

**UNIVERSIDAD MILITAR**

**NUEVA GRANADA**



**¿SALUD Y MERCADEO: AMIGOS O ENEMIGOS?**

Pilar Gabriela Rincón Gaitán, MD.

Ensayo elaborado como requisito de grado de la  
Especialización en Mercadeo de Servicios

Tutora

Luz Mery Guevara

Docente – M.Sc. en Desarrollo Educativo y Social

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS**

**DIRECCIÓN DE POSTGRADOS**

**BOGOTÁ**

**2011**

## **Resumen**

La salud en Colombia, ha registrado la peor crisis en el último año, con sucesos tan graves como el cartel de la salud formado por varias EPS agremiadas con el fin de manejar recobros, restringir la asignación de ciertos servicios y medicamentos. Esto indujo el desangre del sistema de salud, sin olvidar que como coprotagonista de esto ha estado presente una agresiva campaña de mercadeo, con el objeto de incrementar el número de usuarios y la rentabilidad estratégica.

Es por lo anteriormente mencionado, que en éste ensayo se discute sobre lo ético o no ,de utilizar el mercadeo mal entendido en campañas de salud, olvidando que los principios fundamentales de la Medicina y del área de mercadeo son comunes en el enfoque del aseguramiento de la calidad en el servicio, por encima de todo y sin olvidar el foco principal de éste trabajo que es el cliente final: el paciente.

*Palabras clave:* salud, mercadeo, ética, calidad, paciente.

## **Abstrac**

Health care in Colombia, has been in crisis since one year before, many events have been occurred corruption, EPS did not respond to their compromises with customers.

Insolvency in health system, has conduced to low attention quality for the patients, ethical principles have been compromised. Marketing is not popular in medical teams, is necessary that both area work together improving better standard of medical care. We can not forget our principal goal: the patient.

## **Introducción**

El derecho a la vida, ha sido ampliamente reconocido y promulgado en el ámbito nacional e internacional a través de varios mecanismos como: Declaración Universal de derechos humanos 1789, Pacto Internacional de los derechos civiles y políticos “Ley 74 de 1968”, Convenio americano sobre derechos humanos “Ley 16 de 1992” y Constitución Colombiana de 1991. (Piñeros, 2011)

A pesar de que está clara y expresa la normatividad nacional e internacional, se aprecia que a lo largo de los últimos veinte años el derecho a la salud en Colombia ha sufrido transformaciones catastróficas, que han afectado la calidad de atención en salud. A lo largo de éste periodo de tiempo se han presentado casos muy sonados de corrupción y desmedro administrativo en el sistema como son el de SALUDCOOP y Seguro Social, CAJANAL, Hospital San Juan de Dios de Bogotá y Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos, por mencionar algunos. (Ochoa, 2011)

En éste ensayo abarcaré tópicos relevantes como: El Sistema de Salud Colombiano en su situación actual, modelos internacionales que han afectado el nuestro, estrategias de mercadeo y comercialización del servicio médico y conflicto de intereses en mercadeo de salud.

El problema de la salud en términos de mercadeo debe responder a principios fundamentales como la ética y la moral, aplicado a una realidad económica y financiera devastada por la mala administración y el inadecuado aprovechamiento de los recursos, como se ha visto en la historia de vida de la salud de los colombianos.

A pesar de que parezca irreconciliable la asociación de una buena prestación de servicios de salud con una estrategia clara de mercadeo, no lo son si se manejan dentro del contexto de principios y valores fundamentales: es por lo anterior, que este estudio logrará: concientizar e introducir cambios ideológicos sobre los líderes políticos, abogados, industriales, médicos y mercadotecnicos para lograr entender las necesidades de los pacientes, sus prioridades, sus sentimientos humanos como enfermos y también la percepción del cómo les gustaría ser manejados ante una enfermedad.

## **El Sistema de Salud Colombiano**

Para ubicarnos en el tema es necesario definir algunos términos que a lo largo de este ensayo inicialmente precisaremos: ¿Qué es el derecho a la salud? el derecho a la salud es el conjunto de leyes y disposiciones de carácter obligatorio encaminadas a que cualquier miembro de la población tenga el cumplimiento obligatorio y puntual de obtener servicios médicos de calidad para su bienestar, procesos, tratamientos y métodos de prevención de enfermedades, sin importar la raza, la religión, ideología ni condiciones económicas o sociales. El Estado está obligado a subsidiarnos a todos. El derecho es de toda la población, los más necesitados serán subsidiados por el Estado y con la ayuda de los que contribuyan al plan obligatorio de salud que forma parte del régimen contributivo, cumpliendo las directrices contempladas en la Constitución Colombiana de 1991.

Así mismo es indispensable hablar de: ¿Qué es atención de salud? El decreto 1011 del 2006 afirma que: “Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios de aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de: promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.”

Igualmente, es determinante abordar el tópico de seguridad del paciente como el conjunto de medidas y procedimientos, que se encargan de mantener un alto estándar de calidad con justicia y eficiencia; protegiendo de ésta manera, al paciente en todo momento, desde su ingreso, estancia y posterior seguimiento de su enfermedad. Para el estudio y comprensión de éste importante tema de seguridad, se han realizado varios estudios, el más importante para nosotros se llamó el proyecto IBEAS (Ministerio de la Protección Social, 2011); este fue llevado a cabo en cinco países latinoamericanos como fueron: México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina; participaron en total 58 hospitales, 12 de los cuales fueron colombianos y cuyo principal objetivo fue probar una herramienta de estudio para analizar y realizar una medición de eventos adversos. Un evento adverso, se define como una lesión no intencional causada durante el manejo médico que produce demora en el alta (egreso), discapacidad, amenaza de vida o muerte.

Los primeros reportes de presentaciones de evento adversos, se derivaron en el informe del Instituto de Medicina de USA “To err is human: bulding safer health system”, en el cual se estimó que “Errores Médicos” causan entre 44.000 y 98.000 muertes cada año en los hospitales de USA, cifra mayor que los accidentes de tránsito, el cáncer de seno o el SIDA. Es por esto que ,dentro de los principios del SOGC (sistema obligatorio de garantía de calidad) se incluyen: seguridad del paciente, accesibilidad, pertinencia, oportunidad y continuidad. El evento adverso más frecuentemente reportado por el proyecto IBEAS fue la infección intra-hospitalaria, seguida de errores en procedimientos y aplicación errónea de medicamentos. Por lo anteriormente expuesto, las entidades de salud han implementado de forma racional, rápida y efectiva una serie de medidas institucionales para mejorar estos sucesos, todo esto llamado “Política institucional de seguridad al paciente”. (Reason, 2000)

Finalmente me referiré a: ¿Qué es el SISBEN? El SISBEN (sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales) identifica y organiza a los individuos según sus necesidades. La selección de los beneficiarios, deber ser justa y transparente para los programas que maneja el estado Colombiano. Con base en estos conceptos, revisaremos el sistema de salud en Colombia, para tener claridad contextual con el mismo:

El Sistema General de Salud tiene como obligación obedecer los cánones dados por el sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC), establecido por medio del decreto 1011 del 2006 del Ministerio de Protección Social. Está integrado por 4 componentes: habilitación, acreditación, auditoría y el sistema de información para la calidad en salud. Todos los siguientes componentes son vigilados y regulados por diferentes entidades administrativas como: el Ministerio de Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y las diferentes entidades departamentales, municipales y distritales de salud. (Ministerio de la Protección Social, 2002). Sus definiciones son como siguen:

**a. Habilitación.** El sistema único de habilitación es la unidad o el conjunto de normativas, procesos y requisitos mínimos y obligatorios con los cuales se estandarizan y aprueban las condiciones para la prestación del servicio de salud. Está reglamentada por la resolución 1043 del 2006 del Ministerio de Protección Social.

**b. Acreditación.** El sistema único de acreditación es la unidad o el conjunto de procesos tomados voluntariamente de carácter auto evaluativo los cuales son adquiridos por las instituciones que cumplen, con estándares y actividades de apoyo, que afirman el cumplimiento de los requisitos necesarios para brindar una alta calidad en la prestación de los servicios médicos. El enfoque principal de éste, es buscar la total satisfacción del cliente teniendo en cuenta la fluidez y articulación en los procedimientos médicos, desde el momento que el usuario ingresa a una institución prestadora de servicios médicos hasta que egresa de la misma.

**c. Auditoría.** La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un sistema especial de evaluación y mejoramiento del sistema general de salud el cual se encarga de comparar los estándares de calidad del mismo, con respecto a la calidad que es esperada por sus usuarios.

**d. Sistema de información para la calidad en salud.** Diseñado para guiar a sus usuarios con las medidas y estructura del sistema, dando a conocer los derechos y deberes que tienen ellos como pacientes y beneficiarios de este servicio, también los niveles de calidad de las diferentes entidades que prestan estos servicios con la finalidad de tomar una decisión informada cuando llegue el momento de ejercer un derecho con respecto al sistema general de salud.

El SOGC se guía por los tres principios básicos esenciales, que consideran: la Seguridad del paciente un conjunto de medidas, procedimientos y planes de mejoramiento que se implementan en una institución con el único objetivo de disminuir la presentación de eventos adversos. La accesibilidad, como la posibilidad y facilidad del paciente para utilizar los servicios de salud. La pertinencia considerada como la cualidad que muestra el tratamiento instaurado al paciente, de acuerdo a evidencia científica probada y la continuidad como la secuencia de actividades instauradas en el plan de tratamiento del paciente basadas en el conocimiento científico. (Secretaria Distrital de Salud, 2006). Estos conceptos técnicos son válidos y reconocidos, pero por el otro lado la normatividad legal contemplada en la Ley 100 de 1993, ha llevado a la salud a un modelo neoliberal que regula el sistema de salud colombiano y que no ha mostrado ser: progresista, justa, equitativa, innovadora, motivadora y promotora de altos estándares de calidad de atención en salud. En éste proceso que está siguiendo malos pasos, se han

quebrado diferentes instituciones como hospitales o IPS (instituciones prestadoras de servicios de salud) y está haciendo que las empresas privadas como las EPS (entidades prestadoras de servicios) las adquieran para convertirse no en un modelo solidario sino en un modelo injusto y oportunista.

Ésta ley, aplicada al modelo neoliberal ya mencionado, tuvo la intención de reformar el sistema de salud profundamente, velando por el bienestar de la población. Se requería con ellos, incrementar los recursos para cada sector, lograr cubrir a toda la población sin importar las clases sociales, estimular la competencia de la calidad de los servicios y mejorar los sistemas administrativos y gerenciales de todas las instituciones como hospitales, clínicas, etc.

A partir de su ejecución de la Ley 100, se ha formado un verdadero caos en todos los aspectos de la salud. Económicamente, el Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS), creado por la ley 100 de 1993, se declara en quiebra, a partir de esto, el gobierno anunció una emergencia social y propuso decretos y una reforma rechazada por la mayoría de la sociedad. El dinero y recursos del SGSSS deben ser destinados únicamente para la salud, aproximadamente 8.5-10% del PIB son destinados a la salud, pero parece que no han sido manejados de la mejor manera. Las EPS, en éste momento, son de las empresas más influyentes, pudientes y poderosas de éste país. Estas empresas despiadadas y cegadas por el lucro, parecen estar malgastando el dinero y recursos destinados a la salud. Poco tiempo atrás, la Superintendencia de Salud obligó a una EPS a reintegrar más de 600.000 millones de pesos indebidamente utilizados. (ABC Digital, 2011).

Ahora bien, se hace necesario comprender que es el POS (plan obligatorio de salud), para efectos de claridad contextual, este se divide en dos Regímenes:

**a. El Régimen Subsidiado.** Que se encarga de prestar el servicio médico a personas de bajos recursos: el dinero es aportado por el Estado y sólo las personas que pertenecen al nivel 1 y 2 del SISBEN tienen el derecho al subsidio total. Por otra parte, personas en el área urbana de niveles 2 y 3 del SISBEN no tienen derecho a un subsidio total, sino parcial. Posteriormente se han generado varios acuerdos como el 49 de la Ley 715 (Sisben, 2011) en el que únicamente logró incorporar contados tratamientos al POS-S; posteriormente, con los acuerdos como el 72 y 74, se logró ampliar el plan de

beneficios con actividades como trauma, cirugías vasculares, y otras más. Ahora revisemos algunos otros tópicos, que aportaran total claridad sobre la problemática en cuestión:

*¿Qué es un subsidio total?* Los afiliados tienen derecho de recibir todos los servicios básicos establecidos por el plan obligatorio de salud.

*¿Qué es un subsidio parcial?* Las personas que reciben un subsidio parcial, tienen derecho a recibir algunos de los servicios básicos establecidos por el POS como tratamientos y procedimientos en enfermedades de alto costo, atención en traumatología y ortopedia, y así mismo la recuperación física que se necesita en estos casos, en procesos como partos y sus diferentes complicaciones. También la atención integral al menor de un año y los medicamentos indicados para lo dicho anteriormente.

**b. Régimen Contributivo.** Presta el servicio médico a las personas que aportan una cantidad determinada de dinero, sus afiliados deben contar con un vínculo laboral para asegurar su capacidad de pago, que posteriormente fluye hacia el POS.

Así pues, el sistema de salud colombiano se divide en tres grandes ramas:

**a. Medicina pre pagada:** Que es aquella que como servicio no obligatorio y opcional cubre a las personas que pagan o aportan dinero a ésta. Se ha caracterizado por mostrar modelos de atención en salud altamente calificados, costo-efectivos, con importante énfasis en los programas de promoción y prevención de enfermedades como: cáncer de seno, cáncer de cuello uterino, control pre-natal, análisis de morbilidad materno- fetal, y proyectos específicos de prevención de riesgos en la atención en salud basados en la política de seguridad del paciente.

**b. EPS:** Son empresas prestadoras de servicios de salud; administran los recursos del régimen subsidiado, que es obligatorio y gratuito para todas las personas; están reguladas por la ley 100 y el POS. El Plan Obligatorio de Salud (POS), es un plan el cual cubre algunas enfermedades, medicamentos, tratamientos y procedimientos gratuitamente y hasta un punto determinado, algunas de las enfermedades terminales. Muchas otras enfermedades y medicamentos no están incluidos en la lista del POS, esto hace que la población esté inconforme y haga de éste un sistema bajo en calidad. El POS es definido en el artículo 162 de la ley 100 y es reglamentado por el decreto 1938 de 1994. El POS tiene aproximadamente 6.000 patologías de diferentes grados. Los miembros del régimen



contributivo, tienen derecho a ser incapacitados por enfermedad y a recibir una licencia de maternidad, esto lo dicta la ley 50 de 1990. El POS y se complementa con el PAB (Plan de Atención Básica) el cual está en el artículo 49 de la Constitución Nacional y en el artículo 165 de la ley 100 de 1993. El PAB; está obligado a intervenir a la comunidad y no a los individuos, a menos que sufran enfermedades infecto-contagiosas como el SIDA o enfermedades de transmisión sexual. También se incluye información pública acerca del control de consumos de sustancias como el alcohol, cigarrillo o sustancias psicoactivas, promoción en salud, nutrición, planificación, controles anuales o mensuales y enfermedades como la malaria o el cólera, con el fin de orientar la población y educarla.

Los servicios del PAB son de carácter obligatorio y gratuito, tal como lo dice la Constitución Nacional. Está financiado por los recursos de Gobierno Nacional y los correspondientes entes territoriales. En éste sentido El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), se mostró preocupado ya que las ARS (Administradoras de Riesgos de Salud) prefirieron devolver el 10% que correspondía para promoción y prevención al sistema y decidió establecer el acuerdo 117 que volvía obligatorio el desarrollo de actividades, intervenciones y procesos de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública (Ministerio de la Protección Social, 1998). En el acuerdo 117 se determinan las definiciones como: demanda inducida: entendida como la acción de organizar, educar y guiar a la población hacia diferentes medios de protección, reconocimiento temprano y adhesión a programas de control. Enfermedades de interés en salud pública conocidas como: las enfermedades que impactan gravemente a la salud colectiva y demandan una atención eficiente, inmediata y un seguimiento profundo, casos como: enfermedades infectocontagiosas de alto costo, enfermedades contagiosas de alta transmisibilidad y alto poder epidémico.

**c. Régimen de salud especial para Fuerzas Militares y de Policía:** es un régimen diferente de salud que garantiza un servicio de calidad óptimo y con más garantías para los miembros de las Fuerzas Militares y de Policía. El artículo 279 de la Ley 100 afirma, que el sistema integral de seguridad social aplicado en la ley 100 no se aplica para militares o miembros de la Policía Nacional. Esta condición, es altamente excluyente porque como principio Constitucional, el sistema nacional de salud, debe ser:

universal, equitativo, justo, democrático, solidario, no mostrar distingo de color-estrato-género y tiene que buscar óptima calidad de atención para todos.

A continuación contextualizaré, la situación de distribución de la inversión en salud en los diferentes sistemas de salud del mundo. Para el caso de los Estados Unidos (antes de la reforma Obama que intenta cubrir a la población más pobre y de mayor edad), tuvo un sistema de salud estructuralmente parecido al Sistema General de Salud Colombiano. En los Estados Unidos invierte el 16% del PIB y la población no asegurada supera el 15 %. En otros países como Australia, Canadá o Suecia y más países como Francia, España, Inglaterra la inversión en salud está entre el 9 y el 11% (aproximadamente la cifra que registra Colombia) y el porcentaje de no asegurados varia del 0% al 1.7%. Nuestro sistema debe ser reestructurado. Se demuestra que nuestro sistema tiene fallas estructurales.

Los sistemas de otros países como Alemania, Francia y Canadá son de carácter totalmente público, cubren la totalidad de la población y brindan una alta calidad a todos sus usuarios; sistemas como el colombiano y el estadounidense (antes de la reforma de Obama) son de carácter privado y no cubren satisfactoriamente a la población, el índice de personas no aseguradas es muy alto.

A continuación, se ilustraran dos tablas (Tabla 1 y Tabla 2) donde se pueden apreciar cifras por transacción, intermediación y administración de algunos países; Todo esto con base en documentos de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la salud que analizaron los diferentes aspectos. (Instituto Nacional de Estadística, 2011)

**Tabla 1.** Porcentajes de inversión en salud de Estados Unidos y Europa

País	Estados Unidos	Francia	Alemania
Administración	7.1	7.7	5.7
Capacitación	0.0	0.0	0.0
Atención	86.5	89.7	90.6
Otros	0.0	0.0	0.0
Infraestructura	4.4	0.0	0.0
Investigación	2.1	0.0	0.0

Datos extraídos de Organización Mundial de la Salud.2009.

En la tabla 1, podemos apreciar una gran diferencia en el cubrimiento del rubro en atención de en los Estados Unidos con un 86.5 % siendo el Alemania un 90.6 % por ejemplo. En Colombia (Tabla 2), también presenta una gran deficiencia frente a los otros países de Latinoamérica, derivado de lo que consume el rubro de porcentaje por administración, en vez de ser invertido en atención, visualizándose que en vez de mejorar el proceso, se ha dado pie a la corrupción en el sistema por consumo de alto porcentaje en administración.

**Tabla 2.** Porcentaje de inversión en salud en los países de Latinoamérica

País	Administración	Capacitación	Atención	Investigación	Otros
Colombia	15.5	0.1	64.7	0.1	9.5
Nicaragua	4.4	0.0	87.1	0.6	1.8
México	4.3	1.0	93.2	0.3	0.0
Ecuador	33.8	0.0	60.9	0.0	1.3

Fuente: Datos extraídos reportes Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud .2009.

Con todo lo referido anteriormente concluimos que la crisis de salud se produjo, extrañamente, cuando la disponibilidad de recursos destinado a la salud pública eran más altos; ¿Por qué razón estamos en crisis? Desafortunadamente, el manejo de estos recursos está intermediado por empresas con ánimo de lucro. Estos intermediarios fueron creados por la ley 100 y se han encargado de monopolizar y ser autoritarios frente a los servicios de salud en Colombia. Se cometen abusos contra la población; la salud no es de alta calidad como se espera; no cubre a toda la población; y lo único que genera en la población es inconformidad. Así mismo, para solidificar cada vez más este negocio, los

recursos destinados a la salud, intermediados por empresas privadas son mal utilizados para la expansión de las diferentes empresas. Lo único que se ha logrado, tras peticiones y reformas del Estado frente a estos abusos, es la carnetización de la población, pero jamás un sistema justo y transparente que cubra y brinde una calidad alta, reuniendo: eficiencia, eficacia, universalidad, solidario y visionario. Fácilmente podemos calificar a nuestro sistema de Salud como el más ineficaz, costoso e injusto de América. Nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es únicamente dirigido por la política neoliberal de la privatización de empresas, ¿Es realmente correcto que empresas privadas manejen un servicio obligatorio para una población? ¿O es que la salud hoy en día es uno de los negocios más grandes en Colombia? de acuerdo al concepto de catedráticos en medicina, comités de ética médica y grupos de expertos en medicina, en vista de que no se ha obtenido una óptima calidad de atención para el paciente, ni una adecuada remuneración a los profesionales de la salud, múltiples debates se han promovido para discutir una posible reforma en la estructura legal, administrativa y de control de la Salud en Colombia. (Mora, 2006)

Los cambios en la estructura legal y administrativa del Sistema de Salud Colombiano, fueron inspirados en gran parte en el modelo Chileno de Salud que por si mismo había sido innovador en ese país latinoamericano .Es por esto, que a continuación presentaré los aspectos más importantes, que fueron utilizados para la reforma en salud en Colombia.

## **El Sistema de Salud Chileno**

El sistema chileno de salud, es un sistema mixto en funcionamiento y prestación de servicios compuesto por personas naturales y jurídicas, de derecho público o privado, que tiene la misión de realizar o contribuir a la ejecución de acciones de promoción-prevenición, protección y recuperación de la salud. Éste se encuentra compuesto de dos sectores: público y privado .El sistema privado, cubre el 16 % de la población y entrega servicios por medio de entidades privadas independientes y contemplando dos funciones básicas: Administración financiera y aporte del servicio de salud como tal. Dentro de éstas entidades privadas encontramos tituladas y referenciadas: ISAPRES, FAFOSPEN y tres mutuales que competen la medicina laboral, vigilancia epidemiológica y prevención de riesgos.

Por otro lado el sistema público canaliza el servicio desde una sola entidad del gobierno que es el Ministerio de Salud y cumple con tres funciones principales: controlar y regular las políticas, planes y programas de salud, administrar el financiamiento en programas ambientales y de prevención y otorgar directamente la prestación del servicio de salud. Este sistema atiende más de 11 millones de beneficiarios que cotizan al sistema un 7 % de sus ingresos mensuales. (Thomas, 2000)

Todo lo anterior enmarcado en la Ley 19 .966 y ley 19 .937 y bajo el organismo de control normativo que es el MINSAL (Ministerio de Salud). MINSAL, fiscaliza, organiza y administra todo lo referente al sector salud, contando con varias subsecretarías de apoyo como la de salud pública, redes asistenciales y de servicios de salud. Igualmente cuenta con la Superintendencia de salud, CENABAST, ISP (Instituto Nacional de Salud Pública) y FONASA (Fondo Nacional de Salud y CENABAST (Centro Nacional de Abastecimiento).

La red asistencial cuenta con centros de atención primaria o mínima complejidad, secundaria o de mediana complejidad y terciaria de alta complejidad y cobertura reducida .Igualmente cuenta con una red de urgencias. (Giaconi, 1994).<sup>i</sup>

Este sistema ha recibido varias críticas: la primera es que son dos sistemas que no se hablan, no se complementan, creó un sistema discriminatorio entre ricos y pobres y ha

mostrado desprotección en los pacientes de edades extremas. El fortalecimiento y la ampliación del cambio a un esquema de descentralización persisten siendo un desafío no resuelto; al igual que la complementariedad que deberían presentar ambos sistemas, la percepción no adecuada por parte de los trabajadores de la salud y los altos porcentajes de insatisfacción de los usuarios; como factor común entonces, apreciamos sistemas similares entre Chile y Colombia con un punto en común que es la descentralización del sistema de Salud (Thomas, 2000). El fenómeno de **la descentralización**, ha conllevado una reforma financiera en salud, transferencia de autoridad fiscal y política respecto a la planificación y prestación de servicios desde el Ministerio de Salud respectivo hacia instituciones alternativas. Estas Instituciones paralelas deberían haber mostrado mayor eficiencia e innovación en la prestación de los servicios con una mayor calidad, transparencia y responsabilidad en la prestación; ideales que aún no se han cumplido. Por lo anterior han surgido dudas acerca de la inestabilidad económica de ésta iniciativa, con una visual de profundización de las diferencias interregionales entre la riqueza, y la pobreza y con las consecuentes dificultades en las interfaces interinstitucionales respecto al flujo continuo de recursos financieros y la afectación subsiguiente de la calidad del servicio de salud. La llamada democratización y modernización neoliberal del Estado implementaba la descentralización (Fabio, 2008) institucional y territorial como una forma de promover la eficiencia, la competencia por medio de la transferencia de autoridad, funciones, recursos hacia instituciones autónomas de carácter privado, semipúblico o público. Ésta estrategia generó el tan reconocido y llamado espacio de decisión (Giaconi, 1994)”. En éste método de espacio de decisión, se reconoce que los gobiernos centrales y locales muestran objetivos diferente o parcialmente distintos derivados de variables modificatorias relacionadas con diferencias en el macroentorno y la eficiencia de los servicios. En Chile la implementación de la descentralización se inició hacia los años 80, estando completada en 1989. En Colombia el proceso tuvo comienzo en 1991 por mandato Constitucional al igual que en Chile; éste cambio estuvo acompañado de importantes reformas sobre el sistema de seguridad social, pero en Colombia se sintió aún más ,puesto que generó competitividad para recibir cotizaciones entre instituciones de seguridad públicas y privadas (EPS,IPS). El desenlace de ésta historia muestra que: Primero, en ambos países se otorgó una asignación de recursos

moderados a las municipalidades; por ejemplo en Chile se apreció una escasa disponibilidad del recurso humano en áreas más distantes. Por otro lado, en Colombia el rango inicial de asignación de recursos, establecido inicialmente por la ley 60 se vio restringido por la posterior ley 100. Así entonces, las municipalidades con mayores recursos asignaban mayores fondos per cápita para la salud que las municipalidades menos poderosas. De acuerdo con esto, se aprecia que el modelo no ha logrado ser igualitario; al contrario, estableció más diferencias en un derecho fundamental, como es la salud entre poblaciones ricas y pobres.

Revisando los indicadores de Calidad y eficiencia es importante recalcar que Chile, Colombia y a su vez Bolivia han sido innovadores en experimentos descentralizados en el sector salud latinoamericano. Pero observando éstos indicadores de eficiencia y calidad ante los cambios, la descentralización no ha mostrado ventaja determinante respecto a los anteriores esquemas de prestación de servicios de salud en éstos países. (BID, 1998).

A pesar de que la implementación de un modelo en salud es una estrategia que no funcionaría sin médicos éticos y comprometidos con sus pacientes; es indudable que el foco de la atención en salud, es el paciente y su familia, por encima de cualquier otra consideración. Por más de que implementemos modelos chilenos, europeos, modelos de software sofisticados como CRM (Customer Relationship Management), el recurso humano académico, bien formado en principios y valores y además conforme con su estándar de vida, se convierte en el pilar fundamental motivador para aseguramiento de la calidad de atención en salud. Es por esto, que las estrategias de mercadeo en salud, deben ser bien entendidas y además dirigidas, contraladas y abaladas por médicos con los perfiles ya mencionados, para evitar que la salud caiga en manos de terceros mercaderes de la medicina y que olviden el derecho esencial a la vida por encima de cualquier beneficio económico.



## **Estrategias de mercadeo en Medicina**

A los médicos nos enseñaron, que la buena medicina no requeriría por su parte de estrategias de mercadeo entendidas como: publicaciones en revistas, programas pagos de televisión, tele ventas de productos en salud. Siempre nuestros profesores, nos prepararon para ofrecer una excelente atención a los pacientes, enmarcados en principios éticos, morales y humanitarios; no sabríamos establecer la línea o el límite entre la óptima atención y la aplicación de técnicas reconocidas en mercadeo como cambiar el nombre de paciente por cliente. Para nosotros, los pacientes no son exactamente un cliente; el paciente es un ser humano sagrado al que le debemos ofrecer lo mejor de nuestra preparación profesional y moral para lograr su recuperación. El buen médico y el óptimo servicio de salud, no necesita de ninguna manera de: actividades promocionales, ofertas, programas de promoción como consulta gratis si llamas en los siguientes diez minutos; los servicios de salud, deben por si solos poder asegurar excelente calidad de atención, a unos costos justos, proporcionando a su vez un recurso humano en salud motivado, como el factor principal crítico de éxito en el proceso.

La dos aéreas Medicina y mercadeo promulgan la aplicación de estrategias de segmentación, definición de nichos de mercado, mejoramiento de procesos integrales de atención en salud, aplicación de altos estándares de calidad y enfoque sobre el mejoramiento en eficacia en la atención. Lo anterior, se convierte en un objetivo común de las dos disciplinas, que en vez de contraponerse, deben trabajar al unísono para llegar a la excelencia en la oferta competitiva de los óptimos servicios de salud, con un objetivo esencial y único el paciente.

Para los profesionales de la salud, alejados de las ciencias administrativas, oír hablar de mercadeo tiene una directa correlación con ventas; esto no es así, en salud la idea es optimizar la calidad del servicio, realmente si esto se cumple los pacientes vendrán solos y con seguridad no se requerirán estrategias publicitarias, que a la luz de los criterios éticos aprendidos por los médicos, no son lo más ortodoxos. Entendiendo

esto, el mercadeo no puede ser: manipulador, inútil, falta de ética o poco profesional (Alzate, 1994). El mercadeo debe ser entonces una actitud mental, que aporta varias actividades que aplican para el sector salud; entre ellos encontramos la identificación de necesidades y deseos; la creación y producción de satisfacción, con la retroalimentación de un valor por el intercambio del servicio, asegurando la eficiencia y comunicación permanente con el paciente.

Por todo lo anterior, es que los objetivos de la ciencia Médica y el área de mercadeo, se convierten en comunes, puesto que en las características fundamentales del mercadeo se promueven estrategias importantes, para ofrecer un óptimo servicio.

Empezando por aplicar los principios del mercadeo, el hecho de satisfacer las necesidades humanas a través de productos o servicios, se pueden tomar las jerarquías descritas por Maslow como son: fisiológicas, de seguridad, sociales o de aceptación, de estimación y de autorrealización. La salud, es sin lugar a dudas una necesidad contextual que está inmersa en todas las escalas descritas por Maslow (Kotler P, 2003); es por esto que su cubrimiento y cuidado óptimo la convierten en un producto de primera necesidad.

Pero la problemática no solo queda en el cubrimiento de ésta necesidad ,sino también, en aplicar un segundo concepto de mercadeo: obtener la rentabilidad para quien ofrece el servicio, rentabilidad medida no sólo en dinero, sino en incrementos de expectativa de vida, mejoramiento en la fuerza laboral, disminución de discapacidad y aplicación de políticas efectivas de promoción y prevención.

Entonces formulemos la pregunta de oro en éste documento ¿Por qué es recomendable realizar actividades de mercadeo en salud?

El primer punto clave para entender y central la pregunta, es comprender que los servicios de salud son productos más intangibles que tangibles, lo que los hace más susceptibles a ser influenciados por la percepción de los pacientes; el segundo factor que afecta este producto o servicio es la responsabilidad médica, entendiendo que la medicina se basa en procesos, que no siempre garantizan el resultado satisfactorio. Existe igualmente ,otra variable a considerar que interviene en el desenlace como es la incertidumbre del cliente, referido esto como la opción o no de tomar el servicio en el caso específico, por ejemplo de la cirugía estética. ¿Es la cirugía estética una necesidad o un lujo?, se requieren en éste campo entonces campañas publicitarias para que el paciente

compre éste servicio estético?: la respuesta es no; con la seguridad que le ofrezca el equipo de salud al paciente, el voz a voz, la acreditación del equipo de salud y del centro en que se realiza el procedimiento, debe ser suficiente. Pero existe otra circunstancia que le proporciona un tinte especial al producto de salud: lo efímero del producto, si éste no presenta complicaciones o eventos adversos en su evolución, el servicio se presta y termina, no es perecedero ni se puede almacenar, solo en el baúl de los recuerdos positivos o negativos para el paciente y su familia.

Es por todo lo anteriormente expuesto, que el aseguramiento de la calidad en el servicio, se convierte en el factor común principal entre la ciencia Médica y el mercadeo; con la aplicación de la normatividad en calidad, se conjugan todos los aspectos de prestación de un servicio o producto óptimo, eficaz, eficiente y efectivo, aplicando la única estrategia de venta, que es ética: la excelente experiencia de servicio; ésta debe garantizar, que la presión del usuario sea satisfecha, recordando las limitantes inherentes de su comorbilidad y las otras establecidas por la Ley 100, ya referida en éste documento.

Siguiendo la conceptualización anterior, para analizar la pertinencia de la aplicación de la mezcla de mercadeo en salud se requiere un enfoque especial, aplicando el esquema de las cuatro A de Richers, que consta de: el análisis de la información y de los estudios e investigaciones de mercado (W.Zigmund, 2008), la adaptación de los servicios de acuerdo al análisis interno y de la competencia (disminuyendo tiempos de espera promedio) y por último con la auditoria para evaluación y control. (Cobra, 1991).

Así pues, los médicos y profesionales de la salud, deben realizar un trabajo articulado con los abogados interesados en el tema, para ofrecer una estructura legal que garantice a futuro un mejoramiento relevante en el sistema de salud, dando a conocer a los pacientes sus derechos y deberes. Por su parte el mercadeo, debe enamorar al personal de la salud, para que ofrezca un producto o servicio de óptima calidad. (Leebov, 1993)

## **Bibliografía**

- ABC Digital. (2 de mayo de 2011). *ABC Digital*. Recuperado el 6 de octubre de 2011, de [www.abc.compy](http://www.abc.compy)
- American Psychological Association. (25 de 10 de 2011). *APA Style*. Recuperado el 25 de 10 de 2011, de <http://www.apastyle.org/index.aspx>
- BID. (1998). *Descentralización en Colombia: Nuevos Desafíos*. Washington: RE-98-002.
- Cobra, M. (1991). *Marketing De Servicios*. Bogotá: McGrawHill.
- Fabio, S. (2008). *Descentralizacion En Colombia*. BOGOTA: INFORME BID.
- Instituto Nacional de Estadística. (2011). *Inebase*. Recuperado el 30 de 9 de 2011, de [www.inec.gov.co/jaxi/tabla.do?path=/t42/p10/10/&file=pcaxis&l=0](http://www.inec.gov.co/jaxi/tabla.do?path=/t42/p10/10/&file=pcaxis&l=0)
- J., G. A. (1994). Mercadeo de Servicios de Salud. *Revista CES Medicina*, Vol. 8 ,No.1.
- Juan, G. (23 de 06 de 1994). *El Sistema de Salud Chileno*. Recuperado el 8 de OCT de 2011, de [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/Salud\\_Publica/1\\_2.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/Salud_Publica/1_2.html)
- Kotler P, A. G. (2003). *Fundamentos de Marketing*. Mexico: Pearson.
- Leebov. (1993). *Manual De Administradores De Salud Para El Mejoramiento Continuo*. Bogotá, D.C: cgh.
- Ministerio de la Protección Social. (29 de diciembre de 1998). *Disaster info Desastres*. Recuperado el 6 de octubre de 2011, de [www.disaster-inf.net](http://www.disaster-inf.net)
- Ministerio de la Protección Social. (2002). *Desafíos Para los Recursos Humanos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogota: Ministerio de la Protección Social.
- Ministerio de la Protección Social. (15 de septiembre de 2011). *Ministerio de la Protección Social República de Colombia*. Recuperado el 5 de octubre de 2011, de [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)
- Mora, F. G. (2006). *Responsabilidad Etica Medica Disciplinaria*. BOGOTA: Universidad Libre.
- Paola, O. (2011). En Coma. *Dinero*, 152-154.
- Piñeros, N. (5 de Mayo de 2011). Sistema de Salud Colombiano. *Sistema de Salud Colombiano*. Cajica, Cundinamarca, Colombia.
- Reason, J. (2000). Human Error. *BMJ*, 320-769.

Secretaria Distrital de Salud. (2006). *Manual Unico de Habilitación*. Bogota, D.C.: Secretaria Distrital de Salud.

Sisben. (8 de oct de 2011). *Sisben*. Recuperado el 8 de oct de 2011, de <http://www.sisben.gov.co/>

Thomas, B. (06 de 2000). *Harvard School of Public Health*. Recuperado el 8 de Octubre de 2011, de [www.hsph.harvard.edu/ihsig/publications./pdf/lac/Decentralization-spa3.PDF](http://www.hsph.harvard.edu/ihsig/publications./pdf/lac/Decentralization-spa3.PDF)

W.Zigmund, B. B. (2008). *Investigación de Mercados*. México: Grupo art graph.