar sus servicios, con el fin de proporcionar consistencia en la calidad. Desafortunadamente, el aspecto negativo de la estandarización del servicio es la pérdida de servicios a la medida de sus necesidades, que aprecian muchos consumidores. Por ejemplo el tipo de consulta médica que se da en cada institución de salud en México.

A diferencia de los productos, que primero se fabrican, luego se venden, y por último se consumen, la mayor parte de los servicios, primero se venden, y después se proporcionan y utilizan en forma simultánea. Si un producto resulta defectuoso, es posible que los inspectores de control de calidad de la planta lo detecten antes de que siquiera llegue a manos del consumidor. En contraste, como un servicio "defectuoso" se utiliza en el momento en que se proporciona, hay poca oportunidad de realizar correcciones. Por ejemplo una consulta médica defectuosa es difícil de corregir, así como un desacuerdo entre dos médicos ante un caso en presencia del paciente crea una impresión negativa que es difícil de corregir.

Como los servicios son perecederos, es decir, no pueden realizarse y almacenarse, idealmente tratan de cambiar los patrones de demanda con el fin de distribuir los servicios de una manera más uniforme en el tiempo. Por ejemplo, durante las horas de la demanda pico, con frecuencia se reduce la calidad del servicio, porque tanto el paciente como el médico tienen prisa y están bajo presión. Si no se realiza un esfuerzo especial del mercadólogo (o supervisor) para asegurar la consistencia del servicio en horas pico, la imagen del servicio se daña.

Para estudiar la forma en que los consumidores evalúan la calidad del servicio, se ha llegado a la conclusión de que la calidad de servicio que un cliente percibe, es función de la magnitud y dirección de la distancia entre las expectativas de servicio del cliente y su evaluación (percepción) del servicio que recibe.

La escala conocida como SERVQUAL<sup>54</sup>, mide la brecha que existe entre las expectativas del cliente y su percepción de los servicios que se le entregan en realidad, utiliza cinco dimensiones de la calidad del servicio, las cuales son:

1. Aspectos tangibles: la apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal, y materiales de comunicación.

2. **Confiable:** la capacidad de llevar a cabo el servicio prometido en forma confiable y precisa.

3. **Capacidad de respuesta:** voluntad para ayudar a los clientes y proporcionarles servicios rápidos.

4. **Seguridad:** conocimientos y cortesía de los empleados, y su habilidad para generar seguridad y confianza.

5. **Empatía:** una atención individualizada, amable, que la empresa proporciona a sus clientes.

Investigaciones recientes dividen las dimensiones con las cuales los consumidores evalúan la calidad del servicio, en dos grupos:

Grupo 1. La dimensión del resultado, que se enfoca en la entrega confiable del servicio principal, y

Grupo 2. La dimensión del proceso, que se enfoca en la forma en que se entrega el servicio principal. La dimensión del proceso ofrece al proveedor del servicio una oportunidad significativa para superar las expectativas del consumidor.

Por último, en relación a la calidad percibida por los consumidores se comentará algo respecto al precio. La idea de que los consumidores creen que el precio es un indicador de la calidad del producto se ha estudiado y llegado a la conclusión de que los consumidores atribuyen calidades diferentes a productos idénticos que tienen precios diferentes. Por otro lado algunos vendedores si utilizan esta relación para posicionar sus productos. Así también algunos consumidores usan el precio como un indicador en sustitución de la calidad si tienen poca información, o si tienen poca confianza en su capacidad para tomar la decisión con otros elementos. En los servicios de salud el grado de percepción precio/calidad positivas varia de acuerdo con las categorías del servicio, por ejemplo algunos pacientes acuden a los médicos mediados por el precio de la consulta<sup>55</sup>.

## 5.5. ACTITUDES.

En el marco de estudio del comportamiento del consumidor, la investigación de actitudes se ha empleado para estudiar una amplia gama de aspectos estratégicos de la mercadotecnia y por lo general se realiza para determinar si los consumidores aceptarán la propuesta de un nuevo producto, para determinar por qué el auditorio objetivo de una empresa no ha reaccionado más favorablemente a su nuevo tema promocional, o para determinar la forma posible en que los clientes objetivos reaccionen ante un posible cambio en el empaque del producto (condiciones en las que al paciente o cliente se le recibe, la limpieza, la agilidad en trámites, el tiempo de atención y programación de citas).

Se dice, entonces que la meta de la investigación de actitudes es incrementar (o adecuar) las "ventas" de un producto o servicio mediante una mejor satisfacción del consumidor, por lo que nunca debe dejarse de lado en cualquier proyecto de investigación del consumidor esta área.

Las actitudes son una expresión de sentimientos internos que reflejan si una persona está dispuesta en favor o en contra de un "objetivo" dado (por ejemplo, un servicio, una marca). Como son el resultado de procesos psicológicos, las actitudes no son observables directamente, sino que deben deducirse de lo que la gente dice o hace, esto es a través de preguntas o deducciones del comportamiento.

En el contexto del comportamiento del consumidor, una actitud es una predisposición aprendida para comportarse en forma favorable o desfavorable respecto de un objeto dado.

El objeto puede incluir tanto a productos, marcas, servicios, posesiones, uso de producto, anuncios, precios, medios de difusión o conducto de venta.

Existe el consenso de que las actitudes se aprenden, es decir que se forman como resultado de la experiencia directa con el producto, la adquisición de información de otros, y la exposición a los medios de comunicación (por ejemplo, la publicidad). Mientras las actitudes pueden ser efecto del comportamiento, no son sinónimos de éste, más bien, reflejan una evaluación favorable o desfavorable del objeto de la actitud. Como predisposición, las actitudes tienen una cualidad emotiva; es decir, podrían impulsar a un consumidor para acercarlo a un comportamiento particular, o alejarlo de dicho comportamiento.

Las actitudes son relativamente consistentes con el comportamiento que reflejan y no obstante, a pesar de su consistencia, las actitudes no son necesariamente permanentes es decir, si cambian. Cuando los consumidores tienen la libertad de actuar como desean, es frecuente que las circunstancias o ciertas situaciones eviten que se dé la consistencia entre actitudes y comportamiento (por ejemplo, la capacidad de pago).

Una situación son los hechos o circunstancias que, en cierto momento del tiempo, influyen sobre la relación entre una actitud y el comportamiento.

Por tanto cuando se miden las actitudes, es importante considerar la situación en que el comportamiento tiene lugar, o se puede mal interpretar la relación entre actitudes y comportamiento.

Se describe uno de los modelos planteados para explicar la composición de una actitud<sup>56</sup>.

#### A. Modelo de actitudes de tres componentes.

De acuerdo con este modelo las actitudes consisten en tres componentes importantes:

1. Componente cognoscitivo: consiste en los conocimientos de una persona, es decir, el conocimiento y percepciones que se adquieren mediante una combinación de experiencia directa con el objeto de actitudes y la información relacionada proveniente de varias fuentes. Por lo general, este conocimiento y las percepciones resultantes asumen la forma de creencias; es decir, el consumidor cree que el objeto de actitud posee diversos atributos, y que el comportamiento específico llevará a resultados específicos.

Con los resultados de investigar este componente (creencias), se puede posicionar una marca particular contra las marcas de la competencia. En el caso de los servicios de salud privados, esto toma una gran importancia al analizar su utilización.

2. Componente afectivo: el componente afectivo de una actitud la constituyen las emociones o sentimientos de un consumidor sobre un producto o marca particular. Son componentes de naturaleza evaluativa, captura la evaluación global o directa de un individuo respecto del objeto de actitud (favorable o desfavorable, bueno o malo).

Las experiencias que tienen carga afectiva también se manifiestan como estados con carga emocional (por ejemplo: tristeza, pena, incomodidad, ira, disgusto, culpa y sorpresa) y estas pueden incrementar o ampliar las experiencias positivas o negativas con el correspondiente impacto en la forma de actuar del individuo.

3. Componente conativo: la conación, que es el componente final del modelo, tiene que ver con la probabilidad o tendencia de que un individuo emprenda una acción específica o se comporte de un modo particular respecto del objeto de actitud. Para algunos entonces el componente conativo puede incluir el comportamiento actual en sí<sup>57</sup>.

Por tanto, para quienes se dedican a la mercadotecnia será de gran interés el modo en que se forman las actitudes del consumidor y la manera en que se modifican.

En lo referente a la formación de actitudes, conviene recordar que las actitudes se aprenden, y que la formación se ve facilitada por la experiencia personal directa, e influida por las ideas y experiencias de amigos y familiares, y la exposición a los medios de comunicación masiva. Además, es posible que la personalidad de cada individuo o consumidor tenga un papel importante en la formación de sus actitudes.

Estos mismos factores tienen efecto en el cambio de actitudes: es decir, el cambio de actitudes es algo que se aprende, está influido por las experiencias personales y la información que se obtiene de las diversas fuentes personales e impersonales, y de la personalidad dependerá la rapidez o velocidad con que se alteren o modifiquen las actitudes.

Por tanto, el estudio del comportamiento del consumidor, es fundamental en el análisis de los problemas de utilización de los servicios de salud. Y para ello, el planteamiento de estrategias puede considerar modificaciones en las actitudes a través de la detección de los factores mencionados, es decir, los conocimientos o información que se tiene del servicio, la experiencia al utilizarlos y el sentimiento o emoción que se genera en el usuario del servicio.

## **CAP. 6 HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD:CONSULTA EXTERNA CONTINUA DEL SERVICIO DE URGENCIAS<sup>58</sup>**

El estudio fue realizado en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de la Empresa Paraestatal Petróleos Mexicanos, ubicado al sur de la Ciudad de México.

Dentro de un proceso de modernización administrativa este hospital tiene como objetivo principal satisfacer las necesidades de salud de sus derechohabientes en un ámbito de confianza, con trato humano, cálido, gentil, interesado de manera oportuna, aclarando todas sus dudas y facilitando sus trámites.

Se orienta a coordinar la organización de un servicio de alto nivel, eficiente que aprovecha los recursos y oportunidades para resolver problemas, evitando paradigmas dispensiosos para ser rentables, productivos y competitivos.

El Hospital Central Sur de Alta Especialidad (HCSAE), tiene como misión otorgar atención médica integral a la población derechohabiente con calidad, calidez y eficiencia, que contribuya a elevar la calidad de vida y productividad de los usuarios, mediante una organización rentable y competitiva.

En 1979 se inició su construcción como Hospital Central Sur de Concentración Nacional, dos años después se amplía su extensión de terreno al contemplar proyectos de expansión a futuro. El 26 de junio de 1984 es inaugurado y para 1991 se inician las actividades de las Unidades de Investigación así como de Diagnóstico y Tratamiento Especializado. En 1992 obtuvo la certificación como Hospital Amigo del niño y de la madre. En el mes de enero de 1993, reestructuró la plantilla orgánico ocupacional con la finalidad de contar con una organización en las operaciones de los servicios médicos. Y por último en febrero de 1995 se constituyó el Consejo Regional de Aseguramiento de Calidad y se realizó una segunda reestructuración a nivel del personal de confianza.

Con relación a las características del plan estratégico de la institución revisaremos lo siguiente:

### **A. VISIÓN DE LA EMPRESA.**

Es una empresa líder proveedora de servicios de salud, con base en proporcionar servicios médicos integrales a sus derechohabientes, que permitan elevar el nivel y calidad de vida del usuario y alcanzar reconocimiento y proyección nacional e internacional.

### **B. MISIÓN DE LA EMPRESA.**

Otorga atención médica integral a la población derechohabiente de Petróleos Mexicanos, con calidad, calidez y eficiencia, que contribuye a elevar la calidad de

vida y productividad de los usuarios, mediante una organización rentable y competitiva.

### C. FILOSOFÍA DE LA EMPRESA.

El sistema de valores de esta empresa está integrado por:

- \*Satisfacción de clientes
- \*Compromiso
- \*Humanismo
- \*Responsabilidad
- \*Respeto
- \*Ética profesional
- \*Confiabilidad
- \*Actitud positiva
- \*Compañerismo
- \*Honestidad
- \*Calidad en el servicio
- \*Disciplina
- \*Trabajo en equipo
- \*Motivación
- \*Liderazgo
- \*Innovación
- \*Productividad
- \*Comunicación
- \*Desarrollo profesional permanente

### D. POLÍTICAS.

La institución tiene las siguientes políticas generales y específicas:

#### 1. Políticas generales.

1.1. Pugnar porque el cliente obtenga la mayor satisfacción de los servicios recibidos con base en su accesibilidad, en la eficiencia, oportunidad y calidad con que éstos se presten.



1.2. Procurar la satisfacción y la superación del personal de la empresa.

1.3. Buscar la rentabilidad de la empresa, favoreciendo la productividad y la competitividad con un óptimo manejo de los recursos.

2. Políticas específicas.

2.1. Recursos humanos.

Contar con el personal idóneo y necesario para cumplir con las funciones específicas.

Establecer un sistema de estímulos al buen desempeño laboral que propicie la satisfacción del personal.

Actualizar y capacitar a todo el personal de la empresa para el óptimo desempeño de sus funciones con un alto grado de conocimiento, calidad y humanismo.

Seleccionar a los trabajadores de la empresa con criterios de necesidades, capacitación y rendimiento.

2.2. Investigación

Promover la investigación científica sobre los asuntos prioritarios de la empresa.

2.3. Insumos

Contar permanentemente con los insumos que permitan la optimización del trabajo médico, buscando la tecnología más adecuada, con una relación costo-beneficio apropiadas y con características industriales y comerciales que garanticen su funcionalidad.

2.4. Servicios.

Establecer los servicios de la empresa con base en su costo, mercado y calidad.

Mantener los servicios que proporcione el hospital a la vanguardia de la tecnología teniendo en cuenta el costo-beneficio.

2.5. Clientes.

Tratar a los clientes de la empresa con igual esmero, con cortesía, prontitud y

calidad, haciéndolos corresponsables de su tratamiento por medio de la educación para la salud.

#### **2.6. Recursos Financieros.**

Administrar adecuadamente los recursos financieros para brindar un servicio médico óptimo, cuidando de cumplir con los factores de productividad y rentabilidad.

#### **2.7. Abastecimiento.**

Los abastos que haga la empresa se regirán por los criterios de prioridad, calidad y costo.

### **E. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.**

Con relación a los objetivos de la institución se mencionan los siguientes:

1. Establecer de manera sistematizada, programas orientados a la satisfacción de los clientes del servicio médico, que contribuyan a su bienestar biopsicosocial y que a la vez permitan a la organización una posición de liderazgo nacional.

2. Consolidar al Hospital Central Sur de Alta Especialidad como una organización eficiente, de alta productividad y rentable.

3. Elevar y conservar la calidad de vida de la población derechohabiente, proporcionando atención médica de calidad.

4. Eficientar las acciones para la protección específica, la detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas, prevención de accidentes, educación para la salud a la población trabajadora y derechohabiente de Petroleros Mexicanos.

5. Mejorar el desempeño del personal, mediante la organización y difusión de un modelo de cultura laboral de servicio al cliente.

6. Coadyuvar a una toma de decisiones oportuna y efectiva a través del registro permanente de las operaciones contable-financieras y una administración adecuada de los recursos.

7. Proporcionar los bienes, equipos y materiales con oportunidad, para satisfacer las necesidades del sistema médico.

8. Mantener en funcionamiento continuo, confiable y confortable las instalaciones y equipos de los servicios médicos.

9. Consolidar el Sistema Integral de Administración Hospitalaria que satisfaga con calidad y oportunidad los requerimientos de los usuarios en las áreas

estratégicas de administración y salud, para el apoyo en la operación y toma de decisiones, que redunden en beneficio de la población derechohabiente.

10. Fortalecer la imagen del Hospital Central Sur de Alta Especialidad en sus diferentes ámbitos de actuación, a través de la promoción de logros alcanzados por la mejora continua de los servicios.

## F. SERVICIOS.

Las facilidades (SERVICIOS) que ofrece esta empresa para satisfacer las necesidades del mercado de la salud son:

### 1. En materia preventiva:

#### a. Medicina preventiva.

- a.1. Inmunizaciones.
- a.2. Planificación familiar.
- a.3. Detección temprana y control de enfermedades crónico-degenerativas.
- a.4. Programa materno-infantil.
- a.5. Control y seguimiento del niño sano(desarrollo y crecimiento)
- a.6. Detección y control de enfermedades infecto-contagiosas, incluidas las de transmisión sexual.
- a.7. Odontología preventiva.
- a.8. Educación para el auto cuidado de la salud y de la enfermedad.
- a.9. Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles.
- a.10. Infecciones intrahospitalarias.

#### b. Salud Ocupacional.

- b.1. Detección de factores de riesgo para accidentes y enfermedades profesionales.
- b.2. Determinación de la capacidad física y mental para el puesto mediante la detección precoz de enfermedades por exámenes médicos periódicos.
- b.3. Educación para la salud en el trabajo y en el hogar.
- b.4. Detección y control de enfermedades sociales.
- b.5. Plan de contingencias.
- b.6. Exámenes médicos de admisión y recontractación según capacidades físico-funcionales para el puesto.
- b.7. Medicina pericial.
- b.8. Control de fauna nociva.

### 2. En materia asistencial:

a. Consulta Externa.

- a.1. Medicina general.
- a.2. Medicina especializada.
- a.3. Estomatología

b. Urgencias.

- b.1. Urgencias médicas.
- b.2. Urgencias quirúrgicas.

c. Hospitalización.

- c.1. Médica en todas las especialidades.
- c.2. Quirúrgica en todas las especialidades.
- c.3. Alta especialidad (cirugía del corazón, trasplantes, cirugía endoscópica, radiología invasiva, endoscopia terapéutica, angioplastias, cirugía con rayos láser)
- c.4. Unidad de cuidados intensivos.
  - \* Adultos.
  - \* Niños.
  - \* Coronarios.

d. Cirugía de Corta Estancia (ambulatoria).

e. Auxiliares de Diagnóstico.

- e.1. Laboratorio de análisis clínicos.
- e.2. Gabinetes de imagenología.
- e.3. Laboratorio de patología.
- e.4. Banco de sangre.
- e.5. Electrofisiología.

f. Auxiliares de Tratamiento.

- f.1. Unidades metabólica (Diálisis y Hemodiálisis).
- f.2. Quimioterapia.
- f.3. Radioterapia.
- f.4. Inhaloterapia.
- f.5. Clínica del dolor.
- f.6. Hemodinamia.

g. Farmacia.

## G. MERCADO.

El mercado actual de esta institución corresponde a:

1. Trabajadores activos, jubilados y sus familiares derechohabientes del corporativo y organismo subsidiarios.
2. Petróleos Mexicanos Internacional (PMI).
3. Pacientes no derechohabientes, por urgencias médico-quirúrgicas.

## H. CAPACIDADES COMPETITIVAS.

Se han identificado las siguientes capacidades distintivas de la empresa, que se traducen en fortalezas para su competitividad.

### a. Estructura Física.

1. Distribución geográfica estratégica de la unidad médica, en el área de los centros de trabajo y asentamientos humanos de Petróleos Mexicanos.
2. Disponibilidad de 30% de camas hospitalarias.
3. Hospital de tercer nivel de atención.
4. Accesibilidad.

### b. Estructura Organizativa.

1. Autonomía de gestión.
2. Delegación de responsabilidades operativas con cohesión de dirección.
3. Uniformidad de criterios y procedimientos.
4. Cultura de planeación estratégica y de medición.
5. Sistemas de aseguramiento de calidad en desarrollo.

### c. Recursos Humanos.

1. Alto número de enfermeras especialistas (relación enfermeras especialista-técnica alta)
2. Médicos especialistas 24 horas del día.
3. Médicos generales y odontólogos.
4. Médicos especialistas en medicina del trabajo.

### d. Servicios.

1. Conocimiento real de la derechohabiencia.
2. Modelo de atención integral con énfasis en medicina preventiva, salud ocupacional y educación comunitaria.
3. Exámenes médicos periódicos.
4. Vigilancia y promoción de la salud de los trabajadores.

5. Especialidades básicas 24 horas al día, los 365 días del año.
6. Servicios altamente prestigiados.
7. Tecnología de vanguardia en áreas competitivas de diagnóstico tratamiento.
8. Alta tecnología resolutive.

e. Resultados.

1. Modelo de atención médica integral (preventiva, curativa y rehabilitatoria).
2. Tasas bajas de morbi-mortalidad general, materna e infantil.
3. Cobertura total en atención al binomio madre-hijo (con inmunizaciones)
4. 80% de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos.
5. Disminución de la asistencia hospitalaria por la implementación de la cirugía ambulatoria.
6. Índice mayor de esperanza de vida (siete años más que la población general).
7. Reconocimiento de organismos internacionales como "Hospital Amigo del Niño y de la Madre".
8. Indicadores de salud comparables con los de países desarrollados.
9. Liderazgo dentro del Sector Salud en tratamientos de rehabilitación como: politraumatizados, quemados, oncológicos, neuroquirúrgicos, entre otros.
10. Capacidad instalada superior al resto de las instituciones del Sector Salud.

I. SISTEMA CLIENTE Y SUS EXPECTATIVAS.

El hospital ha identificado las siguientes expectativas de sus clientes (aproximadamente 20,485 de derechohabientes, en 1997) y a las cuales orienta sus esfuerzos para lograr su plena satisfacción:

1. Conservación de la salud de los trabajadores y sus familiares.
2. Mejoría o recuperación de la salud afectada.
3. Atención expedita, oportuna y eficiente en todas las áreas.
4. Disminución del tiempo de estancia en hospitalización.
5. Trato amable por parte de todo el personal.
6. Trámites administrativos sencillos y rápidos.
7. Personal bien presentado.
8. Buena y clara comunicación con el paciente.
9. Costo justo, competitivo y razonable.
10. Amenidades y comodidades.
11. Disminución de la accidentabilidad y de los días de incapacidad en el personal del corporativo y de los organismos subsidiarios.

## J. OPORTUNIDADES.

Entre las situaciones del entorno potencialmente favorables y atractivas para ser aprovechadas por la organización, se mencionan las siguientes:

1. Atención cuando el paciente lo requiera.
2. Núcleos poblacionales amplios, susceptibles de convertirlos en clientes reales.
3. Sistema de atención regionalizada para ser ofrecida a empresas fuera de Petróleos Mexicanos.
4. Mercado amplio de salud ocupacional.
5. Instituciones que no cuentan con determinados servicios.
6. Mercado potencial en cirugía de corta estancia y laparoscópica
7. Radiología intervencionista.
8. Mercados potenciales como fuentes de financiamiento y de aprovechamiento de la capacidad instalada.
9. Alternativas diversas de contratación de servicios.
10. Endoscopia terapéutica.
11. Mayor capacitación del equipo de salud alrededor del médico general.

## K. DISTRIBUCIÓN ARQUITECTÓNICA.

El proyecto satisface los requerimientos impuestos por las áreas médico-arquitectónicas, dentro de un principio que facilita el control y minimiza los recorridos para la atención de los pacientes y también permite centralizar aquellos servicios o áreas de supervisión con el objeto de evitar la dispersión o duplicidad de éstos.

Tiene una disposición de elementos radiados a un centro, que hacen un conjunto que en planta se compone de tres figuras circulares de diferentes radios unidos por otra figura de forma rectangular, que a su vez se liga con un núcleo de forma cuadrada.

Este proyecto desarrolla hasta 13 niveles sobre la torre de hospitalización, con un sótano que contiene el almacén general, la ropería, el botiquín interno, transportes y fotocopiado y un cuarto de máquinas en la azotea cuya techumbre está diseñada para el descenso de helicóptero.

A la planta baja se le denominó basamento y contiene aquellos servicios que tienen relación directa con el exterior. La disposición en términos generales comprende al servicios de Urgencias en el cuerpo "A", Rehabilitación, Enseñanza, Auditorio y Comedor de empleados en el "D", Anatomía Patológica en el "C" junto con la Farmacia, Adquisiciones y la Intendencia.

En el cuerpo "B" se localiza la Cocina y el área de Taller, en este mismo nivel como cuatro edificios independientes están el Banco de Sangre, el Departamento de Recursos Humanos, la Casa de Máquinas y el Incinerador.

La planta principal a la cual se accede a través de una escalinata desde la plaza de acceso, contiene el cuerpo "A" Gobierno, en el cuerpo "D" Consulta Externa y en el "B" y "C" los servicios intermedios, a estas partes el público llega por circulaciones que parten del vestíbulo de distribución que se localiza en el cuerpo "C" el cual está conectado directamente con el núcleo de elevadores para el público que se encuentra en el cuerpo "E", en la parte posterior de éste núcleo se localizan los elevadores para uso exclusivo del personal y pacientes.

El primer piso contiene los servicios de Terapia Intensiva en el cuerpo "A", los servicios de Cirugía, Obstetricia, la Central de Equipos y Esterilización y Hemodinamia en los cuerpos "B" y "C" y la Consulta Externa en el cuerpo "D".

En el cuerpo "A", arriba de Terapia Intensiva se localizan ocho niveles de hospitalización repartidos de la siguiente manera: tres pisos para Cirugía, uno para Obstetricia, dos para Medicina Interna, uno para Pediatría y el último piso aloja el servicio de Oncología.

Los rasgos característicos de las plantas de hospitalización son la disposición de los cuartos con cupo para dos camas cada uno; en términos generales cada piso tiene capacidad para 16 cuartos (32 camas). En la parte central de cada piso se localiza la central de enfermería y las circulaciones verticales que comunican entre sí a todos los niveles de la torre.

Cuenta además con una unidad de Diagnóstico y Tratamiento Especializado, que está constituida por cuatro niveles y en la cual se ubican los servicios de Radioterapia y Oncología en la planta baja, Ortopedia y Traumatología en el primer piso, Cirugía Ambulatoria en el segundo piso y la Unidad Metabólica (Diálisis y Hemodialisis) en el tercer piso. Este edificio se une con el cuerpo "B" en la planta baja.

Existen además dos edificios destinados, uno a la Unidad de Investigación o Bioterio y el otro al Centro de Desarrollo Infantil o Guardería. (Apéndice "A" croquis del hospital)

#### **L. SERVICIO DE URGENCIAS MÉDICAS (SUM).**

Dadas las características de premura y gravedad, de los pacientes que ingresan al SUM, el conocer claramente las opciones que puede tener la atención de una urgencia médica, una falsa urgencia o una consulta incidental (fuera del horario de la consulta externa), y además basándose en la misión y objetivos que tiene la



empresa las acciones médico-administrativas se desarrollan con base en los manuales de procedimientos.

El SUM se ha utilizado para la atención de consulta incidental no programada, sin cita previa o fuera del horario de Consulta Externa, así como para otras situaciones de urgencia médica, absorbiendo una carga de trabajo adicional, que es consecuencia de la necesidad de atención médica las 24 horas del día, requiriéndose para satisfacerla por tanto, de un servicio continuo de consulta.

El esquema general pretende la protección del paciente desde el momento de su llegada al SUM, hasta su alta o derivación a otros servicios (hospitalización, quirófanos, terapias intermedias o intensivas), incluso fuera de la unidad médica, a través de la atención médica en el domicilio del derechohabiente.

#### **a. POLÍTICAS DEL SUM.**

Las políticas del servicio continuo de consulta externa de urgencias tiene como políticas las siguientes:

1. Toda actividad médica, tenderá a mantener la fuerza de trabajo de la institución, que permita incrementar su productividad, en razón del beneficio para el individuo y Petróleos Mexicanos.
2. El personal que labora en el SUM, mantendrá una actitud de respeto al dolor físico y humano, haciendo expedita la atención del paciente, como un imperativo profesional prioritario.
3. Todo paciente que llegue al SUM, deberá ser recibido de inmediato por el médico de recepción quién le protegerá a reserva de cualquier trámite.
4. Será obligación del SUM dar atención médica a todo paciente ya sea en sus locales, en los del servicio continuo de consulta, o en otros del hospital, según lo amerite procediendo a su hospitalización, en caso de hacer saturación.
5. Desde la llegada del paciente al SUM, permanecerá protegido bajo la responsabilidad de un médico, que sólo irá cambiando, cuando se asegure su continuidad, hasta que sea trasladado a otro servicio, transfiriendo la responsabilidad al médico que lo recibe en este otro servicio o bien sea dado de alta.
6. El médico especialista adscrito, a consulta externa u hospitalización, que sea requerido en el SUM, deberá acudir de inmediato a valorar al paciente, determinando su conducción de acuerdo a su padecimiento y se hará responsable de él hasta que lo entregue a otro médico que continúe su atención.

7. La permanencia máxima de los pacientes en el SUM, será de sólo un turno completo, al cambiar de turno, deberá quedar hospitalizado, mientras el paciente es trasladado, el médico de urgencias comparte la responsabilidad.

8. Cuando en el SUM, el médico de recepción tenga que atender un caso se dispondrá que el médico que lo sigue en experiencia y jerarquía, ocupe su lugar en recepción.

9. En el SUM la recepción siempre será médica, por ser de importancia capital y requerir de autoridad, deberá desempeñarse en forma rotada a criterio del jefe del servicio, debiendo preferir para este efecto mayor experiencia y capacidad en el médico.

10. El personal médico que integre el SUM, deberá estar debidamente capacitado, para valorar y resolver los problemas que se presenten.

11. El SUM, contará siempre con instrumental, equipo y material de curación suficiente y en buenas condiciones.

12. Los estudios de laboratorio y Rayos X, solicitados por el SUM, serán efectuados y reportados de inmediato al médico solicitante, quién los valorará en caso de que el paciente aún este en el servicio, ó los remitirá el médico bajo cuya responsabilidad se encuentre.

13. El paciente sin problema de urgencias, que requiere consulta y tiene otra adscripción será atendido en el servicio continuo de consulta.

14. El envío de pacientes a unidades médicas de mayor nivel de atención, deberá realizarse en la hoja clínica para tránsito de pacientes, anotando la descripción de los hallazgos clínicos, los estudios practicados, la impresión diagnóstica, el motivo del envío y habiendo tomado las medidas al alcance, que lo protejan.

15. Todo paciente foráneo enviado al SUM o que acuda en forma espontánea, deberá ser atendido en éste, hasta resolver su problema; en caso de no ser posible, deberá internarse para su protección.

#### b. RECURSOS DEL SUM

Los recursos tanto humanos como físicos del servicio de consulta externa continua de urgencias son:

##### 1. Recursos humanos .

El personal que labora en el SUM (en el área de consulta) cubre tres turnos,

matutino, vespertino y nocturno.

Durante el turno matutino (7 a 15 horas.) cubren este servicio: el jefe de servicio (de lunes a sábado), tres médicos generales en cubículos (dos de ellos de lunes a sábado y el otro de lunes a viernes) y uno más en la atención domiciliaria (de domingo a viernes); la jefe de enfermeras, dos enfermeras generales, una asistente de enfermería; una trabajadora social (en el área de recepción); un técnico en el área de rayos X; y como apoyo una persona de intendencia.

Durante el turno vespertino (14 a 22 hrs.) cubren este servicio: un médico general en cubículo (de lunes a sábado) y otro que puede salir a las visitas domiciliarias (de domingo a viernes); una enfermera; una trabajadora social (en la recepción), un técnico en el área de rayos X, y una persona de intendencia.

Durante el turno nocturno (de 22 a 7 hrs.) cubren este servicio: un médico general en cubículo y un médico general para visitas domiciliarias (ambos con guardias terciadas y un domingo de 7 a 22 hrs. "roll Stefan"). Una trabajadora social (en la recepción), un técnico en rayos X, y una persona de intendencia.

## 2. Recursos físicos.

El SUM cuenta con una área de 704 metros cuadrados, en los cuales se localizan las siguientes áreas: recepción, sala de espera, tres cubículos para consulta externa, un cubículo de Rayos X, un cubículo para curaciones, una área de observación, una oficina para el jefe de servicio, una oficina para la jefa de enfermeras, una área de endoscopia, baños para los pacientes y para el personal del servicio.

Una red telefónica que permite comunicarse con todo el hospital: recepción, censo médico, farmacia, servicio de consulta externa general y especializada, seguridad, etc.

A partir de enero de este año, al igual que en todo el HCSAE, el servicio de urgencias cuenta con una red computarizada, con la cual atiende de manera más eficiente a cada paciente que solicita consulta; se checa la vigencia para otorgar el servicio al trabajador o derechohabiente en coordinación con la recepcionista y se hace el llenado de las notas médicas, entre otras tareas de la instrumentación de éste sistema.

El SUM utiliza el transporte de ambulancia y personal necesario adscrito a todo el hospital.

### c. UTILIZACIÓN DEL SUM.

Con base en las políticas del servicio de urgencias se observa una utilización en cuatro rubros importantes: la consulta continua, las visitas domiciliarias, los pacientes que pasan a observación y los pacientes que se hospitalizan (datos estadísticos de la utilización del servicio de urgencias de 1997 y 1998).

Se refiere que durante 1997 se realizaron un promedio mensual de 2037 consultas continuas, 69 visitas a domicilio, 359 valoraciones a pacientes en el área de observación y 160 hospitalizaciones.

Otro dato importante es el que se refiere a los servicios interconsultados (reflejan la morbilidad de los pacientes que acuden al SUM). En 1997, el mayor número de interconsultas fue para el servicio de gineco-obstetricia y el de menor número para el servicio de oncología.

En cuanto a la utilización por turno se refiere un promedio diario de 30 consultas durante el turno matutino, 27 consultas en el vespertino y 7 consultas en el nocturno.

En cuanto a la tasa de utilización con base en la edad de los usuarios se refiere una proporción de usuarios pediátricos del 25.4% y de adultos el 74.6%

Durante 1997, los padecimientos más frecuentes en la consulta continua del SUM, de los usuarios pediátricos y adultos fueron:

#### Pediátricos:

1. Respiratorios.
2. Traumatismo craneo-encefálicos.
3. Accidentes.
4. Gastrointestinales
5. Dermatológicos.
6. Infecciosos.
7. Dolor abdominal.
8. Hematología.
9. Neurológicas.
10. Diversos.

#### Adultos:

1. Respiratorios.
2. Traumatismos.
3. Gastroenteritis.
4. Hipertensión arterial.
5. Lesiones del sistema musculoesquelético.
6. Dermatológicas.

7. Ginecológicas.
8. Trastornos funcionales del colón.
9. Infecciones de vías urinarias.
10. Trabajo de parto.

El plan estratégico del hospital, permite conocer las oportunidades y obstáculos que tiene la empresa. Integrante del grupo de las instituciones de salud que brindan un servicio de seguridad social, podemos observar que resaltan ciertas características no comunes, que la hacen interesante al investigador:

Cubre a una población derechohabiente que corresponde solamente a una institución laboral: la empresa paraestatal de Petróleos Mexicanos, y que a su vez está constituida por empleados de muy diversas áreas, como son: los obreros, técnicos, ejecutivos de alto nivel, personal médico y paramédico del mismo hospital, sin olvidar a los familiares de todos éstos.

Por tratarse de un hospital de tercer nivel recibe usuarios referidos de otras unidades locales y foráneas, con perfiles epidemiológicos determinados por sus actividades (en plataformas marinas, en refinerías terrestres o en oficinas centrales) y que se puede caracterizar por accidentes como traumatismos, quemaduras e intoxicaciones; o bien, problemas crónico-degenerativos.

Lo que determina un tipo de consumidor con un perfil definido por su personalidad, sus necesidades, sus motivaciones y actitudes hacia el servicio de salud que demandan y reciben.

Por otro lado, los usuarios son conocedores, en forma importante de sus derechos laborales, en los que se incluye la prestación de los servicios médicos.

Un aspecto muy singular, es el que corresponde a las políticas que rigen las actividades del hospital y en forma particular el servicio de urgencias. Resalta la importancia que se da a la satisfacción del usuario con relación en la atención que recibe del equipo médico.

## CAP. 7 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

### 7.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Los factores que estudia la Mercadotecnia Social acerca del comportamiento del consumidor pueden ser empleados como indicadores en el diseño de estrategias para optimizar la utilización de un servicio de salud?

### 7.2. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.

Proponer a los investigadores de servicios de salud, la metodología empleada en Mercadotecnia Social para el estudio del comportamiento de los consumidores, como una estrategia para diseñar planes que optimicen la utilización de este tipo de servicios.

### 7.3. OBJETIVO GENERAL.

Analizar el comportamiento de los consumidores de un servicio de urgencias con base en el proceso de segmentación geodemográfica, por situación de uso y psicológica, utilizado por la mercadotecnia social.

### 7.4. OBJETIVOS PARTICULARES.

1. Seleccionar un servicio de urgencias médicas (SUM), que permita investigar el comportamiento de sus consumidores.

2. Realizar un análisis segmentario de los consumidores del servicio de urgencias elegido:

#### 2.1. Segmentación geodemográfica:

2.1.1. Edad.

2.1.2. Género.

2.1.3. Estado civil.

2.1.4. Procedencia.

2.1.5. Característica laboral

2.1.6. Ocupación.

#### 2.2. Segmentación por situación de uso:

2.2.1. Día.

2.2.2. Turno

2.3. Segmentación psicológica:

2.3.1. Nivel de involucramiento.

2.3.2. Necesidades dominantes.

2.3.3. Motivaciones.

2.3.4. Calidad percibida.

3. Realizar un análisis asociativo entre los elementos de las segmentaciones: geodemográfica, por situación de uso y psicológica.

4. Caracterizar el perfil de los consumidores del servicio de urgencia.

5. Formular recomendaciones para que los Investigadores de los Servicios de Salud apliquen como una estrategia, la Investigación del Comportamiento de los consumidores desde el punto de vista de la Mercadotecnia Social.

## 7.5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para lograr la satisfacción de las necesidades que en materia de salud tiene la población de una región, se ha recurrido a diversas soluciones cuyos resultados se ven reflejados en importantes avances en las condiciones de salud de cada país.

Sin embargo, en nuestra sociedad, ante la persistencia de un perfil epidemiológico en transición, se plantean algunas interrogantes como la siguiente: ¿Qué han considerado los tomadores de decisiones de los servicios de salud para su planeación?<sup>60</sup>.

Ante estas preguntas y considerando la amplia lista de líneas de investigación desarrolladas, parece que al planear y organizar los servicios de salud con el objetivo de dar solución a los problemas presentes en la población y en los servicios que utiliza, poco se ha considerado el estudio del comportamiento del consumidor o usuario (paciente).

Los indicadores de morbimortalidad reflejan, de una manera la utilización que se hace de los servicios, a partir de una decisión tomada por cada paciente o usuario y que depende de su actitud hacia un determinado servicio de salud.

Actualmente se conoce a través de los estudios de oferta y demanda que uno de los principales problemas en los servicios hospitalarios es su inadecuada utilización, los altos costos de la atención, la gran cantidad de quejas de los usuarios y prestadores del servicio que reflejan una insatisfacción de sus necesidades o deseos.

En los servicios básicos de los hospitales: pediatría, ginecología, cirugía, medicina interna y urgencias, se presentan indicadores de subutilización o sobreutilización.

Por ejemplo, en las áreas de urgencias una conducta observada es que los pacientes que acuden a este servicio, por lo general no presentan una verdadera urgencia, provocando aumento o saturación de este servicio, un alto costo a partir de la indicación de exámenes urgentes de laboratorio o de radiología, una reducción en los tiempos destinados a las verdaderas urgencias, y una insatisfacción de los usuarios y prestadores del servicio, entre otros problemas<sup>53</sup>.

Es entonces necesario como una estrategia enfocarse a la investigación del comportamiento del consumidores de los servicios, para que se conozcan sus necesidades y deseos el respecto.

## 7.6. JUSTIFICACION

La información acerca de estudios del comportamiento de los consumidores de los servicios de salud se ha realizado principalmente considerando su satisfacción, a partir de los estudios de Calidad desde hace más de 20 años.

Por otro lado, dentro de las áreas de la Administración existe la Mercadotecnia, que al igual que otras disciplinas diseña sus actividades para incrementar el flujo de bienes, servicios e ideas de los productores hacia los consumidores buscando la satisfacción de las necesidades y deseos de estos.

La mercadotecnia se divide en dos grandes áreas con base en sus fines: la comercial con fines lucrativos y la social o no lucrativa.

La mercadotecnia social, usa conceptos y técnicas de mercadotecnia para obtener la adopción de ideas socialmente benéficas, por lo que ha estado involucrada desde hace mucho tiempo con el cuidado de la salud.

A nivel de la medicina privada, y entre los integrantes del equipo de salud no se sabe mucho, si no es que nada, acerca de la mercadotecnia y al tratar este tema sienten que es poco profesional el vender sus servicios. Pero a medida que ha aumentado la incidencia de terceras partes que pagan, como es el caso de las campañas de seguros, y se han disparado los costos médicos generando una competencia mayor y muchas veces desleal se han presentado cambios en las opiniones, y no es raro encontrar un mayor interés sobre todo en los grandes



# ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

CAP. 7 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

MC. Ma. Salomé Grajeda López

hospitales privados (como en los Hospitales del Grupo Angeles --Del Pedregal, Mocol, Metropolitano, Interlomas y Clínica Angeles--, ABC, Hospital Médica Sur, entre otros), en donde ya se puede observar (mensajes públicos con información de los servicios que ofrecen para un segmento exclusivo del mercado) una infraestructura para manejar los aspectos de mercadotecnia comercial en la prestación de sus servicios.

También en México, desde hace ya mucho tiempo en los servicios de salud públicos se han realizado muchas actividades en relación a la mercadotecnia social, utilizándose con otros nombres como: educación para la salud y promoción de la salud. Las Instituciones del Sector Salud públicas (SSA, IMSS, ISSSTE, entre otros), han organizado campañas nacionales como las de: vacunación, planificación familiar, detección de cáncer cervico-uterino y actualmente las enfocadas a combatir el SIDA.

El presente estudio, se une al conjunto de investigaciones que proponen investigar la utilidad de las técnicas de mercadotecnia para adoptar ideas socialmente benéficas a través de impartir información, ideas o actitudes a diversos segmentos del público y así minimizar sus problemas de salud<sup>61</sup>.

La propuesta dentro de la Investigación de Servicios de Salud es que dentro del marco de la mercadotecnia social se pueda emplear como una estrategia a la metodología utilizada en la Investigación del comportamiento del consumidor cuya finalidad es conocer y minimizar los factores que modifican su comportamiento hacia los servicios o productos en relación al cuidado de su salud.

La investigación del comportamiento del consumidor ofrece una serie de métodos diversos para identificar necesidades tanto conscientes como inconscientes (latentes), para aprender cómo los consumidores perciben productos, marcas y tiendas (hospitales), cuáles son sus actitudes antes y después de campañas promocionales, y cómo y por qué toman sus decisiones de consumo, es decir, para comprender su comportamiento en el consumo.

Se le utiliza para identificar y localizar mercados que sean apropiados como objetivos. Proporciona la base para el desarrollo de conceptos nuevos de productos y servicios, que se han diseñado para satisfacer aquellas necesidades del consumidor, que se han convertido en objetivos a satisfacer. Y permite al mercadólogo darle un significado del consumidor al producto o servicio, al descubrir cuáles atributos son los más importantes para el mercado objetivo y así integrarlos al diseño del producto o servicio.

La mercadotecnia así entendida puede proporcionar a la Investigación de Servicios de Salud (como en este caso específico), un enfoque multidisciplinario, que amplíe el espectro de conocimientos y por ende permita proponer algunas soluciones a los problemas en donde se considera como base el comportamiento de los usuarios.

Por último se eligió a los usuarios de un servicio de urgencia, ya que la más de las veces este servicio es la puerta de entrada al hospital y es aquí en donde cada paciente se enfrenta a decisiones muy contrastantes, que influyen en una utilización adecuada.

## 7.7. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.

### 7.7.1. Hipótesis descriptivas:

1. El comportamiento de los pacientes mostrado al utilizar del SUM, está determinado por sus factores geodemográficos: edad, género, estado civil, procedencia, característica laboral y ocupación.

2. El comportamiento de los usuarios desarrollado al utilizar el SUM, está determinado por la situación de uso en que acuden al servicio: día y turno

3. El comportamiento de los usuarios mostrado al utilizar el SUM, está determinado por los factores psicológicos: a) Nivel de involucramiento que tienen con el servicio; b) Necesidad dominante; c) Motivaciones; y d) Calidad percibida del servicio.

### 7.6.2. Hipótesis asociativas:

1. Existe asociación entre la variable día y las variables geodemográficas de los usuarios del SUM.

2. Existe asociación entre la variable día y la variable diagnóstico de los usuarios del SUM.

3. Existe asociación entre la variable turno y las variables geodemográficas de los usuarios del SUM.

4. Existe asociación entre la variable turno y la variable diagnóstico de los usuarios del SUM.

5. Existe asociación entre las variables geodemográficas de los usuarios del SUM y su nivel de involucramiento.

6. Existe asociación entre las variables geodemográficas de los usuarios del SUM y su diagnóstico o necesidad dominante.

7. Existe asociación entre el tiempo que tardan en acudir los usuarios del SUM y su diagnóstico.

8. Existe asociación entre las variables geodemográficas y las motivaciones personales de los usuarios del SUM.

9. Existe asociación entre las variables geodemográficas y las motivaciones que dependen del servicio en los usuarios del SUM.

10. Existe asociación entre la opinión general y las variables geodemográficas de los usuarios del SUM.

11. Existe asociación entre la opinión general y las variables por situación de uso, día y turno en que acuden los usuarios al SUM.

12. Existe asociación entre la opinión acerca de la atención del personal y las variables geodemográficas de los usuarios del SUM.

13. Existe asociación entre la opinión acerca de la limpieza de las instalaciones del SUM y las variables geodemográficas de sus usuarios.

14. Existe asociación entre la opinión acerca de la rapidez en la atención que se brinda en el SUM y las variables geodemográficas de sus usuarios.

## CAP. 8. METODOLOGIA.

### 8.1. DISEÑO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño de la investigación es tipo no experimental (*Ex-post-facto*), exploratoria y descriptiva, ya que el estudio consistió en la observación del comportamiento de los sujetos en su contexto natural, en su realidad, para después describirlo y analizarlo. Según Kerlinger, es una investigación *ex-post-facto* en vista de que las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas<sup>48</sup>.

Por su dimensión temporal y el número de observaciones que se recolectaron, se trata de un diseño transversal o transeccional pues se analiza el nivel o estado de diversas variables en un momento dado, en un tiempo único así como la recolección de algunas de ellas en un punto en el tiempo.

Se inicia con un nivel descriptivo de las variables analizadas después de aplicar el proceso de segmentación y a continuación se realiza la búsqueda de asociaciones o correlaciones entre los segmentos ya definidos como perfiles, por lo que el nivel alcanzado de la investigación es asociativo o correlacional. Se plantearon en este estudio hipótesis descriptivas y asociativas.

Así mismo se trata de una investigación propositiva, ya que se plantea a los investigadores de servicios de salud aprovechar de la Mercadotecnia Social el área de la Investigación del Comportamiento del Consumidor para optimizar la utilización de este tipo de servicios.

### 8.2. DISEÑO Y TAMAÑO MUESTRAL.

Se trabajó con base en un muestreo no probabilístico por cuotas, con afijación proporcional al turno, y por participación voluntaria.

Se trata de una muestra no probabilística, también llamada muestra dirigida, en donde se supone un procedimiento de selección informal y arbitrario. En este caso el tratamiento estadístico tiene un valor limitado y relativo a la muestra en sí, más no a la población.

Por otro lado este tipo de muestra permitió hacer una cuidadosa y controlada selección de los sujetos según las características planteadas en el problema.

La muestra por cuotas se utiliza en los estudios de opinión y de mercadotecnia y en este caso se fueron conformando las cuotas o porcentajes de usuarios con base en el turno.

El cálculo se realizó a partir del total de la población que utilizó el servicio de urgencias durante el año de 1997 (Estadísticas del Servicio de Urgencias del HCSAE, 1997), con una  $z = 95\%$ , una muestra de 520 usuarios, que se constituyó con: 312 (60%) al turno matutino, 156 (30%), al turno vespertino y 52 (10%) al turno nocturno.

#### 8.2.1.CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Personas derechohabientes de los servicios médicos de PEMEX, cualquier: edad, sexo, estado civil, ocupación, característica laboral y procedencia, que acudieron a solicitar consulta al servicio de la consulta externa continua de Urgencias del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de la empresa paraestatal Petróleos Mexicanos, por primera o más veces, cualquier día de la semana, durante los tres turnos en el mes de marzo de 1998. En caso de que el usuario sea menor o anciano se encuestó a los padres y/o acompañantes.

#### 8.2.2.CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Fueron todos aquéllos no contemplados en las características definitorias de los sujetos participantes.

#### 8.2.3.CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Al cuestionario no completo o mal llenado, se le excluyó para el análisis de datos, por lo que se le consideró como criterio de eliminación.

#### 8.3.DISEÑO DE INSTRUMENTO.

Se aplicó una encuesta que se administró por el investigador. Se registró en cada cuestionario:

a. Una ficha de identificación del cuestionario con las variables: folio, fecha o día, hora y turno.

b. Una ficha de identificación del encuestado con las siguientes variables: edad, procedencia, género, estado civil, ocupación, característica laboral, y si recibía servicios médicos de otras instituciones de salud.

c. Un total de 24 preguntas: siete de ellas cerradas y dicotómicas (si - no). Siete más, abiertas complementarias de algunas cerradas. Nueve con opciones múltiples para elegir una o varias a la vez. Cuatro secciones con una escala de caras (Andrews y Whitey, 1976) con siete esquemáticas caras de expresiones variadas desde las muy positivas hasta las más negativas, de acuerdo a una escala de actitud tipo Likert.

La escala de Likert, consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se les administra, es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los puntos (cinco o siete), de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico, así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.

El registro de los datos que se obtuvieron del cuestionario se realizó a través de un sistema de asignación de puntuaciones de acuerdo a las características de las respuestas de cada usuario. Ver el instrumento en el Apéndice "B".

#### 8.4. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.

Toda medición o instrumento de recolección de los datos debe reunir dos requisitos esenciales: confiabilidad y validez.

La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Es un concepto del cual pueden tenerse diferentes tipos de evidencia:

- a. Validez de contenido, se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide; es el grado en que la medición representa al concepto medido; por tanto el instrumento debe contener representados a todos los ítems del dominio de contenido de las variables a medir.
- b. Validez de criterio, establece la validez de un instrumento de medición comparándola con algún criterio externo; este criterio es un estándar con el que se juzga la validez del instrumento. Se dice entonces, que mientras los resultados del instrumento de medición se relacionen más al criterio, la validez del criterio será mayor. Si el criterio se fija en el presente, se habla de validez concurrente (los resultados del instrumento se correlacionan con el criterio en el mismo momento o punto del tiempo) y si el criterio se fija en el futuro, se habla de validez predictiva.
- c. Validez de constructo, se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones de acuerdo con hipótesis derivadas teóricamente y que conciernen a los conceptos (o constructos) que están siendo medidos. Un constructo es una variable medida y que tiene lugar dentro de una teoría o esquema teórico. En éste tipo de validez: se establece y especifica la relación teórica entre los conceptos (sobre la base del marco teórico), se correlacionan ambos conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación y se interpreta la evidencia empírica de

acuerdo a qué tanto clarifica la validez de constructo de una medición particular.

d. Validez muestral, en donde el instrumento contenga una muestra representativa del universo de la materia de interés.

Por otro lado, la confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto (consistencia), produce iguales resultados. Existen tres métodos para estimarla:

- a. Método de prueba-contraprueba, es decir, que se aplica un instrumento de medición a un grupo de personas en dos diferentes tiempos y se calcula su correlación.
- b. Método de formas paralelas, en donde, se aplican dos instrumentos de medición similares al mismo grupo de personas y se correlacionan sus resultados, y
- c. Método de partir por mitad, el cual consiste en un solo instrumento, en una sola aplicación. Los ítems se dividen en dos mitades y las puntuaciones obtenidas se comparan, si el instrumento tiene confiabilidad ambas mitades deben tener fuerte correlación (48).

En el presente estudio se logró la validez de constructo al establecer y especificar la relación teórica entre los concepto y los ítems incluidos en el instrumento utilizado, sobre la base del marco teórico, se correlacionaron ambos elementos. También se considera que el instrumento tiene validez de contenido ya que midió lo que se esperaba, permitió probar y disprobar las hipótesis y con base en los hallazgos se puede realizar una correlación teórica-empírica para estructurar en el futuro, una propuesta de instrumento que permita un mayor conocimiento del comportamiento de los usuarios de los servicios de salud.

En cuanto a la confiabilidad el instrumento se aplico en condiciones homogéneas, el procedimiento usado en la captura y llenado de los instrumentos se hizo solo por la investigadora, lo que garantizó un control de fuentes de invalidez.

## 8.5. PROCEDIMIENTO.

Se elaboró un cuestionario para explorar el mercado de usuarios de la Consulta Externa Continua del Servicio de Urgencias del HCSAE, en base al proceso de segmentación demográfica, por situación de uso y psicológica.

Los cuestionarios fueron aplicados por el investigador durante los tres turnos seleccionados, en el cubículo de curaciones del servicio de la consulta externa continua del urgencias del hospital. En el momento en que terminaba su consulta; se

les solicitaba su participación al paciente o su acompañante de manera voluntaria, informándose el objetivo de la encuesta y la confidencialidad de las respuestas.

## 8.6. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

A continuación se definirán algunos conceptos y variables utilizadas en el planteamiento de objetivos e hipótesis:

El presente estudio explora el Comportamiento de los Usuarios, es decir, se refiere a la conducta que los consumidores tienen cuando buscan, compran, usan, evalúan y desechan servicio o productos que esperan satisfagan sus necesidades.

Segmentación del Mercado es el proceso de dividir el mercado objetivo en diferentes subconjuntos de consumidores con necesidades comunes o características, y seleccionar como objetivo a uno o más segmentos para encauzarlo con una mezcla específica de mercadotecnia (estilo y presentación del servicio, mensajes promocionales y método de distribución). En este estudio se dividió en:

- a) Segmentación geodemográfica.
- b) Segmentación por situación de uso.
- c) Segmentación psicológica.

Segmentación Geodemográfica: son las características objetivas (edad, género, edad, estado civil, procedencia, característica laboral, ocupación) que se utilizan para identificar el mercado objetivo. Se pueden presentar los resultados en forma de "perfiles".

Dentro de este rubro las variables se categorizaron de los siguientes perfiles:

Edad: se registró en años cumplidos y en las siguientes categorías: 1) de menos de un año; 2) de 1-5 años; 3) de 6-12 años; 4) de 13-18 años; 5) de 19-30 años; 6) de 31-44 años; 7) de 45-54 años y 8) de 55 o más años.

Género: 1) Femenino y 2) Masculino.

Estado civil: 1) Casado o en unión libre; 2) Soltero y 3) Divorciado o viudo.

Procedencia o lugar de origen: 1) Local (de la ciudad de México) y 2) Foráneo (del interior de la República).

Ocupación: 1) Ama de casa; 2) Escolar o preescolar; 3) Obrero o técnico; 4) Profesionalista o funcionario.



Característica laboral: 1) Trabajador de PEMEX y 2) Familiar del trabajador.

Segmentación por Situación de Uso, está basada en la idea de que la ocasión o situación en que se encuentre el usuario a menudo determina lo que se compra o consume, es decir, ciertos productos o servicios para ciertas situaciones y ocasiones de uso especial. Se consideraron dos variables:

Día: los días hábiles de la semana, los días del fin de semana y los días festivos.

Turno: 1) matutino (7 a 15hrs.), 2) vespertino (14-22 hrs) y 3) nocturno (22-7hrs.)

Segmentación Psicológica, es la división de un mercado objetivo o potencial sobre la base de características intrínsecas del individuo como sus necesidades y motivaciones, percepciones, nivel de involucramiento y opiniones. Se consideraron las siguientes variables:

1. Nivel de involucramiento.
2. Necesidad dominante.
3. Motivaciones
4. Calidad percibida.

Nivel de Involucramiento, en este caso se dice que el comportamiento (utilización, compra, desecho, etc), se define por el nivel de información o conocimiento que se tiene acerca del producto o servicio, de donde se desprende también la lealtad a la marca. Su análisis se basó en las preguntas:

Inciso "G" de la ficha de identificación del paciente = relacionada con la utilización de otros servicios de salud (IMSS, ISSSTE, etc.)

p1 = utilización por primera vez o no del servicio.

p5 = decisión de utilizar el servicio propia o no, y el

Y se categorizó en alto, medio y bajo. Asignándose las siguientes calificaciones:

En el reactivo correspondiente al inciso G de la ficha de identificación: calificación de 1 para la contestación afirmativa (si) y de 2 a la negativa (no)

En el reactivo p1 para la contestación si calificación de 1 y en la contestación negativa calificación de 2.

En el reactivo p5, en la respuesta yo tome la decisión calificación de 2 y en la respuesta me enviaron calificación 1.

Se consideró nivel de involucramiento alto en aquellos usuarios en donde la suma de los tres componentes dió un total de 6, Nivel de involucramiento medio con un total de 5 y nivel de involucramiento bajo con un total de 3 ó 4.

Necesidad Dominante, aquélla necesidad que frente a otras sirve para iniciar una conducta dirigida hacia metas, en este estudio se consideró como:

A los Diagnósticos por los que utilizaron el servicio; y se registró a través del reactivo 24 del instrumento. Los diagnósticos se fueron clasificando de acuerdo al tipo de enfermedad, dando por resultado 13 tipos. (Ver figura 13)

Y también, se consideró el Tiempo que tardó el usuario en acudir al SUM, desde que se iniciaron sus síntomas. Se exploró con el reactivo 10, del instrumento se categorizó desde: menos de una hora hasta más de 7 días, para detectar las verdaderas urgencias.

Motivaciones, fuerzas que impulsan a los individuos a la acción, en este caso se consideró dos tipos de motivaciones:

Motivaciones Personales, las cuales se definieron a partir de las respuestas 12a, 12b, 12c, 12d, y 12e, del instrumento.

Con base en las puntuaciones obtenidas se consideraron: Importantes de 0 a 4 puntos y no importantes de 5 a 8 puntos.

Motivaciones del Servicio, es decir aquéllas que se basan en factores generados por el funcionamiento del SUM, y que se definieron con las respuestas 12f, 12g, 12h, 12i, y 12j, del instrumento.

Con base en las puntuaciones se consideró: importantes de 0 a 6 puntos y no importantes de 7 a 12 puntos.

Motivaciones Generales, en donde se consideró por qué acudieron los usuarios, cerrando las respuestas con las siguientes opciones:

a) Por atención médica, b) por medicamentos, c) por hospitalización, d) por incapacidad, e) por accidentes de trabajo y f) por otras.

Calidad Percibida, con frecuencia los consumidores juzgan la calidad de un producto o servicio sobre la base de una diversidad de indicios de información que pueden asociar con el producto o servicio; algunos de estos indicios son intrínsecos al servicio o extrínsecos como el Precio, la Imagen del mismo, el Ambiente del Servicio, la Imagen de la Marca, y los Mensajes Promocionales. Y generan una opinión o una percepción del servicio o producto. Se midió la calidad percibida a través de las opiniones y percepciones de los usuarios, en donde:

Las opiniones son juicios emitidos acerca de un producto o servicio. Se midió la opinión para cuatro variables: la opinión general, la opinión acerca de la atención del personal del equipo de salud, la opinión acerca de la limpieza y la opinión acerca de la rapidez en la atención.

La opinión general, la opinión acerca de la atención del equipo de salud y la opinión acerca de la limpieza de las instalaciones se midió a través una escala de caras, con 7 opciones, que van desde:

Excelente =7, Muy buena =6, Buena =5, Ni buena ni mala =4, Mala = 3, Muy mala =2 y Pésima =1.

Con base en las puntuaciones observados se consideró para la opinión acerca de la atención del equipo de salud: Satisfactoria de 26 a 33 puntos, Buena de 34 a 41 puntos y Regular de 42 a 49 puntos.

Y con respecto a la opinión acerca de la limpieza se consideró: Satisfactoria de 27 a 39 puntos, Buena de 40 a 48 puntos y Regular de 49 a 56 puntos.

En cuanto a la opinión acerca de la rapidez en atención y trámites dentro del SUM también se utilizó una escala de caras, con 7 opciones, que van desde:

Extremadamente rápido =7, muy rápido =6, rápido =5, ni rápido ni lento =4, lento =3, muy lento =2 y extremadamente lento =1.

Con base en las puntuaciones observados se consideró: Lento de 27 a 37 puntos, Rápido de 38 a 48 puntos y Muy rápido de 49 a 60 puntos.

Y las Percepciones, procesos por los que un usuario selecciona, organiza e interpreta los estímulos del mundo exterior. Se categorizaron dos variables en relación a estas:

Percepción positiva: que se fundamentó en las respuestas dadas a la pregunta acerca de la opinión del servicio en general y que se refirieron a características tangibles, de seguridad, empatía, entre otras, se ubicaron en la respuestas a la pregunta 24 que después de analizarlas se categorizaron de la siguiente forma:

25a "son amables", 25b "son competentes", 25c "me atiende el especialista", 25d "me toman exámenes de laboratorio y Rayos X, inmediatamente", 25e "atienden rápido" y 25f "me explican al atenderme".

Percepción negativa, de igual manera y se categorizó con las siguientes respuestas:

25g "son lentos en atender", 25h "hay mucha gente", 25i "son déspotas" y 25j "no tienen interés en el paciente".

Tanto la percepción positiva como la negativa se consideró ausente o presente según los resultados obtenidos.

#### 8.7. CATEGORIZACIÓN DE LAS RESPUESTAS.

Los resultados del instrumento aplicado a la muestra seleccionada de usuarios de la consulta externa de urgencia, se agruparon para generar respuestas categorizadas en los siguientes casos:

- a. Nivel de involucramiento: alto, medio y bajo.
- b. Motivaciones personales y acerca del servicio: importantes, menos importantes e indiferentes.
- c. Opinión general del servicio: excelente, muy bueno, bueno, ni bueno ni malo, malo, muy malo y pésimo.
- d. Opiniones acerca de la atención del personal, de la limpieza y de la rapidez: buena, satisfactoria y excelente.
- e. Percepciones positiva y negativa: ausente o presente

## CAP. 9 RESULTADOS.

Se presentan los resultados siguiendo el orden de los procesos de segmentación:

### a. Segmentación geodemográfica.

1. Edad.
2. Género.
3. Estado civil.
4. Procedencia.
5. Característica laboral.
6. Ocupación.

### b. Segmentación por Situación de Uso.

1. Día.
2. Turno.

### c. Segmentación psicológica:

1. Nivel de involucramiento con el servicio.
2. Necesidades dominantes (diagnóstico de la enfermedad y tiempo que tardo en acudir al servicio desde el inicio de sus síntomas).
3. Motivaciones: Generales, Personales y Del Servicio.
4. Calidad percibida hacia el servicio: Opinión general, opinión acerca de: la atención del personal, la limpieza, la rapidez. y Percepciones: positiva y negativa.

Y se plantean dos análisis estadísticos para validar las hipótesis de investigación: descriptivo y asociativo.

## ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

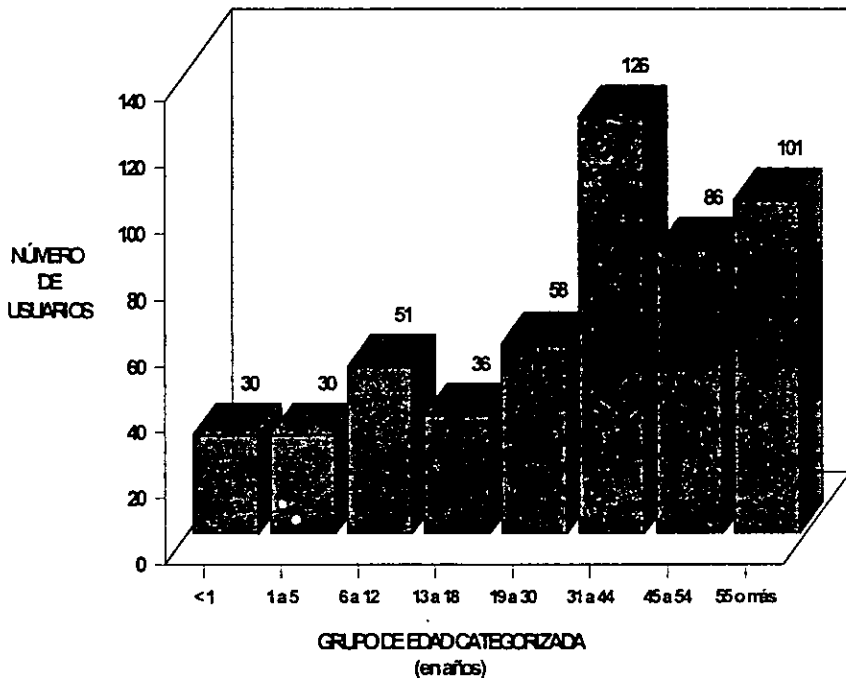
## 1.SEGMENTACIÓN GEODEMOGRÁFICA.

## 1.1.EDAD.

De un total de 520 usuarios, el mayor número (126) fueron de la categoría de 31 a 44 años de edad, que equivale a 24.2%; con 101 usuario (19%) le siguió la categoría de 55 o más años de edad; 86 usuarios con 16.6% de 45 a 54 años; 11.2% que equivale a 58 usuarios son del grupo de 19 a 30 años; con 9.8% que equivale a 51 usuarios son del grupo de 6 a 12 años y con 30 usuarios que equivalen a 5.8% se presentaron las categorías de 1 a 5 años y menos de un año de edad (FIGURA 1).

FIGURA 1

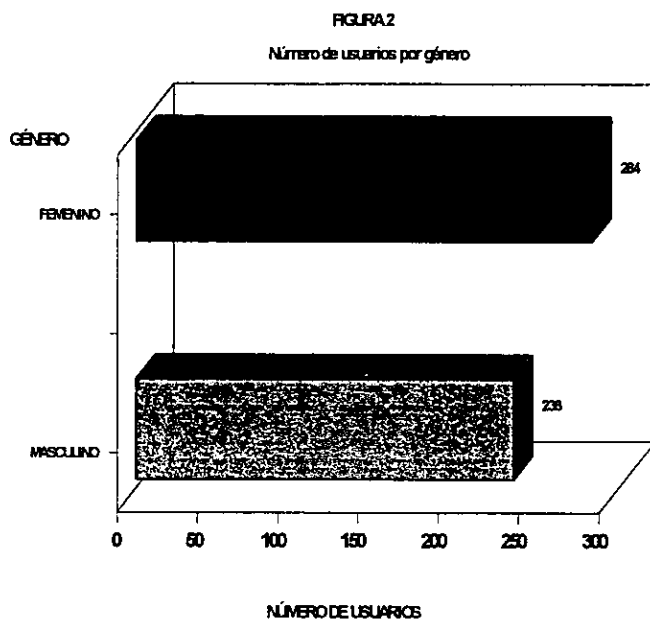
Número de usuarios por grupo de edad categorizada



*Fuente:* Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

## 11.2. GÉNERO.

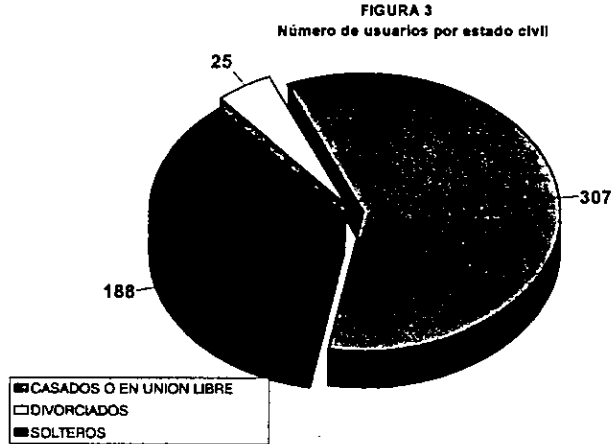
En un 54.6%, con 284 usuarias corresponden al sexo femenino y 45.4% con 236 usuarios del sexo masculino (FIGURA 2).



*Fuente:* Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

## 1.3. ESTADO CIVIL.

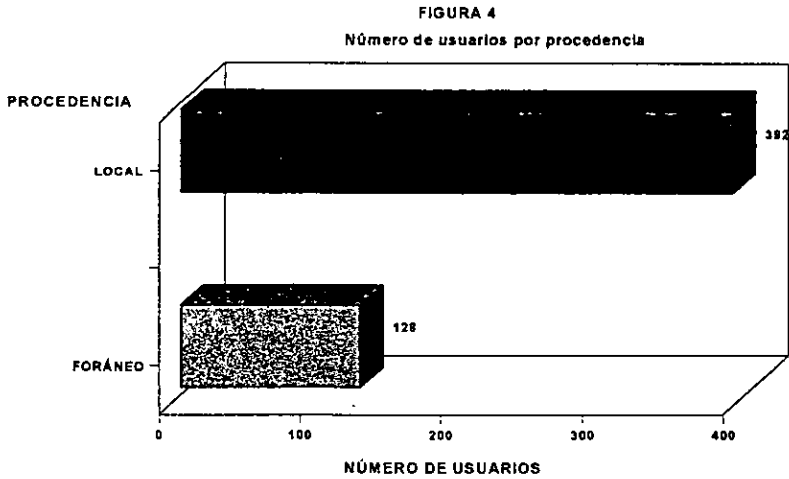
Respecto al estado civil, se observó que 59%, es decir, 307 usuarios son casados o viven en unión libre; 188 usuarios son solteros lo que equivale a 36% y sólo 25 usuarios de la muestra, 5% son divorciados o viudos (FIGURA 3).



*Fuente:* Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

1.4. PROCEDENCIA.

En relación a la procedencia geográfica de los usuarios se encontró que 75% (392 usuarios), habitan en el Distrito Federal o son locales y 25% (128 usuarios), proceden del interior de la República Mexicana, es decir, son foráneos (FIGURA 4).

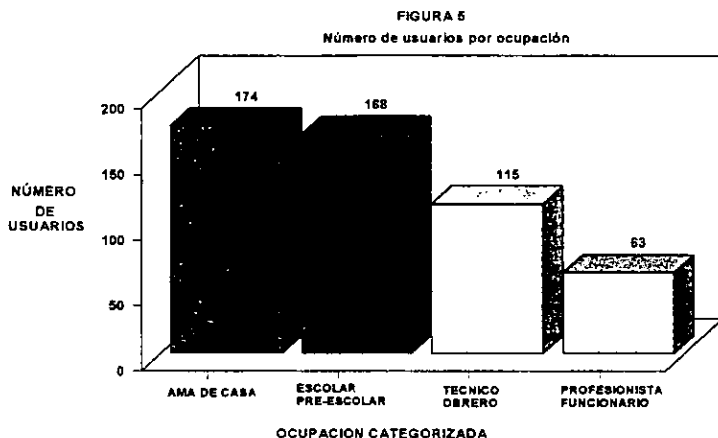


*Fuente:* Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.



1.5. OCUPACIÓN.

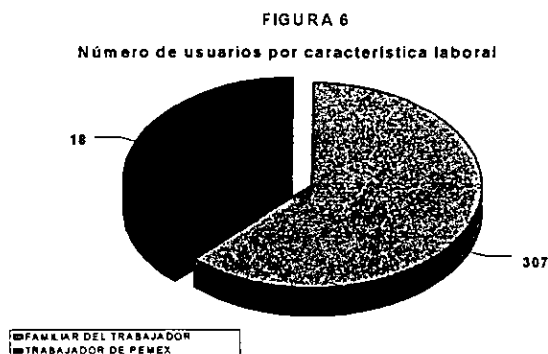
En cuanto a la ocupación de los usuarios se encuentra que 33.5% son (174) amas de casa; 32.3% (168) son preescolares o escolares; 22.1% (115) son técnicos u obreros y sólo 12.1% (63 casos) son profesionistas o funcionarios de la empresa (FIGURA 5).



*Fuente:* Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

1.6. CARACTERÍSTICA LABORAL.

El 65.6% (341 usuarios) fueron familiares del trabajador de PEMEX y 34.2% (178 usuarios) son trabajadores de la empresa (FIGURA 6).

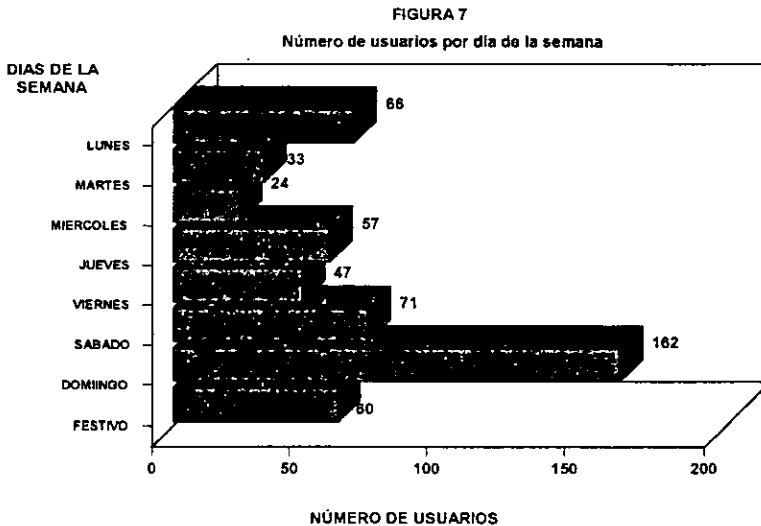


*Fuente:* Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

## 2.SEGMENTACIÓN POR SITUACIÓN DE USO.

### 2.1.DÍA.

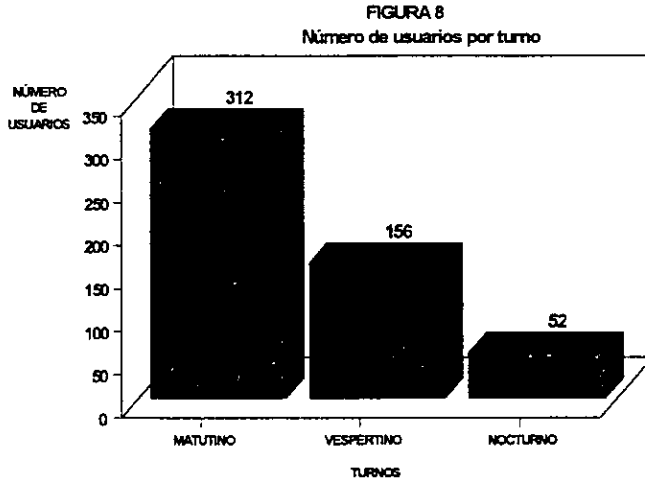
El día en que se presentaron más usuarios en el SUM fue el domingo con 31.2% que equivalen a 162 casos; seguido del sábado, con 13.7% es decir, 71 usuarios; después en 12.7% con 66 usuarios se presentaron el lunes; posteriormente 11.5% que corresponde a 60 usuarios acudieron en día festivo (18 de marzo); con menor frecuencia 11.0% (57 usuarios) se presentaron el jueves; seguido 9.0% de los usuarios de la muestra acudieron el viernes; y 6.3% (33 usuarios) lo hicieron en martes y por último el día con menor número de usuarios fue el miércoles con 24 casos que equivale a 1.6% del total (FIGURA 7).



*Fuente:* Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

### 2.2.TURNO.

En cuanto a la distribución de los usuarios de la muestra respecto al turno al que acudieron al SUM, se consideraron los datos registrados durante el año próximo asado 1997 y se estimó para formar la muestra con la distribución por turno siguiente: del turno matutino 312 usuarios es decir, 60%; del vespertino 156 usuarios que equivalen a 30% y 52 usuarios del turno nocturno que es 10% del total (FIGURA 8).

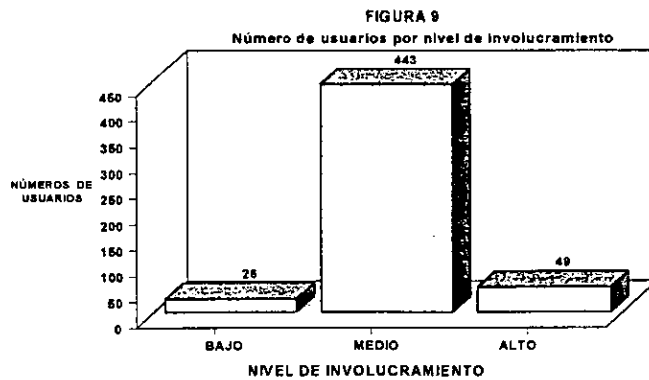


*Fuente:* Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

### 3. SEGMENTACIÓN PSICOLÓGICA.

#### 3.1. NIVEL DE INVOLUCRAMIENTO.

En general el nivel de involucramiento categorizado se distribuyó así: Alto en 49 usuarios; Medio en 443 usuarios y Bajo en 26 usuarios (FIGURA 9).

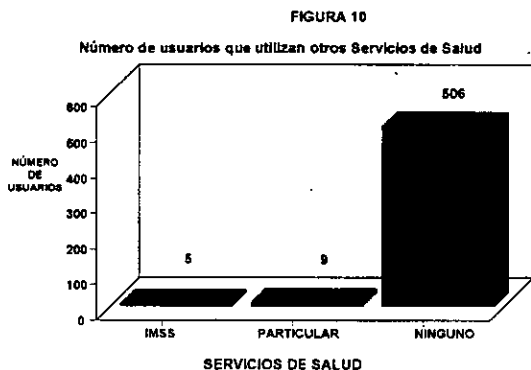


*Fuente:* Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

Las variables que componen la medición del nivel de involucramiento (utilización de otros servicios de salud, acudir por primera vez o no al SUM y tomar la decisión de utilizar el SUM) se comportaron de la siguiente manera:

3.1.1.UTILIZACIÓN DE OTROS SERVICIOS DE SALUD.

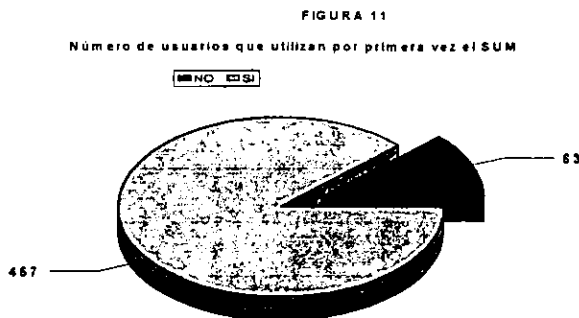
Se encuentra que 97.3% (506 usuarios) sólo contestaron acudir como pacientes a esta institución; 1.7% (9 usuarios) refirieron acudir también al médico particular y sólo 1% que equivalen a 5 usuarios mencionaron acudir al IMSS (FIGURA 10).



*Fuente:*Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

3.1.2.ACUDIR POR PRIMERA VEZ O NO AL SUM.

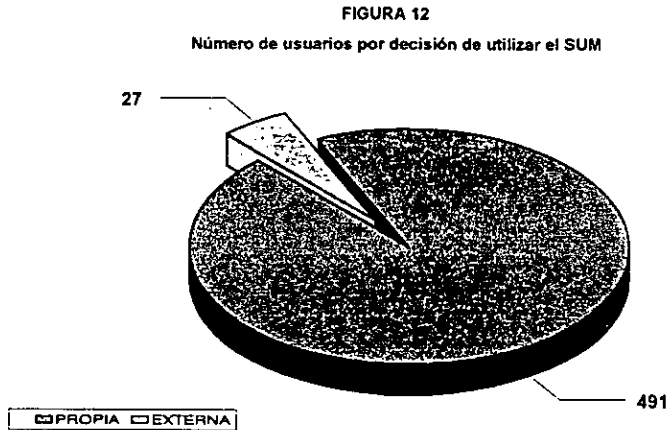
El 87.9% (457 usuarios) de la muestra contestaron presentarse por primera vez y 12.1% (63 usuarios) eran subsecuentes, ya que en otra ocasión habían utilizado este servicio (FIGURA 11).



*Fuente:*Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

### 3.1.3. TOMAR LA DECISIÓN DE UTILIZAR EL SUM.

En 94.4% (491 usuarios) fue propia la decisión y 5.2% (27 usuarios) fueron enviados (FIGURA 12).



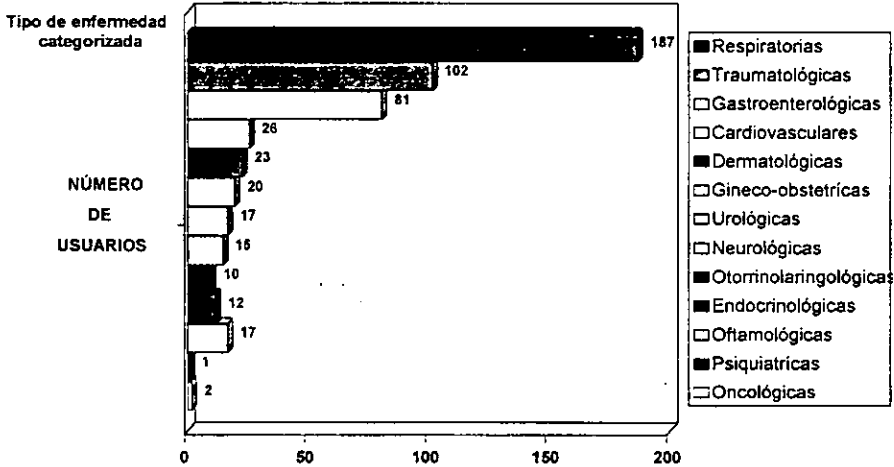
*Fuente:* Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

## 3.2. NECESIDAD DOMINANTE.

### 3.2.1. DIAGNÓSTICO.

Las enfermedades respiratorias (faringitis y faringoamigdalitis) en 36.0% (187 usuarios) fue la necesidad dominante más frecuente; en 102 usuarios (19.6%) acudieron por causas traumatológicas y ortopédicas (fracturas y luxaciones); las causas gastroenterológicas (gastroenteritis infecciosas y no infecciosas) se presentaron en 81 usuarios (15.6%); las cardiovasculares en 26 usuarios (5.0%); las causas dermatológicas en 23 usuarios (4.4%) de la muestra; 20 usuarias (3.8%) acudieron por causas gineco-obstetricas; por causas urológicas y oftalmológicas 17 usuarios cada grupo con 3.3%; en 15 usuarios (2.9%) las causas son neurológicas (migrañas y lumbalgias); 12 usuarios (2.3%), acudieron por problemas endocrinológicos (diabetes descompensadas); 10 usuarios (1.9%) presentaron problemas otorrinolaringológicos del tipo de la sinusitis; 2 usuarios (0.4%) se presentaron por causas oncológicas y sólo se presentó un caso psiquiátrico (0.2%) (FIGURA 13).

FIGURA 13  
Número de usuarios por tipo de enfermedad (categorizada)

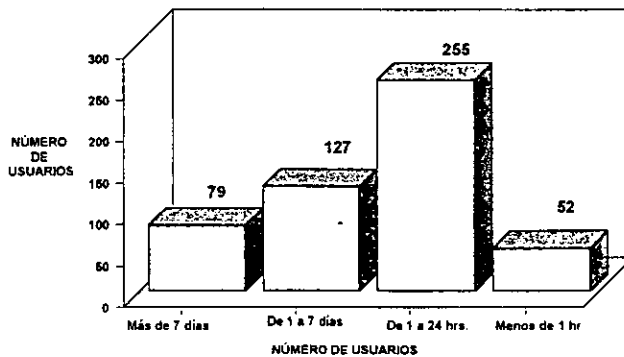


Fuente: Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

### 3.2.2. TIEMPO QUE TARDO EN VENIR AL SUM.

Se encontró que en el 49% (255 usuarios) el tiempo que tardaron en venir al SUM a partir de los primeros síntomas de su enfermedad o accidente fue de 1 a 24 horas; en 24.4% (127 usuarios) fue de 1 a 7 días; en 15.2% (79 usuarios) fue de más de 7 días y sólo en 10% (52 usuarios) fue de menos de una hora (FIGURA 14).

FIGURA 14  
Número de usuarios según el tiempo que tardaron en acudir al SUM



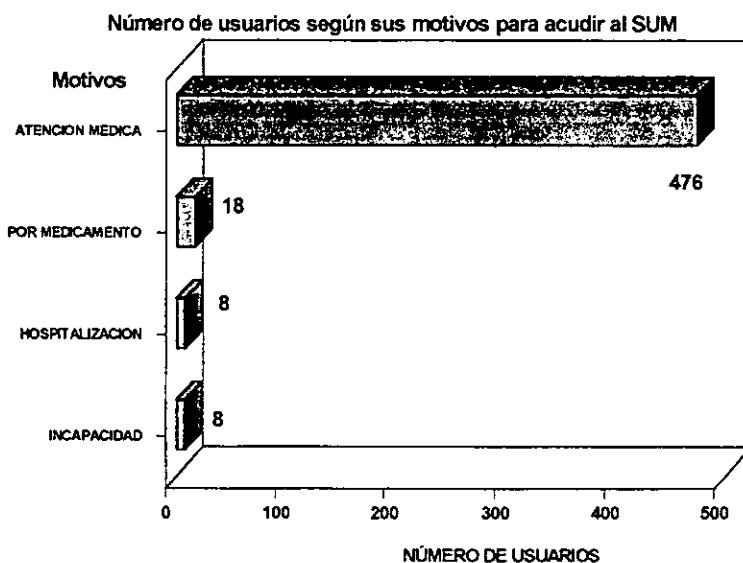
Fuente: Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

## 3.2.MOTIVACIONES.

## 3.2.1.MOTIVACIONES GENERALES.

Se considero en 91.5% (476 usuarios) como motivo para acudir al SUM la atención médica; en 3.5% (18 usuarios) acudieron por medicamentos; 1.5% (8 usuarios) por incapacidad; en 0.8% (4 usuarios) para hospitalizarse y otros 4 usuarios (0.8%) por otros motivos (ser foráneo, no alcanzar turno en la consulta externa general, entre otras) (FIGURA 15).

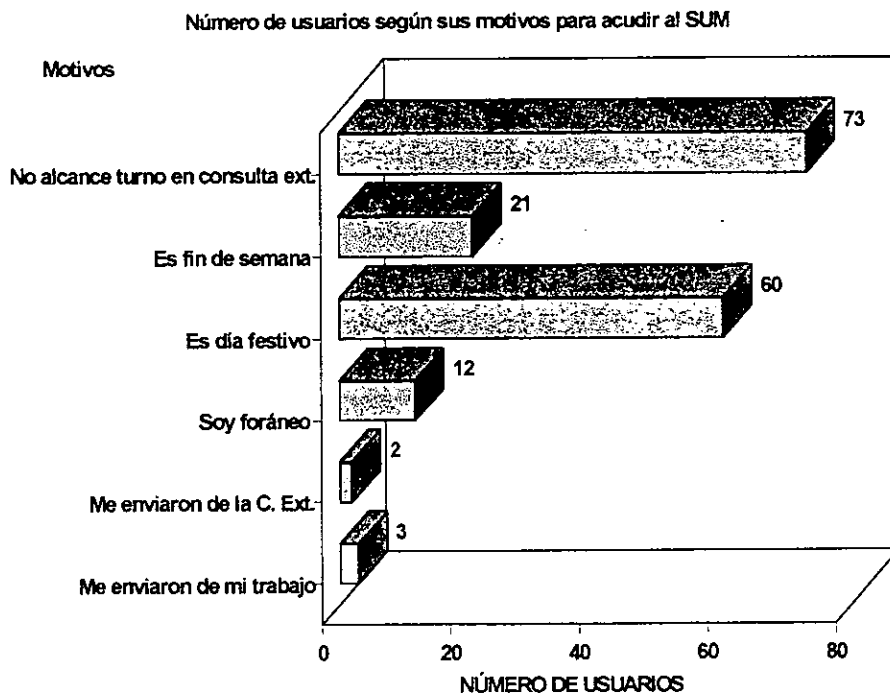
FIGURA 15



*Fuente:* Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

Dentro de las otras causas, se encontró que 211 usuarios (40.6%) de la muestra refirieron acudir por ser fin de semana; 73 (14%) por no alcanzar turno en la consulta externa general; 60 (11.5%) por ser día festivo; 12 (2.3%) por ser foráneos; 3 (6%) fueron enviados de la consulta externa general y otros 3 (0.6%) los enviaron de su trabajo; 155 usuarios (29.9%) no contestaron a esta pregunta (FIGURA 16).

FIGURA 16



*Fuente:* Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

### 3.2.2. MOTIVACIONES PERSONALES.

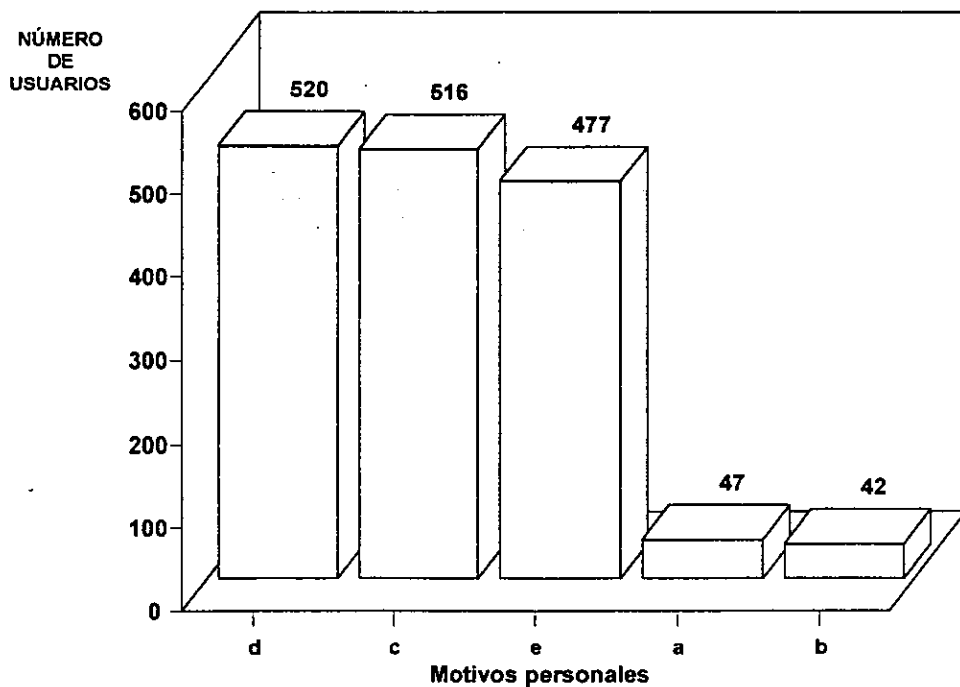
De los motivos definidos como personales los 520 usuarios de la muestra (100%) "querían escuchar del especialista qué enfermedad tenían" (d); 99.2% (516%) usuarios acudieron "porque recordaron otro problema similar o igual" (c); 91.7% (477) acudieron "porque les dijo otra persona" (e); 9% (47 usuarios) "pensaron que estaba en peligro su vida" (a) y 8.1% (42 usuarios) "querían saber si no era una enfermedad grave aunque se sentían bien" (b) (FIGURA 17).



FIGURA 17

Número de usuarios según sus motivos personales para acudir al SUM

- a. "Pense que estaba en peligro mi vida"
- b. "Quería saber se no era una enfermedad grave aunque me sentia bien"
- c. "Porque recordé otro problema similar o igual"
- d. "Quería escuchar del especialista que enfermedad tenia"
- e. "Porque me dijo otra persona"



Fuente: Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

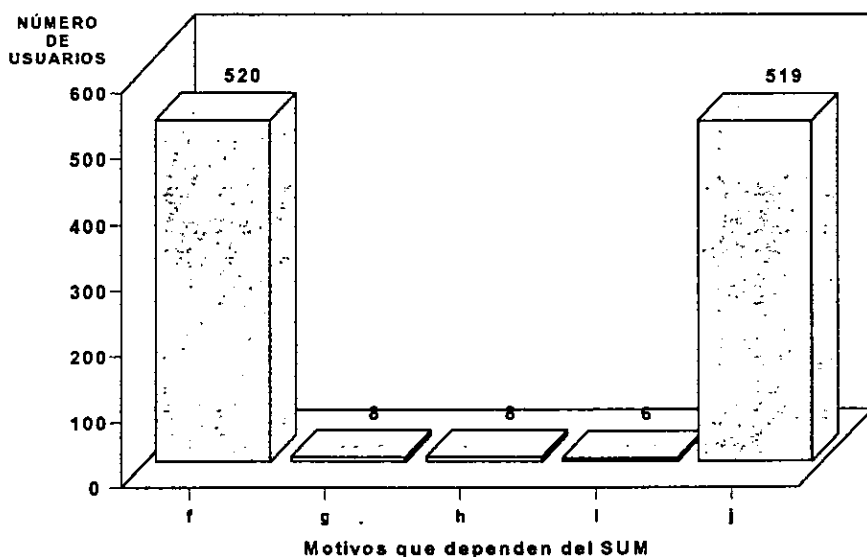
## 3.2.3.MOTIVACIONES ACERCA DEL SUM.

En relación a las razones mediadas por el servicio 100% (520 usuarios) anotaron que acudieron al servicio "porque los atienden más rápido" (f); 99.8% (519 usuarios) "porque no alcanzaron turno en la consulta externa general" (j); 1.5% (8 casos) fueron "porque los citó un médico del servicio de urgencias" (g) y sólo en 6 casos (1.2%) fue "porque necesitaba estudios complementarios que les solicitó su médico particular" (i) (FIGURA 18).

FIGURA 18

Número de pacientes según los motivos que dependen del SUM

- f. "Porque me atienden más rapido"
- g. "Porque me cito un médico de urgencias"
- h. "Porque me mandaron de otra unidad médica"
- i. "Porque necesitaba estudios complementarios que me solicito mi medico particular"
- j. "Porque no alcance turno en la consulta externa general"



Fuente: Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

### 3.4. CALIDAD PERCIBIDA.

En este rubro se obtuvieron los resultados acerca de: la opinión general acerca del SUM, la opinión acerca de la atención del personal del SUM, la opinión acerca de la limpieza de las instalaciones del SUM, la opinión acerca de la rapidez en general y la percepción positiva o negativa del servicio.

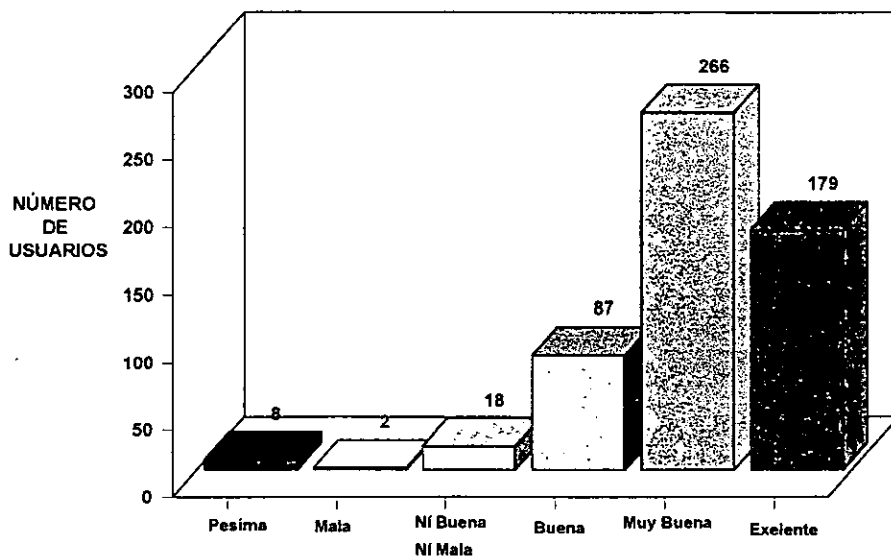
#### 3.4.1. OPINIÓN GENERAL ACERCA DEL SUM.

En 43.5% (266 usuarios) lo calificaron de "muy bueno"; 34.4% (179 usuarios) de "excelente"; 16.7% (87 usuarios) de "bueno"; 3.5% (18 usuarios) de "ni bueno ni malo"; 1.5% (8 usuarios) de "pésimo" y para 0.4% (2 usuarios) la opinión fue "malo" (FIGURA 19).

FIGURA 19

Número de usuarios por ocupación general del SUM

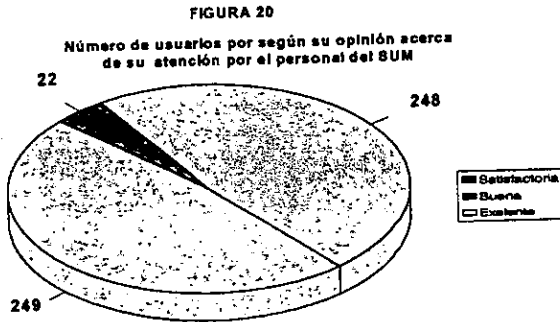
Opinión general acerca del SUM



*Fuente:* Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

### 3.4.2. OPINIÓN ACERCA DE LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DEL SUM.

El 47.9% (249 usuarios) opinaron que era "buena"; para 47.7% (248 usuarios) fue "satisfactoria" y para 4.2% (22 usuarios) fue "excelente" (FIGURA 20).

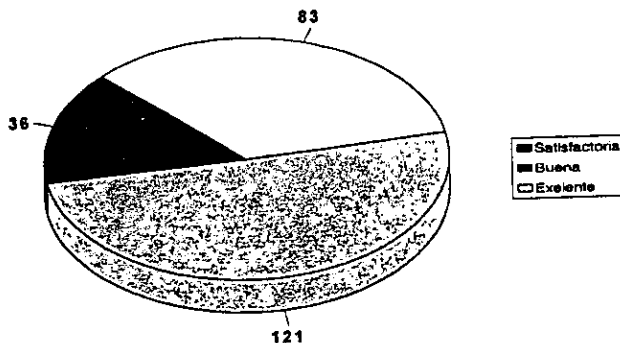


*Fuente:* Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

### 3.4.3. OPINIÓN ACERCA DE LA LIMPIEZA DE LAS INSTALACIONES DEL SUM.

Acercas de la limpieza de las instalaciones la opinión general fue "satisfactoria" para 60.8% (316 usuarios); 23.3% (121 usuarios) opinaron que es "buena" y 16% (83 usuarios) opinaron que era "excelente" (FIGURA 21).

**FIGURA 21**  
Número de usuarios por según la opinión acerca de la limpieza



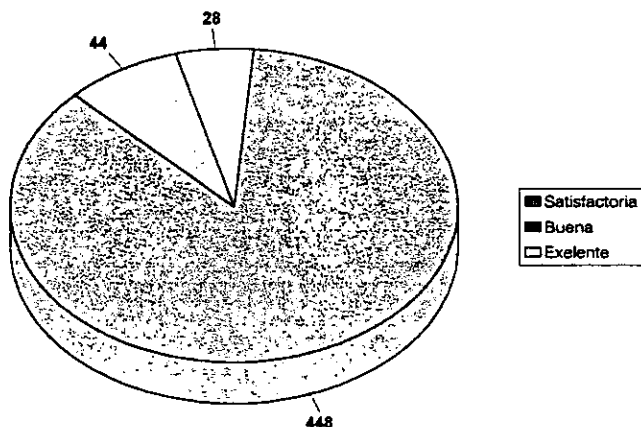
*Fuente:* Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

## 3.4.4. OPINIÓN ACERCA DE LA RAPIDEZ EN EL SERVICIO.

En cuanto a la rapidez con que realizaron los trámites y recibieron su consulta los usuarios en general opinaron que era "satisfactoria" 86.2% (448 usuarios); para 8.5% (44 usuarios) "excelente" y para 5.4% (28 usuarios) "buena" (FIGURA 22).

FIGURA 22

Número de usuarios por según la opinión acerca de la rapidez en la atención del SUM



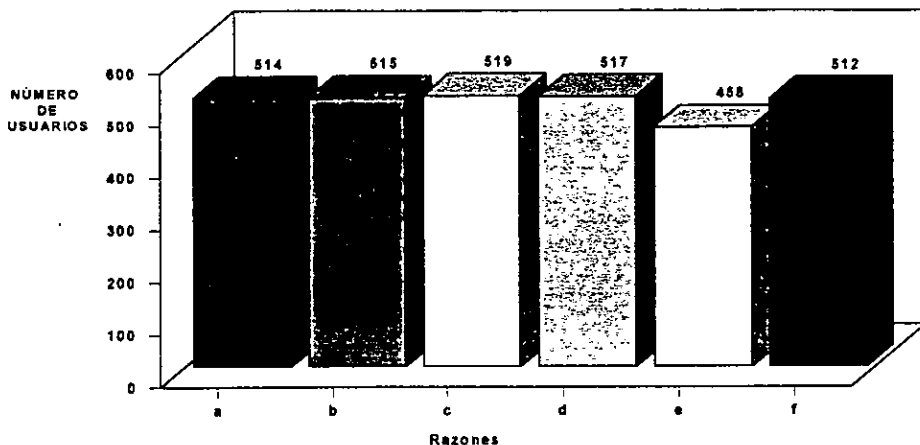
*Fuente:* Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

## 3.4.5. PERCEPCIÓN POSITIVA.

La distribución de las opiniones que conformaron esta variable y que resultaron al por qué de la opinión general acerca del SUM, fue la siguiente: a) "son amables" 98.8% (514 usuarios); b) "son competentes" 99.0% que corresponde a 515 usuarios; c) "atiende el especialista" 99.8% (519 usuarios); d) "me toman exámenes de laboratorio y rayos X inmediatamente" 99.4% (517 usuarios); e) "atienden rápido" 88.1% (458 usuarios) y f) "me explican al atenderme" 98.5% (512 usuarios) (FIGURA 23).

FIGURA 23

Número de usuarios por según las razones que definen la percepción positiva del SUM



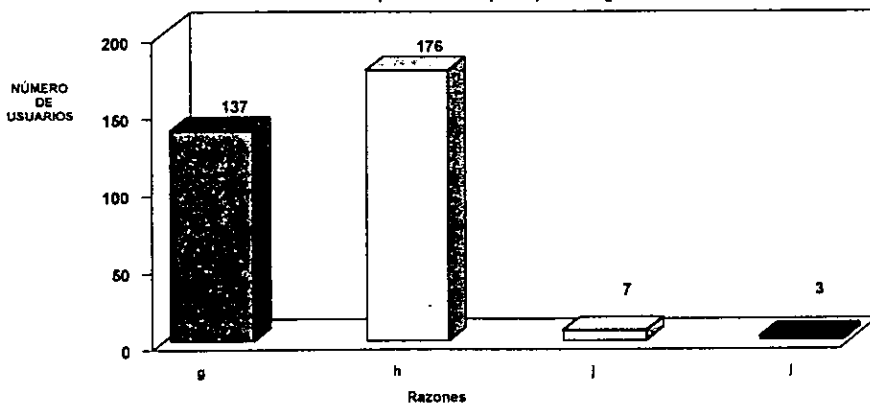
*Fuente:* Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

3.4.6. PERCEPCIÓN NEGATIVA.

De igual manera el esquema con relación a la percepción negativa, las opiniones fueron: g) "son lentos al atender" 26.3% (137 usuarios); h) "hay mucha gente" 33.8% (176 usuarios); i) "son déspotas" 1.3% (7 usuarios) y j) "no tienen interés en el paciente" 0.6% en 3 usuarios (FIGURA 24).

FIGURA 24

Número de usuarios por según las razones que definen la percepción negativa del SUM



*Fuente:* Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada en la investigación a n=520 usuarios del SUM, durante el mes de marzo de 1998.

## 9.2. ANÁLISIS ASOCIATIVO

Se aplicó la prueba de Chi cuadrada para buscar asociación entre las variables categóricas y se encontraron los siguientes resultados:

Primeramente se analizó la asociación entre el Día y las variables definidas dentro del perfil geodemográfico y la necesidades dominantes. Encontrando asociación significativa con edad, estado civil, procedencia y ocupación y no se encontró con el género y la característica laboral. También se encontró asociación con las necesidades dominantes. (TABLA I)

De igual forma se consideraron estas mismas variables con el Turno, encontrando significativa asociación con el estado civil y la procedencia. (TABLA II)

Se estableció relación entre el Nivel de involucramiento y las variables del perfil geodemográfico y se encontró asociación estadística con el estado civil, la procedencia, la ocupación y la característica laboral de los usuarios.(TABLA III)

Entre la necesidad dominante y estas variables geodemográficas se encontró que en todas hay asociación estadística, excepto con género. Además se asoció la necesidad dominante con el tiempo que tardan en acudir a la atención de la consulta externa continua del SUM y también se encontró asociación. (TABLA IV)

Al buscar relación con los motivos que mueven a los usuarios (motivaciones personales) a utilizar el SUM y las variables geodemográficas de estos no se encontró asociación, excepto con la procedencia.(TABLA V)

Con respecto a las razones que se desprenden de características del servicio (motivaciones del servicio) y las variables geodemográficas del usuario no se encontró asociación estadística.(TABLA VI)

De igual manera se realizó un cruce entre la opinión general y las variables geodemográficas y se encontró solo asociación con el género y la procedencia. Así mismo se le relacionó a la opinión general con el turno y el día, es decir con la situación de uso y también hubo asociación.(TABLA VII)

Por otra parte la relación entre las variables que reflejan la imagen del servicio con las variables del perfil geodemográfico de los usuarios, se presentó sólo asociación entre: la procedencia y la opinión acerca de la atención del personal, y la procedencia con la opinión sobre la limpieza de las instalaciones.(TABLAS VIII, IX y X).

TABLA I. Valores de asociación entre las variables geodemográficas (edad, género, estado civil, procedencia, ocupación, característica laboral), y la necesidad dominante (diagnóstico) con la variable de situación de uso: día.

Variable Independiente	Variable Dependiente	$\chi^2$	g.l.	p	Significancia
Edad	Día	70.49453	49	.02376	*****
Género	Día	21.41195	14	.09153	
Estado civil	Día	33.75923	14	.00224	*****
Procedencia	Día	52.83279	7	.00001	*****
Ocupación	Día	45.60725	21	.00144	*****
Característica laboral	Día	2.54591	7	.92360	
Diagnóstico	Día	124.82420	84	.00257	*****

TABLA II. Valores de asociación entre las variables geodemográficas (edad, género, estado civil, procedencia, ocupación, característica laboral) y la necesidad dominante (diagnóstico), con la situación de uso: turno .

Variable Independiente	Variable dependiente	$\chi^2$	g.l.	p	Significancia
Edad	Turno	19.52569	14	.14582	
Género	Turno	7.13892	4	.12873	
Estado civil	Turno	13.85755	4	.00776	*****
Procedencia	Turno	38.09105	2	.000001	*****
Ocupación	Turno	5.57577	6	.47235	
Característica laboral	Turno	2.91850	2	.23241	
Diagnóstico	Turno	31.06439	24	.15193	

TABLA III. Valores de asociación entre el Nivel de Involucramiento y las variables que caracterizan el perfil geodemográfico de los usuarios del SUM.

Variable Independiente	Variable Dependiente	$\chi^2$	g.l.	p	Significancia
Edad	Nivel de involucramiento	29.77243	21	.09666	
Género	Nivel de involucramiento	3.00571	6	.80813	
Estado civil	Nivel de involucramiento	20.97669	9	.01275	*****
Procedencia	Nivel de involucramiento	34.43790	6	.000001	*****
Ocupación	Nivel de involucramiento	42.92479	3	.000001	*****
Característica laboral	Nivel de involucramiento	10.94279	3	.01204	*****



TABLA IV. Valores de asociación entre la necesidad dominante (diagnóstico) y las variables geodemográficas de los usuarios y el tiempo que tardaron en venir a urgencias.

Variable Independiente	Variable Dependiente	$\chi^2$	g.l.	p	Significancia
Edad	Necesidad dominante	148.19475	84	.00002	*****
Género	Necesidad dominante	35.12824	24	.06652	
Estado civil	Necesidad dominante	82.92383	24	.000001	*****
Procedencia	Necesidad dominante	51.83953	12	.000001	*****
Ocupación	Necesidad dominante	75.93465	36	.00011	*****
Característica laboral	Necesidad dominante	21.47591	12	.04383	*****
Tiempo en venir al SUM	Necesidad dominante	190.79544	72	.000001	*****

TABLA V. Valores de asociación entre las variables geodemográficas y las motivaciones personales para usar el SUM.

Variable Independiente	Variable Dependiente	$\chi^2$	g.l.	p	Significancia
Edad	Motivaciones personales	22.04043	14	.07779	
Género	Motivaciones personales	2.18565	4	.70166	
Estado civil	Motivaciones personales	3.89854	4	.41991	
Procedencia	Motivaciones personales	10.4236	2	.00545	*****
Ocupación	Motivaciones personales	8.19878	6	.22390	
Característica laboral	Motivaciones personales	.32413	2	.85039	

TABLA VI. Valores de asociación entre las variables geodemográficas y las motivaciones dependientes del servicio para utilizar el mismo.

Variable Independiente	Variable Dependiente	$\chi^2$	g.l.	p	Significancia
Edad	Motivaciones del servicio	4.13670	7	.76390	
Género	Motivaciones del servicio	.83255	2	.65949	
Estado civil	Motivaciones del servicio	.69515	2	.70640	
Procedencia	Motivaciones del servicio	.32716	1	.56734	
Ocupación	Motivaciones del servicio	1.99234	3	.57400	
Característica laboral	Motivaciones del servicio	1.91943	1	.16592	

TABLA VII. Valores de asociación entre las variables geodemográficas de los usuarios del SUM y su opinión general acerca del SUM.

Variable Independiente	Variable Dependiente	$\chi^2$	g.l.	p	Significancia
Edad	Opinión general	27.88995	35	.79789	
Género	Opinión general	18.72675	5	.00216	*****
Estado civil	Opinión general	7.56285	10	.67145	
Procedencia	Opinión general	18.72675	5	.00216	*****
Característica laboral	Opinión general	7.04252	5	.21750	
Ocupación	Opinión general	15.21882	15	.43577	
Turno	Opinión general	25.53505	10	.00	*****
Día	Opinión general	65.72056	35	.00127	*****

TABLA VIII. Valores de asociación entre opinión sobre la atención del personal del equipo de salud y las variables geodemográficas del usuario del SUM.

Variable Independiente	Variable Dependiente	$\chi^2$	g.l.	p	Significancia
Edad	Atención del personal	10.12541	14	.75296	
Género	Atención del personal	2.08467	4	.72019	
Estado civil	Atención del personal	5.92536	4	.20479	
Procedencia	Atención del personal	11.54137	2	.00312	*****
Ocupación	Atención del personal	8.87989	6	.18045	
Característica laboral	Atención del personal	1.18768	2	.55220	

TABLA IX. Valores de asociación ente la opinión acerca de la limpieza de las instalaciones del servicio y las características geodemográficas de los usuario del SUM.

Variable Independiente	Variable Dependiente	$\chi^2$	g.l.	p	Significancia
Edad	Limpieza	21.90165	14	.08066	
Género	Limpieza	.90736	4	.92350	
Estado civil	Limpieza	.43438	4	.97957	
Procedencia	Limpieza	10.25901	2	.00592	*****
Ocupación	Limpieza	2.30135	6	.89000	
Característica laboral	Limpieza	.37437	2	.82929	

TABLA X. Valores de asociación entre la opinión acerca de la rapidez que se tuvo en trámites y atención y las características geodemográficas de los usuarios del SUM.

Variable Independiente	Variable Dependiente	$\chi^2$	g.l.	p	Significancia
Edad	Rapidez	20.64052	14	.11121	
Género	Rapidez	1.25855	4	.86837	
Estado civil	Rapidez	6.99423	4	.13619	
Procedencia	Rapidez	1.99146	2	.36945	
Ocupación	Rapidez	7.63473	6	.26610	
Característica laboral	Rapidez	1.81344	2	.40385	

## 9.3. DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DE LOS USUARIOS DEL SUM.

**I. PERFIL GEODEMOGRAFICO***Edad categorizada de:* 31 a 44 años.*Género:* femenino*Estado civil:* casados o en unión libre.*Ocupación:* amas de casa.*Procedencia:* local*Característica laboral:* familiares del trabajador de la empresa.**II. PERFIL POR SITUACIÓN DE USO.***Día:* domingo y sábado.*Turno:* matutino**III. PERFIL PSICOLÓGICO.***Nivel de involucramiento:* medio.**Necesidades dominantes***a. Diagnóstico:* enfermedades respiratorias, traumatológicas y gastroenteritis.*b. Tiempo que tardan en acudir al SUM:* de 1 a 24 horas.**Motivaciones***a. Motivaciones generales:* acudieron por atención médica.*b. Motivaciones personales:* querían escuchar del médico especialista el diagnóstico de su enfermedad o problema.*c. Motivaciones relacionadas con el servicio:* acuden porque los atienden más rápido que en otros servicios (consulta externa de medicina general) o porque no alcanzan turno en la consulta externa de medicina general y/o de especialidades.**Calidad percibida***a) Opinión general:* "muy buena";*b) Percepción positiva:* porque "su personal es amable", "son competentes", "son especializados", "la atención es rápida", "los médicos explican muy bien" y "en el servicio me toman los exámenes complementarios inmediatamente"*c) Opinión de la atención del personal del equipo de salud:* "buena"*d) Opinión acerca de la limpieza:* "satisfactoria"*e) Opinión acerca de la rapidez administrativa:* "satisfactoria"

## CAP. 10 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Como se recordará, el propósito de este estudio es recomendar desde el punto de vista de la Mercadotecnia Social (MS), la aplicación de la investigación del comportamiento del consumidor en las investigaciones acerca de la utilización de los servicios de salud. Para demostrar las bondades de esto fue necesario aplicar el proceso de segmentación en una primera fase para caracterizar (perfiles) en tres aspectos (segmentos), a los usuarios o consumidores y conocer sus necesidades, opiniones y percepciones respecto a un servicio de consulta externa de urgencias.

Pocos son los estudios que desde este enfoque se han aplicado al área de la utilización de servicios de salud como los realizados por Cervantes A.<sup>36</sup> Pérez R.<sup>39</sup> Argüello P.<sup>29</sup> y Naghi M.<sup>34</sup>, entre otros.

Los estudios de segmentación de mercados se diseñan para descubrir las necesidades y deseos de grupos específicos de consumidores, de manera que puedan desarrollarse o promover servicios especializados para lograr esta satisfacción en cada grupo. Se usan también como guía en el *posicionamiento y reposicionamiento de los servicios existentes*, ya que la base de esta estrategia es la identificación en los usuarios de la imagen del servicio y sus repercusiones en la satisfacción de éstos, que de alguna manera se manifiesta en su utilización o consumo.

Se eligieron cuatro de las ocho bases más populares para la segmentación del mercado<sup>41</sup>, que fueron las basadas en los factores demográficos, geográficos, de situación de uso (dado que el servicio era de urgencias), y psicológicas. Se generaron formatos de la segmentación híbrida al emplear combinaciones para crear perfiles ricos y amplios de segmentos particulares de consumidores.

Desde el punto de vista mercadológico, las características del perfil demogeográfico permiten *identificar* el mercado objetivo, y el perfil psicológico ayuda a *describir* a las personas del grupo -qué es lo que piensan y cuáles son sus sentimientos.

Como se pudo observar la población, que particularmente utiliza el SUM es diversa entre sí, no sólo en las formas usuales -edad, sexo, origen, educación, estado civil, y estilo de vida- sino que también en sus actividades, intereses, preferencias y opiniones.

Primeramente cabe mencionar la trascendencia que tiene el hecho de que los usuarios más frecuentes en este estudio sean las amas de casa, por el papel tan importante que juega la mujer dentro del hogar al tomar las decisiones para ella y para todos los miembros de su núcleo familiar (esposo, hijos y padres). Por lo que los beneficios de usar o no el SUM deben ser enfocados en esta dirección. En cuanto a la menor utilización por parte de los hombres (trabajadores o familiares), se explica al

considerar que sus jornadas laborales hacen que estos utilicen los servicios del hospital los fines de semana, días en que sólo funciona el SUM.

En cuanto al grupo de edad que más utiliza el SUM se trata de usuarios adultos, de 31 a 44 años de edad, los cuales manifiestan experiencia y conocimiento de este servicio y de otros que brinda el hospital, como la consulta externa general; pero que al mismo tiempo esto los hace decidirse por el SUM, ya que les ofrece ventajas de peso en cuanto a: tiempo, competencia y confiabilidad.

Se menciona como uno más de los beneficios de conocer la segmentación del mercado por edades (para los oferentes de servicios de salud), a la utilidad que esto brinda en el diseño de la dotación de los medicamentos en farmacia, es decir, se considera que uno de los productos agregados que tiene por ejemplo el usuario de los servicios médicos de Pemex, es que con la consulta, también le proporcionan una receta médica que surte de inmediato. El administrador de la farmacia al conocer el perfil de los usuarios de la consulta podrá entonces elegir la presentación de los medicamentos con base en los segmentos de mayor demanda: gotas en usuarios pediátricos, cápsulas o tabletas en adultos, etc.

En relación con el índice de clase social, que se puede conocer a través de conjuntar *educación, ingresos (característica laboral) y ocupación* y que también es muy útil, se encontró un grupo de usuarios de nivel medio y alto. Lo que se refleja en su estilo de vida (nivel de información o involucramiento), morbilidad (necesidad dominante), motivaciones para la utilización del servicio (consulta a nivel de especialista). Se puede mencionar que es un tipo de población con altos ingresos económicos, informado respecto a sus derechos y obligaciones sobre el servicio y que además que valora su hospital porque conoce de sus fortalezas y obstáculos comparables con otras instituciones de seguridad social.

Si se considera que las demandas dominantes atendidas en este servicio, no son verdaderas urgencias y que se trata de causas de morbilidad del primer nivel, se puede referir nuevamente el párrafo anterior para emitir una explicación a su favor, es decir basados en la política de atención obligatoria por parte del servicio de urgencias acuden a él ante cualquier situación sea o no una verdadera urgencia. Sin embargo también se detectó en la encuesta que el servicio carece de una promoción diseñada para conocerlo, lo que puede crear una mala utilización por parte de los pacientes.

Por tanto del posicionamiento que tienen los usuarios de este servicio y tal vez de todo el hospital explica los esquemas de utilización, se considera así que este estudio servirá para aplicar una estrategia de posicionamiento. Este procedimiento de reposicionamiento, conlleva a un análisis de los servicios que tengan relación directa con el SUM, para establecer a través de la promoción los objetivos del servicio.

Del análisis asociativo se encontró:

Asociación significativa entre los siguientes factores geodemográficos de los usuarios: edad, estado civil, ocupación y procedencia, con el día en que acuden al servicio de urgencias (*hi asociativa 1*); lo cual no se observó con el género y la característica laboral, es decir estas no se relacionan, son independientes. En cuanto a la edad se observó en forma importante que los usuarios escolares acuden los fines de semana, en tanto que los usuarios de la tercera edad y/o jubilados lo hacen los lunes. Los usuarios foráneos acuden con más frecuencia los lunes y los pacientes locales los fines de semana y días festivos. Los obreros y técnicos acuden al SUM los domingos y los funcionarios durante el sábado.

En relación a la asociación entre el día en que acuden los usuarios al servicio y las necesidades dominantes que presentan, ésta no se encontró (*hi asociativa 2*). Por tanto son independientes estas variables.

En cuanto a la asociación de las variables geodemográficas y el turno (*hi asociativa 3*), fue significativa sólo con el estado civil y la procedencia. Los solteros acuden de preferencia en el turno vespertino y los casados durante el turno matutino. Los usuarios foráneos acuden preferentemente por la mañana y los locales por la tarde. En cuanto a su ocupación trabajadores y familiares acuden principalmente en el turno matutino.

Con relación a la asociación entre el turno y el diagnóstico con el que acuden los pacientes al SUM (*hi asociativa 4*) estas son variables independientes.

Al buscar asociación entre el nivel de involucramiento y las variables geodemográficas de los usuarios (*hi asociativa 5*), se encontró que el grado de información de los pacientes si difiere con base a su estado civil, procedencia, ocupación y característica laboral. Siendo mayor en los casados, locales, profesionistas o funcionarios.

Se encontró asociación significativa entre las variables geodemográficas y el diagnóstico por el que acuden los usuarios (*hi asociativa 6*). Hay una relación entre el tipo de enfermedad y el género y la edad de los pacientes.

No se encontró asociación entre las motivaciones personales y motivaciones que derivan del servicio, con las variables geodemográficas de los usuarios (*hi asociativa 8 y 9*) pues son independientes.

Por último, si se encontró asociación entre la calidad percibida (evaluada a partir de: la opinión general, la opinión acerca de la atención del personal, la opinión acerca de la limpieza y la opinión acerca de la rapidez en la atención), con el género y la procedencia de los usuarios del servicio (*hi asociativas 10, 11, 12, 13 y 14*). El paciente masculino y femenino casados emitieron una opinión de satisfactoria a

excelente, en tanto que para los solteros fue solamente buena. Los usuarios foráneos emitieron mejores opiniones (excelente) en comparación con los usuarios locales (buena).



## CAP.11.CONCLUSIONES.

Del presente estudio se desprenden las siguientes conclusiones:

1.Se logró cumplir con el propósito y objetivo del estudio en forma satisfactoria.

2.Después de analizar el comportamiento de los consumidores del SUM al aplicar el proceso de segmentación geodemográfica, por situación de uso y psicológica, se puede aceptar su utilidad con base en la información obtenida, con la cual se conformaron tres perfiles que caracterizan a los usuarios del servicio de la consulta externa continua de urgencias, en forma clara y completa.

3.A través de la segmentación geodemográfica, se logró conocer la población que conforma el mercado al cual se otorgan los servicios de urgencias del HCSAE, en la muestra diseñada se encontró que: en su mayoría por mujeres de 31 a 44 años de edad ,casadas o en unión libre, cuya ocupación es ama de casa que proceden del Distrito Federal y que son familiares del trabajador de la empresa.

4.Así también gracias a las variables estudiadas al segmentar con base en la situación de uso, se estableció que el servicio es utilizado predominantemente en domingo y sábado y durante el turno matutino.

5.Se logró hacer una descripción de los usuarios del SUM, en cuanto a sus necesidades, motivaciones personales y las motivaciones mediadas por las características del servicio; se determinó el grado o nivel de involucramiento que tienen con el servicio de urgencias, así como también y de forma muy importante se detectó la calidad que perciben del servicio

5.1.En cuanto al nivel de involucramiento de los usuarios hacia el servicio de urgencias se determinó en la mayoría como un nivel medio, basado en la experiencia referida más no en la información otorgada por el hospital.

5.2.Las necesidades dominantes que se registraron fueron las enfermedades respiratorias, traumatológicas y las gastroenterológicas comunes en la temporada en que se realizó el estudio, así como también el hecho de que los usuarios se toman un tiempo de 1 a 24 horas para acudir al servicio desde el inicio de los síntomas.

5.3.Dentro de las motivaciones generales que reportaron los usuarios fue considerada básicamente a la atención médica. El motivo personal por el que acuden al servicio de urgencias, es para escuchar del médico especialista el diagnóstico de su enfermedad o problema. Y la motivación relacionada con el servicio que es importante para estos usuarios fue el que reciben atención inmediata.

5.4. En cuanto a la calidad percibida por los usuarios respecto al SUM, se considero la opinión acerca de la atención en general, este servicio fue calificado de muy bueno. Así también se investigaron las razones positivas que sustentan la opinión general y se detectó una serie de características que se desprenden de la acción del equipo de salud y que determinan la utilización del servicio, como son: el ser competentes o especializados, la rapidez en la atención, el explicar durante la consulta, el ofrecer exámenes complementarios en el momento de la atención y sobre todo la amabilidad en el trato. Se investigó también la parte negativa, es decir las razones que influyen para no utilizar el servicio de urgencias, no se encontró respuesta a éstas (existencia de desinterés, lentitud, despotismo y la abrumadora carga de gente que se observó en ocasiones). Y por otro lado se investigo también la calidad percibida en cuanto a los factores físicos del lugar como son: la limpieza de las instalaciones y la agilidad en los trámites administrativos, siendo la calificación emitida por los usuarios de satisfactorios.

6. Dentro del análisis de mercadotecnia se obtuvo, por tanto importante información acerca del consumidor: actitudes hacia la institución, hacia el servicio ofrecido y el grado de satisfacción.

7. En cuanto a la comunicación: promoción y publicidad empleada por el servicio para dirigir a la población objetivo; ésta es insuficiente, se sugiere diseñar y utilizar folletos y pláticas informativas que lleguen a los segmentos ya detectados en este estudio. Lo que propiciara una modificación en el comportamiento de los usuarios sobre todo, para utilizar el servicio de urgencias en caso de urgencia.

8. En base a las fortalezas y obstáculos que existen en el servicio: personal competente e instalaciones adecuadas se propone rediseñar los objetivos de la consulta externa continua y evaluar las actitudes normativas de los usuarios para con el servicio.

9. Además se sugiere iniciar actividades conjuntas y de colaboración con el servicio de consulta externa general y de especialidades para delimitar su área de influencia y objetivos de acción. Todo esto con base en el proceso de reposicionamiento de ambos servicios.

10. Con el presente estudio se confirma por tanto la utilidad de la mercadotecnia social dentro de la ISS, al considerar dentro de sus objetivos el modificar actitudes y comportamientos hacia ideas o causas de beneficio social independientemente del tipo de la institución lucrativa o no lucrativa.

## CAP.12 RECOMENDACIONES.

1. En el ámbito de la multidisciplinariedad de la Investigación de Servicios de Salud se puede colocar a la Mercadotecnia Social como una línea de investigación que genera información necesaria para lograr importantes metas en el estudio de la demanda y utilización de los servicios de salud, en donde es primordial conocer las necesidades de los usuarios .

2. En las investigaciones relacionadas con la utilización de los servicios de salud, por tanto se debe tomar en cuenta:

a. La existencia de dos clases de consumidores: a) Los personales, que compran bienes y servicios para uso propio, para uso de su hogar o como regalo para otra persona, pero siempre compran para uso final de los individuos, que se consideran usuarios finales o consumidores últimos y b) Los organizacionales, que incluyen a organismos lucrativos y no lucrativos, oficinas de gobierno e instituciones (hospitales, escuelas. etc.) ya que todas deben comprar productos, equipo y servicios para poder operar.

b. Se debe recordar que la persona que compra un producto o servicio no siempre es la usuaria o la única usuaria del producto en cuestión. Ni el comprador necesariamente es la persona que toma la decisión de compra, al diseñar las estrategias de posicionamiento o reposicionamiento del servicio.

c. Deben desarrollarse estudios del comportamiento del consumidor, nuevo campo de estudio que se apoya en los conceptos desarrollados en otras disciplinas como la psicología, la sociología, la antropología y la economía, principalmente.

d. El enfoque de previsión como de comprensión del comportamiento del consumidor deben combinarse para lograr decidir mejores estrategias ante cualquier objetivo como el de utilizar un servicio de salud.

e. La calidad no es lo que la institución ofrece en el servicio, es lo que los clientes obtienen de él. Ellos pagan por aquello que les es útil y que les aporta algún beneficio. La calidad debe estar orientada hacia la satisfacción de los clientes, y esto también se logra con el acercamiento de los propios directivos al público.

f. Los clientes compran los servicios por sus propias razones, no por las de la empresa que se los ofrece. Las personas se convierten en clientes de determinada institución sólo cuando el servicio que se les entrega sobrepasa sus expectativas, cuando obtienen algo extra, es decir, más de lo convenido. Cuanto más sobrepasa las expectativas el cliente queda más satisfecho. Cuando se les da más de lo que ellos esperaban, quedarán emocionalmente en deuda con el que brinda el servicio, debiéndole algo.

g. El cliente evalúa tanto el servicio recibido propiamente dicho, como la forma en que se le suministra o entrega. Por ejemplo, cuándo el paciente recibe además de la consulta urgente, los medicamentos o se le efectúa una curación ante un accidente, la evaluación de los pacientes sobre el servicio será positiva.

h. Los factores capaces de determinar el nivel de satisfacción del cliente son sus expectativas y sus percepciones, por lo que la institución que ofrece el servicio debe conocerlas a través de este tipo de estudios.

3. Si se recuerda que durante mucho tiempo ha existido como meta dentro del sector salud, alcanzar la salud para todos, a través de la atención primaria de los problemas de salud de la población, la propuesta de aplicar como estrategia a la mercadotecnia social (entendida ésta como el uso de conceptos y técnicas de mercadotecnia para obtener la adopción de ideas socialmente benéficas) partiendo del conocimiento del comportamiento del consumidor -necesidades, deseos, perspectivas- permitirá diseñar planes adecuados para cada caso.

4. Hasta hace poco tiempo, los hospitales no sabían mucho, si no es que nada, acerca de mercadotecnia, y sentían que era poco profesional vender sus servicios, pero a medida que ha aumentado la incidencia de terceras partes como en el caso de las compañías de seguros y se han disparado los costos médicos la visión debe empezar a cambiar en beneficio de los usuarios y prestadores del servicio .

5. En México, debe incrementarse la aplicación de la mercadotecnia aplicada al cuidado de la salud, para generar buenos rendimientos a las empresas, y sobre todo un cambio en el comportamiento de los consumidores basado en una mayor información acerca de los servicios de salud (sus características: qué atención ofrecen, dónde se ubica, qué población atienden, qué requisitos se deben llenar para utilizarlos, entre otras) que influyen directamente en el logro de objetivos tan importantes como la salud de la población de las instituciones, ya sea de seguridad social, privadas o de beneficencia pública a través de una adecuada utilización de los servicios de salud.

6. Dentro de la mercadotecnia de los servicios de salud de nuestro país, el rápido desarrollo tecnológico ha generado una acelerada introducción de productos, cuyo éxito o fracaso depende de las características atípicas que presentan las diversas instituciones de salud públicas (IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc.) y privadas (GRUPO ANGELES, ABC, ESPAÑOL, etc.) y su relación con los diversos tipos de consumidores o usuarios que atienden.

De ahí la importancia de que estas organizaciones reconozcan la necesidad de emplear estrategias de mercadotecnia para llamar la atención deseada de sus clientes hacia los servicios que ofrecen. Ya que por ejemplo, para desarrollar persuasivos programas de promoción es esencial comprender a los diversos públicos.

7. Por lo que es necesario la existencia de un departamento de mercadotecnia social, tanto en los servicios de salud privados como públicos, que realice éste tipo de estudios, y que periódicamente actualice la información basada en el comportamiento del consumidor o usuario de los servicios de salud ofrecidos.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Rodríguez, J. Investigación y evaluación de los servicios de salud. Gac. Méd. Méx 1979. Agosto 115 (8); 339-343.
2. Frenk, J. Salud: los rostros del futuro. En Academia Nacional de Medicina: El tratado de libre comercio y los servicios médicos. Comisión Nacional Mexicana de Investigación en Salud. 1994.
3. Cullis, J. G. y West, P. A. The economies of health: An introduction. London: Martin Robertson. 1979.
4. Mushkin, S. J. Health as an investment. J. Pol. Econm 1968; 5(2): 19-157.
5. Millis, A. Health economies for developing countries: A survival kit. London: Evaluation and Planing Centre of Health Care 1988.
6. Smith, A. B. Funding health for all: Is insurance the answer?. En Academia Nacional de Medicina: El tratado de libre comercio y los servicios médicos. Comisión Nacional Mexicana de Investigación en Salud 1994.
7. World Bank. Staff appraisal report. México. Basic Health Care Project. Washington, D.C.: World Bank 1990.
8. WHO. World health statistics. Genova: WHO 1991.
9. Wilson, F. y Neuhauser, D. Health services in the United States. Cambridge, MA. Ballinger 1987.
10. Secretaria de Salud. Programa Nacional de Salud 1990-1994. México D. F. Secretaria de Salud 1990.
11. Soberón, G. El cambio estructural en la salud. Salud Pública México 1987: 27(2): 125-179.
12. OMS. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención primaria de salud. Alma Ata, URSS. Ginebra 1978.
13. OMS. Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Ginebra 1983.
14. Galan, M. R. Enfoque metodológico de las investigación aplicada en los servicios de salud. Educ. Méd. Salud 1986: 15(1), 21-29.

15. Donnabedian, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. No. 33. OPS 1992: 382-404.
16. Frenk, J. El concepto y la medición de accesibilidad. Investigaciones sobre Investigación de Servicios de Salud: una antología. Educ. Med. Salud 1992: 15 (1), 2-29
17. Starfield, B. Investigaciones de servicios de salud: un modelo práctico. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. No. 80. OPS 1992: 574 -582.
18. OMS. Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Ginebra 1983.
19. Pabón, L. H. Evaluación de los servicios de salud: Conceptos, indicadores, ejemplos de análisis cuantitativo y cualitativo. Modelo - Prides. Universidad del Valle. Cali Colombia: XYZ Editores, 1990.
20. OMS. Orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS 1995-2000. Programa General de Trabajo de la OMS. Ginebra 1995: B21-B32.
21. Staton, W. J. Fundamentos de Marketing. México, Mc Graw Hill 1967: 94.
22. Kotler, P. Dirección de mercadotecnia. México, Diana 1996: 21.
23. Acosta, A. M. Mercadotecnia Social. Educación básica para adultos. México. ECASA 1984: 21-29.
24. Barlets, R. The identity crisis in marketing. Journal of marketing, 1974: Vol. 38, octubre.
25. Kotler, P. y Sidney, L. Broadening the concept of marketing. Journal of Marketing, 1970: Vol. 33, Enero.
26. Biblioteca de Manuales prácticos de marketing. Estrategias de crecimiento en los productos existentes. Diaz de Santos, S. A. Madrid, España 1990.
27. Kotler, P. Dirección de mercadotecnia, análisis, planeación y control. Diana, México 1985.
28. Biblioteca de manuales prácticos de marketing. El marketing mix: conceptos, estrategias y aplicaciones. Madrid, España 1995.
29. Argüello, P. R. Estudio de opinión sobre servicios de salud: el caso de una dependencia universitaria. Tesis de maestría. UNAM 1995.

30. Biblioteca de manuales prácticos de marketing. Madrid, España 1990.
31. Lazer, W. y Kelley, E. Social Marketing. Perspectives and viewpoints. Homewood III, Richard D. Irving 1973.
32. Pérez, L. J. y Ramírez, A. J. Estudio de factibilidad en la mercadotecnia social en la radio. Tesis inédita. UNAM, FCA, México 1986: 18.
33. Pérez, R. Plan estratégico de mercadotecnia social enfocado al cáncer cervicouterino". Tesis inédita. UNAM. FCA, México 1991.
34. Naghi, M. N. Mercadotecnia Social. Teoría y Aplicación. 2da. ed. México: Limusa, 1985.
35. Kotler, P. Dirección de mercadotecnia. Diana, México 1996.
36. Cervantes, J. La mercadotecnia de la salud: Estudio teórico - práctico de su aplicación en la SSA. Tesis doctoral inédita. UNAM, FCA. México 1979.
37. López, J. D. La aplicación de la mercadotecnia social en la prevención del aborto inducido. Tesis inédita. UNAM. FCA, México 1988.
38. Kotler, P. Fundamentos de mercadotecnia. Prentice Hall. México 1990.
39. Pérez, R. Plan estratégico de mercadotecnia social enfocado al cáncer cervicouterino". Tesis inédita. UNAM. FCA, México 1991.
40. Juran, J. M. Juran y la planificación para la calidad. Diaz de Santos, S. A. Madrid, España 1990.
41. Schiffman, G. L. y Leslie, L. K. Comportamiento del consumidor. 5ª. ed. Prentice-Hall Hispanoamericana, S. A. México 1997.
42. Alladivenkatesh. Postmodernism, consumer culture and the society of the spectacle. En Schiffman, G. L. Comportamiento del consumidor. 5ª. ed. Prentice Hall, México 1990: 24-44.
43. Lutz, R. Positivism, naturalism and pluralism in consumer research: Paradigms in paradise. En Schiffman, G.L. Comportamiento del consumidor. 5 a. ed. Prentice Hill, México 1990: 24-44.
44. Sherry, J. Postmodern alternatives: the interpretive turn in consumer research" en Schiffman, G. L. Comportamiento del consumidor. 5ª. ed. Prentice Hill, México 1990: 24-44.



45. Hrusel, B. Research methods in cultural anthropology. En Schiffman, G.L. *Comportamiento del consumidor*. 5ª. ed. Prentice Hill, México 1990: 24-44.
46. Venkatesh, A. y Pandey, A. A. Symbolic communication among consumers in self-consumption and gift giving: A semiotic approach. En Schiffman, G. L. *Comportamiento del consumidor*. 5ª. ed. Prentice Hill, México 1990: 24-44.
47. Smith, J. D. y Sherman, K. Informal retailing: An analysis of products, attitudes, and expectations. *Advances*. En Schiffman, G.L. *Comportamiento del consumidor*. 5ª. ed. Prentice Hill, México 1990: 24-44
48. Hernández, R. y Fernández, C. *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill, México 1991: 207-237
49. Maslow, H. A. A theory of human motivation. En Schiffman G.L. *Comportamiento del consumidor*. 5ª. ed. Prentice Hill, México 1990: 92-123
50. Rokeach, M. The open and closed mind. En Schiffman G.L. *Comportamiento del consumidor*. 5ª. ed. Prentice Hill, México 1990: 125-159.
51. Hirschman, C. E. Innovativeness, novelty-seeking and consumer creativity. En Schiffman G.L. *Comportamiento del consumidor*. 5ª. ed. Prentice Hill, México 1990: 125-159.
52. Shimp, A. T. Consumer ethnocentrism: construction and validation of the CETSCALE. *Journal of Marketing Research* 1991 agosto: 28.
53. Bitner, M. Servicescapes: the impact of physical surroundings on customers and employees. *Journal of marketing* 1992 abril: 56.
54. Parasuraman, A., Berry, L. y Zeithami, V. Refinement and reassessment of the SERVQUAL SCALE. *Journal of retailing* 1991 invierno: 67(4).
55. Johnson, R. L. An exploratory study of price/perceived quality relationships among consumer services. En Schiffman G. L. *Comportamiento del consumidor* 5ª. ed. Prentice Hill, México 1990: 160-199.
56. Lutz, R. J. The role of attitude theory in marketing. En Schiffman, G.L. *Comportamiento del consumidor*. 5ª. ed. Prentice Hill, México 1990: 235-258.
57. Cohen, B. J. Affect and consumer behavior. En Schiffman, G.L. *Comportamiento del consumidor*. 5ª. ed. Prentice Hill, México 1990: 235-258.
58. Petróleos Mexicanos, Dirección Corporativa de Administración. Subdirección de Servicios Corporativos. Gerencia de Servicios Médicos. Norma y procedimientos de

los servicios de urgencias del sistema de salud de Petróleos Mexicanos y plan estratégico, 1998 Enero.

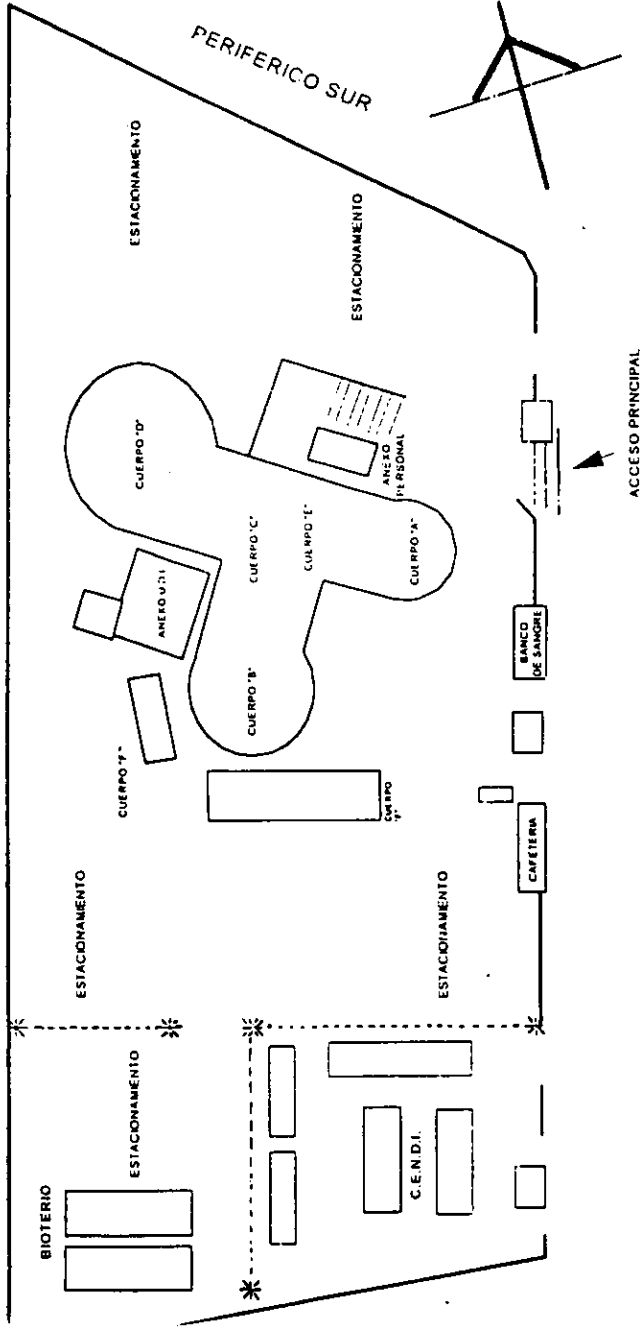
59. Nie, N. y cols. *Statistical Package for the Social Sciences. (SPSS)*. New York: Mc. Graw-Hill Book Co. 1995.

60. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Poder Ejecutivo Federal.

61. Rosenstock, M. I. ¿Por qué la gente utiliza los servicios de salud?. *Antología No.50 OPS 1983: 405-424.*

APÉNDICES:

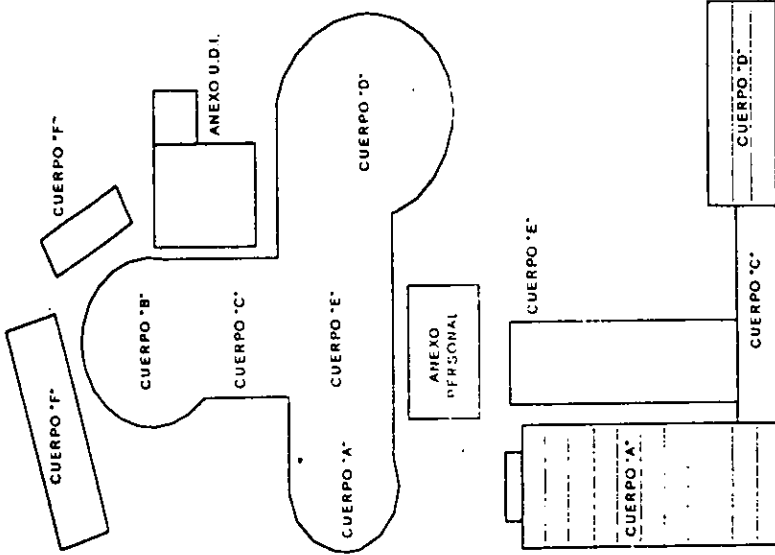
PETROLEOS MEXICANOS  
 DIRECCION CORPORATIVA DE ADMINISTRACION  
 GERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS  
 HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD



**PEMEX**  
 HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD  
 PLANTA DE CONJUNTO

HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD

**PETROLEOS MEXICANOS**  
**DIRECCION CORPORATIVA DE ADMINISTRACION**  
**GERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS**  
**HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD**



- CUERPO "A"
  - HOSPITALIZACION
  - CUERPO DE GOBIERNO
- CUERPO "B"
  - LABORATORIO
  - RAYOS X
  - QUIROFANOS
  - ALIMENTACION
  - MANUTENIMIENTO
  - TELECOMUNICACIONES
- CUERPO "C"
  - PATOLOGIA
  - CARDIOLOGIA
  - TOCOQUIRURGICA
  - SERVICIOS GENERALES
- CUERPO "D"
  - CONSULTA EXTERNA
  - ODONTOLOGIA
  - REHABILITACION FISICA
  - REHABILITACION CARDIACA
- CUERPO "E"
  - ASCENSORES
  - ESCALERAS DE SERVICIO
- CUERPO "F" Y "F'"
  - CASAS DE MAQUINAS
  - SUBESTACION ELECTRICA
- ANEXO U.D.I.
  - ONCOLOGIA
  - RADIOTERAPIA
  - CIRUGIA AMBULATORIA
  - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
  - UNIDAD METABOLICA
- ANEXO PERSONAL
  - RECURSOS HUMANOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD PEMEX  
SERVICIO DE URGENCIAS  
ENCUESTA



**PEMEX**

FECHA \_\_\_\_\_ FOLIO \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_ TURNO \_\_\_\_\_

Estimado(a) paciente, estamos realizando una encuesta a fin de conocer su opinión sobre este servicio. Los resultados serán manejados en forma confidencial y anónima, por lo que no es necesario proporcione su nombre. GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

### INSTRUCCIONES

1. La encuesta debe ser contestada con los datos del paciente que fue atendido en el Servicio de Urgencias.
2. Contiene preguntas que deben ser contestadas marcando una X en el cuadro que corresponda a la opinión del paciente.
3. La respuesta de algunas preguntas deberán anotarse con letra legible sobre el renglón correspondiente.
4. En caso de existir duda en alguna de las preguntas, solicite al médico que lo encuesta mayor información.
5. Al finalizar la encuesta, favor de regresarla al médico que se la proporcionó.

I. FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE.

A EDAD:  AÑOS CUMPLIDOS

B ORIGINARIO DE

C GÉNERO:  
FEMENINO  MASCULINO

D ESTADO CIVIL:  
SOLTERO  CASADO  DIVORCIADO   
VIUDO  UNIÓN LIBRE

E. OCUPACIÓN:  
AMA DE CASA  ESTUDIANTE  OBRERO   
TÉCNICO  PROFESIONISTA  FUNCIONARIO

F CARACTERÍSTICAS LABORALES:

TRABAJADOR DE PEMEX  FAMILIAR DEL TRABAJADOR  LOCAL   
FORANEO

CENTRO DE TRABAJO

TRABAJADOR DE PLANTA  TRABAJADOR TRANSITORIO  TRABAJADOR DE PLANTA SINDICALIZADO  TRABAJADOR DE PLANTA DE CONFIANZA

TRABAJADOR TRANSITORIO SINDICALIZADO  TRABAJADOR JUBILADO

G RECIBE SERVICIOS MÉDICOS DE OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD:

IMSS  ISSSTE  MARINA  EJÉRCITO  PARTICULAR  NINGUNA

## II. PREGUNTAS

1. ¿Es la primera vez que viene al servicio de Urgencias con este problema?

SI

NO

2. ¿Anteriormente vino Usted al servicio de Urgencias por el mismo problema ?

SI

NO

3. ¿Antes de venir a Urgencias fue atendido por el mismo problema en otro servicio del hospital?

SI

NO

4. ¿En qué servicio?

Anótelos por favor \_\_\_\_\_

5. ¿Vino a Urgencias por qué lo enviaron, o usted lo decidió?

ME ENVIARON

YO LO DECIDÍ



6. ¿Quién decidió que su problema era una urgencia?

YO MISMO

UN VECINO

UN FAMILIAR

UN MÉDICO

OTRA(S) PERSONA(S)

7. ¿Quién (es)? Especifique \_\_\_\_\_

8. ¿Por qué acudió a Urgencias?

POR ATENCIÓN MÉDICA

MEDICAMENTOS

PARA HOSPITALIZACIÓN

POR INCAPACIDAD

POR ACCIDENTE DE TRABAJO

OTRA RAZÓN

9. ¿Cuál (es)? Especifique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. ¿Cuánto tiempo tardo en venir a Urgencias, a partir de los primeros síntomas de su enfermedad o accidente?

MENOS DE UNA HORA

DE 1 a 24 HORAS

DE 1 a 7 DÍAS

MAS DE 7 DÍAS

11. ¿Qué tipo de transporte utilizó para venir a Urgencias?

TRANSPORTE PROPIO

TRANSPORTE DE ALGÚN FAMILIAR

TAXI

COMBI O MICROBUS

METRO

AMBULANCIA

CAMINANDO

12. ¿Por qué pensó que su enfermedad debía ser atendida en Urgencias?

a) Porque estaba en peligro mi vida.

b) Quería saber si no era una enfermedad grave, aunque me sentía bien.

c) Recordé otro problema similar o igual.

d) Quería escuchar del especialista qué enfermedad tenía.

e) Porque me dijo otra persona.

f) Porque me atienden más rápido.

g) Porque me citó un médico de Urgencias.

h) Porque me enviaron de otra unidad médica u hospital regional.

i) Porque necesitaba estudios complementarios que me solicitó mi médico particular.

j) Porque en la consulta externa no alcance turno.

k) Otras. Especifique por favor \_\_\_\_\_

---

13. ¿Durante su espera en Urgencias, recibió alguna información acerca de las enfermedades que se atienden en este servicio?

SI

NO

14. ¿Qué tipo de información recibió en la sala de espera de Urgencias?

PELÍCULA

FOLLETO

BOLETÍN

PLÁTICA

GRABACIÓN

15. ¿Durante su consulta en Urgencias el médico le orientó para evitar este tipo de problemas?

SI

NO

16. ¿En los últimos tres meses, vino dos o más veces a Urgencias?

SI

NO

17. ¿Ha sido por la misma enfermedad en todas las ocasiones?

SI

NO

18. ¿Cuál ha sido el motivo para acudir a urgencias?

a) Me atienden más pronto.

b) Porque me gusto la atención que recibí.

c) Porque pienso que mi enfermedad es urgente.

d) Porque solicite consulta en otro servicio y no me gusto.

e) Otros. Especifique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_







22. ¿Cuál es la opinión que tiene del servicio de Urgencias que utilizó?



Excelente

Muy Buena

Buena

Ni buena  
ni mala

Mala

Muy mala

Pésima

23. ¿Por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24. ¿Qué diagnóstico le dió el médico?

Anótelo por favor:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MUCHAS GRACIAS

NOMBRE DEL ENCUESTADOR \_\_\_\_\_





HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD  
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

HCSAE/JEE/JLZ/348/98.

México, D.F., 02 de octubre de 1998.

M.en I.S.S. ANA LUISA GONZALEZ CELIS-RANGEL  
COORDINADORA DE LA MAESTRIA EN  
INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
CAMPUS IZTACALA  
Presente

AT'N DRA. MA. SALOME GRAJEDA LOPEZ  
ALUMNA MAESTRIA EN INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD

En relación a su proyecto de tesis titulado "ESTRATEGIA DE MERCADOTECNIA SOCIAL PARA OPTIMIZAR LA UTILIZACION DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA", sometido a evaluación por el Comité de Investigación, nos permitimos informarle que ha sido:

ACEPTADO

Atentamente

DR. GUILLERMO HERNANDEZ MORALES  
Presidente

DRA. JUDITH LOPEZ ZEPEDA  
Secretaria

c.c.p.- Dr. Miguel A. Garcia Ramos.- Vicepresidente del Comité

JLZ/jba\*