

# Marketing en la promoción y la profesionalización de la salud

Coordinadores

Nery Suárez Lugo

Heberto Romeo Priego Álvarez

Juan Antonio Córdova Hernández



**UAN**  
UNIVERSIDAD  
ANTONIO NARIÑO

UNIVERSIDAD  
DE LOS HEMISFERIOS



SABER Y SABER HACER



# **Marketing en la promoción y la profesionalización de la salud**



# Marketing en la promoción y la profesionalización de la salud

## Coordinadores

Nery Suárez Lugo

Heberto Romeo Priego Álvarez

Juan Antonio Córdova Hernández



Nery Suárez Lugo

Mercadotecnia, Innovación y tecnologías en Salud / Nery Suárez Lugo, Heberto Romeo Priego Álvarez, Juan Antonio Córdova Hernández, Coordinadores: Universidad Antonio Nariño, Fondo Editorial, 2019.

280 p: ilustraciones; 24 cms

ISBN 978-958-8687-92-6

Incluye referencias bibliográficas.

Sistema Nacional de Bibliotecas, Universidad Antonio Nariño - UAN

Marketing en la promoción y la profesionalización de la salud

© Universidad Antonio Nariño,

Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud y Universidad de los Hemisferios

Coordinadores: Nery Suárez Lugo, Heberto Romeo Priego Álvarez, Juan Antonio Córdova Hernández

ISBN impreso: 978-958-8687-92-6

ISBN online: 978-958-8687-93-3

Primera edición. Diciembre 2019

Bogotá, D.C. – Colombia

Directora Fondo Editorial: Lorena Ruiz Serna

Corrección de Estilo: Carlos Andrés Almeyda

Diseño y Diagramación: Héctor Suárez Castro

Impresión: Xpress Estudio Gráfico y Digital S.A.S.

Impreso en Colombia

Printed in Colombia

Hecho el depósito Legal según lo establecido por la ley.

Esta obra fue dictaminada mediante el sistema de pares ciegos, por un Comité Científico Internacional que contó con el apoyo de evaluadores de diferentes Instituciones y dependencias públicas, así como por el Consejo Editorial de las Universidades participantes. Las denominaciones empleadas y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de las universidades participantes, juicio alguno sobre la delimitación de fronteras o límites y la mención de empresas o productos de fabricantes en particular, estén o no patentados, no implica que las universidades participantes los apruebe o recomiende de preferencia a otros de naturaleza similar que no se mencionan. Aunque las universidades fomentan la reproducción y difusión parcial o total del material contenido, queda prohibida su reproducción total sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito del titular, en términos de la Ley Federal de Derechos de Autor. Su uso para fines no comerciales se autorizará de forma gratuita previa solicitud. La reproducción para la reventa u otros fines comerciales, incluidos fines educativos, podría estar sujeta a pago de derechos o tarifas.

# Contenido

Introducción	11
<b>Capítulo 1: Marketing social y promoción de la salud</b>	<b>13</b>
Marketing y promoción de la salud: evaluación de modelos teóricos y metodológicos aplicados a las políticas públicas en México <i>Janet García González</i>	15
Campaña de prevención y control de la enfermedad cardiovascular. Acciones realizadas y proyecciones -APAMES <i>Mireya A. de Moreno</i>	31
Conocimientos y actitudes hacia la donación de sangre para el diseño de una campaña de marketing social <i>Gloria Ángela Domínguez Aguirre, Viviana Cupil Rodríguez, Adriana Martínez Peralta, Érik Guzmán Chablé</i>	36
Campaña de promoción para una convivencia escolar con menos violencia <i>Aline Aleida del Carmen Campos Gómez, Catherine Sylvie Bracqbien Noygues, Angélica Patricia Hernández Hernández, Cynthia Gómez Gallardo</i>	43
Marketing social y acompañamiento psicológico como estrategia en el cambio de estilo de vida <i>Angélica Paz Valdez, Mariela Cristell Hernández Pérez</i>	51
Marketing social en la intervención reeducativa en pueblos fronterizos México-Guatemala ante el fenómeno de la migración <i>Angélica Paz Valdez, Mariela Cristell Hernández Pérez</i>	59

Arturito come emociones: el cuento como estrategia mercadológica para abordar la obesidad infantil	66
<i>Esther Raquel Pérez Decelis, Carla Estefanía Constantino Martínez, Carisa Zurita Aguilar, Gloria Ángela Domínguez Aguirre</i>	
Tras la sombra de la madre adolescente en Bogotá	73
<i>Bryan Sierra, Diana Vera, Claudia Liliana Sánchez Camargo</i>	
Desayunos escolares en educación primaria y la promoción de la alimentación saludable en México	80
<i>Juan Manuel Muñoz Cano, Crystell Guadalupe Guzmán Priego, Juan Antonio Córdova Hernández, David del Valle Laveaga</i>	
Marketing social en la prevención de las ITS/VIH/SIDA en Cuba	90
<i>María Regla Bolaños Gutiérrez</i>	
<b>Capítulo 2: Marketing en servicios de salud</b>	101
Marketing y calidad en servicios de salud	103
<i>Camilo Torres Serna</i>	
Experiencias en investigaciones de servicios de salud en México	108
<i>Clotilde Hernández Garnica y Armando Tomé González</i>	
Atención de enfermería y estrategias de marketing para mejorar servicios de salud	116
<i>Marina Caján Villanueva y Delia Catherine Escudero Caján</i>	
Estrategias en los Servicios de Trabajo Social	120
<i>Magalis Cortés de Zegarra</i>	
¿Es la violencia obstétrica una situación habitual en la atención de partos en la ciudad de Bogotá?	123
<i>Kelly J. Peña Granados, Jálil Rashid Forero, Claudia Sánchez-Camargo</i>	
Marketing para el posicionamiento de la psicoterapia en el centro de psicología aplicada en una universidad mexicana	131
<i>Cynthia del Carmen Gómez Gallardo, Alba Cerino Soberanes, Héctor Herrera Barragán, Claudia Guillen Caballero</i>	
6   Situación sociofamiliar cultural de las enfermeras cesantes y estrategias de mercadotecnia para mejorar su calidad de vida, ESSALUD, Lambayeque, Chiclayo, Perú. 2016	139
<i>Marina Caján Villanueva Caján y Delia Catherine Escudero</i>	

<b>Capítulo 3: Marketing en la formación de recursos humanos en salud</b>	145
Formación de recursos humanos en marketing y la profesionalización de la salud <i>Nery Suárez Lugo</i>	147
Marketing para equipos de salud <i>Xinia Alvarado Zeledón</i>	154
Marketing y formación de personal de salud en Colombia <i>Camilo Torres Serna</i>	160
La mercadotecnia social en los estudios de postgrado en la Universidad de Panamá <i>Malvina Díaz de Ceballos</i>	162
Marketing y formación de personal de salud. Experiencias en la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba <i>Nery Suárez Lugo</i>	171
Enfoque de marketing en la inserción al mercado laboral, de los egresados de la Licenciatura en Cirujano Dentista de una universidad pública en Tabasco <i>Crystell Guadalupe Guzmán, Guadalupe del Carmen Priego Baeza Flores Alejandro Jiménez Sastré, Elsy del Carmen Quevedo Tejero, Juan Antonio Córdova Hernández</i>	174
Adherencia a la <i>Guía de práctica clínica de hipertensión arterial</i> en una institución pública en la ciudad de Bogotá. <i>Bryan Sierra, Diana Vera, Claudia Liliana Sánchez Camargo</i>	181
Prevalencia y características del Síndrome de Burnout en estudiantes de Internado I y II, Facultad de Medicina de la Universidad Antonio Nariño, 2017 <i>Ximena García Ocampo, Claudia Liliana Sánchez Camargo</i>	189
<b>Capítulo 4: Marketing en Odontología</b>	195
Marketing en los servicios de odontología <i>Alejandra Salcedo Monsalve</i>	197



Terapia de los sentidos como estrategia profesionalizante para disminuir la ansiedad en una clínica odontopediátrica 208  
*Susana Sofía Arias Sánchez, Karina Esther Hernández Abreu, Xavier Moreno Enríquez, Rosa María Bulnes López, Clary Stephany García Luciano*

Fluorosis dental y su asociación con la caries dental en niños de 5 a 14 años de edad en las instituciones educativas pública en el departamento del Huila en el 2016 218  
*Juan Felipe Santanilla, Elvia Karina Grillo A., Claudia Lorena García R.*

Autoestima en los adolescentes con fluorosis dental que asisten a la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Neiva, 2015 225  
*Katherinne Gisseth Perdomo, Elvia Karina Grillo, Claudia Lorena García*

Estrategia social para el mejoramiento de la salud bucal en una población de infantes de México 231  
*Elina Ramírez Jácome, Jeannette Ramírez Mendoza, Sonia Martha López Villarreal, Juan Antonio Córdoba Hernández*

Coaching para el desarrollo de competencias profesionales y personales en el equipo de trabajo de organizaciones prestadoras de servicios en atención odontológica 236  
*Manuel Higinio Morales García, Jacqueline del R. Calderón Neira, Heberto Romeo Priego Álvarez*

## **Capítulo 5: Marketing aplicado a campos diversos de la salud** 245

Los siete pecados capitales del marketing médico 247  
*Juan D. Morelli*

El auge del marketing en los productos naturales como alternativa en salud bucodental 253  
*Sonia López Villarreal; Abelardo Chávez Montes; Jeannette Ramírez Mendoza; Rocío Castro Ríos; José Viveros Valdés; Laura Villarreal García; Osvelia Rodríguez Luis*

La invención de dispositivos como respuesta a las necesidades de salud: un área de oportunidad en marketing	260
<i>Laura Elena Villarreal García; Sonia Martha López Villarreal, Rosa Isela Sánchez Nájera, Akemi Nakagoshi Cepeda, Oselia Esmeralda Rodríguez Luis, Jeannette Mendoza Ramírez</i>	
Mercadotecnia social en la promoción del espacio laboral en salud ambiental	266
<i>Xinia Alvarado Zeledón</i>	
Estrategia de marketing digital para profesionales de la salud	272
<i>Juan Antonio Córdova Hernández, Juan Manuel Muñoz Cano, Crystell Guadalupe Guzmán Priego</i>	



# Introducción

La mercadotecnia es una actividad fundamental para la promoción de la salud, su razón de ser es la de facilitar los procesos de intercambio en la sociedad proporcionando bienes, servicios, ideas y propuestas. En concreto, promueve satisfactores a las necesidades, deseos y expectativas que en materia de salud tienen las personas, instituciones y organizaciones.

Como toda disciplina científica, el marketing sanitario exige una práctica profesional diferenciada basada en conocimientos especializados adquiridos a través de un proceso de capacitación teórico y práctico que requiere de vocación y mucha pasión en su quehacer.

Cuando se hace referencia a la profesionalización de la salud, se alude al desarrollo de competencias en las que las actividades de los trabajadores de la salud generan una cuota de valor significativa.

Con una profesión digna vinculada a la salud, el mercadólogo manifiesta una práctica social en la que debe persuadir a la sociedad hacia estilos de vida saludables, a la vez que promueve el empoderamiento individual y colectivo bajo un enfoque ético y social.

En este libro se presentan algunas acciones mercadológicas que en materia de promoción y profesionalización de la salud se han hecho con éxito en diversos contextos latinoamericanos y que pudieran ser reproducibles en situaciones similares.

**Dr. Heberto R. Priego Álvarez**

Presidente de la RIMS



# Capítulo 1

## Marketing social y promoción de la salud



# Marketing y promoción de la salud: evaluación de modelos teóricos y metodológicos aplicados a las políticas públicas en México

Janet García González

## Resumen

**Introducción:** El objetivo de la promoción de la salud es el cambio de hábitos saludables a partir de acciones y condiciones propicias para ello. En este sentido, el marketing en salud interviene en la modificación del comportamiento y en los procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida, por lo que se hace necesario un modelo de planificación que tome en cuenta el uso de un marco teórico-metodológico de la promoción y de la comunicación de la salud. En México, como parte de sus políticas públicas, nació la necesidad de generar un modelo que fuera "un marco de referencia para construir la plataforma organizacional, la infraestructura física y de personal": Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS), vigente hasta este momento, motivo por el cual es importante el análisis e identificación de las necesidades de actualización de este Modelo. El objetivo del trabajo es la evaluación de políticas públicas en salud de la promoción y marketing de la salud a nivel estatal, municipal y comunitario; a partir de: conceptualizar los objetivos de los modelos teóricos y metodológicos, así como los mecanismos de evaluación de los programas de salud pública; identificar los indicadores metodológicos de evidencia de promoción y comunicación de la salud.

**Metodología:** descriptiva documental, se analizaron 67 programas estratégicos de promoción de la salud, en las 32 entidades federativas de México.

---

\* Universidad Autónoma de Nuevo León, México.



**Resultados:** Sobre los procesos de promoción de la salud, las actividades de desarrollo organizacional (85.1%), seguido por el de actividades de desarrollo personal (41.8%), y finalmente aquellos de actividades de desarrollo político (44.8%). El 92.5% busca consolidar la promoción, el 68.7% está direccionado explícitamente a la protección de la salud, y el 53.7% hacia la prevención de las enfermedades. En conclusión, la evidencia de la promoción y marketing de la salud es un factor altamente determinante para identificar las líneas de acción que deben impulsarse o modificarse para influir en las determinantes de la salud pública.

**Palabras clave:** Evaluación, Programas, Promoción y Marketing de la Salud.

## Introducción

El constructo de la salud es un término que ha sufrido modificaciones en relación a sus indicadores a través del tiempo. Originalmente se relacionaba el concepto de salud con el de enfermedad, no obstante, el concepto de salud ha evolucionado para estar en consonancia con el pensamiento actual, relacionado sobre todo con la calidad de vida y el estado de bienestar del individuo (Guerrero y León, 2008). Para lograrlo, fue necesaria la intervención de organismos para la generación y aplicación de políticas saludables.

En México, la encargada de esta acción es la Secretaría de Salud, quien tiene a su cargo la Promoción de la Salud, que la promoción de la salud es un tema que cobra vigencia en la actualidad, en razón a que se constituye en una estrategia básica para la adquisición y el desarrollo de aptitudes o habilidades personales que conlleva a cambios de comportamiento relacionados con la salud y al fomento de estilos de vida saludables, así contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las personas que conforman una sociedad (Giraldo et al., 2010).

La Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud es la unidad encargada de establecer, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar las políticas y estrategias en materia de prevención y promoción de la salud, control de enfermedades, vigilancia epidemiológica, así como en materia de salud mental, accidentes y adicciones.

Sin embargo, para asegurar el cumplimiento de los objetivos de salud de estas estrategias que se han implementado, es necesario basarse en los modelos teóricos y metodológicos de la promoción de la salud. Esta es la finalidad del presente documento, que intenta recopilar el marco teórico en la materia, con la finalidad de conceptualizar los objetivos de los modelos, para así tener las bases para la generación del Inventario nacional de experiencias exitosas de promoción de la salud a nivel estatal, municipal y comunitario.

## **Modelos teóricos en promoción de la salud**

La promoción de la salud además de lo personal y lo conductual, tiene en cuenta como estrategia más global para su aplicación y difusión cinco componentes básicos interrelacionados entre sí, tales como: la construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos o ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y la reorientación de los servicios de salud (Osorio et al., 2010).

Investigaciones e intervenciones de prevención y promoción de salud, no son siempre eficaces para lograr sus objetivos y metas. Diversas variables responden a la eficacia de las acciones en pro de la salud, es relevante que muchas de estas iniciativas se formulen e implementen sin referencia a una teoría o un modelo (Cabrera et al., 2001).

En general, se considera que las teorías y modelos como inaplicables y poco útiles frente a los hechos cotidianos de su práctica profesional. Otra proporción se siente abrumada por la imposibilidad de abordar en extenso teorías y modelos para su aplicación en ejercicios de investigación o en acciones programáticas (Cabrera et al., 2001).

Hoy hay evidencia suficiente que indica que el uso de sólidas bases teóricas y de modelos conceptuales, técnicos u operativos es uno de los factores críticos por medio de los cuales se mejoran significativamente las probabilidades de éxito de las acciones en salud.

En prevención, educación y promoción de la salud, los avances en la formulación teórica que respaldan las investigaciones e intervenciones en la práctica, han ocurrido directa e indirectamente por la aplicación de teorías y modelos desarrollados en las más diversas disciplinas, áreas

del conocimiento y campos profesionales (Naidoo, 2009). Especialmente relevantes son los aportes teórico- conceptuales originados en las áreas comportamentales y psicosociales, lo que ha determinado la dominancia de los modelos de cognición social para estudiar e intervenir el cambio de comportamientos relacionados con la salud.

Aunque las teorías y modelos psicosociales son numerosos y dominantes en el estudio del cambio comportamental en salud, tienen muchos componentes o constructos complementarios o son versiones adaptadas del mismo concepto o variable explicativa del comportamiento (Glanz et al., 2008). Entre las propuestas teóricas más usadas para predecir cambios en los comportamientos en salud están la de creencias en salud, la teoría sociocognitiva, de acción razonada y comportamiento planeado, el trans-teórico de etapas de cambio y de locus de control en salud (Cabrera et al., 2001).

Más recientemente se han sido propuestos, usado y divulgado varios modelos multicausales y ecológicos, para explicar comportamientos relacionados con la salud. Sin embargo, se ha señalado la enorme dificultad de operación y aplicación en terreno de sus múltiples componentes, así como los costos y requerimientos en recursos de capacidad técnica, tiempo y personas para hacerlo (Nutbeam, 1998).

Teniendo en cuenta que la mayoría de causas prematuras de morbilidad y mortalidad son prevenibles y que muchas de ellas están relacionadas con el comportamiento y el estilo de vida de los individuos, uno de los principales requerimientos para un marco referencial viable en el área de la prevención y promoción de la salud es ayudar a explicar cómo, por ejemplo, las personas construyen o modifican sus decisiones y acciones individuales, grupales o en masa (Cabrera et al., 2000).

El comportamiento o las prácticas individuales o colectivas es producto de la interacción de múltiples factores y variables. Aspectos políticos, sociales, económicos y ambientales afectan el comportamiento de la gente, lo que indica por qué las prácticas que afectan la salud no son explicables en la perspectiva de una única teoría o modelo conceptual.

Las barreras para el uso de la teoría en la práctica la promoción y educación en salud se abordan mediante la exposición de las percepciones erróneas comunes de la naturaleza y la utilidad de la teoría. En primer lugar, la mística

de la teoría se aborda a través de una discusión de la teoría del desarrollo y las raíces de la teoría en la experiencia cotidiana. En segundo lugar, se proporciona una guía para los profesionales en la aplicación de la teoría a cada etapa del proceso de intervención. Un ejemplo de caso ilustra cómo la teoría puede guiar la práctica, así como los beneficios que se pueden obtener mediante la aplicación de la teoría del desarrollo de programas (Van Ryn, 1992).

El uso de una teoría o un modelo ayuda, por ejemplo, a entender mejor la naturaleza de las necesidades, motivaciones y prácticas de las personas así como características y dinámica del contexto en que ocurren (Cabrera et al., 1999). Un modelo es específicamente una formulación conceptual que incluye los elementos esenciales representativos de un aspecto de la realidad. Un buen modelo incorpora la esencia del constructo o variable de interés para lograr la representación simplificada de la realidad; simplicidad que debe aportar claridad para explicar, predecir e intervenir el mundo y la realidad (Tones y Tilford, 2001).

## **Modelos Metodológico en Promoción de la Salud**

En México, el Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS) representa la plataforma para el desarrollo de esta disciplina y su consolidación como uno de los tres pilares de la reforma estructural de la salud en México, conformando un marco de referencia para construir la plataforma organizacional, la infraestructura física y de personal que permiten entregar el servicio a la población en forma cercana, simple, rigurosa, atractiva y eficaz, así como apoyar las diferentes actividades de promoción de la salud que llevan a cabo diversos programas de acción (Secretaría de la Salud, 2007).

De acuerdo con la Secretaría de Salud, el servicio de promoción de la salud debe ser entregado de forma:

- Oportuna y con calidad en las diferentes etapas de la vida.
- Que la población sea coproductora individual y social de la salud.
- Que los lugares donde las personas viven, trabajan, juegan, aprenden y socializan favorezcan su salud y seguridad.
- Que los servicios de salud se orienten a proteger la salud de las personas y no solo a restaurarla.

- Que las instituciones sociales, privadas y gubernamentales generen políticas saludables.

Los objetivos del MOPS son:

- a. Ejercer una rectoría fortalecida en el área de promoción de la salud a fin de que esta cumpla a plenitud su función como eje impulsor e integrador de los programas de salud pública y como soporte del Sistema de Protección Social en Salud.
- b. Construir una plataforma organizacional y de infraestructura que permita entregar el servicio de promoción de la salud a la población y que impulse que los elementos de promoción de la salud incluidos en los programas de acción se ejecuten de forma cercana, simple, rigurosa, atractiva y eficaz.
- c. Orientar e integrar el quehacer institucional con base en un modelo operativo versátil que permita planear, organizar, sistematizar y operacionalizar las acciones de promoción de la salud en los diferentes niveles, y que le ayude a cumplir su función transversal en los Programas de Salud Pública.
- d. Reposicionar la promoción de la salud a nivel nacional, toda vez que esta resulta un elemento esencial para la sustentabilidad del Sistema de Salud en general y del Sistema de Protección Social en Salud en particular.

El MOPS toma como fundamento las cinco funciones básicas de la promoción de la salud:

1. Desarrollar aptitudes personales para la salud
2. Desarrollar entornos saludables
3. Reforzar la acción comunitaria
4. Reorientar los servicios de salud
5. Impulsar políticas públicas saludables.

20

Los componentes del modelo son dos:

**Componentes sustantivos:** manejo de riesgos, desarrollo de capacidad y competencias en salud, participación social para la acción comunitaria, desarrollo de entornos saludables.

**Tabla 1.** Modelos teóricos y metodológicos en promoción de la salud

Modelos teóricos	Mecanismos de evaluación	Modelos metodológicos
Modelo de creencia en salud	Evidencias de efectividad en promoción de la salud	Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS), México
Teoría social cognitiva	Evaluación de estilos de vida	"Buenas prácticas"
Teoría de la acción razonada y comportamiento planeado	Evaluación de ambiente físico saludable	OPS/OMS
Teoría de etapas de cambio de comportamiento	Evaluación de servicios de salud	UNESCO
Teoría de locus de control en salud	Evaluación de políticas públicas	Modelo PRECEDE-PROCEDE
	Evaluación de entornos sociales saludables	Modelo Ecuador de Buenas prácticas para la promoción de la salud a nivel local
	Evaluación de productos obtenidos	
	Indicadores de factores de éxito	

Fuente: Elaboración propia.

**Componentes transversales:** abogacía intra e intersectorial, mercadotecnia social en salud y evidencias para la salud (Secretaría de la Salud, 2007).

A pesar de estar descritos los objetivos y cualidades que debe perseguir el MOPS, es necesario crear una herramienta práctica y eficiente para la generación, aplicación y evaluación del MOPS a partir del desarrollo de cada indicador de este modelo.

## Mercadotecnia social en salud

"El marketing social es una estrategia para el cambio de la conducta y combina los mejores elementos de los enfoques tradicionales de cambio social en un marco integrado de planeación y acción, al tiempo que utiliza avances en la tecnología de las comunicaciones y técnicas de comercialización" (Kotler, 1992).

El marketing social puede ser una herramienta eficaz para lograr objetivos de salud pública (Pirani, 2005); con frecuencia este es un proceso viable, pero parece que hay bastante confusión respecto a lo que es, lo que razonablemente se puede esperar por hacer, y cómo ha de hacerse (Brad et al., 2003).

Ante ello, la promoción de la salud tiene cabida en este quehacer del marketing, ya que se basa en la interpretación social y cultural de la salud y la enfermedad, y cuyo objetivo es capacitar a la gente para la adquisición de mayor control sobre su salud a través de la acción intersectorial (González, 2013).

Los elementos clave del marketing social son:

- Primero, su condición de extensión del marketing, es decir, el marketing aplicado al diseño de campañas sociales.
- Su carácter de proceso social, lo que infiere en que, en el momento de diseñar una campaña social, se deben analizar las necesidades y motivaciones de los diferentes públicos que intervienen en la campaña. Se requiere además que las ideas o causas sean justas y beneficien a la sociedad.
- En tercer lugar, hay que resaltar que su objetivo es el estudio de la relación de intercambio donde el producto es una idea o causa social

Una herramienta de indicadores de mercadotecnia para promoción en salud, con los elementos adecuado del MOPS se presenta en la Tabla 2.

## Evaluación de Modelos

Resulta necesario para la promoción de la salud la recolección de evidencias a través de evaluaciones frecuentes para disponer de información sobre la efectividad, impacto y casos exitosos de las estrategias de promoción que se han seguido. Existen distintos tipos de evaluaciones y cada diagnóstico debe de aplicarse a los casos específicos de las necesidades de la promoción.

22

La evaluación en esta materia incluye criterios y elementos de planificación, así como la relación entre los distintos actores involucrados; diversos autores han validado ya el diagnóstico de la promoción de la salud y han generado modelos y guías de la evaluación de esta y sus elementos.

**Tabla 2.** Proceso del mercadeo social

Énfasis	Dimensión
Causa social	El problema: epidemiológico, económico, político (enfermedad, población afectada, causa y efectos)
Segmentación del mercado	Detección de necesidades, actitudes, prácticas Grupos de influencia
Canales de comunicación	Vías de comunicación y distribución a través de las cuales se intercambian influencias y respuestas y se transmiten hacia adelante y hacia atrás, entre los agentes de cambio y los adoptantes objetivo
Estrategia de cambio	Planeación del proyecto
Conducta de salud	Tradiciones, religión, estructura social, lugar físico = motivan o no conductas saludables
Ambiente personal, social, ambiente profesional de la salud	Normas, protocolos, programas preventivos, proyectos locales, infraestructura adecuada, status social y otros elementos = inhibidores, o motivadores para promover el cuidado de la salud
Análisis	Variables epidemiológicas: ¿Qué, Quién, Cuándo, Dónde, Cómo? Consecuencias: Factores emocionales Factores sociales Costos Enfermedades
Producto (adaptación)	Detalle de enfermedad, hábitos de prácticas saludables, disponibilidad, efectividad en el tiempo, conducta deseada
Precio (adaptación)	Costo de la enfermedad (políticas de curación)
Plaza	Focos de infección, localización de la enfermedad o la causa
Promoción	Tipos y diseño del mensaje
Auditoría	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores para control a la ejecución</li> <li>• Indicadores de efectividad del plan</li> <li>• Disminución de enfermos</li> <li>• Disminución de enfermedades</li> <li>• Estadísticas</li> </ul>
Evaluación	Proceso
	Impacto
	Resultados

Fuente: Elaboración propia.



La compilación de los modelos metodológicos y mecanismos de evaluación que se consideran de mayor relevancia para generar las bases que apuntarán hacia la sistematización de la evaluación de los programas de promoción de la salud que sea aplicable y práctica para generar un inventario nacional de experiencias exitosas de promoción de la salud a nivel estatal, municipal y comunitario.

## Metodología

La investigación es tipo descriptiva documental.

**Análisis y evaluación:** se realizó un proceso de análisis de indicadores de los modelos metodológicos de evidencia de promoción de la salud; esto es, una vez establecidos los marcos teóricos y conceptuales de la promoción de la salud, considerando sus enfoques y procesos; así como la revisión bibliográfica de los modelos teóricos y metodológicos en promoción de la salud, con énfasis en las directrices establecidas por los organismos regulatorios a nivel internacional. Segundo, se estableció las variables y categorías de análisis que permitieron sistematizar la evaluación de los programas de salud en México, para así conformar una base de datos sólida, fiable e integral para el Inventario Nacional de Experiencias exitosas de Promoción de la Salud. Es decir, se generó un sistema de indicadores de promoción de la salud centrada en los modelos teórico-metodológicos. Y finalmente, una vez creado el sistema, se realizó una base de datos con 67 programas de promoción de la salud, provenientes de 32 Estados de la República Mexicana.

**Programas de Promoción de la Salud:** En el presente documento se hace el análisis de 67 programas que fueron entregados, de las Secretarías de Salud Estatales de las 32 entidades federativas, de las cuales:

- 11 Estados enviaron programas generales de promoción de la salud (Tabla 2).
- 14 enviaron programas específicos (Tabla 2).
- El Distrito Federal, Michoacán, Quintana Roo y Sonora no enviaron programas, ya que estos Estados no realizan programación específica, sino que lo hacen de acuerdo con las acciones de la Administración

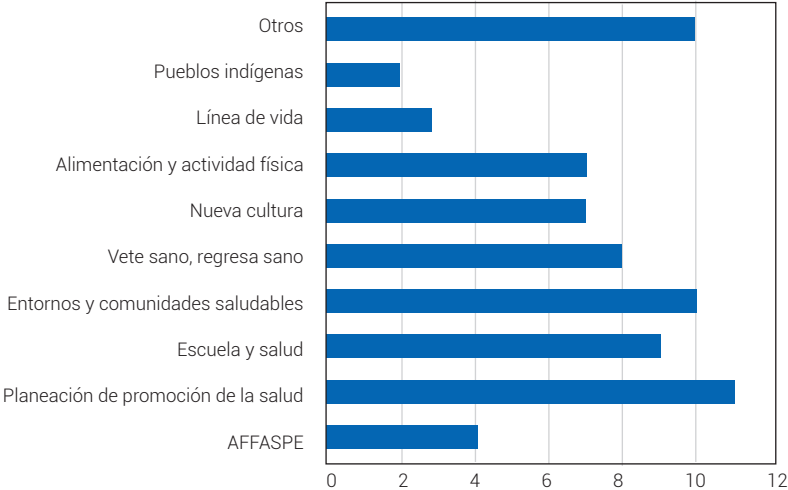
del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Administrativas (AFFASPE) .

- Baja California Norte solo entregó un calendario, por lo que no se puede evaluar bajo los criterios mínimos de ningún modelo.
- Coahuila entregó claves en su documento adjunto pero no entró en la evaluación.
- Nayarit envió el Plan de Desarrollo Estatal. No se puede evaluar bajo los criterios de promoción de la salud.

## Resultados

Once entidades entregaron los programas generales de promoción de la salud, y las demás entregaron programas específicos, siendo el de Entornos y comunidades saludables el que mayor número de Estados entregó 10; seguido por los programas de Escuela y salud con 9; Vete sano, regresa sano con 8; Alimentación y actividad física con 7; Nueva cultura con 7; Línea de vida con 3; y finalmente, Pueblos indígenas con 2. Los programas referentes a otras líneas específicas se clasificaron como "otros", y son en total 10, como se muestra en la Figura 1.

**Figura 1.** Programas y líneas de promoción.



## Indicadores de promoción de la salud

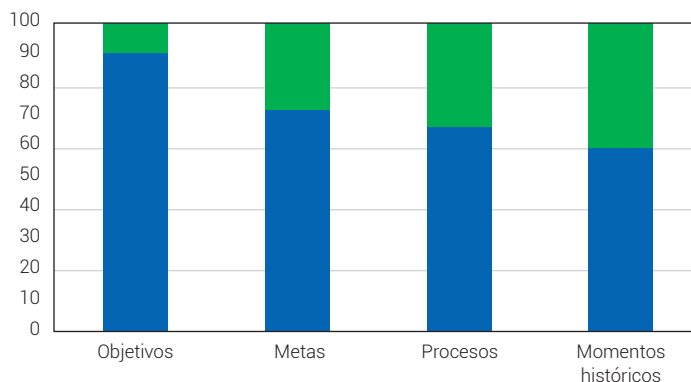
Una vez obtenidos todos los programas de promoción, se analizaron los elementos básicos que estos describían en sus protocolos, encontrando que el 91% de los programas recogidos presentaba objetivos, el 73% especificaba las metas, el 67.2% hablaba de los procesos de la promoción de la salud y el 59.7% se contextualizaba en su momento histórico (Figura 2).

Del mismo modo, se analizaron y se identificaron las nociones individuales de la promoción de la salud en los programas, encontrando que el 44.8% está dirigido a la responsabilidad individual, el 59.7% a estilos de vida, un 41.8% hacia la forma de vivir, el 34.3% encaminado a información masiva sobre factores de riesgo; y el rubro al que más se enfocaban los programas es la educación para la salud (autocuidado), con un 67.2%, tal como se presenta en la Tabla y Figura 3.

**Tabla 3.** Elementos básicos de la promoción de la salud en los programas

Objetivos	61
Metas	49
Procesos	45
Momentos históricos	40

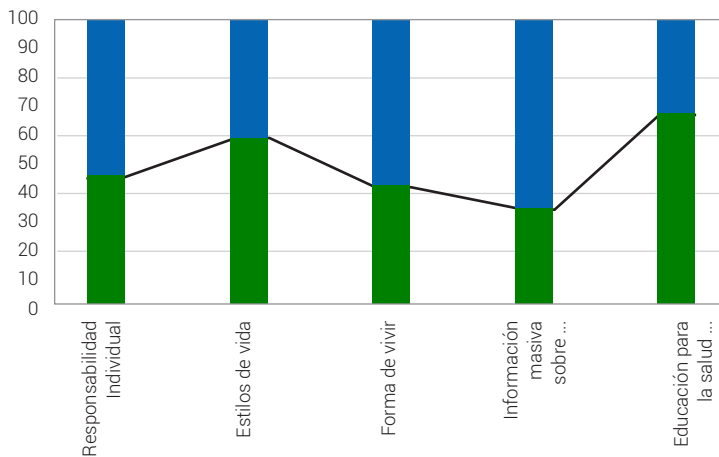
**Figura 2.** Elementos básicos de la promoción de la salud en los programas



**Tabla 4.** Nociones individualistas

Responsabilidad individual	30
Estilos de vida	40
Forma de vivir	28
Información masiva sobre factores de riesgo	23
Educación para la salud (autocuidado)	45

**Figura 3.** Nociones básicas en los programas.



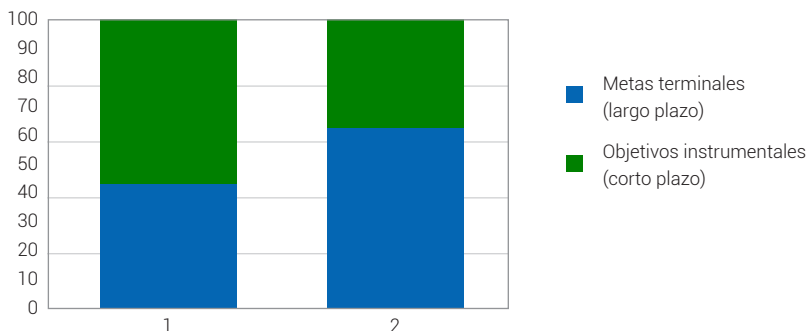
**Tabla 5.** Productos de los programas

Metas terminales (largo plazo)	41
Objetivos instrumentales (corto plazo)	52

Se identificó que el 61.2% de los programas en el inventario presenta metas terminales (largo plazo), y un 77.6% hace mención de sus objetivos instrumentales (corto plazo).

Sobre los procesos de la promoción de la salud, el que más se reitera en los productos es el relacionado con actividades de desarrollo organizacional (85.1%), seguido por el de actividades de desarrollo personal (41.8%), y finalmente aquellos de actividades de desarrollo político (44.8%).

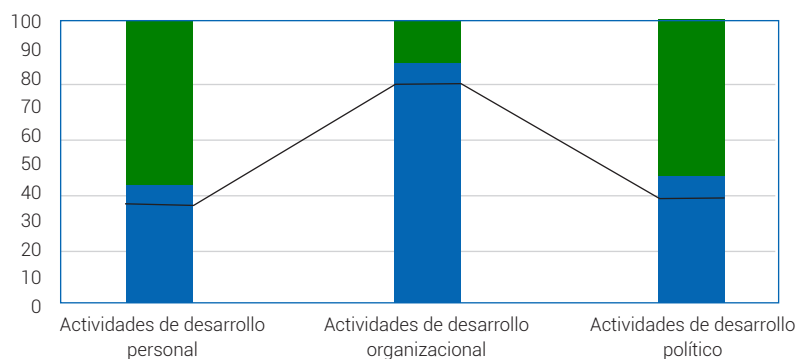
**Figura 4. Productos de los programas**



**Tabla 6. Procesos**

Actividades de desarrollo personal	28
Actividades de desarrollo organizacional	57
Actividades de desarrollo político	30

**Figura 5. Procesos de los programas**

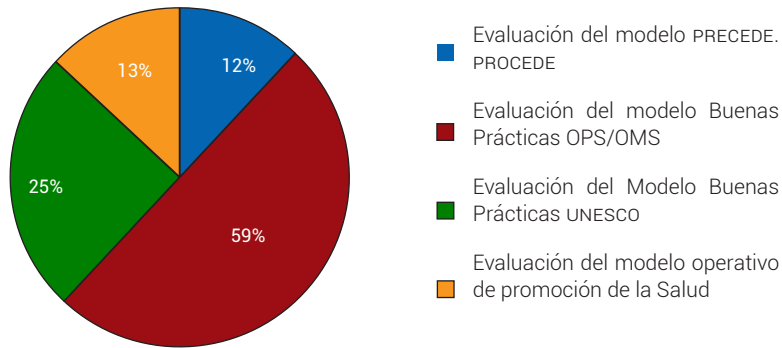


## Conclusiones

De acuerdo con los elementos encontrados en los planes de promoción de la salud, y de acuerdo con la fundamentación metodológica y teórica en la materia, a cada programa en específico se le sugiere evaluarse de acuerdo con los siguientes cuatro modelos:

El 48.4% de los programas debería ser evaluado por el modelo de Buenas Prácticas de la OPS/OMS; el 11.9% entra en el modelo de evaluación PRECEDE-PROCEDE, perteneciente a aquellos programas de escuela

Figura 6. Evaluaciones sugeridas



y salud; al 23.9% se le recomienda la evaluación del modelo de Buenas Prácticas UNESCO; y finalmente, al 11.9% se le recomienda una evaluación basada en el Modelo Operativo de Promoción de la Salud (Figura 6).

Aunque en general se presentan diversos programas de las secretarías estatales de salud, se hace necesaria la unificación de criterios respecto a las líneas de planificación de sus programas, ya que esto asegurará la generación de programas exitosos en lo local y, por consiguiente, una mejor promoción de la salud a nivel nacional, lo que impactará en los determinantes de salud pública, con lo cual se podrá posicionar a México como un caso ejemplar de Buena Práctica.

Se recomienda la replanificación estratégica uniforme de todos los planes entregados para este Inventario nacional de experiencias exitosas de promoción de la salud a nivel estatal, municipal y comunitario, para así poder aplicar la segunda etapa evaluativa a todos esos programas. Para esto se hace necesaria una serie de capacitaciones a nivel nacional con todas las Subsecretarías de Promoción de la Salud.

## Referencias

- Neiger, B. L., Thackeray, R., Barnes, M. D. & McKenzie, J. F. (2003) Positioning social marketing as a planning process for health education. *American Journal of Health Studies*. 18(2/3)
- Cabrera, G., Tascón, J. & Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), pp. 91-101.

- Giraldo Osorio, A., Toro Rosero, M., Macías Ladino, A., Valencia Garcés, C. A. & Palacio, R. S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), pp. 128-134.
- Glanz, K., Rimer, B. K. & Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education: theory research and practice*. New York: John Wiley & Sons.
- Gómez Arias, R. D. & González, E. R. (2004). Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 22(1), pp. 87-106. Recuperado de: [<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/711/615>].
- González, J.G. (2013). Políticas públicas binacionales: caso marketing social de salud en migración México y Estados Unidos Americanos [DOI: 10.3395/reciis]. v6i4. Sup1. 739es. *RECIIS*, 6(4).
- Guerrero, L. Y. & León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud Revisión histórica. *Fermentum*, 18(53), pp. 610-633.
- Kotler, P. & Roberto L.E. (1992). *Marketing Social, Estrategias para cambiar la conducta pública*. Ediciones Díaz de Santos.
- López-Arellano, O., Puentes, R.E. & López, M.S. (2010). *Concepto de salud pública*. Observatorio de la Salud Pública en México. Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion-progress, problems and solutions. *Health promotion international*, 13(1), pp. 27-44.
- OCDE (2011). Los retos de la salud en México (citado: 28/11/14). Recuperado de: [<http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/losretosdelasaludenmexico.html>].
- OPS/OMS (2013). Bases del Primer Concurso Iberoamericano de Buenas Prácticas en Promoción de Salud en el ámbito de las Universidades e Instituciones de Educación Superior. Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS) y la Universidad Católica del Norte (UCN).
- Osorio, A. G., Rosero, M. Y. T., Ladino, A. M. M., Garcés, C. A. V. & Rodríguez, S.P. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), pp. 128-143.

# Campaña de prevención y control de la enfermedad cardiovascular. Acciones realizadas y proyecciones -APAMES

Mireya A. de Moreno

## Resumen

La Asociación Panameña de Mercadotecnia en Salud (APAMES) como parte de la aplicación de la mercadotecnia social lanzó la campaña de prevención de enfermedad cardiovascular en el mes de septiembre 2014 con la finalidad de sensibilizar a la población sobre la importancia de la prevención de la enfermedad cardiovascular dado que es la causa más importante de morbi-mortalidad en hombres y mujeres en nuestro país. La campaña busca cambiar comportamientos y actitudes perjudiciales en nuestra sociedad, a través de la prevención de los factores de riesgo, pero utilizando las estrategias de la mercadotecnia social para lograr un mayor impacto.

Se hace un análisis de las actividades realizadas durante un período de dos años, las fases por las cuales ha transitado, las herramientas novedosas que se han realizado, el impacto del club del corazón, los canales de distribución que se han utilizado, las dificultades y las proyecciones que tiene la Asociación para continuar la campaña en los próximos dos años encaminada a la prevención primaria desde la infancia haciendo énfasis en la prevención de la obesidad infantil. Entre otras proyecciones de la asociación está el de firmar convenios con la Universidad de Panamá para facilitar acciones educativas en el tema de la campaña.

**Palabras clave:** prevención, Enfermedad cardiovascular, Estrategias de mercadotecnia social, indicadores.

---

\* Asociación Panameña de Mercadotecnia en Salud (APAMES).



## Introducción

Las enfermedades cardiovasculares, como la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebro vascular, se han convertido en la principal causa de muerte en todo el mundo y son responsables de un deterioro importante en la calidad de vida de las personas. Estas enfermedades no solo aumentan los costos de la salud pública sino que comprometen el engranaje productivo de cualquier país en crecimiento por la muerte prematura de personas en edades productivas debido a enfermedades que pudieron prevenirse tanto en hombres como en mujeres.

La APAMES, con el apoyo de otras organizaciones, inicia la primera campaña de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares en septiembre del 2014 destacando la importancia de las mismas y buscando cambiar comportamientos y actitudes perjudiciales en nuestra sociedad, pero utilizando las estrategias de la mercadotecnia social para lograr un mayor impacto.

## Objetivos

El objetivo principal de la campaña ha sido la sensibilización de la población sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular, haciendo énfasis en los factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable.

Objetivos específicos:

- Educar a la población sobre los hábitos de vida saludables y el control de los enfermedades cardiovasculares, tanto en personas sanas como en aquellas que ya padecen de enfermedad cardiovascular.
- Prevenir el desarrollo de enfermedad cardiovascular impulsando la práctica de hábitos saludables: ejercicio físico, alimentación saludable, no fumar y el consumo moderado de alcohol, es decir incidiendo en los factores de riesgo.
- Controlar las enfermedades cardiovasculares tratando de mejorar el apego al tratamiento y manteniendo un estilo de vida saludable.

## **Audiencia(s) meta: Audiencia primaria (Meta)**

Toda la población, desde la infancia hasta el adulto mayor, hombres y mujeres.

**Contexto:** Cobertura nacional con participación de sectores como el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, la OPS, la Sociedad Panameña de Pediatría y de Nutricionistas y algunas ONG como el Club de Leones de Panamá, COPACET, la Sociedad de Cardiología y la Fundación del Corazón.

**Descripción:** Desde que se inauguró la Campaña hasta ahora hemos realizado diferentes estrategias que han pasado por diferentes fases.

En la fase inicial, se han realizado convenios con aliados estratégicos como MINSA, Clubes de Leones. Se ha participado con el Club de Leones en la educación sobre el club del Corazón. Se trabajó en realizar los slogans y los símbolos de la campaña y se realizaron impresos y mensajes alusivos a la campaña de promoción. Los banners que se elaboraron fueron del Club del Corazón y de la Campaña de Prevención Cardiovascular.

En la fase de implementación se han realizado actividades educativas con diferentes entidades públicas y privadas (capacitación y simposios sobre Prevención de Enfermedad Cardiovascular) y hemos participado en actividades de Club del Corazón. Se ha participado en actividades del MINSA donde hemos sido reconocidos como una ONG que está trabajando para la prevención de Enfermedades Crónicas. A nivel del MIDES hemos sido reconocidos como una entidad de promoción y de bienestar social. Hemos participado con COPACET en sus acciones y reuniones para la prevención del tabaquismo.

La divulgación de mensajes se ha realizado a través del blog de APAMES y de las redes sociales, publicidad en periódicos y en revistas. Además en medios radiales y de televisión.

En el año 2016, conociendo que la enfermedad isquémica del corazón representa más del 30% de las muertes prematuras en mujeres, iniciamos la Campaña del Vestido Rojo sumándonos a la iniciativa internacional de sensibilización dedicada a la prevención, diagnóstico y control de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres. En Panamá fue realizada en el mes de febrero con el slogan "Vístete de rojo por tu corazón".

El objetivo principal de la campaña del vestido rojo fue la sensibilización de la mujer sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular haciendo énfasis en los factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables dándole herramientas para hacerse cargo de la salud de su corazón.

Se elaboraron infográficos de los factores de riesgo como hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, tabaquismo y obesidad con datos estadísticos de Panamá. Además se elaboraron trípticos, calcomanías, sweters. Se hicieron caminatas alusivas al tema y se dio información en actividades comunitarias con mujeres. Y se vistió de rojo durante las actividades como símbolo de la campaña.

En 2017 fueron elaboradas dentro del Plan Estratégico de APAMES, actividades educativas alusivas a la prevención de enfermedad cardiovascular como congresos, actividades puntuales en seminarios de atención primaria y se proyectó trabajar este año con la prevención de la obesidad infantil, ya que la verdadera y efectiva prevención de la enfermedad cardiovascular se encuentra en las edades tempranas de la vida, es decir, desde la infancia, por lo que la prevención de la obesidad desde esta época prevendrá los problemas crónicos del adulto.

En la Fase 3 se evaluarán las acciones realizadas durante estos 3 años para realizar ajustes a la campaña. Se realizarán revisiones periódicas a través de los indicadores de resultados diseñados para las metas de la campaña y actividades programadas.

**Sustento político/legal:** Las políticas públicas y de salud en nuestro país van encaminadas a la prevención de las enfermedades crónicas y constituyen una de las metas del plan estratégico de salud.

**Ejecutor(es): Institución responsable: APAMES**

**Resultados:** Como es una campaña de sensibilización de población sobre el problema que constituyen las enfermedades cardiovasculares y la necesidad de cambiar los estilos de vida saludable los resultados se verán a mediano y largo plazo. Colaboramos a nivel del sistema público y privado con todo lo relacionado con la prevención de enfermedad cardiovascular. Podemos medir las acciones puntuales que se hacen de promoción en las redes y las actividades educativas que se han realizado según lo

planificado. A mediano plazo disminuirémos la obesidad, hipertensión, el sedentarismo y cubriremos la mayoría de la población en riesgo. A largo plazo, esperamos disminuir la morbimortalidad por esta patología en forma sostenible a través de estrategias de mercadotecnia sanitaria social efectiva y creativa en el tiempo.

**Lecciones aprendidas:** En este período de tiempo de la campaña se ha encontrado que muchos sectores se interesan por el tema de la enfermedad cardiovascular, sin embargo, se han tenido limitantes en el financiamiento y el apoyo intersectorial. Se necesita un incremento en la gestión económica y mayor participación de asociaciones relacionadas, así como fortalecer la membresía de APAMES para facilitar las acciones educativas. Se hace necesario llegar de forma efectiva a la población para la obtención de resultados que puedan impactar en nuestra población y contribuir a disminuir la mortalidad por esta patología.

**Proyecciones:** Se continuará con las acciones de promoción y prevención de enfermedad cardiovascular en todos los grupos etarios, fortaleceremos el "Club de Corazón" en diferentes lugares, se realizará la "Campaña del vestido rojo" cada año y se lanzará la "Campaña de prevención de la obesidad infantil". La Asociación espera concretar el convenio con la Universidad de Panamá y actualizar los que ya tiene con otras asociaciones.

## Referencias

OMS (s.f.). Enfermedades cardiovasculares. Temas de salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [[www.who.int/topics/cardiovascular\\_diseases/es](http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es)].

OMS (2008). Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [[http://www.who.int/publications/list/PocketGL\\_spanish.pdf](http://www.who.int/publications/list/PocketGL_spanish.pdf)].

OMS (2017). Enfermedades Cardiovasculares. Disponible en: [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>].

Gobierno de España (2007). Campañas 2007, Prevención de Enfermedades Cardio y cerebrovasculares. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: [<https://www.mscbs.gob.es/campannas/campannas07/cardiovascular.htm>].

# Conocimientos y actitudes hacia la donación de sangre para el diseño de una campaña de marketing social

Gloria Ángela Domínguez Aguirre, Viviana Cupil Rodríguez,  
Adriana Martínez Peralta, Érik Guzmán Chablé.

## Resumen

**Introducción:** La donación de sangre debe ser voluntaria, sin fines de lucro, manejada por personal médico y estar libre de discriminación, pero conlleva desinformación y prejuicios. Regularmente se dona por motivos afectivos, si algún familiar lo necesita, pero difícilmente en campañas de donación. Hay pocos donadores regulares, lo cual requiere cierto nivel de conocimientos técnicos sobre el acto y sus implicaciones. El área de salud requiere personal con compromiso social, por ello conocer sus creencias y conocimientos permitirá diseñar una campaña de marketing en salud que promueva la hemodonación.

**Objetivos:** Conocer conocimientos y actitudes del estudiantado de salud sobre la hemodonación, que permita diseñar una campaña bajo la metodología del marketing en salud.

**Método:** Estudio descriptivo transversal de una muestra de 220 estudiantes de pregrado de salud, usando encuesta de 30 reactivos.

**Resultados:** 15.6% ha donado sangre, 2.5% ha donado regularmente, 87.4% dispuesto a donar, 70% donaría en unidad móvil. 82% conoce cuando es necesaria una transfusión. 58.9% identifica los requisitos, considerándolo un acto cívico (59.1%). 64.3% conoce las enfermedades que impiden donar, 65.4% sabe que peso y talla influyen. Impedimentos para donar: 28.6% opinan

---

\* Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.

que la menstruación, 42.2% tatuajes, 32.9% embarazo. Creencias: 15.3% contagiarse de alguna enfermedad, 46.7% donar sangre debilita; 43.5% la orientación sexual no es inconveniente, 44.3% considera que no contraería VIH. No donaría nunca: 7.3%; no donaría por temor al dolor: 3.2%; algún familiar ha requerido transfusión: 63.9%; en su familia existe una cultura de donación: 44.3%; lo ha requerido para sí: 8.6%; no puede donar por enfermedad: 15.7%; por factores religiosos 7.3%; solo donaría a familiares: 6%.

**Conclusiones:** Mediante el marketing en salud se puede abatir la desinformación hacia la donación de sangre, fortaleciendo la práctica así como el compromiso social de los estudiantes del área de la salud.

**Palabras clave:** Conocimiento, Actitudes, Marketing, Hemodonación, Campaña.

## Introducción

De forma simbólica, la sangre representa la vida y dado que es –hasta ahora– insustituible (Di Pascuale et al., 2008), su carencia por situaciones de enfermedad o accidentes, representa un importante reto en el sector salud, el cual ha sido atendido a través de la donación, sin embargo lo que se ha logrado es insuficiente, ya que la demanda es mayor que la oferta.

De acuerdo con Cardona-Arias (2011), la trasfusión de los componentes de la sangre es primordial en el tratamiento de gran variedad de situaciones médicas que no pueden efectuarse simultáneamente con otros procedimientos y en los que, de no mantenerse la hemodinamia, podrían surgir complicaciones mayores o la muerte. Como ejemplos se tienen urgencias por accidentes, violencia, cirugía mayor, complicaciones del embarazo y el parto, enfermedades crónicas y trastornos hematológicos, entre otros. A partir de esto se percibe que el uso de componentes sanguíneos es una necesidad diaria en la prestación de servicios de salud y su disponibilidad representa calidad de vida en muchas personas, para ello debe cuidarse que provenga de personas sanas, por tanto el principio general que rige el proceso busca garantizarla seguridad tanto del donador como del receptor.

Continúa Cardona-Arias aclarando que es competencia de los bancos de sangre brindar hemocomponentes seguros y suficientes, provenientes de

donantes cuidadosamente seleccionados, a partir de obtener la unidad de sangre, realizar los análisis inmunológicos, hematológicos y serológicos, almacenarlos y destinarlos al receptor.

Para Di Pascuale et al. (2008), la donación de sangre debe ser voluntaria, informada y sin fines de lucro; así mismo debe ser manejada por personal médico y el proceso debe estar libre de discriminación, sin embargo, este acto conlleva desinformación y prejuicios lo cual dificulta que se cumpla el criterio de voluntariedad; esto implica que la disponibilidad en los bancos de sangre depende de la donación que se realiza por motivos afectivos, es decir, si algún familiar o amistad lo necesita, pero difícilmente en campañas de donación. Hay pocos donadores regulares, lo cual requiere cierto nivel de conocimientos técnicos sobre el acto y sus implicaciones. El área de salud requiere personal con compromiso social, por ello conocer sus creencias y conocimientos permitirá diseñar una campaña de marketing en salud que promueva la hemodonación.

El tema de la donación de sangre ha sido estudiado reiteradamente, con intenciones de contar con un diagnóstico que ofrezca información para el diseño de campañas de marketing en salud que sensibilice a la gente hacia el acto de donar y con ello atender a las emergentes necesidades de contar con la sangre y sus componentes para paliar las problemáticas de salud.

Si bien las investigaciones apuntan a la necesidad de mayor difusión, hay estudios que presentan características particulares en determinadas poblaciones. A continuación analizaremos algunos estudios sobre el tema:

Cardona-Arias (2011) en Colombia, refiere que en la población con mayor nivel educativo es donde se encuentran más donadores, lo cual genera que en ellos se enfoquen las campañas para promover la donación altruista. Además refiere que a través de una certera campaña de información aproximadamente 90% de estudiantes con intención de donar podría convertirse en donantes voluntarios recurrentes.

Vásquez, Ibarra y Maldonado (2007) encontraron por su parte que las campañas promocionales para la donación de sangre, en una población universitaria de Chile, deberían centrarse en la difusión de información más específica sobre los requisitos, destacando especialmente lo referente al contagio por VIH y con una motivación especial para las mujeres.

En Colombia, Angarita et al. (2013) concluyeron que aunque se cuenta con actitudes positivas y deseo de donar sangre, esto no es suficiente para aumentar la donación voluntaria, sino que es necesario implementar estrategias de educación en salud que impacten en los factores que debilitan la donación altruista, como las ideas erróneas sobre la comercialización de la sangre, la desconfianza de la esterilidad del material empleado y reservar la sangre para realizar donación de reposición.

Alfonso et al. (2002) en Cuba, señalaron que todos los entrevistados tienen conocimientos generales sobre la transfusión de sangre y las enfermedades que pueden transmitirse a través de ella, en lo cual influye el alto nivel de escolarización existente en el país. También aluden a la necesidad de brindar más información, dado que hay información insuficiente en aspectos como la frecuencia con la que se puede donar y sus efectos sobre la salud.

## Objetivos

### Objetivo general

Diferenciar conocimientos y actitudes del estudiantado de salud sobre la hemodonación, que permitan diseñar una campaña bajo la metodología del marketing en salud.

### Objetivos específicos

1. Conocer la práctica hacia la hemodonación presente en los estudiantes.
2. Indagar sobre los conocimientos del estudiantado acerca de la donación de sangre.
3. Explorar las creencias respecto al acto de donar sangre.

## Método

Estudio descriptivo transversal de una muestra de 317 estudiantes de salud en nivel de pregrado, usando una encuesta de 30 reactivos.

**Diseño.** Se trata de un estudio exploratorio, cuantitativo y transversal donde se busca obtener información preliminar sobre el fenómeno de estudio.

**Participantes.** La muestra estuvo constituida por 317 estudiantes de la licenciatura en enfermería de una universidad pública del Estado de



Tabasco. El 81.4% son mujeres y 18.6% varones, con un promedio de 19.7 años de edad. 44.5% estudian primer ciclo, 32.2% tercer ciclo, 22.1% séptimo ciclo, 0.9% de quinto ciclo y 0.3% de noveno ciclo.

**Instrumento.** Se diseñó un cuestionario tipo Likert de 30 ítems para explorar tres aspectos:

- i. Contexto del estudiante, con 3 ítems
- ii. Cultura sobre la donación de sangre, con 7 ítems
- iii. Motivos que influyen en la donación de sangre, con 5 ítems
- iv. Conocimientos y creencias sobre la donación de sangre, con 15 ítems

El índice de confiabilidad se analizó con el Coeficiente Alfa de Conbrachy y fue de 811.

**Procedimiento.** Se invitó a participar de manera anónima y voluntaria a los estudiantes de enfermería y se les explicó el objetivo de la investigación. Una vez aplicado el cuestionario se procesó y analizó la información con el programa estadístico SPSS v. 20, utilizando estadística descriptiva paramétrica.

## Resultados

**Contexto del estudiante.** El 85% de los estudiantes menciona conocer su tipo de sangre, para el 63.9% algún familiar ha requerido sangre y solo el 8.8% ha requerido sangre para ellos en algún momento de su vida.

**Cultura de donación de sangre.** La donación de sangre no es una práctica extendida entre los estudiantes de la licenciatura en enfermería, ya que solo el 4.2% suele donar sangre con cierta frecuencia y el 17.5% ha donado sangre voluntariamente, de los cuales el 14.8% ha sido a algún familiar o amistad.

Solo el 17.5% de los estudiantes consideran que en su familia no existe la cultura de la donación de sangre.

El 87.7% estaría dispuesto a donar si se requieren y para ello acudiría a un centro hospitalario (85.25), pero solo el 69.8% donaría sangre si una unidad móvil acude su institución.

El 59.2% considera que la donación de sangre es un acto cívico.

**Motivos que influyen en la donación de sangre.** Dentro de los motivos que influyen en la donación de sangre se encuentra el contagio de enfermedades, aunque solo 13.3% considera que se puede contagiar, en particular con el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), un alto porcentaje (77%) confía en que el material usado en la extracción de sangre es estéril.

Dentro de los factores personales que los estudiantes consideran que les impiden donar el 61.2% menciona que su peso y talla, el 6.7% que su religión les impide donar o recibir sangre y el 15.7% tiene problemas de salud que le impiden donar.

En cuanto a los motivos por los cuales donaría sangre, el 80.1% lo haría en caso de una emergencia nacional, el 78.1% si no hubiera el tipo de sangre que posee y solo el 5.7% piensa que la donación de sangre la deben hacer solamente los familiares de los enfermos.

El 6.4% tiene la seguridad de que nunca donará sangre..

**Conocimientos y creencias sobre la donación de sangre.** El 61.9% de los estudiantes menciona que conoce los requisitos para donar sangre y el 68.5% conoce cuáles enfermedades impiden la donación. El 83.3% conoce cuando es necesaria una transfusión sanguínea.

El 36.9% de los alumnos considera que las personas que se han realizado algún tatuaje no pueden donar. Solo el 40.8% está de acuerdo en que la orientación sexual no es inconveniente para donar sangre.

De igual forma el 41.6% considera que donar sangre debilita, el 29.4% menciona que durante el periodo menstrual no se puede donar sangre; el 8% consideran que una mujer embarazada si puede donar, y el 4.1% que no se donaría sangre por el dolor que causa..

## **Diferencias entre grupos**

Se encontraron diferencias significativas entre los estudiantes de primer y tercer ciclo, entre mayor es el grado de estudios de los estudiantes, mayores el conocimiento sobre la donación de sangre y tienen menos creencias erróneas sobre la misma, así como una mayor disponibilidad a donar sangre.

De acuerdo al género se encontró que las estudiantes mujeres tienen una mayor disponibilidad a la donación de sangre. Por grupos de edad no se encontraron diferencias significativas.

## Conclusiones

Pese a que la enfermería como profesión del área de la salud amerita contar con conocimientos sobre la hemodonación, se encontraron datos que señalan la necesidad de reforzar la información tanto técnica como en creencias que sobre este procedimiento se tiene.

Los resultados de este diagnóstico permiten identificar los aspectos que deberían reforzarse a través de una campaña usando el marketing en salud, lo cual permitirá abatir la desinformación hacia la donación de sangre, fortaleciendo la práctica, lo cual simultáneamente representaría fortalecer el compromiso social de los estudiantes del área de la salud.

## Referencias

- Alfonso, M., Lam, R., Ballester, J., Cao, W., Ballester, L., Morales, C., Rubio, R., Pérez, L., Izquierdo, N., Díaz, B., Hemdvicksom, M., Cabrera, A., Pedroso, O., Ramos, J. & Garbey, A. (2002). Aspectos socioculturales relacionados con la donación de sangre en Cuba. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 18(3).
- Angarita, A., Moreno, J. & Cruz, H. (2013). Conocimientos y actitudes hacia la promoción de la donación de sangre en docentes del programa de fisioterapia. Universidad de Santander. *Archivos de Medicina*, 13(2), pp. 181-186.
- Cardona-Arias, J. (2011) Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la donación de sangre en estudiantes universitarios. *Medicina UPB*, 30 (2), pp. 121-131.
- Di Pascuale, S., Galíndez, M., Guevara, H. & Hernández, M. (2008). Disposición a la donación voluntaria de sangre en estudiantes de Ciencias de la Salud. *Salus*. 12 (3), pp. 6-9.
- Vásquez M., Ibarra P. & Maldonado M. (2007). Conocimientos y actitudes hacia la donación de sangre en una población universitaria de Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 22(5), pp. 323-328.

# Campaña de promoción para una convivencia escolar con menos violencia

Aline Aleida del Carmen Campos Gómez, Catherine Sylvie Bracqbien Noygues, Angélica Patricia Hernández Hernández, Cynthia Gómez Gallardo.

## Resumen

**Introducción:** La violencia escolar en la adolescencia ha aumentado en nuestro país y específicamente en el Estado de Tabasco. Los testigos de la violencia escolar constituyen el grupo más grande involucrados en el fenómeno de la violencia escolar. Se ha demostrado que juegan un papel clave en todo su desarrollo; y por otra parte, su experiencia de testigo puede tener diversos efectos psicológicos.

**Objetivo:** Nuestro objetivo es diseñar un logo como herramienta central de una campaña promocional para disminuir la violencia escolar entre los adolescentes de una escuela secundaria, identificados como nuestro mercado meta.

**Método:** El método empleado comprende dos fases. La primera tiene el propósito de identificar la presencia de la violencia dentro del ámbito escolar; la segunda, está enfocada a la realización de un proceso de visualización a través de un logo promocional para la convivencia sana. Así, también, trabajaremos con expresiones de lenguaje propositivo. La fase diagnóstica se realizó mediante un cuestionario de veinte preguntas estructuradas y ocho preguntas abiertas.

**Resultados:** Encontramos que la violencia escolar es un problema cotidiano en el centro educativo, pero que sobretodo en ocasiones alcanza niveles especialmente elevados.

---

\* Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.

**Conclusión:** En conclusión, considerando el grado de violencia escolar que se da, mayormente en el turno vespertino, es importante promover el marketing social como un medio eficaz para la disminución de la violencia escolar.

**Palabras clave:** Violencia escolar, Marketing social, Estudiantes, Valores, Convivencia sana.

## Introducción

La violencia escolar en la adolescencia ha aumentado en nuestro país y más específicamente en el Estado de Tabasco. Este fenómeno se ha estudiado ampliamente en los actores que ejercen esta violencia y aquellos que la reciben. Sin embargo, existe una tercera categoría de estudiantes, la más numerosa, constituida por los testigos o espectadores. Sus reacciones pueden ser variadas, como por ejemplo huir del lugar, detener la violencia, quedarse callados, etc. De todos modos, están involucrados de dos maneras: por una parte, se ha demostrado que juegan un papel clave en todo el desarrollo del fenómeno (pueden alentar o desalentarlo); y por otra, la experiencia de testigo inevitablemente tiene un efecto psicológico que puede manifestarse de diferentes maneras.

La violencia escolar es polifacética y su asociación con diferentes términos puede generar confusión. En el caso del presente estudio, nos referimos a los tipos de comportamientos agresivos cometidos por estudiantes en contra de estudiantes dentro o en las proximidades de la escuela y que impliquen algún grado de agresión y un daño. Esta definición resulta ser una combinación de elementos de las definiciones propuestas por Paredes, Lega y Vernon (2008, p. 299) y por Baeza y Sandoval (2011). Con estos últimos, agregamos que estos no se limitan al bullying (o acoso escolar); también se emplean en situaciones conflictivas o como parte de supuestos juegos, etc. Recordamos que, para Olweus (1993), el fenómeno del acoso escolar (también llamado intimidación, hostigamiento, matonaje o bravuconada), se refiere específicamente a maltrato físico o verbal sistemático por parte de uno o más alumnos hacia otro(s) que no logra(n) defenderse. En pocas palabras, Ortega (2001) la define como un maltrato entre iguales y señala que es construida por los alumnos quienes aprenden a reproducirla en el espacio educativo, desde el contexto social.

Esta clase de fenómenos ha ocurrido en todas las épocas, ahora parece haberse intensificado a partir de los mismos cambios generados en nuestra sociedad, como el desarrollo de la tecnología y los altos estándares de actividad laboral de padres y madres, el sistema globalizante del mismo entorno social. Por ello el compromiso de buscar medios alternativos para su prevención, ya que uno de los factores que siempre han hecho difícil su abordaje es la tendencia a evadir o restarle importancia al comportamiento y ámbito escolar conformado por alumnos y maestros.

Profesores, padres de familia, alumnos y profesionales de la salud mental se interesan en bajar esos índices de violencia escolar, para mejorar la convivencia escolar sana..

## Objetivos

- Diseñar un logo como herramienta de ayuda en una campaña promocional para disminuir el índice de violencia escolar entre los adolescentes de una escuela secundaria.
- Identificar las causas que motivan la conducta agresiva y violenta en los jóvenes de educación media, y las consecuencias que se derivan de dichos actos en las personas que son testigos de violencia.
- Determinar si los problemas de baja autoestima, personales en los jóvenes influyen en su participación como agresor o víctima en la violencia en el ámbito escolar y observar si este tipo de conducta se manifiesta en jóvenes testigos de violencia escolar.
- Explorar los factores sociales que llevan a los jóvenes a generar violencia en su entorno y examinar qué los lleva a evadir el proceso de abordaje.
- Orientar hacia la aplicación de mecanismos eficaces para la prevención de la violencia escolar, a través del fortalecimiento psicosocial basado el aprendizaje de valores sociales.

## Método

La metodología comprende dos fases. La primera es diagnóstica con el propósito de evaluar la presencia de la violencia dentro del ámbito escolar, así como la impresión que causa a sus testigos. Para esta fase se realizó un instrumento que consta de 20 reactivos.

La segunda fase, fue el diseño de un logo promocional de "Mandala", como signo de paz y solidaridad, alrededor del logo palabras propositivas, tales como empatía, solidaridad, amor, comunicación, confianza, unión, apoyo, salud, alegría, armonía, respeto y paz, estas se utilizaron con fines de sensibilización y compartir en los medios de comunicación socializando el logo y pueda llegar a todos los estudiantes y grupos sociales.

Nuestra hipótesis reside en confirmar si existe la violencia entre pares e implementar las estrategias de prevención necesarias. Una de ellas consiste en proponer el uso de un logo e iniciar una campaña promocional que involucre también a los estudiantes que sean testigos de violencia escolar y a profesores de la institución, con el fin de erradicar o disminuir el índice de violencia escolar dentro del ambiente educativo.

Nuestros sujetos fueron 61 alumnos(as) que cursan el segundo grado en el turno vespertino de la Escuela Secundaria Ignacio Manuel Altamirano ubicada en Calle 27 de febrero No.1826 Col. Centro de Villahermosa, Tabasco.

Las estrategias de prevención se basan en campañas de sensibilización a la comunidad estudiantil a través de talleres vivenciales que fortalezcan los valores y la reafirmación de la autoestima. En la parte del diseño, se presenta la campaña promocional de sensibilización mediante un logo que permita al alumno identificarse y ayudar a las víctimas de violencia escolar.

## Resultados

De acuerdo con los resultados obtenidos con el instrumento, se preguntó si han visto que algunos compañeros asignan sobrenombres, insultan o extienden rumores falsos sobre otros compañeros de clases. Se puede apreciar que un 56% de alumnos lo hace muchas veces, el 24% pocas veces y el 20% algunas veces. En el ítem número 6 se les pregunta si han presenciado que alguno de sus compañeros golpea para lastimar a otro fuera o cerca de la institución, sus respuesta muestran que el 45% lo han presenciado muchas veces, el 28% algunas veces y el 27% pocas veces. En otro ítem en el cual se pregunta si hay alumnos que amenazan a otros compañeros con navajas u otros objetos solo para intimidar, se aprecia que el 45% dijo que lo ha visto pocas veces, el 30% dijo que muchas veces

y el 25% manifestó que algunas veces, esto se debe a que sí existió un conflicto en el cual uno de los alumnos portaba una navaja y que la utilizó para asustar a sus compañeros, solo que lo hizo cuando ninguno de los profesores o adultos estuvo cerca. En los últimos 5 ítems, se contempla la violencia que se lleva a cabo mediante las nuevas tecnologías, en el cual las fotos, mensajes, videos y grabaciones provocadores son expuestos en las redes sociales. En este caso se percibe que el 46% de los alumnos algunas veces lo ha presenciado, el 40% pocas veces y el 14% muchas veces.

	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces
Ha visto que algunos compañeros asignan sobrenombres, insultan o extienden rumores falsos sobre otros compañeros de clases,	56%	20%	24%
Ha presenciado que alguno de sus compañeros golpea para lastimar a otro fuera o cerca de la institución	45%	28%	27%
Hay alumnos que amenazan a otros compañeros con navajas u otros objetos, solo para intimidar	30%	25%	45%
Ha sido testigo de que alumnos exponen fotos, mensajes, videos o grabaciones provocadores en las redes sociales	14%	46%	40%

También encontramos que los profesores están enterados de algunos incidentes violentos suscitados dentro y fuera de la escuela. Algunos han sido moderados por el director, y otros han sido llevados hasta un juez o a derechos humanos, ya que se han salido de control o se realizan en estos hechos acusaciones en que el mismo cuerpo docente se ha visto implicado. Por ello pretendemos que al implementar el logo e intervenir en esta clase de hechos, el grado de violencia disminuya en beneficio de esta y de otras instituciones educativas.

Dentro de las preguntas abiertas se pidió a los participantes describir alguna situación de violencia en que hayan estado presentes, y contar cuáles fueron sus emociones, pensamientos y actitudes en el momento en que veían este tipo de situación. Se presentan los resultados encontrados, así:



Preguntas	Repuestas positivas	Respuestas Negativas
Describe cuál ha sido la situación de violencia de mayor importancia que has visto entre alumnos de tu escuela	Darse golpes dentro del salón y la vez en que uno de sus compañeros, utilizo una navaja para intimidar a otro alumno.	
Cómo fue su sentir en el momento de ver la situación de violencia	Sentimientos de miedo, impotencia, enojo, querer ayudar al que le golpeaban y ansiedad.	Solo difundí que se estaban golpeando y me senté a mirar.
Cuál fue el pensamiento al ver tal situación de violencia.	Por qué lo hacen. Eso es malo, no debería pasar.	Que estaba buena la pelea.
Que fue lo que hizo cuando vio esa situación.	Nada, ya que no podían hacer algo porque el chico es agresivo. Avise al maestro.	Solo lo vi.
Pudo contárselo a alguien y él porque	Al maestro y a mis papás para que estén enterados.	Sí, yo difundí lo que estaba pasando.
Qué es lo que piensan respecto a las situaciones de violencia.	No son buenas y son absurdas porque no es correcto.	Que solo le meten miedo.
Han recibido pláticas sobre el tema de violencia escolar	Pocas veces.	No me interesa.

## Conclusiones

De acuerdo con los resultados encontrados, se aprecia que la mitad de los participantes han visto muchas veces que algunos de sus compañeros utilizan palabras ofensivas o sobrenombres para intimidar a otro compañero. Se percibe también que sí hay compañeros que golpean a otros solo por lastimarlo. Se encontró que sí hay alumnos que llevan armas blancas o punzo cortantes y que los utilizan cuando no los ven para agredir físicamente y generar miedo en otros compañeros. Se comprueba que no solo existe agresión entre pares, prevalece también la violencia cibernética ya que se han suscitado eventos en los cuales se involucra a los maestros por tales situaciones de ciber bullying. De acuerdo con

las emociones suscitadas en los participantes, estas fueron emociones positivas mientras solo uno de ellos reaccionó de manera negativa. Los alumnos participantes describieron dos situaciones recientes, en uno de ellas se utilizó una navaja para agredir e intimidar a otro compañero. De acuerdo con su testimonio, el maestro no se encontraba en el aula y se dieron tanto golpes como amenazas de retomar la pelea fuera de la institución a la hora de salida. Los sentimientos fueron de enojo, frustración al no poder ayudar e impotencia, incluso frente al adolescente que difundió lo que pasaba a otros compañeros y solo se acomodó para mirar el enfrentamiento. El pensamiento que tenían al momento de ver tal situación fue de: "estuvo mal que lo hicieran", "cuál fue la razón por la que se agredían" y "eso no debe pasar". Algún comentario justificaba el haber disfrutado de la pelea. ¿Cuáles fueron las acciones que realizaron al ver tal agresión?, no hicieron nada al respecto porque sentían miedo de que los lastimaran a ellos también. Se les pregunto si después de presenciar tales agresiones pudieron decírselo a alguien y sus respuestas fueron variadas: a un profesor, algunos a su papá o mamá, para que estén enterados. De acuerdo a su opinión respecto a las situaciones de violencia, mencionan que no son buenas, son absurdas y que no son correctas. En la última pregunta se les preguntó si habían recibido alguna plática sobre la detección del bullying o violencia escolar y dijeron que pocas veces se habían dado esta clase de hechos en la noche, pues dichas agresiones son más usuales en la jornada diurna.

Con respecto a lo anterior, se planteó realizar una campaña promocional que sea representada por un logo, el cual va a ser identificado y portado por los alumnos de esta institución, con ello se hace posible además el realizar visitas para impartir charlas y así poder reducir el nivel de violencia en la institución y con ello ayudar a los alumnos, maestros y padres. Se pretende que la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco genere vínculos a través de los estudiantes de octavo semestre de la Licenciatura en Psicología para adelantar servicios de apoyo en esta y otras instituciones para la prevención y el cese de la violencia escolar.

## Referencias

Baeza, J. & Sandoval, M. (2011). Los sentidos de la violencia escolar. *Magisterio*, (53). Recuperado de: [<http://www.seg.guanajuato.gob.mx/>]

Ceducativa/CDocumental/Doctos/2012/Junio/12062012/LosSentidosde laViolenciaEscolar.pdf].

Carrillo, M. y Seda, J. (2014). *Bullying: Responsabilidades y aspectos legales en la convivencia escolar*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Noveduc.

Lucio L. (2012). *Bullying en prepas: una mirada al fenómeno desde la axiología y la docencia*. México: Editorial Trillas.

Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Madrid: Ediciones Morata.

Ovejero A. Smith P. & Yubero S. (2013). *El acoso escolar y su prevención*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Ortega R. (2001). *Agresividad injustificada, bullying y violencia escolar*. Madrid: Alianza Editorial. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Recensiones55\_01.pdf].

Paredes, M., Lega, L. & Vernon, A. (2008). Estudio exploratorio sobre el fenómeno del bullying en la ciudad de Cali, Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 6(1), pp. 295-317. Recuperado de: [http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html].

Zysman M. (2014) *Bullying. Como prevenir e intervenir en situaciones de acoso escolar*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Logo como estrategia de intervención en la campaña promocional



# Marketing social y acompañamiento psicológico como estrategia en el cambio de estilo de vida

Angélica Paz Valdez, Mariela Cristell Hernández Pérez.

## Resumen

**Introducción:** La obesidad es multifactorial, sin embargo, la piedra angular que la antecede es la salud mental. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones, a pesar de dicho concepto acuñado por la OMS, el sobrepeso y la obesidad sólo ha sido abordada desde el bienestar físico y social, relegando la salud mental.

**Objetivo:** Generar un acompañamiento psicológico individual y grupal desde un aspecto preventivo, como de tratamiento, para los individuos con SPyO; priorizando lo emocional sobre la relación de las personas con la comida.

**Método:** Se propone el uso del acompañamiento psicológico en un plano individual y grupal, bajo un modelo cognitivo-conductual. El individuo constará de un autorregistro de actividades gratificantes, y de situaciones problemáticas, que permitirá reconocer lo que come y por qué. Esto, usando como estrategia la mercadotecnia social, basada en el manual Mercadotecnia social en salud (Secretaría de Salud, 2010). En este sentido, el "Producto Básico" será beneficio del comportamiento. "El Producto Deseado", el comportamiento específico promovido. Y el "Producto Aumentado": el acompañamiento psicológico, en el cual se centra el proyecto en cuestión.

---

\* Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.

**Resultados:** Generar conciencia en las personas con SPyO sobre las motivaciones y situaciones que les lleva a consumir alimentos altamente calóricos, lo cual permitiría un conocimiento de cómo se relaciona su estado emocional con sus hábitos alimenticios y su estilo de vida.

**Conclusiones:** El acompañamiento psicológico supone el trabajo con la obesidad desde la salud mental. El SPyO afecta la salud de los habitantes teniendo impacto en la dinámica familiar e imponiendo gastos de tratamiento y afectando la productividad. Así, los alcances de esta propuesta no se dan sólo en el sector salud, también redundan en lo económico y social.

**Palabras clave:** Obesidad, Sobrepeso, Acompañamiento psicológico, Salud mental.

## Introducción

La obesidad es un problema multifactorial y uno de los factores que le antecede es la salud mental. Una población no saludable avanza lentamente hacia el progreso social, por lo tanto, atender y promover la salud mental es una manera directa de enfrentar este problema.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Al tenor de dicho concepto acuñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sobrepeso y la obesidad sólo han sido abordados sin embargo desde el estado de bienestar físico y social, relegando la salud mental.

La OMS define al sobrepeso y la obesidad (en adelante SPyO) como una acumulación anormal o excesiva de grasa. Existe evidencia de que esta condición es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (IMCO, 2010).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), señala que siete de cada diez adultos mexicanos sufre SPyO. Entre 2000 y 2012, este problema aumentó 15.2%. A partir de los cinco años las tasas de prevalencia de la obesidad superan el 30% y se duplican en mayores de 20 años.

**Tabla 1.** Prevalencia de SPyO por grupo poblacional, 2012

Grupo poblacional	Prevalencia de sobrepeso y Obesidad
Niños (menores de 5 años)	9.7%
Niños en edad escolar (5-11 años)	34.4%
Adolescentes (12-19 años)	35.8%
Adultos (mayores de 20 años)	71.3%

La obesidad es producto de estilos de vida poco saludables en los que se combina una mala alimentación, generalmente rica en azúcares y/o grasas, con poca o nula actividad física. En parte, esta definición sugiere que un individuo tiene la responsabilidad sobre sus hábitos. No obstante, existen múltiples causas subyacentes que influyen en las decisiones de los individuos.

El tratamiento y la prevención de la obesidad se han venido enfocando en puntos como la alimentación y el estilo de vida poco saludable de los individuos con este padecimiento, aunque sin un enfoque en la salud mental. Para ello se propone que el sector de salud pública en conjunto con la salud mental, genere un acompañamiento psicológico desde un aspecto preventivo (en el caso de personas con sobrepeso) y de tratamiento (en personas con obesidad). Sin embargo, para promover el acompañamiento psicológico es necesario implementar la mercadotecnia social ya que se trata de una disciplina que busca promover y reforzar hábitos y estilos de vida saludables con un enfoque anticipatorio, novedoso y diferente (Latinovic, 2010).

Philip Kotler (2006) define a la mercadotecnia social como: "el uso de principios y técnicas de mercadotecnia para influenciar a la audiencia meta a aceptar, rechazar, modificar o abandonar algún comportamiento para el beneficio del individuo, del grupo o de la sociedad".

## Objetivo

Generar un acompañamiento psicológico individual y grupal desde un aspecto preventivo como en el tratamiento para los individuos con

sobrepeso y obesidad, priorizando los aspectos emocionales sobre la relación de las personas con la comida, utilizando la mercadotecnia social en salud para promover dicho cambio.

## Método

El acompañamiento psicológico tendrá un enfoque cognitivo-conductual caracterizado por:

- Ser breve
- Se centra en el presente, en el problema y en su solución
- Es de carácter preventivo ante futuras problemáticas
- Está basado en la cooperación entre el cliente y el psicoterapeuta
- Da importancia a las tareas de auto-ayuda a realizarse entre sesiones

El acompañamiento psicológico constará de las siguientes características:

- Incorporar en los hospitales no sólo las sesiones individuales del proceso psicológico, sino también grupos de apoyo conformados por personas con sobrepeso y obesidad.
- El acompañamiento psicológico implica contar con psicólogos competentes con un enfoque cognitivo conductual y en materia de psicología de la salud.
- Tratar la obesidad ayudará a reducir los sentimientos de depresión, aunque la pérdida de peso nunca tiene éxito si el individuo continúa agobiado por el estrés y otros sentimientos negativos. Para esto es necesario trabajar estas emociones y sentimientos con un psicólogo para resolver estos problemas antes de comenzar con un programa de pérdida de peso.
- El acompañamiento psicológico será bajo un modelo cognitivo-conductual.
- Dicho acompañamiento permitirá al individuo pensar sobre lo que come y por qué. Llevar un registro de sus hábitos alimenticios y escribir todo lo que consume, el momento del día y la cantidad de comida.
- Registro de los pensamientos que tuvo en ese momento. ¿Estaba triste o molesto por algo? ¿Acababa usted de tener una experiencia estresante y sentía la necesidad de comer "comida reconfortante"? Para esto el individuo llevará un autorregistro como se muestra en las tablas 2 y 3:

**Tabla 2.** Autorregistro de actividades gratificantes.

Fecha	Situación	Actividad	Grado de satisfacción (0-100)	Observaciones

**Tabla 3.** Autorregistro de situaciones problemáticas.

Fecha	Situación	Actividad	Grado de satisfacción (0-100)	Observaciones

- En un primer momento, se recomendará al psicólogo utilizar el inventario de ansiedad de Beck y la escala de desesperanza de Beck para hacer una evaluación general del individuo con sobrepeso y obesidad.
- El acompañamiento psicológico hará participe a las redes de apoyo del individuo (amigos y familia). Al involucrarlos, tendrá menos probabilidades de reincidir en los malos hábitos en salud.
- En caso de que pierda la disciplina, el acompañamiento psicológico ayudará a lidiar con los sentimientos de culpa o de fracaso que se puedan presentar. La evaluación de estos sentimientos es importante para crear consciencia en el individuo, esto siguiendo los propósitos del enfoque cognitivo-conductual.
- El acompañamiento psicológico para las personas que inicien con su cambio de estilo de vida, se establecerá en una sesión cada semana. Esto con la finalidad de formular un plan de acción para controlar los sentimientos incómodos que puedan surgir a causa del cambio de estilo de vida. Se proporcionará un formato de registro de actividades de autocuidado como se muestra en el siguiente cuadro:



Área	Actividad	Grado de satisfacción
Sueño y descanso		
Alimentación		
Ejercicio físico		
Recreación		
Espiritualidad		
Diferentes sistemas orgánicos		

Se propone establecer un registro o base de datos de los individuos que inicien con el acompañamiento psicológico tanto individual como grupal. Esta base de datos nos permitirá tener un control de los avances obtenidos con las sesiones.

- El psicólogo ayudará al individuo con sobrepeso a crear un plan de vida en tres aspectos: personal, social y laboral.

#### Plan de vida

PERSONAL ¿qué quiero?	LABORAL ¿qué necesito?	SOCIAL ¿qué tengo?

La mercadotecnia social se encargará, de promover el cambio a un estilo de vida saludable. Según Kotler (2002, p. 206), en la mercadotecnia social un producto es el comportamiento deseado y los beneficios asociados a éste, con servicios y productos que apoyen o faciliten este cambio.

El producto cuenta con tres niveles:

1. Producto básico: beneficio del comportamiento
2. Producto deseado: comportamiento específico promovido.
3. Producto aumentado: objetos tangibles y servicios asociados que agregan valor al producto,

Por lo tanto, la función de la mercadotecnia social sería la siguiente:

Marketing en la promoción y la profesionalización de la salud

Producto básico	Producto deseado	Producto aumentado
Promover un estilo de vida saludable en personas con sobrepeso y obesidad	Generar consciencia en las personas con sobrepeso y obesidad respecto a la relación de sus emociones, pensamientos y acciones con sus hábitos de alimenticios poco saludables.	Acompañamiento psicológico.

## Resultados

Los resultados que se esperan con la aplicación de lo antes propuesto, llevan a concluir que proporcionar a la persona con sobrepeso y obesidad de un medio por el cual logre entender las motivaciones y situaciones que lo llevan a consumir alimentos altamente calóricos permitiría en la persona un conocimiento de cómo se relaciona su estado emocional con sus hábitos alimenticios y su estilo de vida. Esta base de datos permitirá tener un control de los avances obtenidos con las sesiones. De igual forma, el psicólogo ayudará al individuo con sobrepeso y obesidad a crear un plan de vida en tres aspectos: personal, social y laboral.

Lo anterior, en conjunto, fomentará al mejoramiento de la calidad de vida de la persona y la construcción de un futuro saludable, con menor probabilidad de reincidencia en hábitos desfavorables.

## Conclusiones

La incorporación de un acompañamiento psicológico en la salud mental, y el trabajo en conjunto con la mercadotecnia social, generará beneficios en la salud de miles de mexicanos, ya que como menciona el Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. (IMCO), el sobrepeso y la obesidad son considerados factores determinantes en la disminución de la competitividad en el país. Por una parte afecta la salud de los habitantes, lo que tiene un impacto en la dinámica familiar pues impone costos elevados de tratamiento y afecta su productividad. Por el otro, al reducirse la productividad de los trabajadores las empresas se ven afectadas, además, la mayor

necesidad de tratamientos impone retos considerables para las finanzas gubernamentales (IMCO, 2010).

Con esto, los alcances de esta propuesta no se limitan sólo al sector salud, también afectan en lo económico y social.

## Referencias

- Barquera, J. (2004). Nutrition Transition in Mexico and in other Latin American Countries. *Nutrition Reviews* 62 (7), pp. 149-157.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M.E. & Lozano, R. (2005). Prevalence and diagnosis of depression in México. *Salud Publica Mex*; 47 Suppl 1, pp. S4-S11.
- Gobierno Federal (2013). *The nutrition transition and obesity: Food and Agricultural Order of the United Nations*. Sobrepeso y obesidad. México: Gobierno del Distrito Federal.
- ENSANUT (2009). *Documento técnico para la estimación del impacto financiero en la salud de la población mexicana derivado de la obesidad y el sobrepeso*. Secretaría de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud.
- IMCO (2010). *Kilos de más, pesos de menos: Los costos de la obesidad en México*. México: Instituto Mexicano para la Competitividad A.C.
- Pine, D.S., Goldstein, R.B., Wolk, S., Weissman, M.M. (2001). The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics*; 107(5), pp. 1049-1056.
- Secretaría de Salud (2010). *Manual de Mercadotecnia Social en Salud*, primera versión. México: Secretaría de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud.
- Kotler, P., Roberto, N., Lee, N. (2004). *Social Marketing: Improving the Quality of Life*. Washington: Sage Publications.

# Marketing social en la intervención reeducativa en pueblos fronterizos México-Guatemala ante el fenómeno de la migración

Angélica Paz Valdez, Mariela Cristell Hernández Pérez.

## Resumen

**Introducción:** "Desmitificando" es un proyecto que propone tratar diversas temáticas cuya desinformación propicia otros problemas en la población afectada. En este caso, tiene como objetivo trabajar la percepción social sobre la población inmigrante en las zonas de mayor concurrencia (frontera), específicamente pueblos fronterizos de Tenosique, Tabasco. Objetivo. Proporcionar a los pueblos fronterizos información y estrategias de abordaje de las situaciones que vulneran la integridad de quienes inmigran.

**Método:** La intervención reeducativa del proyecto consta de los siguientes momentos: primero, recopilación de información que los pueblos poseen a nivel comunitario mediante una breve entrevista estructurada. Segundo, trabajó alrededor de la información errónea y prejuiciosa sobre la población inmigrante para, mediante estrategias pedagógicas y de la mercadotecnia social, realizar la respectiva retroalimentación en forma de talleres familiares y escolares, con el objetivo de proporcionar información acertada, estrategias de abordaje de diversas situaciones que vulneran la integridad de quienes inmigran y sensibilización sobre la tolerancia e importancia de la denuncia ante la violación de los derechos humanos universales.

---

\* Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.

**Resultados:** Los resultados esperados en el trabajo de intervención de "Desmitificando: Personas inmigrantes" son: conseguir una población mejor informada y sensibilizada sobre dicha temática, propiciar la creación de comunidad entre los residentes de pueblos fronterizos y la población en tránsito, así como elevar las denuncias (anónimas o no) a la transgresión de los derechos humanos y prevenir otras situaciones de este tipo.

**Conclusiones:** La desinformación y mal información sobre la población migrante, son factores que obstruyen la posibilidad de crear comunidad entre los habitantes y quienes van de paso. Es por ello que es vital trabajar sobre los prejuicios sociales que doblemente vulneran a la población que se encuentra en tránsito por territorio mexicano, y a su vez otorgar estrategias de convivencia y de respuesta ante vulneración de derechos a los residentes de pueblos fronterizos.

**Palabras clave:** Migración, Centro América, Prejuicio, Mercadotecnia social, Reeducación.

## Introducción

En México, tres Estados colindan con Guatemala, por los cuáles existe flujo migratorio de personas centroamericanas que ingresan al país con el objetivo de asentarse, o de transitar por el territorio mexicano hasta llegar a Estados Unidos de América. Si bien no existen cifras exactas del número de migrantes que ingresan, se estima que se encuentran más de 41,394 personas centroamericanas en México. Como muchas situaciones, quienes habitan las comunidades que se encuentran en la frontera sur de México, cuentan en su mayoría con información escasa y/o prejuiciosa sobre los inmigrantes, y los derechos humanos que les protegen sin importar su situación legal. Estos factores obstruyen la posibilidad de crear comunidad entre los habitantes y quienes van de paso, lo que contribuye a la vulnerabilidad de la población migrante que transita.

"Desmitificando" es un proyecto que propone proveer de la suficiente información alrededor de la población afectada con el ánimo de trabajar sobre la percepción social que se tiene de la población inmigrante en las zonas de mayor concurrencia (frontera), específicamente en los pueblos fronterizos de Tenosique, Tabasco.

## Objetivo general

Proporcionar a los pueblos fronterizos información y estrategias de abordaje de las situaciones que vulneran la integridad de quienes inmigran.

## Objetivos específicos

- Explorar la información que manejan los habitantes de los pueblos fronterizos sobre quienes inmigran.
- Realizar una intervención reeducativa sobre los prejuicios encontrados en la información recabada en el primer acercamiento.
- Promover información fundamentada sobre la inmigración, causas, efectos y derechos humanos, en calidad de talleres y pláticas grupales.
- Proporcionar estrategias de comunicación e interacción a las personas que residen en zonas fronterizas, basadas en el conocimiento de los derechos humanos.
- Sensibilizar en materia de denuncia sobre la vulneración de derechos humanos en las poblaciones fronterizas.

## Método

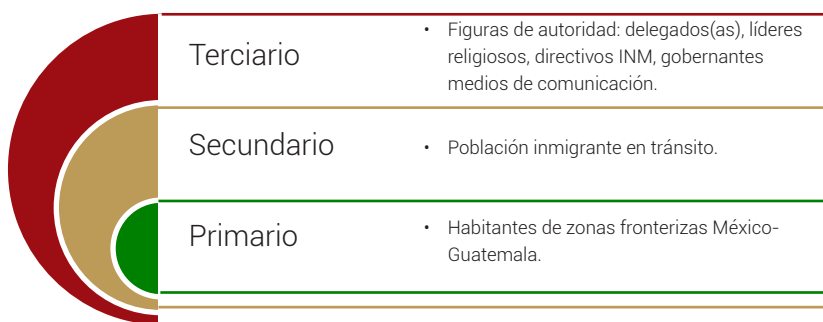
El método seleccionado es el de Investigación-acción, forma de indagación introspectiva colectiva que, según Stephen Kemmis, es emprendida por participantes en situaciones sociales particulares que tienen el objeto de mejorar la racionalidad y la justicia de sus prácticas sociales o educativas, así como su comprensión de esas prácticas y de las situaciones en que estas tienen lugar.

La elaboración y ejecución de esta edición de "Desmitificando", se realiza desde la mercadotecnia social aplicada a la salud:

- Análisis de la situación
- Identificación del público objetivo
- Comportamiento a cambiar
- Diseño de estrategias para el cambio
- Implementación del programa
- Monitoreo y evaluación

En este sentido, el *análisis de la situación* parte de indagar en la situación fronteriza, el flujo migratorio actual y la vulneración de derechos humanos en el tránsito migratorio por el territorio mexicano, así como en el análisis sobre el estado del arte del abordaje de la inmigración.

Para la identificación del público objetivo, se trabaja en tres categorías sobre la población a tratar en el proyecto: público primario, secundario y terciario.

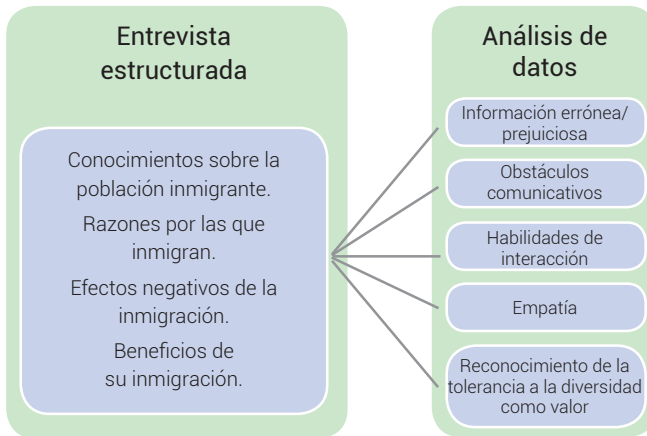


En cuanto al *comportamiento a cambiar*, será analizado en el primer paso de la intervención reeducativa mediante el empleo de aquellos datos extraídos de los conocimientos a nivel comunitario sobre la inmigración y los inmigrantes, así como de las acciones y experiencias referentes a esta temática.

La intervención reeducativa como *diseño de estrategia* para el cambio del proyecto consta puntualmente de tres momentos:

El primero consiste en el acceso al campo de trabajo mediante el previo acuerdo con las figuras de autoridad pertinentes, en este caso los delegados y delegadas de las colonias/rancherías fronterizas y los directivos de las instituciones educativas seleccionadas. Seguido de esto, se realiza una recopilación de información que poseen a nivel comunitario los pueblos; siendo una investigación de corte cualitativo, se optó como herramienta de recolección de datos la entrevista estructurada con cuatro puntos específicos que buscan recopilar información sobre:

- Conocimientos sobre la población inmigrante
- Razones por las que inmigran



- Efectos negativos de la inmigración
- Beneficios de su inmigración

En el *segundo paso*, se realiza un análisis de los datos obtenidos bajo una clasificación distinta a la de la entrevista estructurada inicial.

Tras clasificar la información obtenida en la entrevista estructurada en los rubros: Información errónea y/o prejuiciosa, obstáculos comunicativos, habilidades de interacción, empatía y reconocimiento de la tolerancia a la diversidad como valor, se realizará un análisis FODA (proceso de análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas).

Matriz de análisis FODA

Factores externos	Factores internos	Fortalezas F1 F2 F3	Debilidades D1 D2 D3
	Oportunidades O1 O2 O3	Potencialid	Riesgos
	Amenazas A1 A2 A3	Desafíos	Limitaciones

Fuente: Secretaría de Salud (2010).



Una vez desarrollado el análisis FODA, se distribuirá nuevamente lo obtenido para ser trabajado por medio de estrategias pedagógicas y de mercadotecnia social. Como parte de la implementación del proyecto en campo, se devolverá a la población entrevistada, un taller que responda a tres cuestionamientos.

### ¿Qué obstruye la interacción?

En dónde se manejará la información errónea y/o prejuiciosa, así como los obstáculos comunicativos.

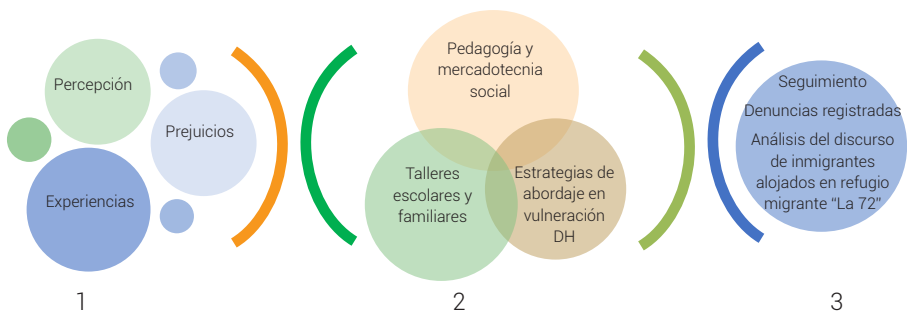
¿Qué facilita la interacción?

Aquí se retomarán las habilidades de interacción detectadas, el tema de la empatía y el reconocimiento de la tolerancia a la diversidad como una acción inclusiva.

### ¿Por qué esto nos conviene a todos?

En este momento del taller, se busca invitar a los asistentes a analizar sobre por qué (desde la postura en la que cada uno se encuentre) le conviene a cada uno; el conocimiento sobre datos reales de la inmigración y quiénes inmigran, la interacción con la población inmigrante y la no vulneración de derechos humanos.

Un *tercer* paso consta del *monitoreo* y *evaluación* del trabajo realizado por medio de la revisión de cifras de denuncias registradas, y el análisis de relatos obtenidos en las estancias temporales de personas inmigrantes centroamericanas en La 72, hogar-refugio para personas migrantes de Tenosique, Tabasco.



## Resultados

Los resultados esperados en el trabajo de intervención de "Desmitificando: Personas inmigrantes" se basan principalmente en el conseguir una población mejor informada alrededor del tema de la inmigración, y que esto a su vez logre propiciar la creación de comunidad entre los residentes de pueblos fronterizos y la población en tránsito.

Por otra parte, se busca promover la cultura de la denuncia (anónimas o no) a la transgresión de los derechos humanos, y en este mismo sentido prevenir otras situaciones relativas a la discriminación y la violencia.

## Conclusiones

La desinformación sobre la población migrante es un factor que obstruye la posibilidad de crear comunidad entre los habitantes y quienes van de paso. Es por ello que trabajar sobre los prejuicios sociales que doblemente vulneran a la población que se encuentra en tránsito por territorio mexicano, tiene una primordial importancia, así como otorgar estrategias de convivencia y de respuesta ante vulneración de derechos a los residentes de pueblos fronterizos.

## Referencias

- INEGI (2000). Censos y conteos de población y vivienda. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Kemmis, S. y McTaggart, R. (1988). *Cómo planificar la investigación-acción*. Barcelona: Editorial Laertes.
- Montiel Armas, I., Canales Cerón, A. I. & Vargas Becerra, P. N. (2010). *Migración y salud en zonas fronterizas: Guatemala y México*. México: Cepal.
- Secretaría de Salud (2010). *Manual Mercadotecnia Social en Salud*. México: Secretaría de Salud.

# Arturito come emociones: el cuento como estrategia mercadológica para abordar la obesidad infantil

Esther Raquel Pérez Decelis, Carla Estefanía Constantino Martínez,  
Carisa Zurita Aguilar, Gloria Ángela Domínguez Aguirre.

## Resumen

**Introducción:** Según la OMS (2015), México ocupa el primer lugar en obesidad infantil, problema de salud pública que para el día de hoy constituye una enfermedad de etiología multifactorial, de curso crónico y que involucra aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida (Vadillo et al., 2013). La responsabilidad de la alimentación infantil recae en los padres, sin embargo, también tiene una fuerte carga emocional. El estado de ánimo repercute en la forma de alimentarse y en los alimentos elegidos, de modo que la comida se convierte en el refugio más fácil y accesible. Así, los alimentos que ofrecen mejor consuelo son aquellos con elevado contenido en grasas, azúcar y sal, hábilmente promocionados por la mercadotecnia comercial. La nutrición emocional busca, mediante habilidades psicológicas, aprender a distinguir entre el hambre física y la que generada por ansiedad o apatía (Muñoz, 2012), lo cual representa un reto de la mercadotecnia en salud.

**Objetivos:** Sensibilizar a niños y niñas hacia la obesidad infantil desde la perspectiva emocional y otorgar a los padres de familia estrategias para abordar el tema.

**Método:** Estudio de revisión sobre la vinculación de emociones y obesidad, usando la metodología de la mercadotecnia en salud para desarrollar un cuento infantil.

---

\* Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.

**Resultados:** Se diseñó un libro de 18 páginas con dibujos de personajes infantiles y diálogos dirigidos a población infantil preescolar. Al calce de cada hoja se incluye información técnica para abordar el tema en la familia.

**Conclusiones:** En la atención de la obesidad infantil, el abordaje emocional es tan importante como el nutricional, la mercadotecnia en salud favorece ambos elementos. Este cuento intenta propiciar la sensibilización hacia las emociones.

**Palabras clave:** Obesidad infantil, Sensibilización, Crianza, Mercadotecnia en salud, Emociones.

## Introducción

México ocupa el primer lugar (OMS, 2015) en obesidad infantil en el mundo. Esto ha obligado a mirar esta problemática desde una óptica integral, determinando que se trata de una enfermedad de etiología multifactorial, de curso crónico, en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida (Vadillo, et al., 2013). Indudablemente, la responsabilidad de la alimentación infantil recae en las figuras de crianza, es decir, madre y padre. Sin embargo, también tiene una fuerte carga emocional, dado que el estado de ánimo repercute en la forma de alimentarse, de modo que la comida se convierte en el refugio más fácil y accesible. Así, los alimentos que ofrecen mejor consuelo son aquellos con elevado contenido en grasas, azúcar y sal, hábilmente promocionados por la mercadotecnia comercial.

Algunas de las estrategias de marketing dirigido a niños incluyen los tamaños más grandes de porción y comer fuera de casa, lo cual restringe la posibilidad de controlar la composición y la calidad de los alimentos. Doval (2008) indica que desde 1994 las compañías introdujeron 600 productos nuevos para niños, en su mayoría bombones, gomas de mascar, bocaditos salados y sólo un cuarto son alimentos más sanos, como alimentos para bebé, productos panificados y agua en botella.

La época actual, con la tecnología como potente herramienta, ha permitido una difusión masiva del marketing como estimulador de consumo de alimentos poco nutritivos pero altamente rentables, a los que se les ha llamado comida chatarra y con cuyo nombre se han popularizado. Al ser los menores una población que está directamente conectada con la publicidad

en los diferentes medios de comunicación, resultan ser los más afectados ya que no saben distinguir los alimentos nutritivos de los alimentos chatarra ni que lo que muestra un aviso comercial no es la verdad. Esto, de acuerdo con Doval (2006), se ha intensificado en las últimas tres décadas, dado que las grandes compañías internacionales de alimentos se han apoyado en el marketing para crear un fuerte mercado de comidas dirigido especialmente a niñas y niños.

En consecuencia a este estilo de vida perjudicial para salud, surge la propuesta de dar un uso más responsable, saludable y ético a las estrategias de mercadotecnia, mediante la implementación de la nutrición emocional, la cual busca, mediante habilidades psicológicas, aprender a distinguir entre hambre física y aquella generada por ansiedad o apatía, lo cual representa un reto de la mercadotecnia en salud.

López y Martínez (2002) aluden a que el acto de comer es utilizado como sinónimo de tener hambre; sin embargo, se dispone de suficiente evidencia experimental que sugiere que la relación hambre-comer es de tipo multicausal, lo cual permite reconocer la presencia de variables tanto fisiológicas como ambientales que afectan la correspondencia entre hambre y comer. Por su parte, Bersch (2006) señala que la comida es empleada como un objeto transicional desde las primeras etapas del desarrollo, especialmente en el mundo occidental: se recurre a ella para atenuar el malestar emocional de cualquier origen, convirtiéndose tanto en premio como en castigo. Cuando el sobrepeso aparece en la niñez algunas personas no logran introyectar en su desarrollo el control sobre la alimentación que ejercen los padres, redundando en el uso de la comida para anestesiar más que para alimentar. Una característica de muchos obesos es la dificultad para identificar y expresar las propias emociones, lo cual hace que recurran a comer en exceso como una estrategia maladaptativa para manejarlas. Por ello el abordaje de la obesidad debe incluir como estrategia la psiconutrición, que es la distinción entre el hambre física y el hambre emocional. Añade que la acción de comer genera, generalmente, una sensación de bienestar, no obstante, el estar contento o triste puede influir en el tipo de alimento que se elige en ese momento buscando alivio o refugio en la comida.

A pesar de que la obesidad infantil ha sido abordada desde diversas perspectivas, esto no ha sido suficiente, dado que aunque en las escuelas

existen instructores de deportes que promueven la actividad física y se han emitido leyes que regulan la venta de comida no saludable en las escuelas, la problemática sigue existiendo, lo cual sugiere que la responsabilidad no recae solamente en los padres, dado que estos, a su vez, pueden ser clientes cautivos de los anuncios publicitarios y carecer de la información adecuada para propiciar una educación nutricional saludable. Vadillo et al., (2013) resaltan que la obesidad y sus efectos en la salud constituyen un problema de salud pública, por lo cual resulta urgente el desarrollo y aplicación de medidas de intervención que prevengan o contrarresten los efectos de esta patología en los infantes y adolescentes. Estos autores señalan que se deben diseñar y ensayar todas las formas de prevención que permitan contener el carácter epidémico del problema, sin embargo, no queda manifiesta la importancia del abordaje emocional, que podría fortalecer la prevención y el tratamiento. A las estrategias existentes puede beneficiarles el diseño y difusión de materiales didácticos que evidencien el vínculo entre emoción-alimentación y que permitan abordar el tema de la obesidad desde la mirada psicológica, involucrando a los padres y madres en la identificación de carencias emocionales y dándoles elementos para fortalecerlas.

La perspectiva a abordar trata de ver más allá de los aspectos físicos y enfocarse en los emocionales, que permita la incorporación posterior de una estrategia complementaria de psicología de las emociones y la actividad física en los niños y niñas, partiendo de abordar el tema de las emociones, su expresión y sus efectos en la salud física.

## **Objetivo**

### **Objetivo general**

Ofrecer un material didáctico que permita sensibilizar a niños y niñas hacia la obesidad infantil desde la perspectiva emocional y otorgar a los padres de familia estrategias para abordar el tema.

### **Objetivos específicos**

Elaborar un cuento didáctico que aborde el tema de la ingesta de alimentos y las emociones a través del marketing en salud. Favorecer el diálogo e interacción entre infantes y tutores respecto a las emociones presentes en el acto de comer a través del cuento.

## Método

Se elaboró un estudio de revisión sobre la vinculación de emociones y obesidad, usando la metodología de la mercadotecnia en salud para desarrollar un cuento infantil con la finalidad de mostrar la relación de las emociones con la obesidad a niños y niñas y a padres de familia.

## Resultados

A partir de la revisión teórica, se diseñó un libro de 18 páginas con ilustraciones originales, plasmadas sobre hojas opalinas con fondos de acuarelas. Los personajes infantiles y diálogos se diseñaron para atender a la población infantil preescolar.

El cuento está conformado por:

**Personaje principal:** un niño con sobrepeso que disfraza sus emociones con la comida chatarra, el motivo principal de su hambre emocional es la muerte de su mascota Toby. Inicialmente el nombre es Arturito pero se ha analizado que esto puede llegar a causar cierta identificación negativa o positiva en niños que porten el mismo nombre, por lo que se han dado como alternativas los nombres de *Yayo* y *Mimelito*.

**Pedro, Ian y Luisito:** Compañeros de clase y amigos cercanos del personaje principal, que alientan a su amigo a comer golosinas, con la intención de hacerlo sentir mejor.

**Marianita:** Compañera de clases que se percata de las acciones del personaje con la comida, iniciando las bromas hacia él.

**Padre y madre:** Estos personajes se encuentran muy ocupados por las cuestiones laborales, lo que no les permite prestar suficiente atención a su hijo y los lleva a ignorar la situación por la que está atravesando solo.

**Profesora:** Autoridad que se percata de las acciones del personaje en la escuela y que busca soluciones para ayudar a enfrentar los problemas del protagonista.

70

El cuento se desarrolla en un escenario escolar, representando el contexto en el que muchos niños pasan como mínimo 6 horas al día, y donde suelen descuidar su alimentación a falta de la supervisión de sus padres y el fácil acceso a las golosinas y comida chatarra.

La portada se elaboró con letras y colores llamativos para la población infantil. El cuento incluye, al final de cada hoja, información técnica para facilitar a las personas adultas encargadas de la crianza tocar el tema de la obesidad. Se realizó una segunda presentación en digital, narrada con las voces de los autores y posteriormente modificada, esto mediante la adecuación de los tonos para que auditivamente fueran atractivos para la población.

Arturito come emociones se presentó en un foro académico, en el que fue evaluado por expertos con conocimientos en psicología, nutrición y marketing, con el ánimo de recibir de ellos sugerencias para una mayor efectividad.

## Conclusiones

Arturito come emociones es una alternativa para manejar la obesidad infantil, atendiendo a un elemento que a la fecha no ha sido integrado a las estrategias usadas: las emociones, lo cual permitirá reeducar a la población involucrada. Por esto, además de la historia dirigida a los niños, se han anexado notas para los padres, las cuales contarán como herramientas para que comprendan y expongan a los menores –con base en información real y probada–, el mensaje que se elaboró para explicar la otra parte de este problema, logrando que la nueva información sea asimilada y se integre en el archivo de conocimientos previos sobre obesidad infantil.

La evaluación de la que ha sido objeto este producto, permitirá atender algunas sugerencias para llegar al público final: la población infantil, quienes indicarán si la narración y el mensaje que se trata de enviar es funcional y ameno, por lo cual se pretende realizar un círculo de lectura y una conferencia a los padres para tomar en cuenta su opinión, que servirá para evaluar lo que saben del tema y si consideran factible leerlos en casa. Para lograr esto, se tomaría una pequeña muestra de padres e hijos en edad preescolar y escolar básica.

Esta obra pretende robustecer el abordaje hacia una gran problemática de salud, esperando que deje una nueva enseñanza respecto al abordaje de la obesidad infantil.



## Referencias

- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), pp. 537-546.
- Domínguez-Vásquez, P., Olivares, S. & Santos, J. L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos latinoamericanos de Nutrición*. 58(3), pp. 249-255.
- Doval, H. (2006). La epidemia de obesidad ¿resolución individual o social? *Revista Argentina de Cardiología*. 74(5).
- López, A. y Martínez, H. (2002) ¿Qué es el hambre? Una aproximación conceptual y una propuesta experimental. *Investigación en Salud*, 4(1).
- Vadillo, F. Ángel, J. González, T., Garibay, N. & García, J. (2013). *Obesidad infantil, en Obesidad en México, recomendaciones para una política de estado*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

# Tras la sombra de la madre adolescente en Bogotá

Bryan Sierra, Diana Vera, Claudia Liliana Sánchez Camargo.

## Resumen

**Introducción:** Se define el embarazo adolescente entre las mujeres que cursan por una etapa gestacional entre los 10 y 19 años de edad, problemática que cobra relevancia en Bogotá por el aumento de casos en las diferentes zonas de la ciudad. Actualmente se considera un problema de salud pública por la afectación que sufre tanto la joven madre como el hijo en sus determinantes sociales.

**Objetivo:** Este trabajo espera identificar las causas y consecuencias del embarazo en adolescentes en madres de la ciudad de Bogotá.

**Método:** Este proyecto es de tipo descriptivo de corte transversal, se utilizó la encuesta como técnica para identificar la motivación y posteriores consecuencias en las mujeres que han tenido un embarazo "a temprana edad". Se tienen en cuenta los aspectos bioéticos según normatividad vigente, se diseñó el consentimiento informado y se asegura la confidencialidad de la información suministrada por las participantes. Como variables de interés se incluyen, aspectos socio-económicos, nivel de escolaridad, la motivación para quedar en embarazo, conocimiento y uso de los métodos de planificación familiar, entre otros.

**Resultados:** El análisis de los resultados de este estudio piloto permiten encontrar similitudes con estudios realizados por la OMS, donde se encuentran como variables de interés: el grado de escolaridad, la situación económica, la información suministrada por la familia en cuanto a temas de sexualidad y el desconocimiento de métodos de planificación familiar.

---

\* Universidad Antonio Nariño, Colombia.

**Conclusiones:** Se evidencia en este estudio inicial que es necesario realizar campañas de para sensibilizar a padres y adolescentes sobre sus opciones de plan de vida y sobre los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva y para ello el marketing social puede ser la técnica de elección.

**Palabras clave:** Embarazo adolescente, Planificación familiar, Salud sexual y reproductiva, Salud pública, Marketing social

## Introducción

Se denomina embarazo adolescente al estado gestacional durante las edades entre los 10 y 19 años (edad denominada por la Organización Mundial de la Salud como adolescencia según el crecimiento biológico) (OMS, 2016; Quintero y Rojas, 2015).

Este suceso se ha considerado a lo largo del tiempo un problema de salud pública, donde muchas jóvenes se ven afectadas, las causas son variadas e incluyen en su mayoría desconocimiento sobre el tema de sexualidad segura, y temas de educación (León et al., 2008; Flórez, 2005; Salazar-Arango et al., 2008). Otro causante documentado puede ser la falta de accesibilidad a los servicios de salud (Luttges et al., 2016).

Estudios realizados en diferentes partes de mundo, revelan una mayor tasa de morbilidad y mortalidad en las adolescentes embarazadas menores de 19 años, con respecto a las mujeres entre 20 y 40 años de edad. Siendo más frecuentes los casos de abortos, las complicaciones como: preeclampsia, bajo peso al nacer, embarazos pretérmino, placenta previa, entre otros (Quintero y Rojas, 2015; Salazar-Arango et al., 2008; Pardo y Uriza, 1991; Worku et al., 2016).

Se considera que en Colombia las mujeres comienzan la vida sexual alrededor de los 13 años, donde el 76,6% refieren el uso de métodos anticonceptivos. Se han evidenciado casos en mujeres desde los 10 años, donde la mayor parte pertenecen a un estrato socio-económico bajo. El 33% se encuentra como madre soltera. Además se evidencia violencia intrafamiliar en aproximadamente el 12% (Flórez, 2005; SDMujer, 2015; MinSalud, 2015; Salazar-Arango et al., 2008).

Los departamentos con mayor incidencia son Amazonas con un 35%, Putumayo con un 32% y Vichada con un 31%. Para el año 2014 se estima

una población de adolescentes en Bogotá de 631.000, donde se ha ido incrementando el número de casos de embarazos en adolescentes, en esta ciudad se presenta una incidencia de 52 casos de embarazo por cada 1000 adolescentes (Castrillón et al., 2014; SDMujer, 2015; SDIS, 2014; MinSalud, 2015). Según estadísticas realizadas por el Ministerio de Salud, las localidades más afectadas son La Candelaria con 81,5, Ciudad Bolívar 80,5 y San Cristóbal 75,4 casos por cada 1000 adolescentes.

## Objetivo

El objetivo de este trabajo es identificar las causas y consecuencias del embarazo en adolescentes en madres que asisten a un hospital público en la ciudad de Bogotá.

## Método

Este proyecto es de tipo descriptivo de corte transversal, se utilizó la encuesta como técnica para identificar la motivación y posteriores consecuencias en las mujeres que han tenido un embarazo "a temprana edad". Se realizó la aplicación del respectivo consentimiento para la realización de la encuesta a cada mujer participante.

Para esta encuesta se tuvieron en cuenta diferentes factores: como es la edad, la religión a la que pertenecen, el estrato socio-económico, grado de escolaridad, además se realizaron preguntas como: el motivo de su embarazo (si es deseado, por falta de conocimiento, por influencia de la pareja, por políticas estatales, por fallos del método de planificación u otros), si ha recibido charlas de planificación familiar, ¿qué métodos de planificación conoce?, ¿cuáles ha utilizado? Finalmente, se interrogó sobre el impacto del embarazo en su vida.

## Resultados

El análisis de los resultados de este estudio piloto permite encontrar que el 61,1% de las mujeres embarazadas a temprana edad pertenecen a la religión católica, el 5,5% a la cristiana y el 33,3% no pertenecen a ninguna religión.

Se evidencia en este estudio piloto que el embarazo en adolescentes tiene una mayor incidencia en los estratos socio-económicos bajos, El 55,5% pertenecen al estrato 1, el 38,8% al 2 y el 5,5% al 3, estos hallazgos son semejantes a los de estudios previos en el país (SDMujer, 2015).

Respecto al grado de escolaridad, el 50% de las mujeres encuestadas refirió terminar ya su bachillerato, la otra mitad no termino o no ha terminado sus estudios básicos.

Se observó además, que la edad con mayor incidencia de embarazo adolescente fue los 17 años con un 33%, seguida de los 16 y 19 años con un 17%, y por último, 14, 15 y 18 años con un 11% (Figura 1).

Se encontraron 3 causas para el motivo de embarazo en la adolescencia: fallo del método de planificación familiar en un 40%, des estas el 13% reconoció falta de responsabilidad al momento de utilizarlo, como por ejemplo olvidar tomar las pastas anticonceptivas en el horario indicado, embarazo deseado (38,8%) y falta de conocimiento sobre métodos de planificación (16,6%)

El 77,8% de las madres adolescentes encuestadas refirieron haber participado en alguna charla de planificación familiar. Conociendo la existencia de los métodos en más de un 70%: condón, DIU, pastas anticonceptivas, inyección mensual y trimestral, Jadelle. Siendo los más utilizados: las pastas (29%) y las inyecciones (26%). El 9% no ha utilizado nunca ningún método anticonceptivo (Figura 2).

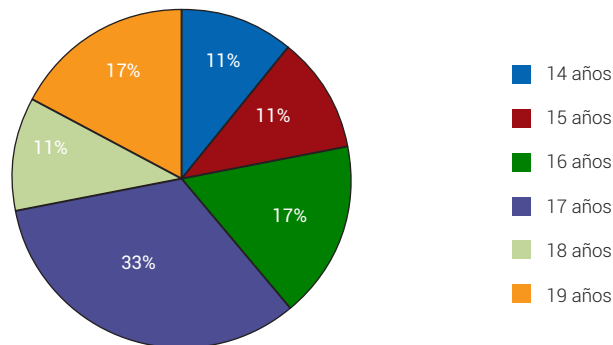
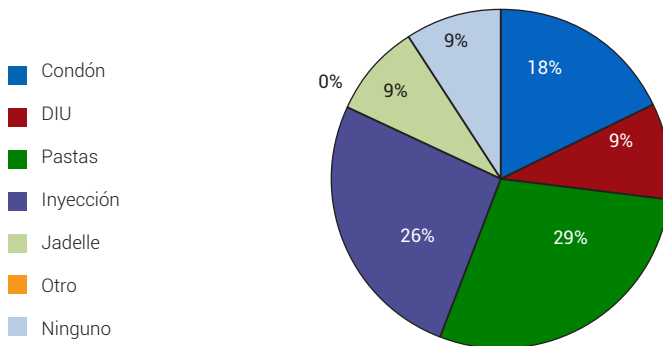
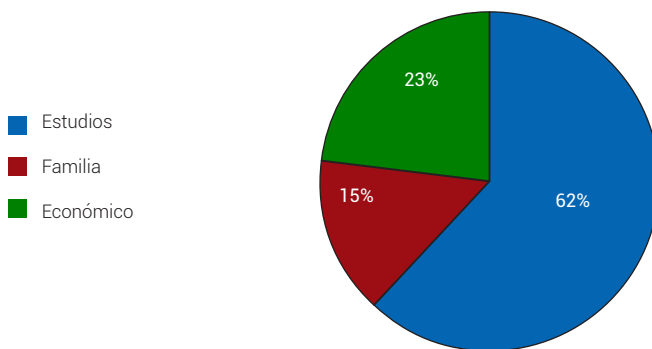


Figura 1. Edad de primer embarazo con mayor incidencia.



**Figura 2.** Métodos anticonceptivos más utilizados

La mitad de jóvenes (50%) aceptan una afección en algún(os) factor(es) de la vida, en el que se evidencia mayor afectación es en el estudio (educación) en un 62% de éstas, afección familiar en un 15% y económico 23% (Figura 3).



**Figura 3.** Factores afectados en las madres

Las mujeres entrevistadas consideran que para prevenir embarazos adolescentes en la actualidad se debe: discutir los temas de sexualidad con los padres (40,6%), realizar charlas de planificación familiar (31.2%), mejorar el acceso a los diferentes métodos de planificación (28.1%).

El embarazo adolescente es considerado un problema de salud pública en el país y específicamente en Bogotá, según los resultados encontrados esta problemática puede estar relacionada con la falta de dialogo entre padres e hijos, ya sea por temor, falta de educación sobre sexualidad

y sobre métodos de planificación familiar. Muchos adolescentes no se acercan a los diferentes centros de salud por temor a que no llegue a ser confidencial su consulta (León et al., 2008; Flórez, 2005; Salazar-Arango et al., 2008).

## Conclusiones

La problemática de embarazo adolescente en el hospital donde se realizaron las encuestas es evidente, luego de este estudio piloto, se evidencia que necesario realizar campañas para sensibilizar a padres y adolescentes sobre sus opciones de plan de vida y sobre los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva, para ello el marketing social puede ser la técnica de elección.

## Referencias

- Castrillón, N., González, P. & Maldonado, G. (2014). Bogotá ciudad de estadísticas. *Adolescentes en Bogotá: participación y derechos. Boletín* 62.
- Quintero Rondón, A. P. & Rojas Betancur, H. M. (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(44), pp. 222-237.
- León, P., Minassian, M., Borgoño, R. & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Rev. Ped. Elec.*[en línea], 5(1), pp. 42-52.
- Flórez, C. E. (2005). Factores socio-económicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico (CEDE), Facultad de Economía, Universidad de Los Andes, Santa Fe de Bogotá, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Disponible en: [<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v18n6/388-402/#back1>].
- Salazar-Arango, A., Acosta-Murcia, M. M., Lozano-Restrepo, N. & Quintero-Camacho, M. C. (2008). Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven: estudio piloto en Bogotá, Colombia. *Persona y Bioética*, 12(2), pp. 169-182.
- Liku, J.K. (1987). The socio-economic factors associated with teenage pregnancy in Makuenedivision (Doctoral dissertation).
- Luttges, D. C., Leyton, M. C., Leal, F. I., Troncoso, E. P. & Molina, G. T. (2016). Implications of chilean legal framework in teenpregnancy prevention:

- conflict and insecurity in health professionals. *Revista Médica de Chile*, 144(10), pp. 1260-1265.
- OMS (2016). *Desarrollo en la adolescencia. Salud del adolescente*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pardo, F. & Uriza, G. (1991). Estudio de embarazo en adolescentes en 11 instituciones colombianas. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 42(2), pp. 109-121.
- SDMujer (2015). *Embarazo adolescente*. Bogotá. Avanza Bogotá, Secretaría Distrital de la Mujer, pp. 1-12.
- SDIS (2014). Sistema de Monitoreo de las Condiciones de vida de la infancia y la adolescencia de Bogotá. D.C. Secretaría Distrital de Integración Social, Comité Distrital de Infancia y Adolescencia, pp. 101-102. Disponible en: [[http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/control/informe\\_de\\_las\\_condiciones\\_de\\_vida\\_de\\_los\\_nna\\_de\\_bogota\\_d.c\\_2018.pdf](http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/control/informe_de_las_condiciones_de_vida_de_los_nna_de_bogota_d.c_2018.pdf)].
- MinSalud (2015). El aumento de embarazo de adolescentes en Colombia. De cero a siempre. Boletín 2. Ministerio de Salud, Colombia.
- Hadley, A., Ingham, R. y Chandra-Mouli, V. (2016). Implementing the United Kingdom's ten-year teenage pregnancy strategy for England (1999-2010): How was this done and what did it achieve? *Reproductive Health*, 13(1).
- Salazar-Arango, A., Acosta-Murcia, M. M., Lozano-Restrepo, N. y Quintero-Camacho, M. C. (2008). Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven: estudio piloto en Bogotá, Colombia. *Persona y Bioética*, 12(2), pp. 169-182.
- MinSalud (2014). Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos. Plan decenal de salud pública. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Worku, E. B. y Woldesenbet, S. A. (2016). Factors that Influence Teenage Antenatal Care Utilization. En: John Taolo Gaetsewe (JTG) District of Northern Cape Province, South Africa: Underscoring the Need for Tackling Social Determinants of Health. *International Journal of MCH and AIDS*, 5(2), p. 134.



# Desayunos escolares en educación primaria y la promoción de la alimentación saludable en México

Juan Manuel Muñoz Cano, Crystell Guadalupe Guzmán Priego,  
Juan Antonio Córdova Hernández, David del Valle Laveaga.

## Resumen

**Introducción:** El principal factor de riesgo para enfermedades no transmisibles es el estilo de vida moderno escasamente saludable.

**Objetivos:** Identificar las áreas de oportunidad en la escuela primaria para desarrollar procesos educativos novedosos para promover y reforzar la alimentación saludable.

**Método:** Se hizo un estudio de caso en 30 escuelas de primaria de una zona escolar del estado de Tabasco, México, en las cuales se atendía a 9293 educandos. A partir de elementos de análisis definidos previamente se colectaron datos mediante observaciones y entrevistas formales e informales.

**Resultados:** La mayoría de las escuelas tenía al menos la infraestructura mínima para el desarrollo de procesos que integren las actividades de la preparación de desayunos escolares y la enseñanza de contenidos. Se identificaron tres problemas primordiales: A) La práctica de los desayunos escolares seguía una dinámica propia que no seguía los lineamientos de las guías que los deberían regular B) La preparación y distribución de las comidas no se relaciona con los contenidos de enseñanza C) Hay contradicciones entre los diferentes materiales educativos y entre los contenidos y la evidencia científica.

---

\* Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.

**Conclusiones:** Existen bases para desarrollar estrategias educativas para disminuir los riesgos en las enfermedades no transmisibles.

**Palabras clave:** Alimentación saludable, Educación para alimentación saludable, Actitudes hacia los alimentos, Programas innovadores

## Introducción

La pandemia de enfermedades no transmisibles (ENT) se disparó en México a partir de la puesta en marcha del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá, ya que se incrementaron las importaciones de alimentos, bebidas y franquicias (Clark et al., 2012), lo cual resultó de suma gravedad pues a pesar de la existencia de códigos autorregulatorios y de ofrecimiento de la industria de productos obesogénicos de no dirigir sus mensajes hacia los niños como consumidores, en México se emite la mayor densidad de anuncios del mundo para fomentar el consumo de esta clase de alimentos y bebidas entre los niños.

La promoción de productos con alto contenido de azúcar y azúcar oculta incluye el interior de las escuelas por la permisividad que se tiene para incluir alimentos y bebidas industrializados en las cooperativas y cafeterías escolares. Esta industria perturba tanto el ambiente social como el académico e incluye los centros de investigación de mayor relevancia para promover sus productos (Kearns, Schmidt y Glantz, 2016).

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La salud alimentaria, en consecuencia, debería ser “un estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso físico, económico y social a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo” (PESA, s.f.).

Ante los elementos que favorecen el ambiente obesogénico, ¿cómo promover procesos eficaces de salud alimentaria si se realizan de acuerdo a los esquemas que han demostrado su inoperancia y con los contenidos conceptuales que favorecen más los problemas derivados del sobrepeso y el consumo de alimentos industrializados?, ¿cómo promover

la salud a partir de una definición de esta que tiene implícito el concepto de enfermedad?

Esto podría ser contrarrestado mediante políticas públicas organizadas tanto para la regulación de la mercadotecnia como de la educación para la salud en la escuela de todos los niveles. La educación debe enfocarse a la resolución de problemas específicos mediante procesos de gestión del conocimiento integrados como ejes longitudinales al currículum. Algunas limitantes son: a) los constructos de los maestros se han elaborado con información rebasada y se limitan al problema del niño con obesidad y no al sobrepeso y los problemas consecuencia de la ingestión de alimentos industrializados, b) no existen programas de educación alimentaria permanentes, c) los materiales que se les han proporcionado, como los cuadernillos del "Acuerdo para la Salud Alimentaria", contienen errores conceptuales y recomendaciones que no concuerdan con los hallazgos de los científicos, d) los docentes requieren de apoyo metodológico para un procesos educativos que involucren a las familias y a la comunidad.

## Objetivos

Identificar en el contexto escolar, las unidades de análisis que sirvan de referente para la elaboración de indicadores que permitan integrar contenidos conceptuales, procedimentales y valorales en un proceso educativo que involucre a los educandos de la escuela primaria, a sus padres, a sus profesores y a la comunidad donde se ubica la institución.

## Método

A partir de elementos de análisis definidos previamente se recolectaron datos mediante observaciones y entrevistas formales e informales. Se realizó una investigación cualitativa de tipo de estudio de caso durante el segundo semestre del ciclo escolar de la educación básica, nivel de primaria, 2011-2012, de enero a junio de 2012. El estudio fue llevado a cabo en 30 escuelas primarias de una zona escolar del Estado de Tabasco, México, en las cuales se atendía a 9293 educandos.

El contexto de investigación fue delimitar los significados, prácticas, roles y estilos de vida de la alimentación y sustentabilidad en una escuela primarias como base para investigaciones futuras. Una categoría fue si

en la escuela se proporcionaban desayunos o meriendas escolares. Las categorías relacionadas con la anterior fueron:

a) el apego a los lineamientos de elaboración; b) la vinculación de las prácticas de preparación de los alimentos con el proceso educativo; c) la intención de las actividades escolares para formar patrones de consumo más afines al estilo de vida saludable y la sustentabilidad.

## Resultados

### Papeles, prácticas, estilos de vida en escuelas de Centro, Tabasco

Con el propósito de identificar el contexto en que se pueden realizar programas integrales de nutrición en Tabasco, México, se llevó a cabo una exploración en escuelas seleccionadas de uno de los sectores del municipio de Centro en el cual laboraran 80 escuelas.

### Características de las escuelas

Aunque la mayor parte de las escuelas se encontraban fuera de la ciudad capital, en zonas suburbanas, por las características de transporte, comunicaciones y disponibilidad de productos de la industria de alimentos y bebidas, se consideraron como de tipo urbano. A ello se debió que el número de escuelas de tipo rural, las establecidas en caseríos o rancherías poco pobladas fuera menor. Las escuelas tenían tres turnos: matutino con entrada a las 8:00 y salida a las 12:00, vespertino con entrada a las 14:00 y salida a las 18:00, y completo o ampliado, aquellas con actividades en ambos horarios.

En la zona analizada hay más escuelas matutinas que vespertinas y de estas más de una jornada que completas, lo que se refleja en la muestra. Las escuelas atendían niños de ambos géneros distribuidos en grupos de acuerdo al grado escolar, las unigrado, o las que sólo cuentan con un docente para todos los beneficiarios, esto es, las escuelas multigrado que en la muestra de estudio fueron las de localización rural.

### Desayunos escolares

Las escuelas no se encontraban asentadas en áreas consideradas de marginación, lo cual ya no es una condición para el establecimiento del

programa de desayunos escolares y 18 escuelas de la muestra (60%) proporcionaban algún tipo de alimento a una proporción del 25 al 50% de su población escolar. De las 12 que no lo hacían, sólo 5 (16.6%) no tenían instalaciones y los instrumentos necesarios para preparar alimentos y repartirlos a los educandos (estufa de gas butano, sartenes, ollas, platos y vasos, mesas para que los niños coman). 25 (83.3%) escuelas contaban con un salón para que los niños comieran el cual tenía además aire acondicionado en 4 de las mismas. De las que se encontraban en el programa 16 (53.3%) lo hacían a las 10:00, dos horas después de la entrada a clase, 2 (6.6%) sí cumplían el horario y sólo 2 (6.6%) de las 9 de turno vespertino les daban merienda a los niños, una de estas escuelas era de tiempo completo por lo que daba la comida a las 12:00.

De acuerdo a las respuestas de las madres en el desayuno en casa las preparaciones culinarias eran con mayor frecuencia del tipo tradicional ya que incorporaban productos como tortillas de maíz, pozol (bebida mayense hecha con base en maíz), plátanos "Tabasco" fritos, tubérculos de producción local (yuca, macal, malanga, camotes dulces) aunque en las respuestas de los niños se encontró que raramente consumían frutas y verduras en el desayuno pero sí se contaba con la presencia de refrescos embotellados con gas.

Esto se complementa porque en las preparaciones hechas para los niños en los planteles escolares abundaban más las preparaciones con base en alimentos industrializados modernos no recomendables: fideos, cereales para desayuno (15), purés de tomate con sólo 8% de pasta de tomate y 30% de azúcar (16), jamones y salchichas (17), crema de leche, refrescos hechos a base de jarabes de horchata y jamaica.

Esto aconteció aun cuando las despensas que les proporcionó el sistema de desarrollo integral de la familia (DIF) no incluyeron alguno de estos alimentos; la explicación de quienes preparaban los alimentos fue que de esa manera los niños no desperdiciaban la comida. De hecho sólo 3 (10%) de las escuelas empleaban de manera exclusiva los alimentos del DIF. Fuera porque no eran suficientes o porque quienes preparaban los alimentos consideraban que no eran atractivos para los niños, en 16 escuelas (53.33%) los padres compraban alimentos para complementar las preparaciones. Otro hecho fue que quienes se encargaban de

preparar las comidas en la escuela cambiaban, por ejemplo, la soya seca por salchichas o crema de leche.

Desarrollo de las clases. Las actividades escolares para la alimentación saludable se basan casi de manera exclusiva en los contenidos de los "Libros de Texto Gratuitos" distribuidos por la secretaría de educación pública (SEP) y en prácticas de repetición y memorización que principalmente se evalúan mediante exámenes de tipo test. Esto se encontró igual para la educación para la sustentabilidad que se estableció como de interés por la SEP en años recientes que cuenta con sus propias áreas de oportunidad en forma de jardines y huertos escolares los cuales no son parte de las actividades de enseñanza. Los contenidos en los "Libros de Texto" no tienen una secuencia de menor a mayor complejidad a lo largo de los años de escolaridad, los mismos tienen énfasis en el de tercer grado y sólo se mencionan algunos conceptos en los de quinto y sexto. Por ejemplo:

- "Este libro no maneja información sobre nutrición, nada relacionado con alimentación" (maestro de quinto grado).

La mayor cantidad de mensajes en el libro de tercer grado no presenta secuencia lógica hacia la selección de alimentos y la preferencia de aquellos que son más saludables (Muñoz y Maldonado, 2013), y dado que los docentes no cuentan con referentes sobre los avances científicos en materia de alimentos no se esperaba que tuvieran discrepancias con los contenidos:

- Nos explica en qué se utiliza lo que comemos, por ejemplo para crecer, estar fuertes, también qué pasaría si no comemos adecuadamente. En otra parte, también explica qué alimentos debemos consumir y qué cantidades; explica además cómo se deben combinar, habla también del plato del buen comer y cómo utilizarlo; la jarra del buen beber (Rivera et al., 2008) y cómo utilizarla, nos explica qué es una dieta. Sumado a esto, contiene un mini proyecto para la implementación de un huerto escolar, "algo que aquí hace bastante falta" (maestra de tercer grado).
- "Me gusta porque trae el plato del buen comer y eso es importante para mí –que soy maestra y no sé mucho (acerca de los alimentos)–,

el cómo explicar a mis alumnos sobre el tema, con este dibujo ya me es más fácil" (maestra de quinto grado).

Los factores primordiales que generan los trastornos de salud dependen de la industria, los medios de comunicación y la mercadotecnia. Han traído como consecuencia de las modificaciones en los modos de alimentación, el transformar la alimentación exclusivamente con base en la cocina tradicional, a la adopción de la comida industrializada.

Instituciones internacionales como la OMS, y nacionales alertan de que las modificaciones de los patrones de alimentación se acompañan de un incremento en la prevalencia de ECNT, y por consiguiente de un aumento en la mortalidad por esas causas, más en el nivel global son escasas las acciones que realizan las dependencias gubernamentales. A falta de políticas públicas que regulen la venta y distribución de alimentos, un espacio de suma importancia es la escuela, pero, ¿qué se hace en el interior de las mismas para promover estilos y modos de vida saludables?

Para realizar el diseño de propuestas e intervenciones educativas desde la definición de salud de la Carta de Ottawa de 1987 como "fuente de riqueza de la vida cotidiana", es necesario reconsiderar los elementos, instrumentos y propósitos de las mismas. Tal concepto de salud tiene "además un carácter subjetivo, histórico y relativo, pues las experiencias de salud son personales y están influidas por el contexto sociocultural en que se desarrollan" (Castro, 2010, p. 183).

De acuerdo con esto, es notable que la escuela, tal como funciona en el caso de estudio, no involucraba a los educandos en un proceso vivencial hacia la búsqueda de alternativas sino por el contrario, desde los productos que se expenden en la cooperativa escolar favorece el consumo de repostería industrial y bebidas azucaradas con o sin gas.

El que no se realizaran proyectos acerca de los patrones de consumo, como el análisis de los componentes de las comidas o de tipo costo beneficio, o la elaboración de recetarios de las comidas locales, los usos de los productos de la comunidad y la historia de los abuelos y las personas mayores es un área de oportunidad de lo que puede ser el eje de proyectos científicos y escolares en general.

## Conclusiones

No obstante la existencia de guías e indicaciones del personal del DIF, en la práctica –sea por escasa supervisión o porque quienes la realizan no tienen formación–, la práctica de los desayunos escolares sigue una dinámica propia ajena a los lineamientos que deberían regularla.

Si bien en los libros escolares pueden hallarse contenidos acerca de alimentos y bebidas, la información no permea los procesos educativos. Por ello la preparación y distribución de las comidas no se relaciona con los contenidos de enseñanza.

Sea por premura o falta de personal capacitado en los equipos de elaboración de materiales de apoyo, hay información contradictoria entre los diferentes materiales educativos. Peor, hay contradicciones entre los contenidos y la evidencia científica. La mayoría de las escuelas de esta muestra (Tabla 1) tenía al menos la infraestructura mínima para el desarrollo de procesos que integren las actividades de la preparación de desayunos escolares y la enseñanza de contenidos.

**Tabla 1.** Roles y actividades en la alimentación de 30 escuelas del municipio Centro, Tabasco, México

Variables	Categorías (%)			
Infraestructura para la preparación y consumo	Sin espacio ni materiales	Utensilios y muebles indispensables	Además licuadora y extractor	Además con Horno de microondas
	6 (20)	17 (56.6)	5 (16.6)	2 (6.6)
Insumos para la preparación de las comidas	No reciben	Solo los del DIF	Reciben del DIF y compran	Padres y madres los compran
	12 (40)		14 (46.7)	4 (13.3)
Responsables de la elaboración de las comidas	No están en el programa	Comités de madres	Reciben un monton	
	12 (40)	16 (53.3)	2 (6.6)	
Supervisión al programa de comidas	No están en el programa	Sólo la presentación	Personal del DIF cada semestre	
	12 (40)	8 (26.6)	10 (33.3)	



Variables	Categorías (%)			
	No tienen	Sólo el menú	Menú y lineamientos	Varios textos
Documentos de soporte	11 (36.3)	15 (50)	2 (6.6)	2 (6.6)
	No los conocen	Introducen otros alimentos	Siguen las indicaciones escritas	
Apego a los documentos	12 (40)	16 (53.3)	2 (6.6)	
	Repostería industrial, snaks, refrescos	Sanduches, y otros preparados por madres	Principalmente frutas y verduras	Más de un tipo de producto
Tipo de producto que se vende en la cooperativa escolar	9 (30)	3 (10)	2 (6.6)	16 (53.3)
	No se observan	Cerca, en los caminos a la escuela	En la manzana donde la escuela	
Expendios en la periferia	4 (13.3)	11 (36.6)	15 (50)	
	Sólo los libros de texto gratuitos	Además en la biblioteca escolar	Además, en otras bibliotecas	
Fuentes de los contenidos de alimentación	20 (66.6)	9 (30)	1 (3.3)	
	No tienen	Sólo "El plato del buen comer"	Varios tipos de carteles	
Carteles sobre alimentación en el comedor	10 (33.3)	11 (36.6)	9 (30)	

Fuente: Resultados de la investigación.

## Referencias

- Castro Albarrán, J. M. (2010). Promoción de la salud en la comunidad. En: *La salud pública y el trabajo en la comunidad*, González Guzmán, R., Moreno Altamirano, L. & Castro Albarrán, J.M. edits. (pp. 183-191). México: McGraw-Hill.
- Clark, S. E., Hawkes, C., Murphy, S. M. E., Hansen-Kuhn, K. A. & Wallinga, D. (2012). Exporting obesity: US farm and trade policy and the transformation of the Mexican consumer food environment. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 18(1), pp. 53-64. Disponible en: [<http://dx.doi.org/10.1179/1077352512Z.0000000007>].
- Kearns, C. E., Schmidt, L. A. & Glantz, S. A. (2016). Sugar industry and coronary heart disease research. A historical analysis on industry internal documents. *JAMA Internal Medicine*. Recuperado de: [<http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2548255>].

PESA (s.f.). Seguridad Alimentaria y Nutricional. Conceptos Básicos. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Programa Especial para la Salud Alimentaria, Centroamérica. Recuperado de: [<http://www.pesacentroamerica.org/biblioteca/conceptos%20pdf.pdf>].

Rivera, J. A., Muñoz Hernández, O., Rosas Peralta, M., Aguilar Salinas, C. A., Popkin, B. M. & Willett, W. C. (2008). Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana. *Salud Pública de México*, 50, pp. 173-195. Recuperado de: [<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v50n2/11.pdf>].

# Marketing social en la prevención de las ITS/VIH/SIDA en Cuba

Maria Regla Bolaños Gutiérrez.

## Resumen

**Introducción:** Uno de los objetivos del marketing social es cambiar comportamientos nocivos, influir en las personas a modificar su comportamiento para beneficiarle.

**Objetivo:** Analizar resultados de la aplicación del marketing social para lograr cambios de comportamientos relacionados con la prevención de las ITS/VIH/sida en Cuba.

**Método:** Se realizó una revisión bibliográfica para analizar los resultados de la aplicación del Marketing social en los cambios de comportamientos relacionados con la prevención de las ITS/VIH/SIDA, de investigaciones efectuadas en Cuba, dirigidas a valorar los resultados de las acciones de la estrategia de Mercadeo Social del Condón masculino (MSC), entre 2005 y 2014.

**Resultados:** La aceptación del empleo del Marketing por las autoridades competentes, fue el primer paso para enfocar la prevención de las ITS/VIH/SIDA a través del uso del condón por la población. Diversas investigaciones demostraron que se ha incrementado paulatinamente el uso del condón en la población, principalmente en los jóvenes, en las relaciones sexuales ocasionales en la cual perciben más el riesgo a infectarse de ITS/VIH/SIDA. Aún es pobre el uso del condón en las relaciones estables, sobre todo en las mujeres. Mejoró la aceptación de los condones del mercadeo, por la buena calidad del producto. Se logró desmitificar el uso del condón, dado que las personas lo compran tanto en farmacias como en cafeterías,

---

\* Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba.

como cualquier producto sin sentirse cohibidas. Tendencia a la desaparición de barreras generacionales de comunicación, por lo que los padres propician para sus hijos, las relaciones sexuales protegidas y la responsabilidad ante las mismas.

**Conclusiones:** Aplicar el Marketing social en la prevención de las ITS/VIH/Sida, favoreció cambios de comportamientos para lograr el posicionamiento del uso del condón y de relaciones sexuales seguras en la población cubana. Los profesionales de salud, deben tenerla en cuenta para desarrollar una mejor labor preventiva.

**Palabras clave:** Marketing social, Comportamientos, Condón

## Introducción

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre ellas el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA) continúa siendo un enorme problema de salud pública mundial. Según cifras del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), 1,1 millones de personas fallecieron en 2015 por causas relacionadas con el VIH en todo el mundo. A finales de ese mismo año, aproximadamente 36,7 millones vivían con el VIH, en tanto 2,1 millones contrajeron la infección a nivel mundial (OMS, 2016).

En América Latina y el Caribe, la cifra de nuevas infecciones por el VIH no sufrió ningún cambio entre 2010 y 2015. En este mismo período, el número de muertes en la región relacionadas con el virus disminuyó en un 18% (OMS, 2016). Esto se debe a que América Latina durante el 2015, tuvo una cobertura de tratamiento en un 55%, respecto a todas las personas que viven con el VIH en dicha región (OMS, 2016).

Cuba se destaca entre los países de la región y el mundo que tienen una respuesta intersectorial consolidada frente al VIH. En 2015, el país se convirtió en el primero a nivel mundial en recibir –de parte de la Organización Mundial de la Salud–, la validación para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita (CNICM, 2016; Priego Álvarez, 2015).

Las relaciones sexuales no protegidas ocuparon y aún ocupan un lugar importante en la diseminación del VIH/SIDA, pandemia que ha cobrado millones de vidas en el mundo. Se considera que el uso correcto y

sistemático de los condones masculinos y femeninos puede proteger contra la propagación de esta epidemia, los datos demuestran que los condones masculinos de látex tienen un efecto protector del 85% o más contra la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (OMS, 2016).

Los condones son un elemento crucial para un enfoque integral y sostenible de la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA) y son eficaces para evitar embarazos no deseados, pero no siempre las personas tienen suficiente percepción de riesgo para cumplir con las medidas preventivas.

Teniendo en cuenta que las conductas, costumbres y hábitos sexuales del ser humano son muy íntimos y complejos de transformar y pueden llevarlo al riesgo de contraer ITS/VIH/SIDA, para lograrlo necesitan mejorar sus conocimientos y modificar comportamientos más saludables.

El marketing social<sup>1</sup> es una metodología de utilidad múltiple que se ha convertido por su cientificidad e impacto en una herramienta de indispensable manejo para el abordaje eficaz de la promoción, educación, prevención, comunicación e intervención en salud (Góngora García, 2014).

Uno de los objetivos de la marketing social es cambiar comportamientos nocivos, tratar de influir o ayudar a las personas a modificar algún aspecto de su comportamiento que pueda beneficiarle (no drogarse, dejar de fumar, reducir el consumo de alcohol, mejorar la dieta alimenticia y protegerse de infecciones como las ITS/VIH/SIDA) (Suárez Lugo et al., 2014).

Un ejemplo de aplicación de la marketing social, lo constituye el mercadeo social del condón (MSC) para la prevención de las ITS/VIH/SIDA. El mercadeo se ha probado como estrategia para cambios de conducta, y hábitos; de hecho, algunos la definen con ese perfil, ya que combina los mejores elementos de los planteamientos tradicionales de cambio social, con una planificación integrada y un marco de acción, que utiliza además los avances en la tecnología de la comunicación (PNUD, 2012).

En Cuba desde el inicio de la epidemia existía la voluntad política para la promoción de la salud, pero no se comprendía la necesidad de emplear

---

<sup>1</sup> "Mercadotecnia es aquella actividad humana dirigida a satisfacer necesidades, carencias y deseos a través de procesos de intercambio" (Kotler, 1984).

para ello el mercadeo social (Suárez Lugo, 2014). Con el incremento de la infección por VIH/SIDA en la década del 90 en el país, a inicios del 2000 se implementaron estrategias de mercadotecnia social para lograr el uso del condón en las relaciones sexuales con el propósito de disminuir la epidemia (Suárez Lugo, 2014). Se desarrollan en esta etapa una serie de campañas de promoción impulsadas por algunas ONG –como PSI– y por el proyecto auspiciado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis.

La estrategia de MSC, a emplear para lograr relaciones sexuales protegidas, que se centra en promover el uso del condón, para alcanzar el posicionamiento de una idea y una práctica: conducta sexual protegida, con un producto tangible, el condón. De ahí que se resume entonces en propiciar la adquisición y uso de este al contar con la disponibilidad de un producto de alta calidad, distribuido de manera tal que garantice la accesibilidad tanto geográfica (en lugares, horarios), como económica (por precios accesibles) (Suárez Lugo, 2014).

Fue un gran reto implementar el Marketing social como estrategia para la prevención de las ITS/VIH/SIDA en Cuba. Esta herramienta viene empleándose hace más de 15 años para fines de prevención, surge la necesidad de conocer determinados resultados de su implementación. Este estudio tiene el propósito de analizar los resultados de la aplicación del Marketing social para lograr cambios de comportamientos relacionados con la prevención de las ITS/VIH/SISA en Cuba.

## Método

Se realizó una revisión bibliográfica para analizar los resultados de la aplicación de la marketing social en los cambios de comportamientos relacionados con la prevención de las ITS/VIH/SIDA, se revisaron diversas investigaciones efectuadas en Cuba dirigidas a valorar los resultados de las acciones de la estrategia de MSC en el periodo 2005-2014.

## Resultados

La mercadotecnia social se ha probado como estrategia para cambios de conducta, y hábitos; de hecho, algunos la definen con ese perfil, ya que combina los mejores elementos de los planteamientos tradicionales de

cambio social, con una planificación integrada y un marco de acción, que utiliza además los avances en la tecnología de la comunicación (PNUD, 2012).

## **Comienzos del empleo del marketing social en la prevención de las ITS/VIH/SIDA**

En Cuba, desde los inicios de la epidemia por VIH en 1986, se ha reconocido a la transmisión sexual como la principal fuente de propagación. Es vital para lograr el éxito en la prevención del VIH/sida modificar los comportamientos sexuales de riesgo de las personas.

Si nos remontamos a la década del 80, cuando se diagnostican los primeros casos de VIH positivo en Cuba, en la población cubana, persistían creencias y actitudes que constituían barreras para el uso del condón, rechazo por la mala calidad de los condones existentes y por el mito que "el condón disminuye el placer". Sumado a esto en los mensajes dirigido a la población se expresaba poco o nada el tema del uso del condón, por lo general estaban dirigidos a evitar el riesgo y la responsabilidad individual (Suárez et al., 2014).

También en los decisores del Sistema Nacional de Salud, existía cierto rechazo a emplear los medios de comunicación para los mensajes educativos vinculados al tema del condón (Suárez et al., 2014).

¿Cómo surge la necesidad de emplear el marketing social en la prevención de las ITS/VIH/SIDA?

Con el incremento del número de infectados con VIH en la década de los 90, las autoridades sanitarias se percataron que las medidas de prevención y control existentes hasta el momento no eran suficientes, en la búsqueda de una solución al problema de la epidemia y propiciar prácticas sexuales protegidas ante la inminente situación de la infección del VIH/sida, se inicia un proyecto de prevención con el apoyo al MINSAP de la Organización No Gubernamental "Médicos sin Fronteras" de Holanda, con donaciones de condones atractivos y de calidad (Suárez et al., 2014).

En 2001 se aprueba la propuesta de un proyecto del MINSAP con la ONG Population Service International (PSI), para promover prácticas sexuales protegidas a través del uso del condón masculino en población de 15 a 39

años, ejecutado en la capital del país. En este periodo se integra el apoyo financiero del "Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis" y se ejecutan los proyectos de prevención de VIH/SIDA en diferentes etapas, en cada una de ellas uno de los objetivos a lograr era el mercadeo social de condones masculinos (Ministerio de Salud Pública, 1997).

El Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA implementado en Cuba desde 1986, plantea en sus objetivos específicos: Fomentar una disposición favorable al uso del condón (Ministerio de Salud Pública, 2007). Pero no es hasta inicios de la década del 2000 que se incluye en el "Plan Estratégico Nacional para ITS/VIH/SIDA 2001-2006", el objetivo estratégico: Desarrollar y fortalecer el Mercadeo Social de Condones, con metas y acciones específicas a implementar en todo el país y con la participación de los sectores y organismos afines. En esta etapa, el apoyo financiero y la integración de organismos gubernamentales e internacionales propicia el desarrollo de la estrategia de mercadeo social del condón masculino.

La aceptación del empleo del marketing por las autoridades competentes del Sistema Nacional de Salud, fue el primer paso para enfocar la prevención de las ITS/VIH/SIDA, a través del uso del condón por la población.

## **Cambios en el comportamiento de riesgo de las ITS/VIH/SIDA**

En su dimensión social, la mercadotecnia social ofrece un campo nuevo de análisis e intervención orientado a promover la aceptación y adopción de ideas, actitudes y prácticas en las personas para influenciarlas a aceptar, rechazar, modificar o abandonar conductas que ponen en riesgo su salud, calidad de vida y seguridad, generando cambios en diversos comportamientos sociales que propicien el bienestar del individuo, los grupos y la sociedad (Suárez Lugo y Aguilar Rivero, 2014).

Según investigaciones, en nuestro país las relaciones sexuales comienzan en las edades promedios de 15 a 16 años, con predominio en el sexo masculino. Entre 19 y 20 años sin distinción de sexos, solo el 5% no tienen prácticas sexuales con penetración y luego de los 20 años, es difícil encontrar alguno que no lo haya experimentado (ONEI, 2011).



Es común para ambos sexos el inicio de las relaciones sexuales antes del matrimonio y la abstinencia sexual hasta el matrimonio no es una práctica preventiva de efectividad en el país (ONEI, 2011).

Está demostrado que el comienzo temprano de las relaciones sexuales, incrementa el riesgo de contagiarse de alguna ITS/VIH/Sida, más aun si las personas no están suficientemente preparadas para tomar la conducta de protegerse en sus relaciones.

Para el diseño de la estrategia de MSC se tuvo en cuenta los grupos metas, identificando los comportamientos de riesgo en individuos y grupos, con la finalidad de eliminar barreras sociales, psicológicas y estructurales existentes. Para lograrlo era imprescindible una adecuada disponibilidad del producto y una campaña publicitaria dirigida a los grupos diana, con mayor incidencia en ITS/VIH/Sida.

Se puede afirmar que la estrategia de marketing potenció las acciones de prevención de las ITS/VIH/Sida, así lo evidencian las diversas investigaciones efectuadas en Cuba, dirigidas a valorar los resultados de la estrategia de MSC, que la evalúan en diferentes momentos, con resultados como:

- El incremento del uso del condón, principalmente en la población joven, así lo confirma una investigación de la ONE (ONEI, 2011) que estableció una comparación en los años 2001, 2005, 2006, 2009 y 2011 y confirmó que se ha incrementado paulatinamente el uso del condón en las relaciones sexuales ocasionales entre las personas de 15 a 34 años, en la cual perciben más el riesgo a infectarse de ITS/VIH/sida. Sin dejar de tener en cuenta que otros estudios, afirman que aún es pobre el uso del condón en las relaciones estables, sobre todo en las mujeres, que no poseen las herramientas para negociar el uso del condón con su pareja (Bolaños Gutiérrez et al., 2015).
- Las campañas por los medios de comunicación social, la amplia cobertura de mensajes sobre el condón tanto en la radio como la televisión, sumado al incremento sostenido de puntos de ventas tradicionales y no tradicionales que ofertan condones a nivel nacional de marcas cubanas (Vigor y Momentos) de buena calidad, contribuyó a mejorar la aceptación de los condones por la población (Rojo et al., 2008). Esto indica, que de forma paulatina se logró desmitificar el

uso del condón, dado que las personas compran el condón tanto en farmacias como en cafeterías, ya no se sienten cohibidas y lo compran como cualquier producto (Bolaños Gutiérrez et al., 2015).

En un estudio efectuado en el año 2005, se planteaba el temor de los adolescentes, a adquirir los condones en la farmacia, por el hecho que fuera de conocimiento de sus padres familiar eso personas conocidas de la comunidad, esto constituían un obstáculos para su adquisición, (Suárez Lugo, 2007), sin embargo, en estudios más recientes que evalúan la estrategia de mercadeo, se plantea que los padres propician para sus hijos, las relaciones sexuales protegidas y la responsabilidad ante las mismas (Bolaños Gutiérrez et al., 2015). Esto señala la tendencia a la desaparición de las barreras generacionales de comunicación.

En el 2004 el condón del mercadeo "Vive", generaba una demanda insatisfecha al no tener respaldo en la oferta tanto en cantidad como cobertura geográfica (Rojo et al., 2008), sin embargo como resultado del marketing se ha logrado, comercializar los condones en Puntos de Ventas Tradicionales (farmacias) y Puntos de Ventas No Tradicionales (cafeterías, bares y centros nocturnos), aumentando la accesibilidad del producto en diversos horarios y lugares. Además la variedad de marcas (Vigor, Vigor Max y Momentos), que gozan de buena aceptación y posicionamiento en la población (ENSAP, 2013), contribuyó a modificar los criterios arraigados en los cubanos, sobre el condón, que lo señalaban como un producto de poca calidad, que se rompen con facilidad y que eran muy pequeños (Ministerio de Salud Pública, 1997).

Como sustento de la estrategia se producen materiales educativos y soportes promocionales que proveen de información y promueven comportamientos protegidos (ENSAP, 2013).

Las acciones del MSC se hacen sostenibles a partir de su integración al Plan Estratégico Nacional de Control y Prevención de las ITS/VIH/Sida, que se actualiza de forma quinquenal. Eso se traduce en que las acciones educativas y de promoción de salud que se desarrollan para promocionar el uso del condón en grupos vulnerables y población en general, no se limitan a las campañas sino que son parte de las actividades planificadas por territorios.

Las diversas investigaciones realizadas encontraron brechas en la ejecución de la estrategia de MSC, relacionadas con dificultades en la distribución del condón a los diferentes puntos de ventas, que afecta la buena disponibilidad.

¿Qué queda pendiente para lograr el éxito del MSC? Garantizar una adecuada planificación y distribución del producto a nivel nacional, priorizando los territorios estratificados de mayor prevalencia de casos de ITS/VIH/SIDA. Hoy no es suficiente con practicar una buena medicina, cada día se hace más necesario, ante los nuevos retos del sector salud, utilizar el marketing como herramienta en la prevención de enfermedades transmisible y no transmisibles

## Conclusiones

Aplicar el marketing social en la prevención de las ITS/VIH/Sida, favoreció cambios de comportamientos para lograr el posicionamiento del uso del condón y de relaciones sexuales seguras en la población cubana. Los profesionales de salud, deben tenerla en cuenta para desarrollar una mejor labor preventiva.

## Referencias

CNICM (2016). Estadísticas Mundiales. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, Biblioteca Médica Nacional. VIH/SIDA. *Factográfico salud*; 2(12). Disponible en: [<http://files.sld.cu/bmn/files/2016/12/factografico-de-salud-diciembre-2016.pdf>].

ENSAP (2013). *Evaluación Independiente del Proyecto Avance hacia la sostenibilidad de la respuesta nacional para la prevención y atención de la epidemia del VIH/SIDA en la República de Cuba 2008-2012*. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.

Góngora García, L. H. (2014). Mercadotecnia social: una herramienta necesaria para la promoción de salud. *MEDISAN* 18(5), pp. 684-694. Disponible en: [[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000500012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500012&lng=es)].

Bolaños Gutiérrez, M., Rojo Pérez, N., Hernández Labrada, N., Molina Nápoles, L., Rodríguez Washington, N. & Suárez Lugo, N. (2015). Avances y brechas en el mercadeo social del condón en La Habana. *Rev Cubana Salud*

*Pública* [revista en la Internet]. [citado: 2015 Sep 28]; 41(3), pp. 476-486. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000300007&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300007&lng=es).

Minsap (1997). *Programa Nacional de Control y Prevención delVIH/SIDA*. La Habana: Ministerio de Salud Pública.

Minsap (2007). *Plan Estratégico Nacional de ITS/VIH/SIDA 2007- 2011*. La Habana: Ministerio de Salud Pública.

ONEI (2012). Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/Sida, 2011. La Habana: Oficina; Oficina Nacional de Estadísticas e Información [citado: 20 enero 2016]. Disponible en: [<http://www.onei.cu/publicaciones/cepde/EncuestaPrevencionSida/Informe%20de%20Resultado%20Encuesta%20de%20Indicadores%202011.pdf>].

OMS (2016). La OMS valida la eliminación de Cuba de la transmisión de madre a hijo del VIH y de la sífilis; Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza [citado: 2 diciembre 2016]. Disponible en: [<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/mtct-hiv-cuba/es/>].

OMS (2016b). HIV/AIDS Fact sheet. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza [citado: 2 diciembre 2016]. Disponible en: [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>].

PNUD (2012). Mercadeo Social del condón masculino para posicionar prácticas sexualesseguras en la prevención del VIH/SIDA en Cuba 2001/2010. Serie Aprendiendo y compartiendo. La Habana: PNUD.

Priego Álvarez, H. R. (2015). *Mercadotecnia en salud: Aspectos básicos y operativos*. Cuarta edición. Villahermosa, Tabasco: Universidad Juárez autónoma de Tabasco; Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, A. C.

Rojó, P. N., Pérez, P. J., Llanusa, R. S., Álvarez, V. L. & Suárez, L N. (2008). Evaluación Independiente. Proyecto Fortalecimiento de la respuesta nacional multisectorial para la prevención y atención de la epidemia del VIH/SIDA en la República de Cuba [CD-ROM]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2008.

Suárez Lugo, N. (2005). Evaluación de la estrategia de mercadotecnia social del condón en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*. [citado: 10 de abril 2013]; 33(1), pp. 1-9. Disponible en: [[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100007&lng=es)].

Suárez Lugo, N. (2014). Comunicación en estrategias de mercadeo social del condón masculino para la prevención del VIH/sida en Cuba. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol. 4, pp. 69-83.

Suárez Lugo, N. (2013). Mercadeo social como herramienta en función de la salud sexual en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* vol. 39 supl.1 Ciudad de La Habana.

Suárez Lugo, N. & Aguilar Rivero, L. A. (2014). VIH/SIDA: prevención y mercadeo social. Isla de la Juventud. Cuba. *Horizonte Sanitario* [citado 2017, enero 19]; 13 (2), pp. 177-187 Disponible en: [<http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/48/820>].

## CAPÍTULO 2

### Marketing en servicios de salud



# Marketing y calidad en servicios de salud

Camilo Torres Serna

## Introducción

"Cuando un paciente deja el consultorio, es importante darle algo positivo que recordar, una experiencia memorable sobre la cual hablar... está es la regla de oro.

(Fredericks, 2011)

La calidad de un servicio tiene dos componentes: el objetivo y el subjetivo. Si una persona requiere de una cirugía, la *calidad objetiva* consistirá en que el procedimiento cumpla con los estándares determinados por la evidencia científica. La *calidad subjetiva* consiste en que el paciente se considere bien atendido y satisfecho (Korzenny et al., 2005).

¿Está usted seguro de que sus pacientes quedan satisfechos después de haber recibido su conocimiento científico? Sin duda el concepto de salud parte hoy de una visión holística del proceso salud- enfermedad, de una visión no fundamentada sólo en aspectos patológicos y morbosos, sino de la que concibe la salud y la enfermedad como parte de un ciclo vital humano. Durante mucho tiempo el modelo biologista influyó en la prestación de servicios de salud. Su peso para entender y atender a la persona en sus procesos de enfermedad marcó indudablemente el saber de los trabajos en salud, en todos los niveles de atención.

Hoy impera el reto de fortalecer el actuar en salud con programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Se propugna una

---

\* Universidad Libre de Cali, Colombia.



concepción de salud fundamentada en parámetros positivos. Los indicadores del nivel de vida, desarrollo social, económico, cultural, personal, son determinantes de las condiciones de los ciudadanos en un país determinado.

## La prestación de un servicio de salud:

- Requiere una mayor coordinación entre los factores humanos y técnicos de la organización; si algo falla, atenta contra la calidad de la prestación.
- Implica mayor posibilidad de cometer errores en la prestación, toda vez que su aplicación y consumo son simultáneos.
- El servicio mejor diseñado puede fracasar durante su aplicación debido a la alta interconexión del factor humano, el cual, si no está entrenado para garantizar la homogeneidad de la prestación, hará que el mismo servicio tenga prestaciones distintas. Es diferente que lo haga Susana a que lo haga Sofía.
- El paciente interviene en la elaboración del servicio, lo está consumiendo mientras se le presta.
- Requiere de un mayor tiempo de relación cliente - organización. A diferencia del producto, que sale de la fábrica y atravesando diversos canales de distribución llega al consumidor; en el caso del servicio de salud el cliente participa todo el tiempo en la prestación.
- En los servicios no hay marcha atrás, pues son prestaciones particulares cada vez; son únicas, buenas o malas, y su efecto permanece en la mente del cliente, por tanto es necesario siempre asegurar prestaciones de calidad a fin de asegurar una buena percepción del cliente acerca del servicio prestado.
- Existe una alta intervención de los factores emocionales. Los estados anímicos del paciente (cliente) y de quien le presta el servicio influyen sobre el resultado final del proceso.

## El componente subjetivo de un servicio de salud

104

El marketing es la ciencia de hacer que otros se enamoren de tus productos, servicios e ideas y para ello se necesita conocer lo más posible a los consumidores (Korzenny et al., 2005). Fortalecer el componente subjetivo de un servicio de salud requiere los siguientes pasos:

## **Paso 1: Estudio y análisis de las experiencias de los usuarios**

- Se trata de obtener la máxima información sobre las percepciones del paciente en su interrelación con la institución.
- Existen dos técnicas o instrumentos de análisis que son muy propias del contacto institución-usuario:
  - La técnica de planos de encuentro, en la que se descompone de forma lógica y secuencial todos los pasos que se producen desde el momento en que el usuario entra en contacto con la institución hasta cuando la abandona.
  - La técnica de la curva de emoción: Consiste en trasladar a un gráfico los sentimientos y percepciones generados en los clientes durante el contacto con la empresa.

## **Paso 2: Definición de la plataforma experiencial**

- Establecer desde un punto de vista estratégico, cuál es el tipo de experiencia que la institución pretende suministrar a sus pacientes.

## **Paso 3: Diseño y planificación de las experiencias**

- Ofrecer soluciones a las percepciones negativas que hacen que la experiencia no sea satisfactoria.
- Estas soluciones tendrán que ser coherentes con el posicionamiento integral y la promesa de valor definidas previamente.
- Para tal fin, es útil el instrumento conocido como mapping o "mapeo" (ver Tabla 1).

## **Paso 4: Estructuración del contacto o encuentro con los clientes**

- Llevar a la práctica la conjunción de todos los elementos (personas, productos, procesos, comunicación...) que determinarán el tipo de experiencia que proporcionará la institución a sus usuarios.
- La "experiencia del paciente" debe ser concebida desde un punto de vista integral, en donde se incluyan todos los elementos que, al ser bien gestionados, aportarán una experiencia positiva y memorable al cliente.

**Tabla 1.** Mapeo de sentimientos negativos y soluciones

Marketing experimental	Llegada al centro médico	Recepción	Confort sala de espera	Confort en el consultorio	Atención del profesional	Solicitud nueva cita	Salida del centro
Sentimientos, percepciones negativas	Difícil encontrar dirección. No parking. Barreras de acceso	Filas. Personal poco atento. Personal inexperto	No distracciones. Sillas incómodas. Calor Ruido	Muy pequeño Poca luz. No sillas para acompañante	Se distrae mientras hablo. No me mira	Poco interés en darle cita el día que uno puede	Dificultad para conseguir taxi o para retirar el auto del parking
EXPERIENCIA DEL PACIENTE							
Planteamiento de soluciones	Ofrecer transporte. Valet parking. Corregir barreras	Agilizar procesos. Computadores más rápidos. Entrenamiento	Comodidades, sillas suficientes y adecuadas	Mejorar luz. Optimizar espacios, sillas adicionales.	Entrenamiento	Entrenamiento	Convenio con empresas de taxis

## El NPS, un indicador de la experiencia de los pacientes

El Net Promoter Score, más conocido por sus siglas en inglés NPS, es una herramienta que propone medir la lealtad de los clientes de una empresa basándose en las recomendaciones (Reichheld, 2003).

- El Net Promoter Score se basa en una sola pregunta: "¿Qué tan probable es que recomiende el producto o servicio a un familiar o amigo?".
- Para ello se les pide calificar en una escala de 0 a 10, donde 0 es "Muy improbable" y 10 es "Definitivamente lo recomendaría". Según los resultados, los clientes se clasifican en promotores, pasivos y detractores.
- Los promotores (asignan 9 o 10 puntos) son pacientes fieles que volverán a su hospital y que lo recomendarán en redes sociales y en su entorno personal. Han tenido buenas experiencias!
- Los pasivos (asignan 7-8 puntos), son pacientes satisfechos pero no fieles. Su experiencia no ha sido lo suficientemente buena y son susceptibles de ir a otro hospital. Muy seguramente no lo recomendarán.
- Los detractores (6 puntos o menos) son aquellos que tuvieron una experiencia que no quieren repetir y no quieren que nadie más la tenga. Los comentarios serán muy negativos.
- Para obtener un resultado total se restan los detractores a los promotores y se consigue un porcentaje, de manera de medir la calidad del servicio. El índice NPS puede ser tan bajo como -100 (todo el mundo es un detractor) o tan alto como 100 (todo el mundo es un promotor). Un NPS superior a 0 se percibe como bueno y un NPS de 50 es excelente.

- El NPS es un indicador moderno, sencillo, fácil de interpretar y por ello ha cosechado una gran popularidad entre las empresas, llegando a convertirse dada su expansión, en prácticamente un estándar de facto como indicador en materia de satisfacción y lealtad.

## Referencias

- Korzenny, F. & Korzenny, B. (2005). *Hispanic Marketing: A Cultural Perspective*. Amsterdam: Ed Butterworth-Heinemann.
- Reichheld, F. (2003). *The One Number You Need to Grow*. *Harvard Business Review*; 81(12), pp. 46-54.

# Experiencias en investigaciones de servicios de salud en México

Clotilde Hernández Garnica y Armando Tomé González

## Resumen

El estudio del bienestar se refiere a lo que las personas hacen, ya sea en la totalidad de su vida o en áreas como la calidad de sus relaciones humanas, el trabajo o la salud. En esta ponencia nos ocupamos del bienestar en salud, el cual se sigue buscando a través de la atención, en lugar de la prevención. Esto ha significado destinar cada vez mayores recursos que no inciden en la reducción de las enfermedades y por el contrario acrecientan la desigualdad y no mejoran el bienestar de las personas.

El objetivo es identificar los cambios que se requieren en el enfoque al diseñar proyectos, desde la mercadotecnia, para la prevención en salud. Con este propósito se utilizó investigación exploratoria, con fuentes bibliográficas, que presentan argumentos para considerar a la investigación orientada a la medicina preventiva como un modelo capaz de mejorar los indicadores de calidad de vida.

Los resultados mostraron que las personas están más insatisfechas en materia de salud, que en otros aspectos del bienestar. Los problemas de salud se agudizan y el personal de salud se orienta a identificar las causas de la epidemiología para dar atención (cesárea, diálisis peritoneal, medicamentos para padecimientos crónico degenerativos) y no prevención.

Si partimos de que en materia de salud, el bienestar no es un fin ni un estado al que se llega, sino la forma de vivir cotidiana, es muy importante analizar la influencia del medio ambiente, cada vez más saturado de estímulos que llevan al consumo irracional y en el que predomina un cuestionable

---

\* Universidad Nacional Autónoma de México.

concepto de libertad, por lo que se requiere estudiar –de acuerdo a la época, la cultura, el momento y la persona–, cómo modificar el comportamiento que rompa con el esquema: enfermedad-atención-salud.

**Palabras clave:** Bienestar, Prevención, Salud.

## Introducción

Las Naciones Unidas (2015) se plantearon la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y a través de 17 objetivos se ubicaron en la línea planteada por los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sus pilares siguen siendo el económico, social y medioambiental y entre sus prioridades regionales se encuentra América Latina y el Caribe.

Específicamente, el Objetivo 3 se refiere a garantizar la salud y el bienestar en todas las etapas de la vida, priorizando particularmente la salud reproductiva, materna e infantil; enfermedades transmisibles y no transmisibles; acceso a métodos seguros, eficaces, de calidad y medicamentos asequibles, entre otros. En términos generales, se mencionan acciones orientadas a mejorar los recursos para la atención, pero es prácticamente nulo el señalamiento de acciones enfocadas a la prevención, a excepción de las vacunas.

La salud es una condición que está vinculada a otros factores de suma relevancia, contemplados en los siguientes objetivos para el Desarrollo Sostenible: el acceso a los servicios básicos, la alimentación sana, nutritiva y suficiente; educación primaria universal y de calidad; la igualdad de género; el agua potable, el saneamiento y la higiene; el acceso a la energía; el crecimiento económico sostenido e inclusivo; reducir las desigualdades en los ingresos, la representación, la migración y la asistencia para el desarrollo; la infraestructura, industrialización e innovación; ciudades bien administradas; producción de bienes y servicios que mejoren la calidad de vida y procuren el desarrollo sostenible<sup>2</sup> y el combate al cambio climático.

---

<sup>2</sup> Otros objetivos tienen que ver con conservar y utilizar, en forma sostenible, océanos, mares y recursos marinos, así como proteger, restablecer y promover el uso sustentable de los ecosistemas terrestres; promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo en este tenor, facilitar el acceso a la justicia para todos y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible.

Los 16 objetivos son factores que de alguna forma contribuyen a la salud y el bienestar, por lo que no se puede pensar que sea suficiente una medicina preventiva si no hay equidad para acceder a ella, si no es universal o no va acompañada de alimentos, agua y educación, además de que se realice en el marco de una gestión enfocada en reducir todas las formas de desigual.

## Salud y bienestar

El bienestar es un concepto estudiado profusamente al igual que el de la felicidad, esto se debe a que no siempre ha tenido el mismo significado. En el caso de México, a partir de su adhesión en 2011 a la Conferencia Latinoamericana para la Medición del Bienestar y la Promoción del Progreso de las Sociedades, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) realizó en 2012 el primer estudio exploratorio con un módulo de preguntas denominado Bienestar Autorreportado (BIARE).

Desde entonces la metodología, la periodicidad y el instrumento empleado han tenido diversos cambios, el más reciente es el BIARE Ampliado (INEGI, 2015) se llevó a cabo en el nivel nacional, entre agosto y noviembre de 2014, a través de una entrevista presencial, contestaron un cuestionario impreso con 174 ítems.<sup>3</sup>

El diseño de BIARE sigue las primeras recomendaciones emitidas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD, 2013), también toma en cuenta la Encuesta Social Europea, por lo que aporta información nueva en México en temas como salud, derechos humanos, cohesión social y participación ciudadana, género, vulnerabilidad y familia.

---

<sup>3</sup> El cuestionario se aplicó en las zonas urbanas del país como complemento del Módulo de Condiciones Socioeconómicas (MCS), en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). La muestra fue de 44,518 viviendas, en la que se realizaron 39,274 entrevistas, lo que permitió obtener datos desagregados por estado. El dato de cada individuo en la muestra, antes de agregarse al resto, se multiplicó por un factor de ponderación, que se obtiene del número de individuos similares a él en la población (comparten características sociodemográficas y socioeconómicas) para ofrecer datos generalizables a la población urbana.

A continuación tenemos algunos resultados que muestran la importancia de la salud en la actividad que se realiza (ocupación), con relación a la familia y sus perspectivas a futuro, a partir de los resultados del Módulo BIARE Ampliado.

Del total de entrevistados, el 77% de las mujeres y 72% de los hombres manifestaron que durante los 12 meses previos a la entrevista enfermaron. La siguiente cuestión fue saber la relación entre tener o no una buena salud (que se indagó a partir de la pregunta ¿En los últimos 12 meses gozó de buena salud?) y la actividad que realiza (la pregunta fue: ¿Qué tan satisfecho<sup>4</sup> está con la actividad que usted realiza, trabajar, quehaceres del hogar, estudiar?). El resultado muestra que el promedio en la satisfacción alcanzada con la actividad que realiza fue de 8.4 para quienes consideran que sí gozaron de buena salud y de 7.8 para quienes no tuvieron una buena salud.

También relacionamos a las personas que en los 12 meses previos tuvieron o no una buena salud con las personas que también, durante el año previo a la entrevista, consiguieron un empleo o abrieron un negocio. El resultado fue que, de las personas que consideraron tener una buena salud, el 17% consiguió un empleo o abrió un negocio, esta cifra se reduce a 10% entre las personas que no tienen una buena salud.

Para conocer la relación entre tener o no una buena salud y la satisfacción con su vida familiar, los resultados mostraron que las personas con buena salud alcanzaron un promedio de satisfacción con su vida familiar de 9 y de 8.5 entre quienes no la tuvieron.

Tener o no una buena salud también hace la diferencia respecto a "¿qué tan satisfecho está con sus perspectivas a futuro? Así se pudo constatar al relacionar estas dos variables. Quienes tienen buena salud, obtuvieron un promedio de 8.2, entre los mexicanos que consideran haber tenido una buena salud y en el último año sus perspectivas a futuro alcanzaron un valor promedio de 7.4.

Es preciso señalar que, si bien, las diferencias pueden parecer mínimas, habría que considerar que se trata de un valor nacional que no permite ver los matices atendiendo a criterios geográficos, por ingreso, tipos de

---

<sup>4</sup> En todos los casos, el nivel de satisfacción se midió en una escala de 0 a 10 en la que 0 es totalmente insatisfecho y 10 totalmente satisfecho.



actividad, edad, o género, entre otros. No obstante, estos datos permiten darse cuenta sobre cómo la percepción de una buena salud o no, afecta otros ámbitos del bienestar humano.

La pregunta sería entonces, ¿cómo lograr una buena salud sin pasar por la atención de una enfermedad e incluso sin llegar a tener una enfermedad?

## Romper el ciclo Salud-Enfermedad-Atención

En la reseña realizada por Juárez y Castro (2012) alrededor de la obra de Arouca (2008), es posible reconocer un trabajo muy influyente y una gran preocupación por la medicina preventiva, a partir de revisar el complejo proceso que representa para el personal de salud la dualidad salud/enfermedad y la forma en la que las personas tratan de sistematizar en la cotidianeidad sus conductas de diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación en lo individual o como parte de un grupo social.

Para Arouca, de acuerdo con Juárez y Castro (2012), es la estructura social la que genera y permite la aparición de modelos de atención y estrategias de prevención acordes a las relaciones sociales y culturales de los sujetos y sus padecimientos.

En este sentido, Suárez (2010) es categórica cuando plantea que la estrategia de intervención orientada a identificar claramente las causas, a través de un enfoque preventivo y no desde las consecuencias derivadas del tratamiento de la enfermedad –en parte podría pensarse influidos por el bloqueo–, es lo que le ha permitido a Cuba convertirse en un referente importante para los países dependientes.

Para Arouca (2008), las condiciones que impone el capitalismo han llevado a la degradación del ambiente (físico, químico y biológico) y la contaminación de los alimentos, por lo que consideró que era muy importante que se desarrollara una medicina preventiva y no simples conductas preventivas o de higiene, que generalmente se ubican en el ámbito de responsabilidad de los individuos y la familia.

112

¿Por qué debería llevarse a cabo una medicina preventiva? Arouca señala que es necesaria porque la formación curricular de los médicos privilegia la curación sobre la prevención, esto los lleva a adquirir un conocimiento mayor acerca de las enfermedades que sobre la salud, a pesar

de que esta es su objetivo principal; ver claramente las limitaciones de la medicina curativa, entre otras, que se centra en el diagnóstico y la curación; su ineficiencia y costo intelectual-social elevado; el alto grado de especialización –lo que fragmenta y, en ocasiones, “atomiza” el conocimiento–, y en consecuencia la pérdida de integralidad; un enfoque que ignora las dimensiones sociales, culturales y psicológicas presentes en las personas, así como su contexto e interés individualista.

Todo lo anterior, entre otras cosas, ha llevado a que la medicina preventiva esté ausente en la práctica médica cotidiana e incluso a que este conocimiento halla llegado a ser discriminado o a considerarse un punto en el que convergen disciplinas no tradicionales en la medicina, como la sociología médica o las ciencias de la conducta; y si a esto se le agrega el individualismo, difícilmente se puede concebir a la medicina preventiva como una práctica que lleve a “abrir espacios” en todos los ámbitos sociales o comunitarios que permitan a los grupos de individuos valorar positivamente la salud y no sólo ver la parte negativa que es la enfermedad.

En materia de investigación consideramos que es necesario llevar a cabo proyectos que mejoren la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en un contexto en el que prima el hiperconsumo y el individualismo; la tecnología permite tener acceso a una gran cantidad de datos que difícilmente se pueden comprobar pero a los que las personas recurren para entender su condición médica; todo está sujeto a las regularidades del mercado; el conocimiento tiene un valor, aunque se encuentre tan fragmentado que sea imposible reconocerlo y utilizarlo adecuadamente para diagnosticar; y la cultura imperante se centra en la atención médica en lugar del cuidado médico.

En el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, los retos que lleven a valorar positivamente la salud plantea la necesidad de acciones de las que no se van a obtener resultados inmediatos, como tampoco los ha brindado el enfoque actual de atención, así que lo mejor será empezar ya a modificar el comportamiento que lleva a preferir una cesárea en lugar del parto, la alimentación de fórmula en sustitución de la lactancia al pecho, el consumo de productos “chatarra” en vez de una alimentación nutritiva, variada y con calidad alimentaria; la individualización de la atención en lugar de la colectivización de mejores prácticas de higiene y prevención.

## Reflexiones finales

De dónde partir entonces para modificar las predisposiciones aprendidas por el personal médico que lo llevan a reproducir en su práctica profesional las desigualdades, ya que ahora su trabajo (el cuidado médico) más que procurar la salud de los pacientes pareciera estar enfocado a la recuperación de la inversión realizada en su formación profesional, que cómo ya vimos no responde a las necesidades porque no se enfoca en la salud, sino en la atención de la enfermedad.

Son diversos los segmentos de la población, que por su número y condición es prioritario estudiar para identificar propuestas que lleven a: garantizar una niñez sana; adolescentes conscientes y responsables del valor de la vida humana; jóvenes libres de adicciones; la prescripción y el consumo estrictamente indispensable de medicamentos; la prevención de accidentes; plenitud de capacidad para generar mejores condiciones de vida comunitaria y una vejez digna.

Otras áreas que requieren de investigación son los planes de estudio de los profesionales de la salud, que actualmente son altamente especializados pero escasamente efectivos, así como la revisión de los métodos de prevención primaria y secundaria.<sup>5</sup>

## Referencias bibliográficas

Arouca, S. (2008). *El dilema preventivista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva*. Colección Salud Colectiva Buenos Aires: Lugar Editorial.

INEGI (2015). Bienestar subjetivo. BIARE Ampliado. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Recuperado de: [<https://www.inegi.org.mx/investigacion/bienestar/ampliado/default.html#Tabulados>].

Juárez, H. L. A, & Castro V. M. C. (2012). El dilema preventivista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva, en *Región y Sociedad*, XXIV: 55.

---

<sup>5</sup> De acuerdo con Salleras (1994), la medicina clínica preventiva hace uso de métodos de prevención primaria: educación sanitaria, inmunizaciones preventivas y quimioprofilaxis-quimioprevención, mientras que la prevención secundaria incluye básicamente los cribados.

Naciones Unidas (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Recuperado de: [<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/69/L.85>].

OECD (2013). Guidelines on Measuring Subjective Well-being. Organization for Economic Cooperation and Development. Recuperado de: [<http://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en>].

Salleras, L., (1994). La medicina clínica preventiva. *El futuro de la prevención en Medicina Clínica*, 102: 1.

Suárez, L. N., (2010). "Mercadotecnia: herramienta para un consumo saludable" en: *El consumo y la salud*. Colombia: Centro Editorial Catorce.

# Atención de enfermería y estrategias de marketing para mejorar servicios de salud

Marina Caján Villanueva y Delia Catherine Escudero Caján

La reforma en salud supone dar preferencia al actuar de la enfermería en Atención Primaria (AP), al crear condiciones para el desarrollo profesional: mejora de la dotación de personal, nuevas funciones, nuevos ámbitos de trabajo, nuevas formas de organización, introducción en el nuevo organigrama, cargos (directores, coordinadores y adjuntos de enfermería), etc. Entre la voluntad política de modernizar el sistema de salud –esto bajo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud–, las demandas de los usuarios y de diversos grupos profesionales (entre estos enfermería), las nuevas funciones de la enfermera, la necesidad de prevención, promoción y educación para la salud, hay coincidencias. Las nuevas funciones de enfermería en AP se concretan en el paso del desempeño de tareas delegadas, centradas en la asistencia y curación de la persona, a otra que incluye las relacionadas a los cuidados y promoción de salud en un ámbito individual, familiar y comunitario.

El objetivo del presente trabajo es privilegiar la atención de enfermería en el ámbito de la promoción y prevención como la solución a la disminución de la morbimortalidad, conociendo el proceso salud/enfermedad, empoderar a la enfermería en el contexto del cuidado a la persona, familia y comunidad, desde una mirada del profesional, usuario, y del administrativo, así como estudiar los factores que han influido en la actual situación de la enfermería, para aterrizar en la implantación de estrategias de marketing tendientes a mejorar los servicios de salud.

---

\* Universidad César Vallejo, Perú.

El cuidado a individuos y familias como elemento principal de la labor enfermera, en el autocuidado, para empoderar a los individuos y familias en el manejo de sus decisiones de salud, solución de sus necesidades de cuidado, en la forma en que se adaptan y responden a una situación de proceso salud-enfermedad o a una etapa vital concreta, desde un punto de vista pandimensional, es decir biofisiológico, psicológico y social, económico generándose la Enfermería comunitaria.

Esto generó expectativas tanto para la administración como para la profesión, centradas en nuevos servicios a los usuarios. Analizando lo sucedido durante todos estos años, podemos identificar avances y retrocesos, pues, si bien los avances profesionales han sido importantes e irreversibles en el campo del desarrollo del cuidado como elemento diferencial de la profesión enfermera y como núcleo de la nueva oferta de servicios, la población en general sigue identificando la profesión enfermera con las actividades delegadas del diagnóstico y tratamiento médico, sin ser consciente de la oferta de cuidados ni demandar dicha oferta, por lo que el cuidado es por tanto poco visible y poco accesible.

El presente trabajo tiene la finalidad de estudiar los factores que han influido en la situación actual de la enfermería comunitaria, explicando esta falta de visibilidad del cuidado, así como proponer algunas estrategias de marketing para mejorar los servicios de salud.

La profesión enfermera ha obtenido importantes logros en la AP, consolidando el cuidado como elemento diferenciador profesional y valor añadido del sistema sanitario, el autocuidado como estrategia de intervención, los nuevos servicios basados en estos conceptos, la participación en la gestión, la formación y la investigación.

Existen expectativas que el sistema tenía puestas en la profesión y que no han quedado satisfechas y que pueden concretarse en dos: la disminución de la demanda en la consulta médica y la justificación de los cuidados en función de la evaluación de su impacto o efectividad.

Nos encontramos ante una situación percibida como positiva o como insuficiente. Para encontrar explicación a esta situación, además de tener en cuenta los retos, es necesario centrar la atención en aspectos tales como la cultura profesional dominante, la motivación profesional, el grado de desarrollo de las prácticas profesionales y de la conceptualización

teórica que les sirve de soporte. La cultura puede entenderse como la suma de valores percibidos dentro de una organización. En un centro de salud cualquiera, podemos identificar distintas culturas (sobre todo en función de las prácticas profesionales), que se concretan en dos perfiles o modelos: biomédico y de cuidados. La enfermería comunitaria se identifica con el modelo de cuidados.

En relación a las estrategias de marketing para mejorar los servicios de salud, se han considerado los criterios rectores en política de salud – universalidad, equidad, sostenibilidad, calidad y participación social –, todo ello con miras a que los usuarios de los servicios reciban asistencia oportuna, eficaz y segura en condiciones materiales y éticas adecuadas.

La multidimensionalidad se refiere a que el sistema de salud peruano requiere profundizar en esta característica para abordar los diferentes factores que determinan el estado de salud biológico, social, político y económico del país.

Los objetivos son priorizar el ejercicio de la enfermería comunitaria, es decir, privilegiar la atención de enfermería comunitaria considerando la función de desempeño y rendimiento para asegurar la solución de problemas de las personas, familias y comunidades.

Las estrategias de mercadotecnia son las siguientes: la creación de políticas de estímulos para quienes ejerzan la enfermería comunitaria: la personalización e individualización de los cuidados. Para ello se requiere asignar usuarios a cada enfermera, la promoción de una atención humanizada –vale decir, oportuna e inmediata, segura y libre de riesgos–, y que en el proceso de atención la enfermería esté presente en el acto de cuidar.

La organización por población asignada puede plantear algunas dificultades, como la falta de recursos materiales y de espacio físico para que los profesionales atiendan todos los problemas de su población de referencia, o la existencia de profesionales con marcado carácter biomédico que no aceptan la implantación de un modelo de cuidados.

La organización de los servicios comunes de enfermería está dada por tareas (actividades delegadas del diagnóstico y tratamiento médico), y generalmente mediante rotaciones. Para que esta medida no afecte a

la continuidad de los cuidados, deben incluirse en esta forma de organización sólo aquellas actividades delegadas que no necesiten seguimiento (como, por ejemplo, la administración de medicación parenteral, la toma de muestras, las pruebas complementarias o determinadas curas que no requieran seguimiento).

## Referencias

- Del Pino Casado, R. & Martínez Riera, J. (2017). Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en atención primaria de salud. [Online] Elsevier.es. [Citado: 25 marzo 2017]. Disponible en: [<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-estrategias-mejorar-visibilidad-accesibilidad-los-13107526>]
- FAECAP (2017). Las enfermeras comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI [Citado: 25 marzo 2017]. Disponible en: [[http://file:///C:/Users/Compaq/Downloads/las\\_enfermeras\\_comunitarias\\_ante\\_las\\_necesidades\\_de\\_las\\_personas\\_en\\_el\\_siglo\\_xxi.pdf](http://file:///C:/Users/Compaq/Downloads/las_enfermeras_comunitarias_ante_las_necesidades_de_las_personas_en_el_siglo_xxi.pdf)].
- Verdoy, G. (2017). Enfermera gestora de casos: propuesta organizativa para atención primaria. Academica-e.unavarra.es. Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/6110/PARAPDF.pdf?sequence=1&isAllo wed=y> [Acceso 12 Feb. 2017].



# Estrategias en los servicios de trabajo social

Magalis Cortés de Zegarra

## Resumen

La experiencia de trabajo social en el sector salud de Panamá, data de la década de 1950 en la Caja del Seguro Social (Seguridad Social) y en el Ministerio de Salud, máxima autoridad en lo que respecta a la salud.

La participación del trabajo social en los programas y su involucramiento en las comunidades, realza su labor e importancia dentro de los equipos de salud para enfrentar los problemas sociales que afectaban la salud de la población, como eran la deficiencia alimentaria, parasitosis, enfermedades de transmisión sexual, los embarazos precoces así como otras enfermedades trasmisibles.

Se puede decir que en las décadas de los 50, 60 y hasta la del 70, el trabajador social –debido al enfoque de intervención asistencialista–, era concebido por la población interna y externa como el profesional que ayudaba solo a las personas de escasos o ningún recurso económico o material. Ayudaba a conseguir los medicamentos para la recuperación o tratamiento de la enfermedad, a gestionar equipo para la rehabilitación de las personas con alguna limitación como sillas de ruedas, anteojos y otros. O buscar recursos para mejorar las condiciones de la vivienda.

Cabe señalar que en las décadas del 80 y 90, el número de nombramientos de trabajo social aumentó en Salud, esto debido al Acuerdo Apa, la creación del Departamento de Trabajo Social en el Ministerio de Salud y la aprobación de la nueva Ley de Trabajadores Sociales (Ley 17 de 1982) y de la escala salarial.

---

\* Asociación Panameña de Mercadotecnia en Salud (APAMES), Panamá.

Cabe mencionar que antes de la década de los 90, la prestación de servicios sociales en el área sanitaria se ofrecía ignorando la necesidad y satisfacción de los usuarios, especialmente por el carácter asistencialista y de caridad que le otorgaban todos los actores involucrados (colectividad, el usuario y los prestadores). En este contexto, era inimaginable tomar en cuenta el parecer de usuarios a quienes no les quedaba otra opción que hacer uso de los servicios ofrecidos, dada la gratuidad de los mismos.

La reestructuración del sector salud a mediados de la década del 90 comienza a crear las llamadas Comisiones de Calidad de la Atención, por medio de una serie de herramientas (buzón de sugerencias, aplicación de encuestas de "satisfacción" de usuarios, entre otras), con la finalidad de conocer la percepción e insatisfacción de usuarios de los servicios brindados, enfocándose en aspectos tales como: tiempo de espera para ser atendido, trato recibido por parte de los funcionarios, información brindada, el aseo de la instalación, que si bien son aspectos importantes para brindar servicios de calidad, fueron insuficientes al no contemplar todo el proceso de gestión de la calidad como:

- En relación a los servicios del trabajo social sanitario. En esa perspectiva de mejora de la calidad, podemos mencionar que en nuestro país se desarrollaron algunas estrategias para obtener dicho fin y propiciar que la calidad forme parte de la cultura organizativa de los servicios de Trabajo Social sanitario, tales como:
- La elaboración de manuales y normas (inducción de procedimientos, supervisión, otros) orientados a la búsqueda que las cosas se hagan bien desde el primer momento, evitar improvisaciones, prevenir anomalías y fallas, entre otras cosas.
- La creación de plazas de supervisores encargados de monitorear el quehacer profesional, introducir las acciones correctivas, elevar el nivel de ejecución y eficiencia, disminuir las probabilidades de fallas, optimizar el uso de los recursos disponibles.
- Aplicación de la planificación estratégica en todos los niveles (nacional, regional y local).
- Evaluación de las intervenciones de los profesionales de trabajo social sanitario.

Durante la primera década de 2000, se hace mayor énfasis en la introducción de herramientas administrativas en el proceso de gestión del sistema sanitario público y la calidad vuelve a plantearse como una variable más a alcanzar en los servicios de la salud pública, con miras de mejorar su prestación y disminuir la creciente insatisfacción de los usuarios.

En esta última década, a través de la Asociación Panameña de Mercadotecnia en Salud (APAMES), se han desarrollado actividades de capacitación a profesionales de la Salud e introducido en algunas carreras universitarias –tales como Farmacia, Tecnología Médica, Medicina, Enfermería y Trabajo Social, en la que además se introdujo un módulo de Mercadotecnia en Servicios Sociales en el postgrado en Salud–, temas relacionados con el Marketing. De esta manera impulsamos la utilización de esta herramienta, necesaria en los servicios sociales públicos para responder con eficiencia y eficacia a las exigencias del mercado y los usuarios de los servicios sociales.

Resulta evidente que en lo referente a la utilización del marketing social y la gestión de la calidad de los servicios sociales, específicamente en el sistema sanitario, nos queda un gran camino por recorrer.

# ¿Es la violencia obstétrica una situación habitual en la atención de partos en la ciudad de Bogotá?

Kelly J. Peña Granados, Jálil Rashid Forero,  
Claudia Sánchez-Camargo

## Resumen

**Introducción:** La violencia obstétrica hace referencia “a cualquier acción que afecte la etapa reproductiva, ya sea natural o biológica, causada por la inasistencia médica, procedimientos no debidos durante el trabajo de parto y un trato deshumanizado hacia la gestante” (Terán et al., 2013), este tipo de violencia ha sido documentada en varios países del mundo. En Colombia, y específicamente en Bogotá, se desconoce la dimensión de esta problemática que ocasiona múltiples repercusiones tanto físicas como psicológicas en las mujeres.

**Objetivos:** El objetivo de este proyecto de investigación es identificar la incidencia de violencia obstétrica en mujeres atendidas en la ciudad de Bogotá.

**Método:** Estudio descriptivo de corte transversal con enfoque mixto, en esta fase inicial se diseñó un instrumento (encuesta), donde se incluyen las variables más relevantes que se identificaron en la revisión bibliográfica y se aplicó en mujeres gestantes atendidas en un hospital público de la ciudad de Bogotá.

**Resultados:** Los resultados permiten inicialmente definir el perfil socio económico de las mujeres participantes, identificar aspectos relevantes respecto a la calidad de los servicios de ginecología: las técnicas y procedimientos durante la atención del parto, la atención del personal de salud

---

\* Universidad Antonio Nariño, Colombia.

y las percepciones de la mujer respecto al parto humanizado. Se cuantificaron las manifestaciones de violencia obstétrica, y se teorizan sus posibles desencadenantes dando validez al instrumento construido.

Por otro lado, es importante destacar que se evidenciaron problemáticas relevantes como la ausencia o pocos controles prenatales y un aumento en la incidencia de embarazo adolescente.

**Conclusiones:** Con el fin de garantizar un bienestar integral de la gestante y mejorar la atención del parto se hace necesario diseñar estrategias de sensibilización para el personal de salud y una campaña de marketing acerca del parto humanizado.

**Palabras clave:** Salud pública, Violencia obstétrica, Promoción de la salud, Gestantes, Calidad de la atención, Marketing.

## Introducción

La Violencia obstétrica hace referencia "a cualquier acción que afecte la etapa reproductiva, ya sea natural o biológica, causada por la inasistencia médica, procedimientos no debidos durante el trabajo de parto y un trato deshumanizado hacia la gestante" (Terán et al., 2013), esto generalmente ocasiona múltiples repercusiones tanto físicas como psicológicas: dolor, impotencia funcional, deformaciones, movilidad anormal, equimosis, hemorragia y depresión posparto, entre otros (Stevens, 2016); es importante aclarar que aquí no solo influye el personal médico o de enfermería, también todo aquel que interactúe con la gestante en la atención del parto al momento de acceder a Servicios de Salud (Pozzio, 2016).

Se han documentado variables asociadas a la condición de violencia obstétrica como por ejemplo: la adolescencia, la condición socioeconómica, el nivel de escolaridad, la paridad; madres primigestantes, entre otras, que sumadas pueden aumentar la posibilidad de generación de esta violencia en el marco del sistema de salud actual (Terán et al., 2013; Pozzio, 2016).

Este tipo de violencia ha sido documentado en varios países, en Venezuela, Chile, México, Argentina, Puerto rico, Estados unidos, en algunos de estos países este tema se ha catalogado como una violación a los derechos de la mujer, incluso dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos (Pozzio, 2016).

En Colombia el problema no se ha caracterizado, en el momento se desconoce la dimensión de esta problemática que por lo general ocasiona consecuencias en la mujer, esto va en contravía en lo planteado en la guía de atención del parto, la cual busca garantizar una atención segura y de calidad a la mujer gestante.

## Objetivos

El objetivo de este proyecto de investigación es identificar la incidencia de violencia obstétrica en mujeres atendidas en la ciudad de Bogotá.

## Metodología

Estudio descriptivo de corte transversal con enfoque mixto, en esta fase inicial se diseñó un instrumento (encuesta), donde se incluyen las variables más relevantes que se identificaron en la revisión bibliográfica y se aplicó en mujeres gestantes atendidas en un hospital público de la ciudad de Bogotá.

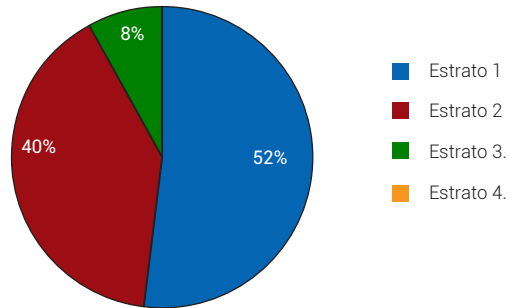
Entre las variables de interés se incluyeron en este piloto inicial: el perfil socioeconómico, las características psicosociales de las mujeres participantes, nivel de escolaridad, en cuanto a la atención del parto se incluyeron preguntas sobre las técnicas y procedimientos que fueron realizados durante la atención del parto. También se indaga sobre la atención, cuidado, empatía del personal de salud y por último las percepciones de la mujer respecto al parto humanizado.

Este instrumento se aplicó en mujeres gestantes, post parto atendidas en un hospital público de la ciudad de Bogotá. Previa aplicación se entregó la hoja de información del proyecto y se diligencio el consentimiento informado.

## Resultados

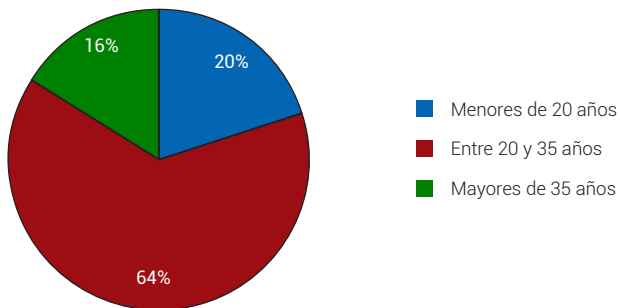
Los resultados de la encuesta revelan una incidencia mayor de la etapa reproductiva entre los 20 y 35 años de edad en un 64%, se observa un 20% de mujeres que tuvieron sus hijos en edades tempranas, los resultados permiten relacionar que a menor condición socioeconómica, mayor número de hijos.

Gráfica 1. Estrato socioeconómico

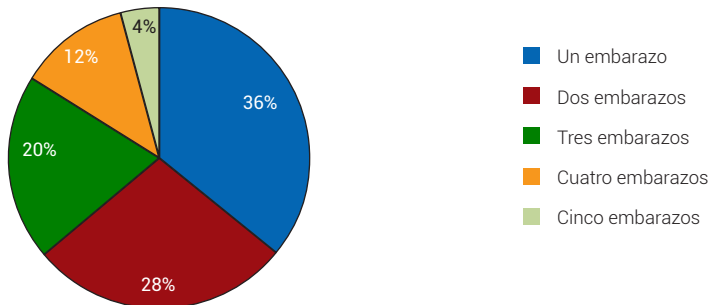


La tercera parte de las mujeres encuestadas son primigestantes, el promedio de hijos de las mujeres encuestadas es de 2,2.

Gráfica 2. Edad de último embarazo



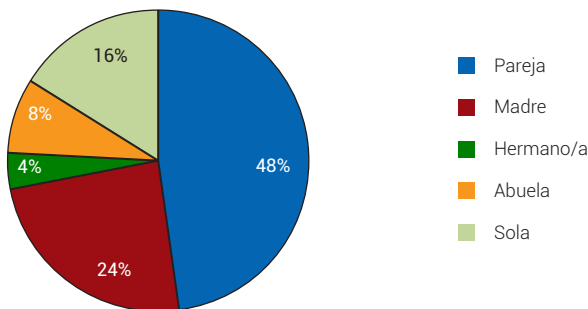
Gráfica 3. Número de embarazos



En este estudio, ninguna de las mujeres encuestadas ha cursado estudios universitarios debido a la rápida presentación de su primer embarazo.

El 36% de las encuestadas asumieron solas el proceso del trabajo de parto, el 64% restante estuvo acompañado por un allegado, por la pareja o por la madre. Se considera que el simple hecho de no estar acompañado durante el parto, influye de manera significativa en alteraciones psicológicas que pueden empeorar al brindar una inadecuada atención (Islam et al., 2017).

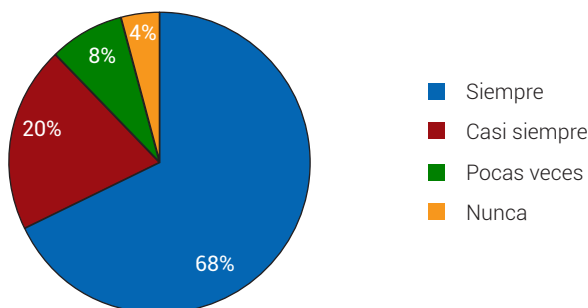
**Gráfica 4.** ¿Qué familiar lo acompañó?



El parto vaginal fue el más frecuente entre las encuestadas con un 56%, y la cesárea en un 44%. Sigue en aumento esta última, aún sin indicación clara de necesidad por parte de las pacientes.

En cuanto a la atención por parte del personal, en un 68% las encuestadas consideran que la atención brindada por el personal de salud siempre fue dada con amabilidad y comprensión; un 20% presentaron inconvenientes pero aun así no niegan que el trato fue bueno, sin embargo, un 12% mencionó que la atención fue deficiente.

**Gráfica 5.** ¿Considera que fue tratada con amabilidad y comprensión?

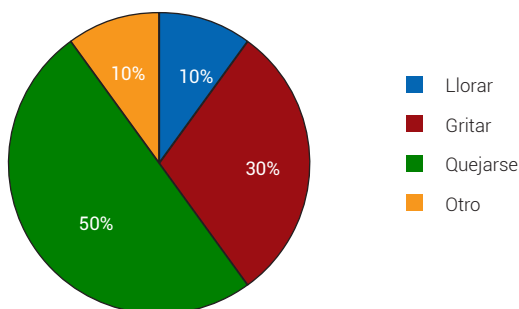




Un 36% de las encuestadas refirieron que se les realizaron llamados de atención por llorar, gritar y quejarse. Además, recibieron comentarios irónicos (33%) y regaños sin motivos (8%), el trato deshumanizado a la gestante causa alteraciones psicológicas aunque no físicas (Stevens, 2016).

De otra parte, se encontró que en un 18% no se realizó contacto piel a piel y en un (9%) no se les permitió expresar su opinión. Estos hallazgos son similares a los reportados en otros países (Pozzio, 2016).

**Gráfica 6.** Motivo por el que se le llamó la atención

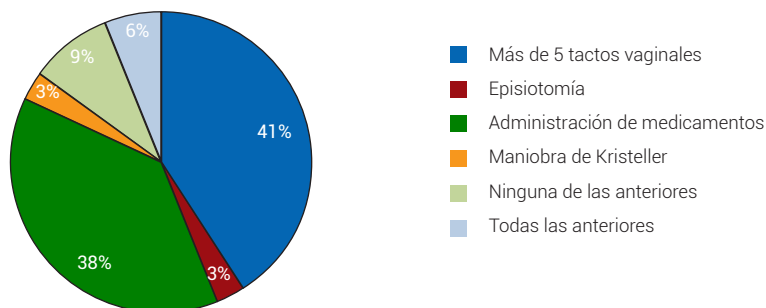


Dentro de los aspectos relevantes a indagar en este proyecto, se destaca la cantidad de información y la claridad de los procedimientos durante la fase de trabajo de parto dada a las mujeres participantes. El estudio arrojó que a un 68% se le brindó la información adecuada, mientras que el 20% pensó que no fue suministrada información.

La cantidad de procedimientos realizados es alta, en comparación con los resultados que mostró el estudio realizado en Venezuela. A un 41% de las mujeres se les realizó más de 5 tactos vaginales, episiotomía a un 3%, administración de medicamentos (inducción del parto) en un 38% y a un 6% se les realizó todos los mencionados anteriormente.

Lograr un cambio en la realización y cantidad de procedimientos es complejo (Sadler et al., 2016; Charles, 2011). La respuesta a cualquier necesidad que en el momento tuvo la gestante fue oportuna en un 60% y demorada en un 40%.

**Gráfica 7.** Procedimientos realizados a la mujer gestante



Otros resultados relevantes muestran la ausencia o pocos controles prenatales y un aumento en la incidencia de embarazo adolescente.

La atención del parto es un concepto holístico que involucra la parte médica desde una concepción integral para una recuperación más rápida, mejorar la eficacia terapéutica, y la adherencia a planificación familiar y lactancia ente otros, así como la asistencia de controles a futuro.

Con el fin de garantizar el bienestar integral de la gestante y con en ánimo de mejorar la atención del parto, se hace necesario diseñar estrategias de promoción y prevención que sensibilicen al personal de salud, esto junto a una campaña de marketing acerca del parto humanizado cuyo objetivo general será el de propiciar un ámbito de confianza, de proceder en el cuidado y la atención de la mujer con el fin de evitar al máximo errores y asegurar un pronóstico favorable para este binomio madre e hijo, lo anterior sumado a la atención integral en los servicios de ginecología y obstetricia en la ciudad de Bogotá, donde se intenta no generar repercusiones asociadas al proceso del parto y posparto.

## Conclusiones

En este estudio inicial, se evidencian algunos determinantes que manifiestan la violencia obstétrica en un hospital de la ciudad de Bogotá. Son necesarios estudios adicionales para caracterizar la situación en la ciudad con el fin de garantizar un bienestar integral de la gestante y mejorar la atención del parto.

## Referencias

- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos Obstetric violence: another form of Human Rights violation. *Revista Redbioética/UNESCO*, año 4, 1 (7), pp. 25-34 [Internet] Disponible en: [[http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_7/Art2-BelliR7.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf)].
- Charles, S. (2011). Obstetricians and violence against women. Cleveland State University. *Am J Bioeth.* Dec; 11(12), pp. 51-56. Disponible en: [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22146035>].
- Islam, M. J., Broidy, L., Baird, K. & Mazerolle, P. (2017). Exploring the associations between intimate partner violence victimization during pregnancy and delayed entry into prenatal care: Evidence from a population-based study in Bangladesh. *Midwifery*; 47, pp. 43-52.
- Pozzio, M. R. (2016) The Gynecology Obstetrics in México: Between "Humanized Childbirth" and Obstetric Violence. *Rev. Estud. Fem.* vol. 24 no.1 Florianópolis Jan./Apr. Universidad Nacional de La Plata, Ensenada, Provincia de Buenos Aires, Argentina [Internet]. Disponible en: [[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X201600010010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X201600010010)].
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive health matters*, 24(47), pp. 47-55.
- Stevens, N. R., Tirone, V., Lillis, T. A., Holmgreen, L., Chen-McCracken, A., & Hobfoll, S. E. (2016). Posttraumatic stress and depression may undermine abuse survivors' self-efficacy in the obstetric care setting. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, pp. 1-8.
- Terán, P., Castellanos, C., González, M. & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *RevObstetGinecolVenez*, vol. 73 no. 3. [Internet]. Disponible en: [[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_art\\_text&pid=S0048-77322013000300004](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_art_text&pid=S0048-77322013000300004)].

# Marketing para el posicionamiento de la psicoterapia en el centro de psicología aplicada en una universidad Mexicana

Cynthia del Carmen Gómez Gallardo, Alba Cerino Soberanes,  
Héctor Herrera Barragán, Claudia Guillen Caballero

## Resumen

**Introducción:** Este trabajo parte del principio de mercadotecnia social en salud que propone que el marketing social de salud debe proyectar e impulsar el interés y la satisfacción de necesidades de salud. Se integró en dos apartados: investigar las necesidades de los estudiantes sobre la atención de su salud mental y diseñar una campaña de promoción de los beneficios de la psicoterapia.

**Objetivo:** La campaña tiene como objetivo atraer a estudiantes al centro de psicología aplicada para lograr un cambio en sus actitudes y comportamientos para que participen activamente en la promoción y atención de su propia salud mental.

**Método:** Se trabajó con cuatro grupos focales, de cinco integrantes, durante dos sesiones, con una duración de dos horas cada una, reflexionando acerca del significado de la psicoterapia en su formación.

**Resultados:** El aspecto económico y de tiempo fueron señalados como los que más dificultan asistir a psicoterapia. Señalaron la creencia generalizada de psicoterapia asociada a enfermedad como otro impedimento. Identificaron y reconocieron la importancia del marketing social en el diseño e implementación de la campaña. Se reconoció positivamente la importancia de la psicoterapia en la salud mental. El servicio interno de psicoterapia se identificó como de gran beneficio formativo. Aportaron

---

\* Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

ideas significativas y de persuasión para integrar la campaña. El diseño y aplicación de la campaña se realizará en el ciclo febrero-junio de 2017.

**Conclusiones:** Los estudiantes reconocen la importancia que tiene asistir a psicoterapia para su formación y salud mental, sin embargo perciben resistencias. El diseño de la campaña incluirá slogans para revertir los motivos que impiden el compromiso con la psicoterapia.

**Palabras clave:** Marketing social, Psicoterapia, Estudiantes, Campaña, Salud mental.

## Introducción

El trabajo que a continuación se presenta, se basa en los principios de la definición de mercadotecnia social en salud. Esta investigación se sustentó en el principio de que el marketing en los servicios de salud se aplica para impulsar el interés y la satisfacción de necesidades de salud de los usuarios o potenciales clientes. Se aplicaron las técnicas mercadológicas para promover la salud mental de los estudiantes de psicología.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a la mercadotecnia social para la salud como una estrategia que ha logrado alcanzar resultados positivos y de éxito. La calidad de los servicios de salud debe centrar su objetivo en la satisfacción de las necesidades de sus clientes, el respeto a sus derechos como usuarios y la enseñanza de comportamientos y actitudes que le permitan cuidar su salud; este es uno de los principios de la mercadotecnia social.

La OMS reconoce a la salud como un "estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad". La salud mental es algo más que ausencia de trastornos mentales, y la promoción de la salud mental es parte integral del impulso a la salud pública.

La investigación se realizó en dos apartados: el primero, para conocer la existencia de necesidades de atención psicoemocional entre los estudiantes de psicología de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

El segundo, con el propósito de diseñar una campaña de posicionamiento de la psicoterapia –desde el enfoque del marketing social– para promover el interés por la salud mental e incentivar con éxito el servicio de atención psicoterapéutica entre los estudiantes.

Tanto el trabajo de investigación como la campaña, se encuentran ubicados en la dimensión social de la mercadotecnia en salud, ya que se pretende incidir en la calidad de la salud mental de los estudiantes con un enfoque ético y colectivo. Se trata de lograr un cambio en las actitudes y comportamientos de los estudiantes para que participen activamente en la promoción y atención de su propia salud mental. Kotler y Zaltman (vid. Priego, 2014) señalan cómo la mercadotecnia social está "encaminada a aumentar la aceptabilidad de una idea o causa social e inducir a comportamientos en ese sentido".

La campaña tiene como objetivo el comprometer a los estudiantes de psicología de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco a que participen en un proceso de psicoterapia. Fue diseñada a partir de los resultados obtenidos en la investigación, en la cual los usuarios potenciales, es decir los estudiantes, fueron cuestionados en relación al tema de la psicoterapia. Así se cumplió con el principio del mercadeo social que considera la participación activa de los usuarios a quienes va dirigida la intervención como procedimiento que permite asegurar un servicio de calidad.

El objetivo de la campaña es atraer a los jóvenes estudiantes al Centro de Psicología Aplicada (CPA) y así lograr su demanda del servicio de psicoterapia. Esta se sustenta en el principio de la mercadotecnia social que tiene el propósito de beneficiar al individuo y mejorar su bienestar social y su salud, ya que no hay salud integral sin el componente de la salud mental.

Los usuarios que la campaña busca atraer son internos, se trata de estudiantes de la licenciatura en psicología de la universidad pública en donde se encuentra ubicado el centro.

A través de la integración e intervención con los grupos focales, se logró reflexionar acerca de la relevancia del proceso terapéutico en su formación profesional, así como sensibilizarles sobre el sufrimiento psíquico y emocional de las personas.

El centro de psicología aplicada es una empresa de salud sin fines de lucro que surgió de la necesidad de relacionar con éxito al centro con su ambiente (Hunt, 1976), desarrollar el servicio de atención psicoemocional a sus usuarios internos (estudiantes), y a partir de esta experiencia proyectar y aumentar la capacidad para satisfacer las necesidades de sus usuarios

externos (Priego, 2014), habitantes de la ciudad de Villahermosa y del Estado de Tabasco.

La investigación fue aplicada para alcanzar, como lo señala Levionnois (1992), los puntos de la mercadotecnia interna: a) Conocimiento y comprensión del mercado interno, b) Adecuación a las exigencias del mercado externo, c) Organización del cambio y movilización. El cambio que se quiere alcanzar es una mayor participación y compromiso con el proceso psicoterapéutico personal.

En la investigación y en el diseño de la campaña se aplicó la mercadotecnia interna para incentivar a los estudiantes –nuestros clientes internos– a satisfacer sus necesidades de profesionalización mediante la capacitación a través de la psicoterapia.

La mercadotecnia interna en salud es un ejercicio que busca determinar cuáles son las necesidades que la población interna, en este caso los estudiantes, expresa y siente en torno a su estado psicoemocional para, a partir de esta información, diseñar una campaña de marketing social destinada a motivarlos y comprometerlos con su salud mental.

La investigación y campaña tomaron en cuenta la segmentación de la población, considerando que se trata de una población con necesidades propias de salud mental, que tienen un comportamiento parecido, y que se resisten a asistir al servicio de psicoterapia; son un grupo homogéneo, estudiantes de psicología que, a pesar de su resistencia a un proceso personal, sostienen la idea y creencia de que la función principal de la psicología es ayudar a la solución de problemas a través del servicio de psicoterapia.

La meta establecida en cuanto a la población es la de atender a aquellos estudiantes que se encuentran a un año de egresar y que no han tenido la experiencia de haber participado en un proceso de psicoterapia.

La segmentación de la población meta de la campaña se realizó a través de las características personales del potencial consumidor:

*Demográficas:* Estudiantes de entre 22 y 27 años, hombres y mujeres, en una relación de 70% mujeres, 30% hombres, de clase media, media baja, habitantes del Estado de Tabasco y municipios cercanos del Estado de Chiapas.

## Objetivos

### Objetivo general

Incrementar la asistencia de estudiantes de psicología al servicio de atención psicoterapéutica en el centro de psicología aplicada. La campaña tiene como objetivo atraer a estudiantes al centro de psicología aplicada para lograr un cambio en sus actitudes y comportamientos para que participen activamente en la promoción y atención de su propia salud mental.

### Objetivos específicos:

- Realizar una investigación entre los estudiantes de psicología para identificar y documentar los factores que influyen negativamente en su compromiso para trabajar su proceso psicoterapéutico personal.
- A partir de la información obtenida en el diagnóstico, diseñar una campaña de promoción de la psicoterapia entre los estudiantes de psicología.

## Método

De tipo cualitativo, el instrumento que se utilizó fue organizar cinco grupos focales de seis integrantes cada uno, se les aplicó un cuestionario semiestructurado integrado por quince preguntas abiertas para indagar sobre su participación y opinión acerca del proceso psicoterapéutico, y la valoración que tienen sobre la función y utilidad de la psicoterapia.

En un segundo momento, se les presentó una serie de slogans para que seleccionaran aquellos que consideraran más apropiados para ser integrados en la campaña de promoción y posicionamiento del servicio de psicoterapia, por último, se les solicitó escribieran frases que hicieran referencia y publicidad del servicio de psicoterapia en el centro de psicología aplicada, con el objetivo de incrementar su posicionamiento entre la población estudiantil.

## Resultados

Todos los participantes tienen una idea clara sobre qué es y para qué se emplea la psicoterapia.



Sólo 10 de 30 han acudido a psicoterapia, el promedio de sesiones es de 2 a 6. Prácticamente todos, 24, recomiendan la psicoterapia en situaciones problemáticas. El total respondió positivamente ante la pregunta sobre si los estudiantes de psicología deben acudir a psicoterapia.

Se recolectaron opiniones contradictorias con relación a la psicoterapia, ya que la mayoría considera que resulta fundamental para la práctica profesional de un psicólogo, sin embargo, ese mismo número de encuestados reconoce no asistir ni haber asistido a psicoterapia.

Los motivos por los que no acuden son el costo y la falta de tiempo, además de la creencia de que la psicoterapia está asociada a enfermedad así como la idea de que su vida privada puede ser juzgada en psicoterapia. Por último, señalaron la supuesta falta de profesionalismo de los pasantes que atienden en el CPA.

Asimismo, identificaron y reconocieron la importancia del marketing social en el diseño e implementación de la campaña, recomendaron que sea creativa y que difunda los beneficios y ventajas de acudir a psicoterapia.

Aportaron ideas significativas y de persuasión para integrar la campaña:

- "Para generar cambios en tu entorno, primero tienen que cambiar tú".
- "Enfrenta la vida desde tu interior".
- "Desarrolla tu sentido humano. ¡Asiste a terapia!"

Campaña de posicionamiento del Centro de Psicología Aplicada:

- El diseño y aplicación de la Campaña se realizará en el ciclo febrero-junio 2017.
- Se dispondrá de un módulo portátil en el acceso al edificio "O", donde se ubican los estudiantes de psicología, para brindarles información sobre el centro (CPA) y poder agendar citas.
- Se proyectará cada semana una sesión de la serie televisiva "En análisis" en los turnos matutino y vespertino, y después de la presentación se discutirá sobre la importancia de la psicoterapia.
- Se ubicarán carteles en diferentes lugares del edificio "O" convocando a participar en los servicios de psicoterapia del CPA.

Las frases de toda la campaña son:

*"Mírate, conócete, atrévete".*

*"Ve a psicoterapia".*

*"Yo Psi... voy a terapia".*

*"Pongo el ejemplo... voy a terapia"*

## Conclusiones

El trabajo de investigación con los grupos focales nos permitió identificar las necesidades de la población banco, es decir, los estudiantes que representan nuestro mercado-meta.

Nos permitió conocer el valor que otorgan al servicio de psicoterapia que presta el CPA así como la importancia que conceden a asistir a psicoterapia para su formación y salud mental,

La investigación reveló también que aunque conceden elevado valor al proceso de psicoterapia, la mayoría no ha acudido nunca a este servicio que oferta internamente la licenciatura de psicología a través del Centro de Psicología Aplicada, señalando que desconfían de la atención porque quienes otorgan el servicio son pasantes de la profesión.

Los participantes informan que, a lo largo de sus estudios, han recibido información positiva por parte de sus profesores en torno a la psicoterapia, pero que la falta de tiempo y dinero les ha impedido acudir.

La información documentada nos permite integrar las recomendaciones y opiniones de los estudiantes, en tanto clientes potenciales, para diseñar los contenidos de la campaña de posicionamiento del servicio de CPA y hacer énfasis en los beneficios personales prácticos y de desempeño profesional.

La campaña debe ser de buena calidad, con mensajes directos sobre experiencias personales y logros alcanzados con el proceso psicoterapéutico, como afirma Lamata (1994), pues la mercadotecnia interna debe convertirse en un "atrayente o incentivador que retiene a unos clientes internos por medio de unos productos-trabajos destinados a satisfacer sus necesidades y apetencias" y debe difundirse amplia y constantemente entre todos los estudiantes.

## Referencias

- Góngora, H., Escobar, N., Herrero, H., Sagaró, N. & Pers, R. (2016). Aplicación de la mercadotecnia social en los servicios y programas de salud en Santiago de Cuba. *Rev. MEDISAN*. Disponible en: [[www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2016/mds164i.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2016/mds164i.pdf)].
- Latinovic, L., Almazán, R., Herrera, I., Cebrián, A., Fernández, E. & Pego, C. (2010). *Manual de Mercadotecnia Social en Salud*. México: Secretaría de Salud.
- Romero, H. (2014). *Mercadotecnia en salud: aspectos básicos y operativos*. México: Ujat.

# Situación sociofamiliar cultural de las enfermeras cesantes y estrategias de mercadotecnia para mejorar su calidad de vida, ESSALUD, Lambayeque, Chiclayo, Perú, 2016

Marina Caján Villanueva Caján y Delia Catherine Escudero

## Resumen

**Introducción:** En Latinoamérica, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que ha adquirido relevancia debido a factores socioeconómicos que han traído consigo cambios en el sector salud. El Estado peruano ha desarrollado políticas integrales que aún no bastan para enfrentar este problema potencial que, en poco tiempo, será una realidad. Los adultos mayores requieren un nivel de vida satisfactorio, de allí la importancia de enseñar a las personas a agruparse, asociarse o participar en repotenciar acciones para su beneficio. Es por ello que las enfermeras cesantes de Essalud se han agrupado para conformar una asociación para confraternizar y socializar, lograr el bienestar físico, funcional, mental y social de este grupo de personas, así como para promover el envejecimiento activo y saludable, encaminado a mejorar su calidad de vida y, por ende, su esperanza de vida.

**Objetivo:** Determinar la situación socioeconómica familiar y cultural de las enfermeras cesantes de Essalud y diseñar las estrategias de mercadotecnia pertinentes para mejorar su calidad de vida.

**Método:** De tipo diagnóstico, se aplica un cuestionario sociodemográfico ya utilizado en otras investigaciones, de enfoque cualitativo, cuantitativo,

---

\* Universidad César Vallejo, Perú.

descriptivo no experimental en una población muestral de 24 enfermeras cesantes.

**Resultados:** El 83% de las enfermeras oscilan entre 61 y 65 años, el 17% entre 66 y 68 años, el 87% cuenta con especialización, el 4.16% con doctorado, más del 82% desempeñaron cargos jerárquicos, la mayoría viven en un entorno no tóxico, situación económica favorable, tienen una pensión, mantienen relaciones sociales con la comunidad y no requieren apoyo familiar, el 42% en riesgo social y el 16% en problema social. Finalmente aterrizamos en las estrategias de mercadotecnia para mantener y mejorar la calidad de vida de las enfermeras cesantes de Essalud 2016.

**Conclusiones:** Las estrategias de mercadotecnia fueron diseñadas con base en la valoración sociofamiliar obtenida con un marco científico y acorde a los resultados.

**Palabras clave:** Enfermeras cesantes, Calidad de vida, Estrategias de Mercadotecnia, Adulto mayor.

## Introducción

El envejecimiento de la población en Latinoamérica es una característica demográfica que ha adquirido relevancia debido a factores socioeconómicos que han generado cambios importantes en el sector salud. Se estima que, en América Latina y el Caribe, los adultos mayores representan alrededor del 8%, mientras que en EE.UU. la tasa asciende a un 16%. En 2025, se estima que la tasa llegará al 14% de adultos mayores de 60 años en América Latina, mientras que en 2050, sería del 21% con más de 65 años para la población a nivel mundial.

En el Perú, más del 9.2 % del total de la población es adulta mayor. Para el 2021, será del 11.2 % con una población estimada de 9 millones 726 mil; de ello se deriva que serán ellos los que enfrentarán problemas de salud agravados si ellos no aportan al hogar con una pensión o trabajo, perdiendo su autonomía y, por ende, exponiéndose al rechazo y el abandono con lo que serán considerados como una carga.

El Estado peruano ha desarrollado políticas Integrales que, sin embargo, no han sido suficientes para hacer frente a este problema potencial. Los adultos mayores requieren un nivel de vida satisfactorio, por lo que es necesario enseñar a las personas a agruparse, asociarse o participar en

repotenciar acciones en beneficio de los adultos mayores. En este sentido, las enfermeras cesantes de Essalud se han agrupado en una asociación orientada a confraternizar y socializar, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social de este grupo de personas, con el ánimo de promover el envejecimiento activo y saludable, encaminado a mejorar su calidad de vida y, por ende, su esperanza de vida.

Essalud tiene, como toda organización, sus normas y políticas de los trabajadores: En este caso, se trata de un grupo de profesionales enfermeras que trabajaron en un Hospital de IV nivel y de capacidad resolutive compleja. La mayoría de enfermeras cesantes ha laborado en servicios generales, especiales, críticos y ha gerenciado diversos servicios, así como tenido la oportunidad de hacer integración docente asistencial, la mayoría posee postgrados, especializaciones, algunas cuentan con maestría y doctorado, mientras que un grupo menor se encuentra actualmente activo y vigente, cumpliendo otro ámbito de la enfermería: el docente y de investigación. Pocas poseen carga familiar y viven en zona urbana; algunas se relacionan socialmente, en otras esta relación es restringida; 24 de ellas se han agrupado en una asociación. Muy pocas tienen una actitud del "ya lo di todo", mientras que la mayoría reconoce ser enfermera hasta la muerte y busca la oportunidad de reunirse para socializar y compartir sus vivencias y experiencias, de allí la importancia de abordar el presente trabajo de investigación.

Esta investigación reviste de importancia y relevancia social, por ocuparse de un grupo social y poblacional vulnerable cuya situación, de no ser abordada oportunamente, se convertiría en un problema de salud pública, de ello se deriva su viabilidad para hacer proyectos y alianzas que le den una pronta solución. Todo esto porque el avance de la edad conlleva a la pérdida paulatina de habilidades y facultades, lo que no desliga al adulto mayor de su historia y tampoco a que pierda sus capacidades. Al contrario, se debe procurar que el adulto mayor conserve sus hábitos, valores y virtudes.

## Objetivo

El objetivo del presente trabajo es determinar la situación socioeconómica familiar y cultural de las enfermeras cesantes Essalud y diseñar las estrategias de mercadotecnia para mejorar su calidad de vida.

## Método

La investigación ha sido de enfoque cualitativo y cuantitativo por que se observó y estudio el fenómeno de la jubilación de las enfermeras cesantes en el contexto natural; es de carácter transeccional por que la información se ha obtenido en un tiempo único al analizar los datos conocidos del objeto de estudio y teniendo como guía un cuestionario sociodemográfico.

El diseño ha sido descriptivo no experimental porque, además de describir la situación sociofamiliar y cultural, se ha caracterizado en rangos importantes, no se ha manipulado ninguna variable y así ha sido posible diseñar las estrategias de mercadotecnia para mejorar su calidad de vida.

La investigación estuvo conformada por una población de 24 enfermeras cesantes pertenecientes a Essalud. La muestra estuvo conformada por el total de la población de enfermeras cesantes.

## Resultados

La mayor parte de las enfermeras cesantes se encuentran entre el rango de 61 a 65 años de edad, correspondiente al 83%, seguido de cuatro enfermeras entre los 66 a 68 de edad, correspondientes al 17%. La totalidad de enfermeras cesantes son de grado de instrucción superior universitario.

El gran porcentaje de enfermeras cuentan con especialización (87.5), seguido de las maestrías (20.83%), las que concluyeron doctorado y quienes no poseen postgrado (12.5%); en menor porcentaje, se encuentran los doctorados (4.16). El 82% de enfermeras cesantes desempeñó cargos directivos.

De un total de 24 enfermeras, 10 enfermeras cesantes viven con familia, sin conflicto familiar, y 10 viven con conyugue de similar edad correspondiente a 42%, lo que es muy favorable por vivir en un entorno no tóxico, y que, al residir con su conyugue, comparten necesidades similares siendo un soporte los unos a los otros; las que viven solas son las que tratan de reunirse con amigas.

La realidad financiera de las enfermeras cesantes es favorable para una buena y mejor calidad de vida, evidenciada en el hecho de contar con una pensión de la Seguridad Social e, inclusive, disponer de otros ingresos.

El 80% de las enfermeras (20) habita en una vivienda adecuada a sus necesidades, mientras que el 20% (4) posee viviendas con barreras arquitectónicas y adaptadas para tal fin. Asimismo, 22 mantienen relaciones sociales con la comunidad (92%) y solo 2 tienen relación solo con la familia y vecinos. El total de enfermeras cesantes, a la fecha no requiere de apoyo familiar. 10 enfermeras cesantes se encuentran en buena y aceptable situación familiar (42%) mientras que, en el mismo porcentaje, algunas se encuentran en riesgo social; en menor porcentaje, 16% padece de problemas sociales.

## Conclusiones

Se concluyó que más del 80% de las enfermeras cesantes tiene entre 60 y 65 años; su formación académica data de hace más de 30 años, inclusive algunas proceden de centros formativos eminentemente religiosos donde la condición era ser mujeres; la mayoría cuenta con formación de postgrado, especializaciones, maestría; otras pocas poseen un doctorado, y más del 80% ha desempeñado cargos directivos desde Enfermera Jefe de servicio, enfermera supervisora, hasta Jefe de Departamento, lo que constituye una fortaleza a la fecha.

En relación a la situación económica, un 79% percibe más de dos salarios mínimos, producto de pensión percibida por la Seguridad Social, inclusive 5 de ellas poseen otros ingresos.

La valoración sociofamiliar de las enfermeras cesantes se encuentra dentro de una calificación buena, aceptable situación social. En esta misma proporción, en 10 enfermeras existe riesgo social, y en 4 existe problema social, por lo que se hizo necesario el diseño de estrategias para mantener y mejorar su calidad de vida.

Se diseñaron las estrategias de mercadotecnia con base en la valoración sociofamiliar obtenida con un marco científico y acorde a los resultados desde las siguientes actividades:

- Apertura de espacios y mecanismos de participación social.
- Oferta de programas culturales y de ocio para ocupar parte de su tiempo libre tras el cese y/o jubilación.
- Generación de contactos con programas de atención sociosanitaria.



- Fomento de la atención médica personalizada.
- Aprovechamiento de su experiencia en bien de la sociedad, asesorías.
- Promoción de las enfermeras cesantes para que tengan reconocimiento de la sociedad por ser un recurso de aporte de conocimientos, ayuda en tareas sociales, asociaciones culturales o grupos de ayuda espiritual.
- Promoción y educación para la salud y para que se reordenen y jerarquicen sus necesidades, no solo en temas de alimentación, respiración, actividad, hidratación y luz solar, sino también en el ámbito cultural y emocional.
- Participación en grupos sociales, vecindario, parroquia, clubs.
- Prevención de aislamiento para ofrecer elementos de referencia y resistencia para el afrontamiento de adversidades.
- Fomento de su independencia para maximizarla y minimizar la incapacidad.

## Referencias

- AgarCorbinos,L.(2001).Transición demográfica y envejecimiento en América Latinayel Caribe: hechos y reflexiones sociobioéticas. *Acta bioeth.* [Internet]. [citado 2017 marzo 25]; 7(1), pp. 27-41. Disponible en: [[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2001000100003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2001000100003)].
- El Comercio (2012). En el 2050 el mundo tendrá más adultos mayores que menores de 15 años. [Online] p.1. [Acceso 6 Feb. 2017]. Disponible en: [<http://www.unfpa.org.pe/noticias/Noticias/20121019-ElComercio.pdf>]
- Ministerio de Salud (2017). *Políticas saludables para adultos mayores en los municipios*. Lima, Perú: Centro de Documentación.

## CAPÍTULO 3

# Marketing en la formación de recursos humanos en salud



# Formación de recursos humanos en marketing y la profesionalización de la salud

Nery Suárez Lugo

## Recursos humanos en salud

Los recursos humanos, *RH*, son el único factor productivo que gana valor con el uso, que aprende, que es consciente del proceso de trabajo, que disputa el control del proceso de trabajo y además, es capaz de crear el proceso productivo mismo. Es un activo intangible de gran valor.

La supervivencia y éxito competitivo de las organizaciones se da a partir de su capacidad para desarrollar conocimientos y habilidades que permitan adaptarse a las exigencias del un entorno cada vez más cambiante. En la actualidad, las ventajas competitivas de las instituciones se sustentan en los *RH* y sus capacidades, las que tienen que estar en constante proceso de apropiación de nuevos conocimientos y tecnologías para poder dar respuesta a todo lo que acontece.

Esto hace que las organizaciones deban estar abiertas al aprendizaje y, por tanto, que estén integradas por personas que aprendan y equipos que aprendan.

Los conocimientos, aptitudes y experiencia de los seres humanos les hacen económica y socialmente productivos. Las organizaciones pueden incrementar su competitividad invirtiendo en su educación y capacitación, así como en la atención a la salud de sus integrantes.

La creatividad de los individuos y equipos que integran una organización es fundamental para que esta se encuentre posicionada en el mercado,

---

\* Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba.

ya sea productiva, de servicios, académica, docente o de investigación, lucrativa o sin fines de lucro.

Cada vez más se habla del concepto de emprendedores para referirse a los agentes que buscan introducir una nueva idea, producto o servicio en el mercado. Estos han sido considerados como elemento fundamental para el crecimiento económico y el desarrollo social. Es de esa forma que se encuentran respuestas creativas que conducen al desarrollo –en lugar de las respuestas adaptativas– y que se caracterizan por un adecuado desempeño que garantiza efectividad.

No se puede decir que los *RH* se encuentren en las organizaciones, tampoco que son una pieza dentro de ellas. En buena medida, son en sí las organizaciones las encargadas de constituir las y darles vida, son quienes pueden hacerlas avanzar y converger en un gran esfuerzo colectivo para el efectivo ejercicio del derecho a la salud de la población.

En las organizaciones sanitarias el *RH* resulta aún más importante por el importante papel que tienen sus conocimientos, aptitudes y experiencias en la atención a las personas, allí las actitudes se unen también en el proceso de atención para garantizar la calidad que el mismo requiere. No está exento el sector salud de requerir cada vez más de *emprendedores* que con su creatividad permitan dar respuesta a los actuales problemas que enfrenta la salud pública, en la necesidad de actuar sobre los determinantes sociales, promover salud y ofrecer salud universal.

## **Desafíos de la salud pública en siglo XXI y la profesionalización de la salud**

La salud pública puede ser definida como “el conjunto de actividades organizadas por las administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales”.

Entre los principales desafíos a que se enfrenta en el presente siglo, pueden citarse los siguientes:

- Avance científico tecnológico.
- Cambios en la estructura socioeconómica.

- Modificaciones del ambiente.
- Globalización.
- Amenazas a la seguridad ciudadana.
- Alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS).
- Transición demográfica y epidemiológica.
- Enfermedades crónicas no transmisibles (obesidad, diabetes...).
- Enfermedades transmisibles emergentes.
- Amenazas de pandemias: cólera, ébola.
- Alcanzar la salud universal.

Los desafíos a que se enfrenta la salud pública en cualquier contexto llevan a exigir de las instituciones sanitarias el máximo aprovechamiento para lograr eficacia, efectividad, eficiencia y equidad. Ello requiere de profesionales de alta calificación, capaces de utilizar las diferentes tecnologías modernas.

La complejidad de la salud pública solo puede abordarse por expertos ampliamente capacitados, con una formación de calidad y experiencia laboral suficiente, es por ello que el personal sanitario necesita para su desarrollo de nuevas competencias y habilidades en diversas ciencias y disciplinas para enfrentar los retos actuales y futuros, esta es la forma de lograr “emprendedores” en la actividad sanitaria.

Cada institución sanitaria debe determinar las posibilidades de mejora que existen, en particular la especialización en salud pública, ya que resulta relevante para fortalecer la profesionalización y consecuentemente incrementar los beneficios que reporta en la salud de la población. Es imprescindible identificar el núcleo de conocimientos que debe poseer un profesional para ejercer las funciones propias de la salud pública. Dentro de esos conocimientos y habilidades requeridas, el marketing constituye uno de ellos, dadas sus potencialidades tanto para los servicios como para los programas de salud.

Si bien en el mundo empresarial no se carece del conocimiento y aplicación del marketing, la aplicación a la salud, fundamentalmente en el sector público, no se da de igual forma.

## Marketing en salud en Iberoamérica

La aplicación de la mercadotecnia en la esfera de la salud en Iberoamérica, tanto en el cambio de comportamientos como en los servicios y la realización de investigaciones para la proyección y evaluación de estrategias, programas, proyectos y campañas, ha permitido también el enriquecimiento teórico y el poder disponer de resultados para extraer enseñanzas y compartir experiencias exitosas desde la academia y los servicios.

Con el objetivo de caracterizar los conocimientos de mercadotecnia y actitudes para su aplicación en salud en países miembros de la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud (RIMS), se realizó en el año 2015 un estudio observacional descriptivo en el que fueron utilizados métodos teóricos (revisión bibliográfica), analíticos, sintéticos y empíricos (cuestionario de autoregistro). La encuesta fue realizada en seis países (Colombia, Cuba, México, Nicaragua, Perú y Portugal) y en esta participaron 908 profesionales en servicios públicos y privados; docentes, investigadores, administrativos y estudiantes de maestrías; mujeres y hombres con edades que varían desde los 25 hasta más de 50 años; egresados de medicina, odontología, enfermería, psicología, biología, nutrición, tecnología, entre otras disciplinas; especialistas, másteres y doctores en ciencias.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que los profesionales, gerentes y docentes encuestados:

- Poseen conocimientos de marketing: 66%.
- Consideran insuficientes sus conocimientos: 70%.
- Tienen formación académica en marketing: 23%.
- Manifiestan interés en conocer marketing: 84%.
- Consideran aplicable el marketing a la salud: 78%.

En general, es insuficiente el conocimiento de la mercadotecnia y sus posibilidades de aplicación. La aplicación del marketing a la promoción de la salud es aún menor que la aplicada a los servicios, aunque estos son favorecidos en el sector privado. Sin embargo, el interés demostrado en adquirir conocimientos y la actitud positiva hacia su empleo fundamentan la necesidad de ampliar la oferta de diferentes modalidades de formación

académica que respondan a las necesidades del personal que labora en el ámbito de la salud. Estos resultados permitieron conocer cómo se encuentra posicionado el marketing en la actividad sanitaria, además de conocer las brechas y sus causas.

Otro estudio se dirigió a indagar sobre las ofertas de formación académica en marketing en salud, en instituciones de la región, encontrando lo siguiente:

- Ofertan opciones 15 países: cursos en maestrías (8), diplomados (7), cursos cortos (7) y talleres (5).
- Los docentes son insuficientes en 14 países.
- Hacen escasa difusión de las opciones existentes.
- Hay falta comprensión del sector público.
- Presencia de ofertas variadas de agencias privadas en marketing comercial en salud.

Resulta insuficiente la oferta de formación académica en marketing en salud en Iberoamérica, lo que no se encuentra en correspondencia con las formas de accionar para la solución de los principales problemas de salud que se presentan en sus países. La falta de formación en docentes e investigadores sobre marketing aplicado a la salud, constituye una limitante para poder ampliar la oferta académica en las universidades de ciencias de la salud.

La alternativa es incorporar entonces a la formación académica de los gerentes, funcionarios y profesionales de la salud, el marketing en modalidades capacitantes que permitan crear las bases para la introducción de la misma como herramienta de dirección, como una tecnología gerencial y de promoción de la salud en todas las posibilidades que ella ofrece para la profesionalización de la salud.

En el proceso de formación académica se adquieren, a la par de la información, las habilidades que les permite enfrentar la labor cotidiana desde otras perspectivas y solucionar los problemas de la práctica diaria a partir del manejo de alternativas hasta ese momento desconocidas.

En la región, existe disponibilidad de programas de formación en marketing en salud diseñados con base en el enfoque de formación basado en la competencia; existen estrategias docentes que combinan el desarrollo de



habilidades y destrezas, sustentadas en la combinación teoría/práctica y elaboradas y evaluadas por expertos. Modalidades: cursos cortos, diplomados, asignaturas de maestrías, talleres y entrenamientos.

## Desarrollar el potencial científico de RIMS

RIMS cuenta con el potencial científico para hacer avanzar el marketing en su enfoque social aplicado a la salud y que no quede solo como una herramienta de las instituciones privadas. El reto de la salud universal requiere buscar la optimización de recursos en la salud pública, no solo para emplearse en la curación sino para que la prevención y la promoción de la salud tributen a una población mas sana que requiera en menor medida de gastos en su curación.

Una serie de alternativas, que a continuación se presentan, pueden ser la pauta para lograr tal propósito:

- Creación de capacidades.
- Difusión y discusión del conocimiento.
- Deliberación pública: discusión de políticas públicas.
- Lograr mayores potencialidades de la interdisciplina.
- Flujo internacional de conocimientos (redes).
- Incrementar el impacto del marketing en la economía y la sociedad.
- Articular la enseñanza, investigación y la innovación.
- Crear y compartir procesos educativos de marketing de salud.
- Ampliar la interacción entre el conocimiento y el sector salud.
- Propiciar la interacción para aprovechar las capacidades.
- Generar un proceso de construcción de enfoques y métodos.
- Formar el potencial humano.
- Fomentar la conexión con universidades, OPS, La Unión y entre países.
- Despertar necesidades de formación académica.
- Ampliar la oferta de diferentes modalidades, incluyendo la virtual.
- Aprender a aprender de otros.

La formación y desarrollo de los *RH* en marketing en salud puede ser una contribución efectiva de RIMS en la creación de un capital humano con

competencias idóneas que los convierta en "emprendedores" para alcanzar la salud universal, actuar sobre los determinantes sociales, la promoción de la salud, la mejora continua de los sistemas de salud pública, así como su profesionalización y sostenibilidad.

## Referencias

- Suárez L. N. (2015). Enfoque social de la mercadotecnia y los desafíos de la cobertura universal en salud. *Rev Cubana Salud Pública*; 41 Supl.1.
- Suárez, L. N, Garnica, H. C, Cajan, V. M, Remoaldo, P. C, Torres, S. C. & Priego, A. H. (2015). Conocimientos y actitudes hacia la mercadotecnia en salud en países de Iberoamérica. 2014-2015. *Rev Cubana Salud Pública*; 41(1).
- Suárez, L. N, Garnica, H. C, Cajan, V. M, Remoaldo, P. C, Torres, S. C. & Orozco, V. M. (2016). Actitud hacia la mercadotecnia en salud en países de Iberoamérica. 2014/2015. *Horizonte sanitario*; 15(1).
- Suárez, L. N. (2017). Academic education in health marketing in Ibero-America. Dr.C Nery Suárez Lugo. *Revista Horizonte Sanitario*. México; 16(1), pp. 8-14

# Marketing para equipos de salud

Xinia Alvarado Zeledón

## Resumen

El presente artículo trata el tema de la calidad de los servicios de salud, en tanto son ofrecidos por un recurso humano que en principio tiene las competencias y habilidades requeridas para que las personas usuarias de esos servicios se sientan satisfechas. Se presume entonces que la calidad debe satisfacer las aspiraciones de la población, en el sentido de obtener el máximo de los beneficios con el mínimo de riesgos para la salud.

En ese sentido, el marketing social tiene un papel que jugar al entenderse como "el desarrollo de estrategias que motivan el cambio de hábitos, actitudes, acciones, comportamientos, conductas, valores o prácticas para mejorar la salud de los individuos y las comunidades, mediante la investigación de necesidades, la planeación, la ejecución y la comunicación educativa como herramientas estratégicas" (Secretaría de Salud, 2010, p. 19). Así las cosas, los equipos de salud, responsables de la atención de la salud de la población, no en todos los casos, cumplen con estos requisitos, motivo por el cual este estudio hace un análisis de la importancia de utilizar las técnicas de la mercadotecnia social para mejorar la prestación de servicio en salud de calidad.

**Palabras clave:** Equipos de salud, Marketing social, Satisfacción de los usuarios, Recursos humanos en salud, Atención de la salud.

## Introducción

Tal y como lo señala Cajachagua (2009, p. 2), "el marketing se ha convertido en un arma poderosa para incrementar la utilización de los servicios no

---

\* Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

sólo por el fin que persigue, sino porque está destinado a descubrir las necesidades de los clientes para satisfacerlos. En una época en la que la libre demanda ha acrecentado el mercado, el marketing de servicios hace la diferencia entre un negocio centrado en su deseo de mercantilizar y lucrar, frente a otra empresa que procura responder a las expectativas de los clientes/usuarios".

En ese sentido, y asumiendo que la atención de la salud es un servicio asociado a los equipos, a la infraestructura, así como al recurso humano, es importante tener muy claro que la calidad debe ser un baluarte, siempre a considerar. Según Vargas (1997), en el caso de Costa Rica, desde la comisión de Regulación del Ministerio de Salud como rector y desde la Caja Costarricense de Seguro Social, institución prestadora de servicios, se han consolidado procesos orientados a concienciar a los funcionarios, con el fin de considerar los valores dirigidos a la satisfacción del usuario. Esta tarea es posible gracias a un recurso humano experto en su área del conocimiento, permitiendo que el servicio brindado sea cuantitativa y cualitativamente adecuados a las necesidades de la población.

Es frecuente considerar que la calidad de los servicios de salud es algo que está fuera del alcance del común de los oferentes de los servicios. Esta posición desestima que se trata de un proceso social, donde están involucrados aspectos ideológicos, de cultura, de poder, de estructura, de infraestructura, pero especialmente de actitud de las personas, de compromiso con la sociedad y consigo mismo, de sinceridad y honestidad y de superar el desorden y engaño, perjudicando con ello a las grandes mayorías (Vargas, 1997).

Conceptualmente, la calidad pasa por la comprensión de las personas usuarias del servicio que se le esté brindando, sobre todo porque esa comprensión está relacionada con lo estrictamente humano y todo lo que ello implica en una mutua relación, que se da entre personas demandantes de servicios y el servicio propiamente como tal. La mayoría de las veces, la calidad del servicio depende de las personas que lo otorgan, es decir, que a pesar de que se disponga de una infraestructura adecuada, equipo avanzado y recurso humano capacitado, la forma en que se brinda el servicio no siempre cumple con las expectativas de las personas que lo reciben; es por ello que la mercadotecnia social dirigida a los equipos de salud es de trascendental importancia.

## Objetivos

- Exponer acerca de la importancia del uso de la mercadotecnia social en los equipos de salud para el beneficio institucional y la satisfacción de los usuarios.
- Desarrollar algunas técnicas de la mercadotecnia social para incentivar el trabajo de los equipos de salud.

## Método

El desarrollo de este trabajo se basó en la revisión de literatura existente sobre la mercadotecnia en salud aplicada a los equipos de salud.

## Discusión

Los procesos de atención de la salud deben garantizar la atención a los usuarios en todos los niveles propios del sistema de salud con que se cuente. Para cumplir con ello, se debe contar con un recurso humano capaz de brindar un servicio reconocido por los usuarios como excelente. Por lo tanto, el equipo de salud, conformado por médicos, enfermeras, secretarías, y asistentes, entre muchos otros, debe contar con una capacidad cognitiva amplia y con un valor de humanización con el que las personas sientan que el trato brindado es el adecuado y que el servicio recibido es de buena calidad. Ello requiere de equipos muy preparados para hacer frente a las exigencias de las personas usuarias del servicio.

Como ejemplo, se señala que, en el caso de Costa Rica, el Ministerio de Salud como ente rector de la salud tiene como estrategia maestra el “avanzar de la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud”, posicionando la salud como valor social y dirigiendo y conduciendo las intervenciones de los actores sociales hacia la vigilancia y el control de los determinantes de la salud, basados en evidencia y con equidad” (Castro et al., 2014, p. 7). Para lograr esta estrategia, no solo se debe contar con los actores sociales dispuestos a cambiar su condición de salud, además debe disponerse de un recurso humano que funcione como un equipo, con habilidades y aptitudes acordes a los fines a conseguir, es decir, utilizando los principios de la mercadotecnia social.

Castro et al. (2014, p. 8) señalan que el proceso de generación de valor en el mercadeo social es complejo, implica un conocimiento profundo de

las necesidades, expectativas, deseos y cosmovisión del mercado meta para que el comportamiento deseado sea valorado social y culturalmente. El proceso de adopción del comportamiento es voluntario, por lo que se debe lograr convencer a un grupo para que adopte un comportamiento en específico. Generar valor significa entregar una propuesta que contemple los beneficios que el mercado meta obtendrá al tener el comportamiento deseado. Esta propuesta logra un equilibrio entre lo que motiva a las personas, el valor que ellos perciben y el valor que nos interesa posicionar. Así se crea un intercambio, un nicho en la mente y en los corazones de las personas.

El mercadeo social en salud utiliza los principios del mercadeo clásico, la segmentación de mercados y divide a la población en segmentos con características homogéneas en busca de una estrategia acorde con sus particularidades; por ello es importante la investigación científica como medio para conocer y analizar de manera ordenada y sistemática el producto social a promover (la salud), el grupo social al que va dirigido (mercado meta), y los factores económicos, ambientales, sociales, políticos relacionados. De esta manera logra diseñar los mensajes, seleccionar los medios adecuados para difundirlos y controlar y evaluar el impacto de los mismos en el comportamiento de las personas (Castro et al., 2014, p. 8). Luego:

“Al hablar de mercadotecnia en equipos de salud, se debe reconocer que de manera creciente las personas forman parte de la diferenciación en la cual las compañías de servicios crean valor agregado y ganan ventaja competitiva. En los servicios de salud el personal tiene un significado especial. En las instituciones de salud el equipo de salud está compuesto por los diferentes profesionales correspondientes a diversas disciplinas científicas, los cuales ejecutan procesos (técnicas y procedimientos), basados en conocimientos científicos. Los equipos que participan en dar servicios dependen del grado de preparación y si son supervisados por personas capacitadas, entonces se obtendrá buenos resultados. Las organizaciones mejoran mediante el uso más eficaz y eficiente de todos sus recursos en especial el humano. Un uso eficaz de sus recursos humanos significa producir bienes y servicios aceptables para la sociedad” (Cajachagua, 2009, p. 5).

Cuando se abordan los servicios bajo la perspectiva del marketing, se debe tener presente que los profesionales de la salud deberán ser creativos e innovadores para lograr los cambios esperados en la sociedad. Con esta visión, es más probable superar las deficiencias que pudiera tener el sistema de atención de acuerdo a la visión de los usuarios.

La razón de ser de los profesionales de las ciencias y del resto del equipo de salud, consiste en prestar un servicio a la sociedad, por tanto, parte del marketing ha de provenir de adentro, es decir de la preparación profesional o técnica de cada persona que entregará el servicio de salud. El personal de salud ha de conocer el grado de influencia y las modificaciones que debe realizar en sus técnicas y procedimientos para alcanzar los objetivos institucionales (Cajachagua, 2009). La forma más clara de medir la calidad de un servicio es a través de la satisfacción de quienes usan los servicios.

El marketing en salud es una aplicación que provee un enfoque sistemático para resolver problemas de salud relacionados con la conducta y comportamiento de una persona o comunidad. Cajachagua (2009) señala que el marketing es promocional y educacional, juega un rol preponderante en el comportamiento, sentimientos, actitud y percepción de los usuarios hacia los servicios ofrecidos por la institución de salud, favoreciendo el cambio de conducta al modificar la percepción respecto de un servicio de salud.

Por lo señalado anteriormente, es justo decir que el papel que juegan los equipos de salud, es fundamental; cada miembro de esos equipos debe usar las mejores técnicas para convencer a los usuarios, para liderar programas y para obtener resultados positivos, en lo que a mejorar la salud se refiere, objetivo fundamental de la mercadotecnia social.

## Conclusiones

Después de valorar el papel que cumple el marketing social como herramienta fundamental para los equipos de salud, se concluye lo siguiente:

- Los equipos de salud resultan fundamentales en los servicios de salud, debido a que son el recurso que da la cara por la institución en la que laboran y por lo tanto contribuyen a potenciar los procesos de comunicación y educación en salud que tiene como meta el servicio respectivo.

- El marketing en salud debe ser una estrategia creativa, eficaz y capaz de captar la atención de las personas. Debe lograr los objetivos propuestos por la institución de salud, propiciando un conocimiento profundo en la población con el propósito de lograr los cambios deseados.
- Los equipos humanos en salud deben estar capacitados y entrenados en las técnicas del marketing social para que hagan un trabajo efectivo, sobre todos si se trata de equipos que se encuentran en los niveles de atención más cercanos a la población y ligados a las estrategias de prevención.
- Para que un equipo de salud sea eficiente y eficaz, es importante tener claridad acerca de los objetivos propuestos, del tipo de contribución que cada miembro del equipo está llamado a desarrollar, de sus compromisos y las metas a alcanzar, de lo contrario, les será difícil solventar los obstáculos que se presenten. En esta materia, el marketing social prevé estas dificultades al ofrecer oportunidades de innovación y una participación activa de cada miembro del equipo.

## Referencias

- Cajachagua, M. (2009). Marketing en salud, una opción para mejorar la calidad de los servicios de salud. *Rev. Científica de Ciencias de la Salud*, 2:2, pp. 78-83.
- Castro, M., Gómez, X., Monestel, P. & Poveda, C. (2014). *Mercadeo Social en Salud: conceptos, principios y herramientas*. San José de Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Secretaría de Salud (2010). *Manual de mercadotecnia social en salud*, 1° Ed. México: Dirección General de Promoción de la Salud.
- Vargas González, R. (1997). Calidad en los servicios de salud. Experiencia de Costa Rica. *Rev. cienc. adm. financ. segur. soc* vol. 5, n. 2.



# Marketing y formación de personal de salud en Colombia

Camilo Torres Serna

## Resumen

Desde 1993, con la promulgación de la Ley 100 o Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), Colombia inició una fundamentación firme en la gerencia y gestión de sus servicios de salud. Se requería de muchos profesionales en diferentes disciplinas que estudiaran y pusieran en práctica las múltiples normas que surgieron y han venido surgiendo en la implementación y desarrollo de la oferta de servicios de salud.

La universidad colombiana respondió a esta necesidad creando programas de especialización y maestría, relacionados con la administración y gerencia de los servicios de salud concentradas en tres áreas:

- Gerencia (Administración) de servicios de salud (20 universidades).
- Auditoría médica (40).
- Administración de la seguridad y la salud en el trabajo (20).

De manera más débil, algunas universidades han ofrecido en ocasiones programas de Marketing de Servicios de Salud (Universidad de los Andes) y de Derecho Médico (Universidad Santiago de Cali), pero el interés ha estado centrado en las tres grandes áreas mencionadas, limitando los temas relacionados con el marketing y con el derecho a asignaturas o módulos dentro de los contenidos.

La implementación de este sistema de salud (SGSSS) ha sido muy traumático por diferentes factores, el más importante de ellos las cifras de desempleo que hacen que las cotizaciones obligatorias al sistema no sean

---

\* Universidad Libre de Cali, Colombia.

las esperados en su planeación inicial y muchas personas disfruten de la protección de manera subsidiada por el Estado.

A pesar de que el SGSSS necesita, de manera importante, el desarrollo de estrategias de marketing, tanto para mejorar su imagen como para ofrecer una mejor calidad subjetiva para el usuario, el marketing de servicios de salud no es considerado una prioridad de las instituciones de salud pues tienen dos problemas muy graves que ocupan toda su atención:

1. El flujo del dinero. Las carteras que manejan todas las instituciones de salud no solo es demasiado elevada sino que tiene demasiado mora, usualmente más de 6 meses de retardo en pagos.
2. Los sistemas de contratación de personal. Un elevado número de funcionarios del sistema de salud es contratado de manera temporal. Este tipo de personal no adquiere verdadero compromiso emocional con las instituciones.

La magnitud de estos dos problemas no deja a las instituciones de salud ni tiempo ni dinero para pensar en programas relacionados con marketing de servicios de salud y las universidades consideran que programas en este campo no tendrán por consecuente una demanda adecuada.

# La mercadotecnia social en los estudios de postgrado en la Universidad de Panamá

Malvina Díaz de Ceballos

## Introducción

La Universidad de Panamá fue creada mediante Decreto Presidencial de Harmodio Arias Madrid, del 29 de mayo de 1935. Fue inaugurada el 7 de octubre de ese mismo año e inició clases al día siguiente con una matrícula de 175 estudiantes en las carreras de Educación, Comercio, Ciencias Naturales, Farmacia, Pre Ingeniería y Derecho.

En sus 82 años de creación y funcionamiento ha ocupado un sitio importante y destacado en la educación superior en Panamá. Con la creación en el año 1981 de un número significativo de programas de postgrado, ha logrado satisfacer las necesidades de sus graduados y contribuir al mejoramiento de la prestación de servicios a los profesionales que acceden a dichos programas.

La mercadotecnia es un proceso social y administrativo mediante el cual grupos e individuos obtienen lo que necesitan y desean a través de generar, ofrecer e intercambiar productos de valor con sus semejantes (Kotler, 2006).

La capacitación de recursos humanos ha constituido una de las prioridades de RIMS, como forma de contribuir al desarrollo social y económico de los países de Iberoamérica, así como a la comprensión de la utilidad de su empleo en la salud por parte de gerentes y profesionales. En la actualidad, el marketing sanitario está incluido en el currículo de maestrías en varios países de la región, donde se dispone de programas de educación

---

\* Universidad de Panamá, Panamá.

continua y personal capacitado para docencia y asesoría en realización de estudios e implementación de acciones de marketing sanitario (RIMS 2017).

El presente trabajo tiene como objetivo establecer la situación actual del estudio de la mercadotecnia social en los programas de postgrado de la Universidad de Panamá, así como presentar una estrategia mercadológica que permita posesionar la mercadotecnia en sus programas de postgrado.

En una primera instancia, se elabora un análisis de la situación actual de los estudios de postgrado de la Universidad de Panamá, iniciando con una presentación de la institución y del ente rector de estos programas.

En segundo lugar, se presenta un esbozo de los programas de postgrado de las facultades referentes a los servicios de salud, para finalizar con la propuesta mercadológica.

## **Análisis de la situación**

El análisis es el primer paso para realizar una estrategia de mercadotecnia social en salud. Su importancia radica en el hecho de realizar una aproximación adecuada hacia los problemas y retos que plantean los programas educativos de salud, lo que permitirá diseñar mejores acciones y productos que contribuyan a impulsar y promover la adopción de temas de mercadotecnia social en los programas de postgrado que aporten un aprendizaje a la población.

## **Universidad de Panamá**

La Universidad de Panamá, a lo largo de sus ochenta décadas de fundación, se ha constituido en la institución que ha aportado a la sociedad panameña profesionales de las diversas disciplinas que contribuyen al desarrollo económico, político y social, afianzando los valores de la cultura nacional.

## **Misión**

Institución de referencia regional en educación superior, basada en valores, formadora de profesionales emprendedores, íntegros, con conciencia social y pensamiento crítico; generadora de conocimiento innovador a través de la docencia, la investigación pertinente, la extensión,

la producción y servicios, con el ánimo de crear iniciativas para el desarrollo nacional, que puedan contribuir a la erradicación de la pobreza y a mejorar la calidad de vida de la población panameña.

## **Visión**

Ser la mejor universidad de la región, formadora de líderes emprendedores comprometidos con el país en la búsqueda de soluciones efectivas contra la pobreza.

## **Valores**

- Calidad
- Integridad
- Autonomía
- Emprendimiento
- Respeto a la diversidad
- Responsabilidad social
- Amor a la patria

Desde el punto de vista administrativo está organizado en:

- Rectoría
- Secretaría general
- Vicerrectorías
- Direcciones

Dentro de esta organización, y como parte de las vicerrectorías, se encuentra la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado (VIP), de la cual nos ocupamos en este trabajo y que analizaremos de aquí en adelante.

## **Vicerrectoría de Investigación y Postgrado**

La VID es una unidad académica de destacada importancia de la Universidad de Panamá, surgida del interés de ubicar en el tiempo y el espacio los esfuerzos universitarios tendientes a crear un modelo organizativo para administrar las tareas de investigación, docencia de postgrado, asistencia técnica y cooperación nacional e internacional. Inició sus funciones oficialmente a partir de la promulgación de la Ley 11 del 8 de junio de 1981.

## Misión

Organismo facilitador de la gestión en materia de investigación, postgrado, producción y servicios especializados, que procura su interacción tanto con el sistema productivo y empresarial del país, como con la comunidad.

## Visión

La gestión de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado constituye un modelo de gerencia y promoción de la investigación, organización de postgrados, producción y servicios especializados, percibidos por la comunidad nacional e internacional como exitosos, en virtud de su capacidad para dar respuestas notables a necesidades del país y por el liderazgo de su presencia en el ámbito internacional.

La Vicerrectoría de Investigación y Postgrado presenta una estructura organizativa en la cual se dan respuestas integrales a las actividades inherentes a la investigación, los estudios de postgrado y los servicios de asesoría, consultoría y asistencia técnica.

El sistema de postgrado de la Universidad de Panamá, contempla los siguientes niveles de estudios postgraduados:

- Curso especial
- Programa de especialización
- Maestrías
- Doctorado y Post Doctorados

Los diferentes programas de postgrado se ofrecen en las 18 facultades, 9 centros regionales universitarios, en las extensiones universitarias y en los institutos que forman parte de la estructura académica de la Universidad de Panamá (Reglamento General de Estudios de Postgrado).

Como puede observarse, los programas de postgrados están insertos en todas las unidades académicas de la universidad. No obstante, solo revisaremos las del área de salud, por ser el tema que nos ocupa en este trabajo.

El cuadro siguiente indica los diferentes programas que se desarrollan en la primera casa de estudio –como se le denomina a la Universidad de Panamá–, así como en el campus central y en las facultades del área de la salud. Se incluye la Facultad de Administración Pública, debido a que cuenta con un programa de maestría en el área de la salud.

Unidad académica	Programa de maestría	Estudio de mercadotecnia sanitaria
Facultad de medicina	Doctorado en investigación biomédica y clínica	
	Maestría en salud pública	Incluye dentro de una de las asignaturas un módulo sobre mercadotecnia en salud
	Maestría en ciencias biomédicas con énfasis en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anatomía</li> <li>• Bioquímica</li> <li>• Farmacología</li> <li>• Fisiología</li> <li>• Histología</li> <li>• Inmunología</li> <li>• Microbiología</li> <li>• Parasitología</li> </ul>	
	Maestría en ciencias clínicas con especialización en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía general</li> <li>• Medicina familiar</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Medicina interna</li> <li>• Psiquiatría</li> <li>• Obstetricia y ginecología</li> <li>• Medicina legal</li> </ul>	
Facultad de enfermería	Maestría en economía de la salud y gestión de los servicios sanitarios	Tiene una de sus asignaturas donde se aborda el tema de mercadotecnia sanitaria
	Maestría en gerencia y administración integral de los servicios de laboratorio clínico	Tiene una asignatura que contempla la mercadotecnia en salud
	Doctorado en enfermería y salud internacional	
	Maestría en atención del paciente adulto en estado crítico	
	Maestría en salud y enfermería mental	
	Maestría en epidemiología	
	Maestría en ciencias de la enfermería con especialización en administración de los servicios de enfermería	Contempla un módulo dentro de una asignatura
	Maestría en gestión de los servicios de enfermería	

Unidad académica	Programa de maestría	Estudio de mercadotecnia sanitaria
	Maestría en enfermería pediátrica	
	Maestría en enfermedad cardiovascular	
	Maestría en epidemiología (facultad de medicina)	
Facultad de odontología	Maestría en administración de clínicas odontológicas	
	Maestría en restauradora dental	
	Maestría en ortodoncia	
	Maestría en odontología pediátrica	
	Maestría en periodoncia	
Facultad de farmacia	Maestría en farmacia clínica	
	Maestría en ciencias farmacéuticas	
	Maestría en farmacia hospitalaria	
	Maestría en farmacia ocológica y cuidados paliativos	
	Maestría en ciencias farmacéuticas con énfasis en producción	
	Biofarmacia y farmacocinética	
	Control de calidad de los medicamentos	
Veterinaria	Maestría en clínica y cirugía en caninos y felinos	
	Maestría en salud pública veterinaria	
Facultad de administración pública	Maestría en trabajo social en el sistema de salud	Tiene una asignatura denominada mercadotecnia social

Como producto de este análisis, puede observarse en este cuadro que la oferta de cursos o módulos que contemplan la mercadotecnia social en los programas de postgrado de la Universidad de Panamá, son escasos o por no decir nulos. Es por ello que se hace necesario elaborar una estrategia mercadológica para promover su inclusión en estos programas.



## Propuesta mercadológica

### Objetivo

Promover el posicionamiento de la mercadotecnia social en los programas de postgrado de la Universidad de Panamá.

### Identificación del público objetivo

Este rubro se refiere a clasificar la población en grupos con necesidades, características o comportamientos propios (Priego, 2001). El público objetivo se clasifica en internos y externos. Los internos se refieren a las autoridades de la VIP, directores y coordinadores de investigación y postgrado de la facultades, coordinadores de los programas y docentes de los programas. Como externos, fueron considerados egresados de las carreras.

Cabe destacar que en este momento muchos de los programas de postgrado están en proceso de rediseño, situación que favorece la estrategia a desarrollar.

### Comportamiento a cambiar

Las estrategias escogidas nos permiten determinar la dirección y programa a realizar para lograr el cambio en las actitudes y conductas de los adoptantes objetivo.

En este sentido, los comportamientos identificados como susceptibles de cambio fueron:

- Poca presencia de los temas de mercadotecnia social en los programas de postgrado de la Universidad de Panamá.
- Poca conocimiento sobre el tema de mercadotecnia por parte de los responsables del diseño de los currículos de los programas.
- Creencia persistente de la mercadotecnia social como una herramienta comercial.
- Poca valoración del marketing social como una herramienta gerencial.

### Diseño de estrategias para el cambio

La estrategia direcciona los pasos a seguir para el logro de los objetivos y el cambio de comportamiento de la población meta.

Para ello, nos planteamos los siguientes objetivos:

- Organizar un equipo de trabajo que diseñe y ejecute la estrategia.
- Fortalecer la visión y conocimientos de la mercadotecnia social en las autoridades de la VIP.
- Diseñar y ejecutar actividades educativas sobre la mercadotecnia social en los diferentes niveles de la VIP (conferencias, seminarios, filmaciones, programas radiales, entre otros).
- Revisar las mallas curriculares de los programas de postgrado.
- Diseñar programas piloto con los contenidos de los temas de mercadotecnia social.
- Establecer alianzas con organizaciones nacionales e internacionales para la promoción del plan de mercadotecnia.

## **Monitoreo y evaluación de resultados**

Desde el monitoreo y evaluación de las actividades, se realizarán acciones tales como:

- Vigilancia en el diseño de los currículos de los programas de postgrado del área de salud.
- Seguimiento y acompañamiento a los profesores capacitados.
- Monitoreo a la escogencia de los docentes para dictar los cursos reformulados.

Estos son los indicadores identificados:

- Número de actividades educativas desarrolladas.
- Número de profesores capacitados y motivados.
- Número de programas rediseñados.

## **Conclusiones**

Para el mantenimiento de la estrategia es necesario estar alerta y apoyar para que el comportamiento se mantenga, se debe trabajar en el fortalecimiento de la idea (ingresar el tema de mercadotecnia social en los programas de postgrado).

Dada la importancia que tiene la mercadotecnia social en el cambio del comportamiento de las personas, se hace necesario que la propuesta

presentada aquí obtenga el éxito deseado y mejorar así la calidad de la enseñanza de los profesionales de la salud y, por ende, de la prestación de los servicios.

## Referencias

- Evangelista, E. (2015). *Fundamentos metodológicos para el trabajo social institucional*. Tomo II. México: Ediciones Entorno Social.
- Grande, I. (2002). *Marketing de los servicios sociales*. España: Editorial Síntesis.
- Priego Álvarez, H. (2009). *Mercadotecnia en salud: Aspectos básicos y operativos*. México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Suárez Lugo, N. (2007). *Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Secretaría de Salud (2010). *Manual de Mercadotecnia Social en Salud*. Primera versión, México D. F.: Dirección General de Promoción de la Salud.

# Marketing y formación de personal de salud. Experiencias en la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba

Nery Suárez Lugo\*

En 1997 inicia su trabajo el Centro de Perfeccionamiento Gerencial de la Escuela Nacional de Salud Pública, con la misión de capacitar a directivos del sistema de salud que acompañan el propósito de perfeccionar la dirección de los servicios de salud y, por ende, de hacer posible la satisfacción de la población con los mismos, así como elevar la salud y los indicadores de bienestar de los cubanos. En esa fecha, se incorpora Mercadotecnia en Salud como curso de postgrado, integrándose a la vez a los programas de los diplomados de economía de la salud, gerencia de salud y gerencia de los servicios de salud.

El interés demostrado por recibir estos cursos, llevó a la necesidad en el año 2000 de ofrecer un diplomado en Mercadotecnia en Salud que permitiera formar un grupo de profesionales en la referida disciplina y posibilitara la difusión de los cursos entre directivos y profesionales del Sistema Nacional de Salud para, a su vez, diversificar los cursos y hacer énfasis en unos en lo referente al enfoque empresarial, esto es, productos y servicios de salud, mientras el énfasis de los otros sería de enfoque social: programas y proyectos de prevención y control. Las maestrías de salud pública y economía de la salud iniciadas en la ENSAP en el curso académico 2001, incluyeron un módulo de mercadotecnia. También se incluyó la mercadotecnia como tema en la maestría de promoción de salud.

---

\* Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba.

Desde esa fecha, todas las ediciones han recibido la materia con la elaboración de proyectos con ese enfoque, dirigidos a la solución de problemas de salud en la esfera de los servicios o de la promoción de la salud.

En 1998, se publica el libro *Marketing y Salud: una perspectiva teórico práctica*, con un enfoque social de la salud y un abordaje conceptual y de experiencias realizadas, elaborado con el propósito de poner a disposición de los directivos y profesionales de la salud que asisten a los cursos, una bibliografía accesible y con un enfoque social de la salud. Este libro es editado por segunda vez en 2001 por la Editorial de Ciencias Médicas, incorporando nuevos temas y revisando la primera edición, obra que en 2004 se integra a la Biblioteca Virtual de Ciencias Médicas de la Red Telemática Infomed. También en 2004 se reedita, con otros capítulos, gracias a la Editorial CATORSE de Cali, Colombia. Ese mismo año, la editorial Ciencias Médica publica *Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria* en su primera edición.

Desde su inicio, la investigación acompañó el proceso educativo docente, posibilitando la retroalimentación. Así, la obtención de conocimientos y desarrollo de habilidades de mercadotecnia se nutrió de las reales necesidades de los directivos de salud cubanos y otros que recibieron estas modalidades académicas en otros países de la región, fundamentalmente en Bolivia, México, Panamá y Venezuela.

Aunque sujeto a limitaciones en lo referente al intercambio de expertos y posibilidades de acceder a textos especializados, Cuba se encuentra entre los primeros países que introduce la formación académica en mercadotecnia en la superación en salud pública de sus profesionales como fue señalado con anterioridad y contribuye a la vez a la difusión en otros de la región.

Para enriquecer en el orden teórico y en el desarrollo de estrategias que permitan ampliar el contenido de la literatura nacional en el tema, se realizó un estudio para diagnosticar los conocimientos, actitudes y la aplicación de la mercadotecnia en el sector salud. El proyecto tenía el propósito de lograr el diseño curricular con base en las competencias, lo que constituye un imperativo actual en el proceso de formación de recursos humanos en salud.

Los resultados obtenidos permiten colocar a la Escuela Cubana de Salud Pública en la primera línea de escuelas con un aval teórico y práctico en el ámbito de Latinoamérica y del mundo, al poder ofrecer cursos cortos, diplomados, módulos de maestrías, pasantías y talleres, sustentados en la investigación científica.

La elaboración de los programas de cursos cortos y diplomados en la temática de mercadotecnia aplicada a la salud y módulos de diplomados y maestrías en dirección, economía de la salud y salud pública, sobre la base del estudio realizado, posibilita ofertar cursos con mayor rigor científico y aplicación práctica, lo cual optimizará el uso de los recursos y a la vez facilitará un mejor resultado en la dirección, calidad de los servicios de salud, nivel científico, elaboración de proyectos y programas de salud, así como en los resultados de los mismos, por citar los más importantes.

El proceso de construcción de los programas de superación posgraduada en lo relacionado a la mercadotecnia y la dirección sanitaria, debe ser considerado en permanente consolidación, su perfeccionamiento se realizará con base en los criterios de los profesionales de la salud que participan en los cursos y en la evaluación del desempeño y el impacto que en ello tenga la preparación y adiestramiento en esta temática.

La aplicación de la mercadotecnia en la esfera de la salud en Cuba, es aún limitada tanto en lo referente a productos y servicios como en programas de cambios de comportamiento. La estrategia empleada para lograr el posicionamiento se ha centrado en capacitar para que directivos y profesionales puedan aplicarla en su trabajo cotidiano, a partir de adquirir conocimientos y desarrollar habilidades siempre con un enfoque social. No obstante, la aplicación de la misma generalmente se ha limitado a los proyectos de trabajos de terminación de cursos, tesis de maestrías y doctorales, pero en lo fundamental se ha logrado un cambio en la forma de pensar de quienes que participan en los procesos formativos académicos.

# Enfoque de marketing en la inserción al mercado laboral de los egresados de la Licenciatura en Cirujano Dentista de una universidad pública en Tabasco

Crystell Guadalupe Guzmán, Guadalupe del Carmen Priego Baeza Flores  
Alejandro Jiménez Sastré, Elsy del Carmen Quevedo Tejero,  
Juan Antonio Córdova Hernández.

## Resumen

**Introducción:** El marketing en el sector educativo se refiere estrictamente a la relación entre la universidad, alumnos y egresados a través del tiempo, lo que resulta elemental para realizar estudios que fortalezcan las instituciones educativas.

**Objetivo:** Conocer si fueron cumplidas las expectativas y la elección de la UJAT como institución de servicio, a través de la evaluación de la inserción al mercado laboral y la satisfacción de los egresados de la Licenciatura en Cirujano Dentista de la DACS- UJAT.

**Método:** Se realizó una investigación transversal y se estudió una muestra no probabilística de 46 egresados de la Licenciatura en Cirujano Dentista de la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Se aplicó un instrumento de 50 ítems, los datos fueron sistematizados y analizados en el Software SPSS, a través de estadística descriptiva y frecuencias.

**Resultados:** De los 46 egresados de la licenciatura cirujano dentista se obtuvo una media de edad de  $24.98 \pm 3$  años, donde el sexo femenino representó el 69.6% ( $n=32$ ). Con respecto a la inserción al mercado laboral,

---

\* Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.

se obtuvo que el 65.2% (n=30) decidió trabajar después de terminar sus estudios, de estos, el 62.5% (n=20) se encuentra empleado, el 15.6% (n=5) autoempleado y el 3.1% (n=1) subempleado. El tiempo en conseguir empleo fue de  $1.89 \pm 3.8$  meses, la evaluación –de acuerdo a la experiencia de conocimientos generales– fue de 69.6% (n=32), lo que indicó un nivel alto; en lo que respecta a habilidades, el 56.5% (n=26) afirmó haber obtenido un nivel alto en manejo de técnicas; esto junto a un 58.7% (n=27) que obtuvo nivel alto en actitudes como liderazgo, dirección y coordinación.

**Conclusiones:** Mediante la aplicación del marketing se obtiene que la UJAT, como institución de servicio para la formación de recursos humanos, cumple con las expectativas de los usuarios ya que la satisfacción en cuanto a los conocimientos, habilidades y valores de los egresados de la Licenciatura en Cirujano Dentista de la DACS-UJAT es alta, de acuerdo con la demanda que tienen en sus actividad laboral.

**Palabras clave:** Inserción laboral, Cirujano dentista, Egresado, Conocimientos.

## Introducción

El marketing en las instituciones de educación ha resultado una herramienta necesaria para posibilitar relaciones estrechas entre la universidad, los alumnos y los egresados. Los estudios de egresados llevan implícito el fortalecimiento de las Instituciones de Educación Superior (IES) (Schlesinger et al., 2012).

En este context, se interpreta al egresado como cliente y a la institución educativa como empresa u organización de servicio dentro de la relación de marketing, donde se busca la satisfacción del mismo a través de valores positivos como identificación, lealtad y compromiso del estudiante-egresado hacia la universidad (Schlesinger et al., 2012; Helgesen, 2007).

Estudios proponen que los ejes donde radica la satisfacción del estudiante como cliente son, la organización del suministro del producto, la calidad en la relación entre el alumno y profesor, infraestructura y servicios (Agustín et al., 2009) en respuesta a la transición del candidato a universitario como consumidor pasivo a un ámbito competitivo en búsqueda de una IES que



lo prepare y posicione mejor en el mercado laboral (Agustín et al., 2009; Maringe, 2006). En este orden de ideas, los estudios de egresados resultan elementales para la planeación estratégica de los planes y programas de estudio como un instrumento para el control de calidad y diagnóstico de las instituciones de educación superior (Fresán, 1998), es decir, a través de estas investigaciones hay una retroalimentación que valora la formación recibida, el enfrentamiento de problemas en el mercado de trabajo, el fortalecimiento de diseño y revisión de planes y programas de estudio que derivan en estrategias aplicables a corto o largo plazo (Germán, s.f.) y la satisfacción del consumidor como consecuencia de una serie de actividades y reacciones a lo largo del tiempo.

La División Académica de Ciencias de la Salud (DACS) de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT) inicia su actividad en 1957. Hoy, a 59 años de su fundación, sigue siendo la única casa de estudios tabasqueña con el compromiso de preparar cirujanos dentistas que destaquen, con fuerte compromiso social, conocedores de valores y respeto hacia la dignidad del ser humano (UJAT, s.f.), por lo que –derivado del contexto anterior– surge la intención de conocer si las expectativas y la elección de la UJAT como institución de servicio se cumplieron a través de la evaluación de la inserción al mercado laboral, la satisfacción en cuanto a los conocimientos, habilidades y valores de los egresados de la Licenciatura en Cirujano Dentista de la DACS-UJAT.

## Objetivo

Conocer si las expectativas y la elección de la UJAT como institución de servicio se cumplieron a través de la evaluación de la inserción al mercado laboral y la satisfacción de los egresados de la Licenciatura en Cirujano Dentista de la DACS- UJAT.

## Método

Se realizó una investigación de tipo cuantitativa con diseño transversal, descriptivo. Se estudió una muestra no probabilística obtenida a través de muestreo por conveniencia de 46 egresados de la Licenciatura en Cirujano Dentista de la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Se diseñó un instrumento de 50 ítems que recolectaba información general del egresado, inserción al campo laboral, satisfacción entre el desempeño laboral y la formación profesional y, por último, nivel de requerimiento de conocimientos, habilidades y valores. Para la identificación y contacto de los egresados, se tuvo apoyo de la oficina de servicios escolares de la división, incluyendo en el estudio a todos los que respondieran de manera directa o hicieran llegar el instrumento vía electrónica; que la información estuviera completa y que fuera dentro del periodo junio-agosto de 2016.

Por último, los datos fueron sistematizados en el Software SPSS versión 21 con licencia de uso y analizados a través de medidas de tendencia central y frecuencias.

## Resultados

Se recibió respuesta de 50 egresados, sin embargo, solo se incluyeron 46 egresados de la Licenciatura en Cirujano Dentista que cumplieron con los criterios definidos; se obtuvo una media de edad de  $24.98 \pm 3$  años, donde el sexo femenino representa el 69.6% (n=32), con un 76.1% (n=35) de nacimiento tabasqueños y un 23.9% (n=10) proveniente de otros Estados de la República.

Con respecto a la inserción al mercado laboral, se obtuvo que el 65.2% (n=30) decidió trabajar después de terminar sus estudios. De estos, el 62.5% (n=20) se encuentra empleado actualmente; el 15.6% (n=5) autoempleado y el 3.1% (n=1) subempleado. El tiempo en conseguir empleo fue de  $1.89 \pm 3.8$  meses. El tipo de organización donde se ha desarrollado la actividad más importante ha sido la privada para el 62.5% (n=20), seguido de la gubernamental para el 21.7% (n=10), con un ingreso mensual que oscila entre \$3.000 a \$6.000 pesos para el 26.1% (n=12) en un rango que va de \$3.000 a \$18.000 pesos.

Por último, la satisfacción en cuanto al nivel de requerimiento o exigencia en sus actividades fue alto en conocimientos generales para 69.6% (n=32); alto en conocimientos especializados para el 52.2% (n=24), y alto en conocimientos actualizados para el 54.3% (n=25), como se observa en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Satisfacción de los egresados de la licenciatura cirujano dentista en cuanto a conocimientos otorgados

	Generales		Especializados		Actualizados	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Bajo	0	0	1	2.2	0	0
Medio	10	21.7	18	39.1	17	37
Alto	32	69.6	24	52.2	25	54.3
Muy alto	4	8.7	3	6.5	4	8.7
Total	46	100	46	100	46	100

Fuente: Base de datos Inserción al mercado laboral, conocimientos, habilidades y actitudes de los egresados de Cirujano Dentista UJAT-DACS.

**Tabla 2.** Satisfacción de los egresados de la licenciatura cirujano dentista en cuanto a habilidades otorgadas

	Comunicación		Investigación		Manejo de técnicas	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Bajo	0	0	3	6.5	0	0
Medio	14	30.4	14	30.4	15	32.6
Alto	26	56.5	25	54.3	27	58.7
Muy alto	6	13.0	4	8.7	4	8.7
Total	46	100	46	100	46	100

Fuente: Base de datos de Inserción al mercado laboral, conocimientos, habilidades y actitudes de los egresados de Cirujano Dentista UJAT-DACS.

En lo que respecta a las habilidades, en la Tabla 2 se observa que –para comunicación– el 13% (n=6) indicó haber obtenido un nivel muy alto; en investigación, solo el 6.5% (n=3) obtuvo nivel bajo; en cuanto a la habilidad para el manejo de técnicas, el 58.7% (n=27) se ubicó en un nivel alto.

Por último, en la Tabla 3 se encuentran los resultados de los valores explorados, donde resalta que el 60.9% (n=28) tuvo un nivel alto en emprendimiento, respecto a puntualidad y formalidad; el 34.8% (n=16) indicó alto junto a un 58.7% (n=27) que se categorizó como alto en los valores de liderazgo, dirección y coordinación.

**Tabla 3.** Satisfacción de los egresados de la licenciatura cirujano dentista en cuanto a valores otorgados

	Emprendimiento		puntualidad y Formalidad		Liderazgo, dirección y coordinación	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Bajo	2	4.3	2	4.3	1	2.2
Medio	10	21.7	13	28.3	12	26.1
Alto	28	60.9	16	34.8	27	58.7
Muy alto	6	13	15	32.6	6	13
Total	46	100	46	100	46	100

Fuente: Base de datos Inserción al mercado laboral, conocimientos, habilidades y actitudes de los egresados de Cirujano Dentista UJAT-DACS..

## Conclusiones

De acuerdo a lo explorado, se concluye que el servicio de formación de recursos humanos que brinda la UJAT como institución –a través de la aplicación de marketing–, cumplió con las expectativas al evaluar la multidimensionalidad de agentes implicados: la evaluación de la inserción al mercado laboral indicó que cerca de tres cuartas partes del grupo se encuentra laborando y que el tiempo promedio en encontrar empleo es poco; ahora bien, la satisfacción en cuanto a los conocimientos, habilidades y valores de los egresados de la Licenciatura en Cirujano Dentista de la DACS-UJAT es alta, acorde con la demanda que tienen en su actividad laboral.

## Referencias

- Agustín, M. & Domelis, M. (2009). Desarrollo de un instrumento para medir la satisfacción estudiantil en educación superior. *Docencia Universitaria*;10(2), p. 29.
- Fresán, M. (1989). Los estudios de egresados. Una estrategia para el autoconocimiento y la mejora de las instituciones de educación superior. En: *Esquema básico para estudios de egresados*. México: ANUIES; pp. 19-31.

- Gardó, T. F., Granizo, M. G., Francés, D. S. & Alarcón, F. A. (2011). Análisis y evaluación del servicio de formación universitaria: implicaciones para el marketing estratégico de las universidades. *Revista de investigación en educación*; 2(9), pp. 133-52.
- Germán, V. B. H. (s.f.). *Estudio de seguimiento de egresados 2006-2010*. Universidad Autónoma de Chihuahua.
- Helgesen, Ø. & Nettet, E. (2007). What accounts for students' loyalty? Some field study evidence. *International Journal of Educational Management*; 21(2), pp. 126-143.
- Maringe, F. (2006). University and course choice: Implications for positioning, recruitment and marketing. *International Journal of Educational Management*; 20(6), pp. 466-479.
- UJAT (s.f.). Historia de la División Académica de Ciencias de la Salud. Recuperado de: [<http://www.ujatmx/dacs/1930>].
- Schlesinger, M. W., Taulet, A. C. & Bonillo, M. Á. (2012). La identificación egresado-universidad: un modelo desde un enfoque de marketing relacional. *Revista de Ciencias Sociales*; 18 (1).

# Adherencia a la *Guía de práctica clínica de hipertensión arterial* en una institución pública en la ciudad de Bogotá

Bryan Sierra, Diana Vera, Claudia Liliana Sánchez Camargo

## Resumen

**Introducción:** La hipertensión arterial es considerada un problema de salud pública a nivel mundial. En Colombia, constituye una afección de relevancia ya que desencadena enfermedades crónicas no transmisibles. La *Guía de práctica clínica para hipertensión arterial* da a conocer los principales factores de riesgo modificables, manejo farmacológico y recomendaciones de estilo de vida saludable, basados en la mejor evidencia disponible para hipertensión arterial (MinSalud, 2013).

**Objetivos:** Verificar el grado de conocimiento y adherencia a la *Guía de práctica clínica de hipertensión arterial* en un hospital público de la ciudad de Bogotá.

**Método:** Este proyecto es de tipo descriptivo de corte transversal, se utilizó la encuesta como técnica para identificar el grado de conocimiento sobre factores de riesgo y tratamiento de primera línea para esta patología. Se aplicó en médicos internistas, internos y estudiantes de medicina interna.

**Resultados:** El análisis de la encuesta permite evidenciar que el 47% del personal de salud encuestado desconoce la guía nacional y se inclina para el manejo y tratamiento de los pacientes hipertensos por las guías internacionales. Los encuestados reconocen falencias en cuanto a las recomendaciones de modificación de factores a sus pacientes por el limitado tiempo de la consulta. Los esquemas de tratamiento, seguimiento

---

\* Universidad Antonio Nariño, Colombia.

y control difieren respecto a la recomendación de la guía avalada por el Ministerio del país.

**Conclusiones:** Los resultados sugieren la necesidad de realizar una campaña de divulgación de la guía y ampliar el estudio en otras instituciones en el país. Se sugiere utilizar el marketing en salud como técnica para impactar la prevalencia de esta patología.

**Palabras clave:** Hipertensión arterial, Guía de práctica clínica, Salud pública, Marketing en salud.

## Introducción

La hipertensión arterial, considerada como un problema de salud pública a nivel mundial, constituye en Colombia una problemática relevante que desencadena enfermedades crónicas no transmisibles. Esta se define como la presión de la sangre sobre las arterias, mayor a 140 mmHg en la sístole y/o 90 mmHg en la diástole, generalmente presenta un cuadro asintomático (Villar et al., 2013; Rivero et al., 2014; Ling et al., 2016).

Se estima que la hipertensión arterial es la primera causa de morbimortalidad responsable de alrededor del 31% de muertes a nivel mundial. En Colombia, estadísticas revelan que existe una prevalencia de la patología de alrededor del 31% en mujeres y 29% en hombres, siendo más frecuente en Antioquia, Valle del Cauca, Bolívar, Risaralda y Caldas.

En Bogotá, se calcula que entre 6% y 9% de personas cursan esta patología, con una tasa de mortalidad de 12% y 13% (Chaparro et al., 2016; Silva, 2016; Ruiz, 1998). Su presencia y falta de control conlleva a complicaciones como la retinopatía, enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular y nefropatías, que pueden amenazar la vida del individuo que la padece (Villar et al., 2013; Chaparro et al., 2016; Málek, 2013; Barrera, 2000).

La *Guía de práctica clínica para hipertensión arterial* (MinSalud, 2013) da a conocer los principales factores de riesgos modificables, manejo farmacológico y recomendaciones de estilo de vida saludable basados en la mejor evidencia disponible para hipertensión arterial (Villar et al., 2013; Simone, 2006). Según esta, dentro de los principales factores de riesgo para desarrollar hipertensión arterial se encuentra: la edad, el consumo de

sodio (mayor de 4,8 g/día), obesidad, sedentarismo, herencia, tabaco, raza y consumo de alcohol (Villar et al., 2013; Subhi, 2006).

En general esta patología se caracteriza por no presentar ningún síntoma, por lo cual paradiagnosticarla se realiza mediante la medición de la presión arterial en cada control médico, y en caso de sospechar su presencia, se debe confirmar el diagnóstico con la Medición Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) o estudios más avanzados como, por ejemplo, monitorización con Holter (Villar et al., 2013; Gamboa, 2010; División, 2000).

El primer paso, posterior al diagnóstico de hipertensión arterial, es corregir el estilo de vida del paciente: debe bajar de peso, realizar ejercicio, disminuir el consumo de sal, realizar actividad física, mejorar los hábitos alimenticios, principalmente evitar el exceso de sal y disminuir del consumo de alcohol; si las cifras tensionales no se corrigen, se comenzará el tratamiento farmacológico, el cual debe ser evaluado de forma personal en cada individuo, vigilando una adherencia adecuada al tratamiento, la cual se liga a la forma de consumir los medicamentos y al conocimiento del pacientes sobre la patología (Villar et al., 2013; Aorssm, 2014; Escobedo, 2008; Méx, 2015; Sur et al., 2011; Holguín et al., 2006).

## Objetivos

Verificar el grado de conocimiento y adherencia a la *Guía de práctica clínica de hipertensión arterial* en un hospital público de la ciudad de Bogotá.

## Método

Este proyecto es de tipo descriptivo de corte transversal, se utilizó la encuesta como técnica para identificar el grado de conocimiento sobre factores de riesgo y tratamiento de primera línea para esta patología. Se aplicó en médicos internistas, internos y estudiantes de medicina interna. En esta encuesta fueron incluidas preguntas que respondían al grado de conocimiento sobre la guía para hipertensión arterial (MinSalud, 2013).

Entre los aspectos a evaluar se incluyeron: el conocimiento sobre la guía objeto de este estudio, el protocolo utilizado para el manejo de la hipertensión arterial por la institución en la que labora, las guías que más utiliza, los principales factores de riesgo para desarrollar la patología según el



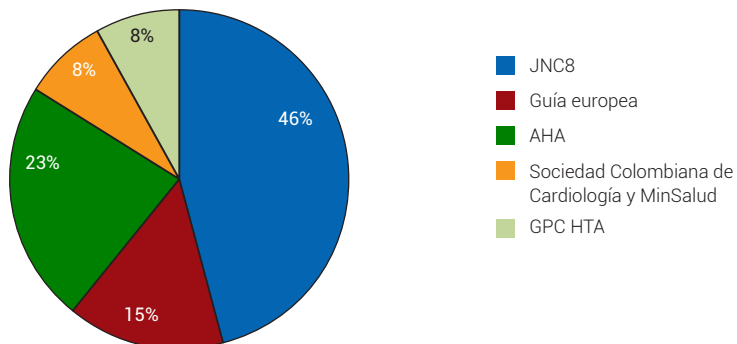
conocimiento de cada entrevistado, si recomienda la disminución del consumo de sal al día y en qué cantidad, si consideran que el consumo de alcohol tiene un impacto considerable en la patología, las recomendaciones que cada entrevistado da a sus pacientes sobre las correcciones en el estilo de vida y sobre la manera de iniciar el manejo en los pacientes.

Cada encuestado, previa aplicación del instrumento, diligenció el consentimiento informado donde se manifiesta la voluntad de participar en el estudio.

## Resultados

El análisis de la encuesta permite evidenciar que el 33% del personal de salud encuestado desconoce la guía nacional, refieren no haberla leído y mucho menos practicado. Este grupo se inclina por el manejo y tratamiento de los pacientes hipertensos a través de las guías internacionales, siendo las más utilizadas las JNC8 (Joint National Committee) en un 46%, seguida de las guías AHA (American Heart Association) en un 23%, las guías europeas en un 15%, mientras las de la Sociedad Colombiana de Cardiología y la guía del Ministerio de Salud obtuvieron el 8%. No se mencionaron otras guías en el manejo de la patología (Figura 1). El 53% conoce el protocolo de manejo para hipertensión arterial manejado o establecido por la institución a la que presta sus servicios.

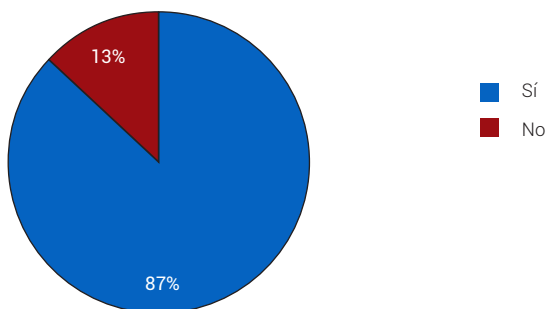
**Figura 1.** Guías más utilizadas por el personal de la salud para el manejo de hipertensión arterial



Con respecto a los factores de riesgo, el personal de la salud desconoce en gran proporción la edad propuesta por el Ministerio de Salud de Colombia. El 53% mencionó una edad diferente a los 35 años (Villar et al., 2013). El 87% de la población encuestada asume que el consumo de alcohol tiene un impacto considerable en la patología.

Un tema de discusión es el consumo de sal al día, debido a que un 87% de la población explica y recomienda a sus pacientes su disminución en el consumo, pero no hay claridad en la cantidad ideal que cada paciente debe ingerir como máximo al día, la cual, según las guías a evaluar, es de 4,8 g/día (Figura 2) (Villar et al., 2013). Los encuestados reconocen falencias en cuanto a las recomendaciones de modificación de factores a sus pacientes por el limitado tiempo de la consulta, aunque el 93% refiere que aconseja a sus pacientes algunos cambios en el estilo de vida.

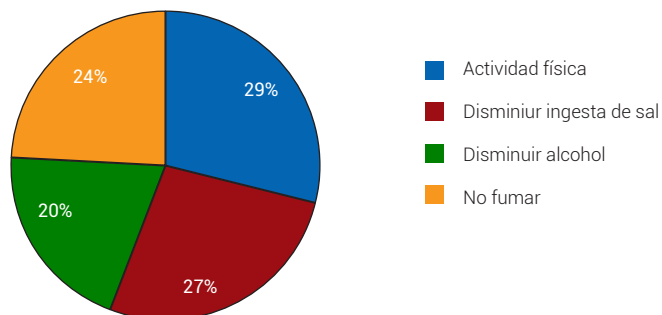
**Figura 2.** Recomendación sobre la disminución de consumo de sal al día en pacientes con hipertensión arterial



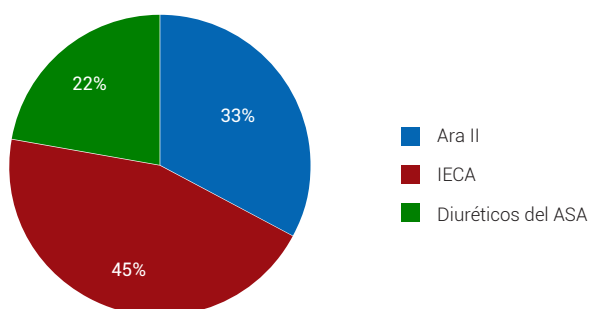
El factor de riesgo más recomendado por el personal de la salud en medicina interna es la realización de actividad física en un 29%, seguido de la disminución de la ingesta de sal en un 27%, sugerencia sobre hábitos de fumar en un 24% y moderar el consumo de alcohol en un 20%. Ningún participante menciona la importancia de bajar de peso (Figura 3).

Evaluando los datos obtenidos con respecto al tratamiento, se refleja que una gran proporción se inclina como primera opción de manejo farmacológico por los IECA (inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina) en un 45%; seguido de los ARA II (Antagonistas del Receptor de la Angiotensina II); y por último, los diuréticos del ASA en un 22%. No se mencionó

**Figura 3.** Factores de riesgo más recomendados por el personal de la salud a pacientes con hipertensión arterial



**Figura 4.** Tratamiento farmacológico de primera línea utilizado con mayor frecuencia en pacientes con hipertensión arterial



otro medicamento de primera opción (Figura 4). Según la guía de práctica clínica se debe iniciar el manejo farmacológico con los diuréticos del ASA (Villar et al., 2013).

La mayoría de encuestados considera importante un adecuado manejo preventivo que disminuya la morbimortalidad y las complicaciones, entre estas: la afección al corazón, al riñón, a la retina, a los vasos sanguíneos y al cerebro. El 93% explica a sus pacientes las posibles complicaciones que pueden darse a no realizar el tratamiento adecuado. Los resultados sugieren la necesidad de realizar una campaña de divulgación de la guía, como opciones se plantea la sensibilización al personal de la salud en las diferentes instituciones, así como ampliar el estudio en otras instituciones en el país. Se sugiere, además, emplear el marketing en salud como técnica

para impactar la prevalencia de esta patología articulada a la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para hipertensión arterial dentro del Modelo de Atención Integral (MIA) en el país.

## Conclusiones

En el sitio de aplicación de la encuesta se evidencia que la mayoría de profesionales desconoce la guía de práctica clínica nacional. Se evidencia la necesidad de divulgar la guía dentro de la comunidad académica y la población en general.

## Referencias

- Aaorssm, M. D. (2014). Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Mayo-jun. 2014;22(3); pp. 491-498.
- Barrera, E., Cerón, N., & Ariza, M. C. (2000). Conocimientos y factores de riesgo cardiovascular y su relación con la presencia de hipertensión arterial. *Colombia Médica*, Vol 31 No 1.
- Chaparro, P., Cotes, K., Vargas, G., Díaz, D., Cardenas, L., Escobar, F., Salas, S., Castillo, L., Valencia, C., Alvis, N., Quintero, J. & León, W. (2016). *Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia*, V edición, Capítulo 5, "Estimación de la carga de enfermedad por hipertensión arterial en Colombia 2010-2014". Ministerio de Salud.
- División, J. A., Puras, A., Aguilera, M., Sanchís, C., Artigao, L. M., Carrión, L. & Carbayo, J. (2000). Automedidas domiciliarias de presión arterial y su relación con el diagnóstico de la hipertensión arterial y la afección orgánica. *Medicina clínica*, 115(19), pp. 730-735.
- Gamboa Aboado, R. & Rospigliosi Benavides, A. (2010). Más allá de la hipertensión arterial. *Acta Médica Peruana*, 27(1), pp. 45-52.
- Escobedo, D. W. (2008). Hipertensión arterial resistente. *Revista Peruana de Cardiología*, 141.
- Fonseca, S. F., Teles, M. C., Ribeiro, V. G. C., Magalhães, F. C., Mendonça, V. A., Peixoto, M. F. D. & Lacerda, A. C. (2015). Hypertension is associated with greater heat exchange during exercise recovery in a hot environment. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, (AHEAD).

- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cárceres, D. & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5(3), pp. 535-548.
- Ling, H., Meixia, F., Liguó, C., Jianhua, Z., Jing, Y., Jing, X. & Tingting, X. (2016). Transcriptome analysis of blood stasis syndrome in subjects with hypertension. *Journal of Traditional Chinese Medicine*, 36(2), pp. 173-180.
- Málek, F. (2013). Arterial hypertension and chronic heart failure. *Cor et vasa*, 55(3), pp. e259-e263.
- Méx, M. I. (2015). Hipertensión arterial primaria: tratamiento farmacológico basado en la evidencia. *Medicina Interna de México*, 31(2).
- MinSalud (2013). *Guía práctica clínica de hipertensión arterial primaria*. Ministerio de Salud Colombia. Bogotá: Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud -CINETS, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS, Ministerio de Salud.
- Ruiz, O. J. (1989). Hipertensión arterial en Colombia. *Biomédica*, 9(3-4), pp. 109-116.
- Silva, S., Oliveira, S., & Pierin, A. (2016). The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(1), pp. 50-58.
- Rivero, J. A. M., Acosta, L. H., Torres, Á. R., & Guerra, P. F. (2014). Hipertensión arterial en el anciano. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 10(2).
- Simone, G., Devereux, R. B., Chinali, M., Roman, M. J., Best, L. G., Welty, T. K.,...& Strong Heart Study Investigators. (2006). Risk factors for arterial hypertension in adults with initial optimal blood pressure the strong heart study. *Hypertension*, 47(2), pp. 162-167.
- Subhi, M. D. (2006). Blood pressure profiles and hypertension in Iraqi primary school children. *Saudi medical journal*, 27(4), pp. 482-486.
- Sur, G., Sur, M., Kudor-Szabadi, L. & Sur, L. (2011). Difficulties in achieving arterial hypertension control. *Maedica*, 6(2), 114.
- Villar, J., Granados, C, Torre, G., Perez, J., Valencia, L. & Velez, C., (2013). *Guía de práctica clínica para hipertensión arterial*, 371 (12-260).

# Prevalencia y características del síndrome de Burnout en estudiantes de Internado I y II, Facultad de Medicina de la Universidad Antonio Nariño, 2017

Ximena García Ocampo, Claudia Liliana Sánchez Camargo

## Resumen

**Introducción:** Detectar el Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina, según Balogun et al. (1995), puede ser benéfico para los educadores, estudiantes, futuros empleadores y clientes. La prevención del Burnout desde el período de formación es importante, pues el médico afronta constantemente en su trabajo una enorme variedad de estresores.

La preocupación de las universidades por ofrecer una enseñanza de calidad supone considerar todas las variables implicadas en el proceso enseñanza-aprendizaje y el bienestar de los estudiantes es un elemento clave en este proceso

**Objetivo:** Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus características en los estudiantes de la facultad de Medicina de la Universidad Antonio Nariño que se encuentran realizando Internado I y II en la ciudad de Bogotá en el primer semestre de 2017.

**Método:** Esta Investigación es cuantitativa, de tipo descriptivo y el método es empírico-analítico; fue utilizado el instrumento Maslach Burnout Inventory -HealthServicesSurvey (MBI-HSS) y su técnica es la encuesta.

**Resultados:** Los resultados benefician de manera concreta a los estudiantes de medicina, al permitir identificar algunos de los factores

---

\* Universidad Antonio Nariño, Bogotá, Colombia.

desencadenantes del síndrome y, por tal razón, diseñar estrategias para prevenir su aparición e intervenir o corregir las situaciones desencadenantes del mismo. También se generan espacios de formación saludables que permiten el buen desarrollo personal de los estudiantes de medicina, lo cual redundará en su bienestar individual y colectivo, promoviendo un mejor ambiente académico y de calidad en el proceso de formación.

**Conclusiones:** Estos estudios favorecen el clima laboral de los estudiantes en sus sitios de práctica; de igual manera, se mejora la calidad del programa de medicina y se facilita el diseño e implementación de programas de prevención y promoción relacionados con el Síndrome de Burnout en la población universitaria.

**Palabras clave:** Síndrome de Burnout, Medicina, Prevención, Estrés.

## Introducción

Detectar el Síndrome de Burnout (SB) en estudiantes de medicina puede ser benéfico para los educadores, estudiantes, futuros empleadores y pacientes. La prevención del SB desde el período de formación es importante, pues el médico afronta constantemente en su trabajo una enorme variedad de estresores (Ricardo et al., 2014).

La preocupación de las universidades por ofrecer una enseñanza de calidad supone considerar todas las variables implicadas en el proceso enseñanza-aprendizaje y el bienestar de los estudiantes es un elemento clave en este proceso

## Objetivo

Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y sus características en los estudiantes de la facultad de Medicina de la Universidad Antonio Nariño que se encuentran realizando Internado I y II en la ciudad de Bogotá en el primer semestre de 2017.

## Método

La presente investigación se planteó desde el enfoque cuantitativo en el cual se observó el SB, para este estudio se usó como estrategia más relevante de acceso a los datos, la encuesta (Delgado et al., 1994).

Esta investigación tuvo un diseño no experimental porque no se manipuló la variable (Síndrome de Burnout), es decir, se observó la situación existente (Hernández et al., 2006), el investigador no tiene control sobre estas variables, ni puede influir sobre ellas, fue transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento, en un tiempo único, y su propósito fue describir la variable y analizar su relación en un momento. El estudio de campo es de tipo exploratorio- descriptivo, el carácter exploratorio es debido a que es la primera etapa del proceso investigativo, con éste se comienza a conocer la variable de interés para esta investigación (Síndrome de Burnout), el carácter descriptivo se identifica al describir las características del Síndrome de Burnout en los estudiantes de internado de la Facultad de Medicina (Hernández et al., 2006).

Se informó a cada participante sobre el fin de la investigación, así mismo se les entregó un consentimiento informado para ser diligenciado en el cual se aceptaba la participación en éste.

### **Indicadores de validez: validez de contenido**

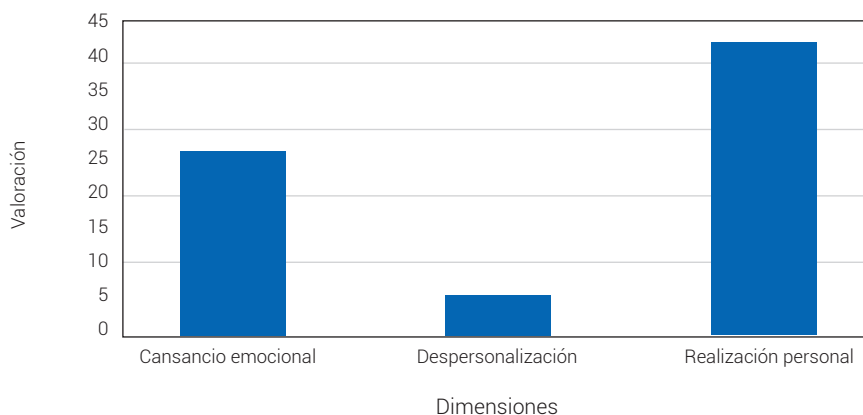
La validez de contenido trata de establecer el grado de adecuación con que la magnitud analizada es descrita en forma de ítems (Álvarez, 2006), es decir, busca garantizar que el test constituye una muestra adecuada y representativa de los contenidos que pretenden evaluar. "Se utilizan los juicios con frecuencia consensuales, para determinar si el contenido de los ítems es apropiado o no lo es" (Álvarez, 2006). Para la presente investigación se realizaron dos actividades en busca de la validez de contenido: una revisión exhaustiva de la literatura especializada (Miravalles, s.f.), un juicio de expertos realizado por docentes expertos en el campo de estudio.

## **Resultados**

El 75% de los encuestados fueron de internado I, y el 25% de internado II. De la población entrevistada el 67% eran mujeres y 33% hombres. El promedio de edad es de 25 años. El 92% de los encuestados su estado civil es soltero. En cuanto a las horas de trabajo el 75% refiere estar hasta 12 horas en promedio en el hospital y el 25% refiere estar más de 15 horas en promedio en el hospital.



**Tabla 1.** Aspectos del síndrome de Burnout  
Estudiantes de internado 2017



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de internado I y II, 2017.

En la fase inicial para el diagnóstico del Síndrome de Burnout (SB) (Miravalles, s.f.), se identificó todo aquel participante que presentase al menos una de las tres dimensiones propuestas, sin embargo, algunos autores recomiendan tomar como punto de corte del diagnóstico de SB la presencia de 2 o más dimensiones (Vásquez Manrique et al., 2014).

La frecuencia de SB varió según el número de criterios diagnósticos utilizados. Considerando al menos uno de los componentes alterados, el 50% de estudiantes fueron diagnosticados con SB. Sin embargo, al considerar el diagnóstico del SB en dos o más dimensiones, ninguno de los encuestados presenta SB.

Al realizar el análisis en las tres dimensiones –cansancio emocional, despersonalización y realización personal–, se evidenció que los estudiantes de internado padecen de un severo cansancio emocional relacionado con sus actividades en el sitio de trabajo y el promedio de horas de permanencia en el hospital, sumado a la cantidad de actividades académicas y extracurriculares.

192

Sin embargo, en cuanto a la dimensión de despersonalización, que hace referencia al trato con los pacientes, la puntuación mostró un nivel bajo que se interpreta como la relación médico-paciente, afinidad y buen trato de parte de los internos hacia los pacientes.

Finalmente, en la dimensión Realización personal se obtuvo un alto grado de calificación relacionado con la satisfacción por el trabajo realizado.

Los anteriores resultados encontrados en este tipo de población (internos), sugieren que el origen del SB ocurre durante el proceso de formación en las facultades de medicina (Vásquez Manrique et al., 2014; Álvarez-Hernández et al., 2008).

Este estudio permite sugerir, como acción directa, mejorar el clima laboral de los internos en sus sitios de rotación, e indirectamente, fortalecer los procesos de autoevaluación que impactan en la calidad del programa de medicina. Esto aunado a que la universidad diseñe e implemente programas de prevención y promoción relacionados con el agotamiento emocional en la población universitaria desde la implementación de estrategias de marketing social.

## Conclusiones

Los estudiantes de internado tienen un nivel elevado de autoeficiencia y realización personal en el trabajo, sin embargo, se encuentran exhaustos emocionalmente por las demandas del trabajo. Sería importante continuar en esta línea de investigación, indagando temas relacionados con salud mental y calidad de vida en la población universitaria.

## Referencias

- Álvarez, C. (2006). Asociación de las prácticas de gerencia de recursos humanos con la estrategia empresarial. Un Análisis de las grandes empresas del sector industrial colombiano [Maestría]. Universidad de Manizales.
- Álvarez-Hernández, G., Medécigo-Vite, S. & Ibarra-García, C. (2008). Prevalence of burnout syndrome in medical residents from a pediatric hospital in Sonora, México. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2010; 67, pp. 40-46.
- Balogun, J., Helgemoe, S., Pelegrini, E. & Hoerberlein, T. (1995). Test-retest reliability of a psychometric instrument designed to measure physical therapy student's burnout. *Perceptual and Motor Skill*, 81, pp. 667-672.
- Delgado, J. M. & Gutiérrez, J. (1994). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis.

- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Edit. McGraw Hill.
- Miravalles, J. (s.f.). Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Recuperado de:[<http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf>].
- Ricardo, Y. & Paneque, F. Towards a two-dimensional study of burnout syndrome in college students. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 Dic [citado: 2017 marzo 13]; 19(12), pp. 4767-4775. Disponible en:[[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001204767&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204767&lng=es)].
- Vásquez-Manrique, J. F., Maruy-Saito, A. & Verne-Martín, E. (2014). Frecuencia del Síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del Servicio de Emergencia de Pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr.* 2014; 77 (3), pp.168-174.

## CAPÍTULO 4

# Marketing en odontología



# Marketing en los servicios de odontología

Alejandra Salcedo Monsalve

## Resumen

Se realiza aquí una aproximación conceptual del marketing y los servicios sanitarios, a partir de ejemplos de investigaciones realizadas en el contexto de los servicios de odontología y se plantea un acercamiento a algunos de los principios del marketing con el fin de ilustrar los múltiples espacios de incorporación, así como las utilidades derivadas del desarrollo de esta disciplina para el trabajo en este sector sanitario.

## Punto de partida

Para hablar del marketing en los servicios de odontología, es conveniente partir de algunas definiciones para tener un referente de lo que se entenderá por marketing y de lo que a servicios de salud se refiere. De acuerdo con Suárez Lugo (2001, citando a Kotler, 1992), el marketing puede definirse así:

“Filosofía de actuación que orienta la actividad de toda una organización y se basa en que esta debe satisfacer las necesidades y los deseos del consumidor, lo cual a su vez constituye su razón de ser, y todas las decisiones de la entidad se han de tomar pensando en el consumidor.”

Desde otra mirada, el marketing se define como el “proceso social y de gestión, a través del cual los individuos y grupos obtienen lo que necesitan y desean, creando, ofreciendo e intercambiando productos con valor para otros” (Suárez Lugo, 2001, p. 3). Desde una propuesta un poco más actual, el marketing no debe conformarse solamente con satisfacer al cliente, sino

---

\* Universidad Antonio Nariño, Colombia.

que además debe proporcionar al mercado un producto de valor superior y generar un valor agregado (Suárez Lugo, 2001, p.13).

Siguiendo a esta misma autora, un servicio es una actividad que una parte ofrece a otra. Es esencialmente intangible y no culmina con la propiedad de algo. La producción de servicios no está necesariamente ligada a un producto físico, de esta manera los servicios son inseparables de la fuente, intangibles, varían en el tiempo y dependen de quien los suministra, el momento en el que se ofrecen, el lugar en que se llevan a cabo y no son almacenables (Suárez Lugo, 2001, p.11).

Por su parte, los servicios de salud se entienden como los servicios prestados por médicos, odontólogos, enfermeras y el resto del personal de salud, con el propósito de conservar o restablecer la salud (Losada y Rodríguez, 2007, p. 239). El objetivo central de un sistema de salud es mejorar las condiciones de salud de la población. En Colombia, de acuerdo al Decreto 1011 de 2006, los servicios de salud abarcan aquellos servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos del aseguramiento, así como las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; según la norma la oferta de estos servicios puede ser realizada por instituciones, profesionales independientes o grupos de práctica profesional.

Si se integran los anteriores conceptos, se encuentra que el marketing está íntimamente relacionado con la salud y debe ser incorporado en los servicios sanitarios, si se acepta que los servicios de salud responden a una necesidad de los individuos y que el marketing es una manera de actuar que orienta a las organizaciones a la satisfacción de las necesidades de los usuarios o consumidores.

El marketing ofrece potencialidades a los servicios de salud, no con el objetivo de comercializar la salud, sino en la búsqueda de la obtención de mejores resultados de los programas de salud, en el logro de la satisfacción del paciente, en la obtención de calidad en los productos y servicios sanitarios, en la planeación, ejecución y evaluación de programas e intervenciones, en la modificación del comportamiento de las personas para mejorar su propio bienestar, en la atención a las necesidades reales de los destinatarios, en la búsqueda de la inclusión y la atención a poblaciones en condición de vulnerabilidad, entre otros.

## Un recorrido polifónico

A continuación se presentan algunas experiencias de la aplicación del marketing en los servicios de odontología que permiten visualizar los múltiples espacios de incorporación y las utilidades que tienen los desarrollos de esta disciplina para el trabajo en este sector sanitario.

### **La implementación de estrategias educativas en salud oral a partir del marketing social**

Una primera parada corresponde al trabajo realizado por Gómez et al. (2016), en un estudio multicéntrico que contó con la participación de estudiantes y docentes de odontología de seis universidades colombianas, cuyo objetivo fue medir el impacto de una estrategia educativa basada en marketing social para la promoción de la salud bucal en escolares. En este trabajo los autores se fundamentaron en los siguientes referentes:

“El marketing social ha sido planteado como una estrategia muy útil para lograr los objetivos de los programas de la salud pública, aplicando tecnologías propias del marketing comercial al análisis, planificación, ejecución y evaluación de programas diseñados para influir en el comportamiento voluntario de los grupos sociales o poblaciones en general para mejorar su bienestar personal y social, a través de del conocimiento de las necesidades, deseos y barreras percibidas por los individuos a quienes se dirigen de las estrategias (Leal, 2010).”

En el estudio inicialmente aplicaron a los menores, a los padres y docentes encuestas específicas sobre higiene y salud bucal enfocadas a conocimientos (enseñanza de cepillado, prácticas de higiene bucal, cantidad de crema dental y causas de enfermedad bucal), actitudes (autocuidado y visitas al odontólogo) y prácticas (uso de cepillo y seda dental, hábitos e ingestión de azúcares refinados), tras el análisis de la información de las encuestas los autores determinaron las necesidades y aspectos a mejorar en cuanto a los conocimientos, actitudes y prácticas de la salud bucal de la población de estudio y simultáneamente valoraron el estado de salud bucal de los menores. Una vez identificadas las necesidades de la campaña educativa realizaron el diseño de la misma a partir de los gustos y expectativas de la población objetivo, lo cual fue establecido mediante la realización de grupos focales.



La estrategia diseñada fue implementada en los colegios participantes durante 19 semanas de trabajo diario en 4 fases:

- a). Fase inicial de sensibilización en la que se creó expectativa y curiosidad por la estrategia.
- b). Fase de lanzamiento.
- c). Fase de implementación con actividades lúdicas y talleres para padres y docentes, actividades de cepillado con el acompañamiento de los padres en el hogar y en la escuela con el acompañamiento de sus docentes, entrega de incentivos y premios.
- d). Fase de cierre.

La evaluación del impacto de la estrategia fue realizada seis meses después de concluida la implementación mediante encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas aplicada a menores, padres y profesores y la determinación del estado bucal de los niños.

Los investigadores encontraron que la estrategia educativa diseñada con base en los fundamentos del marketing social mejoró los índices epidemiológicos relacionados con la salud bucal de los menores intervenidos, así como los conocimientos y prácticas de los menores, padres y docentes, en forma estadísticamente significativa, lo cual permite contrastar con lo que se conoce frente a la educación tradicional en salud bucal, que implica una inversión considerable de tiempo, personal y dinero que ha recibido críticas debido a la falta de efectividad demostrada en la evidencia.

La segunda estación de este recorrido tiene que ver con el trabajo de Parra et al. (2016), en el cual se buscó implementar acciones que, desde el marketing social, orientaran estrategias educativas para la salud bucal de personas con discapacidad intelectual, el origen de este trabajo fue situado por los autores en planteamientos como:

“El marketing social como estrategia que permite mediar acciones de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad bucal, para grupos poblacionales que históricamente han sido excluidos como lo son las personas con discapacidad que por sus características particulares tanto físicas, cognitivas y sociales requieren apoyos adicionales que les permita adquirir hábitos para la vida. Es en esta relación,

cuando se habla que la salud se puede observar es un claro ejemplo de exclusión social, en el sentido que se restringe la necesidad de acceder a un servicio de atención médica o a la afiliación (González, 2007). Es esta una de las razones por las que la salud de las personas con discapacidad, requiere acciones diferenciadas que les permita acceder y mitigar las dificultades propias que puede tener la salud desde su discapacidad, ya sea por medicamentos o por su misma complejidad etiológica, es así que mejorar su calidad de vida a este tipo de población, implica reconocer la problemática que viven a diario acercándonos a esta problemática de la salud en este caso específico la salud bucal en diferentes grupos poblacionales como lo es la discapacidad intelectual y algunos síndromes asociados."

El trabajo fue realizado con un diseño de investigación acción participativa que acercó a las investigadoras a las personas con discapacidad intelectual y se articuló permanente con la búsqueda de iniciativas de solución de las necesidades que expresaron las personas con discapacidad intelectual, sus familias y los equipos de atención. Incluyó además la evaluación de conocimientos en salud oral que fue aplicada antes y después de la intervención educativa. Esta evaluación fue diseñada en dos tipos:

Tipo I, dirigida a la población que no leía en forma convencional, incluyó material de apoyo para visual para poder desarrollarla y se aplicaba con acompañamiento.

Tipo II, destinada para quienes podían escribir y realizar la evaluación sin apoyos.

La evaluación consideraba los ejes de: reconocimiento del cuerpo, reconocimiento de partes de la boca, reconocimiento de implementos de aseo, quién te acompaña a cepillar los dientes, cómo se siente cuando va al odontólogo. Los resultados mostraron una mejora significativa en los conocimientos de salud oral tras realizar la estrategia educativa.

Los datos obtenidos de la evaluación inicial permitieron el reconocimiento de las capacidades de la población objetivo y a partir de esto los investigadores diseñaron las estrategias de educación que plasmaron en una cartilla denominada *Estrategias educativas en salud oral para personas con Discapacidad Intelectual*. Este material es una construcción que empleó un lenguaje sencillo, con un gran contenido de dibujos, constituyéndose en un

material didáctico en el cual se plasma todo lo referente a los cuidados en salud oral.

La valoración clínica se realizó determinando el índice de placa en dos momentos durante el proceso de investigación, antes de aplicar las estrategias educativas y después de la aplicación de estas, dejando ver el impacto que presentó el desarrollo de las estrategias educativas en salud oral, puesto que los índices presentan grandes diferencias al disminuir el índice de placa notablemente en la segunda valoración.

Este trabajo de investigación es un ejemplo del uso del marketing social y su aporte a la inclusión social, se resalta que los autores desarrollaron las acciones de promoción y prevención a partir de las capacidades propias a cada una de las personas con discapacidad intelectual y no desde las “falencias” que han sido resaltadas a través del tiempo.

Estos dos ejemplos nos permiten reconocer como el marketing social aporta en el desarrollo de estrategias de educación en salud oral, como se pudo observar lo central es el destinatario, y en los servicios de salud esto es fundamental, los destinatarios son contantemente parte del proceso, es por esto que el proceso de atención debe comenzar por las investigación de las necesidades, deseos, percepciones, prácticas, conocimientos y hábitos de la población objetiva, y de esta forma se diseñan estrategias de intervención que seguramente tendrán mayor impacto y permitirán alcanzar los objetivos de salud que se proponen.

### **El estudio del nivel de satisfacción de la población atendida**

La tercera parada de este recorrido corresponde al trabajo realizado por Ruiz y Nuñez (2016), en el cual se determinó el nivel de satisfacción de los pacientes en una clínica de ortodoncia en Bogotá, Colombia, junto al trabajo de Jiménez et al. (2016), en donde se estudió el nivel de satisfacción de un servicio de odontología infantil en Villahermosa, México. Estos trabajos permiten ejemplificar el estudio de uno de los atributos de calidad considerados en salud, ya que –siguiendo lo propuesto por la OMS– la calidad en salud se define como: “un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción por parte del usuario y el impacto final en la salud” (Suárez Lugo, 2006, p. 71).

Los autores de la investigación en el servicio de ortodoncia proponen su trabajo considerando:

"El término satisfacción ha sido empleado en diversas áreas e indica el sentimiento emocional de los individuos y es definido con base a la discrepancia entre la expectativa y el rendimiento o servicio recibido. Depende del grado de cobertura de la expectativa previa del cliente. De esta forma, la satisfacción es un determinante de la calidad de un servicio de salud y contrasta lo que se espera con lo que se recibe (Peralta, 2006). En este mismo orden de ideas, es importante determinar las expectativas de los pacientes, la cual es definida por la Real Academia Española como "la esperanza de realizar o conseguir algo", está ligado con la satisfacción que a su vez la define como el "sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad (Keles, 2013)."

Tal como lo plantean Jiménez et al. (2016), en la prestación de servicios de salud, como en cualquier otro servicio, es importante tener en cuenta este aspecto porque si las expectativas son mayores que la percepción del servicio la satisfacción disminuirá. Esas expectativas del paciente se forjan a partir de propias experiencias anteriores y de las de personas conocidas, así como de las promesas y compromisos que el propio sistema adquiere con los pacientes.

En las dos investigaciones que permiten ejemplificar este aspecto, los autores aplicaron encuestas que evaluaron variables como: características sociodemográficas, estado socioeconómico, accesibilidad a los servicios, información recibida, oportunidad en la consulta, atención recibida, amabilidad, respeto, destreza en el trabajo, satisfacción con las instalaciones.

Establecer el nivel de satisfacción de los servicios es útil para que el profesional de la salud o la institución prestadora puedan evaluar sus servicios e implementar estrategias de mejoramiento, definir sus necesidades y compararse con otros prestadores.

El compromiso con la calidad de los servicios de salud es un compromiso ético ineludible, sin embargo, la conceptualización y medición de la calidad en servicios de salud es un constructo difícil de establecer por la multidimensionalidad que puede ser analizada en este servicio y la falta de consenso en las dimensiones que la constituyen. Desde la perspectiva del

marketing, "existe relativo consenso entre los investigadores acerca de que la concepción de la calidad del servicio debe ser personal y subjetiva, es decir, debe considerar la percepción del cliente (Losada et al., 2007, p. 241, citando a Grönroos, 1984)".

En términos de marketing, el mejor promotor de una empresa es un cliente satisfecho, según estudios realizados, un cliente insatisfecho comunica su experiencia a por lo menos cinco personas, algunos estudios mencionan que la experiencia negativa puede ser contada a nueve e incluso a diez personas, quienes a su vez se convierten en transmisores de la información, y generalmente refuerzan el contenido negativo. Esa es la razón de la magnificación de los hechos negativos que pueden ocurrir en una unidad de servicios de salud y el impacto negativo que esto tiene en la imagen institucional, la cual permanece empañada a pesar de los esfuerzos que se hagan para revertir este impacto (Suárez Lugo, 2001). La investigación y estudio de las necesidades y satisfacción de los usuarios es un aspecto muy importante en la proyección de los servicios de salud.

### **La determinación del consumo de servicios**

En este recorrido por investigaciones en el área de los servicios odontológicos que permiten ejemplificar la implementación del marketing en este contexto, una cuarta parada corresponde al trabajo de Morales et al (2016), cuyo objetivo fue analizar la perspectiva del consumo de servicios odontológicos de ortodoncia.

Los resultados de este trabajo permitieron conocer el grupo poblacional que usa el servicio de manera mayoritaria, las razones por las cuales se solicita el servicio con mayor frecuencia, los determinantes de la permanencia en el tratamiento y el conocimiento que tiene la población del nivel de formación que debe tener el profesional que realiza estos procedimientos.

Este tipo de investigaciones se ubican en una categoría que hace parte del marketing, que corresponde al mercado, siguiendo a Suárez Lugo (2001), el mercado es:

"Conjunto de consumidores potenciales que comparten una necesidad o deseo, que podrían estar dispuestos a satisfacerlos a través del intercambio de otros elementos de valor...también definido como la unidad

de población que está dispuesta a aceptar la oferta actual o potencial, en la forma de un producto o servicio que ofrece una organización lucrativa o no lucrativa" (p. 3).

La investigación de mercados se centra en el estudio de la estructura social, el comportamiento de grupos y tendencias sociales e influencias culturales que tienen impacto en la conducta del consumidor. La investigación de mercado puede ser de varios tipos, por ejemplo: investigación del producto o servicio, investigación del consumidor, investigación de venta o investigación de promoción.

En este ejemplo, la investigación realizada puede ser catalogada como investigación del consumidor, en la cual se busca conocer aspectos relacionados con el comportamiento del consumidor, las influencias que afectan sus decisiones de compra, los elementos culturales, económicos, sociales y psicológicos que determinan su toma de decisiones frente al producto o servicio. La investigación de mercados de servicios de salud permite la planeación de los servicios, el control de los mismos, favorece el acercamiento entre las instituciones y los pacientes, posibilita una mejor respuesta a las necesidades de los pacientes, esto con equidad, calidad, eficiencia y mejora de los resultados e impacto de la atención en salud.

### **El estudio de la utilidad de pruebas o procedimientos**

La última parada propuesta en este recorrido tiene que ver con el estudio realizado por García et al. (2016), en el cual se propuso conocer el impacto de la ortopantomografía como método de diagnóstico temprano para la agenesia dental.

El estudio permitió conocer el costo-beneficio que se le brindará al usuario al emplear la técnica evaluada, determinar que la ubicación y costos del servicio son accesibles para la población en el sitio en el que se llevó a cabo el estudio, lo cual contribuye a una mayor demanda del usuario. En el aspecto odontológico, a partir de las patologías encontradas se sugiere que es una necesidad considerar dentro del servicio médico odontológico, tanto general como especializado, el uso de auxiliares de diagnóstico como es la ortopantomografía brindando un mayor acierto en el diagnóstico clínico, al igual que una detección temprana y oportuna de las diferentes anomalías dentales o estructuras que implica el sistema estomatológico.

Esta investigación permite ilustrar cómo los principios y conocimientos del marketing aportan en la toma de decisiones sanitarias, pues la salud debe ser gestionada y administrada y el marketing puede brindar respuestas a las necesidades y soluciones a los problemas de salud que se enfrentan cotidianamente, la atención en salud busca preservar el bienestar de la población y la sociedad y para esto puede servirse de la ciencia del marketing que pretende la producción de bienes y servicios hacia la satisfacción de las necesidades del consumidor.

Las instituciones sanitarias propenden por el uso racional de los recursos para lograr una atención con efectividad, eficiencia, calidad y equidad, por lo que pueden apoyarse en el marketing para el logro de estos objetivos.

## Fin del recorrido

Es innegable que el marketing hace un aporte significativo al trabajo de las organizaciones y los profesionales de la salud, lo planteado en este documento es sólo una mirada muy rápida y un acercamiento a diversos aspectos de esta disciplina que tiene grandes desarrollos científicos. Por supuesto, no se pretende profundizar en la teoría, sólo se busca generar el interés de profundizar en publicaciones especializadas que permitan la apropiación del conocimiento que ofrece el marketing y aplicarlo en las funciones del trabajo en salud.

Esta disciplina ofrece conocimientos que podrán ser utilizados para ofrecer a pacientes e individuos –de la mejor manera–, tecnología, medicamentos, servicios, programas e intervenciones, de tal manera que las organizaciones, profesionales, usuarios y pacientes logren sus objetivos, cumplan sus expectativas, y se logren los resultados en salud y bienestar que requiere la humanidad.

## Referencias

García, M.F., Ramírez, E., Ramírez, J. & Gallegos, A. (2016). Impacto de la ortopantomografía como método diagnóstico temprano para la agenesia dental. En: Mercadotecnia y calidad en salud. Bogotá: Universidad Antonio Nariño, Fondo Editorial.

Gómez, R.A., López, O.P., Arrieta, K.M., Pérez, A., Rodríguez, I.L., Rodas, C.P., Martínez, A. & Trinidad, M. (2016). Impacto de estrategia educativa con

- marketing social en la salud bucal de escolares: estudio multicéntrico de seis universidades colombianas. En: *Mercadotecnia y calidad en salud*. Bogotá: Universidad Antonio Nariño, Fondo Editorial.
- Jiménez, B.M., Moreno, X., Gallegos, A. & Ramírez, J. (2016). Nivel de satisfacción del servicio de odontología infantil de la Clínica Juchiman II, Villahermosa Tabasco. En: *Mercadotecnia y calidad en salud*. Bogotá: Universidad Antonio Nariño, Fondo Editorial.
- Losada, M. & Rodríguez, A. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de Administración*, 20 (34), pp. 237-258.
- Ministerio de la Protección Social (2006). Decreto 1106 de 2006. República de Colombia. Recuperado de: [[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)].
- Morales, M. H., Calderón, J., Priego, H. R., Ávalos, M. I. & Flores J. (2016). Manejo mercadológico del paciente ortodóncico. En: *Mercadotecnia y calidad en salud*. Bogotá: Universidad Antonio Nariño, Fondo Editorial.
- Parra, M. L. & Thomas, Y. I. (2016). Marketing social: una estrategia para la educación de la salud bucal de niños y jóvenes con discapacidad intelectual. En: *Mercadotecnia y calidad en salud*. Bogotá: Universidad Antonio Nariño, Fondo Editorial.
- Ruiz, N. & Núñez, A. (2016). Niveles de satisfacción de los pacientes en la clínica de ortodoncia de la Universidad Antonio Nariño. En: *Mercadotecnia y calidad en salud*. Bogotá: Universidad Antonio Nariño, Fondo Editorial.
- Suárez Lugo, N. (2001). *Marketing y salud. Una perspectiva teórico práctica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Suárez Lugo, N. (2006). *Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.



# Terapia de los sentidos como estrategia profesionalizante para disminuir la ansiedad en una clínica odontopediátrica

Susana Sofía Arias Sánchez, Karina Esther Hernández Abreu,  
Xavier Moreno Enríquez, Rosa María Bulnes López,  
Clary Stephany García Luciano

## Resumen

**Introducción:** El consumidor no es un ente estático, sus preferencias de consumo cambian constantemente por lo que satisfacerlo es primordial para cualquier empresa. La neurociencia ofrece estrategias de marketing centradas en el estudio del cerebro humano para llegar al consumidor de manera más efectiva. El neuromarketing se puede aplicar a través de olores, colores, sonidos, etc., diseñando estrategias de producto enfocadas a incrementar la satisfacción y crear fidelidad hacia las marcas, pasando por pensamientos y sentimientos del propio consumidor.

El neuromarketing en la consulta odontopediátrica ha reflejado un impacto en las emociones de binomio padre-hijo como consumidor del servicio, para una mejor profesionalización sobre la ansiedad en esta rama de la salud.

**Objetivo:** Evaluar intervención con terapia de los sentidos para disminuir la ansiedad en una clínica odontopediátrica.

**Método:** Se realizó un estudio cuasiexperimental de casos y controles con un grupo experimental (GE) de 23 pacientes y un grupo control (GC) de 11, intervenidos en 3 etapas de la siguiente manera para el grupo experimental: Etapa 1: Consentimiento informado, historia clínica, uso de test evaluando ansiedad. Etapa 2: Inducción al tratamiento operatorio con aromaterapia y

---

\* Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.

musicoterapia. Etapa 3: Evaluación de ansiedad post tratamiento. Para el grupo control, en la etapa 2 se omitió el uso de terapia de los sentidos (TS).

**Resultados:** 34 binomios padre-hijo incluidos en el estudio, divididos en dos grupos: GE 23 niños con TS y GC 11 niños sin TS. En GE, el nivel de ansiedad se ubica así: sin ansiedad, un 87% post tratamiento con TS, mientras que el para el GC su nivel de ansiedad se ubica como bajo con 82% post tratamiento sin TS. Siendo el sexo femenino mas influenciado sin ansiedad en un 56.5%.

**Conclusión:** El padre como consumidor de servicio odontopediátrico acepta con mayor confiabilidad un tratamiento donde los niveles de ansiedad de su hijo son disminuidos al utilizar terapia de los sentidos.

**Palabras clave:** Neuromarketing, Terapia de los sentidos, Ansiedad, Odontopediatría.

## Introducción

Estamos en una época en la que podemos trabajar para ser más eficientes y eficaces. El paciente es un consumidor que no es un ente estático, por lo que sus preferencias de consumo están en constante cambio. Determinar estas preferencias es una necesidad a la vez que oportunidad para el desarrollo de cualquier estrategia de neuromarketing.

El neuromarketing dental ha surgido como resultado de la explosión de conocimientos y constituyen una verdadera promesa para la gestión de consultorios. En todos los casos, lo que se busca es influir en el comportamiento y la toma de decisiones del paciente respecto a tratamientos/servicios, enlaza las ciencias del conocimiento y conteniendo de los elementos que producen decisiones que se ve reflejado en la permanencia del consultorio midiendo el grado de activación que produce la comunicación en el cerebro humano para llegar a predecir la conducta del paciente. Esta nueva técnica de investigación de mercados permite evaluar y conocer los deseos de los pacientes a la hora de tomar una decisión para elegir un tratamiento determinado.

De este modo, se podrán optimizar las estrategias de marketing tradicional y mejorar las técnicas y herramientas de comunicación para ayudar a comprender la relación entre el cerebro y la conducta del paciente algo

que no puede lograrse de otro modo y que constituye el desafío más importante para la odontología neurointeligente (Braitot, 2009). Por tal motivo el neuromarketing dental no está hecho para todos los dentistas, solo para aquellos que logran ver la odontología como una forma de vida, como un negocio redituable ya que no es cuestión de tiempo, sino de técnicas. La neurociencia se enfoca en conocer y estudiar los distintos cambios, percepciones y reacciones que una persona muestra cuando recibe un estímulo según como el cerebro las produce, además Garden, comparte que la mayoría de los procesos mentales del ser humano se producen en su mente *no consciente*, y es precisamente allí donde residen los mecanismos que limitan sus condiciones y conductas.

En la consulta odontopediátrica, el neuromarketing ha reflejado un impacto en las emociones del binomio padre-hijo como consumidor del servicio, para una mejor profesionalización sobre la ansiedad en esta rama de la salud.

Ansiedad se deriva del latín "axietas" que significa "estado de agitación, inquietud, o zozobra del ánimo". Se define ansiedad como una emoción normal que aparece en el sujeto como signo de alarma para advertir al individuo de algún peligro o adversidad. Pueden aparecer entonces, síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales, los cuales pueden variar de una persona a otra como: miedo, inseguridad, preocupación excesiva, evitación, hiperactividad, palpitaciones, hiperventilación. Con frecuencia las definiciones de miedo y ansiedad se confunden pero se trata de dos fenómenos diferentes. Habitualmente se ha considerado que mientras el miedo aparece ante un peligro inmediato, la ansiedad es la incertidumbre ante un resultado que puede ser negativo de una experiencia nueva (Calero et al., 2011). La ansiedad dental ha sido clasificada en quinto lugar dentro de las situaciones comúnmente temidas. Dada su alta prevalencia, es de esperarse que los pacientes con ansiedad dental eviten las visitas dentales. Esta ansiedad dental presenta una prevalencia, tasas del 4% al 23% en países europeos, en Sudamérica, se detallan tasas del 34,7% en preescolares, en Estados Unidos, 35 millones sufren de ansiedad dental. La ansiedad dental pueden surgir por múltiples causas: fobia a las agujas, extracciones dentales, sonido de la pieza de mano de alta velocidad, percepción negativa del odontólogo frente a la salud oral del paciente, entre otros. Se estima que entre el 10% y el 15%

de la población mundial experimenta ansiedad al acudir al odontólogo, el miedo a la inyección, o una fuerte aversión a la vista o el pensamiento de la sangre. Lo que puede inducir a cancelar o posponer su cita, teniendo efectos negativos sobre su salud oral.

El manejo de la conducta de los niños ante el tratamiento dental constituye un gran reto tanto para los Odontopediatras que estén avocados a disminuir problemas de ansiedad ante dichas intervenciones. Existen técnicas de manejo de conducta o herramientas utilizadas tradicionalmente en odontopediatría para aminorar la ansiedad de igual forma otras alternativas no convencionales como terapia de los sentidos. La cooperación de los niños durante el tratamiento dental se logra mediante modificar o influir en su comportamiento. Una de las técnicas más usadas son: Refuerzo Positivo, Decir-Mostrar-Hacer, Distracción-voz-distracción, Control de voz, Comunicación no verbal, Modelado, Tiempo y fuera, entre otras (Ayala Escandón, 2013).

Las terapias de los sentidos son aquellas cuyo fin es un efecto beneficioso en el organismo, influyendo positivamente en su funcionamiento interno, por medio de la exposición a estímulos adecuados dirigidos a alguno de los sentidos. Dentro de este grupo de terapias podemos describir tres fundamentales: Musicoterapia, Aromaterapia y Cromoterapia.

Según la Asociación Internacional de Musicoterapia, esta se define como la utilización de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía), con un paciente o grupo destinado a facilitar objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas.

La aromaterapia se define como el arte y la ciencia de la utilización de esencias aromáticas naturales extraídas de plantas para equilibrar, armonizar y promover la salud de cuerpo, mente y espíritu. El uso de la aromaterapia es común, durante mucho tiempo ha sido considerado como un medio popular de tratamiento para la ansiedad. Esto implica el uso terapéutico de aceites esenciales aromáticos, para reducir o eliminar la ansiedad. Se ha demostrado que los efectos de esta ansiedad pueden persistir hasta la edad adulta y que a menudo puede conducir a evitar la cita dental y como consecuencia el deterioro de la salud oral (Redstone, 2015; Quiroz Torres, 2011).

En el servicio de la especialidad en odontología infantil en Tabasco, acuden aproximadamente 600 niños de primera vez al año a solicitar atención dental. Los servicios que demandan son, por lo regular, de revisión integral, así como de urgencias debido a traumatismos que sufren durante horas escolares. Actualmente existe controversia sobre las técnicas de manejo de conducta utilizadas comúnmente en odontopediatría. El rechazo de los padres y del mismo paciente, así como implicaciones éticas y legales han llevado a que se revalúen muchas actitudes y técnicas, en especial aquellas que son de tipo aversivo. Debido a lo anterior, se ha intensificado la investigación en este campo con el fin de buscar nuevas alternativas.

Una de las situaciones de la conducta del paciente pediátrico, se presenta en el sillón dental cuando el paciente por primera vez se enfrenta a un ambiente desconocido con temor al odontopediatra y al medio en el que se encuentra, para disminuir la ansiedad y tener un manejo adecuado de conducta favorable es ideal aplicar una terapéutica basándonos en el condicionamiento del niño. El comportamiento negativo de los niños es por la ansiedad que manifiestan, es un impedimento para realizar un tratamiento odontológico de buena calidad, ya que además de requerir más tiempo con la atención se corre el riesgo de producir un daño físico y/o psicológico. A pesar de que la ansiedad dental ha sido estudiada a lo largo del tiempo por diversos investigadores alrededor del mundo, en México no existen muchos estudios que determinen los niveles de ansiedad dental y además implementen terapia de los sentidos con una intervención noble e innovadora para el paciente infantil, probablemente por la falta de interés en el tema o miedo en relación al manejo del paciente infantil.

## **El neuromarketing y los sentidos**

El neuromarketing se puede aplicar a través de olores, colores, posiciones, sonidos, formas, etc., así como para el diseño de un producto o una campaña publicitaria enfocada en captar más participación de mercado, incrementar la satisfacción de los clientes y crear fidelidad hacia las marcas.

El consumidor toma una decisión de compra dependiendo de los estímulos que recibe a través de los sentidos; por lo que el marketing sensorial es de

vital importancia, ya que ayuda a atraer la atención de los consumidores. Los ojos son los principales catalizadores de las emociones, ya que través de ellos recibimos todo tipo de imágenes. La percepción de los colores a través del sistema visual provoca emociones o sensaciones, al igual que el oído al escuchar música.

Al sincronizar las emociones con los sonidos se pueden crear melodías y mensajes, y muchas veces es complicado describir que es lo atrayente del sonido, pero este puede penetrar en la mente del consumidor y ligarlo al pasado como también al presente. La música provoca emociones, excita la memoria, combina lo abstracto y lo concreto, y así crea ideas musicales o series de estados emotivos (Ramírez, 2014).

Al inspirar un aroma se activa una parte del cerebro, el sistema límbico, que es el responsable de las emociones.

Hasta el momento no se cuenta con una estrategia científicamente fundamentada que contribuya a reducir el grado de ansiedad con que llegan los niños a la consulta, muchas veces producto de situaciones de la vida cotidiana. Es por ello, que se realizó dicha intervención diseñada a través de mecanismos psicoterapéuticos, que favorecen al establecimiento de situaciones de bienestar, calma y confort en el organismo, permitiendo de esta forma una buena ejecución del procedimiento clínico. La población infantil es el grupo más vulnerable a requerir la aplicación de una Intervención diferente ya que no tienen aún la capacidad o consciencia de entender la importancia de un tratamiento dental, por lo tanto se implementó terapia de los sentidos con el fin de disminuir la ansiedad durante el tratamiento dental y así poder tener un buen comportamiento en la visita con el odontopediatra.

## Objetivo

Evaluar intervención con terapia de los sentidos para disminuir ansiedad en clínica odontopediátrica.

## Métodos

Estudio cuasiexperimental, con método cuantitativo, en el servicio de Odontología Infantil de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT),

se seleccionaron niños de 6 a 9 años, ambos sexos, que ingresaron como pacientes de primera vez sin experiencias dentales previas, la muestra fue de 18 niños que contaran con autorización de los padres mediante un consentimiento informado, con la finalidad de proteger la información recabada y mantener la confidencialidad del mismo. Los niños fueron seleccionados a través de un sistema de muestreo no probabilístico, por conveniencia de sujetos disponibles, según fueron acudiendo al Servicio de Odontología Infantil, durante el periodo mayo-junio 2016, en el horario de atención de dicha clínica, de lunes a viernes de 8:00 am a 2:00 pm.

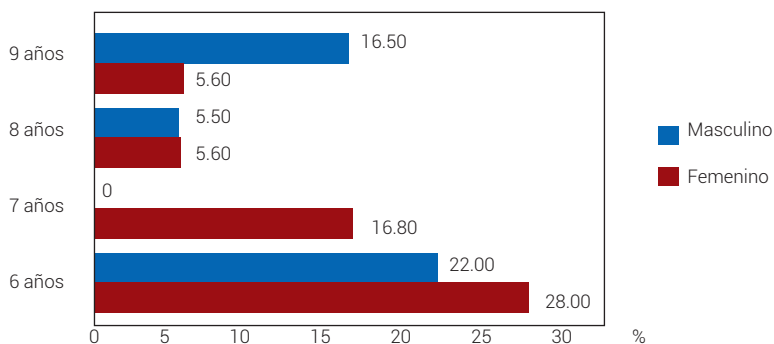
La evaluación de los niveles de ansiedad en los pacientes seleccionados se realizó por el responsable del estudio a través del Test de Dibujos de Venham, en presencia del padre o tutor del niño; se realizó el llenado de la ficha de datos generales del Test, con ayuda de la Historia clínica de cada paciente; explicando las instrucciones al paciente de forma clara: "A continuación te mostraré unos dibujos, y con la verdad quiero que señales el niño de cada grupo que expresa mejor cómo te sientes en este momento", observando cuidadosamente su cara para ver cómo se sentía; se marcó con una X la imagen que el niño señalaba del test. Se procedió a llevar al paciente ansioso a un área aislada en las instalaciones del Servicio de Odontología Infantil, previamente acondicionado con aromaterapia mediante vaporización con difusor eléctrico de medio ambiente olor lavanda (Home Natural Scents), junto con musicoterapia a través de una melodía instrumental, clásica y ambiental, reproducida por medio de una bocina (beatspill 12w), el tiempo de uso de esta intervención lo marcó el tiempo en el que se realizó el tratamiento correspondiente a la cita, aproximadamente de 30 min.

En el postoperatorio se aplicó nuevamente el test al paciente pediátrico, dando las mismas instrucciones: "A continuación te mostraré unos dibujos, y con la verdad quiero que señales el niño de cada grupo que expresa mejor cómo te sientes en este momento", observando cuidadosamente su cara para ver cómo se sentía; finalmente, se agradece al niño su participación. Se elaboró base de datos diseñada en Excel, utilizando para su procesamiento el paquete estadístico SPSS. Se calcularon frecuencias, proporciones y se utilizó una prueba estadística Chi cuadrada, esto para identificar relación entre variables con nivel de significancia de 0.05.

## Resultados

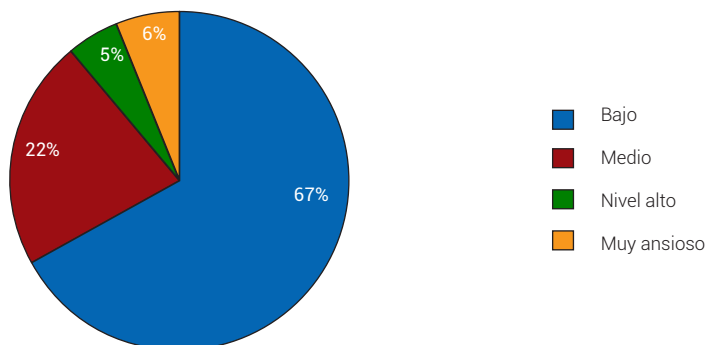
De los 18 pacientes evaluados antes del tratamiento operatorio, el 100%, presentaron algún nivel de ansiedad; en consecuencia, según género, las niñas representaron el 56% (10), y los niños el 44% (8), el rango de edad de la población en estudio fue de entre 6 y 9 años, con un promedio de 7.05 años. (ver Gráfica 1).

**Gráfica 1.** Distribución de frecuencias de ansiedad en niños antes de intervención con terapia de los sentidos según edad y género.



Fuente: Historia Clínica elaborada en niños de 6 a 9 años durante el mes de Mayo-Junio de 2016, Servicio de Odontología Infantil UJAT.

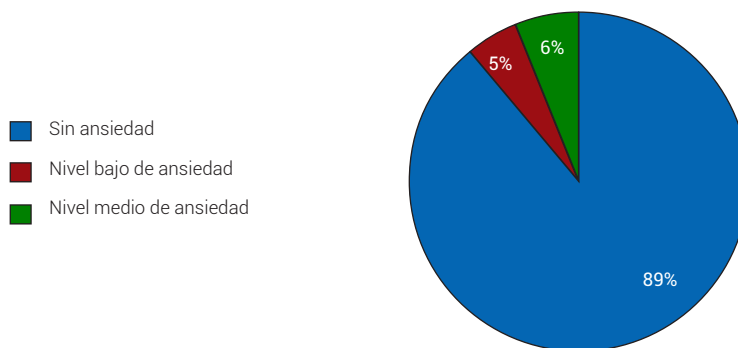
**Gráfica 2.** Distribución de frecuencias según nivel de ansiedad en niños antes de intervención con terapia de los sentidos y previo tratamiento dental.



Fuente: Test Venham para medir ansiedad aplicado a niños de 6 a 9 años durante el mes de Mayo-Junio de 2016, Servicio de Odontología Infantil UJAT.



Gráfica 3. Distribución de frecuencias según nivel de ansiedad en niños después de intervención con terapia de los sentidos y post tratamiento dental



Fuente: Test Venham para medir ansiedad aplicado a niños de 6 a 9 años durante el periodo mayo-junio de 2016, Servicio de Odontología Infantil UJAT.

En los resultados obtenidos aplicando el test para medir ansiedad previa a la terapia de los sentidos y tratamiento dental, se encontraron los siguientes datos: Nivel de ansiedad bajo 67% (12), medio 22% (4), alto 5% (1), muy ansioso 6%(1). (Ver Gráfica 2).

Una vez aplicada la terapia de los sentidos durante la fase de tratamiento se midió de nuevo la ansiedad identificándose lo siguiente: 89% (16) sin ansiedad, 6% (1) con nivel de ansiedad media y 5% (1), con nivel de ansiedad baja. (Ver Gráfica 3).

Al evaluar la intervención con terapia de los sentidos para disminuir la ansiedad en niños, se obtuvo un valor de  $X^2$  (Chi cuadrada)  $\chi^2 = 3.8$ , donde la  $X^2_{exp} = 4.5$ , con lo cual se puede afirmar que la respuesta, es decir, la disminución del nivel de ansiedad depende del tratamiento o intervención con terapia de los sentidos, con un nivel de confianza del 0.05.

## Conclusión

216

El neuromarketing, no es una ciencia que pretende manipular o manejar la mente de nuestra sociedad, sino mas bien conocer los deseos más profundos del paciente/consumidor, para poder proporcionarle los servicios que en realidad desea y necesita. El padre como consumidor de

servicio odontopediátrico acepta con mayor confiabilidad un tratamiento donde los niveles de ansiedad de su hijo son disminuidos al utilizar terapia de los sentidos.

Tras entender y reconocer la ansiedad como una sensación o estado emocional que experimenta un niño durante la visita al dentista por primera vez, y con base a los resultados obtenidos, es importante diagnosticar el grado y tipo de ansiedad que presenta un paciente, mediante la entrevista con él y con sus padres, además de dar continuidad a estudios con implementación de más intervenciones para la disminución de la ansiedad, lo que contribuirá no solo a su mejor seguimiento sino que también a una mejor y correcta aplicación de las estrategias de manejo de conducta en el área operatoria.

## Referencias

- Ayala Escandón, C. (2013). Manejo conductual, dolor, miedo, ansiedad y estrés en la práctica odontopediátrica. *Odontopediatría Actual*, año 2, núm. 6.
- Braitot, N. (2009). *Neuromarketing aplicado*. Madrid, España: Instituto Braidot.
- Calero, I., Aristizabal, L. & Villavicencio, J. (2012). Manejo y comportamiento de la niñez temprana en la práctica odontológica. *Revista Estomatología y Salud*. 2012; 20(1).
- Quiroz Torres, J. (2011). *Manejo de Conducta no convencional en niños: Hipnosis, Musicoterapia, Distracción Audiovisual y Aromaterapia*. Lima-Perú.
- Ramírez Gómez, C. (2014). *La importancia del Neuromarketing aplicado al sentido del olfato*. Madrid: ICAI.
- Redstone, L. (2015). Mindfulness Meditation and Aromatherapy to Reduce Stress and Anxiety. *Archives of Psychiatric Nursing* 29, pp. 192-193.

# Fluorosis dental y su asociación con la caries dental en niños de 5 a 14 años de edad en las instituciones educativas pública en el departamento del Huila en el 2016

Juan Felipe Santanilla, Elvia Karina Grillo A.,  
Claudia Lorena García Rojas

**Introducción:** La caries dental es una enfermedad multifactorial que puede llevar a pérdida de la pieza dental. Para prevenir esta enfermedad, fueron desarrolladas políticas de prevención como fluorar las aguas potables, pero con el tiempo y la ingesta crónica excesiva no tóxica del flúor se produjeron cambios en la pigmentación del diente, constituyéndose actualmente en un problema prioritario de salud pública.

**Objetivo:** Identificar la asociación entre la fluorosis dental y la caries dental en niños de 5 a 14 años de edad en las instituciones educativas públicas en el departamento del Huila en 2016.

**Método:** Estudio de casos y controles, el cálculo de la muestra se realizó por Epidat versión 4.1, teniendo en cuenta los siguientes criterios: La técnica de muestreo será un muestreo de conglomerados; la prevalencia de caries dental es de 60% y la de fluorosis dental de 70%, con un nivel de confianza de 95%, error de 5% y poder de 80%; con estos criterios se obtuvo un tamaño muestral de 303 casos y 303 controles.

Se realizó un examen clínico y diagnóstico utilizando la International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) y para fluorosis dental por medio del Índice Dean. Los datos fueron analizados en stata versión

---

\* Universidad Antonio Nariño, Neiva, Colombia.

14.0, inicialmente por medio de un análisis univariado, posteriormente se aplicó el análisis bivariado mediante el odds ratio (OR) con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

**Resultados:** Se encontró que el 51,2% de la población de niños son de género femenino y el 50% de los niños tienen menos de 8 años. En el análisis de bivariado se encuentra evidencia estadísticamente significativa con el cepillado después de cada comida y con la fluorosis dental. En el análisis multivariado se encuentra una asociación entre la fluorosis dental y la presencia de caries cuando se ajusta con cepillado después de cada comida y consulta periódica al odontólogo  $p < 0,05$ .

**Conclusiones:** Se encontró una asociación entre la caries dental y la fluorosis dental, pues esta última constituye un factor de riesgo para desarrollar caries dental. De acuerdo a este hallazgo, se evidencia que es pertinente actuar con estrategias de marketing y de mercado para proporcionar a la comunidad acciones de prevención de la fluorosis dental. También permite a la clínica odontológica de la universidad ofrecer un servicio a poblaciones vulnerables.

**Palabras clave:** Fluorosis dental, Caries dental, Flúor.

## Introducción

La caries dental es una enfermedad multifactorial, produciendo una pérdida de continuidad de la superficie de la pieza dentaria, sin su tratamiento oportuno y adecuado la pieza dentaria se llega a perder. Para prevenir esta enfermedad, se aplicaron políticas de prevención como fluorar las aguas potables que con el tiempo ayudarían a la disminución de la caries dental, aunque con el tiempo y la ingesta crónica excesiva no tóxica del flúor se evidenciaron cambios de pigmentación de la pieza dental causados por el flúor y posteriormente se comprobó que la ingesta excesiva de flúor cambiaba no solo de color la pieza dental si no también la dureza de la superficie dental. Esta investigación tiene como propósito la relación que tiene la fluorosis dental en diferentes grados con relación a la caries dental, esto quiere decir que el flúor en ingesta excesiva en vez de prevenir la caries dental, se vuelve un factor contribuyente a la caries dental.

## Objetivos

### Objetivo General

Identificar la asociación entre la fluorosis dental y la caries dental en niños de 5 a 14 años de edad en las instituciones educativas públicas en el departamento del Huila en 2016.

### Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente la población objeto de estudio.
- Describir la institución educativa pública y el municipio con mayor prevalencia de fluorosis dental y caries dental.
- Determinar la prevalencia de la fluorosis dental y caries dental en la población.
- Establecer relación entre las variables de caracterización sociodemográficas y la presencia de la enfermedad de la fluorosis dental y caries dental.

## Método

Se realizará un estudio de casos y controles con el objeto de encontrar asociación entre la fluorosis dental y la presencia de la caries en la población de niños de 5 a 14 años de edad de las instituciones educativas públicas del departamento del Huila en el 2016. El cálculo de muestra se realizó en Epidat versión 4.1, teniendo en cuenta los siguientes criterios: La técnica de muestreo será un muestreo de conglomerados donde la prevalencia de caries dental es de 60% y de fluorosis dental de 70%, nivel de confianza de 95%, error de 5% y poder de 80%; con estos criterios se obtuvo un tamaño muestral de:

Tamaño de la muestra – casos.	303
Tamaño de la muestra – controles.	303
Total del tamaño de la muestra.	606

Los investigadores realizarán un examen clínico de cavidad oral y su respectivo diligenciamiento dentro de la historia, registrándose el estado bucodental de cada escolar. Se realizará el desplazamiento a cada uno de

los establecimientos educativos de los municipios, de unidades portátiles odontológicas e instrumentales necesarias para tal fin. Se realizará profilaxis para iniciar el registro de odontograma. La medición de la severidad de caries se realizará por la flexibilidad otorgada por ICDAS y la historia de caries será a través de los índices COP-D y CEO-D, los cuales describen la prevalencia de caries en dentición permanente y temporal respectivamente, mediante el número de piezas cariadas, obturadas y perdidas con extracción indicada por motivo de caries y un índice de COP-comunitario. Para fluorosis dental se desarrollará por medio del Índice Dean.

Los datos se analizarán en el software EpiInfo3.5, inicialmente por medio de un análisis univariado. Se obtiene el índice de COP-D, CEO-D y COP comunitario, junto a la prevalencia de caries dental y fluorosis dental. Se realizó un análisis bivariado mediante el Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

## Resultados

Se encontró que el 51,2% de la población de niños son de género femenino y el 50% de los niños tienen menos de 8 años. En el análisis de bivariado se encuentra evidencia estadísticamente significativa con el cepillado después de cada comida y con la fluorosis dental. En el análisis multivariado se encuentra una asociación entre la fluorosis dental y la presencia de caries cuando se ajusta con cepillado después de cada comida y consulta periódica al odontólogo  $p < 0,05$ .

**Tabla 1.** Distribución de frecuencia por sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	235	48,76
Femenino	247	51,24
Total	482	100

**Tabla 2.** Medidas de tendencia central y dispersión de la variable edad

n:482	Mediana	Q1 - 25%	Q3 - 75%
Edad	8 años	7 años	10 años

**Tabla 3.** Análisis bivariado de actitudes y prácticas en salud oral y caries dental

Actitudes y prácticas en salud oral		Caries dental (n=482)		OR	IC 95%	P
		Si	No			
En casa le recuerda y ayudan a cepillarse	Si	211	200	1,30	0,84-2,49	0,15
	No	30	41			
La profesora en el colegio le recuerda cepillarse	Si	200	190	1,30	0,80-2,12	0,24
	No	41	51			
Consulta periódicamente al odontólogo	Si	219	16	0,93	0,63-1,36	0,71
	No	22	95			
El odontólogo revisa su técnica de cepillado	Si	219	207	1,63	0,89-3,403	0,08
	No	22	34			
Cepillado después de cada comida	Si	18	166	1,60	1,04-2,46	0,02
	No	53	75			
Fluorosis dental	Si	27	11	2,63	1,22-6,03	0,006
	No	214	27			

**Tabla 4.** Modelo de regresión logística. P<0,05

Logistic regression		Number of obs	=	482		
		LR chi2 (3)	=	14.72		
		Prob > chi2	=	0.0021		
Log likelihood		Pseudo R2	=	0.0220		-326.7383
Caries3	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% conf. interval	interval
Fluorosis3	2.785275	1.041609	2.74	0.006	1.338272	5.796849
Cepillado después de cada comida	1.803895	.4033642	2.64	0.008	1.163794	2.796058
Consulta periodica	.800697	.1595992	-1.12	0.265	.541754	1.183407
_cons	.6854466	.1351485	-1.92	0.055	.4657399	1.008797

## Conclusiones

Se encontró una asociación entre la caries dental y la fluorosis dental, pues esta última constituye un factor de riesgo para desarrollar caries dental. De acuerdo a este hallazgo, se evidencia que es pertinente actuar con estrategias de marketing y de mercado para proporcionar a la comunidad acciones de prevención de la fluorosis dental. También permite a la clínica odontológica de la universidad ofrecer un servicio a poblaciones vulnerables.

## Referencias

- Agudelo-Suárez, A. A., Martínez-Flórez, L. M., Madrid-Gutiérrez, L. M., Viveres-Builes, A. M. & Rocha-Buelvas, A. (2013). Panorama de la fluorosis dental en Colombia: una revisión exploratoria de la literatura. *Dental Fluorosis in Colombia: A Scoping Review*;32(68), pp. 133-45.
- Alhawij, H., Lippert, F. & Martinez-Mier, E. A. (2015). Relative fluoride response of caries lesions created in fluorotic and sound teeth studied under remineralizing conditions. *Journal of Dentistry*;43(1);, pp. 103-109.
- Benazzi, A. S. T., Da Silva, R. P., Meneghim, M. dC., Pereira, A. C. & Ambrosano, G. M. B. (2012). Trends in dental caries experience and fluorosis prevalence in 12-year-old Brazilian schoolchildren from two different towns. *Brazilian Journal of Oral Sciences*;11(1), pp. 62-66.
- Costa, S. de M., Abreu, M.H., Vargas, A.M., Vasconcelos, M., Ferreira, E. & Castilho, L. S. (2013). Dental caries and endemic dental fluorosis in rural communities, Minas Gerais, Brazil. *Brazilian journal of epidemiology*; 16(4), pp. 1021-1028.
- Do, L. G., Miller, J., Phelan, C., Sivaneswaran, S., Spencer, A. J. & Wright, C. (2014). Dental caries and fluorosis experience of 8-12-year-old children by early-life exposure to fluoride. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*;42(6), pp. 553-562.
- Kotecha, P. V., Patel, S. V., Bhalani, K. D., Shah, D., Shah, V. S. & Mehta, K. G. (2012). Prevalence of dental fluorosis & dental caries in association with high levels of drinking water fluoride content in a district of Gujarat, India. *The Indian journal of medical research*;135(6), pp. 873-877.
- Olivares-Keller, D., Arellano-Valeria, M. J., Cortés, J. & Cantín, M. (2013). Prevalencia y Severidad de Fluorosis Dental y su Asociación con Historia de Caries en Escolares que Consumen Agua Potable Fluorurada en Temuco, Chile. *International journal of odontostomatology*;7, pp. 447-454.
- Ramezani, G., Valaie, N. & Rakhshan, V. (2015). The effect of water fluoride concentration on dental caries and fluorosis in five Iran provinces: A multi-center two-phase study. *Dental Research Journal*;12(1), pp. 31-37.
- Shanthi, M., Vishnuvardhan Reddy, B., Venkataramana, V., Gowrisankar, S., Thimma Reddy, B. V. & Chennupati, S. (2014). Relationship Between



- Drinking Water Fluoride Levels, Dental Fluorosis, Dental Caries and Associated Risk Factors in 9-12 Years Old School Children of Nelakondapally Mandal of Khammam District, Andhra Pradesh, India: A Cross-sectional Survey. *Journal of International Oral Health*; 6(3), pp. 106-110.
- Vijayran, M., Manuja, N., Chaudhary, S., Sinha, A. & Chaitra, T. R. (2014). Co-relation of body mass index, dental caries and periodontal status with fluorosis in different high fluoridated areas of Haryana state, *India*. *Indian Journal of Dental Research*; 25(6), pp. 722-728.

# Autoestima en los adolescentes con fluorosis dental que asisten a la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño, sede Neiva, 2015

Katherinne Gisseth Perdomo, Elvia Karina Grillo,  
Claudia Lorena García

## Introducción

Una de las partes corporales más importantes es la boca, algunos consideran que es la carta de presentación personal. En la fluorosis dental, los dientes afectados generalmente son los frontales o centrales, siendo estos los más vistosos y los que causan una buena o mala presentación

**Objetivo:** Evaluar la autoestima en pacientes de 12 a 18 años de edad con fluorosis dental moderada y severa que asisten a la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño, sede Neiva, en el segundo semestre de 2015.

**Método:** Fue un estudio descriptivo de corte longitudinal en 50 pacientes con fluorosis de 12 a 18 años de edad que asisten a la clínica de la Universidad Antonio Nariño de Neiva. El instrumento utilizado fue la escala de autoestima de Rosemberg, se inició con la aplicación del pretest de autoestima y posteriormente se realizó un examen para el diagnóstico clínico de fluorosis e intervención odontológica según su condición. Y se finalizó con la aplicación del postest. El análisis de los datos se realizó por medio de estadística descriptiva de acuerdo al tipo de variable utilizando Stata Versión 14.0

**Resultados:** Se evidencia diferencia estadísticamente significativa entre la aplicación del pretest y postest con la fluorosis dental.

---

\* Universidad Antonio Nariño, Neiva, Colombia.

**Conclusiones:** Podrían realizarse más procesos de investigación para establecer claramente esta relación, que permita segmentar el mercado y trazar una estrategia de marketing para el posicionamiento de este servicio. Importante la participación de una facultad de odontología en las actividades de extensión, proyección social y también articulación con los líderes comunitarios.

**Palabras clave:** Autoestima, Fluorosis dental moderada, Fluorosis dental severa.

## Introducción

En Colombia, con el objeto de disminuir con la incidencia y prevalencia de la caries, se optó por la fluorización de aguas y agregados de flúor y yodo en la sal, sin embargo a esta patología se suman otros factores que aumentan el problema. Según el ENSAB IV se reporta una prevalencia de fluorosis de 59,08% en adolescentes entre 12 a 15 años, índice mayor al que reporta Estados Unidos. En el periodo de la adolescencia existen muchos cambios que son normales en un individuo, con son la búsqueda de identidad, contradicciones en su conducta, separación progresiva de los padres y fluctuaciones del humor y estado de ánimo, se estable posibilidades de mantener relaciones afectivas estables; sin embargo, todas las personas no cursan esta etapa de la misma forma, más aun cuando hay condiciones patológicas de por medio. La fluorosis es notoria en los dientes frontales, además de todas las enfermedades orales que esta condición puede causar; con sus manchas se ve afectada la presentación personal y se establece una relación con la autoestima y autoimagen ya que muchos de los adolescentes se cohiben al padecerla, dando lugar a cambios emocionales drásticos, son muy sensibles sobre sí mismos y se profundiza en las preocupaciones sobre sus cualidades personales o "defectos" que, para ellos, resultan algo importante. Aunque se han implementado estrategias para el control de esta patología, tanto que en conjunto con la Universidad Antonio Nariño de Neiva se realizó un estudio sobre el perfil epidemiológico en salud oral, a nivel local no se encuentran estudios de intervención a las personas afectadas por esta patología, y no hay un servicio que realice este tipo de procedimiento, de manera que la población pueda acceder a él con un costo más cómodo. De esta manera se pretende proporcionar intervención odontológica e identificar si mejora o no la autoestima.

## Objetivos

### Objetivo General

Evaluar la autoestima en pacientes de 12 a 18 años de edad con fluorosis dental moderada y severa que asisten a la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño, sede Neiva, en el segundo semestre de 2015.

### Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente la población objeto de estudio.
- Describir la prevalencia de fluorosis moderada y severa.
- Identificar el nivel de autoestima pre y pos intervención odontológica.

## Método

**Tipo de Estudio:** El presente trabajo de investigación es de tipo aplicado, ya que se realizará una intervención odontológica a los pacientes de 12 a 18 años con fluorosis que asisten a la Clínica de la Universidad Antonio Nariño, Neiva.

**Diseño de la investigación:** El diseño de investigación que se empleó fue observacional-descriptivo de tipo longitudinal, prospectivo, debido a que se describieron los cambios de la variable Autoestima, antes y después de la aplicación del tratamiento convencional para fluorosis. Se desarrolló el enfoque cuantitativo por medio del cual fue recolectada la información y datos para luego realizar la medición numérica y el análisis estadístico de la misma.

**Población:** Fueron 50 pacientes con fluorosis de 12 a 18 años de edad que asisten a la clínica de la Universidad Antonio Nariño de Neiva.

**Procedimiento para determinar la muestra:** El tipo de muestra que se utilizó fue un muestreo aleatorio simple. Los criterios de inclusión son: pacientes de 12 a 18 años de asisten a la clínica de la Universidad Antonio Nariño de Neiva, que tienen fluorosis moderada y severa en el II semestre de 2016. Los criterios de exclusión son: pacientes con discapacidad.

**Recolección de la información:** el instrumento utilizado fue la escala de autoestima de Rosemberg. Se inició con la aplicación del pretest de autoestima y posteriormente se realizó un examen para el diagnóstico

clínico de fluorosis e intervención odontológica según su condición. Se finalizó con la aplicación del postest.

**Análisis de los datos:** Una vez recolectada la información, se sistematizó y analizó por medio de estadística descriptiva de acuerdo al tipo de variable. Los datos fueron analizados en Stata Versión 14.0.

## Resultados

De acuerdo a la distribución por sexo, se encontró que el mayor porcentaje de los pacientes con fluorosis pertenecen al género femenino (58%), no presentan caries (74%), la obtención del recurso hídrico es del acueducto (88%), la supervisión del cepillado la realiza el niño (62%), el 44% de los adolescentes se cepillan tres veces al día y el 56% no realiza ingesta de la crema dental empleada en el cepillado.

**Tabla 1.** Características generales de los pacientes con fluorosis

Variable	Fluorosis Moderada	%	Fluorosis Severa	%
<b>Sexo</b>				
Femenino	17	34%	12	24%
Masculino	9	28%	12	24%
<b>Caries</b>				
Si	7	14%	6	12%
No	19	38%	18	36%
<b>Fuente de agua</b>				
Acueducto	26	52%	18	36%
Pozo	0	0%	6	12%
<b>Supervisión del cepillado</b>				
Madre o cuidador	7	14%	12	24%
Niño	19	38%	12	24%
<b>Frecuencia de cepillado</b>				
Una vez al día	7	14%	6	12%
Dos veces al día	3	6%	12	14%
Tres veces al día	16	32%	6	12%
<b>Ingesta de crema</b>				
Sí	10	20%	12	24%
No	16	32%	12	24%

Fuente propia.

**Tabla 2.** Distribución de pretest y postest según la escala de autoestima de Rosemberg

Pretest	Fluorosis Moderada	%	Fluorosis Severa	%	X <sup>2</sup>	dl	P
< 25	11	22%	18	36%	7,02	2	0.03
26 - 29	12	24%	3	6%			
> 30	13	26%	3	6%			
Postest	Fluorosis Moderada	%	Fluorosis Severa	%	X <sup>2</sup>	dl	P
<25	4	8%	6	12%	6,9	2	0,03
26 - 29	3	6%	9	18%			
> 30	19	38%	9	18%			

Fuente propia.

Se obtuvo una prevalencia de fluorosis dental severa del 48% y fluorosis dental moderada del 52%. De acuerdo a la relación de los adolescentes con fluorosis dental moderada y severa con la autoestima se encontró una diferencia estadísticamente significativa en relación al pretest y al postest.

## Conclusiones

Podrán realizarse más procesos de investigación para establecer claramente una relación que permita segmentar el mercado y trazar una estrategia de marketing para el posicionamiento de este servicio. Importante la participación de una facultad de odontología en las actividades de extensión, proyección social y también articulación con los líderes comunitarios. Se contribuye a descongestionar la red pública de servicios de salud y mediar entre necesidades poblacionales y canalizarlas con la cadena de empresas prestadoras de salud.

## Referencias

Chávez Pérez, R. (2014). Tratamiento con ácido clorhídrico en paciente con fluorosis dental. *Revista ADM*. Vol. 71, 4, pp. 202-206. Guanajuato, México.

- Gomez Scarpetta, RA, Olaya Pardo M, Barbosa Rivera A, Durán Arismendy L, Vergara Bobadilla H, Rodas Avellaneda CP, et al. Prevalencia de fluorosis dental en infantes de 8 a 12 años de colegios públicos, Villaviciencio 2013. *Hacia promoc. salud.* 2014; 19(1), pp. 25-38.
- Moimaz, S. A., Saliba, O., Marques, I. B., Garbin, C. A. & Saliba, N. A. (2015). Dental fluorosis and its influence on children´s life. *Braz Res orales*; vol. 29.
- Montana Salas, M. (2008). *Guía de fluorosis dental. Normas técnicas de la fluorosis dental.* Neiva: Secretaría de Salud Departamental del Huila.
- Ramirez Puerta, Blanca S; Franco-Cortés, Á. M. & Ochoa- Acosta, E. M. (2009). Fluorosis Dental en Escolares de 6 a 13 Años de Instituciones Educativas Públicas de Medellín, Colombia. *Revista salud pública*, vol.11, n.4, pp. 631-640.
- Rodríguez Loyola, J. P. (2006). Fluorosis en dentición temporal en un área con hidrofluorosis endémica. Instituto Nacional de Salud Pública. *Revista salud pública de México.* Mayo-junio. Vol. 42, N. 3. Cuernavaca, México.

# Estrategia social para el mejoramiento de la salud bucal en una población de infantes de México

Elina Ramírez Jácome, Jeannette Ramírez Mendoza,  
Sonia Martha López Villarreal, Juan Antonio Córdova Hernández

**Introducción:** La estrategia de marketing social, favorecen la construcción de una serie de acciones que permiten orientar los programas de promoción y prevención de la salud en México ya que se considera que la madre puede constituirse en un factor de riesgo en el estado de salud de su hijo conllevando esto a un problema familiar, social, económico y educacional. La OMS indica que la caries dental y enfermedad periodontal, son un problema importante de salud pública en todo el mundo. Estos problemas pueden iniciarse a edades muy tempranas y están vinculados a prácticas y conocimientos deficientes en salud bucal de los padres.

**Objetivos:** Describir una estrategia social que permita identificar el nivel de conocimiento en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucodental del niño menor de 5 años.

**Método:** Estudio observacional, descriptivo, corte transversal. Muestreo no probalbilístico, con 45 madres e hijos menores de 5 años. Se aplicó una encuesta estructurada para medir el nivel de conocimientos y determinar el estado de salud bucodental del niño a través de ICDAS.

**Resultados:** La estrategia mercadológica social permitió identificar el nivel de conocimiento que tienen las madres con respecto al cuidado del menor este fue bajo en un 91%. El 46.6% de los niños tuvo O.D. sanos; 28.9% índice leve; 8.9% moderado y 2.2% severo.

---

\* Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.



**Conclusiones:** a través de la estrategia social se identificó el nivel de conocimiento de las madres sobre salud bucal de los niños menores de 5 años ya que este fue malo, el nivel de conocimiento guarda relación según el número de hijos de las madres ya que la mayoría de las madres encuestadas sólo contaban con 1 hijo y se obtuvo un nivel de conocimiento bajo.

**Palabras clave:** Salud bucal, Nivel de Conocimientos, Prevención, Estrategia Social.

## Introducción

Los sistemas de salud, tienen la responsabilidad de tener programas de higiene bucal hacia la población, estos deben estar acompañados por expertos en odontología, asociaciones o agrupaciones y especialistas, todos en conjunto deben diseñar programas con estrategias de marketing social que permitan llegar a las personas más vulnerables y favorecer una buena educación bucal en las poblaciones (Contreras, 2016).

La OMS indica que la caries dental y enfermedad periodontal, son un problema importante de salud pública en todo el mundo. Estos problemas pueden iniciarse a edades muy tempranas y están vinculados a prácticas y conocimientos deficientes en salud bucal de los padres (OMS, 2011).

Las enfermedades bucales constituyen uno de los problemas de salud pública más frecuentes en la población, sin distinción de edad o nivel socioeconómico. Se manifiestan desde los primeros años de vida, sus secuelas producen efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico y estético por el resto de vida de los individuos afectados.

La prevención es importante, comienza con la educación a las madres de familia que son las que generalmente se ocupan de la atención de los buenos hábitos de salud bucal en su hijo. Así que, garantizando la salud oral de la madre podremos garantizar la salud oral del niño al igual que el resto de su familia.

La falta de aplicación continua de las estrategias de marketing social preventivas dirigidas a grupos de riesgo específicos (escolares, embarazadas, adultos mayores, pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, personas que viven con VIH/SIDA y con capacidades diferentes)

se traduce en mayor incidencia de enfermedades bucales. En el grupo de escolares, debido a la escasez de recursos humanos, materiales y financieros, se ha detectado insuficiente promoción de la salud bucal, irregularidad en la aplicación de los esquemas básicos de prevención, así como escasa atención curativos. (Secretaría de Salud, 2011).

## Objetivo

Para este trabajo de investigación se determinó describir una estrategia social que permita identificar el nivel de conocimiento en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucodental del niño menor de 5 años.

## Material y método

**Tipo de estudio:** Observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo realizado en un centro de salud, Villahermosa, Tabasco, México.

**Periodo:** mayo-junio de 2016.

**El universo:** La asistencia de madres con sus hijos al servicio de salud en la institución.

**Muestra:** Se determinó una muestra no probabilística por conveniencia, n= 45 madres, tomando en consideración a las que se presentaron con sus hijos menores de 5 años por primera vez a consulta externa.

**Método:** Como parte de la estrategia social, se inició con la recolección de los datos, nos ubicamos en la sala de espera de las unidad de salud, para recibir a los niños de 0 a 5 años de edad que acudieron a consulta en compañía de su madre. Se procedió a informar a cada madre de familia que estábamos aplicando una estrategia social de salud bucal, que consistía en identificar una serie de datos y que era parte de una investigación en dónde era importante su participación, se le explicó que tendría que llenar un cuestionario, además que a su hijo se le realizaría un examen clínico para determinar el estado de salud bucal y presencia de Caries de la Infancia Temprana, aclarando que sólo se basaba en la observación y que no se realizaría ningún tratamiento odontológico al niño. Al aceptar participar, la madre firmaba la carta de consentimiento informado.

El cuestionario consta de 26 preguntas sobre conocimientos de salud bucal del niño menor de 5 años como: caries, crecimiento y desarrollo, medidas preventivas, dieta, uso de biberón, lactancia materna, higiene bucal, usos, funciones y aplicación de flúor, selladores de fosetas y fisuras, visita al dentista, mal oclusiones.

Se le asignó a cada pregunta un puntaje de 1 punto. Se catalogaron en tres niveles de conocimientos según puntaje obtenido: de 0 a 10 Nivel Bajo, de 11 a 15 Nivel Medio, 16 a 20 Nivel Alto.

Así mismo se utilizó un instrumento para la realización de la exploración de la cavidad bucal para los hijos de las madres en donde se recaban los datos de: Edad del niño, Sexo, Talla, Peso, Hábitos perniciosos, Exploración de la cavidad bucal comprendido por Calidad de higiene, Labios, Lengua, Frenillo, Paladar, Piso de boca, Encía, Carrillos, Amígdalas, Forma de Arcada. Todo esto para poder valorar el estado de salud bucodental del niño menor de 5 años. Seguidamente, se aplicó un software propuesto por el Sistema Internacional de Detección y Evaluación de Caries (ICDAS).

## Resultados

Características de la población en general, Los resultados obtenidos muestran como fue la presencia de 45 niños con rangos de edad entre 2 a 64 meses, siendo la más frecuente de 2 a 10 meses 53.3% (24). En relación a las madres se observó que el rango fue entre 21 a 30 años 44.4% (20), de las cuales el 53.3% (24) de ellas cuenta con un solo hijo, de acuerdo al grado académico el 60% (27) tiene educación secundaria y 66.7% (30) es ama de casa.

Para el nivel de conocimientos de las madres sobre la salud bucodental del niño menor de 5 años, se observó que de acuerdo al objetivo general de este estudio el nivel de conocimiento de las madres en salud bucal fue que el 91.1% (41) de ellas posee un nivel bajo, en lo concerniente al nivel de conocimientos de las madres sobre el estado de salud bucodental del niño menor de 5 años, se encontró que predominó el conocimiento bajo sobre el uso de fluoruro 86.5% y las vistas al dentista 82.2%, hábitos y maloclusiones 71%, crecimiento y desarrollo 66.7%, prevención, cepillado y la caries dental 62.3%, dieta 60%.

## Conclusiones

A través de la aplicación de la estrategia social se identificó que:

- El nivel de conocimiento de las madres sobre salud bucal de los niños menores de 5 años fue malo.
- El nivel de conocimiento guarda relación según el número de hijos de las madres ya que la mayoría de las madres encuestadas sólo contaban con 1 hijo y se obtuvo un nivel de conocimiento bajo.
- El nivel de conocimiento guarda relación con el grado académico, ya que fue creciente la frecuencia de nivel de conocimiento regular a medida que era mayor el grado de instrucción.
- El nivel de conocimiento según nivel socioeconómico al igual guardó relación, ya que a medida que se presentaba nivel socio económico bajo, se presentó por igual nivel de conocimiento malo y conforme la edad fue incrementando, al igual hubo un aumento en el índice de caries, no hubo diferencia significativa en cuanto al género.

## Referencias

- Contreras, R. A. (2016). *Revista Clínica de Periodoncia, Implanto-  
logía y Rehabilitación Oral*. Recuperado de: [[http://ac.els-cdn.com/S0718539116300350/1-s2.0-S0718539116300350-main.pdf?\\_tid=272cfe28-31c0-11e7-bc04-00000aab0f02&acdnt=1494008882\\_37187bafbcbcd385e5b32eb5c861d0dee](http://ac.els-cdn.com/S0718539116300350/1-s2.0-S0718539116300350-main.pdf?_tid=272cfe28-31c0-11e7-bc04-00000aab0f02&acdnt=1494008882_37187bafbcbcd385e5b32eb5c861d0dee)].
- OMS (2011). *Salud bucodental*. N. 318. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>].
- Secretaria de Salud (2011). *Salud Bucal del Preescolar y Escolar*. Primera edición. Recuperado de: [[http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye\\_completo2.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf)].

# Coaching para el desarrollo de competencias profesionales y personales en el equipo de trabajo de organizaciones prestadoras de servicios de atención odontológica

Manuel Higinio Morales García, Jacqueline del R. Calderón Neira,  
Heberto Romeo Priego Álvarez

## Resumen

**Introducción:** Las herramientas administrativas y de gestión, son fortalezas del dentro de las organizaciones, para el mejoramiento de la productividad y alcance de los objetivos, no solo es importante los aspectos de capacitación y asesoría del cliente interno, sino también todos aquellos elementos que permitan el desarrollo de las competencias específicas, procedimentales y genéricas dentro de una organización; este esquema permite la complementariedad de conocimientos, actitudes y habilidades de los actores en los diversos procesos. En el ámbito odontológico, los procesos de atención son complejos por su intangibilidad, razón por la cual es importante involucrar al equipo de trabajo, en donde el impacto de sus acciones se refleje en la solución de problemas y la satisfacción del usuario, sin embargo estas estrategias solo se centran en el cliente externo, descuidando al cliente interno, el coaching es el recurso estratégico que el gerente tiene para optimizar y desarrollar las habilidades, particularmente en las personas encargadas de toma de decisiones.

**Objetivo:** Destacar la importancia de la implementación de coaching, para el mejoramiento de los servicios

---

\* Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.

**Método:** Se realizó una investigación de tipo exploratorio mediante una encuesta en una población urbana del estado de Tabasco. Las variables en estudio: se agruparon en tres segmentos dimensionales tales como conocimiento, necesidades de aplicación y habilidades para establecer un coaching en la organización. La muestra estuvo constituida por 44 establecimientos, del estado de Tabasco.

**Resultados:** Permiten establecer la necesidad de la implantación de modelos teóricos y prácticos del coaching organizacional en las instituciones que otorgan servicios de atención odontológica.

**Conclusiones:** Es importante considerar al factor humano ya que esto converge en los aspectos reflexivos, acerca de las necesidades de desarrollo personal y profesional que pudieran en determinado momento obstaculizar el desempeño de una organización.

**Palabras clave:** Coaching, Liderazgo, Marketing odontológico, Administración de servicios.

## Introducción

Uno de los factores claves en el proceso de atención y servicio es el cliente interno que hace posible mantener y preservar dentro de muchas otras cosas la salud de su semejantes, en este contexto el conocimiento de sus características como ser humano más que como miembro de un equipo es fundamental para el mejoramiento en la calidad de la prestación del servicio considerando el desarrollo de las potencialidades y competencias de los miembros de un organización de manera holística e integrada, usando como estrategia el coaching, en donde se ha demostrado que su correcta aplicación y entendimiento ha mejorado muchos aspectos relacionados con el desempeño laboral, personal y organizacional de los individuos. En este ámbito no solo es importante los aspectos de capacitación y asesoría del cliente interno, desde el punto de vista disciplinar y operativo, sino también todos aquellos elementos que permitan el desarrollo de las competencias específicas, procedimentales y genéricas que toda persona puede potencializar cuando se logra establecer un coaching dentro de una organización; el factor humano es el eje central dentro del escenario administrativo, sobre todo cuando se trabaja de manera organizada, y multidisciplinaria, donde también es determinante el trabajo en equipo,

este esquema de trabajo permite la complementariedad de conocimientos, actitudes y habilidades de los actores en los diversos procesos, en este caso de la atención a la salud. En el ámbito odontológico, así como en las diversas disciplinas médicas, los procesos de atención son complejos por su intangibilidad, razón por la cual es importante involucrar al equipo de trabajo, en donde el impacto de sus acciones se refleje en la solución de problemas y la satisfacción del usuario. Sin embargo, estas estrategias solo se centran en el cliente externo, descuidando al cliente interno, el coaching es el recurso estratégico que el gerente tiene para optimizar y desarrollar las habilidades dentro de un equipo de trabajo, sobre todo de las personas encargadas de la toma de decisiones.

## Metodología

Se realizó una investigación de tipo exploratorio descriptivo y transversal mediante la realización de una encuesta en una población urbana del estado de Tabasco. Las variables en estudio fueron agrupadas en tres segmentos dimensionales tales como conocimiento, necesidades de aplicación y habilidades para establecer un coaching en la organización. La muestra estuvo constituida por 176 individuos de 44 establecimientos considerados en el directorio estadístico nacional de unidades económicas, según el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2017), del Estado de Tabasco, dichas unidades de estudios se caracterizaron por estar constituidas por una estructura organizativa totalmente empresarial en las cuales fueron encuestados los miembros de cada organización quienes realizaban actividades operativas como odontólogos y algunos que se desempeñaban además como administradores.

La aplicación del instrumento se realizó en el periodo comprendido de octubre a diciembre del 2016. El instrumento estuvo conformado por tres apartados dimensionales: el primer segmento fue dirigido hacia la obtención de información relacionada con el conocimiento de la estrategia de coaching en los integrantes de las clínicas o consultorios, involucrando al todo el personal dado que en la mayoría de los casos realizaban las dos actividades tanto administrativas como operativas. Asimismo en este apartado se consideraron los datos sociodemográficos del encuestado; el segundo apartado se centró en la percepción de la necesidad de la aplicación del coaching en la organización en donde se

consideraron cinco ítems algunos de los cuales hicieron referencia hacia aspectos de la organización y algunos hacia los aspectos personales y actitudinales; finalmente el tercer apartado se ubicó en explorar si el personal administrativo y operativo tenían alguna habilidad para desarrollarse como coaching dentro de la organización.

## Resultados

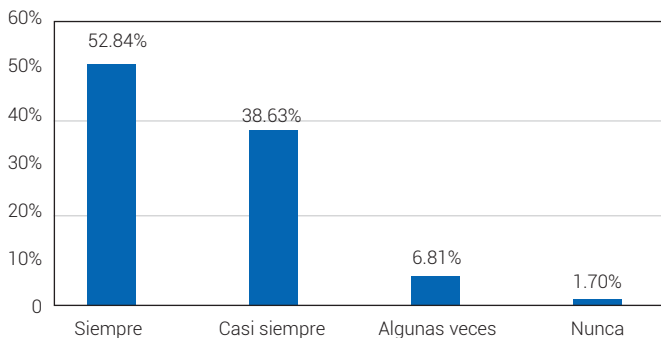
El análisis de los resultados permitió establecer que la población encuestada estaba distribuida en un 63% del sexo femenino y un 37% del sexo masculino y sus principales actividades dentro de la organización el 76% realizaba tareas específicamente operativa y que el 23.3% realizaban también actividades administrativas.

Con relación a los ítems para determinar el conocimiento de la metodología del coaching destaca la disposición de los encuestados con relación al conocimiento del coaching y de su disposición para mejorar resultados en el desempeño individual y de la organización. En este sentido el 49% considero estar dispuesto, el 16.4% algunas veces y solo un 9.6% manifestó una actitud negativa.

Con relación a la importancia que le dan a su equipo de trabajo a los miembros de la organización en algunos aspectos, cuando se les preguntó si escuchaban a sus compañeros cuando tiene conflictos el 52.8% mencionó que siempre están dispuestos a escuchar, mientras que el 6.81% manifestó que algunas veces.

**Gráfica 1.** Encuesta de percepción de coaching

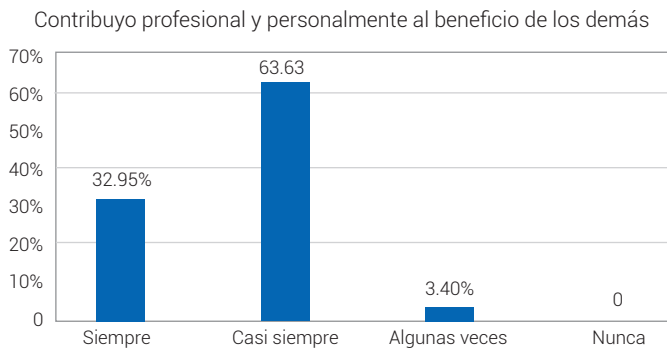
Escucho a los compañeros de trabajo cuando tienen dificultades





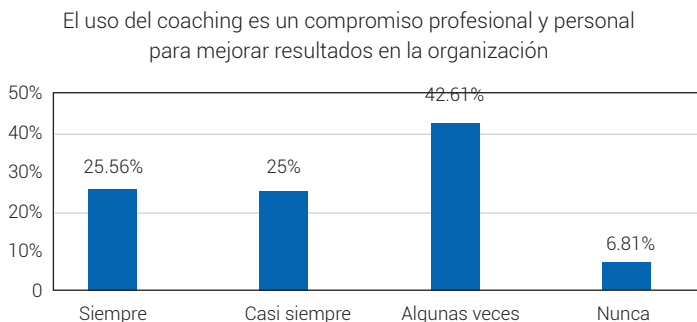
En el segundo apartado constituido por la variable de necesidades de aplicación del coaching en su entorno se cuestionó si se contribuye al desarrollo personal y profesional en beneficio de los demás miembros de la organización, los resultados encontrados determinaron que el 63.63% mencionó que casi siempre en contraste con el 3.4% que considero algunas veces.

**Gráfica 2.** Encuesta de percepción de coaching



Con relación a la disponibilidad para desarrollar habilidades de coaching, llama la atención que el 43 % de los encuestados están dispuestos a desarrollar estas habilidades dentro de su organización. Sin embargo cuando se les pregunto acerca del compromiso que implica el realizar coaching de su organización para el mejoramiento de los resultados, el 42% considero que algunas veces es un compromiso, el 6.8% mencionó que no es y el 25% comento que siempre o casi siempre constituye una responsabilidad como integrante de una organización.

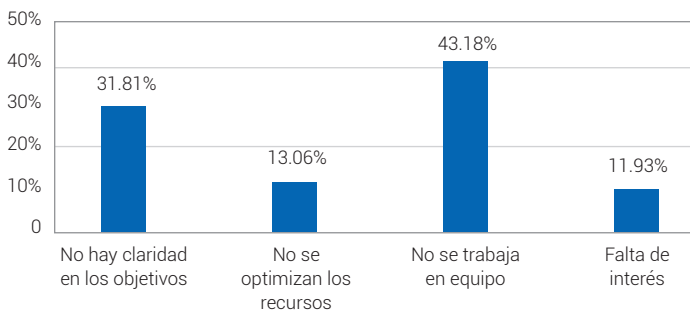
**Gráfica 3.** Encuesta de percepción de coaching



Otro de los aspectos que se cuestionó fue si la utilización o el empleo del coaching permite lograr cambios importantes dentro de la organización y dichos cambios se presentan según su percepción en un mejor posicionamiento (35.2%), el 31.2% considero en el logro de los objetivos, el 20.45% considera que se pueden optimizar los recursos y el 13% menciona que permite estandarizar procesos. En esta misma temática se cuestionó con relación a que aspectos consideran que afectan a ala organización en su desempeño, el 43.1% establece que no se trabaja en equipo, el 31.8% que no hay claridad en los objetivos. Asimismo el 12% considero una falta de interés dentro de la organización.

**Gráfica 4.** Encuesta de percepción de coaching

Por qué no se han alcanzado los resultados en la organización



Otros de los aspectos abordados en el proceso de investigación se centraron en el reconocimiento de la necesidad de apoyo a la organización en donde el 35% de los encuestados manifestó que casi siempre sabe cuándo la organización está en problemas, en contraste con el 9% que nunca sabe no reconoce la necesidad de apoyo hacia la organización. En cuanto al desarrollo de habilidades como coaching el 36.6% de la población encuestada considero conocer sus límites para no ofrecer expectativas falsas dentro dela organización, en este contexto el 48% también manifestó tener miedo al fracaso ́profesional dentro de sus ́mbito laboral.

## Discusión

Los resultados encontrados en el proceso de investigación permiten señalar el aspecto del conocimiento del coaching que es una estrategia o herramienta administrativa que permite mejorar los resultados dentro

de una organización, el coaching en un nivel de conocimiento es más efectivo, por lo cual los enfoques basados en esta estrategia combinan conocimientos y contenidos para su ejecución en un plano organizacional (Susing, 2016). De ahí la importancia de la capacitación y adiestramiento en esta temática.

Es importante reconocer que el coaching también es parte del proceso de apoyo al desarrollo humano por lo que su implementación debe estar sustentada en el conocimiento del ser humano, sobre todo por su esencia emancipadora y modeladora de conductas. (Shoukry, 2016).

Desde el punto de vista de la aplicación del coaching se considera que va en aumento por los beneficios que otorga a las organizaciones, dado a las diversas formas de aplicar un conocimiento que permite establecer cambios en los individuos y en consecuencia en las organizaciones (Turner, 2016).

El entendimiento de los problemas que puede estar presentando una organización puede ser percibida por los integrantes de la misma, en un estudio con una población de estudio de 253 individuos se determinó que el 3.6% pudo entender el origen de una problemática (Turner et al., 2016). Resultados similares se encontraron en esta investigación en donde el 35% comentó que si identifican conflictos en la organización.

En cuanto a las habilidades para ser coach es precisamente ser responsable profesional y personalmente con las metas establecidas en este contexto el 42% consideró este aspecto, resultados similares determinaron que la fijación de metas es una de las características de las personas que quieren desarrollar habilidades de coach (Gorrochotegui-Martell, 2011).

## Conclusiones

Si bien es cierto que la generación de productos y servicios dentro de una organización es su principal objetivo, y que mediante esta filosofía facilitan la vida y los estilos de vida de una población, es importante también considerar al factor humano ya que esto converge en los aspectos reflexivos y humanos, acerca de las necesidades de desarrollo personal y profesional que pudieran en determinado momento sino son consideradas obstaculizar el desempeño de una organización. El empleo del coaching sin duda

ayuda a mejorar e integrar al cliente interno en la dinámica de generación de resultados eficaces y eficientes de la organización

## Referencias

- Gorrochotegui-Martell, A. (2011). Un modelo de "coaching" en directivos escolares. (Spanish). *Educación y Educadores*, 14(2), pp. 369-387.
- Reinoso Alarcón, H. & Araneda Cea, B. G. (2007). Diseño y validación de un modelo de medición del clima organizacional basado en percepciones y expectativas. *Revista Ingeniería Industrial*, 6(1), pp. 39-54.
- Robson, M. (2016). An ethnographic study of the introduction of internal supervisors to an internal coaching scheme. *International Journal Of Evidence Based Coaching & Mentoring*, 14(2), pp. 106-122.
- Susing, I. (2016). Coaching at the Top. *OD Practitioner*, 48(4), pp. 13-19.
- Shoukry, H. (2016). Coaching for Emancipation: A framework for coaching in oppressive environments. *International Journal Of Evidence Based Coaching & Mentoring*, 14(2), pp. 15-30.
- Turner, E., & Hawkins, P. (2016). Multi-stakeholder contracting in executive/business coaching: an analysis of practice and recommendations for gaining maximum value. *International Journal Of Evidence Based Coaching & Mentoring*, 14(2), pp. 48-65.



## CAPÍTULO 5

### **Marketing aplicado a campos diversos de la salud**



# Los siete pecados capitales del marketing médico

Juan D. Morelli

## Introducción

Como producto de una muy reciente investigación de mercado en pacientes con patologías crónicas y sus familiares directos, donde se buscaba averiguar cómo era la imagen actual del médico tratante en ellos, surgió la posibilidad de proyectar sus resultados, exponiéndolos en la conferencia anual de la RIMS.

Surgieron de la misma una serie de errores que el médico puede cometer en su diario trajinar con los pacientes y se nos ocurrió exponerlos como Pecados Capitales. Obviamente, cuando hablamos de "Pecados Capitales" lo hacemos en forma figurativa y, claro está, de manera respetuosa y sin intención de referirnos a los verdaderos *pecados capitales* citados por la religión católica, utilizando el concepto del "pecado" (con licencia poética) como una forma de mostrar la propia conducta humana en un campo específico: el de una profesión.

El término "capital" (de caput o capitis, "cabeza" en latín) no se refiere a la importancia o magnitud del pecado en sí mismo sino que da –o podría dar– origen a otros pecados, de allí su importancia para el Marketing.

## Conceptos básicos

¿Qué es lo que está "*comprando*" un paciente cuando asiste a una consulta médica?: Sin duda el motivo central de la misma debería tener que ver con su salud –lo que no constituye ninguna novedad–. Obviamente, a ello se

---

\* Universidad Tecnológica Nacional Argentina.



suman muchos otros factores que, en definitiva, girarán en torno a una imagen del profesional.

Nos encontramos con dos modelos de relación médico-paciente que conducen a imágenes diferentes:

- Por un lado, hay una sobrevaloración del profesional y se descansa en él como si fuera una figura cuasi-divina.
- Por el otro, expresan un desapego en su comportamiento y valoración del profesional y de su figura en el plano humano, luego toman distancia... Ninguna de las formas es la ideal.

## Los pecados

### Pecado N° 1: *La Lujuria*

A lo largo de toda la historia le ha llevado al médico innumerables horas de dedicación y estudio a sus temas específicos, que lo transformado en quien es hoy: un *profesional* con todas las letras.

Entonces, ¿cómo afirmamos que ha cometido un pecado capital y que éste es nada menos que el de la lujuria?

Según el diccionario por "lujuria" podríamos entender "un apetito desordenado" y aquí está la clave: el médico tiene un apetito insaciable de conocimiento, pero éste es desordenado y anárquico porque se concentra únicamente en un aspecto: su carrera, dando la espalda a adquirir cualquier otro conocimiento...que no le interese.

El médico entonces padece de un tipo especial de lujuria... la intelectual.

### Pecado N° 2: *La Pereza*

Pero no, el pecado de pereza no debería aplicar para nada aquí, vinculado con el pobre médico, al menos desde lo convencional de su definición: "- Falta de ganas de trabajar. Debilidad. Desinterés".

El médico es un trabajador como pocos y desarrolla su profesión con esfuerzo, empuje y voluntad... nunca con pereza.

### ¿Entonces?... ¿Qué hace este pecado aquí?

Podríamos decir que sí desarrolla una especial forma de pereza hacia cierto tipo de *cambio*, de modificación en sus hábitos, de aceptación a

las transformaciones que rápidamente alteran su entorno y, en particular, hacia cuestiones que se orienten a modificar su propio *status quo*.

Todo ello nos conduce a teorizar que el profesional de la salud peca de una especial forma de pereza, de reticencia en lo que se refiere al cambio.

### **Pecado N° 3: La Gula**

El manejo del tiempo se ha convertido en una herramienta fundamental en la vida profesional y forma una parte importante de su capital de trabajo.

Un hecho que es permanentemente destacado por los médicos son las malas condiciones laborales. En promedio, el salario de un médico oscila entre valores que no superan en mucho a los de un empleado apenas calificado en una industria o del sector comercial.

Esta situación obliga a los médicos a conseguir dos, tres o más empleos, o a instalar consultorios en lugares remotos unos de otros, para acceder a una calidad de vida que podríamos considerarla, al menos, como aceptable.

Como definición, el apetito es una forma de saber cuándo el organismo necesita nutrientes para producir la energía vital, aspecto que resulta muy correcto, pero no cuando el médico comete un pecado aquí y tiene un apetito desmedido por el tiempo. Por lo tanto, podemos suponer que el médico tiene una gula de tiempo

### **Pecado N° 4: La Ira**

Los nuevos conocimientos Tecnológicos se crean y se difunden con gran rapidez a través de los nuevos medios de comunicación y se traducen en aplicaciones tech que modifican nuestra vida cotidiana, las posibilidades de comunicarse y las de acceder a la información.

¿Este modo afecta la formación para el ejercicio de la profesión médica? Sí.

Por un lado, la vida útil de los conocimientos adquiridos por los médicos, es cada vez más limitada y deben actualizarse. Además, ya no hay único modelo de trabajo profesional, que fue reemplazado por una diversidad de prototipos organizacionales, sumado al uso intensivo de las nuevas tecnologías en el proceso de atención médica, que tiene un fuerte impacto sobre la ubicación del doc en su entorno tecnológico.

Además, el médico advierte –a veces impotente–, que su paciente está evolucionando, tecnológicamente, a una velocidad mucho mayor que la de él mismo, con un crecimiento exponencial en su conocimiento.

Esto ha generado una nueva forma de pecar para el profesional médico:

El Pecado de la Ira frente a una tecnología que no está bajo su control, que le es adversa y que lo aísla de su entorno y lo separa de su paciente.

### **Pecado N° 5: *La Envidia***

La envidia es un sentimiento que nunca produce nada positivo en quien la padece y genera una insalvable y horrible amargura.

Bertrand Russel sostenía que: “la envidia es una de las más potentes causas de infelicidad. Siendo universal, es el más desafortunado aspecto de la naturaleza humana, porque aquel que envidia no sólo sucumbe a la infelicidad que le produce su envidia, sino que además alimenta el deseo de producir el mal a otros”.

¿De qué manera puede pecar un profesional de la salud en lo que se refiere a la envidia?: A nivel cotidiano pareciera que estuviera mal visto que “nos vaya todo bien” cuando nos preguntan, por lo que hacemos más hincapié en las carencias, en los problemas que sufrimos, que en los éxitos que alcanzamos, que “en lo bien que nos va”.

Esto no es casualidad; formamos parte de una sociedad que tiende a condenar el éxito y el talento, antes que celebrarlo.

La envidia puede llegar a paralizar el progreso por el miedo que genera de no encajar con la opinión de la mayoría. La gente tiene miedo a ser diferente del grupo social, por la presión que siente ante las consecuencias de la envidia.

En este marco el Médico siente que debe pertenecer antes que ser diferente, padeciendo el pecado de la envidia (o el miedo) a ser envidiado.

### **Pecado N° 6: *La Avaricia***

En nuestra interacción con otros seres humanos establecemos diferentes tipos de relaciones, donde muchas son de carácter meramente superficial e intrascendente y otras de condición mucho más compleja. En su conjunto constituyen –y construyen– el complejo mundo de las relaciones interpersonales.

Cualquier profesional dedicado a la salud está inserto en este difícil mundo de la comunicación, donde juega un rol de interacción –e incluso de liderazgo– muy importante con su entorno, aunque, a veces, parece menospreciar el efecto que tienen el mismo en el tratamiento de sus pacientes.

Podríamos definir la comunicación, sucintamente como: "La transferencia de información desde un emisor hasta un receptor, el cual debe estar en condiciones de comprenderla".

Pero la relación comunicacional entre un profesional y sus pacientes es mucho más que un mero ejercicio de carácter "técnico" o "informativo", dado que se ponen en juego extremas interacciones humanas, con fuerte contenido emocional y las implicancias psicológicas que ellas conllevan.

Por tanto, la comunicación debe incluir tanto la adecuada transferencia de la misma como una obsesiva preocupación por el entendimiento del significado de la misma.

Es allí donde el profesional comete un nuevo Pecado Capital: el de la Avaricia Comunicacional, retaceando esa información que el entorno le demanda.

### **Pecado N° 7: *La Soberbia***

La relación médico-médico es una vinculación compleja y poli-cromática, donde se superponen la ética, la gratitud, la confraternidad, la idealización, la lealtad, por un lado... pero también la competencia y la soberbia por otro, lo que constituye uno de los planteos básicos en medicina:

- Cuándo ver a otro médico como un colega.
- Y cuándo como un competidor.

La escuela médica clásica siempre muestra a otro profesional como un colega, como un aliado, sin egoísmos ni individualismos de ninguna especie.

Hipócrates ya lo estableció oportunamente en su juramento, cuya versión más moderna afirma: "mis colegas serán mis hermanos".

Pero esto es sólo una cara de la moneda. Con seguridad existen otros ámbitos donde los intereses se cruzarán, inexorablemente.

Surge así, inexorablemente, la figura del competidor.

El profesional de la salud, al ignorarlo, comete el pecado de la soberbia, por el cual tendrá que pagar un precio muy alto.

## **El cierre**

En este sencillo juego hemos intentado resaltar, metafóricamente, algunos errores que los médicos podrían estar cometiendo.

Entendemos que no es fácil aceptar información proveniente de otra disciplina tan distinta como lo es la del marketing e incorporarla al diario trajín, pero estoy convencido que el primer paso es tratar de aceptar y aprender de nuestros errores. Por otro lado, la metodología aplicada, con sencillos ejemplos de aplicación al final de cada "pecado", pensamos que han sido útiles para afianzar los conocimientos y facilitar el manejo de las herramientas. Estas últimas han sido presentadas en forma lo más clara posibles para posible su aplicación.

# El auge del marketing en los productos naturales como alternativa en salud bucodental

Sonia López Villarreal; Abelardo Chávez Montes;  
Jeannette Ramírez Mendoza; Rocío Castro Ríos; José Viveros Valdés;  
Laura Villarreal García; Osvelia Rodríguez Luis.

## Resumen

**Introducción:** Las enfermedades bucodentales más frecuentes son la caries y la enfermedad periodontal. En términos mundiales, entre el 60% y el 90% de los niños y cerca del 100% de los adultos presentan caries y dolor. Los medicamentos alternativa contra microorganismos bucales han demostrado por años tener efectos tóxicos y la aplicación de productos naturales se considera como una posibilidad interesante debido a su menor impacto negativo (Chandra, 2015). En odontología, es común el empleo de sustancias naturales en la prevención de enfermedades bucales y el mantenimiento de la salud bucal.

**Objetivo:** Evaluar los productos naturales: *Syzygium aromaticum*, *Lippia graveolens* y *Chamaemelumnobile* como alternativa para desarrollar formulaciones contra microorganismos orales.

**Método:** En este trabajo se obtuvieron y evaluaron extractos vegetales, entre ellos *Syzygium aromaticum* y *Lippia graveolens*, realizándose pruebas de actividad antibacteriana in vitro además pruebas en sangre y evaluación citotóxica. Se obtuvo el material vegetal en lugares reconocidos para su venta y el certificado de autenticidad en el herbario de la Facultad de Ciencias Biológicas de la UANL, se prepararon los extractos etanólicos y/o metanólicos de cada uno mediante Soxhelt

---

\* Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

y/o maceración. Se realizó el análisis fitoquímico para la identificación parcial de compuestos presentes mediante reacciones colorimétricas y cromatografía en capa fina. Se evaluó la actividad antimicrobiana de cada extracto mediante técnica de diluciones en concentraciones de 3000-50 µg/µL contra cepas bacterianas de *S. Gordoni* y *S. Mutans* (ATCC) y toxicidad mediante fluorescencia.

**Resultados:** Muestran actividad inhibitoria a través de medición de halos en todos los extractos y baja toxicidad en algunas concentraciones.

**Conclusiones:** El uso de productos fabricados con plantas y aplicados a tratamientos orales es posible debido a su actividad antimicrobiana y a la presencia de compuestos farmacológicamente activos y diferentes propiedades las cuales resultan muy importantes en el abordaje y tratamiento de patologías orales.

**Palabras clave:** Productos naturales, Alternativa, Salud bucodental.

## Introducción

Las enfermedades bucodentales más frecuentes son la caries y la enfermedad periodontal. En términos mundiales, entre el 60% y el 90% de los niños y cerca del 100% de los adultos presentan caries y dolor. Los medicamentos alternativos contra microorganismos bucales han demostrado por años tener efectos tóxicos y la aplicación de productos naturales se considera como una posibilidad interesante debido a su menor impacto negativo (Chandra, 2015). En odontología, es común el empleo de sustancias naturales en la prevención de enfermedades bucales y el mantenimiento de la salud bucal.

La caries dental, enfermedad periodontal, la pérdida de dientes y algunas lesiones mucosas afectan las funciones esenciales de la vida diaria, como lo es comer, masticar y deglutir. Así mismo interfieren con las importantes funciones sociales de la sonrisa y de la comunicación, lo que afecta la calidad de vida (Giacaman et al., 2015).

La caries dental está definida como una enfermedad infecciosa multifactorial causada por bacterias de la placa dental. Cuando entra alimento a la boca, las bacterias metabolizan los carbohidratos fermentables, produciendo ácido que se difunden en el tejido dental duro que va a desmineralizar el esmalte del diente (Al- Darwish et al., 2014).

La caries dental ocurre con la disolución del esmalte por bacterias acidógenas como lo es *Streptococcusobrinus* *Streptococcusmutans* y *Lactobacillus*. La estructura del biofilm hace a las enfermedades dentales más difíciles de controlar y de erradicar y es así como se convierte en una enfermedad pública a nivel mundial (Fabbri et al., 2015).

Cabe señalar que la caries dental es una de las enfermedades más prevalentes en niños. En estudios recientes se ha demostrado que en niños americanos entre 5 a 17 años es 5 veces más común que presente caries que asma (Weusmann et al., 2015).

Otra patología importante es la llamada caries temprana de la infancia (CTI) conocida anteriormente como caries de biberón, que es una de las enfermedades crónicas más prevalentes entre los niños. La caries de la primera infancia ha sido definida como la presencia de una o más cavidades cariosas, además de localizarse en superficies lisas poco susceptibles a la caries.

Este tipo de caries ha sido atribuido a un uso inapropiado y prolongado del biberón o de seno materno. El uso de biberón, especialmente en la noche, está altamente asociado al desarrollo de caries (Jain et al., 2015).

El plan de tratamiento para pacientes afectados con caries de la primera infancia siempre ha sido un reto para los profesionistas. Hoy en día el uso de coronas de acero y coronas estéticas es el tratamiento de opción en estos casos pero es importante dar un enfoque multidisciplinario al tratamiento de CTI (Med et al. 2014). El uso de plantas naturales como tratamiento de diversas enfermedades ha aumentado a nivel mundial, el uso terapéutico de las hierbas medicinales ha servido como importante fuente de nuevos medicamentos y se cree que alrededor del 25 % de los fármacos prescritos se obtienen a partir de plantas. Las plantas medicinales juegan un importante rol en el proceso de descubrimiento y desarrollo de fármacos, que son ampliamente reconocidos como fuentes de ser antimicrobianos y antioxidantes (Wintola et al., 2015).

Los extractos de plantas que contienen antioxidantes naturales a menudo son más eficaces que los antioxidantes sintéticos o compuestos puros incluso aislados debido a las interacciones sinérgicas que mejoran la biodisponibilidad de los agentes antioxidantes individuales (Ewelina, 2015).



Múltiples plantas con efectos antibacteriales son comúnmente utilizadas en medicina, los aceites esenciales de clavo (*Syzygium aromaticum*) y orégano (*Lippigraveolens*), así como el extracto de manzanilla (*Chamaemelum nobile*), presentan propiedades anti inflamatorias, antimicrobiales y antisépticas. Durante mucho tiempo se ha utilizado para el tratamiento de múltiples condiciones como por ejemplo malaria, úlceras pépticas, cicatrización de heridas, para la prevención de gangrena, entre otros (Kazemian et al., 2015).

Las plantas nos proporcionan compuestos químicos como los terpenos, alcaloides, carbohidratos y taninos y se les da una considerable atención en los últimos años debido a diversas propiedades farmacológicas (Naveed et al., 2015).

El orégano y clavo tienen efectos antioxidantes, pero es el clavo especia de origen asiático, el mejor antioxidante de los estudiados, por su alto contenido en compuestos fenólicos.

La manzanilla es una hierba perenne de la familia de las asteráceas, es uno de los ingredientes para té más conocido a nivel mundial. También conocida como planta medicinal que ha sido utilizada por siglos, particularmente por sus efectos antiinflamatorios, antimicrobianos, antiespasmódicos, y efectos sedativos. Los componentes químicos principales de la manzanilla incluye severos componentes fenólicos. Los principales componentes del aceite esencial extraído de las flores son los terpenoides alfa-bisabolol y sus óxidos y azuleno, incluyendo camazuleno (Esteves et al., 2011).

La planta de orégano forma un pequeño arbusto (grueso y bajito) de unos 45 cm de alto. Los tallos a menudo adquieren una tonalidad rojiza, se ramifican en la parte superior y tienden a deshojarse en las partes más inferiores. Toda la planta posee unas pequeñas glándulas donde está contenida la esencia aromática, de color amarillo limón, compuesta por un esteropteno y dos tipos de fenoles principalmente carvacrol y en menor proporción timol.

El árbol del clavo o clavero (*Syzygium aromaticum*) es un árbol de la familia *Myrtaceae nativo* de Indonesia. Sus botones (flores que aún no abren) secos se denominan clavos de olor o giroflor y se usan como especia en las cocinas de todo el mundo (Ozcan, 2011).

Como una respuesta a la inquietud de varios países del mundo y al espacio que hoy en día se viene dando a los productos farmacéuticos de origen vegetal, la OMS publicó en 1991 *Pautas para la evaluación de Medicamentos Herbarios*, como base para la investigación y producción de fitofármacos. En algunos países, se tiene la idea de que consumir productos naturales es costumbre de los niveles socioeconómicos altos (Jurado, 2009). Sin embargo, esta percepción ha cambiado, pues ya no son una categoría exclusiva, sino que la mayoría de los ciudadanos acceden a estos productos. Actualmente, sumado a esto, los consumidores se muestran cada vez más predispuestos a informarse sobre los lugares de venta (Ipsos Apoyo, 2008).

Es importante desarrollar la identidad corporativa del negocio ya sea desarrollando productos propios, colocando un distintivo en los productos que comercializa la tienda o mediante el desarrollo de actividades complementarias al negocio, con el fin de dar a conocer la marca de la tienda, posicionarse y diferenciarse de la competencia. Aspecto crucial para ganarse la preferencia del consumidor y/o atacar a un nicho de mercado, con necesidades específicas no atendidas a la fecha.

## Objetivo

Evaluar los productos naturales: *Syzygium aromaticum*, *Lippia graveolens* y *Chamaemelumnobile* como alternativa para desarrollar formulaciones contra microorganismos orales.

## Método

El material vegetal se obtuvo de lugares reconocidos para su venta, una muestra fue depositada en el herbario de la Facultad de Ciencias Biológicas de la UANL para obtener el certificado de autenticidad. Se obtuvieron los extractos etanólicos y/o metanólicos de cada uno mediante Soxhelt y/o maceración. Se procedió a la eliminación parcial del solvente a presión reducida, posteriormente se procedió a la eliminación completa del solvente y se guardaron en frasco ámbar a 4°C. Se procedió a evaluar el rendimiento. Se efectuó el análisis fitoquímico de los extractos para la identificación parcial de compuestos presentes mediante reacciones colorimétricas y cromatografía en capa fina, finalmente se evaluó la

actividad antimicrobiana de cada extracto mediante técnica de diluciones en concentraciones de 3000-50  $\mu\text{g}/\mu\text{L}$  contra cepas bacterianas de *S. Sobrinus* y *S. mutans* (ATCC), mediante difusión en disco de agar y *S. Gordonii* mediante fluorescencia y toxicidad mediante fluorescencia.

## Resultados

En las pruebas fitoquímicas se destacó la presencia de triterpenos, taninos y flavonoides. Se evaluó la actividad antimicrobiana de cada extracto por la técnica de diluciones a 3000 ppm, 1500 ppm, 750 ppm, 375ppm contra cepas bacterianas de *S. mutans* y *S. Sobrinus* (ATCC), por difusión en placa de agar MuellerHinton mediante pozos destacándose *Syzygium aromaticum* *Chamaemelumnobiley* *Lippia graveolens* 1500 ppm y 750 ppm (Figura 1). Los resultados muestran actividad inhibitoria a través de medición de halos en todos los extractos y baja toxicidad en algunas de las concentraciones. Al realizar las pruebas de fluorescencia y medir las unidades utilizando como control la clorhexidina destacan a 1000 ppm *Syzygium aromaticum* y *Lippia graveolens* (Figura2).



Figura 1

Figura 2

## Conclusiones

El uso de productos fabricados con plantas y aplicados a tratamientos orales es posible debido a su actividad antimicrobiana y a la presencia de compuestos farmacológicamente activos y diferentes propiedades las cuales resultan muy importantes en el abordaje y tratamiento de patologías orales. Uno de los mayores retos que debe enfrentar el desarrollo de la fitoterapia es la fabricación de elementos y extractos que tengan alguna forma de estandarización en cuanto a fabricación y dosificación para la elaboración de productos que puedan utilizarse como alternativa natural en el manejo de la caries dental.

## Referencias

- ChandraShekar, B. R., Nagarajappa, R., Suma, S. & Thakur, R. (2015). Herbal extracts in oral healthcare . A review of thecurrentscenario and itsfutureneeds. *PharmacognRev.* Jul-dec; 9(18), pp. 87-92.
- Giacaman, R., Bustos, I., Bravo-Leon, V. & Mariño, R. (2015). Impact of rurality on the oral health status of 6 year old children from central chile: the Epi Maule study. *The international Electronic Journal of rural and remote health research*, vol 15 pp. 31-35.
- Al-Darwish, M., El Ansari, W. & Bener, A. (2014). Prevalence of dental caries among 12-14 year old children in Qatar. *Saudi Dent J.*; vol 26, pp. 115-125.
- Fabbri, S., Johnston, D. A., Rmaile, A., Gottenbos, B., De Jager, M., Aspiras, M., Starke, M. E., Ward, M. T. & Stoodley, P. (2015). Streptococcus mutans biofilm transient viscoelastic fluid behaviour during high-velocity microsprays. *Journal of the Mechanical Behavior of Biomedical Materials.* Vol. 59, pp. 197-206.
- Weusmann, J., Mahmoodi, B., Azaripour, A., Kordsmeyer, K., Walter, C. & Willershausen, B. (2015). Epidemiological investigation of caries prevalence in first grade school children in Rhineland-Palatinate, *Germany.* *Head FaceMed.* 2015 vol 2. pp. 11-33.

# La invención de dispositivos, como respuesta a las necesidades de salud: un área de oportunidad en marketing

Laura Elena Villarreal García; Sonia Martha López Villarreal, Rosa Isela Sánchez Nájera, Akemi Nakagoshi Cepeda, Osvelia Esmeralda Rodríguez Luis, Jeannette Mendoza Ramírez.

**Introducción:** El desarrollo de materiales y dispositivos que resuelvan los problemas de salud oral representan un reto constante entre los profesionales de la salud. Los resultados de investigaciones requieren transitar a la aplicación de estos y ser viables para su aplicación en la comunidad, mejorando las condiciones biológicas y la calidad de vida de la población. **Objetivo.** Describir la experiencia en el proceso de invención de dispositivos y registro que impacten en la salud oral de la comunidad y la importancia de un mercadeo eficiente.

**Método:** Una vez identificadas algunas áreas de oportunidad respecto a la salud oral y a la práctica profesional odontológica en niños y adultos se generaron varias propuestas que se consolidaron en la invención y registro de un modelo de utilidad, un diseño industrial y una patente que proponen mejorar la calidad de vida de quienes lo utilicen.

**Resultados:** Se llevó a cabo el proceso de registro de acuerdo a las leyes mexicanas del Instituto Mexicano de la Propiedad Intelectual (IMPI), llevando un proceso total de tres años, en los cuales se pasó por varias etapas que resultaron en la consolidación del proyecto.

**Conclusiones:** Se obtuvieron los títulos de registro para la explotación y comercialización de la idea generando un prototipo que permite visualizar su potencial de aplicación en donde el reto es implementar estrategias de

---

\* Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

mercadeo para cubrir las necesidades y que pueda ser rentable para su fabricación en masa.

**Palabras clave:** Invención, Dispositivo, Mercadeo, Salud.

## Introducción

El desarrollo de materiales y dispositivos que resuelvan los problemas de salud oral representan un reto constante entre los profesionales de la salud. Los resultados de investigaciones requieren transitar a la aplicación de estos y ser viables para su aplicación en la comunidad, mejorando las condiciones biológicas y la calidad de vida de la población.

Una conveniente gestión de la propiedad intelectual fundamenta uno de los elementos básicos de la regulación que ofrece un incentivo para la investigación, el desarrollo tecnológico, las inversiones y el comercio, al establecer condiciones de seguridad jurídica frente a la piratería y la imitación no autorizada de las innovaciones. La propiedad intelectual en México, comprende tres categorías:

- (1) Los derechos de autor y derechos conexos.
- (2) Los derechos de obtentor.
- (3) Los derechos de propiedad industrial.

Los derechos de autor y derechos conexos, se reconocen respecto de la creación de las obras literarias y artísticas, competencia del Instituto Nacional de Derechos de Autor (INDAUTOR); los derechos de obtentor se reconocen respecto de mejoras a variedades vegetales, a través del Servicio Nacional de Inspección y Certificación de Semillas (SNICS), mientras que a través de los derechos de propiedad industrial se protegen dos grandes rubros de creaciones: los signos distintivos y las invenciones a través del Instituto Mexicano de la Propiedad Intelectual (IMPI).

Todas las protecciones tienen una vigencia temporal, en el caso de las patentes de invención esta vigencia es de 20 años, los registros de modelos de utilidad de 10 años, los registros de diseños industriales de 15 años; la vigencia se empieza a contar desde la fecha en que la solicitud es presentada ante el IMPI y está sujeta a que se conceda el derecho y se mantenga vigente con el pago de anualidades correspondientes. Al

finalizar la vigencia de la patente o registro, el producto o proceso pasa a dominio público y cualquier persona puede utilizarlo sin necesidad de alguna autorización por el titular de los derechos extintos. Algo importante por comentar es que la protección de los derechos de propiedad industrial únicamente se otorgan en el país donde esta es solicitada y concedida; por lo tanto, si desea la misma protección de los derechos de propiedad industrial en el extranjero, deberá presentar la solicitud en cada país reclamando el derecho de prioridad.

Existe una consideración conocida como derecho de prioridad la cual consiste en la obligación que asume cualquier país miembro de la Unión de París de conceder al solicitante el beneficio de reconocer la existencia de la invención antes de la presentación de la solicitud de patente o registro de modelo de utilidad, durante un periodo de hasta 12 meses contados desde la fecha de depósito de la primera solicitud en su país de origen; es decir, que durante ese lapso puede reclamar su prioridad en otras solicitudes sin que esta afecte la novedad de su invención.

Si la solicitud se presenta en México con reclamo de prioridad, estará obligado a indicar desde la presentación de la solicitud, los datos de la prioridad reclamada (país, fecha y número de solicitud prioritaria) y realizar el pago correspondiente.

La legislación actual no considera invenciones: los principios teóricos y científicos; descubrimientos que den a conocer algo que ya existía en la naturaleza; esquemas, planes, reglas y métodos para realizar actos mentales, juegos o negocios y métodos matemáticos; programas de computación, formas de presentación de información; creaciones estéticas, obras artísticas o literarias; métodos de tratamiento quirúrgico, terapéutico o de diagnóstico aplicables al cuerpo humano y relativos a animales; yuxtaposición de varias invenciones conocidas, variación de uso, forma o materiales, salvo que den un resultado industrial o uso no obvio para un técnico en la materia.

Se pueden registrar como modelos de utilidad los objetos, utensilios, aparatos o herramientas que como resultado de un cambio en su disposición, configuración, estructura o forma, presenten una función distinta respecto a las partes que lo integran o ventajas en su utilidad, siempre y cuando cumplan y tengan novedad y aplicación industrial.

Los productos protegibles por registro de modelo de utilidad son aquellos que no alcanzan un desarrollo tecnológico similar al de una patente, principalmente en cuanto al requisito de actividad inventiva, únicamente se necesita que la modificación que se ha hecho presente una función distinta o una mejora en cuanto al funcionamiento que tenía un producto. La protección a los registros de modelos de utilidad tiene una vigencia de 10 años improrrogables.

**Algunos ejemplos de modelos de utilidad:** Saca corchos de dos pasos, encendedor con destapador integrado, memoria USB con destapador integrado.

## Objetivo

Describir la experiencia en el proceso de invención de dispositivos y registro que impacten en la salud oral de la comunidad y la importancia de un mercadeo eficiente.

## Método

Como parte del análisis de resultados de la evaluación de condiciones que pueden mejorar o reducir riesgos de salud de pacientes e incluso del personal de salud que interviene en el sistema, se realizaron varias propuestas dentro de las cuales culminaron con el registro de un modelo de utilidad, un diseño industrial y una patente. Para este proyecto de divulgación se comentará la experiencia de protección del modelo de utilidad.

El modelo de utilidad parte de la observación de la nula oferta de dispositivos ergonómicos para la administración de sustancias dentro de la boca. Una de las integrantes del grupo de trabajo, con experiencia en el área de farmacología observó que la mayoría de los geles y cremas intraorales de administran a través de cánulas rectas que no ofrecen un acceso óptimo a las estructuras anatómicas de la boca. Con el inconveniente adicional de que es complicado dosificar y/o tener control sobre la cantidad de sustancia utilizada. Estas necesidades fueron consideradas en el diseño de un modelo de utilidad donde incorpora a través de un mecanismo de rodillos el acoplar un tubo estándar con la sustancia a aplicar que puede ser administrado a través de una cánula curva y con la terminal de la parte activa con filamentos que permitan a manera de aplicador distribuir la sustancia sobre la superficie a absorber.



Estas cualidades permitirán:

- 1) Tener un mejor acceso a las superficies intraorales y por lo tanto una administración más precisa.
- 2) La parte activa con filamentos permite facilitar la absorción de la sustancia al favorecer la impresión sobre los tejidos.
- 3) Dosificar de manera precisa la cantidad de sustancia a aplicar, ya que la presión ejercida sobre el tubo es manejada a través de los rodillos, favoreciendo que no se desperdicie sustancia.
- 4) Facilita la adherencia o apego al tratamiento, ya que se ha encontrado que las herramientas adecuadas permiten que los pacientes tengan deseo por cumplir el procedimiento clínico.

## Resultados

Se llevó a cabo el proceso de registro de acuerdo a las leyes mexicanas del Instituto Mexicano de la Propiedad Intelectual (IMPI), llevando un proceso total de tres años en los cuales se pasó por varias etapas que resultaron en la consolidación del proyecto. El resultado obtenido fue el registro No. 3084 titulado como: Instrumento aplicador para la administración de sustancias dentro de la cavidad oral con mecanismo de dosificación con rodillos.

## Conclusiones

La protección de ideas que culminan en diseños, instrumentos o dispositivos con el propósito de mejorar las condiciones de calidad de vida permiten respaldar la información obtenida a través de resultados de investigación, estos hallazgos deben ser monitoreados y observar si a través de su aplicación puede incidirse en mejorar las condiciones de la población.

El reto una vez generado el prototipo resultante es implementar estrategias de mercadeo para cubrir las necesidades y que pueda ser rentable para su fabricación en masa.

## Referencias

IMPI (2005). Presentación del Formulario de Patentes y Modelos de Utilidad (180). Recuperado de: [[http://www.inpi.gov.ar/templates/patentes\\_presentacionf.asp](http://www.inpi.gov.ar/templates/patentes_presentacionf.asp)].

- Rozanski, F. (2003). El Valor de la Propiedad Intelectual en los Países en Desarrollo. *Interciencia*, publicaciones y revistas sociales y humanísticas prisma, 28(2).
- Solleiro, J. L. & Briseño, A. (2003). Propiedad intelectual I: Impacto en la difusión de la biotecnología. *Interciencia*.
- Solleiro, J. L. & Briseño, A. (2003). Propiedad Intelectual II: el caso de la biotecnología en México. *Interciencia*. Recuperado de. [<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33907705>].
- Villarreal-García, L. E., Rodríguez Luis, O. E. & López Villarreal, S. M. (2014). Título de registro de modelo de utilidad No.3084. México.

# Mercadotecnia social en la promoción del espacio laboral en salud ambiental

Xinia Alvarado Zeledón

## Resumen

**Introducción:** La Escuela de Tecnologías en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica, forma profesionales en las áreas de su competencia desde el año 2000, aunque tiene una larga trayectoria en la capacitación de programas integrados en diversos perfiles desde 1969. En el caso de la carrera de Salud Ambiental, su trayectoria data desde la década del 70. En 1990 se abrió la primera promoción de la carrera de Diplomado en Saneamiento Ambiental.

En el año 2000, se abre la carrera de Licenciatura y Bachillerato en Salud Ambiental. La presencia de este nuevo profesional en la sociedad costarricense, requirió de la apertura de diferentes espacios laborales, en sectores no tradicionales, como son: el sector productivo, los asentamientos humanos y la atención de los recursos naturales.

**Objetivos:** Caracterizar las estrategias de mercadotecnia utilizadas para situar a un nuevo profesional en el ámbito laboral del país y enfatizar en la estrategia como nuevo mecanismo de promoción del ámbito laboral de profesionales en salud ambiental en el mercado laboral costarricense.

**Método:** Revisión documental.

**Resultados:** A través del marketing social, se ha propuesto una estrategia que tiene por objeto la modificación de opiniones, actitudes o comportamientos por parte de ciertos públicos con el objeto de mejorar alguna situación social y/o medioambiental".

---

\* Universidad de Costa Rica.

**Conclusiones:** La formación en profesionales en Salud Ambiental, cumple con estándares de calidad adecuados, los cuáles a través de una estrategia que busca llegar al mercado laboral, haciendo uso de una estrategia más cercana, más humana y más sensible.

**Palabras clave:** Salud Ambiental, Espacios laborales, Nuevo perfil profesional, Promoción de la salud, Mercadotecnia en salud ambiental.

## Introducción

En el año 2000, la Escuela de Tecnologías en Salud abre por primera vez una carrera con grado de Bachillerato y Licenciatura en Salud Ambiental, campo del conocimiento que hasta ahora había sido desarrollado hasta el grado de Diplomado, con una duración de 3 años y con un perfil dirigido exclusivamente, a preparar recurso humano para la atención de los problemas para responder a las necesidades del Ministerio de Salud, institución responsable en hacer cumplir la Ley General de Salud, con el objetivo de dotar al país de condiciones sanitarias propicias para que la población no enfermara.

En el año 2006, el país contó con profesionales en el campo específico de la Salud Ambiental. Este nuevo recurso humano debió atender "los problemas ambientales que hasta el momento, habían sido abordados por profesionales y técnicos de diversas disciplinas, como por ejemplo biólogos, ingenieros, sociólogos, antropólogos, economistas, abogados, geógrafos, químicos y otros" (Alvarado et al., 2000); profesional que debía llenar el vacío existente respecto a la atención de los problemas de salud generados por el deterioro ambiental.

El reto más importante, presentado entonces, fue el de ubicar laboralmente a este nuevo recurso. Ello requirió de estrategias innovadoras que permitieran a este profesional incursionar en un mercado que hasta ahora desconocía su existencia y que además, no reconocía que las actividades diarias deterioraban el ambiente y por lo tanto la salud humana. Uno de los aspectos principales de la carrera de Salud Ambiental es que su objeto de estudio se relaciona con las personas, con su salud y con el ambiente o entorno en el cual se desenvuelve diariamente; y desde una mirada puramente mercantilista, no existía reconocimiento de que las actividades que diariamente realizamos, conducen a un deterioro de los recursos naturales, de los cuáles dependemos los seres humanos.

Este desconocimiento generalizado, así como los intereses económicos, no visualizaban un profesional que limitara las actividades desde el punto de vista ambiental, requiriéndose una estrategia que permitiera la apertura de un campo nuevo, de un profesional nuevo y de la implementación de nuevas ideas y de nuevos modelos de trabajo.

## Objetivos

- Caracterizar las estrategias de mercadotecnia utilizadas para situar a un nuevo profesional en el ámbito laboral del país.
- Enfatizar en la estrategia de mercadotecnia social en salud como un nuevo mecanismo de promoción del ámbito laboral de profesionales en Salud Ambiental en el mercado laboral costarricense.

## Método

A partir del reconocimiento de la mercadotecnia social en salud como un mecanismo que permite la creación de oportunidades, para realizar acciones novedosas que permitan posicionar con éxito, campañas dirigidas a responder a las necesidades de los diversos sectores de la sociedad, sobre todo en aspectos de relevancia como es la salud. Por lo tanto, se ha visualizado que una forma eficiente de hacerlo es entendiéndola como "el desarrollo de estrategias que motivan el cambio de hábitos, actitudes, acciones, comportamientos, conductas, valores o prácticas para mejorar la salud de los individuos y las comunidades, mediante la investigación de necesidades, la planeación, la ejecución y la comunicación educativa como herramientas estratégicas" (Secretaría de Salud, 2010).

Así las cosas, este trabajo se propone el planteamiento de los resultados de una investigación documental elaborada para indagar en nuevas modalidades de promoción de espacios de trabajo para profesionales en Salud Ambiental a través de la Mercadotecnia Social en Salud.

1. Para ello se efectuó una revisión de las estrategias promocionales que la Escuela de Tecnologías en Salud ha realizado desde la creación de la carrera hasta la actualidad, para abrir oportunidades de empleo en este ámbito del conocimiento.

2. A partir de los resultados obtenidos en el punto anterior, se diseñó una nueva estrategia promocional, dirigida a la apertura de espacios de trabajo para este profesional, haciendo uso de los principios de la mercadotecnia social en salud.

## Resultados

El análisis de los mecanismos utilizados para la apertura de espacios laborales en esta área del conocimiento, dio como resultado que las estrategias utilizadas por la escuela para abrir oportunidades laborales a los y las graduadas de esta carrera en el ámbito nacional, se concentraron en dos estrategias fundamentalmente:

- a. Apertura de espacios de práctica en instituciones, principalmente estatales, propias del plan de estudios, con un objetivo secundario, el cual consistió en dar a conocer a este profesional, su perfil de competencias y las capacidades para resolver los problemas ambientales. Se puede decir que la estrategia dio buenos resultados por un período de tiempo.
- b. Dotar al país de un profesional capaz de resolver los problemas de salud ambiental, propias del proceso de trabajo, a través del desarrollo de las competencias laborales de egresados y graduados. Hasta la fecha, los profesionales graduados se han ubicado exitosamente en instituciones como el Ministerio de Salud, acueductos y alcantarillados, municipalidades, universidades y en algunas industrias.

Actualmente, y a pesar de los éxitos obtenidos hasta ahora, el momento histórico demanda nuevas formas de dar a conocer el perfil profesional de la persona graduada en salud ambiental, debido al todavía desconocimiento de un amplio sector de la industria costarricense, de la existencia de este profesional y a la presencia de otras disciplinas en el ámbito universitario, que han venido acaparando algunos puestos en esta materia, sin estar especializados en el tema, como es la ingeniería, la biología y carreras relacionadas con la gestión de los recursos naturales.

Así las cosas, y haciendo uso de las herramientas que la mercadotecnia social brinda, se ha visualizado una nueva estrategia de promoción de este perfil profesional, la cual pretende, dar a conocer al profesional en Salud Ambiental como aquel o aquella profesional capaz de visualizar las necesidades que la sociedad costarricense tiene. La idea es conocer

mejor a los destinatarios del producto (profesionales en salud ambiental), con el propósito de lograr un cambio de actitud y comportamiento en las empresas, cambio que se logrará al contar con este profesional.

A través del marketing social, "se ha propuesto una estrategia que tiene por objeto la modificación de opiniones, actitudes o comportamientos por parte de ciertos públicos con el objeto de mejorar alguna situación social y/o medioambiental".

Esta estrategia consiste en:

- Identificación de necesidades del mercado objetivo.
- Ofrecimiento a ese mercado de contar con un o una profesional que logrará que la empresa ofrezca a los clientes un producto superior al de la competencia, debido a que la empresa podría cumplir con todas las normas de certificación ambientales y ofrecer un adecuado producto final.
- Acercamiento a las empresas, cámaras e instituciones para dar a conocer las virtudes de este (a) profesional.

La estrategia con se cuenta, se inició a finales del año 2016 y continuará durante todo el 2017, tal y como se muestra en la tabla:

Actividades	Estrategias	Responsables	Cronograma
Conformación y preparación del equipo responsable	Sesiones de trabajo con el equipo	Directora del DSA Docentes que conforman el equipo	Octubre 2016- diciembre 2017
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docentes</li> <li>• Estudiantes</li> </ul> Reuniones con las personas seleccionadas Presentación sobre las virtudes y capacidades del recurso humano en Salud Ambiental.	Elaboración material de apoyo Concreción de citas con personas designadas.	Miembros de la Asociación de estudiantes	
Exposición detallada sobre los posibles progresos y beneficios que obtendrían al contar con este recurso.			

## Conclusiones

El marketing social es una herramienta que permite posicionar un producto en el mercado con plena conciencia de que cumple con un propósito benéfico para amplios sectores poblacionales. No se trata, en este caso de una mercancía, sino más bien de un recurso con características tales, que los propósitos son estimables.

Las universidades públicas, por lo general, ofrecen profesionales de alta calidad al mercado laboral, que por sí mismos logran abrir oportunidades nuevas, sin embargo, hay sectores emergentes que desconocen y tardan en descubrir cuál es la mejor oferta de profesionales para resolver sus necesidades, sobre todo porque actualmente, la oferta de recurso especializado, se confunde entre una oferta altamente competitiva.

La formación en profesionales en salud ambiental cumple con estándares de calidad adecuados, los cuáles –a través de una estrategia bien dirigida– podrían ocupar el mercado que les corresponde y que están ocupando profesionales no formados para el perfil profesional respectivo. Esa estrategia busca llegar al mercado laboral haciendo uso de una estrategia más cercana, más humana y más sensible.

## Referencias

- Alvarado, X. & Davis, L. (2000). *Creación carrera de Bachillerato y Licenciatura en Salud Ambiental*. San José, Costa Rica: Escuela de Tecnologías en Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, San Pedro Montes de Oca.
- Mosquera, M. (2003). Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias. Recuperado de: [[http://www.institutodeestudiosurbanos.info/MEN\\_2012/MEN/TQE\\_Primeras%20Fas%202012/Conceptuales/Mosquera\\_2003\\_comunicacion\\_en\\_salud.pdf](http://www.institutodeestudiosurbanos.info/MEN_2012/MEN/TQE_Primeras%20Fas%202012/Conceptuales/Mosquera_2003_comunicacion_en_salud.pdf)].
- Secretaría de Salud (2010). *Manual de mercadotecnia social en salud*. México: Secretaría de Salud.



# Estrategia de marketing digital para profesionales de la salud

Juan Antonio Córdova Hernández, Juan Manuel Muñoz Cano,  
Crystell Guadalupe Guzmán Priego.

**Introducción:** Las campañas de marketing a través de medios impresos permiten posicionar un nombre o marca en el mercado competitivo de una manera limitada. Con el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC), los medios digitales como las redes sociales, sitios web y bases de datos de internautas, pueden llegar a una población que hoy en día hacen uso de estos medios electrónicos, permitiendo así llegar a más personas consumidoras de Internet y así expandir nuestra marca o nombre en el mundo digital globalizado.

**Objetivos:** Describir las estrategias de marketing digital que favorezcan el posicionamiento del profesional sanitario en el ciberespacio.

**Método:** Estudio cualitativo documental y de campo, que consistió en el análisis investigación y proyectos realizados, y que facilitó el diseño de una estrategia para la construcción de medios digitales en el posicionamiento de una marca o nombre.

**Resultados:** La estrategia de marketing digital, permitirá al profesional de la salud, planear, diseñar y crear una planeación estratégica con herramientas de la web 2.0 y redes sociales, esta serán los canales de distribución de información y de atención al consumidor de manera digital.

**Conclusiones:** Con la implementación de la estrategia digital, el profesional sanitario tendrá las herramientas necesarias para la conformación de un plan de acción digital, esta favorecerá la difusión de manera masiva de información electrónica, llegar a poblaciones consumidoras de Internet y atender a los consumidores a través de las redes sociales.

---

\* Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.

**Palabras clave:** Marketing digital, Planeación estratégica, Profesional de salud.

## Introducción

El Internet es por el hoy medio de comunicación, trabajo, comercio electrónico, vida social, nos enteramos de casi todo lo que sucede en el mundo, y pasamos tiempo dedicado a la socialización a través de medios electrónicos que nos hacen los espacios geográficos más cerca a través del Internet. Cada segundo se publican más de tres sitios web, esto favorece la oportunidad de mover información en cualquier sitio que nos oferte espacios gratuitos con subdominios (Churba et al., 2012).

Para desarrollar un plan de marketing digital, se debe seguir una serie de pasos que servirán como guía en la elaboración de nuestro documento. Inicie con el análisis de la situación actual de necesidades o requerimientos para la conformación de plan, un diagnóstico de la información digital, creación de sitio web, redes sociales e informáticas, establecer claramente los objetivos, diseñar las estrategias con base al objetivo, seleccionar las acciones necesarias para la puesta en marcha del plan y definir los indicadores (Rincón, 2015).

## Desarrollo de la propuesta

### Diagnóstico de la situación

Como punto de partida en la conformación del plan de marketing digital, es necesario organizar la información a visualizar en el sitio web, investigar las redes sociales que tienen más aceptación por los internautas, revisar sitios de internet que permitan crear perfiles de usuarios, espacios gratuitos de almacenamiento de información o creación de páginas web, blog, canales de distribución de videos, bancos de imágenes y todo lo que pueda ser de ayuda en la configuración de un plan digital en el Internet.

### Establecer los objetivos del marketing digital

Como todo proyecto o plan de trabajo, es necesario que se definan metas claras, precisas y medibles, con el objeto de realizar una evaluación de los resultados esperados. Estas son algunas consideraciones a alcanzar, ejemplos:

- Determinar o mejorar la relación con los internautas, a través de la redes sociales.
- Mejorar o migrar en publicación de información y visualización de material multimedia.
- Promover programas de educación, cursos, talleres, diplomados, seminarios, congresos, conferencias online (webinar).
- Aumento de visitas o seguidores en el sitio web o redes sociales.
- Determinar los contenidos de materiales multimedias y digitales a publicar en los canales de distribución de información.

### **Definir las estrategias**

Las estrategias son una serie de pasos que facilitan alcanzar los objetivos del plan de marketing digital.

### **Herramientas digitales online**

Seleccionar las herramientas digitales que permitan crear un espacio virtual de forma gratuita y segura, que favorezcan la publicación de contenidos en diferentes formatos y presentaciones online, banco de imágenes, material electrónico en formato de video, podcast, webinars.

Ejemplos de herramientas que tienen más usabilidad en la comunidad de internautas para facilitar su aplicación y socialización de nuestro marketing digital (Albarrán, 2014):

- Wordpress: Sitio web que te permite publicar material electrónico de manera dinámica en todos los formatos, tiene una interfaz fácil de administrar a la hora de organizar la información para su publicación en el internet. 3gb de espacio en modalidad gratuita, suficiente para colgar un sitio web. Disponible para equipo de cómputo y dispositivos móviles con sistema operativo Windows, iPhone y Android (sitio web: <https://es.wordpress.com>).
- Prezi: Plataforma disponible en internet y en todos los dispositivos electrónicos, facilita la creación de presentaciones en formatos interactivos, la administración es muy amigable. Disponible para equipo de cómputo y dispositivos móviles con sistema operativo Windows, iPhone y Android (sitio web: <https://prezi.com>).

- Instagram: Red en internet que permite la publicación de imágenes con la opción de darle un aspecto más visual, hoy en día puede grabarse videos directos para su publicación, interfaz fácil de utilizar y sin costo. Disponible para equipo de cómputo y dispositivos móviles con sistema operativo Windows, iPhone y Android (sitio web: <https://www.instagram.com>).
- Youtube: Canal de distribución de información en formato de video, esta plataforma puede ayudarte a publicar tus charlas, guías, conferencias, webinar. Su formato puede ser en audio y video, muy amigable en su entorno de administración. Disponible para equipo de cómputo y dispositivos móviles con sistema operativo Windows, iPhone y Android (sitio web: <https://www.youtube.com>).
- Soundcloud: Plataforma en internet que permite crear un perfil con derecho a 180 minutos de grabación (3 horas), puede ser de utilidad para grabar información de diferentes temáticas, los archivos pueden ser compartidos y descargados por los internautas y reproducir en cualquier dispositivo electrónico móvil. Disponible para equipo de cómputo y dispositivos móviles con sistema operativo Windows, iPhone y Android (sitio web: <https://soundcloud.com>).
- Hangouts de Google+: Con esta herramienta se pueden organizar reuniones, conferencias con contactos o seguidores virtuales, tiene la posibilidad de crear documentos online con Google Docs, compartir la pantalla, archivos, notas, y platicar en línea en tiempo real (chatear) puede conectarse en equipos de cómputo y dispositivos móviles (sitio web: <https://hangouts.google.com>).

Realizar un cuadro comparativo de las herramientas digitales que ayudaran a la construcción o actualización de contenidos de información y seleccionar la que más se adecue a sus necesidades.

## Programas informáticos

Revisar los programas informáticos que ayudaran en el diseño de los contenidos digitales en diferentes formatos.

Gimp: Aplicación de diseño, óptimo para el diseño de materiales didácticos como, poster, trípticos, diplomas y retoque de imágenes en diversos

formatos, no tiene pago de licencia y es la alternativa a Photoshop de adobe (sitio web: <http://www.gimp.org.es/descargar-gimp.html>).

**Audacity:** Este software facilita la creación de audio en diversos formatos, puede grabar información de cualquier temática y posteriormente publicarse en los canales de distribución de información, los internautas pueden descargar y reproducir en la mayoría de los reproductores de audio. Libre de pago de licencia, interfaz muy amigable y fácil administración (sitio web: <http://www.audacityteam.org/download>).

**Openmeetings:** Software gratuito que facilita crear conferencias, asesorías, charlas en vivo vía internet (webinars). Utiliza el micrófono y cámara, puede compartir materiales electrónicos en una pizarra, la pantalla o reuniones de grupo. Se puede descargar la aplicación y configurarlo en el computador sin limitaciones de uso y usuarios (sitio web: <http://code.google.com/p/openmeetings>).

**FFmpeg:** Programa que facilita la edición de material en formato de audio y video, con esta aplicación se puede editar materiales previamente filmados o grabados, agregar efectos, texto, imágenes, fusionar archivos, eliminar tomas mal grabadas. Permite grabar en varios formatos publicables en el internet. (sitio web: <https://ffmpeg.org>).

## **Plan de publicación de contenido digital**

Organizar un plan de publicaciones periódicas (semanal o quincenal) con la finalidad de mantener contenidos disponibles en nuestro sitio web o redes sociales, ya que al tener actualizados nuestros canales de distribución de información los internautas tienen más posibilidades de quedarse en nuestra web revisando la diversidad de información relacionada con la temática previamente seleccionadas, esta puede ser de otras ligas de internet, revistas científicas, videos, banco de imágenes, e-book, webinar. Estas pueden conducir hacia la participación en Foros de discusión.

Implementar diversas herramientas de marketing para la difusión digital de los contenidos, los internautas tienen diferentes gustos por las tecnologías, pueden no sentirse atraídos por leer información en un sitio web, pero sí en hacer uso de un webinar, de twitter, video, Facebook o simplemente replicar la información hacia sus seguidores.

## Herramientas de medición

### Visitas web

Una manera de saber si nuestro sitio web está siendo visitado por los internautas es implementar la herramienta del Google analytics, esta herramienta nos presenta de manera detallada todo el tráfico que se genera en nuestro sitio web.

### Visibilidad en redes sociales

Si lo que deseamos es saber qué tan visibles somos en la redes sociales puede implementar estas dos aplicaciones, Klout o Crowdbooster, también puede hacer uso de las que ofrecen las plataformas donde tiene virtualizado el sitio web y redes sociales.

### Selecciona las acciones más adecuadas

- Diseño o rediseño de su sitio web
- Blog y estrategia de contenidos de publicación
- Estrategias de posicionamiento de optimización de motores de búsqueda (SEO)
- Redes sociales y estrategia de relacionamiento
- Anuncios en Google y Facebook
- Campañas de e-mail marketing
- Campañas dirigidas dispositivos móviles
- Diseño de aplicaciones para dispositivos móviles (Apps)
- Utilización de realidad aumentada (RA)
- Canales de distribución de materiales multimedia
- Creación de Podcast
- Creación de revistas digitales
- Creación de libros electrónicos
- Creación de e-books
- Creación de audio-libros

### Defina los indicadores de gestión y el cronograma

Para saber si se logran los objetivos, es necesario monitorear las estrategias seleccionadas para nuestro plan de marketing digital, saber si nuestro

esfuerzo está dando los resultados esperados. Es necesario definir qué indicadores se evaluarán, y estos deben quedar definidos antes de operar nuestro plan, organizar en trimestres, bimestres o de manera mensual. Lo anterior visualizará en qué estrategia se está fallando o cuál da más resultados, de manera que podrá optarse por otras acciones descritas en este documento.

## Referencias

- Albarrán, J. (2014). *75 herramientas para gestionar el marketing online de tu PYME*. Recuperado de: [<http://www.websa100.com/blog/portfolio-items/75-herramientas-de-marketing-online>].
- Churba y Portillo. *El secreto de las PYMES que crecen*. Murcia, España. Recuperado de: <http://www.churbayportillo.com/blog/2013/01/18/cada-segundo-se-publican-mas-de-tres-nuevos-sitios-web>
- Sainz de Vicuña, J. M. (2010). *El plan estratégico en la práctica*. Madrid: Esic Editorial, 2010.
- Rincón Páez, A. (2015). *Guía para elaborar un plan de marketing digital*. Bogotá, Colombia. Recuperado de [<https://www.publicar.com/ebook-plan-de-marketing-digital>].







Este libro se termino de imprimir en los talleres de  
Xpress Estudio Gráfico y Digital S.A.S. en diciembre de 2019.

En el año 2002, se creó la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, RIMS, que cuenta en la actualidad con representantes de 17 países de Iberoamérica y tiene firmados convenios de colaboración con importantes universidades de Colombia, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Nicaragua, Panamá, Portugal y Perú. En México, se unen a universidades de varios Estados, el Instituto Mexicano de Seguro Social, organismo de la Administración Pública Federal. También hay suscrito un convenio con la Fundación Salud "Dr. Augusto Turenne" de Uruguay y la Oficina Regional para América Latina y el Caribe de "Consumers International".

Durante estos años, RIMS ha trabajado para lograr posicionar el marketing en su enfoque social, demostrando la utilidad de su aplicación a la salud. Tarea ardua y que aun tiene un largo camino por recorrer, pues el marketing, llamado también mercadotecnia o mercadeo según los contextos, resulta desconocido por profesionales y gerentes sanitarios. También ha sido estigmatizado, al considerarlo solo posible de emplear a través de un enfoque lucrativo, lo que conlleva a que no siempre se ha logrado la comprensión requerida para su inclusión en la formación académica de los profesionales sanitarios y su empleo en la gestión de los servicios y programas de salud.

Publicaciones en el tema, tanto de artículos en revistas prestigiosas de ciencias de la salud como de libros producto del trabajo de autores miembros de RIMS, es una forma de divulgar las experiencias, sustentadas en un enfoque científico que acredita lo que la mercadotecnia tiene por aportar a la salud pública de cada país.

ISBN: 978-958-8687-92-6



9 789588 687926