



MERCADOTECNIA AL SERVICIO DE LA SALUD

Un enfoque multidisciplinario

Juan Antonio Córdova Hernández

Heberto Romeo Priego Álvarez

Nery Suárez Lugo

Compiladores

José Manuel Piña Gutierrez
Rector

Alejandro Jiménez Sastré
**Director de la División Académica
de Ciencias de la Salud**

María del Carmen Ancona Alcocer
**Directora de la División Académica
de Ciencias Económico Administrativo**

MERCADOTECNIA AL SERVICIO DE LA SALUD

Un enfoque multidisciplinario

Juan Antonio Córdova Hernández
Heberto Romeo Priego Álvarez
Nery Suárez Lugo

Compiladores



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

MERCADOTECNIA AL SERVICIO DE LA SALUD
UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO.

ISBN 978-607-606-262-3
Versión digital

29 de septiembre de 2015

D.R. © Juan Antonio Córdova Hernández,
Heberto Romeo Priego Álvarez
Nery Suárez Lugo

D.R. © Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Aveni-
da Universidad s/n Zona de la Cultura, Colonia
Magisterial, Villahermosa, Centro, Tabasco,
C.P. 86040.

Reservados todos los derechos. Queda prohibida, total o
parcialmente, cualquier forma de reproducción, distribu-
ción, comunicación pública y manipulación de esta obra
sin previa autorización del editor, de acuerdo con lo esta-
blecido en el Código Penal en materia de derechos de la
propiedad intelectual.

Hecho en los Estados Unidos Mexicanos.

Índice

INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I.- MERCADOTECNIA SOCIAL, SALUD PÚBLICA, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y AMBIENTE	
Impacto de las campañas publicitarias en contra del acoso escolar. <i>Alicia Beltrán Torres, Olga Yeri González López, Mario Flores Vidal</i>	18
Comunicación para el desarrollo y marketing social. <i>Janet García González y Kabáh Silva Aguilar</i>	25
Índice de adiposidad corporal ¿una estrategia sencilla y no costosa para determinar obesidad?. <i>Carlos Arnulfo Cornelio Valencia, Hidemi Aguilar Mariscal, Jorge Luis Blé Castillo, Isela Esther Juárez Rojop</i>	32
Personas de la tercera edad de comunidades rurales, posibles promotores de la cocina tradicional. <i>Juan Manuel Muñoz Cano, Ana Julia Santos Ramos, Juan Antonio Córdova Hernández</i>	39
Aspectos psicológicos de la adolescencia a considerar para la promoción de la salud. <i>Catherine Sylvie Bracqbien Noygues, María Trinidad Fuentes Álvarez, Alba Cerino Soberanes</i>	45
Campaña de consumo de alcohol en la prevención de accidentes: Mercadotecnia Social. <i>Mario Pedrero Sibilla, Cecilia García Muñoz Aparicio, María del Carmen Navarrete Torres</i>	53
Diabetes mellitus en sujetos adultos que viven en Macuspana, Tabasco, México ¿área de oportunidad para promoción de la salud?. <i>Keyvin González Zacarías, Hidemi Aguilar Mariscal, Teresa Ramón Frias, Jorge Luis Blé Castillo</i>	61
Análisis del componente marketing mix del programa Chécate, Mídete, Muévete en comunidades de Tenosique, Tabasco, México. <i>Cynthia Selene Ramón Bautista, Juan Antonio Córdova Hernández, Heberto Romeo Priego Álvarez</i>	68
Comunicación en salud para la promoción de la salud desde una planeación estratégica. <i>Janet García González</i>	80
Prevención de Enfermedad Cardiovascular en Panamá. Avances de la Campaña de Marketing Social de APAMES. <i>Mireya de Moreno</i>	85

Marketing socioambiental: o estudo de caso da participação popular em áreas de alta densidade de postes e linhas de Ita tensão em Portugal. <i>Juliana Araújo Alves, Paula Cristina Almeida Cadima Remoaldo, Lígia Maria Marques de Oliveira Torres Silva</i>	89
Educación ambiental para adaptación al cambio climático en áreas con impactos petroleros. <i>García Hernández Juana, López Hernández Eduardo S., Rodríguez Luna Ana R., Beauregard Solís Graciela</i>	108
Mitigación al cambio climático mediante la determinación de las reservas de carbono en camellones chontales. <i>Moreno Gómez Nallely, Rodríguez Luna Ana R, Maldonado Sánchez Emerson A, López Hernández Eduardo S</i>	114
Propuesta de modelo de evaluación e intervención en violencia y acoso escolar en etapa preescolar. <i>Ma. Trinidad Fuentes Alvarez, Catherine Bracqbien Noygues</i>	131
La mercadotecnia social y las organizaciones de defensa de los consumidores: una aproximación teórica. <i>José Alonzo Sahui Maldonado</i>	138
Propuesta de una política pública en salud para la migración en la frontera sur. <i>Oscar Priego Hernández, Miguel A. Ramírez Martínez, José Félix García Rodríguez</i>	146
Políticas Públicas Binacionales: Caso Marketing Social de Salud en Migración México y Estados Unidos Americanos. <i>Janet García González</i>	152
Mercadotecnia de productos inmencionables en el área de salud pública. Caso de mujeres con mastectomías en el área rural del Cedro Nacajuca Tabasco. <i>Alicia Beltrán Torres, Marina Pérez Cano, Ma. Clara Martínez Hernández</i>	172
Análisis situacional del programa de detección y control de la tuberculosis en hospitales públicos de Cundinamarca Colombia. <i>Lyda Cifuentes Rodriguez</i>	178
Violencia de género y salud pública. <i>Mariela Cristell Hernández Pérez, Angélica Paz Valdez</i>	185
Mercadotecnia de productos inmencionables en el área de salud pública. Caso de mujeres con mastectomías en el área rural del Cedro Nacajuca Tabasco. <i>Alicia Beltrán Torres, Marina Pérez Cano, Ma. Clara Martínez Hernández</i>	192

Promoción de la salud sexual en jóvenes de México usando redes sociales y sistemas web. *Laura Conde Ferraez, Francisco Moo Mena, Enrique Ayala Franco, Ileana Ontiveros Mena.....* 198

CAPÍTULO II.- MERCADOTECNIA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE SALUD

Generación “baby boomers”, oportunidad para marketing de salud. *Enriqueta Pérez Zurita, Ilse Alexandra Quevedo Pérez, Gilda María Berttolini Díaz, Teresita Hernández Tercero.....* 207

¿Tu consultorio está contagiado de BAMEX? Estudio de los atributos de calidad en el ciclo de servicio en atención médica privada de especialidad. *Tania Eleonor Orendain Silva* 213

Estudio Ambipectivo Modelos de Gestión Por Calidad. *Barrera Torres Lizbeth, Solís Gómez Celia del Carmen.....* 223

Perfil de uso y gastos de bolsillo de pacientes que acuden a una consulta privada de estomatología. *Jonatan Flores Morales, Jeannette Ramírez Méndoza, Manuel Higinio Morales García.* 228

Consideraciones mercadológica para el impacto de la atención estomatológica de los pacientes con hemofilia. *Marco Antonio Rueda Ventura, Laura Beatriz Isidro Olán* 235

Perfil de los usuarios de los servicios de salud pública: Hospital General “Dr. Daniel Gurria Urgell”. *Miguel Ángel Ramírez Martínez, María del Carmen Domínguez Caporali* 249

Satisfacción del cliente interno y externo en las organizaciones de salud”. *Adriana Méndez Wong, Jesús Francisco Mellado Siller, Edith Reyes Ruiz,¹ Karina Anahi Garza Calderón, Ludivina Treviño Contreras* 256

Necesidades de los servicios de salud de la población transexual; percepción de un usuario. *Gloria Ángela Domínguez Aguirre, Roberto Carlos González Fócil, Adriana Martínez Peralta* 263

Diagnóstico de funcionamiento organizacional del servicio de auxiliares de diagnóstico y tratamiento. *Xiomara Pérez Cámara* 267

Satisfacción del personal sanitario en empleo de mercadotecnia para alcanzar los Objetivos del Desarrollo del Milenio. *Edgar García Rojas, Hidemi Aguilar Mariscal, Isela Esther Juárez Rojop* 272

¿Por qué las mujeres mastectomizadas no recurren a la reconstrucción mamaria en la seguridad social?. Paola Ivón López Hernández, Heberto Romeo Priego Álvarez, Catherine Sylvie Bracqbien Noygues, Antonio Ramos García.....	280
El uso de los preservativos profilácticos: satisfacción y confiabilidad del consumidor por las marcas ante prácticas sexuales de riesgo. Carlos Edgar López Martínez, Pedro Onésimo Valencia Pérez, Juan Carlos Mandujano Contreras, José Carlos Gallegos Jiménez	292
Validación de instrumentos para caracterizar el consumo de medicamento. Ana Julia García Milian	303
Definición de consumo de medicamentos y su patrón. Ana Julia García Milian	312
Factores intervinientes en la prescripción médica de medicamentos genéricos en los mercados libre y obligatorio. Juan Antonio Córdova Hernández, Pedro Tellez Rodríguez, Heberto Romeo Priego Álvarez	320
Medicamentos genéricos intercambiables, una alternativa viable para la sociedad actual. Gloria Elena Sánchez Rodríguez	329
Un modelo animal farmacológico actual y necesario: la rata diabética. Araceli Olivares Guerrero, Hidemi Aguilar Mariscal, Teresa Ramón-Frías, Karla Lizet Beltrán Villalobos, Myrna Déciga Campos.....	336
Competencias profesionales enfermería en el sistema educativo superior. Fabiola Morales Ramón, Aralucy Cruz León, Adelfo García Jimenez, Gabriela Vicente Ruiz, Raquel Cutz Sobrino...	340
Percepción y cumplimiento del trato digno como indicador de calidad en la atención de enfermería en derechohabientes de una institución de salud, Tabasco 2014. Silvia Martínez de los Santos, Francisca Gómez Hernández	350
Ejercicio Profesional de Enfermería en la Atención Domiciliaria. Aralucy Cruz León, Rosa Ma. Arriaga Zamora, Verónica Guadalupe Carrera Paz, Elizabeth Aguilar Aristegui	357
“Sistema de gestión electrónica y la mejora en la calidad del servicio”. Gamaliel Rodríguez González, María Magdalena Leue Luna	366

Experiencia en el uso de redes sociales como estrategia de marketing en CERACOM. <i>María Magdalena Leue Luna, Yelitza Treviño Garza</i>	372
Mercadotecnia para grupos en vulnerabilidad. <i>Julio Gutiérrez Méndez. Instituto Mexicano del Seguro Social (México).</i> <i>Julio Gutiérrez Méndez</i>	380
Segmentación del mercado como base para la profesionalización de los servicios odontológicos. <i>Manuel Higinio Morales García, Jacqueline del R. Calderón Neira</i>	385
Infecciones Nosocomiales, en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Hospital General Zona 46, IMSS Delegación Tabasco, México”. <i>Silvia María Guadalupe Garrido Pérez, Miriam Susana Pando López, Eliseo del Río González</i> ..	396
Auditoria en diabetes mellitus tipo 2 en tabasco, con énfasis en la competencia de médicos y pacientes. <i>Avalos García María Isabel, López Ramón Concepción, Morales García Manuel Higinio, Cargill Foster Nelly Ruth</i>	405
Mitos y realidades del marketing en los servicios de salud en el Ecuador. <i>Galo Beltrán Citelli</i>	414
Mercadotecnia de la salud, los mitos y la realidad. <i>Clotilde Hernández, Armando Tomé</i>	417
Calidad en la atención de urgencias del trauma craneofacial en el Hospital Rovirosa Pérez. <i>Otoniel Aguilar Hernández, Rosa del Alba Cardoza Galmiche, Karla Paola García de la Cruz, Dulce María Montiel, Verónica Romellón Madrigal, Héctor Sánchez Jiménez</i>	420
Análisis organizacional de un hospital comunitario en México. <i>Juan Antonio Córdova Hernández, Diego de la Cruz Sarabia, Heberto Romeo Priego Álvarez</i>	427
Depresión y Calidad de Vida (CV) en Pacientes en Diálisis y Hemodiálisis, Hospital General de Zona 46, IMSS, Tabasco, México. <i>Silvia María Guadalupe Garrido Pérez, Liliana Vásquez Ramos, Adel Aridi López</i>	436
Diabetes mellitus y pobreza: autoeficacia y control glucémico. <i>Marcelina Cruz Sánchez, Verónica Elizabeth Acevedo López</i> ..	444
Retinopatía diabética proliferativa y no proliferativa y calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 Hospital General de Zona 46 IMSS delegación Tabasco. <i>Garrido Pérez SMG, Torres Ocaña M, Hernández Pizarro P</i>	450

Factores de riesgo extrínsecos para caídas en un centro de asistencia social de larga estancia para adultos mayores de Tabasco. <i>Pérez Rodríguez Alberto Ulises, González Baños Elin, Domínguez Sosa Guadalupe</i>	458
Estudio de mercado de un programa psicométrico para el profesional en psicología. <i>Juan Antonio Córdova Hernández, Mario Antelmo Estrada Hernández, Lucitania Altagracia Jesús Zequera</i>	467
Diagnóstico de funcionamiento organizacional del hospital Dr. Daniel Gurria Urgel (ISSSTE). <i>Reich Santiago Luisa Angélica, Álvarez Cámara José Francisco, Priego Álvarez Heberto Romeo</i>	475
Perspectiva de mercadotecnia en salud por personal sanitario en tabasco. <i>Edgar García Rojas, Hidemí Aguilar Mariscal, Rebeca Estrella Gómez, Teresa Ramón Frias</i>	480

CAPÍTULO III.- MERCADOTECNIA SANITARIA Y FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

“Estrategias de mercadotecnia para mejora del proceso formativo. Maestranteres en Gestión de los Servicios de la Salud. Escuela de Posgrado Universidad Cesar Vallejo. 2014-2015”. <i>Marina Caján Villanueva, Delia Catherine Escudero Caján</i>	490
Formación del estudiante de psicología en el ámbito de la mercadotecnia de la salud. <i>Martínez Peralta Adriana, De los Santos Domínguez Alex Gabriel, Domínguez Aguirre Gloria Ángela, González Fócil Roberto Carlos</i>	495
Aplicaciones en la nube para el uso del marketing colaborativo en las organizaciones. <i>Juan Antonio Córdova Hernández, Juan Manuel Muñoz Cano, Heberto Romeo Priego Álvarez, Manuel Higinio Morales García.</i>	502
El papel de la promoción de la salud en la formación de profesionales en Tecnologías en Salud. <i>Xinia Alvarado Zeledón</i>	512
Concientización de la responsabilidad ética del psicólogo a través del psicodrama en alumnos de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. <i>Itzel Margarita Torruco López, Victor Giovanni Vázquez Luna</i>	520

La psicoterapia y el desarrollo de capacidades de mentalización en el centro de psicología aplicada. *Cynthia del C. Gómez Gallardo, José Luis Ventura Martínez, Aline Aleida del C. Campos Gómez*..... 526

Fortalezas del proceso de acreditación de la escuela de enfermería. Universidad de Costa Rica. *Ligia Murillo Castro* 534

CAPÍTULO IV.- ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MERCADOTECNIA EN IBEROAMÉRICA. VERSIÓN PRELIMINAR

Estudio multicéntrico sobre conocimientos, actitudes y prácticas de mercadotecnia en Iberoamérica. *Nery Suárez Lugo, Heberto Romeo Priego Álvarez, Camilo Torres Serna, Ana Julia García Milian, Ledia Góngora García, Mirta Obregón Martin, Clotilde Hernández Garnica, Armando Tomé González, Miguel Ángel Orozco, Alicia Cordero García, Marina Caján Villanueva, Delia Catherine Escudero Caján, Paula Cristina Almeida Cadima Remoaldo, Hélder Lopes, Maria de Fátima Martins, Vítor Ribeiro, José Cadima Ribeiro* 543

México: Conocimientos, actitudes y prácticas de mercadotecnia en instituciones de salud en el Distrito Federal, México. *Clotilde Hernández Garnica, Armando Tomé González* 554

Cuba: Conocimientos y actitudes sobre mercadotecnia en salud. *Nery Suárez Lugo, Ana Julia García Milian, Mirta Obregón Martin* 559

Caracterización de la mercadotecnia social en el Municipio Santiago de Cuba. Cuba. 2014. *Ledia H. Góngora García*..... 560

Perú: Conocimientos, actitudes y prácticas de mercadotecnia en la Universidad Señor de Sipán- Departamento de Lambayeque; y Universidad Cesar Vallejo- Departamento de Cajamarca. Perú 2014- 2015. *Marina Caján Villanueva Delia Catherine Escudero Caján*..... 571

Colombia: Opiniones sobre mercadotecnia y su aplicación a las ciencias de la salud de estudiantes de primer semestre de las maestrías en Administración de Salud de dos universidades de Cali, Colombia. Agosto de 2014. *Camilo Torres Serna*..... 574

Nicaragua: Estudio conocimientos, actitudes y prácticas de mercadotecnia. CIES-UNAM. 2014. *Miguel Ángel Orozco, Alicia Cordero García*579

Portugal: Conhecimentos, atitudes e práticas de marketing em saúde em Portugal. *Paula Cristina Almeida Cadima Remoaldo, Hélder Lopes. Mestrando, Maria de Fátima Martins Vítor Ribeiro José Cadima Ribeiro*.....599

CAPÍTULO V.- RED IBEROAMERICANA DE MERCADOTECNIA EN SALUD ¿FUNCIONAMOS COMO RED?

Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud. *Nery Suárez Lugo*607

Impacto de la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Julio Gutiérrez Méndez*.....609

Responsabilidad y trabajo colaborativo en la RIMS. *Juan Antonio Córdova Hernández*611

Nota: Las opiniones vertidas en cada uno de los capítulos, así como la redacción de los mismos, es completa responsabilidad de sus autores

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, la mercadotecnia, en su enfoque social, constituye una herramienta con una amplia gama de aplicación en la actividad sanitaria que ha ido tomando auge en los últimos años a nivel mundial por su contribución para solucionar los distintos problemas de salud pública que se generan y tiende a incrementarse su incorporación en diferentes campos del quehacer humano.

Con la edición de este libro digital se busca promover un proceso de intercambio de conocimientos, habilidades y experiencias entre los participantes de las ciencias de la salud, ciencias económico administrativa, Ciencias sociales y de otras disciplinas, con la finalidad de fortalecer la aplicación de la mercadotecnia en la salud pública, principalmente en la esfera de la promoción de la salud, contribuir a colocar la “salud en todas las políticas” y alcanzar los “Objetivos de Desarrollo del Milenio” aportando los aprendizajes obtenidos en los distintos países, tanto desde la perspectiva académica, de investigación, como de los servicios.

Es nuestro propósito el promover en los actores sociales la aplicación de la mercadotecnia en función de la producción social de la salud, intercambiar experiencias académicas, nacionales e internacionales, en la formación de recursos humanos transdisciplinarios en mercadotecnia en salud, difundir conocimientos y habilidades necesarias para fortalecer el proceso de gestión de servicios y programas de salud con estrategias de mercadeo, identificar avances y necesidades prioritarias para fortalecer las líneas estratégicas de la mercadotecnia en salud y por último, fortalecer redes académicas nacionales e internacionales en mercadotecnia en salud.

CAPÍTULO I

Mercadotecnia Social, Salud Pública Promoción de la Salud y Ambiente

Impacto de las campañas publicitarias en contra del acoso escolar

Alicia Beltrán Torres, Olga Yeri González López, Mario Flores Vidal¹

¹División Académica de Ciencias Económico Administrativo. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: Un tema que ha cobrado especial relevancia en tiempos recientes es el acoso escolar (Bullying) definido como “el maltrato que se presenta constantemente entre pares, de manera verbal, física, psicológica o gestual, por una persona que quiere demostrar superioridad y manejo de poder dentro del grupo” En muchos casos se han reportados problemas de salud en aquellos que lo sufren o lo ejercen, que llegan a afectar indicadores analizados por el Sistema Nacional de Salud, tales como: la depresión, alcoholismo, drogadicción y suicidio. **Objetivo:** Describir las características el impacto que han tenido las campañas publicitarias en contra del acoso escolar en las escuelas públicas y las consecuentes repercusiones en la salud psicológica de los implicados. **Método:** se trata de un estudio descriptivo de los contenidos de las campañas publicitarias en contra del acoso escolar realizadas en las escuelas públicas, promovidas desde la Secretarías de Educación y Salud. Se trabajó con un grupo focal de padres de familia y niños para observar y describir los efectos en la vida social de los estudiantes que se detectaron involucrados en casos de bullying en una escuela primaria en zona suburbana del municipio de Nacajuca Tabasco. **Resultados.** En la publicidad analizada se encontró como rasgo sobresaliente la presentación visual de la violencia, enfatizando una alerta contra esa actitud y dentro de los efectos más comunes se detectó: Viralización de la actitud en contra del acoso escolar, victimización de niños con baja autoestima, problemas con la tolerancia a la frustración en acosadores y acosados, impotencia de padres de familia y profesores para manejar el tema, sin generar mayores conflictos, entre otros. **Conclusiones:** El diseño de campañas para inhibir un comportamiento, termina en este caso generando un ambiente más propicio para que ocurra. La viralización de la actitud contra el acoso escolar puede terminar en una cacería de brujas que daña no solo a los involucrados en situaciones de acoso, sino que marca psicológicamente a la comunidad pre-disponiendo actitudes y estigmatizando conductas.

Palabras Clave: Salud psicológica, acosos escolar, daño emocional

Introducción

Es común encontrar la presencia de spots en los medios de comunicación tratando de desalentar una práctica que ha sido constante en las escuelas por décadas, el denominado ‘Acoso Escolar’. Este asunto no sólo forma parte de las agendas en la Secretaría de Educación (SE), sino que forma parte de la serie de pláticas preventivas que desde la Secretaría de Salud se imparten

en apoyo a la comunidad. Asimismo se emprenden esfuerzos compartidos con otras instancias de gobierno tales como el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Tabasco), el Instituto Estatal de las Mujeres (IEM), y la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) (Red Familias Solidarias, 2014)

El principal motivo de esta conjunción de esfuerzos son las consecuencias sociales que la práctica generalizada del acoso escolar ha traído a la salud psicosocial de la comunidad. Solo es necesario colocar la palabra “bullying” (término sajón para el acoso escolar) en un buscador de internet, para encontrar un sinnúmero de evidencias de acoso, noticias sobre sus consecuencias en la salud del acosador y acosado, spots y cortos en contra de esta práctica, tweets y mensajes en facebook criticando, evidenciando e incluso amenazando a acosadores y acosados.

Para la Secretaría de Educación en el Estado de Tabasco “es una forma de violencia entre compañeros en la que uno o varios alumnos molestan y agreden de manera constante y repetida a uno o varios compañeros, quienes no pueden defenderse de manera efectiva y generalmente están en una posición de desventaja o inferioridad (2014)., Mientras que en el portal de la Secretaría de Educación Pública (SEP) a nivel federal lo definen como “Maltrato verbal , psicológico o físico entre los alumnos, que se realiza de forma reiterada a lo largo de un tiempo determinado. Es una agresión metódica y sistemática, en la que el agresor somete a la víctima, a través del silencio, la manipulación, la indiferencia y bajo la complicidad de otros compañeros (2014).

Por su parte en el material que presentó la psicóloga enviada por el Centro de salud Local a la escuela primaria de la Ranchería el Cedro, Nacajuca Tabasco, lo define como “el maltrato que se

presenta constantemente entre pares, de manera verbal, física, psicológica o gestual, por una persona que quiere demostrar superioridad y manejo de poder dentro del grupo”, haciendo énfasis en que el motivo del involucramiento de la Secretaría de Salud en este problema, se debe a que en muchos casos se han reportado problemas de salud en aquellos que lo sufren o lo ejercen, que llegan a afectar indicadores analizados por el Sistema Nacional de Salud, tales como: la depresión, alcoholismo, drogadicción y suicidio. (2014),

Por otra parte habría que analizar el rol que los medios de comunicación y las redes sociales están jugando en esta problemática. Tamés considera que “los medios de comunicación son canales, conductos que transportan flujos de contenidos, lo cual da lugar a las preguntas ¿Cuál es el contenido? ¿Qué factores sociales, psicológicos, económicos, ideológicos o de otra índole influyen en la percepción y la interpretación del contenido? ¿En qué medida el contenido de los medios de comunicación refleja, altera o mediatiza la realidad? (2003)

Lo anterior debe hacer conciencia social de que el problema del acoso escolar tiene efectos colaterales en cada uno de los actores, lo cual debiera ubicar a la sociedad no como juzgadora del hecho, sino como un entidad que previene las conductas no deseadas, asunto que se aborda de manera sucinta en el presente documento.

Especialmente se requiere observar que el tratamiento mediático que se le ha dado al problema, cae dentro de lo que se conoce como mercadotecnia viral, denominada así por “lograr que las personas hablen, recomienden y a la vez propaguen información sobre un producto, marca, servicios, proyecto o idea en modo tan

natural que no parezca tener un fin comercial o económico, logrando dicha propagación a través de redes sociales o blogs” (Santesmases, Valderrey, & Sánchez, 2014).

Objetivos

Describir las características del impacto que han tenido las campañas publicitarias en contra del acoso escolar en las escuelas públicas y las consecuentes repercusiones en la salud psicológica de los implicados.

Método

A través de la observación de un caso de aplicación, se realizó un estudio descriptivo de los contenidos de las campañas publicitarias en contra del acoso escolar realizadas en las escuelas públicas, promovidas desde la Secretarías de Educación y Salud. Para realizar tal observación se presenció como participante en la ejecución de la campaña y luego se trabajó con un grupo focal de padres de familia y niños para observar y describir los efectos en la vida social de los estudiantes que se detectaron involucrados en casos de bullying en una escuela primaria en zona suburbana del municipio de Nacajuca Tabasco.

Resultados

Un aspecto que se ha encontrado en los promocionales que la Secretaría de Educación difunde de manera oficial en su portal y del material que se presenta en las escuelas, es que pareciera que se ataca el problema generando una conducta viral más agresiva de la que se pretende combatir. De ese material se describe a continuación dos de cada uno de los videos antibullying observados:

La videogalería de la SEP, presenta dos spots, Uno denominado “ciberacoso” (2014), en el que se invita a la acosada a guardar pruebas y denunciar si es víctima de acoso. Este video coincide

con uno presentado por la psicóloga en la citada escuela primaria denominado “Campaña de la Policía Nacional: Todos Contra el Acoso Escolar (Policía Nacional Española, 2013), en la que se muestra que la víctima de acoso puede denunciar ante la policía. En ambos se intenta establecer la cultura de la denuncia, pero en la experiencia de Magdalena Sánchez en el Distrito Federal “denunciar todos los casos era imposible; íbamos a llenarnos de averiguaciones previas y tampoco era la alternativa. De tal forma que pensamos que lo mejor era que la escuela tuviera dentro de sus instalaciones a un equipo de psicólogos, que estuviera trabajando ahí el grupo reflexivo, no la terapia individual, no la terapia familiar, pero sí la posibilidad de grupos terapéuticos que ayudaran a trabajar, por lo menos durante ese tiempo, la problemática que se iba presentando. (2003)

El segundo spot de la SEP denominado “Observador” (2014), promueve el rechazo a la conducta por parte de los testigos del acosos escolar, desalentando así al acosador. Esta es una campaña más propósitiva, pero una vez más coloca al que ejerce el acoso como un villano, que debe ser excluído socialmente. Esta actitud se repite de manera constante en la redes sociales, cada vez que un nuevo caso de acoso sale a la luz pública por los medios de comunicación, sin importar las consecuencias para el sujeto, tal pareciera que el linchamiento colectivo a través de los medio y la expulsión fueran a solucionar el problema. Esto significa que nos hagamos de “La vista gorda”, o la sociedad tolere e incluso justifique comportamientos abusivos de los más fuertes sobre los más débiles como establecen Avendaño & Mendoza, en su investigación,(2003), sino más bien que se tomen acciones preventivas, más que correctivas.

Las acciones que se promueve a través de los spots deberían buscar una sensibilización, como establece Yolanda Corona, “tomando en cuenta que los valores y las actitudes de convivencia social que se adoptan en la infancia provienen principalmente de instituciones y espacios de socialización como la familia. Es ahí en donde los niños se van relacionando con otras personas, pero demás, y de manera general, con el medio circundante. Por lo tanto, es en esos espacios en donde es necesario que los adultos orientemos a los niños hacia su autonomía, empezando por buscar las formas de organización que permitan su participación.” (2003) O como establece Hernández, muestra a los padres “una oportunidad para replantear las metas de la vida y las enseñanzas que transmitimos a las nuevas generaciones, ya que en mucho nuestros hijos son solo el producto de lo que hemos sembrado en ellos” (Hernández, 2003).

Es decir que el rasgo sobresaliente en las campañas observadas es la presentación visual de la violencia a través de videos, enfatizando que los padres deben de estar en estado de alerta contra esa actitud. En el caso de los niños se observó la viralización de la actitud de rechazo en contra el acoso escolar y quienes lo practican, así como la victimización de niños con baja autoestima, a quienes describen como los típicamente acosados, problemas con la tolerancia a la frustración en acosadores y acosados, ante la impotencia de padres de familia y profesores para manejar el tema sin generar mayores conflictos.

Conclusiones

En el caso observado, el diseño de campañas para inhibir un comportamiento, termina generando un ambiente más propicio para que ésta ocurra. La viralización de la actitud contra el acoso

escolar es posible que concluya en una cacería de brujas que dañe no solo al acosador, el acosado y los testigos, sino que marca psicológicamente a la comunidad predisponiendo actitudes y estigmatizando conductas.

Si bien como establece Tamés los medios de comunicación llegan a mostrar al espectador “modelos aspiracionales que establecen vínculos emocionales con el receptor y por lo tanto se arraigan con más facilidad en el espectador creando o avivando deseos de emulación. (2003), la recomendación sería el uso de otro tipo de material visual. El “Sándwich de Mariana” por ejemplo, es un cortometraje de Carlos Cuarón, que a la vez que muestra una problemática real, no se queda en la simple denuncia, sino que propone una actitud para enfrentar el problema, sin causar mayores daños a los participantes, sino ayudándolos encontrar formas pacíficas de solucionar los problemas generados por el entorno.

Los esfuerzos en conjunto pueden enfocarse bajo esta perspectiva, “en el Programa Sectorial de Educación 2013-2018 se establece que la colaboración de las familias y las escuelas debe servir para el propósito de construir una convivencia pacífica basada en el respeto a los derechos humanos y la perspectiva de género. También será preciso reforzar los vínculos de las escuelas con las autoridades en materia de salud y con las que brindan asistencia prioritaria a estudiantes con problemas personales y familiares serios (Secretaría de Educación Pública, 2014), y de esta manera lograr ser más propositivos y preventivos, que correctivos.

Bibliografía

1. Avendaño, L., & Mendoza, R. (2003). ¿El Maltrato Infantil es realmente un delito grave? En M. Jiménez, *Violencia Familiar en el Distrito Federal* (págs. 57-73). México: Universidad de la Ciudad de México.
2. Corona, Y. (2003). La Construcción de nuevas relaciones en la familia y la sociedad. En M. Jiménez, *Violencia Familiar en el Distrito Federal* (págs. 485-493). México: Universidad de la Ciudad de México.
3. Hernández, H. E. (2003). ¿Como construir una cultura de paz para prevenir la violencia? En M. Jiménez, *Violencia Familiar en el Distrito Federal* (págs. 501-512). México: Universidad de la Ciudad de México.
4. Policía Nacional Española. (2013). <https://www.youtube.com/watch?v=1GV8K6CscBU>.
5. Red Familias Solidarias. (14 de 07 de 2014). *DIF TABASCO*. Recuperado el 31 de 03 de 2015, Unen esfuerzos DIF Tabasco, SE, IEM y Salud para erradicar violencia intrafamiliar.: <http://dif.tabasco.gob.mx/content/unen-esfuerzos-dif-tabasco-se-iem-y-salud-para-erradicar-violencia-intrafamiliar>
6. Sánchez, M. (2003). Programa de prevención y atención del maltrato infantil. En M. Jiménez, *Violencia Familiar en el Distrito Federal* (págs. 495-499). México: Universidad de la Ciudad de México.
7. Santesmases, M., Valderrey, F., & Sánchez, A. (2014). *Fundamentos de Mercadotecnia*. México: Grupo editorial Patria.
8. Secretaría de Educación en el Estado de Tabasco. (2014). *Secretaría de Educación Pública de Tabasco*. Recuperado el 31 de 03 de 2015, de Unidad de Atención a los Estudiantes que sufren Acoso Escolar: <http://acosoescolar.setab.gob.mx/>
9. Secretaría de Educación Pública. (2 de 07 de 2014). Observador. <https://www.youtube.com/watch?v=GJFkdX5t9LI>.
10. Secretaría de Educación Pública. (2014). *Secretaría de Educación Pública*. Recuperado el 31 de 03 de 2015, de Acoso Escolar: http://acosoescolar.sep.gob.mx/es/acosoescolar/Politica_Nacional_de_Educacion
11. Secretaría de Salud. (22 de 09 de 2014). Acosos escolar. Villahermosa , Tabasco, México.
12. Secretaría de Educación Pública. (2014). Ciberacoso. <https://www.youtube.com/watch?v=nYeRe-2txpA>.
13. Tamés, M. E. (2003). Aportes para crear una cultura de la no violencia en la televisión. En M. Jiménez, *Violencia Familiar en el Distrito Federal* (págs. 521-538). México: Universidad de la Ciudad de México.

Comunicación para el desarrollo y marketing social

Janet García González y Kabáh Silva Aguilar¹

¹Universidad Autónoma de Nuevo León (México)

RESUMEN

Hoy el desarrollo se entiende como un proceso de cambios cualitativos y cuantitativos experimentados por un grupo humano, conducentes a su bienestar personal y social en diferentes órdenes: político, económico, cultural, etc. Este desarrollo debe ser promovido con objetivos de paz y calidad de vida, para lo

que muchas veces se generan campañas de mercadeo social que muchas veces son realizadas por empresas publicitarias especializadas en operaciones comerciales, ajenas al campo de la salud y del desarrollo, y, además, familiarizadas con “clientes” urbanos, pero no rurales. Conceptualmente, el ámbito de la comunicación para el cambio social distingue de modo preciso entre información y comunicación. La información es un acto unidireccional, orientado a la transmisión de datos, ideas, emociones, habilidades, etc. La comunicación, en cambio, es un proceso de doble vía, posible cuando entre los dos polos de la estructura relacional, rige una ley de bivalencia. Los medios y estrategias de comunicación cumplen un rol fundamental para que las personas cambien de comportamiento o mejoren sus conductas y es el emisor que determina el modelo a seguir. Es por esto que se sugiere seguir una planificación estratégica que pueda usar el marketing como una herramienta, pero todo basado en las teorías y conceptos desde las ciencias de comunicación.

Palabras clave: Comunicación para el desarrollo, marketing social, comunicación social.

Introducción

Ante esta nueva mirada de estudio y de practica hacia la comunicación para el desarrollo, se puede analizar algunos de sus objetos de estudio como la propuesta de estrategias desde el mercadeo social, tomando como análisis de partida el área de salud (Forero, 2010).

Por mucho tiempo la ONU, la OMS, la OPS, y la UNICEF invertieron grandes cantidades de dinero, miles de millones de dólares, en campañas y proyectos de promoción, preservación o mejoramiento de las condiciones de salud de los pobladores del tercer mundo, dinero que estas mismas organizaciones consideran en gran parte perdido por no haber tenido herramientas que les permitieran ser tácticos y estratégicos a la hora de diseñar, ejecutar, controlar y evaluar para ajustar sus proyectos a las condiciones específicas de cada comunidad intervenida para obtener éxito; y tal pensamiento fue mortificante en los funcionarios de estas organizaciones hasta que surgió la propuesta de marketing social de Philip Kotler.

Sin embargo, en la mayoría de los casos, las campañas de mercadeo social fueron realizadas por empresas publicitarias especia-

lizadas en operaciones comerciales, ajenas al campo de la salud y del desarrollo, y, además, familiarizadas con “clientes” urbanos, pero no rurales. En muy pocos casos existió la suficiente apertura para entregar esas campañas a organizaciones no gubernamentales que ya tenían experiencia de trabajo en las áreas sociales requeridas, para que los contenidos tuvieran cierta relevancia cultural (Gumucio, 2012).

La modificación de actitudes y comportamientos individuales es el objetivo central del mercadeo social, que tuvo mucho éxito en Estados Unidos, con campañas como las que redujeron el consumo de tabaco o la prevención frente al SIDA en los años 80's (Gumucio, 2012). Fue por estas mismas razones que el marketing social se convirtió desde entonces en un paradigma de la salud pública y comunitaria, decisión que fue reafirmada en la Carta de Ottawa, emitida en la conferencia de Ottawa, en 1986.

Hacia la construcción del concepto de comunicación

El concepto de comunicación puede ser asociado a diferentes términos que contribuyen a su definición, no sin discrepancias por parte de algunos investigadores, como por ejemplo, mutualidad, reciprocidad, comunión, comunidad, posesión de algo en común, participación, transmisión, información, expresión, codificación, accesibilidad, descodificación, similitud, trato, expansión, sociabilidad, afectividad, regulación y simpatía. Desde el punto de vista etimológico, proviene de la palabra latina "communicatio", que a su vez tiene su origen en el término "communis", común.

Ser aceptado en la comunidad, tenido en común es comunión, como excomunión es ser separado cuando ya no se comulga con los mismos principios. Esta trama de significados conduce a comunicar, comunicarse y comunicación, término este último que

explica a los otros, en su confluencia esencial: tener o poner algo en común.

La pluralidad de individuos pasa a ser unidad de significados. Pero esta unidad es tan sólo en relación a los significados estrictamente comunes. Entre sí los individuos, los grupos, las clases sociales, las culturas, tienen serias diferencias en sus concepciones, aun cuando tienen también posibilidades de evocar siempre algo en común. Después al relacionarlo con su contexto, vuelve a transformarse el sentido. Lo común se vuelve otra vez algo diferente.

La comunicación para el cambio de comportamientos.

Los medios y estrategias de comunicación cumplen un rol fundamental para que las personas cambien de comportamiento o mejoren sus conductas y es el emisor que determina el modelo a seguir.

Un corpus teórico aún insuficiente, un potencial poco conocido y, por lo tanto, un índice elevado de vulnerabilidad no son suficientes para demostrar que el marketing social no es la herramienta lo adecuadamente efectiva que necesita la salud pública y, específicamente, la promoción de la salud para que sus proyectos tengan un impacto social relevante y de desarrollo sostenible; lo que equivale a decir, que mientras no haya otra técnica lo bastante desarrollada, probada y con resultados demostrables serán el marketing social, la educación en salud y la comunicación educativa las alternativas por excelencia para trabajar el campo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en aras de una mejor calidad de vida y del desarrollo social.

Para promover una auténtica comunicación transformadora nuestras acciones tienen que estar intencionalmente dirigidas y sistemáticamente planificadas, para lo que Barranquero (2007)

propone una serie de pasos estratégicos a seguir en los modelos de acción:

a) En comunicación y educación para el cambio social interesa más el proceso –de transformación colectiva– que los propios productos (un programa de radio, un «spot», un vídeo, una campaña, etc.).

b) Este proceso debe promover el acceso, la participación y la apropiación final del mismo por parte de los propios actores implicados.

c) Hay que contemplar la pertinencia cultural de las acciones que se planteen; es decir, que éstas se atengan a las particularidades de cada cultura y cada lengua. Para ello habrá que valorar también nuestras propias características culturales –en caso de que la acción de desarrollo se programe externamente–, evitando sobredimensionar las diferencias o universalizar a partir de lo propio.

d) Interesa emplear un marco de actuación local –aunque con proyección global–, basado en el saber comunitario y la representatividad de todos los miembros del grupo en la toma de decisiones, evitando que el poder sea monopolizado por unos pocos.

e) Para evitar el excesivo localismo, es necesario impulsar la organización en red y vincular cada proyecto con otras experiencias similares a nivel local, regional o global.

f) Conviene utilizar la tecnología o el medio apropiados a cada contexto, entendiéndolos únicamente como instrumentos y nunca como fines en sí mismos.

g) Se debe de trabajar, por último, con objetivos a medio y largo plazo, la única forma de conseguir una apropiación de los procesos por parte de la comunidad y un cambio prolongado y sostenible.

Plan estratégico de marketing social

El plan de marketing es una herramienta de gestión y uno de los principales activos en la obtención de los resultados esperados por la organización, el cual debe estar totalmente coordinado con el plan estratégico para contribuir en el avance progresivo hacia la competitividad, sostenibilidad, posicionamiento y consecución de los objetivos trazados por la organización (Pinilla, 2011). Asimismo, desde la óptica del marketing social sigue teniendo una orientación de gestión, pero no debe perder su enfoque primordial de contribuir a una mejora en el bienestar de la población objetivo, y de la sociedad en general.

Como en cualquier proceso de planificación, los requisitos iniciales para desarrollar un plan estratégico en marketing social son: mentalidad orientada al cliente, definir objetivos generales, elegir el enfoque que mejor se adecuó a la consecución de los objetivos e integrar en la planificación a todos los agentes o actores que intervendrán en su puesta en marcha. Sin embargo, más que cualquier otro tipo de marketing, el marketing social debe situar al cliente objetivo en el centro de cada decisión estratégica.

Por ende, la segmentación se convierte en un factor clave para planificar las estrategias para cada segmento del mercado, en especial para mejorar la percepción que los diferentes actores tienen sobre factores como los beneficios y costes, y de este modo mejorar la efectividad y la eficacia de los programas.

Por otra parte, es importante mencionar que la investigación es una herramienta fundamental para desarrollar un plan de marketing social, pues contribuye a identificar y conocer el problema, los clientes o población potencial y objetivo, los diferentes segmentos,

determinar el posicionamiento que debe tener la organización, entre otros aspectos.

Entonces, un plan de marketing social, permite la toma de decisiones bajo un enfoque sistemático y un plan de acciones enmarcado en los objetivos y metas propuestas.

Discusión y conclusión

Por todo lo anterior, se concluye que para una planificación de comunicación para el desarrollo, deben considerarse aspectos culturales, económicos, políticos y sociodemográficos; además de la generación de un plan estratégico que puede considerar al marketing social como herramienta para la puesta en común del objetivo con el receptor.

Finalmente, de acuerdo con Gumucio (2012), la comunicación para el cambio social es un proceso vivo, que no es fácil de capturar con definiciones académicas. Sin embargo, hay cinco características o condiciones que parecen indispensables, más allá de una simple catalogación teórica (Gumucio, 2003). Son condiciones que están presentes en los procesos de comunicación para el cambio social:

- a. Participación comunitaria y apropiación
- b. Lengua y pertinencia cultural
- c. Generación de contenidos locales
- d. Uso de tecnología apropiada
- e. Convergencias y redes

Bibliografía

1. Barranquero, A. (2007). Concepto, instrumentos y desafíos de la educación para el cambio social. *Comunicar*, 9-11.
2. Forero Santos, J. A. (2010). El marketing social como estrategia para la promoción de la salud. *La Sociología en sus escenarios*, (20).
3. GumucioDagron, A.(2003), "Take Five: A Handful of Essentials for ICTs in Development", en: Girard, B. (ed.), *The One to Watch*, Rome, fao.

4. GumucioDagron, A. (2012). Comunicación para el cambio social: clave del desarrollo participativo. Signo y pensamiento, 30(58), 26-39.
5. Pinilla Peña M. (2011). Contribución del marketing social a la sostenibilidad de fundaciones sin ánimo de lucro: un estudio de caso (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia-Sede Manizales).

Índice de adiposidad corporal ¿una estrategia sencilla y no costosa para determinar obesidad?

Carlos Arnulfo Cornelio Valencia, Hidemi Aguilar Mariscal, Jorge Luis Blé Castillo, Isela Esther Juárez Rojop¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: La estimación de la grasa corporal, como factor de riesgo para enfermedad crónica, se ha realizado a través del índice de masa corporal (IMC). Este indicador requiere el peso y la estatura del individuo y ha ganado popularidad por su facilidad y sencillez sobre otras técnicas sofisticadas y costosas. Recientemente, se ha propuesto al índice de adiposidad corporal (IAC) como un nuevo índice, de fácil determinación y no costoso. No requiere el peso del individuo, solo la circunferencia de la cadera y la estatura. **Objetivo:** Determinar si el IAC es una estrategia sencilla y no costosa para determinar obesidad y su correlación con el IMC. **Método:** Se evaluaron 60 estudiantes de la DACS, UJAT, en Villahermosa, Tabasco. Se determinaron parámetros antropométricos, se calculó el IMC y el IAC con fórmulas matemáticas reportadas en la literatura. Los datos fueron analizados mediante el SAS v.11 considerando como significativa una $p < 0.05$. Resultados. La edad promedio fue de 20.67 ± 1.6 años, el 65% correspondió al sexo femenino y el 35% al sexo masculino. El IMC fue de 24.84 ± 4.61 para los hombres y 24.57 ± 3.61 para las mujeres. El IAC se encontró de 27.62 ± 4.95 en varones y en mujeres de 32.48 ± 4.44 . Se determinó una fuerte correlación entre el IMC y el IAC para varones y mujeres, $r=0.88$; $p < 0.001$ y $r=0.79$; $p < 0.001$, respectivamente. **Conclusiones:** El IAC es un estimador de la grasa corporal, como el IMC, sin embargo, el primero puede ser determinado con la medida de la cadera y estatura del sujeto, por lo que podría ser de gran utilidad para una evaluación rápida y confiable, principalmente en servicios médicos de difícil acceso y recursos limitados. Se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa con el IMC. **Palabras clave:** adiposidad corporal, masa corporal, jóvenes, Tabasco.

Introducción

De acuerdo a los registros más recientes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, la prevalencia de los pesos altos, sean éstos sobrepeso y obesidad, ha incrementado notablemente en los últimos años. La obesidad, es definida por la

Organización Mundial de la Salud como un aumento del peso a expensas de la grasa corporal, y la adiposidad se reconoce como la acumulación o exceso de grasa en el cuerpo, sin embargo, no todas las obesidades son iguales, ya que no solo importa el aumento de grasa, sino cómo está distribuida, es decir, en qué lugares del cuerpo se encuentra, pues las consecuencias que tiene sobre la salud son distintas. Así, cuando el exceso de grasa corporal se encuentra a nivel de la zona abdominal hablamos de obesidad central, que es la obesidad de mayor riesgo ya que su aumento se relaciona con incremento del riesgo de diabetes y enfermedad cardiovascular (Aguilar-Salinas, 2007). Ambas, la masa y la adiposidad corporal, se han tratado de estimar por diversos métodos (Revicki et al. 1986; Camhi, et al. 2011; Bergman et al. 2011; Barreira, et al. 2011), dado su reconocimiento como factores de riesgo para enfermedades crónicas (Aguilar-Salinas, 2007).

El Índice de Masa Corporal (IMC) o índice de Quetelet (por haber sido ideado por el estadístico belga LAJ Quetelet, desde hace más de dos siglos) es, dentro de los índices creados para estudiar la relación estatura para la talla, el más comúnmente utilizado por cumplir, en mayor medida, el requisito de estar altamente relacionado con el peso y ser independiente de la talla (estatura). Este índice es la razón entre el peso (expresado en kilogramos) y la talla (expresada en metros) originando la fórmula matemática kg/m^2 , dicho parámetro proporciona un panorama general de la grasa corporal (OMS, 1995).

Si bien es cierto que la composición corporal está determinada por muchos factores, dependientes del medio en el que se desarrolle el individuo, se han establecido consensos a nivel internacional que permiten realizar una amplia categorización nutricional de la

población, dada ésta por los valores correspondientes al IMC. Esta clasificación establecida por la OMS es retomada en años posteriores por las autoridades de nuestro país y expresada en la NOM-043-SSA2-2012 como sigue: individuos de bajo peso, normopeso, sobrepeso e individuos obesos.

Sin embargo, se han documentado desventajas en la utilización del IMC, una de ellas es la aparición de sesgos en la estimación de la grasa corporal en individuos musculosos, tales como los atletas, y no puede generalizarse entre diferentes grupos étnicos. Además, el cálculo del IMC requiere el peso del individuo, para el cual, es necesario un instrumento de medición, que no siempre estará en el consultorio médico.

En la búsqueda de una mejor estimación de la grasa corporal, que refleje el grado de adiposidad con menor sesgo, en 2011, un grupo de investigadores de la Universidad del Sur de California, de Los Ángeles, California, en Estados Unidos propone un nuevo índice para medir el porcentaje de grasa corporal denominado Índice de Adiposidad Corporal (IAC) (Bergman et al. 2011). Dicho índice fue validado en mexicanos-americanos y es la relación entre la cadera y la estatura a través de la siguiente fórmula: $((\text{circunferencia de la cadera}) / (\text{estatura})^{1.5}) - 18$). Otros autores reportan que el IAC refleja el porcentaje de grasa corporal de personas adultas, hombres y mujeres de diferente etnia sin necesidad de realizar correcciones matemáticas (Barreira et al. 2011). Además, el IAC puede ser estimado sin el peso corporal. Por lo anterior, en este estudio se estimó el IAC y el IMC y su posible correlación en adultos jóvenes universitarios y se propone al IAC como un método sencillo y no costoso para determinar obesidad.

Objetivo general

Determinar si el IAC es un método sencillo y no costoso para estimar obesidad en adultos jóvenes universitarios.

Objetivos específicos

- Estimar las características antropométricas de adultos jóvenes.
- Calcular el IAC y el IMC en adultos jóvenes.
- Determinar si existe correlación entre el IAC y el IMC.

Método

Diseño experimental. Estudio clínico, observacional, prospectivo y comparativo. El estudio se llevó a cabo en la comunidad estudiantil de la Ciudad de Villahermosa, perteneciente a la División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, durante los meses de Mayo-Octubre 2014.

Sujetos. La muestra de 60 estudiantes se obtuvo a través de un muestreo no probabilístico a conveniencia. Se realizó una entrevista semi-estructurada, con consentimiento informado a cada estudiante, solicitando la información de la edad y sexo. Se midió la estatura (m), el peso corporal (kg) y la circunferencia de la cadera (cm). A partir de los datos anteriores, se calculó el IMC y el IAC. Se clasificó a los estudiantes en las categorías de normopeso, sobrepeso y obeso de acuerdo a los valores convencionales para cada índice (OMS, 1995; Ferreira, et al. 2011). Todas las medidas se tomaron en reposo y con instrumentos convencionales por personal profesional de salud.

Análisis estadístico. Se emplearon medidas de tendencia central como la media \pm desviación estándar, además de la determinación del coeficiente de correlación r (coeficiente de Pearson) y la p asociada al mismo. Se aceptó una diferencia significativa a un

valor de $p < 0.05$. Se utilizó el paquete Microsoft Office Excel 2010 y el programa estadístico SAS versión 11.

Resultados

De acuerdo a la información recabada, 60 estudiantes con edad promedio de 20 años, se clasificaron de acuerdo al género, de los cuales 65% fueron del sexo femenino y 35% del sexo masculino. En la Tabla 1 se observan las características antropométricas de los mismos. En este sentido, con los datos obtenidos del IMC y del IAC, la Figura 1 muestra la diferente reagrupación de los estudiantes con base a cada uno de estos índices. Mientras que el IMC clasifica a la mayoría de los estudiantes en normopeso y un menor número en sobrepeso y obesidad, el IAC muestra una redistribución de los estudiantes hacia el sobrepeso y la obesidad.

La clasificación nutricional por género se observa en la Figura 2. La correlación entre el IMC y el IAC de varones, fue de 0.88 ($p < 0.001$); la correlación entre esos mismos índices para mujeres fue de 0.79 ($p < 0.001$), lo anterior demuestra una fuerte correlación entre las dos variables comparadas, el IMC versus IAC y además estadísticamente significativa. Los datos obtenidos en este estudio, coinciden con lo reportado por Bergman, et al (2011) que sugieren al IAC como un indicador novedoso y confiable de obesidad. Finalmente, los resultados sugieren que el IAC es un estimador de la grasa corporal determinado en forma simple por el conocimiento de la cadera y la estatura del sujeto, por lo que podría ser de gran utilidad para la evaluación clínica de obesidad, un tanto rápida, en lugares de difícil acceso y recursos limitados.

Tabla 1. Características clínicas de los sujetos de estudio

Característica clínica	Hombres	Mujeres
n (%)	21 (35)	39 (65)
Edad (años)	20.67 ± 1.74	20.67 ± 1.53
Estatura (m)	1.71 ± 0.05	1.58 ± 0.05
Peso (Kg)	72.1 ± 13.25	61.38 ± 10.93
Circunferencia cadera (cm)	100.38 ± 9.65	100.05 ± 9.44
Índice de masa corporal (IMC) (kg/m ²)	24.84 ± 4.61	24.53 ± 3.61
Índice de adiposidad Corporal (IAC)	27.62 ± 4.95	32.48 ± 4.44

$$IAC = ((\text{circunferencia cadera}/\text{estatura}^{1.5}) - 18)$$

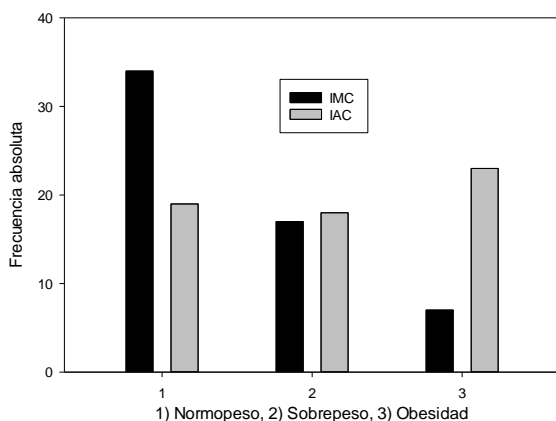


Figura 1. Histograma de frecuencia absoluta de la clasificación nutricional con base al IMC y al IAC. De acuerdo al IMC, la mayoría de los estudiantes se clasifican en normopeso (n=34), sobrepeso (n=17) y obesos (n=7) pero el IAC reagrupa una menor proporción en normopeso (n=19) y en mayor proporción estudiantil en sobrepeso (n= 18) y obesidad (n=23).

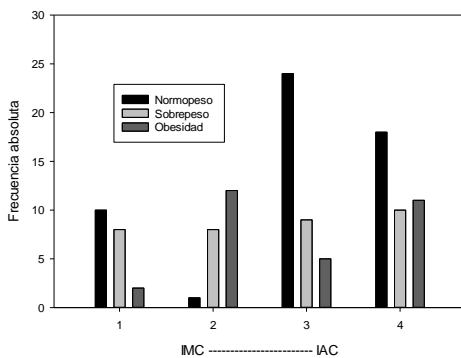


Figura 2. Clasificación nutricional con base al IMC y al IAC de acuerdo al género. 1) IMC hombres, 2) IAC hombres, 3) IMC mujeres, 4) IAC mujeres.

Conclusiones

1.- El IAC es un índice sencillo y no costoso para determinar obesidad.

2.- El IAC correlacionó fuertemente y de manera altamente significativa con el IMC en adultos jóvenes universitarios, tanto en hombres como en mujeres.

3.- El IAC es un indicador de obesidad novedoso y confiable.

Bibliografía

1. Aguilar-Salinas CA. (2007). Adiposidad abdominal como factor de riesgo para enfermedad crónica. Salud Pública Méx 49, Supl 1, Edición Especial, E311-E316
2. Barreira, TV., Harrington, DM., Staiano, AE., Heymsfield, SB., Katzmarzyk, PT. (2011). Body adiposity index, body mass index and body fat in white and black adults. JAMA 306(8): 828-830
3. Bergman, RN., Stefanovski, D., Buchanan, TA., Sumner, AE., Reynolds, JC., Sebring, NG., Xiang, AH., Watanabe, RM. (2011). A better index of body adiposity. Obesity 19(5): 1083-1089
4. Camhi, SM., Bray, GA., Bouchard, C., Greenway, FL., Johnson, WD., Newton, RL., Raussin, E., et al. (2011). The relationship of waist circumference and BMI to visceral, subcutaneous and total body fat: sex and race differences. Obesity 19(2): 402-408
5. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Gobierno de México, documento oficial en línea consultado por internet el 6 de enero del 2015. Dirección de internet: <http://ensanut.insp.mx/informes/Tabasco-OCT.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud, OMS (1995). Serie de Informes Técnicos. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría: informe de un comité de expertos de la OMS. Ginebra, Switzerland. Documento consultado por internet el 5 de enero del 2015. Dirección de internet: http://wholibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854_spa.pdf
7. Revicki, DA., & Israel RG. (1986). Relationship between body mass indices and measures of body adiposity. Am J Public Health 76:992-994

Personas de la tercera edad de comunidades rurales, posibles promotores de la cocina tradicional.

Juan Manuel Muñoz Cano, Ana Julia Santos Ramos, Juan Antonio Córdova Hernández¹

¹División Académica de Ciencias de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: La sustitución de las comidas tradicionales por la industrializada moderna es el factor primordial de la pandemia de enfermedades no transmisibles. **Objetivo:** El objetivo de esta investigación fue analizar las costumbres de las formas de preparar la comida en un grupo de personas de la tercera edad en Tabasco. **Método:** A los participantes se les hicieron entrevistas semi-estructuradas con eje en la descripción de los modos de preparar los alimentos en su juventud y sus opiniones acerca de la comida moderna. **Resultados:** Al revisar las respuestas se encontró que a pesar de las duras condiciones en que se desarrollaron los participantes en su infancia y juventud, le dieron un alto valor a la comida tradicional, tanto a los platos como a los modos de hacerla. Tenían en alta estima huertos familiares y la crianza de animales de traspatio y mantenían resistencia al consumo de la comida moderna. **Conclusiones:** Las personas de la tercera edad de las comunidades rurales pueden ser promotores de la reconfiguración de la cocina tradicional de Tabasco. **Palabras clave:** Alimentos tradicionales, alimentos industrializados modernos, patrones de alimentación, aculturización.

Introducción

En años recientes se ha observado en el mundo un incremento sostenido y dramático en la incidencia de las enfermedades no transmisibles. Los datos muestran que en el nivel global la mortalidad atribuible a esas enfermedades es del 65% (1) y que esa proporción aumenta al 75% en los países de América Latina (2). Aunque se trata de enfermedades consideradas como multifactoriales, son problemas que tienen un fondo social que se configura como “ambiente obesogénico”, dado que se tiene la idea de que el aumento de masa corporal es el antecedente de las enfermedades no transmisibles.

Este supuesto se ha visto confrontado por diversos estudios que muestran cómo las modificaciones en los patrones de consumo de alimentos promovidos mediante estilizados programas de merca-

dotecnia tienen una mayor asociación con las enfermedades no transmisibles, tanto por la demostración de la existencia de un fenotipo de obesidad sana (3) como de la menor probabilidad para desarrollar las enfermedades no transmisibles en el caso del consumo de dietas étnicas como la mediterránea (4-5) la japonesa de Okinawa (6-7), o con la tradicional mexicana (8-10).

Ya que la comida moderna se introdujo en poblaciones que tenían una estructura cultural hacia la naturaleza y los alimentos, el eje de la investigación fue analizar las opiniones de personas de la tercera edad acerca de la preparación de las comidas en una región de Tabasco, ya que el estado cuenta con una cocina tradicional que ha sido rescatada aunque sólo en parte. La cocina tradicional ofrece efectos funcionales de los cuales carecen las industrializadas modernas, lo cual le agrega un valor biológico a la cocina étnica tradicional que ya tiene, por ello, gran valor cultural así como importancia como eje para la revalorización de la biodiversidad y la sustentabilidad.

Objetivos

Por ello el objetivo de este estudio fue analizar usos y costumbres acerca de la preparación de la comida en un grupo de personas de la tercera edad en Tabasco para identificar causas de la modificación de los patrones de consumo de alimentos. Se partió de la hipótesis nula de que no hay en la población de mayor edad una conciencia social de que la comida tradicional sea efectivamente un modo de conservar la salud y el bienestar al disminuir los riesgos de las enfermedades no transmisibles y de los gastos catastróficos que conllevan.

Métodos

Para coleccionar los datos se realizaron entrevistas semi-estructuradas a personas que acudían a una oficina de gobierno para realizar trámites. La oficina se encontraba situada en la ciudad de Cárdenas, Tabasco, en la región de La Chontalpa. Quienes acudían a esa oficina eran personas en pobreza, dedicados a la agricultura o alguna otra labor compatible con su edad. Se seleccionaron a quienes hubieran pasado su vida en la región y que quisieran responder las preguntas.

Las preguntas eje de las entrevistas fueron acerca de los modos de preparar las comidas en la juventud y de las diferencias con la comida actual. Con base en las respuestas se construyeron categorías de análisis y se suspendió la recolección de datos una vez que se saturaron las categorías y no se identificó ninguna nueva. Esto ocurrió una vez hechas 30 entrevistas, cuando los nuevos datos no contribuyeron a desarrollar otras. La codificación de las entrevistas se hizo de acuerdo al número de secuencia, el género y la edad.

El estudio cumplió con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México. Aunque la investigación se clasifica como “sin riesgo”, a cada participante se le solicitó su consentimiento por escrito. A cada uno se le informó acerca de los objetivos del mismo y de la posibilidad de no responder. Quienes no sabían leer y escribir accedieron verbalmente ante la grabadora.

Resultados

Al analizar las respuestas se identificaron cuatro categorías: 1) la descripción de la dieta, tanto en el tipo de platos como en los modos de preparación, 2) hábitos de recolección, pesca y caza, 3)

costumbres de huertos familiares y animales de traspatio, 4) desacuerdo con la dieta moderna.

Descripción de la comida tradicional. La preparación de las comidas dependía directamente del entorno. Fuera porque se cosechaba o porque se recolectaba, cazaba o pescaba, se tenía una estrecha dependencia del ambiente. Si bien no se describen platos de mayor elaboración, se encuentran presentes preparaciones culinarias mencionadas en relatos acerca de tradiciones locales.

Obtención de los alimentos. Aunque la recolección de muchos de los alimentos se hacía de manera fortuita, existían modos de producción, fuera la milpa, el cacaotal o la palma de coco, tal como se hizo mención en las entrevistas. Si bien varios de los participantes, aunque vivían en el campo no disponían de tierras para producción, mencionaron la existencia de sembradíos en las cercanías de sus casas.

Animales de traspatio y huertos. Las familias de antes, incluso las más pobres, tenían huertos que se llamaban solares. Estos huertos tenían la finalidad primordial de proporcionar a las familias el autoabasto de condimentos, verduras y frutas de estación. En esos solares había plantas con productos comestibles que casi han desaparecido, como la pomarrosa (*Syzygium jambos*), la jondura (*Spondia* spp.), el jobo (*Spondias mombin*), el chinín (*Persea schiedeana*), el caimito (*Chrysopllum cainito*), el árbol de pan de sopa (*Arctocarpus communis*) y el cuijinicuil (*Inga jinicuil*), condimentos como el achiote (*Bixa orellana*) o arbustos como el guiro (*Crescentia cujete*) que proporcionaba la materia prima para la elaboración de jícaras, recipiente primordial para beber pozol y chorote.

Ideas sobre la comida moderna. En las entrevistas, la gente muestra su desagrado hacia los nuevos productos. Esto parecería paradójico ya que al crecer en condiciones laboriosas ya que entre otras actividades había que llevar la leña o el carbón, preparar el fuego, sembrar, cuidar las plantas, se esperaría que mostraran agrado de la facilidad con que se puede solicitar comida rápida. Lo que se percibe es un mayor disfrute de sabores diversos, posiblemente asociado a la añoranza de tiempos pasados, cuando era posible ir al campo y apropiarse de los productos que crecían aleatoriamente.

Discusión

A pesar de la posición de resistencia que muestra la población en estudio, la variedad de platillos que preparan las familias en las comunidades rurales es limitado y la proporción de alimentos que provienen del exterior es cada vez mayor, lo que compromete la seguridad alimentaria de las comunidades de estudio. La producción de cereales y granos básicos terminó de decaer a partir de 1994, con la puesta en marcha del Tratado de Libre Comercio (11-12) y la producción de otros vegetales disminuyó en variabilidad, ya que en la mayoría de las comunidades del estudio de Santos et al., se carecía de huertos familiares. Este era “el principal objetivo de la producción tradicional pues representa un ahorro al disminuir la necesidad de comprar” (13). Los huertos proporcionaban hojas comestibles como la chaya, para envolver manees (panes de maíz con carne de cerdo) como la hoja de tó (*Calathea lutea*), “toda una variedad de aplicaciones” (14). La pérdida de las plantas de traspatio se explica por la introducción de los supermercados, pues se carece de compradores en los mercados tradicionales por lo que muchos han cerrado, pues como sucede en otras partes del mundo,

se privilegia a las cadenas y no a los residentes de los barrios o las comunidades (15).

Conclusiones

La reconfiguración de la cocina tradicional tabasqueña tanto como una respuesta al problema de las enfermedades no transmisibles así como un área de oportunidad para fomentar el desarrollo regional (16) plantean la necesidad de nuevos procesos educativos que no se limiten a la repetición de actividades que han demostrado su ineficacia, sino que consideren estrategias integrales donde los escolares, los docentes, las familias y la comunidad, sean parte de procesos educativos conjuntos con base en proyectos. También, a semejanza de lo que se realiza en otras regiones del mundo, el rescate de platos y modos de preparación significan también atractivos (17).

Bibliografía

1. Alwan A, MacLean DR, Riley LM, Turstan d'Espaignet E, Douglas C, Stevens GA, Bettcher D. Monitoring and surveillance of chronic non communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet*, 2010; 376: 1861-1868.
2. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2006; 367: 1747-1757.
3. Stefan N, Häring HU, Hu FB, Matthias B, Schulze MB. Metabolically healthy obesity: epidemiology, mechanisms, and clinical implications. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 2013; 1(2) : 152-162.
4. Buckland G, Bach-Faig A, Serra-Majem L. Eficacia de la dieta mediterránea en la prevención de la obesidad. Una revisión de la bibliografía. *Rev Esp Obes*, 2008; 6(6): 329-339.
5. Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ*, 2008; : 337. a1344.
6. Guo H, Niu K, Monma H, Kobayashi Y, Guan L, Sato M, Minamishima D, Nagatomi R. Association of Japanese dietary pattern with serum adiponectin concentration in Japanese adult men. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 2012; 22(3): 277-284.
7. Taniguchi A, Yamanaka-Okumura H, Nishida Y, Yamamoto H, Taketani Y, Takeda E. Natto and viscous vegetables in a Japanese style meal suppress postprandial glucose and insulin responses. *Asia Pac J Clin Nutr* 2008; 17(4): 663-668.
8. Rodríguez S. Patrones dietéticos y su riesgo con sobrepeso y obesidad en mujeres del área rural del sur de México. *Sal Publica Mex*, 2007; 49: 109-111.

9. Flores M., Macías N, Rivera M, Lozada A, Barquera S, Rivera-Dommarco J, Tucker KL. Dietary patterns in Mexican adults are associated with risk of being overweight or obese. *J Nutr*, 2010; 104(10): 1869-1873.
10. Muñoz-Ibarra AI, Carranza-Madriral J. Perfil alimentario de una población rural de Michoacán y su asociación con obesidad, diabetes e hipertensión. *Med Int Mex*, 2010; 26(1): 24-30.
11. Clark SE, Hawkes C, Murphy SME, Hansen-Kuhn KA, Wallinga D. Exporting obesity: US farm and trade policy and the transformation of the Mexican consumer food environment. *Intern J Occupational Environm Health*, 2012; 18(1): 53-64.
12. Yúnez-Naude A. Economía rural. México DF: El Colegio de México, 2010.
13. Chávez-García E, Rist E, Galmiche-Tejeda A. Lógica de manejo del huerto familiar en el contexto del impacto modernizador en Tabasco, México. *Cuadernos Desarrollo Rural*, 2012; 9(68): 177-200.
14. Magaña-Alejandro MA. Vegetación y flora del municipio de Paraíso. Villahermosa, Tabasco: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2010.
15. Grupo de Trabajo Mercados y Espacios Públicos ASF-Madrid. El mercado de los mercados. Análisis de los procesos de transformación de los mercados municipales de abastos de Madrid. Working Paper Series. 2014. (Citado 25 de abril de 2015). Disponible en: http://contested-cities.net/wp-content/uploads/sites/8/2014/03/WPCC-14016_Maiello_vincenzo_elmercadodelosmercados.pdf
16. Meléndez-Torres JM, Cañez de la Fuente GM. La cocina tradicional regional como un elemento de identidad y desarrollo local. El caso de San Pedro El Saucito, Sonora, México. *Estudios Sociales*, 2009; 17: 181-204.
17. Jacoby E. The best food on earth. Peru: As good as it gets. [Comments]. *World Nutrition*, 2012; 3(7): 294-306.

Aspectos psicológicos de la adolescencia a considerar para la promoción de la salud

Catherine Sylvie Bracqubien Noygues, Maria Trinidad Fuentes Álvarez, Alba Cerino Soberanes

¹División Académica de Ciencias de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: La formación de aptitudes para la salud personal es un aspecto importante de la promoción de la salud por lo cual es importante tomar en cuenta, entre otras cosas, las características psicológicas individuales o grupales de la población considerada. Los adolescentes constituyen un grupo vulnerable con características psicológicas muy peculiares. **Objetivo:** del presente trabajo consiste en analizar aspectos psicológicos básicos de la adolescencia a considerar para la promoción de la salud personal. **Método:** Procedimos a una revisión documental, principalmente de publicaciones de John Coleman, enfocándonos en aportaciones teóricas clásicas, pero que sustentan todavía nume-

rosos trabajos. **Resultados:** señalamos que el conjunto de los cambios propios de la adolescencia implica sentimientos y pensamientos que en muchas ocasiones llevan a la asunción de riesgo. El imperativo del desarrollo de la identidad y de la independencia subyace a conductas que suelen desconcertar a los adultos, por eso es importante entender su significado simbólico. Es necesario identificar las dificultades encontradas por los adolescentes para alcanzar el ajuste entre sus necesidades y los requisitos de las tareas psicosociales. Afortunadamente, la mayoría de los adolescentes cuentan con recursos personales y con un ambiente adecuados para ajustarse satisfactoriamente; sin embargo algunos se encuentran rebasados y es cuando su salud, tanto física cuando mental, está verdaderamente en riesgo. **Conclusión:** es importante reconocer los procesos psicológicos que subyacen a las conductas para lograr un mayor respeto de las limitaciones como de las fortalezas de los adolescentes, dependiendo del momento en el cual se encuentran y de sus características personales, así como de sus intereses y necesidades. Estas consideraciones tienen muchas implicaciones prácticas que a menudo no valoran plenamente los promotores de la salud al centrarse principalmente en sus propias preocupaciones para la salud.

Palabras clave: Promoción de la salud. Adolescencia. Conductas de riesgo. Aspectos psicológicos.

Introducción

La promoción de la salud permite incrementar el control personal sobre su salud para mejorarla. Se puede abordar desde diferentes perspectivas y de acuerdo a determinadas funciones. Nos interesan las aportaciones de la psicología del desarrollo para el diseño y la operación de actividades dirigidas a la formación de aptitudes para la salud personal, entendida como la parte de la salud más relacionada con los comportamientos de los individuos. Estas actividades pueden realizarse a través de diferentes canales, y en diversos contextos (como las escuelas, las instituciones de salud, los lugares de trabajo, la familia). En todo caso, las personas tienen que ser el centro de la acción y de las toma de decisiones (OMS, 1998). Todo eso puede incluir por supuesto importantes componentes de mercadotecnia.

Lo anterior nos lleva a considerar la importancia de tomar en cuenta, entre otras cosas, las características psicológicas individuales o grupales de la población considerada. Nos enfocamos ahora en los adolescentes debido a su representación demográfica, pero sobre

todo al carácter crucial del momento vital en el que se encuentran y a la responsabilidad social de prepararlos para una adultez sana y productiva.

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa crítica debido al ajuste que se tiene que realizar frente a los múltiples cambios (biológicos o físicos, cognitivos, sociales y emocionales). El concepto de ajuste se refiere a la relación entre el individuo y el ambiente en su sentido más amplio, y es un criterio importante de salud. Se trata de establecer un equilibrio entre la satisfacción de las necesidades personales y las expectativas culturales. En este sentido, la adolescencia se considera una etapa clave ya que implica la consolidación de la identidad a través de la confrontación con determinadas “tareas psicosociales del desarrollo”, cuyo cumplimiento permite pasar a la madurez adulta. Según Havighurst, se trata de las ocho siguientes tareas: aceptar el propio cuerpo y aprender a usarlo de manera efectiva, formar relaciones más maduras con iguales de ambos sexos, adoptar un rol social masculino o femenino, independizarse emocionalmente de los padres, prepararse para la independencia económica con una ocupación productiva, prepararse para la vida de pareja y la familia, adquirir un conjunto de valores y un sistema ético para guiar la conducta, desear y lograr una conducta socialmente responsable. Estas tareas son una muy buena síntesis de los grandes aprendizajes a realizar, los cuales tienen mucho que ver con la salud y determinarán mayormente las oportunidades de felicidad y de adaptación social de allí en adelante.

En materia de salud, como en otros aspectos, los adolescentes constituyen un grupo reconocido como vulnerable y a la vez con un fuerte potencial. El foco está en las conductas de riesgo por la

gravedad de sus posibles consecuencias: accidentes, violencia, suicidio, adicciones, enfermedades sexuales, embarazos no deseados, problemas legales, etc. (Stern, 2008). Para abordar la promoción de la salud, es importante reconocer que la psicología del desarrollo aporta muchos elementos para la comprensión profunda de los procesos de cambios conductuales y psicológicos propios de esta etapa del ciclo vital.

Objetivo

Nuestro objetivo consiste en analizar algunos aspectos psicológicos básicos de la adolescencia a considerar para la promoción de la salud personal.

Método

Nos basamos en una revisión documental, principalmente en publicaciones de John Coleman, un psicólogo inglés contemporáneo reconocido internacionalmente por sus estudios sobre la adolescencia y con especial interés por los temas de salud. Nos enfocamos en aportaciones teóricas mencionadas por él, que pueden ser consideradas clásicas, pero que sustentan todavía numerosos trabajos. Agregamos la referencia a Winnicott y a Elkind, parte de nuestro bagaje de cultura psicológica.

Resultados

El inicio de la adolescencia, o pubertad, está marcado por los cambios físicos acelerados, de crecimiento y desarrollo de las características sexuales. Estos cambios se acompañan de profundos efectos psicológicos (duelo del cuerpo infantil, torpeza, timidez, ansiedad, insatisfacción con la apariencia física, preocupación en cuanto a la normalidad del proceso, sobre todo en caso de pubertad precoz o tardía, dificultad de aceptación de la sexualización genital, etc.). La apariencia física ocupa entonces un lugar esencial

en el auto concepto y la autoestima. Es también un criterio importante de aceptación social por los pares. Sin embargo, las investigaciones indican que muchos adolescentes y adultos significativos todavía carecen de información para una preparación adecuada a la vivencia de esta fase. Es necesario fortalecer los conocimientos sobre las necesidades y las dificultades potenciales inherentes a estos cambios.

En relación al desarrollo cognitivo, en el transcurso de toda la adolescencia, se van dando cambios cuantitativos y cualitativos que tienen también implicaciones significativas para el comportamiento y las actitudes. Elkind (1967) estudió el pensamiento sobre sí-mismo y puntualizó un fenómeno que distorsiona la percepción de la realidad sobre todo en los primeros años de la adolescencia. Se trata del egocentrismo: una exagerada exaltación de la propia personalidad hasta considerarla como principal centro de atención propio y de los demás. Constituye una reacción normal al conjunto de los cambios que afectan a los adolescentes pero puede exacerbarse o prolongarse como parte de una inmadurez cognitiva. Se caracteriza por la creencia en una fábula personal y en una audiencia imaginaria. La fábula personal conlleva la creencia de que las experiencias y preocupaciones propias son absolutamente únicas, y por ende que nadie puede entender lo que está pasando; también implica sentimientos de invulnerabilidad (“A mí, no me puede pasar nada”). Por este motivo, los adolescentes tienden a menospreciar las probabilidades de sufrir daños derivados de conductas de riesgo. Por otra parte, la audiencia imaginaria consiste en la percepción del adolescente de que todo el mundo está centrado y preocupado por lo que él hace o piensa. El egocentrismo de los adolescentes suele manifestar además con la falta de empatía, la

tendencia a discutir, la búsqueda de fallas en la autoridad, la pseudo-estupidez (razonamiento simplista), la indecisión aún en situaciones sencillas, la dificultad por admitir la necesidad de esforzarse para conseguir metas, etc.

Aquí queremos compartir una enseñanza de Winnicott, el primer teórico de la adolescencia desde el psicoanálisis, quien señalaba que el adolescente no quiere que lo comprendan: le molesta que el adulto pretenda comprender sus problemas, aunque, por otro lado, lo demanda permanentemente. Esta paradoja puede ser muy desconcertante para los demás.

Por otra parte, Piaget indica el desarrollo progresivo de la capacidad de pensamiento abstracto, de razonamiento lógico, de toma de decisiones con independencia del pensamiento y consideración del futuro. Eso va acompañado de una fascinación por la libertad individual, lo ideal y lo posible, de un incremento de las competencias comunicativas y la madurez social. Al mismo tiempo, el desarrollo del pensamiento y de la identidad, lleva al adolescente a manifestar una actitud crítica en relación a los valores dominantes. Un efecto negativo de eso es que puede llevar algunos a desinteresarse de muchas cosas, al considerar que no sirven para nada. Afortunadamente, la adolescencia también puede dar lugar a mucho entusiasmo, apasionamiento, grandes compromisos ideológicos.

Entrelazado con los cambios antes mencionados, se pueden identificar otros aspectos importantes de naturaleza emocional y social. La consolidación de la identidad implica hacer importantes elecciones en cuanto al estilo de vida, los valores, los roles sociales a asumir, las relaciones interpersonales, incluyendo la sexualidad. El adolescente pasa entonces por fases de incertidumbre y de ines-

tabilidad emocional, oscilando sin razones claras entre un estado y su opuesto. Progresivamente va conquistando su independencia emocional y estableciendo su auto concepto (la idea global de un sentido del yo que incluye, entre otras cosas, la imagen corporal y la autoestima), el cual subyace a todas las conductas. Sus crecientes capacidades para percibirse a si-mismo desde el punto de vista de los demás influyen en las relaciones interpersonales.

En cuanto a la salud adolescente, Coleman estableció que los temas que interesan a los adolescentes distan en gran parte de las preocupaciones de los adultos. Los adultos piensan esencialmente en términos de drogas, conductas sexuales, delincuencia. Dependiendo de la fase que están cursando, los adolescentes se preocupan más por su apariencia física, la aceptación por los demás, la afirmación de su auto concepto, la salud mental o emocional (problemas de violencia de todo tipo, sentimientos depresivos, dieta, automutilación, suicidio, etc.), la vivencia de la sexualidad, etc. Se enfocan más en el presente que a largo plazo.

Si bien muchos adolescentes transitan por la adolescencia sin mayores dificultades, algunos se encuentran rebasados por los retos que encuentran en su camino. Esta condición puede llevarles a conductas destructivas. Sin embargo, hay que reconocer la normalidad de un fuerte atractivo para los comportamientos de asunción de riesgos, los cuales, según Hendry y Kloep (citado por Coleman y Hendry, 2003) tienen tres tipos de explicaciones. Pueden corresponder a la búsqueda de emociones que ponen a prueba los límites de las propias capacidades. Por otra parte, pueden ser controlados por la audiencia (para ser aceptados, establecer una posición social, impresionar o provocar a los adultos como medio de afirmar su independencia). En estos dos primeros casos, observa-

mos que la conducta se realiza precisamente a causa del riesgo que conlleva; tiene un valor simbólico, es decir expresa un deseo de conseguir algo significativo. Estas consideraciones nos dan a entender que la asunción de riesgo en la adolescencia puede tener un papel constructivo en cuanto a la identidad al permitir un aprendizaje a partir de la propia experiencia. Finalmente, la asunción de riesgo puede corresponder sencillamente a la incapacidad para ver las consecuencias a largo plazo o por privilegiar el placer a corto plazo. Consideramos pertinente agregar otra explicación ligada al sufrimiento psicológico de algunos adolescentes que recurren a conductas de riesgo para intentar sentirse vivo u olvidarse de emociones muy dolorosas.

Como último parte, señalamos el deseo de los adolescentes de experimentar las promesas y las negativas que perciben en una sociedad llena de mensajes contrapuestos y de permisividad.

Conclusiones

La adolescencia es indubitablemente un periodo crítico que incluye dificultades pero también oportunidades de autorrealización sana. La mayoría de los adolescentes cuentan con recursos personales y con un ambiente adecuados para ajustarse satisfactoriamente; sin embargo muchos se encuentran rebasados y es cuando su salud, tanto física cuando mental, se encuentra verdaderamente en riesgo.

Los elementos revisados son solo una parte de los conocimientos que pueden ayudar a una mejor comprensión del comportamiento de los adolescentes a favor de intervenciones más acertadas. Tienen muchas implicaciones prácticas que a menudo no valoran plenamente los promotores de la salud al centrarse principalmente en sus propias preocupaciones para la salud. Es impor-

tante reconocer los procesos psicológicos que subyacen a las conductas para lograr un mayor respeto tanto de las limitaciones como de las fortalezas de los adolescentes, dependiendo del momento en el cual se encuentran y de sus características personales, así como de sus intereses y necesidades.

Bibliografía

1. Coleman, J.C. y Hendry, L.B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Morata.
2. Coleman, J.C., Hendry, L.B. y Kloep, M. (2008). *Adolescencia y salud. Manual Moderno*.
3. Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38,1025.1834.
4. Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo de España (1998). *Promoción de la salud, Glosario*.
5. Stern, C (coordinador) .(2008) . *Adolescentes en México: Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. México: El Colegio de México, 2008.

Campaña de consumo de alcohol en la prevención de accidentes: Mercadotecnia Social

Mario Pedrero Sibilla, Cecilia García Muñoz Aparicio, María del Carmen Navarrete Torres¹

¹División Académica de Ciencias Económico Administrativo. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

Resumen

En la sociedad mexicana y en muchas otras sociedades, el abuso del alcohol es una actitud que no está socialmente castigada, por el contrario es una actitud que tiene aceptación social ya que se tiene la percepción de que es un facilitador social, que beneficia y mejora las relaciones sociales. Este estudio es una investigación de tipo cuantitativa, con fuentes secundarias a través de la elaboración de un cuestionario diseñado de acuerdo a las necesidades específicas requeridas para el desarrollo del plan de mercadotecnia, en población de 96 alumnos en dos de las principales universidades en la ciudad de Villahermosa.

Introducción

El problema del abuso en el consumo de alcohol enfrenta a la sociedad a otro problema dentro de la misma: los conductores que manejan en estado de ebriedad, estos causan numerosos accidentes y en el caso de la ciudad de Villahermosa, Tabasco, la frecuencia

en la incidencia de dichos accidentes ha aumentado de manera preocupante en los últimos años.

Según Fuentes (2014), la Organización Mundial de la Salud [OMS] afirma que 3.3 millones de personas mueren cada año a consecuencia del abuso en el consumo del alcohol. Pese a ello, entre 2003 y 2010 la ingesta de alcohol entre la población mexicana se incrementó de 5.1 a 5.5 litros de líquido puro por persona, al año y la prevalencia de trastornos por su ingesta (incluyendo la dependencia que éste genera y su uso nocivo) aumentó a 5.2% en la población masculina y 0.50% en la población femenina.

En relación al consumo de alcohol (El Universal, 2014), el primer lugar en América Latina lo tiene Chile, donde existe un consumo anual per cápita de 9,6 litros de alcohol puro. El segundo es Argentina, con un total de 9,3 litros per cápita por año. La tercera posición la ocupa Venezuela, con 8,9 litros de alcohol puro per cápita, y los siguientes en la lista son, por orden jerárquico: Paraguay (8,8 litros) ; Brasil (8,7litros) ; Perú (8,1litros) ; Panamá (8litros) ; Uruguay (7,6litros) ; Ecuador (7,2litros) ; México (7,2litros) ; República Dominicana (6,9litros) ; Colombia (6,2litros) ; Bolivia (5,9litros) ; Costa Rica (5,4litros) ; Cuba (5,2litros) ; Nicaragua (5litros) ; Honduras (4litros) ; Guatemala (3,8litros) ; El Salvador (3,2litros), ocupando México el décimo lugar en consumo de alcohol.

Una bebida alcohólica estándar según la Secretaría de Salud (2012) contiene entre 12 y 15 gramos de alcohol, mientras que la OMS señala que un excesivo consumo de alcohol es cuando una mujer ingiere más de 40 gramos y los hombres más de 60 gramos, y después de estas cantidades de consumo ya se considera un problema de salud; también hay que recalcar que el consumo episódi-

co de más de 60 g de alcohol también produce daños a la salud, debido a que el exceso de alcohol es uno de los principales factores de morbilidad, discapacidad y mortalidad, un agente causante de más de 200 enfermedades, provocando a nivel mundial aproximadamente 303 millones de muertes al año en el mundo.

La Encuesta Nacional de Adicciones (Secretaría de Salud, 2011) afirma que la ingestión excesiva de alcohol en México, es un problema considerado como grave. En un patrón de consumo, se observaron variaciones del año 2002 al 2011 ya que el consumo diario disminuyó (1.4% a .8%), el índice de bebedores consuetudinarios fue similar (5.6% a 5.4%) y el porcentaje de dependencia se incrementó significativamente (4.1% a 6.2%). Mientras que el índice de consumidores altos se mantuvo estable entre 2008 y 2011 (32.0% y 32.8%); por sexo, las tendencias son muy similares ya que de 2002 a 2011, la dependencia aumentó en los hombres (8.3% a 10.8%) y en las mujeres se triplicó (0.6% a 1.8%), el consumo consuetudinario en ellos se mantuvo estable (9.7% y 9.6%) y en las mujeres disminuyó (2.3% a 1.4%), mientras que el consumo diario también se redujo. En relación al consumo alto, se observó que de 2008 a 2011 en los hombres aumentó (45% a 47.2%), mientras que en las mujeres se mantuvo igual: de un 19.9% y 19.3%.

La ciudad de Villahermosa, ha sufrido un crecimiento demográfico principalmente en el sector de la población joven que acude a esta ciudad a realizar estudios universitarios, siendo gran número de jóvenes de los municipios del estado y de los estados aledaños a Tabasco, esta situación es originada principalmente porque Villahermosa está considerada como un punto importante de concentración de diversas universidades de prestigio.

Al incrementarse la población joven se crea un excelente mercado para el surgimiento de discotecas y otros centros de esparcimiento nocturno como son los bares, cuyo atractivo principal es la música y la comercialización de bebidas alcohólicas, los cuales se localizan principalmente en el periférico de Villahermosa y zona aledaña a la misma, como también en los restaurantes y bares en el centro de la ciudad. En estos lugares algunas personas se exceden en la ingestión de alcohol y más tarde al regresar a su casa corren el peligro de no llegar.

Mercadotecnia Social

La Mercadotecnia social de acuerdo con Stanton, Etzel, y Walker, Bruce (2007) se realiza cuando la responsabilidad social de una empresa es compatible con el concepto de marketing. Esta compatibilidad depende de: que tan ampliamente percibe una empresa sus metas de marketing y lo dispuesta que está a invertir para lograrlas. Una organización que extiende las dimensiones de amplitud y compromiso de sus metas de marketing lo suficiente para cumplir su responsabilidad social, pone en práctica lo que se conoce como el concepto de marketing social.

Para Fisher y Espejo (2014), la mercadotecnia social es una forma de pensar o una filosofía de dirección que repercute no sólo en las actividades de mercadotecnia sino que también en todos los elementos y departamentos de una empresa, eso hace que sea importante la importancia de la mercadotecnia social.

Según Engle y Snellgrove (1991), la sociedad determina los parámetros de las actitudes y comportamientos por parte del individuo, socialmente aceptados o rechazados en su caso. El desarrollo social implica a actuar o convivir dentro de una sociedad, ya que el desarrollo del individuo social realiza a través del aprendizaje de

hábitos culturales y costumbres. Otro determinante de acuerdo con Engle y Snellgrove (1991, p.135) son las actitudes y los comportamientos y la personalidad, la cual se determina de acuerdo al hogar en el que se cría el individuo, el grupo social en el que se relaciona, y por la sociedad en la cual se desarrolla. Estos autores comentan que el alcohol es una sustancia psico-activa que puede producir la falsa sensación de bienestar y eficiencia, pero en realidad es un deprimente y no un estimulante.

Kottler (1972) define a la cultura como un sistema en el cual se incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, las leyes, las costumbres y otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad.

Este estudio abarca únicamente la etapa de planeación del modelo para la creación de un plan de Mercadotecnia Social planteado por Weinreich (1999), que corresponde a: entender a la perfección el problema que se quiere corregir, el mercado meta, la cultura y el ambiente en el que se desenvolverá el plan de Mercadotecnia. Dicho autor señala la necesidad de establecer los puntos clave de decisión sobre los cuales debemos trabajar, de acuerdo al problema.

Objetivo

Elaborar una propuesta de mercadotecnia social para apoyar las campañas de prevención de accidentes, mediante la generación de estrategias para disminuir los accidentes automovilísticos, provocados por el consumo del alcohol y proponer alternativas de solución.

Método

Es una investigación de tipo cuantitativo, diseñada de acuerdo a las necesidades específicas de información requerida para el desarrollo del plan de mercadotecnia, con fuentes secundarias a través de la elaboración de un cuestionario que se llevó a cabo a una población de 96 alumnos.

Para obtener los elementos de la muestra se realizó en forma proporcional para cada Universidad correspondiendo a la UJAT-DACEA, 75 Alumnos y para la Universidad Olmeca 21 Alumnos, tal como se aprecia en la tabla 1, llevando a cabo un muestreo estratificado:

Tabla 1. Población estudiada.

Universidad	Población	%	Muestra "n"
DACEA-UJAT	1711	78.56	75
OLMECA	467	21.44	21
TOTAL	2178	100	96

El cuestionario presenta bloques relacionados a la medición de Conducta, Creencias y Conciencia y percepción del problema a través de una escala de Likert en donde se pueden observar actitudes y creencias así como comportamiento.

Resultados

Algunos de sus resultados fueron los siguientes: se encontró que un 66% de los encuestados afirman firmemente que evitan conducir en estado de ebriedad, mientras que un 3% indica que han conducido en estado de ebriedad, quizá no en todas las ocasiones, pero si llevan a cabo la conducta, ya que es una actitud común para ellos. El 54% tienen la idea firme de evitar subirse al coche en caso de que el conductor se encuentre en estado de ebriedad, mientras que al 42% no le importa. El 69% de los encuestados consideran firmemente que se exponen a un riesgo grave si manejan bajo el influjo del alcohol, mientras que a un 4% no tiene concien-

cia del riesgo al que se enfrentan cuando manejan bajo el influjo del alcohol.

Un 44% de los encuestados consideran que no les impactan las campañas publicitarias para evitar que los conductores manejen ebrios.

Conclusiones

Una manera en la que los encuestados pretenden evitar el problema de los conductores ebrios, se relaciona con evitar tomar y manejar, pero de igual forma existe dentro de esta afirmación un juicio moral que les impide aceptar que por un lado opinan una cosa, la que dictamina la conciencia; pero al momento de realizar la acción, toman y manejan. Por lo tanto es importante crear la conciencia de que realmente al momento de la acción no aplican lo que el juicio moral que se encuentra posicionado en su mente les indica como correcto.

Los encuestados aceptan que es difícil que alguien acceda a tomar la responsabilidad de conducir sobrios, lo cual demuestra que en realidad se vive en una cultura de conductores ebrios y que a dicha actitud es totalmente contraria a lo que los encuestados señalan en cuanto a que la opción que les resultaría más cómoda para evitar conducir en estado de ebriedad, sería que si van a manejar entonces no toman.

No existe una cultura enfocada a evitar que la gente salga de estos lugares a conducir en estado de ebriedad. Tomar un taxi en estado de ebriedades una idea que no les agrada porque lo consideran peligroso.

Propuestas

Como primer punto y el más importante es la propuesta de creación de campañas y programas enfocados a la educación de

los niños promoviendo una “cultura del cambio”. Esto es la formación de una cultura de responsabilidad con la cual se debe de promover la educación de los niños, es decir, ir planificando el desarrollo de la sociedad, estableciendo soluciones proactivas, y que dicha campaña sea tanto en la escuela como en el hogar desde pequeños, para que conforme vayan creciendo, no requieran invertir recursos en problemas como el de los conductores ebrios; porque desde un principio dichos problemas no tuvieron oportunidad de crearse.

Se propone la creación de una campaña publicitaria que proyecte una imagen cruda y agresiva con un incremento en las multas y sanciones por parte del gobierno. Se recomienda que se realice a través de una campaña de publicidad masiva, para la cual se tendría que nombrar una comisión encargada de las Relaciones Públicas por parte de la Policía Estatal de Caminos del Estado de Tabasco, ya que la tendencia de las personas que consumen bebidas alcohólicas es influir directamente a aquellas que las acompañan, para que beban de igual forma.

Bibliografía

1. Engle, T.L. y Snellgrove, L. (1999). Psicología Principios y aplicaciones. (8 ed.) Mexico: Publicaciones Culturales.
2. El Universal (2014). México, décimo lugar en consumo de alcohol en AL: OMS. Recuperado: <http://www.eluniversal.com.mx/sociedad/2014/alcohol-consumo-al-oms-1009771.html>
3. Fisher, L. y Espejo, J. (2014) Mercadotecnia. 4ta. Edición. McGraw-Hill.
4. Fuentes, M.L. (2014). México social: Alcoholismo un peligro creciente. Excelsior en línea. Recuperado: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/07/01/968321>
5. Kottler, P. (1972). Marketing management, analisis, planning and control. (2ª. ed.) USA.: Prentice Hall.
6. Secretaría de Salud (2011). Encuesta Nacional de Adicciones 2011 Alcohol. Recuperado: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf
7. Stanton, W. J., Etzel, M. J., y Walker, B. J. (2007). Fundamentos de Marketing. McGraw-Hill.

8. Weinreich, N.K. (1999). Hands-on social marketing: A Step-by-Step Guide. Ed. SAGE.

Diabetes mellitus en sujetos adultos que viven en Macuspana, Tabasco, México ¿área de oportunidad para promoción de la salud?

Keyvin González Zacarías, Hidemi Aguilar Mariscal, Teresa Ramón Frías, Jorge Luis Blé Castillo¹

¹División Académica de Ciencias de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción. Se calcula que en el mundo existen más de 200 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030. De conformidad con la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), en México, la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más fue de 9.2% y en Tabasco de 9.4%. Por lo anterior, en este trabajo se estudiaron las características clínico-patológicas de pacientes diabéticos adultos de una comunidad de Tabasco como un punto de oportunidad para realizar promoción de la salud. **Objetivo.** Determinar el estado clínico de pacientes diabéticos, adultos, ambulatorios residentes en el Municipio de Macuspana, Tabasco, México. **Método.** Se evaluaron 36 pacientes diabéticos. Se obtuvo información demográfica y parámetros clínicos y antropométricos. Se clasificó a los pacientes en normopeso, sobrepeso y obesidad, así como en normotensos e hipertensos y se aplicó los criterios de la IDF para síndrome metabólico. Los datos fueron analizados mediante el SAS v.11 considerando como significativa una $p < 0.05$. **Resultados.** La edad promedio fue de 51 ± 13.4 años, el 50% correspondió al sexo femenino y el 50% al sexo masculino. El 67% presentó sobrepeso y obesidad y el 75% obesidad central. El 94.4% presentó antecedentes heredo-familiares de diabetes y el 50% de HTA. De acuerdo a los criterios de la IDF para síndrome metabólico, el 8% (tres pacientes) cumplió únicamente con el criterio de diabetes, el resto, el 92% cumplió con dos criterios más para síndrome metabólico. **Conclusiones.** La alta prevalencia de diabetes nacional se refleja en esta pequeña muestra de pacientes diabéticos residentes de Macuspana, y muestra la necesidad de llevar a cabo, de manera urgente, promoción de la salud.

Palabras clave: diabetes, adultos, promoción de la salud, Tabasco.

Introducción

La epidemia de la diabetes mellitus (DM) es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 200 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030 (Shaw et al 2010). En México, la DM ocupa el primer lugar en número de defunciones por año (NOM-015-SSA2-2010). De conformidad con la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más en Tabasco fue de 9.4%, mayor a la reportada en la ENSANUT 2006 (6.2%). En comparación con los resultados nacionales (9.2%) la prevalencia en Tabasco se ubicó arriba de la media nacional.

Al igual que otros países, México enfrenta problemas diversos que limitan la eficacia de los programas institucionales para la contención de esta enfermedad. Destacan por su importancia el insuficiente abasto de medicamentos, equipo inadecuado y obsoleto en las unidades de salud, la inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, deficiencias en el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, limitaciones de los servicios de apoyo psicológico, nutricional, nula promoción de actividad física, automonitoreo y escasa supervisión de los servicios para alcanzar la adherencia terapéutica. También, el descontrol metabólico y las consecuentes complicaciones se agravan cuando en los servicios de salud no se realiza una eficiente y oportuna detección y seguimiento de grupos con factores de riesgo, aunado a que en la población

hay una percepción inadecuada y desconocimiento del riesgo para desarrollar diabetes. Lo anterior da lugar a que no se realice un diagnóstico oportuno y a que no se dé la pronta incorporación de los pacientes detectados al tratamiento. Por lo anterior, en este trabajo se estudian las características clínico-patológicas de pacientes diabéticos adultos de una comunidad de Tabasco como un punto de oportunidad para realizar promoción de la salud.

Objetivo

Determinar el estado clínico de pacientes diabéticos, adultos, ambulatorios residentes en el Municipio de Macuspana, Tabasco.

Método

Sujetos. Durante el periodo comprendido de enero a marzo de 2015, de manera prospectiva, se evaluó a todos los sujetos con diagnóstico médico previo de diabetes que acudieron al servicio de urgencia en el hospital de segundo nivel de la ciudad de Macuspana, Tabasco, México. Previa aprobación por el Comité de Ética de la Institución, los sujetos dieron su consentimiento informado para participar en el estudio, se procedió a tomar las mediciones antropométricas, adicionalmente, se completó un cuestionario diseñado para el caso, en el cual se recabo información demográfica (edad y género), antropométrica (peso, estatura, circunferencia de la cintura y de la cadera), clínica (tensión arterial sistólica TAS, tensión arterial diastólica TAD y glucemia capilar) y antecedentes heredofamiliares (AHF) de diabetes e hipertensión arterial. Se excluyeron pacientes embarazadas. Se calculó el índice de masa corporal (IMC), el Índice de Adiposidad Corporal (IAC), el índice cintura-cadera (ICC) y se clasificó a los sujetos en normopeso, sobrepeso y obesidad. Adicionalmente, de acuerdo al

nivel de presión arterial (NOM-030) se categorizó a los sujetos en normo-tensos e hipertensos (grado 1, grado 2 y grado 3).

Análisis estadístico. Las variables categóricas se presentan en distribución por porcentajes. La diferencia entre medias entre sexos se analizó mediante prueba de t-Student. Se aplicó un nivel de significancia de 5%. Se usó el software SAS versión 12

Resultados

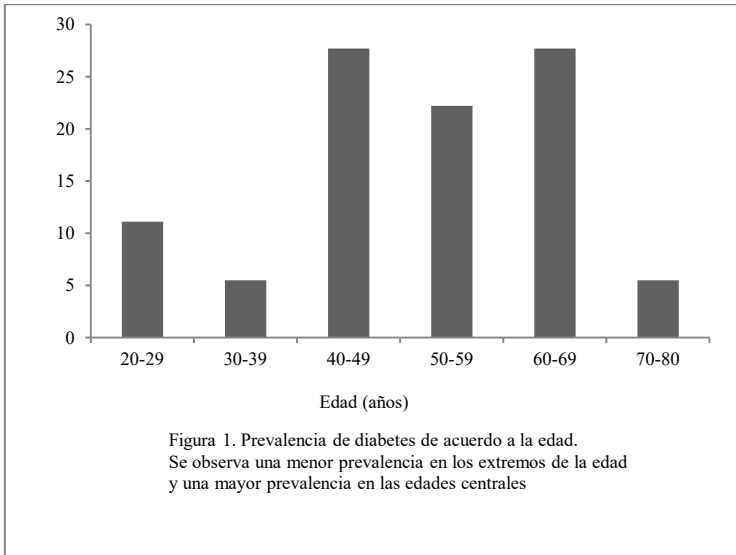
Características generales. Se evaluaron a 36 sujetos diabéticos, 18 (50%) mujeres y 18 (50%) hombres con una edad promedio de 51 (23-77) años (Cuadro 1).

Cuadro 1. Características clínicas de los pacientes diabéticos

Variable	Total	Hombres	Mujeres
Edad(años)	51±13.4	49.2±16.1	52.9±10.3
Peso (kg)	78.8±22	82.6±21	75±22.8
Estatura (m)	1.6±0.1	1.6±0.08	1.5±0.09*
IMC	29.2±7	28.7±6.5	29.6±7.7
Circunferencia de la cintura (cm)	97.2±12.8	97±13.2	97.4±12.7
Circunferencia de la cadera (cm)	98.5±15.5	94.5±15.3	102.5±15
Índice cintura-cadera (ICC)	0.9±0.09	1.0±0.05	0.9±0.1*
Índice de Adiposidad Corporal (IAC)	29.2±8.3	24.8±6.6	32.3±5.7
Tensión arterial sistólica (TAS, mm Hg)	130±21.6	127.2±14.8	132.7±26.9
Tensión arterial diastólica (TAD, mm Hg)	79.4±9.8	79.4±8	79.4±11.6
Glucosa (mg/dl)	215.9±96	202.8±75.3	229±113.8

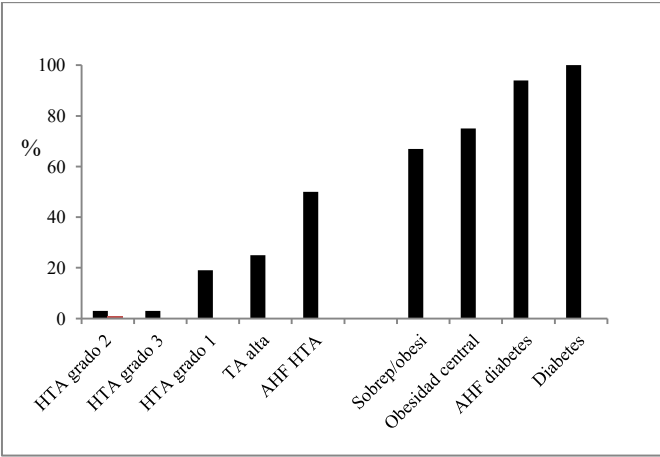
*p<0.05

La prevalencia de diabetes de acuerdo con la edad mostró un porcentaje mayor en las edades centrales del grupo de estudio y una prevalencia menor en los extremos de la edad (Figura 1)



Cuando se compararon ambos géneros (Cuadro 1), en la composición corporal tuvieron el mismo peso ($p>0.05$), pero los hombres tuvieron mayor estatura ($p<0.05$), sin embargo, no hubo diferencia significativa en el IMC y la circunferencia de la cintura ($p>0.5$). El 67% presentó sobrepeso y obesidad y un 75% circunferencia de la cintura mayor que el valor de referencia (NOM-015). Con respecto a la circunferencia de la cadera, aunque hubo diferencia numérica no existió diferencia estadística, pero esta diferencia numérica sí repercutió en el ICC encontrando una diferencia significativa entre ambos géneros ($p<0.05$). La estimación del IAC, mostró un alto porcentaje de hombres y de mujeres en sobrepeso y obesidad (66%). El nivel de glicemia encontrado ($215 \pm 96\text{mg/dl}$) confirmó el diagnóstico médico previo de diabetes, no encontrando diferencia por género ($p>0.05$). El 83% de los varones presentaba diabetes tipo 2 y el resto, el 17% diabetes tipo 1. Todas las mujeres refirieron diabetes tipo 2. De acuerdo con los antecedentes patológicos personales reportados por el

sujeto y con los resultados del estudio, el 25% presento hipertensión (19.4% grado 1 y 2.7 % grado 2 y el mismo porcentaje para el grado 3), el desglose de los valores de hipertensión arterial mostró que el 33% presentó una TAS > 130 mm Hg, el 22% una TAD > 85 mm Hg y un porcentaje similar, es decir, el 22 % ambas alteraciones de la TAS y TAD. Lo anterior pone de relieve los criterios de la IDF para diagnóstico de síndrome metabólico dando como resultado lo siguiente: 27 pacientes (75%) cumplen con el criterio de DM y obesidad (OB), 10 pacientes (27.7%) cumplen con los dos criterios anteriores más TAS > 130 mm Hg, un porcentaje menor (16.6%) se encontraron con DM, OB y una TAD > 85 mm Hg. Finalmente, el 50% de los pacientes refirió tener antecedentes heredofamiliares de hipertensión y el 95% AHF de diabetes (Gráfica2).



Gráfica 2. Trastornos identificados en el grupo de pacientes diabéticos. Se observa un menor porcentaje (2.7%) para HTA grado 2 y 3, y un alto porcentaje (94.4%) de pacientes con AHF de diabetes. Todos los pacientes tienen diagnóstico médico previo de diabetes

Conclusiones

- 1.- Se estudiaron 36 pacientes diabéticos, con un rango de edad entre 23 y 77 años, el 78% oscilo en edades de 40-69 años.
- 2.- El 67% presento sobrepeso y obesidad y el 75% obesidad central
- 3.- El 94.4% presento AHF de diabetes y el 50% de HTA
- 4.- De acuerdo a los criterios de la IDF para síndrome metabólico, el 8% (3 pacientes) cumplió con el criterio de diabetes, el resto, 92% cumplió al menos con dos criterios más para síndrome metabólico
- 5.- La diabetes mellitus en un grupo de sujetos residentes de Macuspana, Tabasco es un punto de oportunidad para realizar promoción de la salud

Bibliografía

1. Castro-Sansores CJ, Hernández-Escalante V, Arjona-Villicaña R. (2011). Prevalencia de Síndrome Metabólico en sujetos adultos que viven en Mérida, Yucatán, México. *RevBiomed* 22: 49-58
2. ENSANUT (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Documento consultado en internet, el 6 de enero del 2015, localizado en www.ensanut.insp.mx/informes/Tabasco-OCT.pdf
3. IDF. International Diabetes Federation (2006). El síndrome metabólico. *Diabetes Voice*, Vol. 51, Número Especial. Documento consultado en internet, el 8 de abril del 2015, localizado en https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/issue_43_es.pdf
4. NOM-015-SSA2-2010. Norma Oficial Mexicana, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Documento consultado en internet, el 21 de marzo del 2015, localizado en www.dof.mx
5. NOM-030-SSA2-2009. Norma Oficial Mexicana, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. Documento consultado en internet, el 22 de marzo de 2015, localizado en www.dof.mx
6. Shaw J, Sicree R, Zimmet P. (2010). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes CareClinPract* 87(1): 4-14

Análisis del componente marketing mix del programa Chécate, Mídete, Muévete en comunidades de Tenosique, Tabasco, México

Cynthia Selene Ramón Bautista, Juan Antonio Córdova Hernández Heriberto Romeo Priego Álvarez¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: El programa Chécate, Mídete, Muévete, se implementó en México, como parte de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes; para determinar su continuidad y mejoramiento, es conveniente el análisis del marketing social. **Objetivo:** Analizar el componente marketing mix del Programa “Chécate, Mídete, Muévete” en comunidades de Tenosique, Tabasco, México. **Método:** Diseño mixto, dividido en dos fases: 1) Análisis Documental y 2) Trabajo de campo (listas de cotejo, guías de observación, cuestionario y grupos focales). **Resultados:** En relación a “plaza” (unidades médicas) 67% presentó deficiencias en infraestructura y 33% en equipamiento. El 65% de las enfermeras y promotores desconocían el programa CMM; 69% de los médicos mostró conocimiento del programa. Respecto a “promoción” 73% de usuarios reconoció la imagen publicitaria del programa, ésta fue entendible para 33% de los encuestados, al 46% le resulto atractiva, 57% identificó el significado de cada dibujo y 43% dijo sentirse motivado a realizar las acciones sugeridas. El canal de difusión de mayor impacto fue la televisión (34%). En relación al “producto” esperado del bloque “Chécate” 53% de los usuarios refirió acudir a chequeo médico; bloque “Mídete” 32% aseguró cuidar su alimentación, y del bloque “Muévete” 45% mencionó no practicar actividad física. El grupo focal reveló existencia de motivación para el autocuidado en salud para prevenir enfermedades asociadas a la obesidad. El principal cambio que la población pretende hacer para mejorar su salud es alimentación balanceada, pero poca inclusión de actividades físicas en su rutina diaria. **Conclusiones:** La imagen publicitaria de la campaña CMM reúne características correctas de difusión y transmisión del mensaje, sin embargo, para lograr el impacto esperado es fundamental que las acciones de atención por el personal de salud de las unidades médicas sean permanentes y adecuadamente ejecutadas.

Palabras Clave: Mercadotecnia en Salud, Programas de prevención.

Introducción

La Promoción de la Salud es una función central de la Salud Pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar los padecimientos prevalentes en la población. Las acciones de Salud Pública enfocadas a la promoción de hábitos saludables, son fundamentadas mediante la ejecución de estrategias que pretenden lograr el bienestar de la población y la prevención de enfermeda-

des, para la consumación de éstas, una herramienta fundamental es la Mercadotecnia Social en Salud, la cual busca generar información motivadora y atractiva, orientada hacia los distintos grupos de la población; con el objetivo de promover hábitos para el beneficio de la salud individual y colectiva, particularmente en el mediano y largo plazo. 2La Promoción de la Salud vinculada con la Mercadotecnia Social en Salud hacen uso del marketing mix (Producto, Plaza, Promoción, Precio) para lograr el impacto de los programas preventivos y asegurar el cumplimiento de sus objetivos; y con ello promover la modificación de comportamientos con el fin de que las personas generen cambios positivos en su estilo de vida.2En los últimos 50 años, México ha sufrido un cambio significativo en las principales causas de muerte y discapacidad, actualmente la diabetes mellitus tipo II es la primer causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres, además el 70% de la población entre 30 y 60 años sufre de sobrepeso u obesidad1; estos problemas de salud pueden ser evitables, mediante estrategias específicas de Promoción de la Salud, lo que nos hace reflexionar que para lograrlo es fundamental saber cómo hacerlo.

A nivel nacional, en 2013, la SSA implementó dentro de la Estrategia para la Prevención y Control del Sobrepeso, la obesidad y Diabetes el Programa “Chécate, Mídete, Muévete” (CMM), cuyos objetivos son promover acciones para el desarrollo de aptitudes personales para la salud (promoción de alimentación correcta), acciones comunitarias (actividades en espacios públicos), y la detección temprana de factores de riesgo de enfermedades, mediante un sistema de monitoreo que proporcione información sanitaria y atención médica eficaz.

Sin embargo, la adopción de dichas estrategias en nuestro medio parece no ser suficiente ante la prevalencia actual de enfermedades metabólicas, en Tabasco el 40.3% de adolescentes hombres y mujeres presentan sobrepeso u obesidad (ENSANUT, 2012), prevalencia superior a la reportada en el ámbito nacional equivalente al 35%. De igual manera los adultos tabasqueños de 20 a 69 años de edad muestran una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 83.5% en mujeres y 76.2% en hombres (ENSANUT, 2012). De la población total del Estado, el 43% reside en área rural (INEGI, 2010), uno de los municipios con mayor índice de rezago social (69.7%) es Tenosique, comprendido por 140 comunidades, de las cuales, el 50% (70) presentan un grado de marginación alto (CONEVAL, 2010). Los determinantes sociales de dichas poblaciones, principalmente la ubicación geográfica, condiciones de acceso, pobreza y rezago educativo, pueden generar carencias en las acciones preventivas y atención de salud oportuna, partiendo de eso, surgen las siguiente interrogantes: los habitantes de comunidades rurales altamente marginadas del municipio de Tenosique, Tabasco ¿tienen el conocimiento del programa “Chécate, Mídete, Muévete?”, ¿existen estrategias personalizadas para la implementación del programa en poblaciones rurales? **¿Es efectivo el componente mercadológico del Programa “Chécate, Mídete, Muévete” en comunidades del municipio de Tenosique, Tabasco, México?**

Para saberlo, es imprescindible el análisis del componente mercadológico del programa CMM, ya que esto nos permite conocer, según el momento en que se realice, el nivel de avance del programa, resultados y su nivel de impacto en la población, además de

comprobar la efectividad de las intervenciones para contar con la evidencia del cumplimiento de los objetivos planteados.

Objetivo general

Analizar el componente marketing mix del Programa “Chécate, Mídete, Muévete” en comunidades de Tenosique, Tabasco, México.

Objetivos específicos

- Cotejar la disponibilidad de la infraestructura y equipamiento necesario para la implementación del programa
- Verificar los procesos de atención y conocimiento del personal de Salud sobre el programa CMM
- Evaluar la influencia de la imagen publicitaria en la población a través del contacto previo y características del mensaje
- Identificar los medios de difusión con mayor impacto
- Analizar la percepción que tienen los destinatarios relacionadas con sus experiencias con el programa CMM.

Métodos

Se realizó una investigación de diseño mixto o multimodal fundamentada en el concepto de triangulación³. Para su realización el estudio se dividió en dos fases:

Fase 1: Análisis documental

(cuantitativo), con fines de orientación científica e informativa, se investigaron los productos del programa, diseño, indicadores de programa, marketing mix, población objetivo, mercado meta; para lo cual se utilizó un formato basado en la hoja de trabajo para la evaluación de una intervención de marketing social en salud del Manual de Mercadotecnia Social en Salud (SSA,2013)².

Fase 2: Trabajo de campo

- **Lista de cotejo:** para evaluar la infraestructura y equipamiento de la unidad, se aplicó una por cada unidad de estudio.

- **Estudio de sombra:** se efectuó observación distante del proceso de atención (Medico, Enfermera, Promotor) empleando como instrumento una guía de observaciones dirigidas.

- **Encuesta:** se evaluaron componentes del “Marketing Mix” (*producto, plaza y promoción*) desde la percepción del usuario; utilizando como instrumento recolector de datos, un cuestionario estructurado en tres apartados: 1) características sociodemográficas, 2) autocuidado en salud y 3) Mercadotecnia social en salud, evaluando tres componentes: promoción (canales de difusión, mensajes), producto y plaza valorados mediante una escala tipo Likert. Los informantes se seleccionaron mediante un muestreo por conglomerados donde la unidad de análisis considerada fue de dos informantes por vivienda con los parámetros de edad establecidos (20 a 69 años).

- **Grupos focales:** se diseñó una guía de discusión temática, estructurada en cuatro categorías de análisis en las cuales se implementaron dos tipos de preguntas: 1) preguntas detonantes (buscan iniciar la discusión) y 2) preguntas indagatorias o secuenciales (aquellas no consideradas inicialmente pero que por las características del comentario requirió de mayor profundización), Se realizaron tres grupos focales cada uno de ellos con 8 integrantes.

La investigación por ser de tipo mixto, se realizó en dos etapas: una cuantitativa y otra cualitativa, descritas en dos fases: para los datos cuantitativos se efectuó la captura de la información obtenida en el paquete estadístico Statistical Package from the Social Sciences (SPSS) versión 20, conformándose tres bases de datos (una para cada instrumento).

En los datos cualitativos (grupos focales) la codificación de los datos se basó en la *teoría fundamentada* a través de la identificación del contenido latente para separar y categorizar los patrones primarios de los mismos obtenidos mediante grupos focales. A falta de un programa informático de análisis de textos, se hicieron transcripciones de cada uno de los grupos focales, posteriormente se utilizó la técnica de *colorama* (remarcado de texto por categorías de análisis) para reconocer los diálogos acorde con las categorías previamente creadas. Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó la *TREC (Teoría Racional Emotiva Conductual)*, mediante la cual se determinaron las ideas, actitudes y conductas específicas relacionadas con cada una de las categorías a través de las cuales se generaron conclusiones.

Resultados

FASE 1: Análisis inicial del programa CMM: A través de este análisis se identificó como una fuerte amenaza la permanente agresión mercadológica que ejercen las empresas de alimentos y bebidas edulcorantes sobre la población general, que incentivan un mayor consumo, haciendo cada vez más difícil la factibilidad de cambio de estilo de vida saludable. Entre las fortalezas se constató que el programa CMM va dirigido a la población en general, impactando a un número creciente de personas mediante la transmisión de mensajes en medios masivos de difusión. El medio de promoción más empleado por la campaña es la televisión abierta, la cual se comprobó como una debilidad para un porcentaje importante de la población rural del área de Tenosique, ya que el 27% de los encuestados aseveró no conocer la imagen publicitaria, por no tener aparatos receptores en sus viviendas, o no contar con buena

recepción de señal de televisoras locales y nacionales por la zona geográfica donde residen.

FASE 2: Trabajo de campo

-Aspectos estructurales del programa CMM: En términos de **infraestructura**, todas las unidades cuentan con un área específica para colocación de material de promoción de la Salud. Llama la atención que durante la visita para recolección de los datos, ninguna de las unidades médicas contaba con carteles promocionales del programa CMM. Las unidades contaban con el **equipamiento** básico requerido para el desarrollo del programa CMM (báscula, glucómetro, tiras reactivas para glucosa, esfigmomanómetro, estetoscopio y cinta métrica); sin embargo, el estadímetro sólo se halló en el 67% de las unidades de Salud, lo que hace patente un déficit en el equipamiento requerido para el seguimiento y cumplimiento del programa CMM, ya que este es un equipo necesario para obtener el IMC y con ello brindar una notificación oportuna al usuario sobre los posibles hallazgos encontrados (sobrepeso-obesidad).

-Análisis del proceso de atención: A los profesionales de la salud observados (médicos, enfermeras y promotores) se les evaluó durante el proceso de consulta externa, a través de sus actitudes y manejo del programa CMM, para corroborar su grado de conocimiento sobre el programa, encontrando marcadas deficiencias y desconocimiento prevalentemente en el área de enfermería (69%) y promoción de la salud (65%); en contraste, el área médica (69% de los médicos observados) si mostró un conocimiento sobre el programa CMM, sin embargo no ejecutaron las acciones recomendadas por el programa CMM durante la atención de los usuarios.

- Características Sociodemográficas:El género con mayor representatividad fue el femenino con un 86%, mientras que el 14% restante fue el masculino. Respecto a la edad, para su análisis se agruparon en rangos, siendo el más prevalente el grupo de 32-43 años de edad con el 33% , el grupo de 44- 55 años alcanzó el 29%, mientras que el grupo de edad de 20-31 años se mostró representado en 20% y solamente el 18% correspondió al grupo de 56-69 años de edad. Según el nivel máximo de estudios, el 23% reportó ser analfabeta, la escolaridad primaria se registró en el 40% de los encuestados, la educación secundaria en un 28%, y un número menor contaba con estudios de preparatoria (5%) y licenciatura (1%). La mayoría de los usuarios encuestados (80%) mencionó que su ocupación principal labores del hogar esto aunado a la notoria representatividad del género femenino en la encuesta, mientras que el 10% de los usuarios refirió ser campesino, y solo el 9% ser empleado de alguna institución.

Para determinar el índice de masa corporal de cada individuo en estudio, se realizaron mediciones antropométricas al momento de la encuesta, para posteriormente realizar el cálculo correspondiente, obteniendo así, que el 31% de los usuarios encuestados poseía un IMC dentro de parámetros normales, el 41% se encontró en sobrepeso, el 21% en Obesidad Grado I, el 5% en obesidad grado II y el 2% de la población restante se ubicó en Obesidad grado III o Mórbida.

-Análisis del Componente Marketing Mix del Programa CMM:*(Promoción, Producto y Plaza)* Para evaluar el componente correspondiente a la **promoción** del programa CMM, se mostró la imagen publicitaria del programa durante la encuesta para valorar el contacto previo en las poblaciones de estudio, obteniendo que el

73% de los usuarios afirmó reconocer la imagen, mientras que el 27% refirió no haberla visto antes. El canal de difusión de mayor impacto en los usuarios fue la televisión con un 34%, seguido de los talleres comunitarios con un 33%, un 21% indicó haberla visto en carteles y rotafolios mostrados en la unidad de salud y el 12% restante menciona observarla previamente en periódicos y revistas. De igual manera, se inquirió la percepción que tienen los usuarios tras el contacto con la imagen del programa, la cual consta de tres dibujos que hacen énfasis a las acciones claves del programa: “Chécate, Mídete, Muévete”, con el afán de conocer si la imagen cuenta con las características requeridas para la transmisión efectiva del mensaje deseado, obteniendo así que el 33% de los encuestados mencionó que la imagen es entendible, al 46% les pareció atractiva, el 57% identificó lo que cada dibujo significa y el 43% dijo sentirse motivado para seguir los pasos que establece el programa para la prevención del sobrepeso, obesidad y diabetes mellitus tipo II. En relación al **producto** esperado como resultado de la correcta implementación del programa CMM, se investigó la frecuencia con la que los usuarios encuestados realizan las acciones promocionadas por el programa, en el bloque “**Chécate**” se obtuvo que el 61% de los usuarios acuden algunas veces a consulta médica, el 53% acude algunas veces a la unidad médica para realizar medidas antropométrica, solo al 46% de los usuarios que asisten a consulta algunas veces se le toma la tensión arterial y al 34% de igual manera se le oferta y realiza toma de glucemia capilar. En el bloque “**Mídete**” refiere algunas veces medir su perímetro abdominal, y el 32% aseguró siempre cuidar su alimentación, en el último bloque “**Muévete**” referente a la realización de actividad física el 45% afirmó que nunca practica ningún tipo de actividad

fuera de casa con una duración mayor de 20 minutos. El último componente del marketing mix a evaluar, es la *plaza* o ubicación física donde se promueve el programa CMM que en esta investigación son las unidades médicas, valorándose las acciones específicas que deben realizarse para lograr el cambio deseado, obteniendo los siguientes resultados, el 40% de los usuarios encuestados refirió que en la unidad de salud siempre le informan sobre sus medidas antropométricas, sin embargo el 45% afirmó que nunca le informan sobre su IMC, el 45% refirió que algunas veces le realizan toma de tensión arterial y glucemia capilar cuando acude a consulta. La mayor parte de los encuestados (60%) asisten a talleres comunitarios, en cuanto al seguimiento de recomendaciones alimentarias el 32% afirma siempre cumplir con una nutrición adecuada, el 32% mencionó que en la unidad de salud siempre le informan sobre beneficios de realizar actividad física periódicamente.

FASE 2: Análisis Cualitativo

-Identificación del programa por la población: La población identifica de manera favorable el propósito que tienen el programa de salud principalmente a través de la imagen publicitaria (visual) del programa CMM -mostrada ante los grupos focales realizados-, los beneficios que tiene para ellos y como pueden lograrlos.

-Reconocimiento del problema de salud: La percepción del sobrepeso y obesidad como problema de salud difiere entre los usuarios de las distintas comunidades. La población sólo encuentra diferencia entre el peso ideal y la obesidad, dando a entender que el sobrepeso no existe como problema de salud.

-Actitudes: Se observó que a mayor distancia que se encuentre la comunidad de la cabecera municipal y de los servicios de salud,

procuraran un mayor autocuidado en su persona, todo con el fin de evitar un problema de salud que también les signifique un gasto económico o de tiempo. Aunque los usuarios conozcan los beneficios del cuidado de su salud, se encontraron opiniones divididas, por una parte la motivación para continuar en el programa de salud y el autocuidado y por otra la decidía como principal desmotivador.

-Hábitos: Dentro de las distintas comunidades, la principal solución que mencionan los participantes para el cambio de hábitos, en pro de la mejora de su salud física, es la disminución o cambio en la ingesta de alimentos, combinado en menor grado con la inclusión de actividad física.

Conclusiones

Los hallazgos en este estudio confirman deficiencias en la ejecución del programa CMM en comunidades rurales y no así en la promoción masiva del mismo. Sin embargo, se observó que a mayor rezago social menor contacto con el programa. La desinformación de la población puede condicionar hábitos nocivos para la salud que suelen ser considerados adecuados y “normales” por ser socialmente aceptables. Por lo tanto se requiere implementar mejoras en las estrategias de penetración de mercado (alcanzar a todos) conforme los factores demográficos y socioeconómicos de la población objetivo, pero para lograr el impacto esperado por la Estrategia Nacional para la prevención del sobrepeso, obesidad y diabetes es fundamental que las acciones de atención por el personal de salud de las unidades médicas, consideradas dentro del CMM, sean permanentes y correctamente ejecutadas.

Bibliografía

1. Secretaría de Salud. Programa de Acción Especifico 2007-2012. Promoción de la Salud: Una Nueva Cultura 1ª Edición. México 2008
2. Secretaría de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Manual de Mercadotecnia Social en Salud 1ª Edición, México, 2010
3. Kotler P, Marketing Social: Estrategias para cambiar la conducta pública. [Internet] 2ª Edición. Madrid. Editorial Díaz de Santos. 1992.
4. Giraldo A, Toro MY, Macías AM, Valencia CA, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Rev Hacia la Promoción de la Salud, 15 (1): 128 – 143.
5. Priego Álvarez HR, Evaluación de la Calidad de la Atención Medica en Servicios de Urgencias a Pacientes por Accidentes de Transporte. Rev de Información científica y Cultural. Tabasco, 1995. 41 (4): 8-20 66
6. Abrahamson JH, Métodos de estudio en Medicina Comunitaria: Una introducción a los estudios epidemiológicos y de evaluación.. 2ª Edición. Madrid. Editorial Díaz de Santos, 1990.
7. De Salazar L., Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud. Guía de Evaluación Rápida. 1ª Edición. Colombia, Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, 2004.
8. Diez E, Evaluación de los programas de educación y promoción de la salud. RevEspSanidPenit
9. Suárez N. Mercadotecnia, comunicación y movilización social: ciencias sin fronteras en la promoción de la salud. Revista de Comunicación y Salud. 1(1): 101-112
10. Góngora LH, García L. Mercadotecnia social: Herramienta necesaria para la promoción de Salud. MEDISAN. 2014, 18(5): 684
11. Quintana AG, Santana LA, González CG. Mercadotecnia social para detectar el cáncer de mama: Su impacto clínico. RevMedInstMex Seguro Soc. 2013, 51(4):432-437.
12. Priego HR, Córdova JA, Lara ME. La mercadotecnia en el ejercicio profesional de la enfermería en Tabasco (México). Rev Pensamiento & Gestión. 2011, 30: 46-57.
13. Lara EC, Torres YC, Moreno M. Actitudes y hábitos ante la prevención. RevEnfermInstMex Seguro Soc. 2012, 20 (1): 11-17.
14. Sarquis, A.B., Pizzinatto, N. K., Galeano, R., Pereira, M. F. Modelo de diagnóstico mercadológico en el sector de servicios. INVENIO 2012, 15 (29): 29-44.
15. OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Ginebra, Suiza. 2011
16. Gutiérrez JP, Rivera J, Shamah T, Villalpando S, Franco A, Cuevas L, Romero M, Hernández M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. [Internet] Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2012.

Comunicación en salud para la promoción de la salud desde una planeación estratégica

Janet García González¹

¹Universidad Autónoma de Nuevo León (México)

RESUMEN

Introducción: Tradicionalmente se vinculan las estrategias de comunicación a soluciones normativas, curativas, recetas o fórmulas pre-hechas para ser aplicadas en diferentes escenarios de la promoción de la salud. **Objetivo:** de esta propuesta es la aplicación de la comunicación en salud como proceso multidimensional y fluido que requiere considerar para el diseño estrategias sin desentenderse de los acoplamientos dinámicos y evolutivos de la realidad y los sujetos. **Método:** Se aplicando diversas metodologías como cualitativas, cuantitativas, mixtas y/o comparativas; acorde a las necesidades de aplicación de la estrategia en sus diferentes momentos como el diagnóstico, planeación, validación, monitoreo, y evaluación. **Conclusión:** Con ello se concluye que la comunicación estratégica se define como el arte de trazar, proyectar o dirigir un asunto u operaciones o como una serie de acciones encaminadas hacia un fin de bienestar, en este caso hacia promoción de la salud.

Palabras clave: Comunicación en salud, Promoción de la salud, estrategia.

Introducción

El problema de las acciones de comunicación que persiguen un objetivo social, o con fin de lucro, que se generan para instituciones de iniciativa pública o privada, es decir, en casi cualquier estrategia, se carece de una praxis metódica tanto para el diseño, como para su implementación y ni qué decir sobre la evaluación, que en un estado ideal se consideraría en todas las acciones, pero lamentablemente son pocas las que la practican. Si bien se relata como una situación problemática, también es un área de oportunidad para el comunicólogo, es decir, existe un gran nicho de aplicación de investigación en el área académica, gubernamental o institucional, donde se requiere de un abordaje metódico a muchas bases de datos ya existentes, o para evaluar y rescatar estrategias que pretenden ser de comunicación

Metodología

De acuerdo con Gómez et. al (2012), la metodología comunicativa de investigación, al orientarse hacia la transformación social, utiliza indistintamente técnicas de recogidas de datos cualitativas y cuantitativas.

A partir de todo lo anterior, se puede inducir al comunicólogo a indagar y promoverse en diversas áreas aplicando y seleccionando la metodología correcta para cada caso, sin embargo, en el presente artículo abordaremos las siguientes áreas, con su respectivo ejemplo: a) diagnóstico, b) planeación, c) validación, d) monitoreo, e) evaluación. Caso de evaluación: Programa “Salvando Vidas”.

Problemática

La evaluación en las campañas de salud, permiten una identificación de los elementos comunicativos que deben impulsarse, eliminarse o modificarse. Sin embargo, aunque un diagnóstico de este tipo puede mejorar los indicadores de salud, la realidad es que existe una escasa cultura de evaluación, entendida como una parte imprescindible de toda iniciativa que tiene que rendir cuentas ante la sociedad. Como consecuencia, hay una escasa implicación y una limitada formación de los profesionales, en un marco general de ausencia de pautas metodológicas y guías de buena práctica. (Nebot, 2007)

Teoría

La comunicación persuasiva indica que el cambio de actitud que se produce a través de la ruta central es más duradero, predice mejor la conducta y es más resistente a la persuasión contraria, que el cambio de actitud producido a través de la ruta periférica.

Al tratarse de un continuo, conforme la probabilidad de elaboración aumenta, el impacto de las señales periféricas sobre los juicios disminuye, y conforme disminuye la probabilidad de elaboración, aumenta el impacto de las señales periféricas.

Cualquier variable de las tradicionalmente consideradas en los estudios sobre persuasión puede influir en las actitudes a través de procesos diferentes, ubicándose en puntos distintos del continuo de probabilidad de elaboración.

Objetivo

Diagnóstico del proceso y comunicación persuasiva, así como de los efectos psicológicos de los mensajes del Programa “Salvando Vidas”.

Metodología

La evaluación de una campaña puede evaluarse desde dos tipos de investigaciones estandarizadas: el post-test cuantitativo, cuyo objeto es obtener una medida del cambio de comportamiento efectivo atribuible a una campaña; y el post-test cualitativo, cuyo objeto es determinar el grado de persuasión de una campaña de cara a la modificación de los comportamientos que se pretendían corregir (Seoane, 2002).

Para la investigación cualitativa se utilizó la técnica de grupos de discusión y para la cuantitativa se aplicó una encuesta. Ambos métodos se aplicaron a dos sujetos: a) aquellos que habían participado en el programa Salvando Vidas, b) público que no había sido expuesto al programa. Se compararon los resultados de ambos sujetos y de esta forma se pudo identificar los efectos de la comunicación persuasiva de la campaña.

Resultados

Una vez aplicadas ambas metodologías, fue posible analizar cada una y generar correlaciones de información, de donde se concluyeron los siguientes resultados (tabla 5):

Tabla 5. Resultados de comunicación persuasiva	
Actitudes adquiridas	Se vuelven preventivos respecto a manejar en estado de ebriedad.
	Su actitud con el cinturón de seguridad se vuelve preventiva.
	Se necesita refuerzo en la actitud de que los individuos inviten a todos los pasajeros a usar el cinturón de seguridad.
	Aumentar el programa de “Conductor designado”.
	Los individuos piensan que la causa de accidentes automovilísticos, es el alcohol (+40%), seguido por altas velocidades (-10%) y la imprudencia (+5%).
	Se tiene la percepción de que si se maneja alcoholizado se puede tener solo un accidente (+50%); pocos creen que la consecuencia sea la muerte (-10%).
Canal comunicativo	Es necesario reforzar que los pasajeros no permitan que el conductor maneje alcoholizado.
	La actividad que más gustó, fue el simulador de impacto de choque, seguido por los carritos antipedales y los lentes con efecto.
	La actividad que menos gustó, fue la del Alcohómetro.
	El video que más gustó, fue el que habló sobre alcohol y el de los efectos de las drogas.
Diagnóstico sobre la fuente	La frase que más repitieron en el taller, fue “No hay que manejar alcoholizado”
	La credibilidad de los instructores está por encima de los 90 ptos.
	Las actividades son divertidas y crean ambientes agradables (60 ptos).
	La campaña causó preocupación en más del 50% de los intervenidos.
Mensajes de la campaña	9 de cada 10 sujetos entienden que los accidentes automovilísticos se pueden prevenir.
	La información es clara (+90%).
	Hay tanta información que es difícil retener toda.
	Los mensajes parecen tener más influencia en el público femenino.
	Los hombres disfrutaron más las dinámicas que las mujeres.
Es necesario volver los mensajes más emotivos, apelando a las actitudes.	
Nota. Fuente: Elaboración propia.	

Discusión y conclusión

Algunas de las problemáticas encontradas en la implementación de campañas y/o actividades de comunicación/información, es que no se desarrollan estratégicamente, motivo por el cual el resultado es fortuito, mismo que en el momento de su sustentabilidad es débil, sin bases sólidas que solidifiquen estas acciones. O por el contrario, como ya se ha visto, se pueden encontrar diversas acciones ya implementadas en las cuales se puede intervenir desde la

comunicación, como ya se demostró con los ejemplos anteriormente explicados.

Dado que este tipo de proyectos se dan en contextos específicos, es importante que la “situación problemática” y la “situación deseada” sean diagnosticadas de tal manera que permitan en un primer momento una adecuada planificación y, posteriormente confirmar en qué medida el proyecto ha sido exitoso en relación con sus objetivos y sus grupos meta.

La metodología de investigación en comunicación estratégica es una exploración de la investigación comunicacional que se inscribe en el movimiento científico de la investigación en activa como espacio creativo siempre guiado por la situación que aborda la estrategia comunicacional y en la búsqueda de transformaciones deseables y posibles en situación (Massoni, 2013).

La implicación principal es la constitución, mediante la comunicación (entendida como producción social de sentido), de los investigadores en agentes sociales, capaces de influir en los sistemas y procesos más diversos en los que los sujetos sociales interactúan entre sí y con las estructuras culturales e institucionales (Fuentes, 2012).

Los resultados en el tema de la comunicación requieren la continuidad de estas actividades, la sistematización de resultados de impacto, y la replicación de esta experiencia exitosa en otros contextos similares.

Bibliografía

1. Fuentes Navarro, R. (2012). Investigación de la comunicación: referentes y condiciones internacionales de un diálogo transversal de saberes. *Signo y Pensamiento*, 29(57), 38-48.
2. Gómez, A., Molina, G. S., & Mardomingo, M. T. (2012). Contribuyendo a la transformación social a través de la metodología comunicativa de investigación. *Qualitative Research in Education*, 1(1), 36-57.
3. Massoni, S. (2013). Comunicación estratégica: matrices de datos en la investigación enactiva. *Revista ALAIC*, 10(18).

4. Nebot Manel (2007). Evaluación en salud pública: ¿todo vale?. Gac Sanit [revista en la Internet]. Abr [citado 2013 Nov 01]; 21(2):95-96.
5. Seoane Pascual L. (2002) Evaluación cualitativa de una campaña de promoción del uso del preservativo en la población adolescente y juvenil de la Comunidad de Madrid. Rev. Esp. Salud Pública, Madrid, v. 76, n. 5.

Prevención de Enfermedad Cardiovascular en Panamá. Avances de la Campaña de Marketing Social de APAMES

*Mireya de Moreno*¹

¹Asociación Panameña de Mercadotecnia en Salud (APAMES) (Panamá)

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares, como la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular, 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. La Asociación Panameña de Mercadotecnia en Salud (APAMES), con el apoyo de otras organizaciones, inició la primera campaña de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares aumentando la importancia de las mismas y buscando cambiar comportamientos y actitudes perjudiciales en nuestra sociedad. **Objetivo:** promoción del estilo de vida saludable para prevenir y controlar las enfermedades cardiovasculares para educar, concientizar, alertar, prevenir y controlar. **Método:** Se emplearon las herramientas de la mercadotecnia social estructurándose en etapas. En la primera etapa se ha trabajado con grupos organizados como el Club de Leones y asociaciones como IFARHU y en coalición con otras organizaciones no gubernamentales como COPACEC y gubernamentales como MINSA y apoyados en la educación a la comunidad. **Resultados:** se continuará la promoción de un Marketing social a nivel de todos los sectores involucrados en la Prevención de Obesidad y Enfermedad Cardiovascular y esperamos tener resultados a corto y mediano plazo en forma sostenible y obtener cambios en la población. **Conclusiones:** Se han identificado los limitantes y se han definido las proyecciones y acciones a ejecutar para las siguientes etapas, de manera tal que resulte posible lograr los objetivos previstos.

Palabras Clave: Marketing social, prevención de obesidad.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares, como la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular, 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 aumentan los costos de la salud pública y comprometen nuestro desarrollo, además la importancia que deben recibir las mismas no es la adecuada. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades no transmisibles, principalmente las enfermedades cardiovasculares han demostrado ser un factor importante en el aumento progresivo de los costos en salud, además el desarrollo de las naciones por el aumento alarmante de muertes en personas en edades productivas, debido a enfermedades que pudieron prevenirse o controlarse con medidas tan sencillas como un cambio en su estilo de vida, aumentando el ejercicio físico y manteniendo una dieta saludable.

La Asociación Panameña de Mercadotecnia en Salud (APAMES), con el apoyo de otras organizaciones, inició la primera campaña de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares aumentando la importancia de las mismas y buscando cambiar comportamientos y actitudes perjudiciales en nuestra sociedad, utilizando herramientas de marketing social.

Fue inaugurada el 29 de Septiembre 2014 conmemorando el día Mundial del Corazón.

Se implementó utilizando herramientas de marketing social.

Objetivo

El objetivo principal de nuestra campaña es la promoción del estilo de vida saludable para prevenir y controlar las enfermedades cardiovasculares.

- **Educar** a la población sobre los hábitos de vida saludables y el control de los factores de riesgo para reducir de forma significativa la incidencia de enfermedades cardiovasculares, tanto en personas sanas como en aquellas que ya padecen de enfermedad cardiovascular.

- **Concientizar** a la población a iniciar o mantener una cultura de prevención de las enfermedades cardiovasculares mediante el control de los principales factores de riesgo.
- **Alertar** a la población en riesgo de enfermedad cardiovascular y aquellos que ya la padecen, sobre las consecuencias a corto, mediano y largo plazo.
- **Prevenir** el desarrollo de enfermedad cardiovascular impulsando la práctica de hábitos saludable: ejercicio físico, alimentación saludable, no fumar y el consumo moderado de alcohol.
- **Controlar** las enfermedades cardiovasculares tratando de mejorar el apago al tratamiento y manteniendo un estilo de vida saludable.
- Fortalecer las estrategias de prevención de obesidad con un marketing responsable.

Se han diseñado actividades dándole participación a los diferentes sectores involucrados.

En Audiencia(s) meta: a quien(es) va dirigida y por qué?

En esta primera etapa hemos trabajado con grupos organizados como el Club de Leones y asociaciones como IFARHU. Además hemos hecho coalición con otras organizaciones no gubernamentales como COPACEC y gubernamentales como MINSA y hemos apoyado en la educación a la comunidad.

Acciones y tareas desarrolladas, mecanismos empleados para la participación, forma de evaluación

La Campaña de Prevención Cardiovascular en el aspecto de sensibilización o educación a la comunidad ha elaborado afiches que son enviados por las redes sociales a los colaboradores, al sitio de comunicación del leonismo nacional (Lionet) y por medios

impresos y televisivos con temáticas alusivas a la campaña y la prevención de Enfermedad Cardiovascular.

En la parte operativa trabajamos con el Club del Corazón el cual es una figura que tiene un procedimiento y flujo grama para realizar la actividad y que permitirá calcular el riesgo de enfermedad cardiovascular y referir para un seguimiento o control regular de modo que podamos evitar las complicaciones.

Hasta el momento tenemos dos clubes de leones que han realizado la actividad de club de corazón satisfactoriamente y también se ha llevado a empresas como IFARHU.

En cuanto al impacto de la Campaña en estos 4 meses se ha logrado captar en las actividades de Club del Corazón pacientes con factores de riesgo como hipertensión, diabetes, sobrepeso a los cuales se les ha orientado y referido oportunamente para un cambio de su estilo de vida.

El marketing de mensajes de promoción del Riesgo Cardiovascular ha sido continuo y sostenido en estos 4 meses a través de los afiches digitalizados permitiendo enviar mensajes puntuales que la población puede leer fácilmente contribuyendo a la prevención del sobrepeso y la obesidad, la diabetes, la Hipertensión..

Proyecciones a corto y mediano plazo:

- Campaña de Prevención de Enfermedad Cardiovascular en la mujer.
- Continuar la concientización en los impactos de sedentarismo (juegos electrónicos modernos, wii, ipad, etc)
- Motivar a la población a las caminatas para fortalecer la actividad física, fortalecer el proyecto de las ciclo vías en nuestro país y coordinar con los entes adecuados para el logro de ellas.

- Colaboración en los sectores públicos y privados para la ejecución de programas socialmente responsables (ejemplo para mayor construcción de aéreas recreativas al aire libre)
- Sensibilización y capacitación en los impactos de la comida chatarra (en escuelas, maternas y preescolares)
- Coordinación multidisciplinaria para la ejecución de políticas de prevención: educación, salud, sector privado, ONGs.
- Asesoría y colaboración en todas las políticas de prevención de obesidad.

Limitantes encontradas:

- Falta más divulgación en los medios masivos de comunicación como la televisión y la radio.
- Aspectos económicos.
- Dificultad en la alineación de todos los grupos para el logro de una cultura preventiva de obesidad desde la niñez hasta la población adulta.

Institución responsable: APAMES

Resultados: se continuará la promoción de un Marketing social a nivel de todos los sectores involucrados en la Prevención de Obesidad y Enfermedad Cardiovascular y esperamos tener resultados a corto y mediano plazo en forma sostenible y obtener cambios en la población.

Marketing socioambiental: o estudo de caso da participação popular em áreas de alta densidade de postes e linhas de Itatensão em Portugal

Juliana Araújo Alves¹, Paula Cristina Almeida Cadima Remoaldo¹, Lígia Maria Marques de Oliveira Torres Silva¹.

Resumo

O presente artigo centra-se na análise do marketing socioambiental, promovido por empresas do setor energético, bem como o papel da sociedade civil, por intermédio, dos movimentos populares de reivindicação, contra os postes e linhas de alta e muito alta tensão em áreas residenciais na União Europeia e, especificamente, em Portugal. O processo de urbanização crescente e o modo de vida urbano desenfreado acarretaram mudanças substanciais no tecido urbano, sobretudo, no que diz respeito ao avanço das linhas aéreas de energia elétrica. Desde a década de 1960, uma série de estudos foram desenvolvidos sobre os efeitos destas infraestruturas tecnológicas em áreas residenciais. Apesar do intenso debate ainda não existem resultados consensuais quanto à sua influência na saúde das populações. Não obstante, diversos organismos internacionais, tais como, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Comissão Internacional de Proteção Contra Radiação Não-Ionizante (ICNIRP), já estabeleceram parâmetros de precaução, a partir da fixação de valores de exposição, tanto em termos ocupacionais, quanto para a população. Neste sentido, objetiva-se com a presente comunicação analisar o papel do marketing socioambiental, a partir da participação popular, dos movimentos internacionais e nacionais contra a alta tensão, sobretudo em Portugal. A pesquisa centrou-se numa abordagem qualitativa de fontes secundárias de dois blogues e cinco jornais nacionais que apresentavam notícias sobre a constituição e as manifestações realizadas pelo Movimento Nacional Contra Linhas de Alta Tensão em Zonas Habitadas. Este Movimento teve a sua origem no Sul de Portugal e difundiu-se por todo o país recrutando indivíduos preocupados com a instalação das novas e das já existentes linhas aéreas de energia elétrica. O Movimento ganhou força a nível nacional com o apoio de partidos políticos. Também foi realizado trabalho de campo em junho de 2014.

Introdução

A emergência da questão ambiental

Após uma série de desastres ambientais que ocorreram no decurso da década de 1950, que não apenas agrediram o ambiente, mas, sobretudo, tiveram impactes significativos na saúde humana, o ambiente passou a estar no centro das atenções na agenda global. Em 1972, realizou-se a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano, em Estocolmo reforçando a discussão ambiental como uma responsabilidade de todos os países. A Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas criou, em 1983, a Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento

(CMMAD) conhecida, também, como Comissão Brundtland, que produziu o relatório *O Nosso Futuro Comum*.

Em 1992, com a realização, no Rio de Janeiro, da Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD), o ser humano passou a ser o centro das preocupações relacionadas com a discussão do desenvolvimento sustentável. Foi durante a Cimeira do Rio que prevaleceu o *princípio da precaução*, considerado nos estudos realizados pelas organizações internacionais acerca dos efeitos dos Campos Electromagnéticos (CEM) na saúde humana. Este princípio corresponde à proteção antecipada do meio ambiente, antecedendo o Princípio da Prevenção, pois requer a eliminação dos danos e perigos, por intermédio de ações realizadas previamente ao dano (Canotilho, 2007).

O ambiente incorpora um papel constante *na e para a* vida assumindo, também, o papel de gerador de doenças. Diagnosticar as doenças de tipologia ambiental ou ocupacional pode seguir os princípios fundamentais da *dose-resposta* ou da possibilidade biológica (Landrigan, 1997). No caso, das doenças geradas pela exposição à radiação eletromagnética ou ao ruído de baixa frequência, decorrentes dos postes e linhas de alta tensão há ainda um debate controverso e extenso sobre os seus efeitos. Um dos parâmetros de análise adotado à escala internacional assume que os casos de morbilidade e de mortalidade, na maior parte dos casos, não apresentam óbvia relação entre exposição e doença, dada a diversidade de fatores relacionais, a latência longa, a baixa incidência e, sobretudo, as causas e os efeitos múltiplos, o que torna o debate extenso, porém, pouco homogêneo (Fletcher *et al.*, 1996).

No cerne desta discussão ganha relevo o direito ao ambiente, como um direito humano fundamental, ou seja, conjugando a exis-

tência humana e a qualidade de vida. Neste sentido, o direito aos bens ambientais ultrapassa a dimensão do público e privado, compreendendo a dimensão dos bens de interesse público, para além da esfera público-privada (Santilli, 2010; Vulcanis, 2010). Dessa forma, após alguns países, tais como Portugal e outros países latino-americanos terem vivenciado regimes não democráticos e opressores, a sociedade civil emerge com um novo papel político e apropria-se de novas esferas de participação-atuação, desvinculando-se do papel de sujeito-sujeitante e incorporando o papel de sujeito-atuante.

Green Marketing ou Marketing Socioambiental

O marketing socioambiental incorpora a redução dos impactos sobre o ambiente satisfazendo as necessidades dos clientes e das empresas (Prakash, 2002; Peattie e Crane, 2005). O *Green Marketing* tem por principal objetivo satisfazer as necessidades humanas com um mínimo de impacto prejudicial sobre o ambiente (Polonsky, 1994), e pode-se acrescentar que deve ter um mínimo de impacto sobre a saúde humana. Este conceito possui um número elevado de designações, tais como: marketing verde, marketing ecológico e ecomarketing. Com a emergência da discussão ambiental e o apelo de conceitos ambientais, tais como os de sustentável e sustentabilidade, as empresas apropriaram-se deste discurso, com o intuito de se destacar no mercado. Para tal, envolveram-se em projetos sociais e ambientais. Essas instituições que se apropriaram do conceito de marketing socioambiental vendem a imagem de que os seus produtos causam menor ou nenhum dano ambiental (e por consequência menor ou nenhum dano à saúde humana) (Las Casas e Garcia, 2007; Nascimento *et al.*, 2008).

O posicionamento das instituições

Um conjunto alargado de instituições internacionais já se posicionou sobre os limites e valores de referência para o campo elétrico e magnético, abrangendo não apenas a exposição ocupacional, como a população em geral. A primeira preocupação acerca do tema tem como marco inicial o grupo de trabalho formado pela *International Radiation Protection Association (IRPA)* para examinar as questões de radioproteção, em 1974. Em 1977, no Congresso da IRPA em Paris, este grupo de trabalho passou a designar-se por *International Non-Ionizing Radiation Commission (INIRC)*. Estas duas instituições, a IRPA e a INIRC, compuseram o programa de Saúde Ambiental da Organização Mundial de Saúde (OMS), e desenvolveram diversos documentos acerca da radiação não-ionizante e os *Environmental Health Criteria – EHC*. Quase duas décadas depois, em 1992, durante o VIII Congresso Internacional da IRPPA (*Eighth International Congress of the IRPA*), em Montreal, a IRPA e INIRC tornaram-se na Comissão Internacional de Proteção Contra Radiação Não-Ionizante (ICNIRP), organização com cooperação da OMS, com a finalidade de desenvolver as diretrizes internacionais sobre a exposição à radiação não-ionizante. A última revisão das diretrizes da ICNIRP foi publicada em 1998 e aprovada pela OMS, pela União Internacional das Telecomunicações (UIT) e pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) (ICNIRP, 1998). Em 1996, a OMS estabeleceu o *International EMF Project*, que avalia as evidências científicas acerca da exposição aos CEM (0 a 300 GHz) e os seus efeitos na saúde humana.

Para a exposição ocupacional, com bases nos diversos estudos acerca dos campos eletromagnéticos, a ICNIRP definiu como limite para a densidade de corrente elétrica no corpo humano 10

mA/m^2 . Este valor corresponde ao mínimo identificado para causar efeitos nos tecidos e órgãos mais sensíveis do corpo humano, principalmente, os relativos ao sistema nervoso. Para a exposição humana em geral, a ICNIRP detriminou um limite de segurança, fixando o valor limite de exposição em 2 mA/m^2 .

A legislação Portuguesa

Em diversos países da União Europeia, entre eles, a Alemanha, a Espanha, a França, a Finlândia, a Grécia e o Reino Unido, as orientações da ICNIRP (Recomendação da União Europeia), são adotadas em regime parcial ou total. Outros países, como a Bélgica e a Itália adotaram níveis de referência mais reduzidos do que os propostos nas orientações da ICNIRP. A Austrália, o Canadá, o Japão e a Nova Zelândia optaram por valores-limite similares aos da ICNIRP. A Suíça adotou os valores-limite propostos pela ICNIRP, utilizando valores reduzidos para as áreas residenciais. Nos Estados Unidos são adotados valores superiores aos propostos pela ICNIRP, propostos pela ANSI/IEEE (ICNRIP, 1998; Direcção Geral de Saúde, 2007).

Em Portugal, os limites à exposição aos campos eletromagnéticos seguem a recomendação do Conselho da União Europeia nº. 519/CE, de 12 de julho de 1999, estando definidos na Portaria nº. 1421, de 23 de novembro de 2004, endossada pelo Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) de 2003.

A incorporação do discurso sustentável

A “Redes Energéticas Nacionais” (REN)¹ é uma empresa portuguesa de capital aberto de eletricidade e gás natural, que foi fundada em agosto de 1994, resultante da cisão da Eletricidade de Por-

¹ A Companhia Nacional de Eletricidade foi a empresa pioneira na transmissão de energia elétrica em Portugal, fundada em 1947 (REN, 2006).

tugal S.A. (EDP), integrando esta última como Direção Operacional da Rede Elétrica (DORE) (REN, 2006). Segundo a publicação *Brochura de Sustentabilidade*, a empresa tem por missão investigar alternativas de proteção ambiental. Um dos *slogans* da empresa ressalta o seu papel “sustentável”, advogando que *ao transportar energia de norte a sul do país estamos a contribuir para o bem-estar e qualidade de vida de milhões de portugueses* (REN, 2006, p. 6).

Estes pressupostos remetem para a primeira questão-problema do presente artigo: a promoção do bem-estar e da qualidade de vida dos portugueses está sendo de fato promovida? A rede elétrica abrange 8.733 km e o retorno sustentável da empresa converte-se em 97 plataformas instaladas para ninhos de cegonhas, 51 ninhos de cegonhas transferidos e 426.500 árvores plantadas, entre 2010 e 2013 (ações de reconversão florestal, numa área superior a 600ha) (REN, 2013).

Em 2012 a REN foi premiada pela *International Association for Impact Assessment (IAIA)* com o *Regional Award 2012* entre 120 países do mundo. O prémio foi concedido na temática de avaliação de impacto ambiental das suas atividades e projetos, tal como o seu papel pioneiro no Plano de Investimento e Desenvolvimento da Rede Nacional de Transporte de Energia Elétrica em Portugal, no âmbito de condução da avaliação ambiental estratégica (REN, 2013).

Objetivos

A presente investigação teve como objetivo principal analisar, em Portugal, o papel do marketing socioambiental, a partir da participação popular, por intermédio de movimentos nacionais contra a alta tensão.

Consideraram-se ainda os seguintes objetivos secundários: 1) caracterizar os movimentos existentes, a nível nacional contra a alta tensão; 2) avaliar o posicionamento acerca do tema por parte dos organismos internacionais competentes; 3) avaliar os resultados alcançados pela reivindicação popular.

Métodos

A pesquisa centrou-se numa abordagem qualitativa de fontes secundárias de dois blogues, cinco jornais nacionais que apresentavam notícias sobre a constituição e manifestações realizadas pelo Movimento Nacional Contra Linhas de Alta Tensão em Zonas Habitadas, os projetos de lei do Bloco de Esquerda, do Partido Comunista Português e do Partido ‘Os Verdes’. Esta abordagem foi complementada com trabalho de campo realizada em junho de 2014.

O Quadro 1 sintetiza as atividades, as dificuldades e as metas desenhadas para alcançar os objetivos delineados.

Quadro 1- Objetivos, atividades, dificuldades e metas delineadas para a realização da pesquisa

Objetivos	Atividades	Dificuldades	Meta
1. Identificar os movimentos existentes a nível nacional contra a alta tensão.	1a. Levantamento de dados secundários. 1b. Levantamento de relatórios, notícias de jornais e noticiários sobre o tema.	Organização cronológica do movimento contra linhas de alta tensão em Portugal.	Organizar, para Portugal, a história do movimento contra as linhas de alta e muita alta tensão em zonas habitadas.
2) Analisar o posicionamento acerca do tema por parte dos organismos internacionais competentes.	2a. Levantamento de documentos, relatórios e decretos sobre o tema. 2b. Levantamento de dados no <i>site</i> da OMS, CNIRP, etc.	Debate complexo e permeado de inconsistências e questões políticas, não sustentando consenso entre as instituições.	Painel com o posicionamento, as recomendações e limites propostos pelas instituições responsáveis.
3) Levantar os resultados alcançados pela reivindicação popular.	3a. Levantamento de dados secundários. 3b. Levantamento de relatórios, notícias de jornais e noticiários sobre o tema.	Dispersão das informações.	Traçar o papel do movimento social no debate contra as linhas de alta tensão em áreas habitadas.

Fonte: elaboração própria.

A análise pretendeu verificar as três dimensões envolvidas no marketing socioambiental: a sociedade civil, neste caso representado pelo Movimento Contra a Alta Tensão em Zonas Habitadas e os partidos políticos; a dimensão privada representada pela empresa energética e, por fim, a posição do poder público, sendo este constituído pelas decisões da Assembleia da República.

Resultados

A necessidade de assegurar a saúde pública, que deveria ser de domínio do Estado, passa a ser uma discussão pública em Portugal, em 2007, quando a empresa responsável planeou a expansão da rede de distribuição de energia elétrica em áreas residenciais. A sociedade civil passou a emponderar-se e a reivindicar alterações no traçado das linhas aéreas de energia elétrica. Em 2007, a participação popular conquistou a alteração do traçado de alta tensão em Silves (sul de Portugal) e o enterramento da linha de muito alta tensão que conecta Fanhões a Trajouce.

Em Portugal, desde 2008, os vários movimentos que estavam dispersos pelo país uniram-se e formaram, no dia 27 de maio de 2008, o Movimento Nacional Contra as Linhas de Alta tensão nas Zonas Urbanas. Inicialmente o movimento foi composto por representantes de Odivelas, Almada, Seixal, Batalha, Penafiel, Silves, Sintra, Amadora e Guimarães (Blogue Muito Alta Tensão, 2008).

Na Reunião Plenária, de 27 de novembro de 2009, foi aprovado o projeto de lei nº. 61/XI (1.ª) que trata sobre a proteção contra a exposição aos campos elétricos e magnéticos oriundos das linhas aéreas de energia elétrica. Nesta mesma sessão plenária foi rejeitado o projeto de lei nº. 16/XI (1.ª), que previa os limites para a exposição humana aos campos eletromagnéticos provenientes de linhas e instalações elétricas de média, alta e muita alta tensão; o

projeto de lei nº. 52/XI (1.^a), que previa o princípio da precaução face aos campos eletromagnéticos oriundos das linhas e instalações elétricas de alta e muito alta tensão; e o projeto nº. 62/XI (1.^a), que previa o licenciamento das redes de transporte de eletricidade em alta e muito alta tensão.

Em 2014, o Movimento Nacional Contra Linhas de Alta Tensão em Zonas Habitadas incitou a população e autarcas da Região do Alto Minho a recorrerem aos tribunais para impedirem a construção da linha elétrica de 400kv que abrange desde Fontefria (Espanha) até à fronteira portuguesa, com prolongamento à Rede Nacional de Transportes (RNT) operacionada pela empresa Rede Elétrica Nacional (REN), com prazo de conclusão para 2016. O projeto “Eixo da RNT entre Vila do Conde, Vila Fria B e a Rede Elétrica de Espanha” envolve a construção de duas novas linhas duplas trifásicas a 400kv e de uma subestação (Agência Portuguesa do Ambiente et al., 2014). A proposta abrange a NUTS II da Região Norte, e no seio da NUTS III, as sub-regiões do Cávado, Ave, Grande Porto e Minho-Lima. O projeto esteve sob consulta pública ambiental durante 50 dias, entre 16 de dezembro de 2013 e 27 de fevereiro de 2014 (Agência Portuguesa do Ambiente et al., 2014; Jornal O Minho, 2015).



Gemicira, freguesia de Ponte de Lima, é uma das 121 freguesias², potencialmente, atravessada pela linha, com cerca de 600 habitantes e alega ser a mais afetada dentro do concelho, considerando que o projeto prevê cinco torres de 75 metros e área de implantação de 200m², com margens de segurança de 45m para cada lado. Nesta freguesia o traçado irá abarcar 20 habitações, 14 moinhos, áreas de produção agrícola, áreas de turismo rural e uma ecovia. Em Barcelos, o projeto previsto atingirá 63 freguesias do conselho (Agência Lusa, 2014; Jornal MAPA, 2014; Jornal O Minho, 2015). A linha ainda abrange os distritos de Viana do Castelo, Braga e Porto, e cobre a maior parte dos municípios do Alto Minho: Monção, Melgaço, Valença, Paredes de Coura, Vila Nova de Cerveira, Viana do Castelo e Ponte de Lima.

Figura 1 – Divulgação da Manifestação Internacional Minho/Galiza
Fonte: Jornal MAPA, 2014.

Em abril de 2014, manifestantes do Minho e da Galiza realizaram uma manifestação conjunta na Ponte Internacional de Melgaço, partindo de Melgaço e Arbo, com o propósito de exigir o enterramento da linha. O Movimento criticou a REN por não considerar alternativas em áreas sensíveis (*e.g.*, densamente ocupadas, do ponto de vista ambiental), tais as linhas subterrâneas. Tal alternativa requer um orçamento de 1 milhão de euros por quilómetro, mas desvencilha-se dos impactes ambientais e, sobretudo, os relativos à exposição a campos eletromagnéticos (Agência Lusa, 2014; Jornal MAPA, 2014; Jornal O Minho, 2015).

Este é apenas um dos muitos casos de postes de muita alta e alta tensão em zonas habitadas em Portugal. Outro caso emblemático é a Subestação EDP/REN no Alto de São João, onde moradores de vários bairros na zona do Alto de São João, em Lisboa, se manifestaram contra a construção de uma subestação de alta tensão que terá como raio 50 metros de distância das habitações sociais. A área foi cedida pela Câmara Municipal de Lisboa (CML) e engloba diversas áreas residenciais, como os bairros da Quinta do Lavrado, Calçada da Pincheleira e o Bairro Horizonte (Jornal MAPA, 2014).

A dimensão política

O Movimento contra a Alta Tensão teve apoio de partidos políticos que apresentaram projectos de lei. O Bloco de Esquerda apresentou na Assembleia da República o projecto de lei nº. 410/X (2008) - *Garante o princípio da precaução face aos campos electromagnéticos produzidos pelas linhas e instalações elétricas de alta e muito alta tensão*, para reforçar o princípio da precaução propondo a redução dos limites máximos de exposição à radiação eletromagnética e o soterramento das linhas em zonas urbanas consolidadas, escolar e em áreas hospitalares. A proposta do Bloco de Esquerda apresentada em 2008 foi indeferida pela Assembleia da República. Também o Partido Comunista Português apresentou o projeto nº. 62/XI - *Licenciamento das Redes de Transporte de Electricidade em Muito Alta e Alta Tensão* e o Partido ‘Os verdes’ apresentou o projeto nº. 16/XI - *Limites para a exposição humana aos campos electromagnéticos, originados por linhas e instalações eléctricas de média, alta e muito alta tensão*, ambos indeferidos.

O complexo caso de Serzedelo

Em 2007, na freguesia de Serzedelo (concelho de Guimarães), o Movimento Contra os Postes de Alta Tensão (MCPAT), reivindicou, junto da Rede Energética Nacional (REN), o enterramento das linhas aéreas que atravessam a freguesia. Além disto, o movimento solicitou ao delegado de Saúde Pública de Guimarães, que fosse realizada a monitorização das crianças na localidade (Diário de Notícias, 2007). Serzedelo tem postes de alta tensão a menos de 5 metros de distância das habitações, o que não atende às recomendações da legislação sobre o tema em vigor, em Portugal (Figura 2). Em menos de 5km² encontram-se 90 postes e 12 linhas de alta

e muito alta tensão, o que representa 80% do seu território sob a influência das linhas de alta e muito alta tensão (Público, 2008).

Em 2007, Serzedelo tinha 4700 habitantes e entre 1997 e 2007, detectaram-se 80 casos de cancro na freguesia (Blogue Minho, 2007). Desde 2006, os habitantes de Serzedelo reivindicam o enterramento das linhas aéreas de energia eléctrica. O protesto intensificou-se com a solução aplicada para Monte Abraão, em Sintra e em Vale Fuzeiros, em Silves, onde as linhas foram enterradas. Para além do Movimento Nacional, Serzedelo organizou-se na Comissão de Moradores, com o propósito de empoderar a população desta freguesia (O Conquistador, 2007).



Figura 2 – Postes de alta tensão fazem parte dos quintais das habitações em Serzedelo

Fonte: Trabalho de campo realizado em Junho de 2014.

Em 2008, a REN encomendou um estudo, elaborado pela “Estudos, Desenvolvimentos e Actividades Laboratoriais, S.A – LABELEC”, que concluiu que as linhas de alta tensão e a subestação não apresentam risco para a saúde humana (Correio da Manhã, 2008). O único estudo académico realizado à escala da freguesia de Serzedelo foi realizado por geógrafos da Universidade do Minho, Bruno Azevedo e Paula Remoaldo, com o título *O impacto do lugar na saúde da população do concelho de Guimarães:*

estudo de caso do eletromagnetismo em Serzedelo e publicado em 2010. O principal objetivo foi o de traçar o perfil da população desta freguesia, a partir de inquéritos aplicados à população. Segundo este estudo, das 1022 habitações identificadas na Cartografia da Câmara Municipal de Guimarães de 2002, apenas 98 domicílios apresentam distância das linhas igual ou superior a 251 metros (Azevedo, 2010).

Conclusões

É após a década de 1970 que diversos problemas de ordem ambiental dominaram a agenda global e tendo como marco a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano (1972). É nesta mesma década que é publicado um estudo sobre os casos de leucemia infantil em residências próximas de subestações de energia elétrica (Wertheimer e Leeper, 1979). Após este estudo, diversas pesquisas abordando os efeitos na saúde humana decorrentes da exposição aos campos eletromagnéticos foram publicados. No entanto, não existe ainda um consenso científico internacional. Em 1998, a instituição norte-americana National Institute for Environmental Health Sciences (NIEHS) assumiu a relação entre o aumento de casos de leucemia infantil e a exposição a CEM (campos eletromagnéticos). No documento *Electromagnetic Fields and Public Health cautionary policies* (2000), a Organização Mundial de Saúde (OMS), ressaltava que apesar do elevado grau de incerteza acerca dos impactes na saúde da exposição aos campos electromagnéticos, a nível científico internacional já havia evidências do acréscimo dos casos de leucemia infantil associados à exposição aos campos eletromagnéticos em áreas residenciais, nas faixas de frequência de 50-60 Hz. Em 2002, a Agência Internacional para a Investigação do Cancro (IARC), instituição pertencente

cente à OMS, considerou a possibilidade do aumento dos casos de leucemia infantil, devido à exposição prolongada a campos magnéticos superiores a 0.4 MicroTesla (μT). Em 2007, a Comissão Europeia reforçou esses preceitos incorporando-os nas suas recomendações. Em junho desse mesmo ano, a OMS, em colaboração com diversas instituições, publicou uma detalhada monografia sobre a temática intitulada *Extremely Low Frequency Fields Environmental Health Criteria*. No mesmo ano, a Direcção Geral de Saúde (DGS) publicou o relatório *Exposição da População aos campos electromagnéticos (2007)*, destacando que a intensa exposição aos campos electromagnéticos pode aumentar ligeiramente o risco de leucemia infantil, e a exposição em ambientes de trabalho pode aumentar os riscos de leucemia e tumores cerebrais em adultos.

Com a pretensão de expandir a sua rede de distribuição de energia eléctrica a Redes Energéticas Nacionais, a SGPS, S.A. expôs no Plano de Desenvolvimento e Investimento da Rede de Transporte de Electricidade (PDIRT), a meta de construir mais de 400km de linhas eléctricas entre 2009 e 2014. É neste contexto, que um movimento de moradores criado no sul de Portugal ganha dimensão nacional e é constituído oficialmente, em 2008, como Movimento Nacional Contra Linhas de Alta Tensão em Zonas Habitadas, questionando os efeitos na saúde da instalação de linhas aéreas em áreas residenciais. O Movimento incorporou o apoio de partidos políticos, como Os Verdes, o Bloco de Esquerda e o Partido Comunista Português que apresentaram projetos de lei em defesa do princípio da precaução sobre a exposição.

Algumas das manifestações do Movimento Nacional Contra Linhas de Alta Tensão em Zonas Habitadas obteve repercussão posi-

tiva, seja alertando o governo sobre limites inconsistentes expostos na legislação, seja na alteração de projetos de instalação de linhas áreas. A mais recente reivindicação do Movimento compreende o projeto “Eixo da RNT entre Vila do Conde, Vila Fria B e a Rede Elétrica de Espanha” que prevê a construção da linha elétrica de 400kv e que abrange desde Fontefria (Espanha) até à fronteira portuguesa.

Um dos pontos mais emblemáticos dessa discussão diz respeito ao tempo de latência (de pelo menos 10 anos) de algumas doenças, principalmente, as crónico-degenerativas e as do sistema nervoso. Esse aspecto cria um verdadeiro paradoxo nesta discussão, pois algumas instituições utilizam o tempo de latência e, sobretudo, a limitada informação da população para postergar uma medida de cautela necessária para a saúde pública.

Referências

1. Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (2008). Risco de morrer no concelho de Guimarães: uma análise da mortalidade 1997-2005. Disponível em: http://portal.arsnorte.min-sau-de.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/Risco_de_Morrer_Guimaraes_relatorio_1997_2005.pdf
2. Agência Lusa (2014). Linhas de muito alta tensão junto a casas no Alto Mino pode chegar aos tribunais. *Jornali*. 16 março 2014. Disponível em: <http://www.ionline.pt/artigos/portugal/linha-muito-alta-tensao-junto-casas-no-alto-minho-pode-chegar-aos-tribunais/pag/-1>
3. Agência Portuguesa do Ambiente. Instituto de Conservação da Natureza e das Florestas, I.P. Direção-Geral do Património Cultural. Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Norte. Instituto Superior de Agronomia/Centro de Ecologia Aplicada Prof. Baeta Neves. Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto. Laboratório Nacional de Energia e Geologia (2014). Parecer da Comissão de Avaliação. Eixo da RNT entre "Vila do Conde", "Vila Fria B" e a Rede Elétrica de Espanha, a 400 kV, Amadora.
4. Azevedo, Bruno F.O. (2010). *O impacto do lugar na saúde da população do concelho de Guimarães – estudo de caso do electromagnetismo em Serzedelo*. Portugal: Universidade do Minho.
5. Blogue Muito Alta Tensão (2008). Criado o Movimento Nacional Contra as Linhas de Alta Tensão em Zonas Habitadas. 12 de Junho de 2008. Disponível em: <http://muitoaltatensao.blogspot.pt/2008/06/criado-movimento-nacional-contra-as.html>

6. Blogue Minho (2007). Serzedelo continua a mobilizar-se contra os cabos de alta tensão. 13 de Outubro de 2007. Disponível em: <http://blogminho.blogspot.pt/2007/10/serzedelo-continua-mobilizar-se-contra.html>
7. Canotilho, José Joaquim Gomes (2007). Direito Constitucional Ambiental Português e da União Europeia. Canotilho, J.J.; Leite, J.R.M. (org.). *Direito Constitucional Ambiental Brasileiro*. São Paulo: Editora Saraiva, 23-24.
8. Correio da Manhã (2008). Serzedelo: alta tensão não apresenta perigo. 21 de Julho de 2008. Disponível em: <http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/portugal/detalhe/serzedelo-alta-tensao-nao-apresenta-perigo.html>
9. Diário de Notícias (2007). Serzedelo exige medição de radiações de alta tensão. Braga: Jornal Diário de Notícias. 15 de Outubro de 2007. Disponível em: http://www.dn.pt/inicio/interior.aspx?content_id=986794.
10. Direcção Geral da Saúde (2007). *Exposição da população aos campos electromagnéticos*. Lisboa: Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial. Disponível em: <http://www.cienciaviva.pt/divulgacao/cafe/relatorio.pdf>
11. Fletcher, Robert H; Fletcher, Suzanne; Wagner, Edward H (1996). *Epidemiologia Clínica: elementos essenciais*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.
12. ICNIRP (1998). Guidelines for Limiting Exposure to time-varying electric, magnetic, and electromagnetic fields (up to 300 GHz). *Health Physics*, 74 (4), 494-522. Disponível em: <http://www.ionstandards.org/?q=node/59>
13. Jornal Dnoticias.pt (2007). População junto a altas tensões com maior incidência de cancro. 2 de Setembro de 2007. Disponível em: <http://www2.dnoticias.pt/actualidade/pais/176099-populacao-junto-a-altas-tensoes-com-maior-incidencia-de-cancro>
14. Jornal Dnoticias.pt (2007). Limites máximos de exposição a campos electromagnéticos seguem recomendações europeias. 4 de Outubro de 2007. Disponível em: http://www2.dnoticias.pt/actualidade/pais/177392-limites-maximos-de-exposicao-a-campos-electromagneticos-seguem-recomendacoes?quicktabs_13=0&quicktabs_2=1
15. Jornal Dnoticias.pt (2007). Estudo alerta para riscos da exposição a campos electromagnéticos. 4 de Outubro de 2007. Disponível em: <http://www.dnoticias.pt/actualidade/pais/177374-estudo-alerta-para-riscos-da-exposicao-a-campos-electromagneticos>
16. Jornal Dnoticias.pt (2007). Linhas de alta tensão 'não são um risco para a saúde'. 8 de Outubro de 2007. Disponível em: <http://www2.dnoticias.pt/actualidade/pais/177450-linhas-de-alta-tensao-nao-sao-um-risco-para-a-saude>
17. Jornal O Minho (2015). Linha de muito alta tensão obrigada a novos estudos. Fevereiro de 2015. Disponível em: <http://www.ominho.com/artigo.php?cod=3033&sec=37>.
18. Jornal MAPA (2014). Subestação EDP/REN no Alto de São João. 2 de Dezembro de 2014. Disponível em: <http://www.jornalmapa.pt/2014/12/02/subestacao-edpren-no-alto-de-sao-joao/>
19. Jornal MAPA (2014). Muito Alta Tensão ameaça Norte e Galiza. 14 de Junho de 2014. Disponível em:

- <http://www.jornalmapa.pt/2014/06/14/muito-alta-tensao-ameaca-norte-e-galiza/>
20. Jornal do Bloco de Esquerda (2008). Alta Tensão: mudar a Lei para defender a qualidade de vida. Nº. 32 – Dezembro de 2008. Disponível em: <http://www.esquerda.net/media/esquerda32.pdf>
 21. Landrigan, Philip J. (1997). Princípios da Medicina Ocupacional e Ambiental. Bennett, J.C.; Plum, F. (org.) Cecil Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A. 20ª Ed, Vol. I e II.
 22. Las Casas, Alexandre Luzzi; Garcia, Maria Tereza (2007). *Informação em marketing*. São Paulo: Novatec.
 23. Nascimento, Luis; Lemos, Ângela; Mello, Maria (2008). *Gestão sócio-ambiental estratégica*. Porto Alegre: Bookman.
 24. O Conquistador (2007). Linhas de alta tensão em Serzedelo. 26 de Outubro de 2007. Disponível em: <http://www.oconquistador.com/noticia.asp?idEdicao=124&id=2849&idSeccao=708&Action=noticia>
 25. Peattie, Ken; Crane, Andrew (2005). Green Marketing: legend, myth, farce or prophesy?. *Qualitative Marketing Research: An International Journal*, 8(4), 357-370. Disponível em: http://papers.ssm.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1676866
 26. Polonsky, Michael Jay (1994). An Introduction to Green Marketing. *Electronic Green Journal*, 1(2), 1-10. Disponível em: <http://escholarship.org/uc/item/49n325b7>
 27. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Ambiental (2007). Relatório do grupo de trabalho interministerial sobre a exposição da população aos campos electromagnéticos: Abril de 2003. – Lisboa: DGS.
 28. Portugal. Parecer da Comissão de Avaliação. Eixo da RNT entre “Vila do Conde”, “Vila Fria B” e a Rede Eléctrica de Espanha, a 400 kv (2014). Disponível em: <http://siaia.apambiente.pt/AIADOC/AIA2687/aia2687-parecerca20152217520.pdf>
 29. Prakash, Aseem (2002). Green Marketing, Public Policy and Managerial Strategies. *Bus. Strat. Env.*, 11, 285-297. Disponível em: <http://faculty.washington.edu/aseem/green-marketing.pdf>
 30. Público (2008). Moradores de Serzedelo manifestaram-se em Lisboa contra linhas de alta tensão. 13 de março de 2008. Disponível em: <http://www.publico.pt/local-porto/jornal/moradores-de-serzedelo-manifestaramse-em-lisboa-contra-linhas-de-alta-tensao-252831>.
 31. Rede Eléctrica Nacional, S.A. (2006). *Uma empresa ao Serviço do País*, 7ª edição.
 32. Redes Energéticas Nacionais (2013). *Brochura de Sustentabilidade 2013*. Disponível em: http://www.ren.pt/pt-PT/sustentabilidade/principais_acoes/
 33. Santilli, Juliana (2010). Os “novos” direitos socioambientais. Freitas, V. P. (coord.) *Direito Ambiental em Evolução*. Curitiba: Editora Juruá, 2ª Ed., Vol. 5, 219-242.
 34. Vulcanis, Andréa (2010). *Direito Ambiental e Direitos Humanos Fundamentais: de uma base epistemológica à fundamentação jurídica*. Freitas, V. P. (coord.) *Direito Ambiental em Evolução*. Curitiba: Editora Juruá, 2ª Ed., Vol. 5, 35-55.
 35. Wertheimer, Nancy; Leeper, Ed (1979). Electrical wiring configurations and childhood cancer. *American Journal of Epidemiology*, 109(3), 273-84.

Educación ambiental para adaptación al cambio climático en áreas con impactos petroleros

García Hernández, Juana; López Hernández, Eduardo S.; Rodríguez Luna, Ana R.; Beauregard Solís, Graciela.

¹División Académica de Ciencias Biológicas. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Tabasco es una zona expuesta a diferentes impactos relacionados con el Cambio Climático debido a su ubicación geográfica y que trae como consecuencias reales, el aumento del nivel del mar, cambios en la precipitación fluvial, mayor riesgo de sequías e inundaciones, amenazas a la biodiversidad y potenciales desafíos para la salud. Se ven afectados las condiciones de vida, el patrimonio cultural, la capacidad productiva, entre otras; lo cual va aumentando la vulnerabilidad de las familias, siendo los más afectados las personas mayores, mujeres, niñas y niños. Se encuentran ecosistemas perturbados tratándose de una problemática socio-ambiental que transforman el medio a causa de efectos de cambio climático, la industria petrolera y actividades antropogénicas realizadas por habitantes de la zona. El objetivo es identificar la vulnerabilidad y riesgo de las comunidades a través de un diagnóstico socio-ambiental para la adaptación y mitigación al Cambio Climático en comunidades rurales del municipio de Nacajuca, Tabasco. Mediante monitoreo de las condiciones biofísicas, entrevistas a autoridades de las comunidades, talleres de investigación acción-participativa para identificar la problemática ambiental, organización de grupos principales de las comunidades siguiendo el método de Rodríguez Luna (2012); López-Hernández (2003) y López y col. (2011) como base para la organización de talleres sobre conceptos básicos sobre Cambio Climático, los efectos a los que se han enfrentado y que actualmente están padeciendo. Se requiere de estrategias que ayuden a mitigar los efectos del cambio climático que favorezcan las condiciones de vida de los habitantes en las zonas particularmente vulnerables.

Palabras clave: Adaptación, Cambio Climático, Mitigación, Vulnerabilidad.

Introducción

Esta investigación es parte de los resultados obtenidos por el “Cuerpo Académico de Educación Ambiental, Cultura y Sustentabilidad” a través de los proyectos registrados por la Jefatura de Investigación de la División Académica de Ciencias Biológicas en la Dirección de investigación y Posgrado de la Secretaría de Investigación y Vinculación de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, a Saber:

Modelo de educación y comunicación ambiental para la formación de medidas de adaptación de comunidades rurales en condi-

ciones de cambio climático (UJAT-2013). Apoyados con fondos públicos de SEP-PROMEP, CONACYT, CCYTET, CECADESU-SEMARNAT y la SERNAPAM del Gobierno del Estado de Tabasco, a través de proyectos con la Dirección de Desarrollo Comunitario y especialmente mediante la financiación de Mundo Sustentable A. C. a través del Capítulo Tabasco y del Programa de Responsabilidad Social Empresarial de Promotora Ambiental S. A. B. de C. V. (PASARSE) y el Colegio de Investigadores de Tabasco A. C. en el periodo 2004-2014.

El Cambio Climático (CC) es concebido como un proceso acelerado de modificación de las condiciones climáticas. Es uno de los problemas más grandes al que nos enfrentamos en el siglo XXI. El clima depende de un gran número de factores que interactúan de manera compleja. Se piensa que es un estado cambiante de la atmósfera mediante interacciones con el mar y los continentes en diferentes escalas de tiempo y espacio (Magaña, 2007). Ha quedado establecido claramente que no se trata exclusivamente de un asunto ambiental sino que está intrínsecamente ligado a todas las dimensiones del desarrollo, tanto por sus causas como por sus consecuencias (Salazar, 2012).

El país es considerado altamente vulnerable debido a que no todo el territorio se tiene las mismas condiciones climatológicas. El estado de Tabasco por sus características geológicas, climáticas, fisiográficas y geomorfológicas, es una zona expuesta a diferentes impactos relacionados por el cambio climático, lo que trae como consecuencias reales el aumento del nivel del mar, cambios en la precipitación fluvial, sequías e inundaciones, amenazas a la biodiversidad y potenciales desafíos para la salud.

El municipio de Nacajuca es una zona muy baja, por lo tanto vulnerable ante efectos de cambio climático, sobretodo en esta zona inundable del municipio, debido a su ubicación geográfica ubicados en la zona de actividad petrolera como el Campo Sen y el pozo recientemente identificado (2012) como “el navegante”, provocando desequilibrios en los ecosistemas terrestres y acuáticos, pérdida de huertos familiares y producción agrícola. Se considera, que existe un desconocimiento entre las sociedades locales del municipio sobre los efectos del cambio climático y su vulnerabilidad.

Es necesario involucrar a los pobladores de las comunidades rurales cercanas a la zona de influencia petrolera, en los procesos de acción-participación, para que a partir del desarrollo de programas de educación y capacitación para la implementación de acciones locales de adaptación al cambio climático mediante enfoques holísticos de las ciencias ambientales y la educación para la sustentabilidad, siendo este el objetivo de la investigación.

Objetivos

Objetivo general

- Realizar un estudio socio-ambiental para la adaptación y mitigación en las comunidades rurales de Nacajuca, Tabasco.

Objetivos particulares

- Identificar la vulnerabilidad de riesgo y efecto a nivel individual y comunitario.
- Construir planes locales de adaptación al cambio climático para las comunidades rurales y zonas indígenas.

Metodología

Monitoreo socio-ambiental de la zona, a través de recorridos en la zona para la identificación de condiciones biofísicas, descripción de la biodiversidad, identificación de los tipos de ecosistemas existentes, los medios de producción, actividades a las que se dedican diariamente.

Organización social de grupos principales de las comunidades siguiendo el método de Rodríguez Luna (2012); López-Hernández (2003) y López y col. (2011) a través de convocatorias para organizar talleres sobre conceptos básicos sobre Cambio Climático, la identificación de los problemas en diferentes aspectos como los ambientales, sociales, económicos y culturales, más que nada saber si que percepción tiene los habitantes sobre los problemas que han enfrentado y que actualmente están padeciendo.

Encuestas y entrevistas en cuanto a la situación sobre salud, educación, organización social, las condiciones productivas y culturales; de acuerdo a los resultados, se analizara e interpretaran los resultados. Se calcularan los indicadores de sustentabilidad ya que sirven para calcular el impacto de nuestras actividades en el ambiente y para evaluar el desempeño de las políticas públicas (INEGI, 200, Palacio-Prieto y col., 2004 y López, 2007).

Posteriormente se pondrán técnicas para el aprovechamiento y manejo de los recursos naturales, recuperación del campo, como la elaboración de composta, siembra de plantas que utilicen para el consumo diario, como uso para producción de artesanías, la elaboración de programas educativos los cuales se basaran en conceptos básicos sobre biodiversidad, servicios ambientales.

Resultados

Se ha obtenido algunos resultados y se ha identificado la problemática actual, ya que en meses pasados se ha presentado algunos conflictos entre los pobladores por accidentes en instalaciones petroleras, sin embargo esto ha aumentado la necesidad de adquirir ciertos cultivos por causa de la infertilidad de la tierra, en cuestiones de salud, se han presentado enfermedades más prolongadas.

No obstante, en estas comunidades siguen fomentando las costumbres y tradiciones, las cuales están bajo la organización de los grupos existentes en las iglesias, que con apoyo de cada familia se organizan para celebrar cada festividad. Sin embargo, cabe destacar que la organización social a nivel comunidad no es muy satisfactoria, puesto que existe una serie de conflictos entre los mismos grupos cuando deciden organizarse para las actividades en la comunidad.

Realización de talleres de Educación Ambiental, sobre conceptos de Cambio Climático, las causas que lo originan, los efectos a corto y largo plazo y sobre la problemática ambiental y social en la que se encuentran actualmente. También se han llevado a cabo recorridos por área de los camellones chontales, para seleccionar un lugar adecuado y realizar siembra de plantas que sean utilizadas en la producción y consumo familiar.

Conclusiones

La comunicación y socialización es necesario para conocer la percepción del fenómeno y sus impactos para poder plantear estrategias que permitan adaptarnos de manera que contribuya a participar de manera más efectiva en la toma de decisiones de medidas de mitigación en esta región del país.

La Educación Ambiental como refuerzo de conocimientos para el mantenimiento de los sistemas de producción, que favorece la recuperación de saberes y nuevos conocimientos, además lograr alcanzar la mayoría de las metas de aprendizaje del grupo organizado y hacerlas nuestras.

La manera de interpretación y comprensión sobre lo que se les ha impartido durante las actividades, que anteriormente no se trataban temas muy a fondo sobre Cambio Climático por lo cual es importante ir conociendo sobre lo que se obtiene de la naturaleza, lo que nos beneficia y lo que estamos dispuestos a dejar a las futuras generaciones.

Bibliografía

1. LANDA, R., B. ÁVILA y M. HERNÁNDEZ. 2010. Cambio Climático y Desarrollo Sustentable para América Latina y el Caribe. Conocer para Comunicar. British Council, PNUD México, Cátedra UNESCO-IMTA, FLACSO México. México D.F. 140 pp.
2. LÓPEZ-HERNÁNDEZ E.S. 2003. Educación Ambiental: apuntes y recomendaciones para el desarrollo sostenible. Colección J. N. Rovirosa. Biodiversidad, Desarrollo sustentable y trópico húmedo. División Académica de Ciencias Biológicas/UJAT. 179 pp.
3. LÓPEZ-HERNÁNDEZ, EDUARDO S. 2011. Educación para la Sustentabilidad: Una experiencia chontal. Secretaría de Recursos Naturales y Protección Ambiental, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, El Colegio de Investigadores de Tabasco A. C., M S A. C. y Petróleos Mexicanos. Villahermosa Tabasco, México. 173 p.
4. LÓPEZ-HERNÁNDEZ, E.S. y Rodríguez-Luna, A.R. 2002. Programa Jalpa, limpio y verde, Políticas públicas para comunidades saludables. Horizonte sanitario Vol.1. Número 1. 26-37. Septiembre-Diciembre. ISSN1665-3262.
5. MAGAÑA V., MÉNDEZ J.M, MORALES R. y C. MILLÁN. 2007. Consecuencias presentes y futuras de la variabilidad y el cambio climático en México. *En*: Cambio climático: una visión desde México. J. Martínez, A. Fernández Bremauntz y P. Osnaya (Comps.) Ed. INE/SEMARNAT. Pág. 203-214.

Mitigación al cambio climático mediante la determinación de las reservas de carbono en camellones chontales

Moreno Gómez Nallely,¹ Rodríguez Luna Ana R,¹ Maldonado Sánchez Emerson A,¹ López Hernández Eduardo S¹

¹División Académica de Ciencias Biológicas. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

El cambio climático global asociado al aumento potencial de la temperatura superficial del planeta es uno de los problemas ambientales más severos que enfrentamos en el presente siglo; este problema se acentúa por el rápido incremento actual en las emisiones de gases de efecto invernadero “GEI” y por las dificultades de reducir en forma sustantiva el aumento en el futuro próximo. Los camellones son un sistema de producción tradicional diversificado como un tipo de campos elevados, que se encuentran en zonas inundables, en los cuales se encuentra una variedad de especies arbórea, en donde los árboles son los principales captadores de carbono, por lo tanto vulnerable ante efectos de cambio climático. Por esta situación la captura de carbono juega un papel fundamental en el proceso de mitigación del cambio climático global. Se realizaron 4 cuadrantes de 20 x 50 m, se midió y cuantificó la vegetación arbórea, diámetro a la altura del pecho “DAP” a 1.30 m y la altura total del árbol. Como resultados se obtuvieron un listado florístico de las especies arbóreas, se les preguntó a los camelloneros sobre el uso que le dan a los árboles y se obtuvo un promedio de captura de carbono de entre 10 y 15 ton/ha. Los usos de los árboles son diversos y variados en los que destacan los usos de la madera, los camellones contribuyen de manera positiva en la mitigación del CO₂ y al ser un sistema de producción tradicional diversificado da sustento a las familias chontales.

Palabras clave: Cambio climático, captura de carbono, chontales, adaptación.

Introducción

El cambio climático global asociado al aumento potencial de la temperatura superficial del planeta es uno de los problemas ambientales más severos que enfrentamos en el presente siglo; este problema se acentúa por el rápido incremento actual en las emisiones de gases de efecto invernadero “GEI” y por las dificultades de reducir en forma sustantiva el incremento de GEI en el futuro próximo (IPCC, 1995).

Los pueblos indígenas y otras comunidades tradicionales juegan un papel extremadamente importante en la conservación de los bosques y recursos naturales. Casi todos los bosques (98%) en posesión de los pueblos indígenas y otras comunidades locales se

mantienen en pie, evitando la liberación de miles de millones de toneladas de gases de efecto invernadero, así como contribuyendo a conservar la biodiversidad, proveer agua limpia, y mantener otros servicios vitales de los ecosistemas, además, por supuesto, sosteniendo miles de comunidades locales, sus culturas y costumbres (Charchalac, 2012).

En el trópico húmedo de México se concentran las comunidades vegetales con la mayor diversidad biológica del país así como poblaciones rurales con altos índices de marginación. Muchas de estas poblaciones rurales han basado su subsistencia en recursos tanto vegetales como animales (Chiriboga, 2003).

La riqueza biológica de las zonas indígenas hace que México ocupe el tercer lugar en el panorama ambiental mundial, por su biodiversidad. Así también cuenta con abundante recursos del subsuelo de importancia internacional como el petróleo. La explotación de recursos petroleros es una de las actividades económicas de mayor rentabilidad, 70% se extrae de yacimientos ubicados en el trópico. Los más importantes corresponden a estados como Tabasco y Chiapas en municipios con fuerte presencia indígena; la riqueza generada por la extracción de petróleo, de ninguna manera ha generado beneficio a las comunidades indígenas que han visto afectada sus tierras de cultivo y recursos naturales (INI, 2001).

Objetivo General

Determinación de las reservas de carbono en la biomasa arbórea del poblado Olcuatitán en Nacajuca, Tabasco.

Objetivos Específicos

1. Capacitar a los grupos organizados e implementar módulos de medición de captura de carbono como parte del

plan de acción para la adaptación y mitigación al cambio climático.

2. Conocer el potencial de mitigación y captura de carbono de la vegetación arbórea.
3. Dar a conocer los resultados de la capacidad de captura de carbono para el acceso a la información y participación de los habitantes de la comunidad.

Metodología

Para las especies de árboles que se encuentren en la comunidad de Olcuatitán se les tomará los siguientes datos dasométricos, diámetro a la altura del pecho (d.a.p.) en centímetros, con la cinta diamétrica este se medirá a la altura del pecho, esto es de 1.30 m de altura de la base del tallo.

Para la captura de carbono arbórea se utilizarán datos de diámetro a la altura del pecho de árboles ≥ 2.5 cm altura total y densidad de la madera de las especies de árboles los cuales se utilizaran en las ecuaciones alométricas de Chave et al. (2005).

La densidad de la madera es una propiedad física importante, suele representarse por la letra griega ρ (que se lee “ro”), es el resultado de dividir la masa de un cuerpo entre su volumen ($\rho=m/V$).

Para estimar la biomasa total y captura de carbono total en ton/ha. Este método de estimar la captura de carbono o el carbono en la biomasa de los árboles se le llama línea de base y es un método no destructivo. Se estimará biomasa aérea (Chave et al., 2005).

$$Y=\exp(-2.977+1 \ln (\rho D^2 h))$$

Donde:

$$Y= \text{biomasa (kg/árbol)}.$$

$\exp(n)=2.718n$ (elevar la base; $e=2.718$, a la potencia n).

\ln = logaritmo natural (base $e=2.71\dots$)

ρ = densidad por especies o promedio (gr/cm³).

D = diámetro a la altura del pecho o dap (cm).

H = altura (m).

Resultados

En los sitios de muestreos realizados en los camellones chontales se encontraron especies de la familia Fabaceae, Malvaceae, Sapotaceae, Rutaceae, Lauraceae, Sapotaceae y Meliaceae siendo esta la mejor representada con 2 géneros y 2 especies.

Se obtuvo un listado florístico de las especies arbóreas, se les pregunto a los camelloneros sobre el uso que le dan a los árboles y se obtuvo un promedio de captura de carbono de entre 10 y 15 ton/ha. Los usos de los árboles son diversos y variados en los que destacan los usos de la madera, los camellones contribuyen de manera positiva en la mitigación del CO₂ y al ser un sistema de producción tradicional diversificado da sustento a las familias chontales.

Conclusión

La participación activa y constante de los investigadores hace posible la realización de trabajos eminentemente transdisciplinarios que contribuyan al mejoramiento de las relaciones con las comunidades indígenas, al darles talleres y capacitaciones sobre el cambio climático es permisible el que ellos puedan identificar sus áreas vulnerables y conozcan el potencial de captura de carbono que tiene el conservar su vegetación.

Bibliografía

1. Charchalac S. S. 2012. Experiencias en Compensación por Servicios Ambientales en América Latina (PSA o REDD+). Descripción de casos relevantes. Forest Trends.

2. Chiriboga V.M. 2003. Innovación, conocimiento y desarrollo rural. 34 pp.
3. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. 2003. Cuaderno estadístico municipal, Nacajuca, Tabasco. Edición 2000. Gobierno del Estado de tabasco. México. 163 pp.
4. Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). 1995. Climate Change 1995. The supplementary Report to the IPCC Scientific Assessment. Cambridge University Press. Cambridge Inglaterra.

Proyecto de marketing educativo y socio-ambiental para la cooperación en la gestión de una microcuenca de Paraíso, Tabasco

López Hernández Eduardo S,¹ Rodríguez Luna Ana R¹. Magaña Alejandro Miguel A,¹ Ferrer Sánchez, Manrique I¹

¹División Académica de Ciencias Biológicas. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

La microcuenca del río Seco tiene contaminación por fuentes puntuales y no puntuales que la han mermeado presentando características de un agua residual que sobrepasan la calidad del agua y su concentración de saneamiento de 120 mg/l. Por lo anterior como objetivos del estudio de las condiciones socio-ecológicas se desarrolló un modelo educativo enfocado al marketing para la participación social y el mejoramiento de la calidad del sistema. La metodología partió de una fase diagnóstico mediante un Sistema de Información Geográfica y un modelo ecológico. Mediante matrices se sistematizaron y describieron los problemas socio-ecológicos, y con el marco lógico se elaboraron los elementos de marketing socioambiental obteniendo el diagrama conceptual del modelo. Los resultados obtenidos en esta microcuenca no refleja cambios morfológicos, sin embargo, es una zona fuertemente contaminada con características típicas de un agua residual mixta (doméstica e industrial) en un ecosistema de humedales con un alto grado de polución fisicoquímica y biológica, y con variadas causas de deforestación, crecimiento poblacional, vías de comunicación, y problemas de salud pública, entre otras. Este modelo de marketing emplea a la educación ambiental para la facilitación de conocimientos, movilización activa de la población (comunidades rurales y zona urbana), involucrando la participación pública en la acciones de mejoramiento (municipio, estado y federación). Las conclusiones preliminares indican que el proyecto de marketing socio-ambiental para la cooperación tratará de revertir los cambios y modificaciones a la biosfera, sociosfera y tecnosfera, mediante investigación acción-participación.

Palabras clave: Tabasco, educación, socio-ambiental, marketing.

Introducción

En Tabasco, los ríos y arroyos de la planicie costera son parte de los ecosistemas acuáticos que reciben descargas de aguas

residuales puntuales y no puntuales, los cuales son depositados en cuerpos lagunares continentales y lagunas costeras que colindan con el Golfo de México. Paraíso se localiza en la región de la Chontalpa, y es la cabecera municipal del municipio ubicado al norte del estado. Colinda al norte con el Golfo de México y el municipio de Centla; al sur con los municipios de Jalpa de Méndez, Comalcalco y Cárdenas; al este con los municipios de Centla y Jalpa de Méndez, y al oeste con el municipio de Cárdenas y el Golfo de México (Ferrer *et al.* 2014).

Un caso especial es la microcuenca del Río Seco dado que al pasar por comunidades y la cabecera municipal de Paraíso, Tabasco, recolecta diversos escurrimientos superficiales que incluyen descargas de aguas residuales domésticas de zonas rurales, villas, y de las zonas urbanas e industriales que son descargadas finalmente en la laguna Mecoacán. El río mantiene su cauce la mayor parte del tiempo sin agua, sobre todo al pasar por los municipios de Cunduacán, Comalcalco y Paraíso, de allí su nombre.

La cuenca es una unidad espacial que constituye un sistema complejo, dinámico y abierto heterogéneo con gradientes de relieve que regulan la dinámica del agua. Hidrográficamente está conformada por zonas altas, medias y bajas, que conforman la red. Proporciona servicios ambientales a los ecosistemas dulce acuícolas, como hábitat, sitios de refugio, desove, y suministro de nutrientes para plantas y animales. Los cuerpos de agua de México y las microcuencas desde el año 2000 debieron haberse vigilado para evitar que recibieran descargas de aguas residuales por diversas actividades.

La evaluación ambiental de la Laguna Mecoacán y el río Seco permitieron la identificación de problemas ambientales y el dete-

rioro de la calidad del río Seco, debido principalmente a descargas de origen orgánico y en condiciones insalubres (presencia de coliformes fecales) resultados semejantes a los reportados por PNUD en 2002.(Ferrer *et al.* 2014).

La Educación Ambiental (EA) debe incitar a una gestión eficaz del MA (Medio Ambiente), debe dotar de medios intelectuales, capacitar con procedimientos ajustados para plantar cara a los problemas ambientales. Uno de los objetivos básicos una institución escolar es el infundir en la niñez y juventud unos comportamientos positivos hacia el MA. Si tradicionalmente el medio se ha considerado como un recurso didáctico o un objetivo de conocimiento y educar, en y por el MA, en adelante es preciso redimensionarlo y convertirlo en una finalidad educativa: es preciso educar para cambiar su MA, al que pertenece y en el que se siente responsable y consciente de su poder perturbador (López-Hernández, 2003).

Para actuar en el MA hay que estar preparado; es preciso saber discernir, entre la diversidad de visiones, de soluciones y de opciones políticas, aquellas que, en libertad, se consideren las mejores para el MA. Una EA activa supone el ejercicio continuo de la participación y de la cooperación, de ser un ciudadano que debe comprometerse con su sociedad, participar en la vida de la comunidad, interesarse por sus problemas y aceptar el diálogo y el juego democrático. Una buena forma de iniciación en la práctica democrática es aprender a definir colectivamente las estrategias en un proyecto ambiental y saber comunicar, a la comunidad educativa primero y a la política después. La dimensión acción implica el dominio de una serie de aptitudes, entre las que debe incluirse prioritariamente la capacidad de informar,

argumentar, exponer, procedimientos prioritarios del sistema educativo.

La resolución de problemas como propuesta didáctica para la acción ambiental en el conjunto de pasivos ambientales de la microcuenca del Río Seco del corredor Paraíso –Puerto Ceiba. Como en el proceso educativo no existe conocimiento sin interés, la construcción de los conceptos ambientales tiene que surgir de una vinculación con las necesidades y expectativas de sus protagonistas. Sólo existe verdadero "aprendizaje" cuando dicho proceso aparece como respuesta a unos deseos, cuando surge como algo con significado personal, que afecta tanto al intelecto como a la personalidad diversa de cada sujeto. El acto de aprendizaje o "empatía" es uno de los procedimientos de mayor riqueza educativa en la didáctica de las ciencias sociales y lo debe ser igualmente en EA. Supone el desarrollo de la capacidad de comprender tanto el pasado como el futuro en su contexto real; cuando la vida se descontextualiza aparece la realidad virtual.

La EA debe acercarse a los problemas reales, a los que tocan las necesidades y deseos de los pobladores del planeta. Una EA con proyección en el desarrollo de aptitudes para la resolución de problemas se propone, ante todo, enlazar pensamiento con acción. Para ello es preciso ayudar a las personas a preguntarse de forma permanente sobre los orígenes de los problemas ambientales, a realizar una búsqueda personal, activa, de aquellas situaciones que hasta el momento siquiera se creía afectaban el MA.

El problema puede encontrarse en el entorno o en espacios lejanos, puede ser del pasado o del futuro, pero siempre debe ser el centro de interés que aglutine conceptos ambientales y unos procedimientos ajustados, que clarifique valores tienen que sujetarse a

los siguientes principios.

Nivel inicial: Saber identificar los diferentes elementos del sistema y de las leyes que regulan las interacciones, situar el problema concreto entre esos elementos. *Nivel intermedio:* Conseguir realizar un modelo de cómo evoluciona el sistema en su conjunto, y *Nivel final:* Utilizar ese modelo de funcionamiento para la toma de decisiones.

Partir de situaciones que afecten la vida real de las personas que interactúen en los diferentes sectores de la sociedad, para trascender a la dimensión ambiental. Cualquier situación que afecte la vida diaria es factible de una dimensión nueva, más compleja. El análisis activo de una situación de la vida real puede conducir al descubrimiento de una realidad plagada de contradicciones, ocultamientos y que tiene multitud de conexiones con realidades y espacios diferentes. En un primer análisis casi siempre aparecen las apariencias de los problemas, o las consecuencias en vez de las causas. Las conexiones e implicaciones espaciotemporales deben ser necesariamente descubiertas antes de hacer el planteamiento del problema.

No olvidar nunca el pensamiento sobre el medio ambiente y el largo plazo de los desajustes ambientales, de las relaciones agresivas con el ecosistema. Pero así como ningún problema ambiental se manifiesta a corto plazo, las soluciones no deben olvidar la media y larga duración, tanto en la vida humana como en la de los ecosistemas; los problemas de fondo se van gestando lentamente aunque puedan tener una aparición súbita. (López-Hernández 2000 y 2003).

Aprender a articular escalas. Los pequeños problemas -los de la escala micro, los cotidianos- se inscriben en otros más amplios que

son los más importantes. Es primordial ir adquiriendo la conciencia de las correlaciones que existen entre los fenómenos concretos, las situaciones y los diversos parámetros. En una palabra, conseguir identificar y jerarquizar los conflictos ambientales y articulados en la totalidad del sistema. Los conflictos, incluso los de apariencia puramente ecológica, tienen que ver siempre con imperativos derivados del subsistema socioeconómico y político: gestión de los recursos, procesos de ordenación y planificación.

Metodología

Para la construcción del modelo se desarrollaron tres etapas (figura 1) y se sistematizaron los resultados del diagnóstico socio-ambiental de la microcuenca del río Seco mediante los elementos planteados para la Educación Ambiental que inciten a una gestión eficaz del ambiente para elaborar modelos y planes de restauración ambiental de sitios afectados. (López-Hernández, 2000).

Objetivo general

Analizar las condiciones socio-ecológicas para desarrollar un modelo educativo enfocado al marketing para la participación social y el mejoramiento de la calidad del sistema.

Resultados

El río Seco es una microcuenca exorreica en la cual la humedad drenada por sistemas de corriente llega al mar por vía superficial, y por el orden de su corriente perenne es una microcuenca de primer orden, ya que no tiene tributarios.

Mediante el análisis socio-ambiental mediante y de la calidad fisicoquímica de la Microcuenca del Río Seco en el corredor poblacional Paraíso-Puerto Ceiba con los datos de un sistema de información geográfica (SIG) y la caracterización puntual fisicoquímica y bacteriológica del cauce entre las lagunas Las Flores y

Mecoacán, la desembocadura de la Barra de Dos Bocas hacia el Golfo de México permitió plantear un modelo socio-ambiental basado en la educación ambiental y el mejoramiento de los servicios ambientales los cuales se refieren en el cuadro 1.

Los elementos ambientales del área estudiada, definen áreas ocupadas por cuerpos de agua, cocoteros, pastizales, manglares, zonas urbanas en crecimiento, carreteras, entre otros. Las imágenes de la figura 1 resumen los elementos que han generado contaminación y cambio ambiental mediante fuentes puntuales y no puntuales, y el registro fotográfico de las estaciones de muestreo seleccionadas muestra los factores ambientales de importancia.

La caracterización fisicoquímica y microbiológica del Río Seco reflejaron un alto grado de contaminación con características de un agua residual con altas concentraciones de DBO₅, ya que sobrepasan los 120 mg/l, concentración que a criterio de la Gerencia de Saneamiento y Calidad del Agua (Ley de Aguas Nacionales, 1992), le confiere el estatus de fuertemente contaminada, esto tomando como base el parámetro citado, siendo la descripción dada para ella la siguiente: aguas residuales con fuerte impacto de descargas de aguas residuales crudas municipales y no municipales.

Como consecuencia de lo anterior se registran bajas concentraciones de oxígeno disuelto en el agua (0.0 a 2.1 mg/l), lo cual se interpreta como un cuerpo de agua anóxico o anaerobio, situación que se presenta en prácticamente toda la sección estudiada, por consiguiente la alta carga orgánica de fósforo y amonio demuestran que la contaminación proviene de las descargas de aguas residuales de la zona urbana de Paraíso.

Los valores de Coliformes Totales reflejan datos extremadamente elevados y prácticamente en su totalidad se trata de Coliformes Fecales (Figura 3). El estudio reveló que se trata de un cuerpo de agua salobre, con influencia de la salinidad marina, debido a su relación hidrológica con el Golfo de México, pero llama mucho la atención los valores de salinidad mayores a 35 00/100 ó 35,000 ppm (salinidad promedio del mar), para el río Seco, se detectaron en cuatro estaciones de muestreo concentraciones cuyos valores registrados estuvieron comprendidos entre 42,000 y 50,000 ppm, la cercanía de estos sitios con la zona industrial del Puerto de Dos Bocas, indican que la fuente de contaminación por sales y metales pesados.

La calidad del agua del Río Seco presenta características típicas de un agua residual mixta (doméstica e industrial, se trata de un ecosistema acuático con un alto grado de contaminación fisicoquímica y biológica). En el caso de los metales las concentraciones de elementos como Cromo, Cadmio, Zinc en la columna de agua y en sedimentos rebasan el máximo permisible para la protección de la vida acuática. El Arsénico, Plomo, Cromo, Cadmio, y Níquel es propiciado por las descargas continuas y perennes que recibe la microcuenca por descargas de agua industriales y domésticas. La comparación de nuestros resultados con otros anteriormente realizados son similares en torno a las condiciones fisicoquímicas y bacteriológicas del Río Seco (CIMADES-UJAT, 2002).

Plan de Mejoramiento Ambiental de la Microcuenca del Río Seco: Los planteamientos, los procesos de identificación y las soluciones deben ser el resultado de una participación democrática y no resultado de un encuentro personal. (López Hernández, 2000 y 2003). Es la mejor forma de atinar con la dimensión correcta del

problema porque se ejercitan procedimientos de comunicación y se suscitan valores como el respeto a la diversidad, la tolerancia, la solidaridad, actitudes de cooperación y aceptación de la relatividad del pensamiento. La relación democrática supone participar en grupo diverso cultural, económica y biológicamente. Como establecer agrupamientos socialmente contrastados es muy difícil, habría que intentar, al menos, organizar grupos de aprendizaje para poder elaborar análisis de problemáticas ambientales desde ópticas diferenciadas.

La solución a problemas ambientales en la microcuenca del Río Seco depende intrínsecamente de diferentes órdenes de Gobierno, de Jurisdicción Federal, Estatal y Municipal, donde el orden democrático corresponde a distintos partidos políticos en el poder, pero cultural y biológicamente la esencia es la misma todos actúan en una misma solidaridad ante la solución de un problema ambiental, actitudes de cooperación y aceptación de la relatividad del pensamiento. En el fondo de un problema subyace siempre un conflicto. Todos los problemas ambientales, aunque en apariencia afecten realidades naturales, tienen siempre una dimensión social. Éste es el gran error de las visiones técnicas que esconden siempre falsas neutralidades. No existen profesiones neutras o no comprometidas. En este planeta todos sus pobladores están implicados en el mantenimiento de la vida y esto, siempre, supone una toma de postura. Las situaciones conflictivas exigen respuestas adecuadas, que deben ser sopesadas tras una correcta información, negociación y dialogo (López-Hernández, 2003).

Estos principios que deben orientar la acción educativa en general, tienen especial importancia cuando se trata de la for-

mación inicial del profesorado para la educación ambiental. Situar toda la formación en la perspectiva de resolución de problemas permite articular sus contenidos conceptuales y sus teorías y hechos en una interacción constante con los agentes que, como una red invisible, envuelven la vida cotidiana y con quienes deben interactuar para encontrar la solución de los problemas. Las formulaciones puramente teóricas, si no desembocan en el saber-hacer, no cumplen los objetivos últimos de la EA. Por eso, además de una información conceptual, se precisa de una formación técnica que permita evaluar el alcance de los problemas y adquirir una cierta capacidad prospectiva ante los requerimientos presentes.

Dados los problemas de contaminación y falta de motivación para la participación social en la resolución de problemas socioambientales, se desarrolló el Programa de Educación Ambiental para la Microcuenca del Río Seco, dicho plan fue desarrollado mediante un modelo dinámico de intervenciones educativas aplicables en diferentes contextos y con personas de distintas edades. El modelo construido se expone en la figura 3 de manera sintética en un diagrama funcional. El estado actual de la contaminación reflejada en el río Seco es reversible, aplicando el modelo de este programa educativo y otras acciones para su restauración ambiental. Estas medidas deberán estar regidas por los resultados de la modelación ambiental basados en datos fisicoquímicos y sistemas de información geográfica, dando como resultados los escenarios ambientales futuros, fundamentados en la evaluación sistemática de imágenes históricas, a través del programa IDRISI para el modelamiento ambiental de la microcuenca incluyente de la sección del río Seco localizado en Paraíso, Tabasco.

Conclusiones

1. El tipo de Educación Ambiental será en dos vertientes: Informal (letreros alusivos, volantes, etc.); y Educación no formal que involucre actividades curriculares a diferentes categorías educativas (preescolar, básica, media básica, media superior y superior).

2. Los promotores deberán ser la población local de la cabecera municipal de Paraíso, Villa Puerto Ceiba y las comunidades rurales Las Flores, Dos Bocas, con la inclusión de API Dos Bocas S. A. de C. V., el H. Ayuntamiento de Paraíso, industrias y PEMEX.

3. La adecuación de alguna de las partes del modelo deberá ser corregida y actualizada tras una rigurosa evaluación de sus intervenciones.

4. La actualización del diseño del modelo hará que las metas educativas sean alcanzadas.

5. El proyecto deberá ser a un modelo que se extienda, encontrando nuevos actores participantes en los diferentes contextos y con actividades de aprendizaje adecuadas a tales circunstancias.

Bibliografía

1. FERRER SÁNCHEZ, M. I., E.S. LÓPEZ-HERNÁNDEZ, R. G. BAUTISTA MARGULIS, A. VÁZQUEZ BOTELLO, Y G. LÓPEZ OCAÑA. 2014. Análisis temporal y prospectivo de los cambios socio-ambientales en la microcuenca del río Seco en Paraíso (Tabasco) sobre la planicie costera del Golfo de México. p 935-958 En: A. V. Botello, J. Rendón, J. Benítez y G. Gold B. Contaminación e impacto ambiental: diagnóstico y tendencias. UAC, UNAM-ICMYL, CINVESTAV-Unidad Mérida. 1176 p. ISBN 978-607-7887-71-3
2. LÓPEZ-HERNÁNDEZ E.S. 2000. Investigación universitaria para el desarrollo sustentable: la educación ambiental no formal en río Playa, Comalcalco, Tabasco. Antología. La educación superior ante los desafíos de la sustentabilidad. La investigación universitaria (3):163-201
3. LÓPEZ-HERNÁNDEZ E.S. 2003. Educación ambiental. Apuntes y recomendaciones didácticas para el desarrollo sustentable. Colección José N. Roviro

sa. Biodiversidad, Desarrollo Sustentable y Trópico Húmedo. 1ª. Edición. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 179 p.

- PNUD-UJAT, 2003. Informe del proyecto Conservación de la Biodiversidad y de la Calidad de las Aguas Fluviales para el Desarrollo Sustentable del Municipio de Paraíso, Tabasco. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). H. Ayto. de Paraíso. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México. 220 p.



Figura 1. Metodología



Figura 2. Imágenes de los problemas socio-ambientales del río Seco

EJE TEMÁTICO	AREA	PROBLEMAS	CAUSAS	POSIBLES SOLUCIONES
RECUPERACIÓN	BIOLOGICA	EXTINCION DE ESPECIES	PERDIDA DE HABITAT	CONSERVACION DE ESPECIES EN PELIGRO DE EXTINCION (CON PLAN DE MANEJO)
SERVICIOS AMBIENTALES	CUERPOS DE AGUA	DESCARTES DE RESIDUOS SÓLIDOS	CONTAMINACION POR AGUA RESIDUAL	PLAN DE MANEJO DE CUERPOS DE AGUA PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL AGUA
SISTEMAS DE PRODUCCION	AGRO INDUSTRIAL	CONTAMINACION DEL AGUA	DESCARTES DE RESIDUOS SÓLIDOS	CONSERVACION Y APLICACION DE BUENAS PRACTICAS AMBIENTALES

ESPECIES AMENAZADAS	PERDIDA DE BIO - DIVERSIDAD	<ul style="list-style-type: none"> 1) ADOLESCENTES DE LA ESPECIE 2) TALA SIN CONTROL 	<ul style="list-style-type: none"> 1) EXTINCION 2) UTILIZACION DEL MADERE PARA FABRICAR CARBON CLASISTENO 	<ul style="list-style-type: none"> 1) CONSERVACION 2) REPRODUCCION DE ESPECIES 3) ALTERNATIVAS DE PRODUCCION Y DESARROLLO COMUNITARIO
ECOSISTEMAS Y ESPECIES	CONSERVACION	<ul style="list-style-type: none"> 1) POCOS HABITAT 2) DISTRIBUCION DE TITANOS DE AGUA 	<ul style="list-style-type: none"> 1) TALA POR CRECIMIENTO URBANO 2) EXCESO DE RESIDUOS POR INCORRECTOS 	<ul style="list-style-type: none"> 1) APLICACION DE MANEJOS ECOLOGICOS RACIONALES Y LEGALES 2) AUMENTAR LA LIMPIEZA Y ORDEN DE ZONAS DE ESTABLECIMIENTO
CONOCIMIENTOS TRADICIONALES	SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> 1) EXPOSICION DEMOGRAFICA 2) ACTIVIDADES QUE CONTAMINAN 	<ul style="list-style-type: none"> 1) INMIGRACION DE CONTAMINANTES 2) SERVICIOS INDUSTRIALES PARA PENEAS 	<ul style="list-style-type: none"> 1) CONCIENTIZACION DE LA POBLACION PARA CORTAR SUELO 2) PROMOVER LA APLICACION DE LEYES AMBIENTALES, REGULAMIENTOS Y NORMAS APLICABLES
DESARROLLO SUSTENTABLE	ECONOMICO	<ul style="list-style-type: none"> 1) POCOS HABITAT 2) TALA SIN CONTROL 	<ul style="list-style-type: none"> 1) TALA POR CRECIMIENTO URBANO 2) DEMANDA DE MADERA PARA CONSTRUCCION Y MOBILIARIO 	<ul style="list-style-type: none"> 1) APLICACION DE MANEJOS ECOLOGICOS RACIONALES Y LEGALES 2) AUMENTAR LA LIMPIEZA Y ORDEN DE ZONAS DE ESTABLECIMIENTO 3) PROMOVER EL TURISMO Y LA AGRIICULTURA ECOLÓGICA Y RESPONSABLE

Cuadro 1. Matriz de problemas socio-ambientales

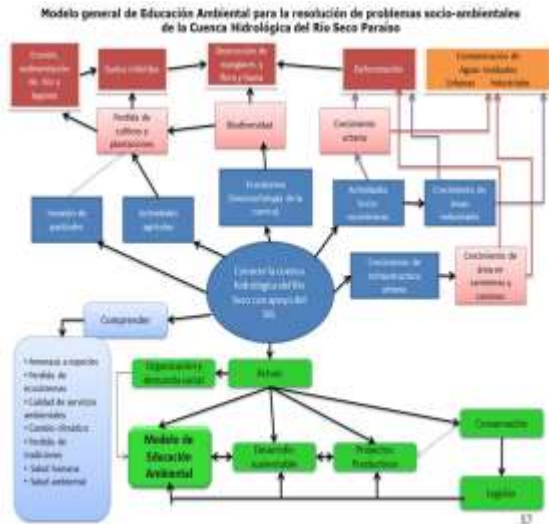


Figura 3. Modelo basado en López Hernández, 2003 y Ferrer *et al.* 2014

Propuesta de modelo de evaluación e intervención en violencia y acoso escolar en etapa preescolar

Ma. Trinidad Fuentes Alvarez¹, Catherine Bracqbien Noygues¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

Resumen

Introducción: Las situaciones que viven los infantes de preescolar como *cambio en los roles familiares, madres que trabajan, ausencia presencial* (L.P. Martínez, 2007), y violencia en su comunidad y entorno escolar (Castro, 1997), se ha enraizado en las conductas infantiles, cambiando a la agresión como alternativa de convivencia. **Objetivo:** Implementar un Programa de evaluación e intervención en violencia y acoso escolar en etapa preescolar. **Método:** Diseño: se realizó una intervención de tipo mixto: Cuanti-cualitativa. Población: Niños asistentes al CENDI Marina Cortázar del DIF Tabasco. Muestra: 3 grupos de 1er grado de Preescolar y 2 grupos de 2º grado. Procedimiento: 1º Semana se realizara un acercamiento de observación. 2º Semana se realizara la Intervención con las actividades ya diseñadas. **Resultados:** Niños que tratan de llamar la atención de la maestra, logrando que los demás compañeritos hagan lo mismo. Como retroalimentación: “cuando aciertan son felicitados con aplausos, mientras los que no lograban con existo la actividad eran abucheados” Los niños comentan las conductas que realizan en su casa “N1 y N2 estaban platican-

do de ir a tomar cerveza, a los 14 min N2 también andaba comentando y diciéndole a otros compañeros que si irían a tomar. Las conductas llegan a la agresión “N3 estaba sentado alado de otro compañero, el cual se paró por un momento para ver un revista y N3le quito la silla y el otro niño se cayó”. **Conclusiones:** Es necesario comprender que la violencia no se puede desaparecer pero si revertirla, cambiando los paradigmas educativos hacia otros más formativos, centrados en el humanismo personalista y autogestión social; es decir, cambiar a la persona desde dentro para que se proyecte en sus entornos próximos como alguien accesible, donante hacia los demás.

Palabras claves: Violencia escolar, edad preescolar.

Introducción

La violencia en la escuela es un tema de gran preocupación por su creciente presencia en este ámbito. El programa de educación preescolar destaca que se expresa de varias formas, no solamente con golpes, heridas, robos o vandalismo; en el interior de las escuelas ocurre cuando se ataca la libertad de expresión de los alumnos, su libre movimiento o se atenta contra la dignidad; cuando se les impone quedarse sentados por horas, permanecer callados y “atentos”, cuando se les limita su capacidad de soñar e imaginar. SEP (2011: 152).

La violencia en la escuela vista desde esta perspectiva, cuestiona y replantea que la prevención se dirija sólo a disminuir la violencia directa, en virtud de que se ha de atender también la estructural, a través de la construcción de relaciones humanas basadas en la justicia social, la equidad y la autorrealización, lo cual implica eliminar prejuicios que justifican la injusticia y la exclusión social. (Galtung, 1990 en Carbajal, 2013).

El nivel de educación preescolar es una etapa de formación de los niños que puede contribuir a prevenir la violencia; existe una agresividad normal que, bien canalizada, permite a los niños afirmarse, superarse y salir adelante en lo que emprenden; pero a menudo se la confunde con la violencia destructiva que perjudica la adaptación y el desarrollo. La agresividad es normal, es una

pulsión de vida adaptada a ciertos contextos. Cuando se mantiene dentro de ciertos límites, esta energía vital asegura nuestra supervivencia. La educación no pretende eliminar esta energía, sino canalizarla y hacerla útil. La agresividad se presenta en los primeros años de vida, pero se desaprende a medida que los niños descubren cómo expresar sus necesidades y sus frustraciones, respetándose a sí mismos y a los demás. En la gran mayoría de los niños disminuyen los comportamientos agresivos gracias al lenguaje y a una orientación adecuada (Bourcier, 2012).

Origen del abuso y violencia escolar: juego o realidad en la edad preescolar y en el espacio educativo.

El juego es importante porque les otorga a los niños el desarrollo de competencias sociales y autorreguladoras por las múltiples situaciones de interacción con otros niños y con los adultos.

A través del juego los niños exploran y ejercitan sus competencias físicas, afectivas y convivenciales, al tiempo que idean y reconstruyen situaciones de la vida social y familiar en las cuales actúan e intercambian papeles.

Ejercitan también su capacidad imaginativa al dar a los objetos más comunes una realidad simbólica distinta y ensayan libremente sus posibilidades de expresión oral, gráfica y estética.

Uno de sus procesos cognitivos que se desarrollan con el aprendizaje lúdico según Piaget, es la **IMITACIÓN**, que es la capacidad para aprender y reproducir las conductas (simples y complejas) realizadas por un [modelo](#) (López Chamorro, I. 2014).

En la imitación se involucran los procesos cognitivos, afectivos y conductuales. El niño imita todo lo que está a su alcance. En el [juego](#) el niño reproduce o representa las actividades de quienes lo

rodean: padres, maestros, hermanos, [amigos](#); le gusta representar papeles más que ser el mismo (Martínez, 2013).

Al mismo tiempo, la inmadurez de esta competencia, le inhibe la intencionalidad propia a sus actos, pues las construcciones morales complejas de bueno y malo aunque comprensibles de forma, no son asimiladas en el fondo por el infante.

En esta etapa se debe tener precaución porque el aprendizaje por imitación (modelaje de Skinner), está presente y pudiera ingresar a los pequeños de preescolar a formas incipientes de violencia y acoso escolar, pero solo como reflejo de su proximidad (mediante el juego), en situaciones no intencionadas; muy distintas a como se pueden vivir a partir del 4º grado de primaria o en el nivel secundaria (Del preescolar a Secundaria: El Bullying, 2011).

Objetivos

General: Implementar un Programa de evaluación e intervención en violencia y acoso escolar en etapa preescolar

Específicos:

1.- Realizar la observación de los niños en su entorno natural, para fijarse en las relaciones de equilibrio o desequilibrio que se establecen entre ellos;

2.- Evaluar la aplicación de material didáctico diseñado para detectar violencia escolar en niños preescolares.

Método

Diseño: se realizó una intervención de tipo mixto: Cuantitativo y cualitativo

Población: Niños asistentes al CENDI Marina Cortázar del DIF Tabasco

Muestra: 3 grupos de 1er grado de Preescolar y 2 grupos de 2º grado

Procedimiento: Se capacito 13 estudiantes de la Licenciatura de Psicología, los cuales han cursado las materias de Metodología, Metodología Cuantitativa y Metodología Cualitativa, además de Desarrollo infantil, los cuales realizan un Programa Piloto.

1° Semana se realizara un acercamiento de observación de dos días de una a dos horas. (Con los que aplicaron las actividades lúdicas, en las Salas ya determinadas).

2° Semana se realizó la intervención con las actividades ya diseñadas, en una sola sesión.

Resultados

FASE DE OBSERVACIÓN:

A partir de las observaciones realizadas y entrevistas con docentes se encuentran conductas de:

Niños que tratan de llamar la atención de la maestra, con gritos, molestando a otros compañeros o desordenando material, los niños logran que los demás compañeritos hagan lo mismo. La maestra les llame la atención, como modo de control.

Se detectan niños muy inquietos que incluso: “no obedecen a la maestra, molestan a sus compañeros”

Otros compañeros imitan estas conductas pudiéndose llegar al desorden.

Llama la atención la forma de retroalimentación: “cuando aciertan son felicitados con aplausos, mientras los que no lograban con existo la actividad eran abucheados” e incluso son separados del resto del grupo. Se logra detectar además a niños que asumen el rol de líderes “comienza con el desorden y los demás les siguen

Los niños comentan las conductas que realizan en su casa “N1 y N2 estaban platicando de ir a tomar cerveza, y le pregunte N1 que

si ya había tomado y él me contesto que sí que su papá le había dado, a los 14 min N2 también andaba comentando y diciéndole a otros compañeros que si irían a tomar”

Las conductas llegan a la agresión “N3 estaba sentado alado de otro compañero, el cual se paró por un momento para ver un revista y N3le quito la silla y el otro niño se cayó, esto se repitió dos veces más. Los otros niños se rieron y a pesar de que la cuidadora le llamo la atención lo realizo otra vez.

FASE DE INTERVENCIÓN:

APLICACIÓN DE MATERIAL DIDÁCTICO: LOTERÍA

En la aplicación de material didáctico, que consiste en una

LOTERÍA

Objetivo: Enseñar a los niños mediante el juego de la lotería que aprendan a diferenciar el maltrato escolar. A través de esta técnica.

Duración: De 20 a 30 minutos.

Material: Tarjetas y cartas de lotería elaboradas previamente. Así como sus fichas indicadoras ya elaboradas

Desarrollo: El siguiente juego denominado lotería, tiene la finalidad de enseñar al infante las acciones que se presentan en el aula, por cuestiones de desacuerdos entre los mismos, a través de imágenes que las representan.

PASO 1: Se reparte a cada uno de los pequeños una tarjeta de lotería, así como sus indicadores (caritas felices y tristes).

PASO 2: Explicándole que se van a ir pasando una a una las cartas, y cuando ellos tenga una figura de las que pasan en su tarjeta, deberán poner un indicador a esta.

PASO 3: El profesor, pasará una a una las cartas, dando tiempo a que pongan su indicador en el lugar que crean correcto

PASO 4: En el momento que tengan todas sus figuras señaladas, el pequeño alzará su mano anunciando que ya concluyó el juego.

PASO 5: En cada caso necesario, se retroalimentara al pequeño.

Se puede observar que cognitivamente logran comprender las imágenes y las frases logrando establecer cuáles son conductas “apropiadas o inapropiadas”, incluso dan ejemplos de situaciones como compartir o morder pero a pesar de eso en la cotidianidad estos parámetros no se asumen como lo demostrado en las observaciones realizadas.

Al mostrarles las imágenes, dependiendo de las acciones, ellos determinaban, “Eso se debe hacer”, “Eso no se debe de hacer”,

pero llama la atención que al momento de verlas, se ríen y empiezan acusarse entre sí “el sí lo hace”, etc.

Conclusiones

Es necesario comprender que la violencia no se puede desaparecer pero si revertirla, cambiando los paradigmas educativos hacia otros más formativos, centrados en el humanismo personalista y autogestión social; es decir, cambiar a la persona desde dentro para que se proyecte en sus entornos próximos como alguien accesible, donante hacia los demás, en cuanto a la investigación es evidente que estamos en fase inicial, (Avance de 45%) por lo cual se proponen como tareas, la realización fase donde se integraran los temas:.

- Fomentando las Habilidades Sociales Positivas y las Relaciones con los Pares.

- El Desarrollo de Habilidades para la Resolución de Conflictos.

- Las Formas en que los Niños Responden a los Conflictos.

- Habilidades Sociales Claves para la Resolución de Conflictos.

- Pautas de Enseñanza:

- Enseñe Habilidades Apropriadas para el Nivel de Desarrollo.

- Ayude a los Niños a que Entiendan sus Sentimientos Fuertes.

- Estimule las Habilidades de Escucha y Comunicación.

- Ayude a los Niños a Lograr Autocontrol.

- Realice Prácticas para Generar y Conectar Soluciones y sus Consecuencias.

- Enseñe a los Niños a Evaluar de Manera Crítica las Consecuencias Violentas y las No Violentas.

Bibliografía

1. Bourcier, S. (2012). *La agresividad en los niños de 0 a 6 años*. Madrid, Narcea, pp. 109-148.
2. Carbajal, P. (2002) Agresividad, violencia y convivencia. Dto. de trabajo Diplomado Convivencia escolar. [Del preescolar a Secundaria: El Bullying](http://preessec-bullying.blogspot.com) (2011) <http://preessec-bullying.blogspot.com>

3. López Chamorro, I. (2014) *El juego en la educación infantil y primaria* — ISSN : 1989-9041, *Autodidacta* © <http://educacioninicial.mx/wp-content/uploads/01/JuegoEIP.pdf>
4. Martínez Pérez, s (2013). El juego como estrategia didáctica para aprender a convivir en el Jardín de niños. Tesina, Universidad Pedagógica Nacional, SEP, México, D.F.
5. SEP (2011). Prevención de la violencia en educación preescolar. http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/rc/programas/lepreieb/prevencion_de_la_violencia_en_educacion_preescolar

La mercadotecnia social y las organizaciones de defensa de los consumidores: una aproximación teórica

Dr. José Alonzo Sahui Maldonado¹

¹Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Autónoma de Campeche (México)

RESUMEN

Ante los embates del consumismo, término con el cual se designan los excesos en el consumo de bienes y servicios de nuestra sociedad actual, ha surgido un movimiento social conocido como *consumerismo*, que tiene como principal objetivo la práctica de un consumo responsable, así como la defensa de los ciudadanos con respecto a los abusos de las grandes empresas. Esto se debe, entre otras cosas, al hecho de que el consumo no es una actividad que solamente se limita a la satisfacción de las necesidades básicas de una persona. En el consumo, hay de manera implícita una serie de valores simbólicos de carácter socio-cultural que hacen de esta actividad —el consumir— algo bastante complejo. Derivado de lo anterior, el presente trabajo se plantea abordar un elemento específico del *consumerismo*, el cual se refiere a la manera en que se organiza la sociedad civil en la defensa de sus derechos como consumidores. Asimismo, se incluyen algunos ejemplos de cómo operan estas organizaciones de consumidores en diferentes países, enfatizando nuestro análisis en el caso de la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), organismo público que en nuestro país, prácticamente monopoliza todas las actividades en materia de defensa de los consumidores.

Palabras clave: Mercadotecnia social, Consumismo, Consumerismo.

Introducción

El binomio consumismo y mercadotecnia

El consumismo nació como resultado de la llamada segunda revolución industrial (1870-1914). Al mismo tiempo, surgieron en el mundo empresarial nuevas técnicas de manejo comercial e industrial que, apoyadas en el desarrollo científico y tecnológico, deri-

varon en la aparición de los sistemas actuales de administración y mercadotecnia que en la actualidad utilizan prácticamente todas las empresas. En este sentido, no es descabellada la hipótesis que sostiene que el fenómeno consumista es paralelo al desarrollo de la mercadotecnia y que éstos dos “elementos” interactúan y se retroalimentan mutuamente. Así pues, algunas de las críticas más comunes que hace la sociedad actual a las prácticas mercadológicas son las siguientes:

1. El aumento de los precios: esto, debido principalmente a los altos costos de distribución, a los excesivos gastos de publicidad y promoción de ventas y, sobre todo, a los márgenes excesivos de ganancias.
2. Prácticas engañosas: éstas pueden referirse a los precios, a las promociones y al empaque del producto; como por ejemplo, ventas de alta presión y/o de productos de mala calidad e inseguros
3. Obsolescencia planeada: esto significa que hay algunos fabricantes y mercadólogos que hacen que sus productos se vuelvan obsoletos antes de que sea verdaderamente necesario cambiarlos.
4. Materialismo excesivo: es cuando existe un interés excesivo por los bienes materiales. A la gente se le juzga por lo que tiene y no por lo que es.
5. Deseos falsos: esto quiere decir que el interés por las cosas no se ve como un estado natural del ser humano, sino como algo creado por la mercadotecnia.
6. Contaminación cultural: significa que los sentidos de los consumidores son atacados constantemente por la publicidad. Es-

tas interrupciones, por medio de anuncios y comerciales, interfieren sin cesar en la conducta

7. Poder político excesivo: es la relación tan estrecha entre la política y los negocios. Misma que aumenta de manera proporcional al tamaño e influencia de la empresa que lo detenta.
8. Por este tipo de críticas, desde mediados del siglo XX se organizaron muchos grupos de consumidores y se comenzaron a aprobar leyes de protección al consumidor en varios países, principalmente Estados Unidos y Europa. A este movimiento de los consumidores, que en la actualidad ha sido difundido a escala internacional, se le conoce como *consumerismo*, y se define como un “movimiento organizado por de ciudadanos y del gobierno para proteger los derechos de los compradores y reforzar su poder frente a los vendedores” (Kotler, 1994:686).

Así, observamos que “al finalizar el milenio surgen varios movimientos sociales dentro de la denominada sociedad civil. Entre ellos sobresale el de la defensa del consumidor. Los Estados, como respuesta a estos movimientos, han intervenido para crear una legislación propicia a los requerimientos, incluso dentro de los planteamientos capitalistas de la economía de libre mercado. El objetivo es defender al ciudadano, el punto más débil de la cadena del consumo, de los abusos de los productores, distribuidores, vendedores y publicistas (Cebrián, 1997:204-205).

Desarrollo

¿Por qué es necesario que la sociedad civil se organice?

Aunque aparentemente un mayor nivel de competitividad y un mayor número de opciones de compra debe traducirse en la obtención de productos de mejor calidad ó mejor precio, esto no siempre es así. Esto se debe, en gran medida, a una falla de los mercados,

conocida por los economistas como *asimetría de la información*, es decir, el hecho de que los productores y/o proveedores de un bien o servicio casi siempre poseen más información que el consumidor, lo cual los coloca en una posición ventajosa.

Para tales efectos, la respuesta de los consumidores ante este problema se ha traducido en una serie de movimientos de organización de los consumidores, conocido como *consumerismo*. El origen de estos movimientos fue Estados Unidos –curiosamente el país que según Jean Baudrillard es el ejemplo más claro de la sociedad de consumo- y la lógica de su gestación se dio como respuesta a los resultados obtenidos por investigadores de la conducta como Ernest Dichter, James Vicary, Pierre Martineau, Charles Cannell y Wroe Alderson, entre otros, quienes desarrollaron mecanismos para aplicar técnicas motivacionales en la investigación de los “por qué” de las reacciones del consumidor ante los efectos de la publicidad (Ferber y Wales, 1960).

En este sentido, el hecho de considerar posible la manipulación de los consumidores debido a los avances en las técnicas publicitarias, así como el desarrollo de tecnologías de fabricación derivados de prácticas dudosas, derivó en la creación de organismos de defensa y protección al consumidor en diferentes partes del mundo, como se presenta en la siguiente tabla, la cual no es –ni pretende ser- de ninguna manera exhaustiva. Asimismo, cabe mencionar que en esta lista se incluyen tanto organizaciones civiles como organizaciones gubernamentales.

Tabla 1 Principales Organismos de Defensa y Protección al Consumidor

Año de creación	Nombre del organismo	País de origen
1899	Liga Nacional de Consumidores	Estados Unidos
1929	Consumers Research	Estados Unidos

1936	Consumers Union	Estados Unidos
Década de los 50's	European Testing Group (en 1990 se transformó en International Testing)	Alemania, Bélgica, Holanda y Reino Unido
1950	Consejo Norteamericano de Intereses del Consumidor	Estados Unidos
1953	Consumenten bond	Holanda
1960	Consumers International	Agrupación de 115 países
Década de los 60's	Federación de Consumidores de América, Ciudadano Público y Grupo de Investigación del Interés Público	Estados Unidos
1960	Consejo Nacional del Consumo	Francia
1966	Instituto Nacional del Consumo	Francia
1976	Instituto Nacional del Consumidor y Procuraduría Federal del Consumidor (se fusionaron en 1992)	México
1985	Consejo Nacional de Defensa del Consumidor	Brasil
1987	Instituto Brasileño de Defensa del Consumidor	Brasil
1995	Asociación de Consumidores del Mercosur	Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay

FUENTE: Elaboración propia.

En este mismo orden de ideas, cabe señalar que Anwar Fazal – uno de los más grandes conocedores del tema del *consumerismo* y expresidente de la IOCU, antecesora de Consumers International al analizar las orientaciones que han tenido las organizaciones de consumidores estableció cuatro modelos básicos (Lomelí, 1997):

1. *El liberal*; que se funda en la creencia de que no hay un error fundamental dentro de la sociedad y que sólo existen desequilibrios entre productores y consumidores, así como que el *consumerismo* es una fuerza compensatoria de dichos desequilibrios que conduce a una mayor transparencia del mercado y a una competencia real; se apoya mayormente en el concepto de prueba comparativa.

2. *El crítico*; que entiende al consumo como el elemento más importante de la economía y que por lo mismo debe ser analizado críticamente, tomando en cuenta que muchos de nuestros hábitos son perniciosos y que no se puede confiar en que los negocios sean justos. Piensa que la justicia en el mercado está siempre en un

conflicto que debe remediarse, por presión de los consumidores organizados o por intervención de la autoridad. También se les ha llamado “grupos de confrontación”.

3. *El responsable*; en el que se amplía la visión del consumidor a un contexto ecológico y de calidad de vida y se pretende conducirlo a una toma de conciencia sobre los efectos sociales del consumo; en esta vertiente son particularmente importantes la conservación, la energía, la contaminación, el reciclado, etc.

4. *El radical*, que politiza su visión y contempla los problemas del consumidor como un resultado de los desórdenes sociales. Como problema toral reconoce a la injusticia social, a la explotación de las masas y a la concentración de la riqueza, por lo que sólo ve la solución en la acción política y social y en el cambio de las estructuras de producción.

El caso mexicano: la PROFECO

En México, fue hasta 1976 cuando con la aparición de la Ley Federal de Protección al Consumidor que se crearon las primeras instituciones públicas para defender los derechos de los consumidores: la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO) como entidad normativa; y el Instituto Nacional del Consumidor (INCO), como organismos promotor y capacitador de adecuadas prácticas de consumo.

Posteriormente, y debido a las circunstancias cambiantes del país, se publicó el 22 de diciembre de 1992, en el Diario Oficial de la Federación, una nueva Ley Federal de Protección al Consumidor. En esta ley se estableció que las funciones encomendadas al INCO, así como su patrimonio y la totalidad de sus recursos financieros, humanos y materiales, serían transferidos a la PROFECO.

Con esta nueva ley, la PROFECO, como dependencia federal, se planteó los siguientes objetivos (Procuraduría Federal del Consumidor, 1998:14-15):

1. Promover y proteger los derechos e intereses de los consumidores.
2. Procurar que las relaciones entre consumidores y proveedores se realicen apegadas a la ley.
3. Procurar y representar los intereses de los consumidores, mediante el ejercicio de las acciones, recursos, trámites o gestiones legales que procedan.
4. Recopilar, elaborar, procesar y divulgar información que permita al consumidor un mejor conocimiento de los bienes y servicios que se le ofrecen en el mercado.
5. Promover y apoyar la formación de organizaciones de consumidores, proporcionándoles capacitación y asesoría, y de esta manera proteger sus intereses y los de la comunidad.
6. Realizar investigaciones en materia de protección al consumidor.
7. Celebrar convenios con proveedores y consumidores (y sus organizaciones) para favorecer una relación armónica.
8. Vigilar el respeto a precios y tarifas autorizadas, así como el cumplimiento de las normas oficiales mexicanas de pesas y medidas, instructivos, garantías y especificaciones industriales.

Conclusión

Por su carácter de organismos público, cuya función es servir y orientar a la población consumidora del país, la PROFECO ha propiciado la creación de diversos instrumentos de que permiten mejorar las características de consumo de las familias mexicanas, a través del uso adecuado y objetivo de sus ingresos. No obstante, la falta de organizaciones mexicanas surgidas desde la sociedad civil deja mucho que desear; sobre todo porque los consumidores no

solamente tienen el derecho, sino también la responsabilidad de protegerse a sí mismos, si piensan que las prácticas de las empresas los están afectando.

Por otro lado, las organizaciones de consumidores creadas por la sociedad civil también se enfrentan al reto de no caer en la tentación de transformar a las personas en una suerte de rebeldes sin causa en materia de consumo; ya que esta posición no aporta soluciones a los problemas que la sociedad actual padece. Nuestra sugerencia en este sentido apunta más bien considerar que sí es posible *consumir con responsabilidad* y haciendo de nuestra relación con las fuerzas del mercado un espacio de reflexión y organización ciudadana. En este sentido, nuestras propuestas, a manera de conclusión son las siguientes:

1. Es necesario que la sociedad civil busque mecanismos y estrategias para *empoderar a la gente*, ya que aunque las organizaciones de consumidores están participando más activamente, frente a los gobiernos y a los mercados, el consumo —a final de cuentas— es una decisión personal.

2. Es necesario *que los gobiernos participen más activamente defendiendo los derechos de las personas* frente a los intereses de las grandes empresas. Las fallas actuales del sistema capitalista han terminado por demostrar que ninguno de los extremos es recomendable: ni el capitalismo voraz, ni el socialismo estatista.

3. Es necesario que la sociedad civil le exija al gobierno *políticas económicas y sociales diseñadas para servir a las personas y al medio ambiente* en el que se desarrollan.

4. Finalmente, es necesario *desarrollar una verdadera cultura de consumo que tenga como característica principal la responsa-*

bilidad social; una cultura que transforme a los consumidores en auténticos ciudadanos.

Bibliografía

1. Cebrián, M. (1997), “La rebelión de los consumidores y los usuarios: exigencias de calidad de información”, *El consumo al final del milenio*, 204-225, Ed. PROFECO, México.
2. Ferber, R. y Wales, H. (1960), *Motivaciones del consumo en el mercado*, Ed. Hispano-Europea, España.
3. Heath, J. y Potter, A. (2005), *Rebelarse vende. El negocio de la contracultura*, Ed. Taurus, España.
4. Kotler, P. (1989), *Marketing*, Ed. Prentice Hall, México.
5. Lomelí, A. (1997), “Los modelos de protección y defensa del consumidor”, *El consumo al final del milenio*, 107-118, Ed. PROFECO, México.
6. Procuraduría Federal del Consumidor (1998), *Manual de servicios al consumidor*, Ed. PROFECO, México.

Propuesta de una política pública en salud para la migración en la frontera sur

Oscar Priego Hernández,¹ Miguel A. Ramírez Martínez,¹ José Félix García Rodríguez¹

¹División Académica de Ciencias Económico Administrativas. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción. La migración de personas es un fenómeno entre sociedades que comparten una frontera. En los últimos años la región divisoria entre México y Guatemala se ha convertido en uno de los cruces más difíciles y peligrosos para los migrantes indocumentados, la mayoría provenientes de Guatemala, Honduras, el Salvador y Nicaragua debido a la ubicación de los puntos de mayor afluencia de migrantes entre estos dos países. En la frontera Sur la problemática originada por la migración crece cada día y amenaza convertirse en un problema de tipo social mayor para los países receptores como México que comparte esta frontera con Guatemala por falta de políticas migratorias integrales. Es evidente que los migrantes huyen de sus países de origen en busca de empleos y mejores expectativas de vida para su familia. Su propósito es cruzar el territorio mexicano y llegar a la frontera norte. Los efectos se reflejan en la economía, problemas sociales, políticos y de salud pública. Los grupos de migrantes son vulnerables y a este proceso se asocia los altos índices de violencia y delincuencia que padece esta región. **Objetivo:** El objetivo consiste en analizar los efectos de la migración para plantear elementos en materia de políticas públicas sobre aspectos sociales y de salud pública por la migración en la frontera de México con Guatemala. **Método:** La metodología aplicada es mixta, pero mayormente de tipo cualitativa consiste en recabar información directamente de los migrantes en la frontera Sur a su paso por México hacia los Estados Unidos mediante una guía de entrevistas. **Resultados:** Los resultados obtenidos se pueden resumirse en una frontera insegura, con altos índices de violencia y delincuencia, falta de integración económica de la región. Estos factores la convierten en una región peligrosa e insegura para lo cual se proponen

políticas públicas integrales y estrategias para atender el problema de salud pública en la frontera.

Palabras clave: Migración, desarrollo regional, políticas públicas.

Introducción

La migración de personas es un fenómeno entre sociedades que comparten una frontera. En los últimos años la región divisoria entre México y Guatemala se ha convertido en uno de los cruces más difíciles y peligrosos para los migrantes indocumentados, la mayoría provenientes de Guatemala, Honduras, el Salvador y Nicaragua debido a la ubicación de los puntos de mayor afluencia de migrantes entre estos dos países. En esta zona la multiplicidad de amenazas que enfrentan incluyendo el asalto, el robo y los accidentes, por nombrar sólo algunas, hace que esta región resalte precisamente por el alto grado de riesgo en violencia y delincuencia que presenta para los indocumentados que intentan atravesarla.

Desde hace muchos años, México y Guatemala han compartido la frontera Sur en esta región atractiva para los flujos migratorios centroamericanos. Los migrantes provienen de al menos siete países se internan en el estado de Tabasco para llegar a México, su meta es cruzar el territorio mexicano hacia los Estados Unidos.

De conformidad con datos de la OCDE, México es el segundo país más pobre en lo que respecta al PIB per cápita. Entra al nuevo siglo con un sistema nacional de salud con serios problemas de cobertura y financiamiento. La mala percepción de la sociedad de que la atención y la calidad de los sistemas de salud pública que ofrece el gobierno ha hecho que buena parte de la cobertura está ahora en manos del sector privado donde la cobertura es poca, limitada y casi sin regulación.

Por lo tanto, la problemática que se analiza es compleja ya que implica que una buena parte de la población no cuenta con acceso

a los servicios de salud por falta de recursos. El sistema nacional de salud necesita reformarse de manera integral para lograr en el corto plazo incrementar la cobertura de atención a la salud para todos los mexicanos y de esta forma mejorar los indicadores del gasto en salud que hoy todavía son inferiores a los países latinoamericanos. El objetivo de este trabajo es analizar la estructura del gasto en salud de México en relación a los demás países de la OCDE para realizar propuestas que permitan mejorar su cobertura para todos los mexicanos.

La migración y la movilidad poblacional internacionales son un tema clave para México, ya que no sólo es este país el lugar de origen de un gran flujo de migrantes hacia Estados Unidos, sino que además recibe migrantes, y es lugar de tránsito para transmigrantes (principalmente centroamericanos) que se dirigen a Estados Unidos. Dentro de estos flujos, la movilidad internacional de guatemaltecos destaca por su importancia: una gran proporción de la población inmigrante en México es guatemalteca, y desde hace varios años un flujo importante de personas de ese país se desplaza por México con el fin de obtener mejores oportunidades de vida y trabajo en Estados Unidos.

El objetivo de este trabajo consiste en plantear elementos de reflexión para una discusión teórica sobre las políticas públicas migratorias en materia de salud pública en la región con énfasis en las acciones del Estado hacia los migrantes, que permita analizar la evolución de las instituciones de gobierno especializadas en el acercamiento a los migrantes.

También se pretende abrir la discusión en cuanto a la migración internacional, además de ser un proceso social, como lo establecieron que tiende a convertirse como un proceso político. Por último,

se discute lo que representa la experiencia migratoria en esta región para México, en especial lo que se refiere a desarrollo económico, seguridad y derechos humanos.

La migración internacional, como fenómeno y problema, ha sido un campo de creciente interés para académicos y políticos desde al menos el siglo pasado. El énfasis se ha puesto en la inmigración y, por ende, en la visión de los países receptores. Sin embargo, poco a poco la emigración y la actividad de las regiones expulsoras de población comienzan a considerarse como problemas de investigación y de interés público.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es plantear elementos de reflexión para una discusión teórica sobre las políticas públicas migratorias en la región con énfasis en las acciones del Estado hacia los migrantes, que permita analizar la evolución de las instituciones de gobierno especializadas en el acercamiento a los migrantes.

Método

El Método de estudio es analítico y propositivo se investigarán las variables que están incidiendo en la salud pública y que intervienen en el proceso de la migración en esta región. El análisis responde a la pregunta de investigación ¿Cómo afecta la migración en el desarrollo social en esta región? Se utilizan técnicas alternativas estadísticas de medición como la técnica conocida como “Bola de Nieve”.

La metodología utilizada en este trabajo de investigación de conformidad con *Hernández, fernandez y batipsta (2010)* es mixta, pero mayormente de enfoque cualitativa. Consiste en analizar datos sobre la situación de la migración y las estadísticas migratorias en la frontera Sur de México con Guatemala y de los estados

receptores de Veracruz, Chiapas y Tabasco. El estudio está basado en la aplicación de técnicas de investigación tales como: entrevistas a migrantes utilizando la técnica llamada Bola de Nieve, entrevistas a funcionarios del Instituto Nacional de Migración, revisión de la literatura especializada, análisis de documentos históricos sobre migración, el uso de estadísticas relacionadas con indicadores de migración, la consulta de artículos y datos estadísticos, así como el uso de Internet.

Resultados

El Estado mexicano no ha atendido oportunamente la problemática de los flujos migratorios ante la exigencia de las necesidades de la sociedad que comparten esta frontera de México con Guatemala. El propósito de esta política es resolver de manera definitiva la situación de las personas que están de paso por este país en busca de mejores expectativas y oportunidades para sus familias. De no atenderse estas necesidades insatisfechas pueden convertirse en una problemática social de mayores magnitudes y afectar las actividades formales de la economía en esta región.

Algunos factores como la mala distribución de la riqueza; la falta de empleo; los bajos salarios entre otros, han contribuido a que muchas personas emigren hacia el vecino país del norte. Sobre todo la inestabilidad y pobreza, se distinguen como factores que influyen en que los mexicanos y latinos busquen en otra parte un mejor nivel de vida.

El tema de la migración en la frontera Sur es una prioridad en la agenda política de estos dos países que debe ser atendida de manera integral a través de esfuerzos conjuntos con proyectos productivos y estrategias que se deriven de una política pública que atienda la problemática.

Conclusiones

Por consiguiente podemos concluir proponiendo una política pública integral que permita resolver la problemática de los migrantes de manera definitiva a las personas que se internan al país de manera ilegal. De esta forma, esta política pública dará respuesta a necesidades insatisfechas y a una problemática que no ha sido atendida en estas “rutas sin fronteras”.

Se propone además como una estrategia de migración para esta política pública:

- Coordinar los esfuerzos de las principales instituciones en materia de seguridad pública de la Policía federal, estatal y municipal, del Instituto Nacional de Migración, de los Consulados de los países involucrados y del Ejército para prevenir la delincuencia y la violencia que se genera por la migración en esta región.
- Se propone como una acción específica, Impulsar los proyectos de desarrollo regional del gobierno federal aprovechando la iniciativa Mérida, el Plan Puebla Panamá y los proyectos en materia de integración en la frontera.
- En necesario crear las condiciones necesarias para generar el desarrollo integral de la economía que permita a las familias tener sustentabilidad que les garantice calidad de vida.
- El fenómeno de la inmigración se ha asociado a problemas tales como delincuencia, violencia, inseguridad social, subdesarrollo, mafias y pobreza, riesgo sanitario y problemas de salud pública.
- Las instituciones de salud pública y como la escuela, cumplen un papel, en la definición de significados socia-

les, por lo cual se requiere de acciones desde diferentes ámbitos formales y no formales, institucionales.

- Impulsar políticas públicas para regularizar el paso de personas en la zona fronteriza y en el tratamiento de los flujos migratorios hacia México, en sus ámbitos económico, político, social y cultural.

Bibliografía

1. Consejo Nacional de Población (Conapo), "Indicadores de la migración México EU. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx>
2. Hernández, Fernández y Baptista P. (2010). Metodología de la Investigación. 5° ed. México: Mc. Graw-Hill.
3. Ley de Migración, (2011), presidencia de la República, México.
4. Ramos García, José María, (2005) *Relaciones México-Estados Unidos. Seguridad Nacional e impactos en la frontera norte*. Universidad Autónoma de Baja California, Baja California, pp. 84
5. Varios, El colegio de México (1979) "Indocumentados: Mitos y Realidades", Centro de Estudios Internacionales, México.

Políticas Públicas Binacionales: Caso Marketing Social de Salud en Migración México y Estados Unidos Americanos²

Janet García González¹

¹Universidad Autónoma de Nuevo León (México)

RESUMEN

El **objetivo** es reflexionar sobre las diferencias y puntos de acuerdo que surgen a partir del análisis comparativo sobre estrategias de marketing social mexicanas y estadounidenses para la salud del migrante, realizado por investigadores del Departamento de Servicios de Salud Pública de California, la Oficina Binacional de Salud Fronteriza/ Universidad de California y la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. **Método:** El diseño es cualitativo, la técnica de recolección entrevistas semiestructuradas aplicadas a 21 informantes claves, funcionarios de instituciones de salud en México y EU involucrados con programas y/o campañas relacionadas con migrantes. **Resultados:** Hay disparidad de significación entre los funcionarios de ambos países respecto a promoción de la salud y marketing social pero los referentes conceptuales son consistentes, los puntos de acuerdo se refieren al plan presupuestal, definición del público objetivo, desarrollo de mensajes, procesos de implantación, priorización, planificación, seguimiento y evaluación de campañas. **Conclusiones.** Las actividades de promoción y marketing social son hasta el momento aisladas, el uso de otras disciplinas podría enfocar el problema y dar cavidad a la unificación de con-

² Proyecto financiado por el Programa de Investigación en Migración y Salud (PIMSA) de la iniciativa de Salud de las Américas

ceptos, tareas y objetivos, la propuesta es comunicación para la salud ya que su significación se incluye en ambos.

Palabras clave: marketing social, migración y salud.

Introducción

El crecimiento inexorable de la población transnacional ha ocurrido en ausencia de un marco regulatorio o de una política compartida que asegure beneficios mutuos y el bienestar de migrantes y de sus familias y seres queridos, tanto en Estados Unidos Americanos como en las comunidades de origen. Esta situación presenta cuestiones serias con respecto a su bienestar, sobre todo el acceso a la salud pública y a los servicios médicos, aunado a retos financieros en ambos lados de la frontera.

Ante ello, la intervención del Estado Mexicano busca desarrollar sistemas de información para la salud a los migrantes por medio de sus organizaciones; otorgar atención a la salud a los migrantes en las unidades médicas del sector en el lugar de origen, traslado y destino identificadas como fases de atención; realizar acciones de prevención de enfermedades en dos modalidades: dentro del programa permanente y en Semanas Nacionales de Salud; establecer convenios de cooperación bilateral México - Estados Unidos (migración externa) e interestatales (migración interna).

Dado que la problemática de salud en migración entre Estados Unidos Americanos y México es alarmante, la comunicación para la salud juega un papel primordial para la planeación de acciones en ambos países. Y el marketing social como herramienta es un elemento indispensable para su análisis en ambos países que comparten la misma problemática de salud desde la migración; dado que los factores importantes para la salud son los relacionados con los riesgos que corren los migrantes en las diferentes etapas de su movilización: desde el origen, durante el traslado y en el destino

final. Al respecto, se han desarrollado acciones y estrategias de ambos países como la información (promoción de la salud, capacitación del personal de salud) y el marketing social para su control. Ante esto, es importante analizar las estrategias de marketing social mexicanas y americanas para la educación de salud: implicaciones para las iniciativas de la salud de Binacional que apuntan a migrantes mexicanos. Esto es, el análisis del proceso y los elementos que se emplean en el marketing Social en Salud de ambos países, mismos que darán una referencia de una primera evaluación para dimensionar si las acciones en esta área tienen la sustentabilidad necesaria para la resolución de problemas de salud en ambos países.

1.1. Hacia el análisis de las estrategias de marketing social de salud en migración

En las últimas décadas el marketing ha trascendido el planteamiento único de que su existencia se encuentra en una relación de venta de productos tangibles al consumidor, hacia la noción de marketing social³, entendido como un proceso cuyo objetivo es cambiar el comportamiento individual, utilizando principios de comercialización destinados a promover intervenciones que mejoren un bien social (Tan et al., 2010).

El marketing social aplicado a la salud está emergiendo con fuerza en los últimos años con el objeto de incrementar la concienciación pública y promover cambios en las conductas de las personas (Beerli-Palacio; Martín-Santana, 2008). El marketing social puede ser una herramienta eficaz para lograr objetivos de salud

³ Se señala el año 1971 como fecha de acuñación del término marketing social, cuando Philip Kotler y Gerald Zaltman publicaron en *The Journal of Marketing*, el artículo denominado *Social Marketing: An Approach to Planned Social Change*, refiriéndose al uso de principios y técnicas para hacer progresar una idea o conducta social.

pública (Pirani, 2005); con frecuencia éste es un proceso viable, pero parece que hay bastante confusión respecto a lo que es, lo que razonablemente se puede esperar que hacer, y cómo ha de hacerse (Brad, 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.

En la revisión efectuada por Lindenberger (2001) sugiere que el "marketing" está involucrado en "promoción de la salud"; pero sostiene que las intervenciones de promoción de la salud a menudo carecen de un plan global de marketing y de una insuficiente integración de sus componentes para hacer que el proceso sea verdaderamente estratégico.

Una vertiente de las más frecuentemente utilizadas del marketing social en salud es la administrativa, llamada "marketing de servicios de salud" (Losada, 2007), cuya estrategia es orientar la organización provisor de tales servicios hacia al mercado, por lo que la gestión debe practicarse en dicho sentido y para ello han de conceptualizar los servicios como productos que se suministran a los pacientes, tomando en cuenta la perspectiva de éstos respecto a aquéllos.

Más que depender de la medicina, la salud del pueblo está cifrada en condiciones decorosas de vida y de trabajo, educación libre y medios adecuados de reposo y recreación, así como a la tarea de lograr el acceso de toda la gente, misión primordial de la salud pública. Por tanto, la política de prevención (que implica la educación de la gente para que cuide su salud) es de suma impor-

tancia y la política de curación debe situarse en el último lugar pues, solo debía aplicarse en el caso de fallar la política de prevención (García, 2007).

Un ejemplo de población que podría beneficiarse de este tipo de políticas establecidas de salud es la migrante; cuyas condiciones se caracterizan por los más bajos niveles de cobertura de seguridad médica, lo que obstaculiza un monitoreo regular de su estado de salud. El elevado nivel de desprotección de la población mexicana en E.U.A se relaciona con su elevada concentración en actividades poco calificadas y de baja remuneración, las cuales en general, no incluyen la prestación de beneficios por parte del empleador. Al propio tiempo, en México se requiere redoblar esfuerzos para atender las necesidades de salud de la población migrante y sus familias en todas las etapas del proceso migratorio. Si bien ya se llevan a cabo programas orientados a mejorar el acceso de los migrantes mexicanos a los servicios de salud, resulta crucial implementar una política integral de provisión de salud.

No se debe olvidar que México y los E.U. comparten una población transnacional equivalente al 12% de la población de México (Leite, 2009). El crecimiento inexorable de esta población ha ocurrido en ausencia de un marco regulatorio o de una política compartida que asegure beneficios mutuos y el bienestar de migrantes y de sus familias, tanto en E.U. como en las comunidades de origen. Esta situación tiene implicaciones serias con respecto a su bienestar, sobre todo en el caso del acceso a la salud pública y a los servicios médicos, aunado a retos financieros en ambos lados de la frontera.

A consecuencia, la intervención del Estado Mexicano busca desarrollar sistemas de información para la salud a los migrantes

por medio de sus organizaciones; otorgar atención a la salud de éstos en las unidades médicas del sector en el lugar de origen, traslado y destino identificadas como fases de atención; realizar acciones de prevención de enfermedades; establecer convenios de cooperación bilateral México - Estados Unidos, entre otros.

El Marketing Social juega un papel primordial para la planeación de acciones de prevención y promoción de salud en ambos países, la herramienta permite el estudio de la problemática de salud de la población transnacional cuyos factores de riesgo están relacionados a las diferentes etapas de su movilización: desde el origen, durante el traslado y en el destino final.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio con diseño cualitativo, tomando a la entrevista semi estructuradas. Se entrevistaron un total de 17 informantes claves de instituciones de salud pública (públicas y privadas) mexicanos y de E.U. (ver cuadro no. 1); con el objetivo de explorar la conceptualización del marketing social, así como el desarrollo y descripción de las campañas relacionadas en programas de salud para migrantes.

El perfil de los informantes para México fue de personas laborando dentro de los programas de salud como: “Vete Sano, Regresa Sano” (SSA, 2009) de la Secretaría de Salud; del programa “Bienvenido Paisano” (2009), y las regidurías de salud de algunos municipios, pertenecientes a los estados de mayor saldo migratorio hasta el 2004, como fueron: Baja California, Distrito Federal, México, Puebla y Veracruz (CONAPO, 2004); un informante proveniente de la Secretaría de Salud a nivel federal y uno oficial internacional en promoción de la salud de la oficina de la frontera México-E.U. de la OPS.

Para el caso de EUA, los informantes participaban en la conducción de campañas de marketing social de forma activa en las agencias del Estado de California, del condado de San Diego, y una privada (tabla no. 1).

Tabla No. 1 Características de los entrevistados y campañas de Marketing Social de México y EUA		
	México	EUA
Grado académico	3 Maestría en salud pública 1 Maestría en ciencias médicas 1 Maestría en ciencias 1 Maestría en administración pública 1 Licenciado en derecho 1 Licenciado en psicología 1 Licenciado en nutrición	1 BA / BS ⁴ 4 MA / MS / MPH ⁵ 3 Doctorado (marketing social)
Puesto	Coordinadores internacionales, estatales, jurisdiccionales y municipales	Coordinadores de campañas de marketing Social
Programa	Promoción de la salud Prog. "Vete Sano, Regresa Sano" Salud Municipal.	3 Estado de California (CDPH) 4 Condado 1 Privada
Tiempo de afiliación (años Promedio)	5 años promedio (Rango de 0 a 5 años)	10 años (Rango de 5 a 20 años)
Experiencia en el área (porcentaje)	50% No tiene 50% Si tiene	100 % Si tiene
Tipo de entrenamiento	2 Maestría en marketing 1 Lic. en comunicación	6 En el trabajo 7 Formal 4 Ambos
No. de Staff (promedio)	5 personas (Rango de 1 - 8)	16 personas (Rango de 1 - 118)
Presupuesto para actividades del último año (rango)	Nivel Internacional 100,000 dólares Nivel Estatal 800,000 pesos a 1,200,000 pesos Nivel Jurisdiccional 50,000 Nivel Municipal 800,000	107 millones de dólares por la agencia
Tipo de campaña en MS últimos 3 años	Campañas binacionales Prevención de accidentes VIH Sida	Siete de las ocho organizaciones indicaron dirigida a los latinos, tanto en sus campañas actuales y anteriores
Campañas de difusión	Radio Televisión Comunicación alternativa	

Fuente: Elaboración propia

La guía para la entrevista se basó en tres campos semánticos: salud, migración y marketing; la construcción de las categorías de

⁴ El grado de bachelor, ya sea en ciencias (BS) o en artes (BA), es donde el alumno tiene experiencia universitaria en un programa de 4 años, pero no tiene una especialización tan acentuada como un "licenciado" en México.

⁵ Maestría en administración, ciencias y salud pública

análisis se definieron por los equipos binacionales de investigación durante dos estancias de investigación (ver tabla no. 2).

Cuadro No.2 Tabla de Categorías más representativas del estudio		
Categorías	Definición operacional	Temas
Causa social (Tan et al., 2010)	Objetivo social que los agentes de cambio consideran que ofrecerá una respuesta acertada a un problema social.	Expectativas que tiene el Marketing social (MS) para la resolución de problemas de salud dentro de las actividades de promoción de la salud Procesos de la organización para priorizar o aplicar las campañas de MS en temas de salud Criterios en su organización para la planificación del desarrollo de campañas de MS Campañas de MS que se aplican actualmente
Estrategia de cambio (Forero, 2009)	La dirección y el programa adoptados por un agente de cambio para llevar a cabo el cambio en las actitudes y conducta de los destinatarios.	Campaña (elementos, proceso de planeación, barreras en la implementación de las campañas de MS) Cambios estructurales comunitarios que se han detectado a consecuencia de la implementación de campañas de MS
Marketing social para migrantes	Segmenta en grupos homogéneos que son el blanco de los mensajes desarrollados a la medida de sus cualidades compartidas	Experiencia en el desarrollo de campañas de MS con migrantes Objetivo del MS en poblaciones migrantes Vínculo con organizaciones binacionales

Fuente: Elaboración Propia

La técnica de análisis de la información se desarrolló bajo la propuesta de Gilberto Giménez (1981), llamada análisis del discurso argumentativo. Se realizó en dos planos complementarios: uno sintagmático y otro paradigmático. En el primero se trata de reconstruir analíticamente el proceso de esquematización de la realidad operado por el discurso. En el segundo se intenta identificar y explicitar el esquema o paradigma ideológico latente a partir del cual se produce el proceso argumentativo.

Resultados

Para los informantes mexicanos, el concepto de marketing social, no tiene una significación familiar explícita, posiblemente porque el Sistema de Salud no tiene definidas actividades de mar-

keting social en su estructura orgánica; sin embargo los entrevistados ligan la idea de marketing social con las actividades de promoción de la salud, que sí se encuentra definida en la organización y se define como herramienta para la prevención de enfermedades, comprende acciones de difusión y uso de materiales de comunicación educativa, masiva, comunitaria e individual dirigidas a una población objetivo.

La evaluación del impacto de las actividades de promoción se mide con indicadores cuantitativos que son reportados al nivel superior correspondiente, el único indicador cualitativo que se identifica se basa en qué tanto el migrante tiene conocimientos sobre temas de salud.

Para los entrevistados en el estado de California, el Marketing Social se determina por actividades de mix marketing.

3.1. El marketing social y la promoción de la salud

Un punto de acuerdo destacable entre los funcionarios de ambos países es que tanto el marketing social como la promoción de la salud son herramientas que ayudan a motivar el auto cuidado y permiten la adopción de estilos de vida saludables entre la población objetivo. Éstos incluyeron conceptos que se relacionan con los programas y campañas a cargo como: educación para la salud, medios masivos de comunicación, promoción, y comportamientos saludables, sin embargo se considera que el uso de las herramientas de promoción y marketing son sólo una parte de la estrategia para obtener resultados.

3.2. Desarrollo de campañas

En ambos países se identifican dos aspectos que obstaculizan la realización de campañas, la primera es la falta de capacitación y la segunda es la insuficiencia de fondos, mientras México cuenta con

un rango de recursos de entre \$50,000 a \$1,200.000 pesos, en el estado de California se otorgan \$107 millones de dólares, por agencia o institución. Por otro lado los funcionarios de México apuntan que la mayor parte de los recursos se ocupan para la difusión de información, dejando con muy poco presupuesto otras actividades que se relacionan con campañas de marketing social.

3.3. Los procesos de aplicación y priorización de las campañas

En México se implementan mediante la vinculación interinstitucional, esto es, se desarrolla la estrategia a nivel federal y se envía por niveles estatal, jurisdiccional y operativo; priorizan el diagnóstico epidemiológico para focalizar sus acciones (mortalidad como factor definitivo) y los indicadores de bienestar y de salud. Los mecanismos de evaluación se fundamentan en parámetros ya establecidos como el logro de metas cuantitativas. El desarrollo de las campañas las realizan en dos momentos, primero con la elección de la población objetivo, y segundo con la selección de las estrategias adecuadas orientadas hacia la educación y prevención para la salud.

En contraste, en el estado de California, se determina un objetivo desde el análisis de la población para la realización de campañas específicas. Identifican y segmentan la población objetivo por grupo étnico, edad, ubicación geográfica, región, tipo de la comunidad, sensibilidad cultural, creencias y comportamientos.

3.4. Desarrollo de mensajes

En México, el área de promoción de la salud construye y desarrolla mensajes de manera unidireccional por departamentos administrativos (federal, jurisdiccional y centros de salud). Cada uno de ellos cuenta con infraestructura, recursos materiales y humanos para llevar a cabo las actividades de promoción, sin embargo los

entrevistados coinciden en la insuficiencia de éstos y reconocen de sí algunas inconsistencias con la visión y capacitación profesional. La difusión de los mensajes es la tarea más común y es realizada por medio de materiales gráficos y mensajes radiofónicos.

Para el estado de California, el mensaje es interactivo, o construido a sí mismo con información recibida de la población. Una campaña no se ejecuta hasta que se aprueben los mensajes por la misma comunidad mediante el uso de metodologías cualitativas y cuantitativas como grupos focales, sondeos de opinión y por pruebas piloto para dar legitimidad a los mensajes. Todo ello constituyen herramientas de marketing cuyo enfoque en problemas sociales, sirven para garantizar que la campaña sea culturalmente apropiada en el contenido y objetivo. Se difunde a través de las nuevas tecnologías y mensajes radiofónicos.

3.5. Implementación del marketing social

Se reporta que en México no existe planificación para la elaboración de este tipo de campañas y que, al contrario, éstas son improvisadas de acuerdo a las contingencias presentadas. Sin embargo, se fomenta la colaboración interinstitucional y la participación de la población, procesos que requieren de planificación y que comparten las campañas californianas.

En México reportan campañas realizadas en temporadas de retorno de los migrantes (fiestas culturales, familiares y periodos vacacionales), mientras que en el estado de California se llevan a cabo estas actividades en forma continua.

Para la implementación de campañas de marketing social en el estado de California se realiza una planificación previa a la implementación de cualquier programa nuevo.

Actualmente, en el estado de California se están implementando estrategias no tradicionales, llamadas marketing “guerrilla”- que significa la difusión de mensajes de salud por medios de comunicación o en sitios que normalmente no se consideran por campañas de marketing tradicionales. Algunos ejemplos de este marketing denominado “guerrilla” incluyen calcomanías en los baños y bares/antros o mensajes escritos en las banquetas, o anuncios macros (es decir, que forran) en los autobuses.

Existen varios obstáculos que México enfrenta en la implementación de campañas de marketing social. Por una parte la falta de fondos para elaborar y difundir campañas de mercadotecnia social resulta ser un gran reto en la aplicación de esta metodología; por otra, la escasez de recursos económicos se traduce en una baja calidad y diversidad de materiales de difusión así como en el número de distribución de los mismos.

En el estado de California se experimentan otras barreras, por ejemplo los errores en la coordinación del personal por parte de las compañías que reciben contratos para diseñar ciertos aspectos de las campañas, la desvinculación con instituciones no gubernamentales, y el manejo inadecuado de los materiales que forman parte de las campañas. En México se identifican como barreras la falta de reconocimiento de la población migrante que no permite identificar las necesidades de salud de éstos.

3.6. Evaluación

En los estados de California y México, se encontró que el proceso final de evaluación de las campañas de marketing social, es decir, la medición del impacto es difícil de realizar. México reporta una nula actividad de evaluación, esto se debe en parte a la falta de parámetros de medición que permiten deducir el éxito que pu-

diera tener algún programa de promoción. Sin embargo, consideran que es importante el uso de los medios masivos de comunicación para que este tipo de campañas sean exitosas. Además, ambos países reportan una escasez de recursos de personal calificado para llevar a cabo un programa de evaluación de las diferentes campañas que se inician, traduciéndose esto en una barrera compartida.

En el estado de California, se reconoce la importancia del proceso de evaluación, reporta varias estrategias, algunas más rigurosas que otras, dependiendo de los datos recopilados. Las metas principales de la evaluación incluyen examinar cambios en comportamientos y conocimientos de los migrantes. Las barreras con que se enfrentaron al desarrollar la evaluación fue la pobre calidad de los datos recopilados, falta de recursos económicos para desarrollar un plan de evaluación minucioso, y cambios en las políticas públicas que, por consiguiente, impactan directamente a los migrantes y los latinos que residen en E.U. y en el estado de California. Dado que los presupuestos para campañas de marketing social tienden a ser pequeños, la falta de datos que apoyen al desarrollo de campañas en el futuro también perjudica la posibilidad de obtener financiamiento para estas actividades por parte de fundaciones privadas.

3.7. Definición del migrante

Existe una diferencia de perspectivas en cuanto a este tema, en México no se obtuvo una definición en concreto mientras que en el estado de California, este tema sobresalió. Se considera que los migrantes pueden describirse en cuanto a cuatro cualidades: (1) su perfil laboral, (2) sus antecedentes familiares como migrantes, (3) sus características sociales y morales y por último, (4) sus características de inmigración al país. Es necesario además notar aquí que

la falta de claridad sobre este término podría influir en las políticas públicas para proteger la salud de los migrantes que se desarrollan e implementan en cada país.

Discusión

El marketing social (Manoff, 2007) ha sido una herramienta utilizada de manera estratégica con la finalidad de generar e influir cambios conductuales y de comportamiento en salud para el público objetivo. California y México comparten el mismo público meta, los migrantes, por ello se determinó la situación en la que se encuentran analizando su conceptualización, proceso, elementos que la integran, identificando las necesidades y barreras sociales para lograr su cometido, entre otros.

El marketing social y la promoción de la salud pertenecen a las disciplinas que conforman las ciencias de la comunicación, la primera se dota de técnicas y herramientas que mediante la investigación arrojan un ideal de toma de decisiones y acciones que motiven el cambio en actitudes, comportamientos o ideas hacia estilos de vida saludables y de auto cuidado. La segunda es una actividad que se liga con la difusión de información a través de canales de comunicación a nivel interpersonal, grupal o masivo.

La implementación de actividades de promoción de la salud y de marketing son hasta el momento aisladas, el uso de otras disciplinas podrían enfocar el problema desde varias miradas y dar cavidad a la unificación de conceptos, tareas y objetivos de modo que la población y en este caso, los migrantes se han más susceptibles a la modificación de actitudes, intereses, sentimientos y creencias, lo que reflejará una serie de beneficios a mediano y largo plazo de toda la sociedad.

Respecto a la unificación de conceptos se nota en México una mayor identificación de la palabra de promoción de la salud con nula distinción respecto a marketing social, de este modo se maneja marketing social igual que promoción de la salud, a pesar de ello una de las consistencias que se obtuvo en ambos países del estudio fue alentar el cambio de comportamiento.

La salud es un campo multidimensional, la salud de cada una de las personas depende de lo que ellas pueden hacer por sí mismas a nivel individual, pero también depende de los apoyos que encuentren en sus relaciones personales cercanas (nivel grupal), de las interacciones sociales y comunicativas con las que cuentan (nivel organizacional), así como de los servicios a los que acceden en la comunidad, de las políticas de estado, entre muchas otras cosas. Con ello, se debe estar consciente, entonces, de que se requieren cambios en múltiples niveles y que se necesita que las intervenciones en el ámbito de la cultura (de los discursos, los conocimientos, las formas de entender, de sentir), se den junto con cambios en las políticas, en las condiciones de vida de la población, en la calidad de la prestación de los servicios, etc. Por lo tanto, es importante notar que la generación de cambios de comportamiento no es suficiente para asegurar que la salud mejore, al mismo tiempo que la comunicación, la información y el marketing social tampoco son suficientes para que se den cambios de comportamiento.

La complejidad de los retos que se enfrentan en el terreno de la salud hace que sea prioritario un trabajo concertado y multidisciplinario, capaz de identificar los múltiples aspectos en los que es necesario intervenir, para ello parece conveniente unificar criterios y ampliar el campo de cavidad de conceptos ampliamente utilizados en el campo de la salud como promoción de la salud, marke-

ting social, educación para la salud, la propuesta es Comunicación para la salud ya que en su significación se incluyen desde la visión tradicional de difusión de información, la implementación de acciones de marketing social (estrategias de ventas de productos o ideas). La comunicación es esto, y también es más. La comunicación se encarga principalmente de las maneras como nos relacionamos, de interactuar socialmente, como nos ponemos de acuerdo, trabaja sobre aquello que hace posible que vivamos juntos. Se encarga de la convivencia y de cómo ésta se va dando a través de la construcción de consensos, de entendimientos, de valoraciones.

En este mismo tenor, el marketing social está centrado en la aplicación de técnicas con el fin de cambiar comportamientos con fines sociales, y en salud, con fines saludables. Este enfoque trata de cambiar sistemas de salud y de promover comportamientos saludables. Se basa en conocer el entorno, las identidades y necesidades de la población objetivo con el fin de desarrollar intervenciones y mensajes relevantes para promover cambios de comportamientos saludables. El beneficio del cambio de comportamiento es muy importante, por ello es de suma importancia la evaluación en la medición de indicadores de morbilidad y mortalidad, durante todo el proceso del marketing social.

Se deben desarrollar intervenciones y mensajes promoviendo los beneficios de los comportamientos saludables acordes a la población meta. La información generalmente no es suficiente para cambiar el comportamiento. Hace falta internalizar la información en un nivel más afectivo, emocional, en forma repetitiva, donde las normas sociales refuercen el nuevo comportamiento, y se pueda poner en práctica regularmente.

Es importante tener personal especializado para la adecuada aplicación de la comunicación para la salud, incluidos entrenamientos que garanticen la adecuada promoción de la salud y el éxito de campañas y aplicación de técnicas propias del marketing social, para ello se requieren de modificaciones curriculares de los programas de formación de recursos humanos.

Por otra parte e igualmente importante es abogar por políticas públicas binacionales favorables a la salud por medio de la identificación de problemas en salud, sus causas, actores y responsabilidades. Utilizar estrategias de comunicación y de negociación para colocar en la agenda pública binacional los temas de salud; y facilitar la discusión pública para promover y monitorear políticas de salud en ambos países.

4.1. Políticas públicas: la comunicación en los programas de salud pública

Tanto en México como en Estados Unidos Americanos se necesita que la democracia se afiance y se profundice, que se haga realidad. Uno de los campos que requiere ser transformado es el de la salud. Se necesita de un modelo de salud que responda a ciertos valores éticos mínimos como el del respeto a la vida, el de la equidad, el del respeto a la pluralidad y a la identidad de cada persona y de cada comunidad. Los lineamientos generales del sistema de salud, los planes nacionales, los planes regionales y locales, la distribución de los recursos debieran ser materia de deliberación, de forma tal que se vayan generando consensos que permitan que se trabaje coordinadamente.

La comunicación en salud debe ser responsable de que las políticas de salud sean visibles para el conjunto de la población; que a partir de esta, se apoyen a los diagnósticos y estudios que susten-

tan a la generación de políticas públicas; que la población tenga información sobre las mismas, o pueda acceder a ellas; que se escuchen las distintas opiniones; se delibere; que la salud sea visible de forma tal que se pueda vigilar.

Por lo tanto, es necesario incorporar a la comunicación como un eje central que renueva a la promoción de la salud en migración y a los profesionales de la salud, su inclusión debe traducirse en quehaceres y acciones concretas y no sólo en capacitaciones e intenciones. Se necesita renovar la reflexión académica, los marcos teórico-conceptuales y metodológicos. Para ello se debe alimentar de los distintos campos en los que la comunicación para el desarrollo y la salud han avanzado. Se debe preguntar y desarrollar qué es lo que la promoción de la salud dice, cómo obliga a renovar. Se necesita que las propuestas se vinculen con teorías y metodologías de la comunicación, de la psicología social y de la sociología, entre otras. Finalmente, la comunicación en salud tiene un propósito clave, el desarrollar procesos comunicativos sostenibles que promuevan políticas públicas y procesos sociales (que articulen actores) para contribuir a lograr a una sociedad migrante equitativa con personas y comunidades saludables (y que exprese la diversidad).

A partir de funciones claves como son: determinar la interacción comunicativa, simbólica y social de los individuos; promover el empoderamiento individual y social para la gestión y acción de salud; cuyas unidades de competencia es el implementar estrategias integrales de comunicación para la autovaloración y la autoeficacia de personas y comunidades; e implementar estrategias de comunicación para facilitar la coparticipación de la comunidad en

los procesos de diagnóstico, planeamiento, gestión, control social y evaluación de las intervenciones locales en salud.

Otra función es la de propiciar diálogos y concertaciones entre los actores sociales y las instituciones del Estado, para facilitar la gestión social y promover comportamientos saludables. Ello, a partir de diagnosticar situaciones y caracterizar los actores involucrados; de construir y propiciar mecanismos de diálogo y concertación; y facilitar el diseño y la implementación de estrategias de comunicación de consenso.

Abogar por políticas públicas favorables a la salud por medio de la identificación de problemas en salud, sus causas, actores y responsabilidades. Utilizar estrategias de comunicación para colocar en la agenda pública los temas de salud; y facilitar la discusión pública para promover y monitorear políticas de salud.

Conclusiones:

Desarrollar intervenciones de comunicación para la salud (Coe, 1998), no sólo de marketing social que proporcionen condiciones favorables para la adopción individual y colectiva de comportamientos saludables. Identificando y priorizando situaciones que afecten la salud y el bienestar colectivos susceptibles de mejora a través de procesos comunicacionales; así como diseñando planes efectivos de comunicación que incluyan indicadores que faciliten la cogestión y la evaluación. Implementar intervenciones en comunicación abarcando una diversidad de medios, canales y niveles de actuación. Sin olvidar el seguimiento a las intervenciones de comunicación monitoreando, evaluando y socializando resultados.

Reconocer y analizar las condiciones epidemiológicas, los determinantes de salud y enfermedad con el fin de orientar estratégicamente las intervenciones de comunicación en salud. A partir de

la utilización de la información e instrumentos epidemiológicos básicos y sociales para determinar factores de riesgo y protección, y con ello, priorizar acciones.

El análisis de las características esenciales de los principales problemas de salud pública binacional y sus medios de detección, diagnóstico y tratamiento es necesario para mejorar el acceso y uso de los servicios de los sistemas de salud públicos y privados de ambos países.

Es momento de implementar estrategias integrales para generar un marco regulatorio o de una política de prevención compartida que asegure beneficios mutuos y el bienestar de migrantes y de sus familias, tanto en Estados Unidos Americanos como en las comunidades de origen. Con ello, sustentar las implicaciones con respecto a su bienestar, principalmente en la prevención de la salud, en el acceso a la salud pública y a los servicios médicos, aunado a retos socioculturales y económicos que se viven en ambos lados de la frontera.

Referencias:

1. BEERLI-PALACIO A, MARTÍN-SANTANA JD, PORTA M. El marketing como herramienta para incrementar la eficacia de los planes de salud pública. Informe SEPAS 2008. Gac Sanit 2008. 22(Supl 1): 27-36
2. BRAD L. NEIGER, ROSEMARY THACKERAY, MICHAEL D. BARNES, JAMES F. MCKENZIE. Positioning social marketing as a planning process for health education. American Journal of Health Studies 2003: 18(2/3)
3. COE, G.A. Comunicación y promoción de la salud. Rev. Latinoam. Comunic. Chasqui, v.63, 1998:26-9.
4. FORERO SANTOS, J. El marketing social como estrategia para la promoción de la salud. La Sociología en sus escenarios, Norteamérica No. 20. 2009.
5. GARCÍA G. JANET. Interacción y comunicación para la salud, fundamentos para la implementación de programas de sexualidad y VIH/SIDA, 2007.
6. Giménez G. Poder, Estado y discurso. Universidad Autónoma de México. 1981: 122 - 123
7. Leite, Paula y Xóchitl Castañeda, "Mexicanos en Estados Unidos: (falta de) acceso a la salud", en La situación demográfica de México 2008, México, Consejo Nacional de Población, 2009: 117-128.

8. LINDENBERGER, K. Publishers Notes. *Social Marketing Quarterly*, 2001: 7, 2-3.
9. LOSADA O., RODRIGUEZ O. A. Health service quality: a literature review from a marketing perspective. *Cuad. Adm.*, July/Dec. 2007, vol.20, no.34, p.237-258.
10. MANOFF RK. *Social Marketing: New imperative for public health*. New York: Proeger Pub; 2007.
11. PIRANI S, T. REIZES El Turning Point The Turning Point Social Marketing National Excellence Collaborative: Integrating Social Marketing Into Routine Public Health Practice. *J of Public Health Management & Practice*. 2005; 11 (2) 131-138
12. PROGRAMA BIENVENIDO PAISANO. [consultado 2009 julio 10] Disponible en: <http://www.paisano.gob.mx/>
13. SSA, "Programa Vete Sano, Regresa Sano". [consultado 2009 julio 10] Disponible en: <http://www.saludmigrante.salud.gob.mx/acciones/vesano.htm>
14. TAN EJ, TANNER EK, SEEMAN TE, XUE QL, REBOK GW, FRICK KD, CARLSON MC, WANG T, PIFERI RL, MCGILL S, WHITFIELD KE, FRIED LP. Marketing public health through older adult volunteering: Experience Corps as a social marketing intervention. *J Public Health* 2010 727-34.

Mercadotecnia de productos inmenconables en el área de salud pública. Caso de mujeres con mastectomías en el área rural del Cedro Nacajuca Tabasco

Alicia Beltrán Torres,¹ Marina Pérez Cano,¹ Ma. Clara Martínez Hernández¹

¹ División Académica Económico Administrativas. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: Se cree que los viejos prejuicios desaparecen con el tiempo, sin embargo, aun en la actualidad existe renuencia o falta de convencimiento en el consumidor en la utilización de los productos o servicios inmenconables y que por razones de delicadeza, decencia o moral tienden a provocar reacciones de ofensa o indignación al mencionarlos o presentarlos, sobre todo en ciertos segmentos de la población. **Objetivos:** Describir las características del mercado a fin de establecer estrategias de publicidad que hagan conciencia de los riesgos a la salud. **Método:** Dadas las características de la población se usó la técnica de bola de nieve para recolectar la información, y se presenta en un estudio descriptivo del comportamiento del mercado. **Resultados:** En pleno siglo XXI aún existen zonas rurales donde predominan factores morales, religiosos y misóginos que hacen imposible que un producto o servicio se distribuya libremente entre la población, a pesar de que la mayoría de ellos cuenta con radios y televisores, aún consideran que algunos productos no deberían mencionarse por considerarlos amorales o tabú. En el caso analizado, se encuentra que hay una resistencia de las mujeres que han sufrido una mastectomía por cáncer de mama, a recibir el apoyo para superar las consecuencias de la cirugía. En

plena campaña de donación de prótesis por una organización benéfica, no se atrevieron a solicitar el apoyo para no compartir su problema con la comunidad por temor a ser criticadas o juzgadas. **Conclusiones:** El mercadólogo, al conocer todos esos factores debe realizar estrategias o técnicas apropiadas, campañas publicitarias más liberales para aquellos productos o servicios cuya distribución aun no puede discutirse en público con la finalidad de que éstos dejen de ser inmencionables, sin que por esto se considere a la mercadotecnia como irrespetuosa o carente de valores sino ubicarla en el momento oportuno y en el lugar adecuado.

Palabras clave: Salud, productos inmencionables, publicidad, tabú.

Introducción

El principio básico de la mercadotecnia es identificar la necesidad, es decir la urgencia de recurrir a un producto o servicio o una necesidad de deshacerse de ellos (Torres, 2012), la diferencia se produce aquí entre los tabúes y los artículos, conceptos o servicios de uso común; en un proceso mercadotécnico tendiente a retirar cualquiera de éstos, no es el comprador el usuario final, sino que este lugar lo ocupa la persona, organización o sociedad que se afana por retirarlo de la circulación.

Otra diferencia principal que existe entre la mercadotecnia de tabúes y la de otros artículos o conceptos radica en la intensidad con la que se aplica la mezcla mercadotécnica y en el mensaje o tema que transmite. Así pues, por definición, la mercadotecnia de tabúes legítimos es más difícil que la de los productos o servicios convencionales, la mezcla puede requerir una aplicación intensa y una vez que se hayan seleccionado los instrumentos, medios, mensajes y objetivo de este último, será necesario utilizar una planeación cauta y una reflexión sensata.

Se ha argumentado que un mayor conocimiento de muchos inmencionables beneficiaría a la sociedad en su totalidad. Pero muchos de estos prejuicios, que deberían dejar de serlo para existir libremente, no sufrirán menoscabo en su utilización puesto que no se habla mucho de ellos ni se venden (Wilson & West, 1986). La

pregunta que deben hacer los mercadólogos es si la sociedad se beneficiará al tener una mercadotecnia menos inhibida, por ejemplo, debe darse a conocer el uso de prótesis mamarias sólo a las mujeres a quienes les hayan practicado una mastectomía o debe informarse a la sociedad en general para que en el futuro deje de ser un prejuicio el hecho de no tener uno o ambos senos.

Una realidad latente en México es que según datos del 2011 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) cada dos horas y 20 minutos, muere una mexicana por cáncer de mama (2011), siendo la mastectomía, o extirpación de mama uno de los tratamientos que se emplean y tiene repercusión directa en la imagen de las féminas.

El caso analizado se circunscribe en la Ranchería el Cedro, ubicada a 20 kilómetros de la cabecera municipal Nacajuca, Tabasco la población se conforma con 2640 habitantes de las cuales el 51% son mujeres, cuenta con 1 centro de salud a cargo de un médico general, que atiende de lunes a viernes, por lo que en caso de una enfermedad mayor o de cierta especialidad tienen que trasladarse a los hospitales de Villahermosa. Y para lo fines de la investigación se recurrió a la base de datos de casos remitidos desde ese centro de salud, y a los cuales se les continúa dando seguimiento.

Las razones para el uso de prótesis mamarias tanto internas como externas son: la prevención de dolores musculares en cuello y espalda causados por el desequilibrio por la falta de un seno, la postura, evitar la aparición de linfedema y la estética. Para la colocación de las externas no requiere cirugía pueden adherirse a la piel con pegamento especial, o colocarse dentro del bolsillo de un sostén especialmente diseñado.

En el reportaje publicado por CNN México, la periodista Nonantzin Martínez comenta que el uso de una prótesis hace que la mujer se sienta más segura de sí misma, lo cual es básico en su recuperación emocional. “La primera vez que una mujer se enfrenta a una prótesis es muy impactante, pues es tener frente a sí el reemplazo de una parte del cuerpo que ya no tiene. No obstante, una vez que se la prueba y de que la ve como una posibilidad real de cubrir una necesidad, empieza a tener más confianza y a ver su imagen muy parecida a como era antes, lo que la hace sentir mejor” (2013).

Sin embargo, una de las limitantes más fuertes para su uso es el costo. Para el caso de la población estudiada, el 70% no tiene acceso a recursos para la compra de una prótesis mamaria externa con valor de entre 2,000 y 5,000 pesos. Pese a que “utilizar las prótesis en la talla correcta puede significar una gran diferencia en una mujer a la que le fue practicada una mastectomía”. (Martínez, 2013)

Objetivo

Describir las características del mercado a fin de establecer estrategias de publicidad que hagan conciencia de los riesgos a la salud.

Método

La Ranchería el Cedro, se encuentra ubicada a 20 kilómetros de la cabecera municipal Nacajuca, la población se conforma por 1295 hombres y 1345 mujeres, (Pueblos de América, 2014). A través de la Delegación de la Ranchería se hizo la invitación a mujeres que habían sufrido de mastectomía para darles a conocer las prótesis mamarias externas que una empresa mexicana dedica-

da a la fabricación de lencería donaría a estas personas y a petición de una asociación civil dedicada al combate del cáncer de mama.

El método para detectar a las féminas fue solicitando información en el centro de salud de los casos detectados y con las 5 mujeres ubicadas, a través de la técnica bola de nieve, se buscó llegar a la población no reportada de manera reciente, a los que habían cambiado de domicilio, y a los que tenían un servicio de salud en otra institución. Finalmente se ubicó a un total de 20, a quienes se les dio la plática de cáncer de mama y se les ofreció el apoyo con prótesis a quienes no contaban con una.

Resultados

Se encontró que mujeres con un promedio de edad de 55 años han tenido una mastectomía y que utilizaban una bolsa de alpiste, lentejas, algodón, tela e incluso calcetines dentro de su brassiere para disimular la falta de mama. Algunas de ellas manifestaron que familiares y amigas no sabían que les habían quitado un seno. Incluso hubo un par de casos en los que manifestaron que a raíz de su operación habían dejado de tener contacto físico-sexual con sus parejas y como consecuencia se habían convertido en mujeres incompletas, pensando en que sus parejas las podrían rechazar o a cambiar por otras que no estuvieran defectuosas.

Una vez que fueron informadas de las bondades de este tipo de lencería hecha especialmente para mujeres que sufrieron de mastectomía, se les pidió que se probaran los brassieres, para conocer su talla y poderles obsequiar aquel con el que se sintieran más cómodas, situación que resultó ofensiva para algunas de ellas al mencionar que si su marido no las había visto desnudas menos gente desconocida, y otras definitivamente no lo harían porque no

conocían a nadie que lo haya usado, nunca habían visto en la televisión a ninguna artista usándolo o recomendándolo.

Esto ubica un contexto en el que el uso de un producto de primera necesidad para las mujeres con mastectomías fuese rechazado por casi la mitad de las usuarias detectadas. Ya que después de haber sido confirmados los casos, no se atrevieron a solicitar la prótesis por vergüenza o pudor, ante un accesorio útil pero íntimo, cuya aceptación requería mostrar ante la comunidad un problema de salud que afecta su imagen femenina.

Conclusiones

Ante esta realidad que afecta a este segmento poblacional en esta comunidad, los mercadólogos deben utilizar estrategias y técnicas apropiadas al generar campañas publicitarias más liberales para las prótesis mamarias externas y los brassieres especiales con la finalidad de que su compra deje de ser inmencionable, sin que por esto se considere a la mercadotecnia como irrespetuosa o carente de valores sino ubicarla en el momento oportuno y en el lugar adecuado.

Asimismo, con el objeto de dar confianza y seguridad a este segmento de la población, se recomienda utilizar medios de comunicación masiva, catálogos de lencería, cuya figura principal sea una artista reconocida por las amas de casa para que de manera respetuosa les enseñe la utilización y las bondades de las prótesis externas y dejen de ser productos inmencionables, de tal suerte que las mujeres al utilizarlos se despidan de prejuicios porque al final de cuentas siguen siendo mujeres.

Por otra parte, en la propaganda que se visualiza en los Centros de Salud, no se promueve el uso de prótesis después de la mastectomía. Solo se observa el trabajo individual de organizaciones

benéficas con campañas de donación promovidas a través de las trabajadoras sociales, pero con una cobertura limitada. Por ello se recomienda la inclusión de información a través de folletería y posters sobre los beneficios del uso de una prótesis externa a fin de popularizar su uso, generando un mercado más amplio. Adicionalmente se recomienda que se establezcan convenios con fabricantes y distribuidores de prótesis externas y brassieres especiales, para el diseño y elaboración de la campaña de promoción de estos productos.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). Censo Poblacional 2011. México: INEGI.
2. Martínez, N. (3 de octubre de 2013). CNN México. Obtenido de ¿Cuáles son las opciones de prótesis mamarias en México?: <http://mexico.cnn.com/salud/2013/10/03/cuales-son-las-opciones-de-protesis-mamarias-en-mexico>
3. Pueblos de América. (2014). PueblosAmérica.com. Obtenido de El Cedro: <http://mexico.pueblosamerica.com/i/el-cedro-26/>
4. Torres, V. (2012). El PLna de Mercadotecnia 3.0. México: PJ Editores.
5. Wilson, A., & West, C. (1986). La mercadotecnia de los productos inmencionables. En H. University, Biblioteca Harvard de Administración de Empresas: Mercadotecnia IV (págs. 67-79). México: Grupo Editorial Expansión.

Análisis situacional del programa de detección y control de la tuberculosis en hospitales públicos de Cundinamarca Colombia

Lyda Cifuentes Rodriguez¹

¹Salud Pública Secretaría de Salud de Cundinamarca (Colombia) Universidad del Rosario Bogotá (Colombia)

RESUMEN

La tuberculosis –TBC- es motivo de preocupación de la sociedad, considerada un grave problema de salud pública, ligada a la pobreza ya la falta de información en salud. Fue catalogada por la organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los graves problemas en salud, que afecta a las poblaciones a nivel mundial, por ejemplo, el 85% de los casos ocurren en África y Asia (Plan Mundial, 2010-2015); de acuerdo a estadísticas un tercio de la población mundial está infectada por el bacilo con infección tuberculosa, latente, por lo tanto la OMS, declaró la tuberculosis como emergencia mundial desde 1993. Los organismos del Estado encargados de la salud pública en Colombia, tienen como

una de sus objetivos prioritarios el control y la erradicación de la TBC, dentro del espectro de enfermedades transmisibles. Este estudio se propuso analizar los programas de detección precoz de esta enfermedad, como estrategia fundamental para lograr su control, medir su impacto, con el fin de identificar oportunidades de mejoramiento de estos programas lograr para que junto con a una adecuada toma de decisiones se pueda dar cumplimiento a las metas propuestas. Para esta investigación, en el Departamento de Cundinamarca hizo una revisión de datos y archivos relacionados. A continuación se aplicó un instrumento para aplicación directa a médicos de consulta externa de hospitales públicos encargados del programa TBC. Fueron seleccionados los municipios de mayor importancia como Girardot, Fusagasugá, Facatativá y Zipaquirá, se les consulto de qué manera se maneja la Prevención y Control de Tuberculosis. Los resultados del estudio demostraron una baja adherencia a las guías de detección y control de TBC, establecidas oficialmente, como política pública y además una falta de coordinación entre dependencias encargadas del control, así como una deficiente información en la población a cerca de las bondades del programa.

Introducción

La organización Mundial de la Salud (OMS) considera la tuberculosis TB, como uno de los graves problemas en salud, que afecta a las poblaciones a nivel mundial, el 85% de los casos ocurren en África y Asia (Plan Mundial, 2010-2015); las estadísticas reportan que un tercio de la población mundial presenta infección tuberculosa latente, esto motivó a la OMS a declarar a la tuberculosis como emergencia mundial en 1993 (Guía 412, 2000).

Según el Plan Mundial para detener la Tuberculosis (2010-2015) “Alianza Alto a la Tuberculosis” (AT), cada año aparecen en el mundo nueve millones de casos nuevos de TB y se producen cerca de dos millones de muertes por esta enfermedad, lo que representa una carga emocional a nivel de la población y un obstáculo, para el desarrollo socioeconómico de los países.

Atendiendo a estas directrices, los organismos del Estado encargados de la salud pública en Colombia, tienen como uno de sus objetivos prioritarios, el control y la erradicación de enfermedades como la TBC. Sin embargo, se percibe un descenso en el nivel de cumplimiento de los programas de detección de TB, por lo cual se

hace necesario analizar su alcance y pertinencia, a fin de identificar oportunidades de mejoramiento conducentes a su fortalecimiento consolidación.

Colombia se adhirió a la consecución de los Objetivos del Milenio (ODM) como agenda global, para superar la pobreza, situando a la salud en el corazón del desarrollo. Dentro de los compromisos adquiridos está la lucha contra la Tuberculosis, para la cual, se diseñó el documento CONPES 91 de marzo de 2005 que establece políticas públicas, para alcanzar los ODM hacia el año 2015. Dentro de la propuesta, la Tuberculosis quedó incluida como una prioridad en salud pública, mediante el decreto 3039 de 2007, el cual incluyó objetivos, metas y estrategias, para implementar, expandir y adaptar la metodología, Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (DOTS/TAES) a las líneas del Plan AT, con el fin de fortalecer y sostener acciones orientadas a reducir la carga de morbi-mortalidad de la enfermedad, de tal manera que, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, se diseñó el Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010 – 2015, que busca fortalecer la expansión del Plan AT, para reducir la incidencia y mortalidad por Tuberculosis a través de metas y objetivos con indicadores de cumplimiento (Plan Nacional, 2009).

En este estudio se examinaron las estrategias que se han puesto en marcha para la detección precoz de la tuberculosis (TBC) como mecanismo de control y prevención, con el objeto ultimo de lograr su erradicación en el departamento de Cundinamarca, Colombia; específicamente en 4 municipios de mediano tamaño, todos con hospital local, haciendo énfasis en la gestión desarrollada por el personal médico para la captación de sospechosos de TB;es decir

en la aplicación de la guía 414 que establece las directrices para tal fin.

Objetivos

- Identificar el grado de cumplimiento de las estrategias definidas en las Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, para la búsqueda de pacientes con Tuberculosis.
- Establecer la efectividad de los programas de capacitación sobre normas, protocolos y guías para la detección oportuna de la enfermedad, por parte del personal médico.
- Proponer acciones de mejoramiento continuo para superar las deficiencias detectadas en el análisis del programa.

Método

La metodología desarrollada fue de carácter descriptivo cualitativo, a partir de fuentes primarias y secundarias. Como fuentes primarias se tomaron los médicos de consulta externa de cuatro hospitales locales correspondientes a estos municipios, para establecer el nivel de adherencia a las guías de detección y manejo de TB, así como su percepción sobre la aplicabilidad de las mismas. Tal como aparece en la tabla 1, fueron entrevistados un total de 41 médicos, pertenecientes a los cuatro hospitales relacionados en la misma tabla, se les aplicó una encuesta semiestructurada con seis variables que se ilustran en la tabla 2.; con esta herramienta se buscó evaluar el nivel de dominio de la guía de detección de TB y sus dificultades de cumplimiento.

Como fuentes secundarias se revisaron los informes de morbilidad por TB, para los cuatro referidos municipios del departamento de Cundinamarca, que cubren una población aproximada

de 478.633 habitantes, con base en los datos publicados por el Ministerio de Salud; esto para identificar el nivel de avance de la enfermedad en la región.

Tabla 1. Distribución de la Población del área de estudio, por municipio y hospital correspondiente

Municipios	Población	Hospitales	Médicos No.
Zipaquirá	118.267	Hospital Universitario La Samaritana Unidad Funcional Zipaquirá.	10
Fusagasugá	129.301	Hospital San Rafael	9
Facatativá	127.226	Hospital San Rafael	10
Girardot	103.839	Hospital Universitario La Samaritana Unidad Funcional de Girardot.	12

Fuente: Elaboración Propia Autores

Tabla 2. Variables incluidas en la encuesta semiestructurada cuestionario

Sintomatología básica para captar pacientes con TB.
Disponibilidad oportuna de recursos para el programa.
Estrategias y metodologías para la búsqueda efectiva de pacientes.
Valoración de las estrategias por grado de importancia.
Identificación de actores que deben participar en la búsqueda de pacientes SR y casos de tuberculosis.
Características de la población vulnerable

Fuente: Elaboración Propia Autores

Resultados

En la tabla 3 puede apreciarse el nivel de cumplimiento de las metas oficiales de captación por año, a partir del abordaje de Sintomáticos respiratorios SR. En el Hospital Universitario La Samaritana UF (Zipaquirá), la meta fijada fue 454 SR y captó sólo 48%; en la ciudad de Girardot, en el Hospital Universitario La Samaritana UF, cuya meta era de 723, por el contrario, esta fue superada, llegando a 970 SR captados, lo que representa un cumplimiento del 134%. En Fusagasugá, en el Hospital San Rafael cuya meta era 646, se logró una captación de 92%, lo que equivale a 593 SR. En Facatativá de 900 SR como meta asignada, sólo se cumplió el 30% o sea 274 pacientes captados, constituyéndose en

el nivel más bajo de cumplimiento de los cuatro hospitales estudiados. Se hace evidente que dos hospitales no cumplieron con el 80% propuesto como mínimo de cumplimiento esperado, otro llegó al 92 % y uno supero ostensiblemente la meta, con un 134 %.

Tabla 3. Programación y cumplimiento de indicadores de captación y detección de pacientes con TB. Hospitales de Facatativá, Fusagasugá, Girardot y Zipaquirá/Cundinamarca. Colombia:

PROGRAMACION						CUMPLIMIENTO AÑO 2013							
MUNICIPIO	IPS	Consultas primera vez mayores de 15 años	Meta captación SR Año	Captacion Minima Esperada (90%)	Pacientes Bacilíferos a Captar año Positividad: 2,5%	Detección mínima esperada (80%)	Total SR Captados año	Total SR examinados año	Total BK año	Total Cultivos año	% Captacion SR alcanzada año	Pacientes Bacilíferos DX año (Detección)	% Deteccion alcanzada en el año
ZIQUAIRÁ	HOSPITAL U LA SAMARITANA UF	9088	454	409	11	9	314	218	614	190	48	0	0
GIRARDOT	HOSPITAL U LA SAMARITANA UF	14455	723	650	18	14	970	970	2427	791	134	51	282
FUSAGASUGÁ	HOSPITAL SAN RAFAEL	12921	646	581	16	13	593	593	1451	519	92	16	99
FACATATIVÁ	HOSPITAL SAN RAFAEL	18009	900	810	23	18	274	274	686	233	30	3	13
TOTAL	TOTAL	54473	2724	2451	68	54	2151	2055	5178	1741	75	70	103

Fuente secundaria.

METAS CAPTACION / DETECCION	
0 % - 39 %	ROJO
40 % - 69 %	AMARILLO
70 - 100 %	VERDE

Fuente: Elaboración propia autores a partir de datos obtenidos de la Secretaría de Salud Pública. Programa Tuberculosis. Cundinamarca.

Resultados de la encuesta:

La encuesta semiestructurada a grandes rasgos arrojó los siguientes resultados:

Conocimiento sobre sintomatología básica de TB: El 82.92%, de los médicos entrevistados tiene claridad en la sintomatología de la tuberculosis, (tos y expectoración por más de 15 días), pero

el 17.08% desconoce la sintomatología definida en la Guía 412, 2000 del Ministerio de Salud.

Disponibilidad de tiempo y recursos para el programa: El 41.46%, de los profesionales entrevistados consideran que el tiempo de atención en la consulta por paciente es insuficiente; 29.26% consideran que requieren más capacitación y el 29.28%, señala una falta de oportunidad en la toma de muestras de laboratorio.

Estrategias y metodologías para la búsqueda efectiva de pacientes: El 70.73%, considera que la búsqueda de SR casa a casa por los promotores de salud es la mejor forma de captación de pacientes, 29.26% consideran muy importantes a otros actores como médicos y enfermeras en los centros asistenciales.

Características de la población vulnerable: 46.34% de los entrevistados consideran que deben anexarse al programa sobre tuberculosis, pacientes con VIH positivo, dada la relación epidemiológica existente entre estas dos enfermedades; 21.25% considera que el programa debe extenderse a pacientes crónicos; 9.75% a niños; 21.96% vacunación y salud sexual reproductiva; de tal manera, que los resultados muestran desconocimiento de los objetivos del Programa.- 78.04, opina que el seguimiento debe hacerse a población vulnerable, indígenas, presos y 19.51% población infantil, pacientes con VIH, adulto mayor y 2.45% trabajadores del área administrativa.

Conclusiones

A pesar del bajo costo de la estrategia de captación de SR propuesta por el plan de la OPS, los resultados no son satisfactorios, las metas establecidas no se han cumplido en los municipios señalados.

Algunos profesionales de la salud no tienen un claro conocimiento del cuadro sintomático para el diagnóstico de la TB a partir de SR, pareciera no haber un suficiente interés y compromiso en la aplicación de esta directriz.

Se debe por lo tanto incrementar la exigencia y el control en la aplicación de la política de detección de sintomáticos respiratorios, a la vez que fortalecer las estrategias de educación continuada al personal de salud encargado de las acciones.

Bibliografía

1. Dirección Nacional de Planeación. (2005). *Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – 2015*. CONPES Social 91 de 2005. Bogotá, Colombia.
2. Ministerio de la Protección Social. Bogotá. Colombia (2007). Revisión y actualización de un amplio grupo de guías y normas incluidas en la Resolución 412 de 2000. Guía de Atención de la Tuberculosis Pulmonar y Extra pulmonar. (2000). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública*.
3. Hargreaves, J., et al. (2011). *Los Determinantes Sociales de la Tuberculosis: Desde la Evidencia de Acción*. Revista Panamericana de Salud Pública. Abril. Volumen 101. Número 4. Pp. 654-662.
4. Henao, S. et al. (2007). *Búsqueda de Tuberculosis en Pacientes Sintomáticos Respiratorios en Cuatro Hospitales de Bogotá D.C.* Revista Salud Pública. Volumen 9. Número.3.
5. Ministerio de protección social. Instituto nacional de Salud. Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Colombia libre de Tuberculosis 2010-2015*. Documento Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB. Bogotá. Colombia.

Violencia de género y salud pública

Mariela Cristell Hernández Pérez,¹ Angélica Paz Valdez¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: El género ha sido a lo largo de la historia, un factor vital para caracterizar y estereotipar el comportamiento de los seres humanos, los cuales han sido clasificados en dos grandes grupos que son “hombre” y “mujer”. Sin embargo, dichos estereotipos impuestos a los grupos antes mencionados, se han visto relacionados con problemáticas que inducen al ser humano a no desarrollarse de una forma plena, creando con esto, un ambiente de desigualdad en las sociedades, y en muchas ocasiones ésta situación ha dado lugar a que se ejerza violencia por motivo de género. Según la Organización Mundial de la Salud, la violencia de género es un problema de salud pública que afecta a más de un

tercio de las mujeres en el mundo. Estudios sugieren que para tratar el problema, los gobiernos deben involucrar enteramente al sector de la salud, por lo que en México, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, desarrolló en 2010 protocolos y lineamientos para la “Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia”, en donde se encuentra la terapia género-sensitiva como una de las herramientas a utilizar en mujeres que viven una situación de violencia. Sin embargo, esta terapia se limita a las mujeres víctimas de violencia, subestimando de esta forma el nivel preventivo referente a ésta situación. **Objetivos:** implementar estrategias de prevención por medio de esta terapia, ampliando su alcance a toda la población, proponiendo una reeducación sobre lo que implica ser hombre y ser mujer, así como también, disminuir la brecha agresor/víctima. En éste sentido, se exhorta al sector salud priorizar la intervención de la violencia de género al nivel de otras afecciones propias de la salud pública. **Método:** La metodología consiste en el uso de “Investigación-Acción”, ya que la intervención actual realizada ante el tema de violencia de género en México, no es tomado con la importancia que se requiere para mejorar la situación en cuanto a dicha problemática. **Resultados:** Se espera crear conciencia sobre los estereotipos y roles de género que pueden generar violencia, derrumbar el paradigma de la victimización de la mujer y la posición de agresor del hombre, y por ende; disminuir los índices de violencia de género. **Palabras clave:** violencia, salud pública, género, prevención, intervención, agresor, víctima, estereotipos, perspectiva de género.

Introducción

El género ha sido a lo largo de la historia, un factor vital para caracterizar y estereotipar el comportamiento de los seres humanos, los cuales han sido clasificados en dos grandes grupos que son “hombre” y “mujer”. Sin embargo, dichos estereotipos impuestos a los grupos antes mencionados, se han visto relacionados con problemáticas que inducen al ser humano a no desarrollarse de una forma plena, creando con esto, un ambiente de desigualdad en las sociedades, y en muchas ocasiones ésta situación ha dado lugar a que se ejerza violencia por motivo de género.

Según la Organización Mundial de la Salud, la violencia de género es un problema de salud pública que afecta a más de un tercio de las mujeres en el mundo. Estudios sugieren que para tratar el problema, los gobiernos deben involucrar enteramente al sector de la salud, por lo que en México, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, desarrolló en 2010 protocolos y lineamientos para la “Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia”, en donde se encuentra la terapia género-sensitiva como una de las herramientas a utilizar en mujeres que viven una situación de violencia. Sin embargo, esta terapia se limita a las mujeres víctimas de violencia, subestimando de esta forma el nivel preventivo referente a ésta situación.

Objetivos

Por lo tanto, los objetivos de ésta investigación son implementar estrategias de prevención por medio de esta terapia, ampliando su alcance a toda la población, proponiendo una reeducación sobre lo que implica ser hombre y ser mujer, así como también, disminuir la brecha agresor/víctima. En éste sentido, se exhorta al sector

salud priorizar la intervención de la violencia de género al nivel de otras afecciones propias de la salud pública.

Fundamentación teórico

En 2010 el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, desarrolló protocolos y lineamientos para la “Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia”, con el objetivo de estandarizar las técnicas y objetivos terapéuticos para la atención psicológica, que se ofrece como parte de la atención especializada a mujeres en situación de violencia en los Servicios Estatales de Salud. Éste manual es únicamente de intervención, sin ningún aspecto preventivo.

Sin embargo, el manual también habla de la terapia género-sensitiva, la cual se enfoca en la experiencia de la mujer que vive en situación de violencia y considera la violencia como una consecuencia lógica de la condición de la mujer en la sociedad. Por su parte, quien abusa es considerado responsable por sus acciones sin tomar en cuenta el comportamiento de los demás miembros de la familia. Esta categoría además, permite sacar del terreno biológico lo que determina la diferencia entre los sexos y colocarlo en el terreno simbólico.

Aunque el manual detalle esta terapia como parte de la intervención, no se lleva a cabo en los sectores de salud, se limitan a la terapia cognitivo conductual, y la sensibilización sobre el género es dejada a un lado... no obstante, ésta terapia tiene como población exclusiva a la mujer, dejando de fuera a los hombres y catalogándolos como únicos ‘agresores’, cuando no es más que el resultado de la falta de perspectiva de género que esta terapia género-sensitiva ofrece y no llega a la población masculina.

La violencia de género como salud pública

Desde un punto global la OMS en 2013 señala que la violencia de género es un problema perteneciente a la salud pública, sin embargo, en México no se han llevado a cabo los lineamientos indicados para erradicar esta violencia ni priorizarla como parte del sector salud. Así lo advierte Ana María Hernández, integrante de la asociación civil Observatorio Ciudadano Nacional de Femicidios (OCNF), que realizó un estudio que indica que entre 2012 y 2013 un total de tres mil 892 mujeres fueron asesinadas en todo el país y 15.7% de los casos fueron investigados bajo este tipo penal.

Además de que el fenómeno persiste, la parte de prevención de este tipo de violencia está descuidada.

También prevalecen prejuicios discriminatorios contra las mujeres, obstaculizando la ampliación de los criterios para investigar y juzgar este tipo de asesinatos contra mujeres.

Los jueces muchas veces sentencian con ojos de discriminación, hay una visión de que las mujeres provocamos la violencia, por la forma de vestir o actuar, y ahí hay una misoginia que se expresa con la exoneración de los culpables o disculpando la actuación de los agresores.

De acuerdo con datos de ONU, dos mil 500 mujeres en México murieron bajo presunción de feminicidio, por lo que se estima que 4.4 muertes al día tienen este componente; además el organismo de las Naciones Unidas indicó que 47% de las mujeres que han estado en una relación han experimentado algún tipo de violencia por parte de su pareja; mientras que 25% han sufrido algún tipo de violencia de género en su centro de trabajo.

La violencia contra las mujeres es una problemática estructural que ha estado de manera permanente y que en los últimos años, en

los últimos meses se ha visto con mayor crudeza y esto tiene que ver con varios factores, hay una crisis en las instituciones que son incapaces de proteger la vida de las mujeres.

Otro problema es la falta de un registro sobre las víctimas que padecen violencia o de las mujeres que han muerto por feminicidio.

Indica que no existe una base de datos confiable sobre estas agresiones, lo cual “obstaculiza” que las políticas públicas sean exitosas, a pesar que la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia señalaba la creación de dicho registro. Sólo hay estimaciones y eso obstaculiza que las políticas públicas sean exitosas.

Los rasgos por lo que prevalece la violencia de género

El estudio de ONU Mujeres afirma también que la violencia contra las mujeres se caracteriza por tres rasgos:

1) Su invisibilidad, producto de las pautas culturales que aún priman en nuestras sociedades, en las que la violencia intrafamiliar o de pareja y los abusos sexuales de conocidos, familiares o desconocidos, son concebidos ya sea como eventos del ámbito privado donde los demás -incluso las autoridades- no deben inmiscuirse.

2) Su “normalidad” es otro de los rasgos que la acompañan. La cultura patriarcal justifica o aún “autoriza” al varón para ejercer la violencia contra la mujer cuando su objetivo es “corregir” comportamientos que se salen de la norma, que no se adecuan a su rol esperado de madre, esposa y ama de casa. Dicha cultura justifica, asimismo, la potestad de cualquier varón para intervenir o controlar la vida de las mujeres o usar distintos tipos de violencia contra

una mujer que “desafía” o transgrede las fronteras culturales del género.

3) Su impunidad, que es consecuencia de todo lo anterior, ya que si la violencia entre parejas o intrafamiliar es justificada como “natural” o como “asunto privado”, no puede ser juzgada como violación a ningún derecho y, por lo tanto, no es sancionable. También, a menudo es justificada en casos donde la violencia la ejerce un hombre desconocido sobre una mujer “transgresora.” De tal suerte que en el imaginario común de la población, y aun en gran parte de los operadores de la procuración de justicia, la violencia hacia las mujeres es sistemática, en tanto se ha producido y reproducido.

Método

La metodología consiste en el uso de “Investigación-Acción”, ya que la intervención actual realizada ante el tema de violencia de género en México, no es tomada con la importancia que se requiere para mejorar la situación en cuanto a dicha problemática.

Resultados

Se espera crear conciencia sobre los estereotipos y roles de género que pueden generar violencia, derrumbar el paradigma de la victimización de la mujer y la posición de agresor del hombre, y por ende; disminuir los índices de violencia de género, con una educación con perspectiva de género. Así como también, realizar un registro efectivo de datos sobre las muertes por razón de violencia de género.

Conclusiones

Para combatir estos rasgos característicos de la violencia hacia la mujer, es necesario educar desde una perspectiva de género. Una perspectiva de género desde la educación abarca varios ámbi-

tos, desde el diseño de libros de texto y programas no sexistas hasta desarrollo de políticas de igualdad de trato y oportunidades entre maestros y maestras. Así como en el ámbito laboral es importante suprimir la discriminación que afecta a la población femenina, en el terreno educativo es crucial eliminar las representaciones, imágenes y discursos que reafirman los estereotipos de género y promueven la violencia de género.

Lo más importante a comprender es que una perspectiva de género impacta a mujeres y a hombres, y beneficia al conjunto de la sociedad, al levantar obstáculos y discriminaciones, al establecer condiciones más equitativas para la participación de la mitad de la sociedad y al relevar a los hombres de muchos supuestos de género que son también un peso y una injusticia.

Bibliografía

1. La perspectiva de género. Revista de Educación y Cultura; Marta Lamas.
2. Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia. Lineamientos y Protocolos
3. Lamentan que no baje número de asesinatos contra mujeres <http://www.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2015/lamentan-que-no-baje-numero-de-asesinatos-contra-mujeres-1067977.html>
4. En cifras, 25 años de violencia de género en México <http://www.animalpolitico.com/2012/12/un-cuarto-de-siglo-de-violencia-contra-la-mujer/>

Mercadotecnia de productos inmenables en el área de salud pública. Caso de mujeres con mastectomías en el área rural del Cedro Nacajuca Tabasco

Alicia Beltrán Torres,¹ Marina Pérez Cano,¹ Ma. Clara Martínez Hernández¹

¹División Académica de Ciencias Económico Administrativas. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: Se cree que los viejos prejuicios desaparecen con el tiempo, sin embargo, aun en la actualidad existe renuencia o falta de convencimiento en el consumidor en la utilización de los productos o servicios inmenables y que por razones de delicadeza, decencia o moral tienden a provocar reacciones de

ofensa o indignación al mencionarlos o presentarlos, sobre todo en ciertos segmentos de la población. **Objetivos:** Describir las características del mercado a fin de establecer estrategias de publicidad que hagan conciencia de los riesgos a la salud. **Método:** Dadas las características de la población se usó la técnica de bola de nieve para recolectar la información, y se presenta en un estudio descriptivo del comportamiento del mercado. **Resultados:** En pleno siglo XXI aún existen zonas rurales donde predominan factores morales, religiosos y misóginos que hacen imposible que un producto o servicio se distribuya libremente entre la población, a pesar de que la mayoría de ellos cuenta con radios y televisores, aún consideran que algunos productos no deberían mencionarse por considerarlos amorales o tabú. En el caso analizado, se encuentra que hay una resistencia de las mujeres que han sufrido una mastectomía por cáncer de mama, a recibir el apoyo para superar las consecuencias de la cirugía. En plena campaña de donación de prótesis por una organización benéfica, no se atrevieron a solicitar el apoyo para no compartir su problema con la comunidad por temor a ser criticadas o juzgadas. **Conclusiones:** El mercadólogo, al conocer todos esos factores debe realizar estrategias o técnicas apropiadas, campañas publicitarias más liberales para aquellos productos o servicios cuya distribución aun no puede discutirse en público con la finalidad de que éstos dejen de ser inmencionables, sin que por esto se considere a la mercadotecnia como irrespetuosa o carente de valores sino ubicarla en el momento oportuno y en el lugar adecuado.

Palabras Clave: Salud, productos inmencionables, publicidad, tabú.

Introducción

El principio básico de la mercadotecnia es identificar la necesidad, es decir la urgencia de recurrir a un producto o servicio o una necesidad de deshacerse de ellos (Torres, 2012), la diferencia se produce aquí entre los tabúes y los artículos, conceptos o servicios de uso común; en un proceso mercadotécnico tendiente a retirar cualquiera de éstos, no es el comprador el usuario final, sino que este lugar lo ocupa la persona, organización o sociedad que se afana por retirarlo de la circulación.

Otra diferencia principal que existe entre la mercadotecnia de tabúes y la de otros artículos o conceptos radica en la intensidad con la que se aplica la mezcla mercadotécnica y en el mensaje o tema que transmite. Así pues, por definición, la mercadotecnia de tabúes legítimos es más difícil que la de los productos o servicios convencionales, la mezcla puede requerir una aplicación intensa y una vez que se hayan seleccionado los instrumentos, medios, men-

sajes y objetivo de este último, será necesario utilizar una planeación cauta y una reflexión sensata.

Se ha argumentado que un mayor conocimiento de muchos in-
mencionables beneficiaría a la sociedad en su totalidad. Pero mu-
chos de estos prejuicios, que deberían dejar de serlo para existir
libremente, no sufrirán menoscabo en su utilización puesto que no
se habla mucho de ellos ni se venden (Wilson & West, 1986). La
pregunta que deben hacer los mercadólogos es si la sociedad se
beneficiará al tener una mercadotecnia menos inhibida, por ejem-
plo, debe darse a conocer el uso de prótesis mamarias sólo a las
mujeres a quienes les hayan practicado una mastectomía o debe
informarse a la sociedad en general para que en el futuro deje de
ser un prejuicio el hecho de no tener uno o ambos senos.

Una realidad latente en México es que según datos del 2011 del
Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) cada dos
horas y 20 minutos, muere una mexicana por cáncer de mama
(2011), siendo la mastectomía, o extirpación de mama uno de los
tratamientos que se emplean y tiene repercusión directa en la ima-
gen de las féminas.

El caso analizado se circunscribe en la Ranchería el Cedro,
ubicada a 20 kilómetros de la cabecera municipal Nacajuca, Ta-
basco la población se conforma con 2640 habitantes de las cuales
el 51% son mujeres, cuenta con 1 centro de salud a cargo de un
médico general, que atiende de lunes a viernes, por lo que en caso
de una enfermedad mayor o de cierta especialidad tienen que tras-
ladarse a los hospitales de Villahermosa. Y para los fines de la
investigación se recurrió a la base de datos de casos remitidos
desde ese centro de salud, y a los cuales se les continúa dando
seguimiento.

Las razones para el uso de prótesis mamarias tanto internas como externas son: la prevención de dolores musculares en cuello y espalda causados por el desequilibrio por la falta de un seno, la postura, evitar la aparición de linfedema y la estética. Para la colocación de las externas no requiere cirugía pueden adherirse a la piel con pegamento especial, o colocarse dentro del bolsillo de un sostén especialmente diseñado.

En el reportaje publicado por CNN México, la periodista Nnantzin Martínez comenta que el uso de una prótesis hace que la mujer se sienta más segura de sí misma, lo cual es básico en su recuperación emocional. “La primera vez que una mujer se enfrenta a una prótesis es muy impactante, pues es tener frente a sí el reemplazo de una parte del cuerpo que ya no tiene. No obstante, una vez que se la prueba y de que la ve como una posibilidad real de cubrir una necesidad, empieza a tener más confianza y a ver su imagen muy parecida a como era antes, lo que la hace sentir mejor” (2013).

Sin embargo, una de las limitantes más fuertes para su uso es el costo. Para el caso de la población estudiada, el 70% no tiene acceso a recursos para la compra de una prótesis mamaria externa con valor de entre 2,000 y 5,000 pesos. Pese a que “utilizar las prótesis en la talla correcta puede significar una gran diferencia en una mujer a la que le fue practicada una mastectomía”. (Martínez, 2013).

Objetivo

Describir las características del mercado a fin de establecer estrategias de publicidad que hagan conciencia de los riesgos a la salud.

Método

La Ranchería el Cedro, se encuentra ubicada a 20 kilómetros de la cabecera municipal Nacajuca, la población se conforma por 1295 hombres y 1345 mujeres, (Pueblos de América, 2014). A través de la Delegación de la Ranchería se hizo la invitación a mujeres que habían sufrido de mastectomía para darles a conocer las prótesis mamarias externas que una empresa mexicana dedicada a la fabricación de lencería donaría a estas personas y a petición de una asociación civil dedicada al combate del cáncer de mama.

El método para detectar a las féminas fue solicitando información en el centro de salud de los casos detectados y con las 5 mujeres ubicadas, a través de la técnica bola de nieve, se buscó llegar a la población no reportada de manera reciente, a los que habían cambiado de domicilio, y a los que tenían un servicio de salud en otra institución. Finalmente se ubicó a un total de 20, a quienes se les dio la plática de cáncer de mama y se les ofreció el apoyo con prótesis a quienes no contaban con una.

Resultados

Se encontró que mujeres con un promedio de edad de 55 años han tenido una mastectomía y que utilizaban una bolsa de alpiste, lentejas, algodón, tela e incluso calcetines dentro de su brassiere para disimular la falta de mama. Algunas de ellas manifestaron que familiares y amigas no sabían que les habían quitado un seno. Incluso hubo un par de casos en los que manifestaron que a raíz de su operación habían dejado de tener contacto físico-sexual con sus parejas y como consecuencia se habían convertido en mujeres incompletas, pensando en que sus parejas las podrían rechazar o a cambiar por otras que no estuvieran defectuosas.

Una vez que fueron informadas de las bondades de este tipo de lencería hecha especialmente para mujeres que sufrieron de mastectomía, se les pidió que se probaran los brassieres, para conocer su talla y poderles obsequiar aquel con el que se sintieran más cómodas, situación que resultó ofensiva para algunas de ellas al mencionar que si su marido no las había visto desnudas menos gente desconocida, y otras definitivamente no lo harían porque no conocían a nadie que lo haya usado, nunca habían visto en la televisión a ninguna artista usándolo o recomendándolo.

Esto ubica un contexto en el que el uso de un producto de primera necesidad para las mujeres con mastectomías fuese rechazado por casi la mitad de las usuarias detectadas. Ya que después de haber sido confirmados los casos, no se atrevieron a solicitar la prótesis por vergüenza o pudor, ante un accesorio útil pero íntimo, cuya aceptación requería mostrar ante la comunidad un problema de salud que afecta su imagen femenina.

Conclusiones

Ante esta realidad que afecta a este segmento poblacional en esta comunidad, los mercadólogos deben utilizar estrategias y técnicas apropiadas al generar campañas publicitarias más liberales para las prótesis mamarias externas y los brassieres especiales con la finalidad de que su compra deje de ser inmencionable, sin que por esto se considere a la mercadotecnia como irrespetuosa o carente de valores sino ubicarla en el momento oportuno y en el lugar adecuado.

Asimismo, con el objeto de dar confianza y seguridad a este segmento de la población, se recomienda utilizar medios de comunicación masiva, catálogos de lencería, cuya figura principal sea una artista reconocida por las amas de casa para que de manera

respetuosa les enseñe la utilización y las bondades de las prótesis externas y dejen de ser productos inmencionables, de tal suerte que las mujeres al utilizarlos se despidan de prejuicios porque al final de cuentas siguen siendo mujeres.

Por otra parte, en la propaganda que se visualiza en los Centros de Salud, no se promueve el uso de prótesis después de la mastectomía. Solo se observa el trabajo individual de organizaciones benéficas con campañas de donación promovidas a través de las trabajadoras sociales, pero con una cobertura limitada. Por ello se recomienda la inclusión de información a través de folletería y posters sobre los beneficios del uso de una prótesis externa a fin de popularizar su uso, generando un mercado más amplio. Adicionalmente se recomienda que se establezcan convenios con fabricantes y distribuidores de prótesis externas y brassieres especiales, para el diseño y elaboración de la campaña de promoción de estos productos.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). Censo Poblacional 2011. México: INEGI.
2. Martínez, N. (3 de octubre de 2013). CNN México. Obtenido de ¿Cuáles son las opciones de prótesis mamarias en México?: <http://mexico.cnn.com/salud/2013/10/03/cuales-son-las-opciones-de-protesis-mamarias-en-mexico>
3. Pueblos de América. (2014). PueblosAmérica.com. Obtenido de El Cedro: <http://mexico.pueblosamerica.com/i/el-cedro-26/>
4. Torres, V. (2012). El PLna de Mercadotecnia 3.0. México: PJ Editores.
5. Wilson, A., & West, C. (1986). La mercadotecnia de los productos inmencionables. En H. University, Biblioteca Harvard de Administración de Empresas: Mercadotecnia IV (págs. 67-79). México: Grupo Editorial Expansión.

Promoción de la salud sexual en jóvenes de México usando redes sociales y sistemas web

Laura Conde Ferraez, Francisco Moo Mena, Enrique Ayala Franco, Ileana Ontiveros Mena

¹Universidad Autónoma de Yucatán (México)

RESUMEN

Introducción: Los jóvenes son los principales usuarios de tecnologías de la información, en particular las redes sociales y sistemas Web. La red social Facebook tiene un número de usuarios en México de 36,121,400, de ellos 49% son jóvenes de 18 y 24 años de edad (17,709,660). Son también los jóvenes el grupo poblacional más vulnerable de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS). **Objetivo:** El objetivo es la promoción de la salud sexual y la identificación personalizada de conductas de riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual en jóvenes, apoyándose en redes sociales y uso de sistemas Web. Dada su penetración, en este trabajo se utilizó Facebook como puerta de acceso a los jóvenes mexicanos de 18 a 24 años. **Método:** Se diseñó e implementó una campaña basada en esta red social; a través de la publicidad los usuarios podían acceder de manera anónima a un sitio Web externo.¹ Este sitio informativo e interactivo, contiene información acerca de las ITS y otros aspectos de salud sexual. Igualmente dispone de un instrumento electrónico para evaluar el riesgo de contraer una ITS, y arroja recomendaciones personalizadas y pertinentes. La campaña a través de Facebook se activó durante 60 días de enero a marzo de 2015. **Resultados:** La publicidad se mostró un total 5,482,158 veces, de estos 21,343 usuarios accedieron a la invitación para visitar el sitio. En el sitio Web un total de 28,334 páginas fueron visitadas, de estas, 6,434 personas abrieron la encuesta relacionada con el instrumento para medir conductas de riesgo. **Conclusiones:** Las cifras muestran la efectividad del enfoque propuesto para la promoción de la salud sexual en jóvenes. Resaltando el nivel de penetración que se puede lograr en la población objetivo en un periodo corto de tiempo. Hasta donde sabemos, esta es la primera propuesta en su tipo en Latinoamérica.¹ <http://www.esalud.uady.mx/esalud/>
Palabras clave: Infecciones de transmisión sexual, Salud sexual, Jóvenes, Redes sociales, Sistemas Web.

Introducción

El uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación es cada vez más frecuente a nivel mundial, principalmente entre la población joven. En el caso de México, la Asociación Mexicana de Internet (AMIPCI) reportó para el año 2012, 40.6 millones de usuarios de Internet. En eSalud, las principales razones por las que se ha aplicado el Internet como herramienta incluyen, los bajos costos de difusión, la rapidez de acceso a la población, conveniencia para el usuario y la reducción de las barreras geográficas y temporales (Strecher, 2007). Esto ha evidenciado la gran ventana de oportunidad que representan los medios electrónicos para el acceso a la población joven, hecho que se ha comenzado a tomar

en cuenta en los sistemas de salud, para realizar campañas de promoción de la salud, para la vigilancia epidemiológica, e incluso para la investigación y el reclutamiento de pacientes (Lintonen et al, 2008; Levine, 2011; Edouard y Edouard, 2012). Actualmente, la red social Facebook tiene un número de usuarios en México de 36,121,400, de los cuales el 49% son jóvenes de entre 18 y 24 años de edad (17,709,660 de jóvenes) (estadísticas de Facebook, agosto 2012); esto resulta sorprendente porque significaría que más del 50% de los jóvenes de este grupo de edad en nuestro país tienen una cuenta de Facebook, y por lo tanto no se trata ya de una cuestión elitista o de clases económicas superiores.

En la era actual podría suponerse que los jóvenes están mejor informados que generaciones anteriores, y que por lo tanto las consecuencias de sexo sin protección debería estar disminuyendo. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta alrededor de 340 millones de casos nuevos de ITS curables a nivel mundial, y se estima que de un 75-85% suceden en países en desarrollo. Aproximadamente dos tercios de todas las enfermedades de transmisión sexual en el mundo ocurren en jóvenes menores de 25 años⁶.

Aprovechando los avances tecnológicos, el acceso que tienen los jóvenes a estas tecnologías y la amplia difusión de las mismas, es importante contar con herramientas electrónicas autoaplicables para que los jóvenes puedan determinar el riesgo al que está expuesta su salud sexual, de manera anónima, rápida, y desde cualquier equipo con acceso a Internet. En este trabajo se propuso

⁶Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections overview and estimates. WHO/HIV_AIDS/2001.02 and WHO/CDS/CSR/EDC/2001.10. (último acceso Julio 2012) Disponible en : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/HIV_AIDS_2001_2/en/index.html

utilizar Facebook como puerta de acceso a los jóvenes, con la finalidad de promover la salud sexual, que se informen, evalúen su exposición y de ser necesario consideren asistir al médico o la opción de realizarse pruebas diagnósticas. La campaña se dirigió específicamente al grupo de edad de 18 a 24 años que viven en nuestro país, por ser un grupo especialmente vulnerable. El uso de redes sociales y de una aplicación electrónica para recabar información de manera anónima y dirigida a grupos de edades, género y ubicación geográfica específicos es una aproximación novedosa nunca antes aplicada en la investigación en Latinoamérica. Aunque existen numerosas páginas Web que contienen información respecto a la salud sexual, estas no son ofrecidas directamente a los grupos vulnerables, por tanto resulta ventajoso poder presentar la información directamente a los grupos de edad de mayor interés.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es la promoción de la salud sexual y la identificación personalizada de conductas de riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual en jóvenes, apoyándose en las redes sociales y el uso de sistemas Web.

Método

Dado su alcance como la red social más popular en México, en este trabajo se utilizó Facebook como puerta de acceso a los jóvenes mexicanos de 18 a 24 años. Se diseñó e implementó una campaña basada en esta red social, y a través de la publicidad los usuarios podían acceder de manera anónima al sitio Web implementado. La figura 1 muestra dos ejemplos de la publicidad implementada.

El sitio Web desarrollado es responsivo, es decir, puede ser usado tanto en computadoras como en dispositivos móviles. Este

sitio contiene información acerca de las ITS y otros aspectos de salud sexual. La figura 2 muestra la página inicial del sitio Web.

Figura 1. Publicidad para la campaña en Facebook



Figura 2. Página inicial del sitio Web.



Como puede apreciarse, en el centro se despliega un pequeño vídeo introductorio relacionado al tema de estudio, buscando sensibilizar a los jóvenes acerca de la importancia en el conocimiento y riesgos de la salud sexual.



Del lado izquierdo se tienen secciones informativas acerca de salud sexual, bienestar sexual, sitios de interés y un Blog informativo e interactivo.

Así mismo, dispone de secciones interactivas donde los usuarios pueden enviar preguntas que serán atendidas por expertos en el tema. Del lado derecho dispone de un instrumento electrónico, el cual considera dos partes, la primera parte determina el nivel de conocimiento del usuario acerca de medidas para reducir riesgos de una ITS, y la segunda determina niveles de riesgo en las prácti-

cas sexuales de los jóvenes. La figura 3 muestra un ejemplo de pregunta aplicada en el instrumento electrónico. Al final de su aplicación, el instrumento arroja recomendaciones personalizadas y pertinentes a cada usuario, tal como se ejemplifica en la figura 4. Es posible emitir recomendaciones por cada uno de los factores de riesgo medio y alto oprimiendo el botón “Ver detalles”.

Figura 3. Ejemplo de pregunta aplicada en el instrumento electrónico.



Figura 4. Ejemplo de recomendaciones generada con el instrumento electrónico.



Resultados

La campaña en Facebook se activó durante 60 días entre los meses de enero y marzo de 2015. La publicidad se mostró un total de 5,482,158 veces. De acuerdo a la herramienta Google Analytics, en el sitio, un total de 28,334 páginas fueron visitadas, y de estas, 6,434 personas abrieron la encuesta relacionada con el instrumento para medir conductas de riesgo.

El primer mes de campaña tuvo 4,508 sesiones, con 74.67% de rebote (salidas sin interacción en el sitio), mientras que la segunda campaña tuvo 10,176 sesiones, con 54.3% de rebote. El uso de dispositivos móviles (Android) fue mayor en la segunda campaña

con 74.24% y PC de escritorio (Windows) 13.54%, mientras que en la primera 6.81% (Android) y 85.71% (Windows).

La página “Pregúntale a un experto” tuvo 636 visitas, y 85 usuarios hicieron preguntas. El Blog fue visitado 275 veces, con 17 artículos y comentarios. En total se tienen registradas 4,903 encuestas, de estas, la invitación para agendar cita fue de forma aleatoria, dirigida a mujeres en el rango de edad y en la entidad. Las personas que recibieron invitación y abrieron la página de agendar cita para análisis en laboratorio fueron 714, de las cuales tenemos 238 citas registradas. La información generada en el sitio se tiene almacenada en una base de datos la cual será sistematizada y analizada con detalle posteriormente.

Conclusiones

Las cifras muestran la efectividad del enfoque propuesto para la promoción de la salud sexual en jóvenes. Resaltando el nivel de penetración que se puede lograr en la población objetivo, y en un periodo corto de tiempo. Hasta donde sabemos, esta es la primera propuesta en su tipo en Latinoamérica. Actualmente, buscamos validar las recomendaciones del instrumento con resultados de pruebas de laboratorio realizadas en mujeres del estado de Yucatán, seleccionadas de manera aleatoria y que presentaron riesgos medio o alto en el instrumento.

Agradecimientos

Este trabajo es parte del proyecto eSalud financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México, través de la Convocatoria de investigación en juventud SEP/IMJUVE-CONACYT 2012.

Bibliografia

1. Edouard E, Edouard L. Application of Information and Communication Technology for Scaling up Youth Sexual and Reproductive Health. *Afr J ReprodHealth* 2012 (SpecialEdition); 16(2): 197-205.
2. Levine, D. Using Technology, New Media, and Mobile for Sexual and Reproductive Health. *Sex Res SocPolicy* (2011) 8:18–26.
3. Lintonen TP, Konu AI, Seedhouse D. Information technology in health promotion. *HealthEducationResearch* 2008. 23 (3): 560–566.
4. Strecher, V. Internet Methods for Delivering Behavioral and Health-Related Interventions (eHealth). *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2007. 3:53–76.

CAPÍTULO II

Mercadotecnia de Productos y Servicios de Salud

Generación “baby boomers”, oportunidad para marketing de salud

Enriqueta Pérez Zurita,¹ Ilse Alexandra Quevedo Pérez,¹ Gilda María Bertolini Díaz,¹ Teresita Hernández Tercero¹

¹División Académica de Ciencias Económico Administrativas. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

La presente ponencia tiene como principal objetivo reconocer la importancia de aportar información relevante para atender a este mercado representado por la generación baby boomers, para el marketing de salud significa una gran oportunidad de negocio en donde se deben desarrollar estrategias de marketing forma creativa y eficiente considerando el poder adquisitivo, comportamiento de compra y el estado de salud que prevalece en este segmento de mercado. Este segmento de mercado tiene diferentes perfiles lo cual lo hace mucho más atractivo para los profesionales de la salud, ya que les permite diseñar una amplia gama de servicios para satisfacer oportuna y adecuadamente la demanda insatisfecha que hoy se observa, por supuesto sin perder de vista el aspecto más importante que no se trata de un cliente más como generador de utilidades sino un ser humano, que merece ser visto y atendido con respeto, sin importar su condición económica, social y cultural, solo de ésta manera se logrará posicionar en la mente de los usuarios de los servicios médicos una imagen que se asocia con la calidad y calidez. Esto causará el efecto dominó cuando los mismos pacientes se encarguen de comunicar su experiencia positiva respecto al servicio obtenido. Los consumidores también están constituidos por valores que influyen de manera muy interesante en su comportamiento de compra, por lo tanto ningún consumidor o usuario estaría dispuesto a comprar algún servicio o producto que va en contra de sus valores fundamentales cualquiera que estos sean. Los valores de consumo tales como un servicio rápido, precio, calidad y disponibilidad por mencionar algunos tienen un fuerte impacto en el crecimiento de la demanda de servicios de salud y bienestar, ya que sus emociones predisponen el proceso de toma de decisiones al comprar y se refleja en la adquisición o contratación de servicios o productos.

Palabras claves: baby boomers, comportamiento de compra, marketing de la salud y poder adquisitivo y servicios.

Introducción

La generación baby boomers está representada por personas que nacieron entre los años 1946 y 1964, actualmente ellos se encuentran en un rango de edad entre 51 a 66 años aproximadamente, este dato resulta importante para el desarrollo de estrategias de marketing de la salud, ya que son personas que hoy ocupan puestos de alta jerarquía pero además mayormente cuentan con títulos universitarios, y esto les ha permitido que sean merecedo-

res de una situación económica más desahogada y sus expectativas de vida está enfocada en la adquisición de servicios que les ayude a mejorar su calidad de vida en todos los aspectos (Schiffman y Lazar,2010). La población de jubilados está aumentando y experimentando una serie de necesidades que aún no están siendo satisfechas adecuadamente, sobre todo en lo que respecta a servicios de salud y servicios turísticos. Sin contar que en nuestro país el beneficio de la jubilación ya ha sido eliminado de la mayor parte de la instituciones. Esto implica una constante y vertiginosa búsqueda de servicios que se adapten a sus prioridades.

Desarrollo

Según Schiffman y Lazar (2010) afirman que los baby boomers por lo regular realizan compras por sí mismos para sus viviendas, así como también se aprecia una modificación en los hábitos de consumo según se van envejeciendo, por ejemplo el estilo y textura de ropa a fin de que le sean más cómodo, lentes bifocales sin la evidente línea divisoria, los zapatos más confortables según sea el tipo de actividad que realicen.

Se ha observado que algunos de ellos siguen trabajando medio tiempo o tiempo completo con el propósito de que sus ingresos no disminuyan, otros planean realizar estudios de posgrado. Pero varios piensan negativamente sobre el proceso de jubilación, ya que sus ingresos disminuirían, por lo que no se visualiza como una oportunidad de realizar otras actividades, sino como limitante económica, por otra parte existe un punto de vista positivo de la jubilación como es la oportunidad de emprender o incursionar en nuevas actividades e inversiones. y las instituciones bancarias brindan una considerable atención al servicio de asesoría para efectos de la jubilación.

Específicamente en Estados Unidos de Norteamérica, la empresa de diversión más importante como lo es Disney desarrollo una estrategia promocional que incentiva a la generación de baby boomers a participar en vacaciones en sus parques temáticos sin la compañía de sus pequeños. Los baby boomers son de mentalidad abierta y también aceptan los artículos innovadores. (Schiffman y Lazar, 2010)

Para Dick Chay (2005) existe una segmentación de los baby boomers de acuerdo a las características e implicaciones o responsabilidades del marketing de cada uno de ellos. Las características son las siguientes:

Buscadores de equilibrio: El estilo de vida es muy dinámico y ocupado. El dinero y el tiempo son importantes.

Confiados que viven bien: Generan y poseen los ingresos más altos. Son proclives a adquirir productos o servicios nuevos. Afectos a adquirir tecnología de vanguardia.

Tranquilos: En paz consigo mismos y no se preocupan por el futuro., sino por vivir el presente Su deseo por los bienes de lujo es el más bajo y viajan regularmente. Orientados a la vida familiar y hogareña.

Abrumados: Segmento con el poder adquisitivo más bajo, preocupado y ansioso por el futuro y la seguridad financiera. El cuidado de la salud es un asunto importante. Personalidad menos social. No usan productos de alta tecnología.

Las responsabilidades y áreas de oportunidad del marketing con respecto a los baby boomers son:

Buscadores de equilibrio: Desean experiencias grandiosas, Es un mercado atractivo para negocios relacionados con viajes y el servicio de alimentos.

Confiados que viven bien: Disfrutan realizar viajes de placer. Es un mercado atractivo para satisfacer bienes y servicios lujosos.

Tranquilos: Son leales con las marcas confiables y muestran poco interés en productos innovadores. Es un atractivo mercado para productos y servicios tradicionales del hogar.

Abrumados: Es un mercado atractivo para los proveedores de ciertos productos y servicios financieros, así como los relacionados con la salud y estética.

El aumento en el porcentaje de personas de mayor edad se considera que podría ser por la mejora en la calidad de vida especialmente en la elaboración de diagnósticos y tratamientos médicos y también estéticos. Los consumidores de edad avanzada algunos se perciben mucho más jóvenes de lo que realmente son, debidos seguramente al ritmo de vida que acostumbrar llevar. Y esto resulta importante para el diseño de estrategias de marketing en cuanto a decidir considerar mejor la edad percibida del mercado meta y no la cronológica.

Los estudios de investigación señalan que, en comparación con el adulto promedio, quienes tienen más de 55 años de edad son más proclives a utilizar Internet para comprar libros, acciones y equipos de cómputo, en comparación con el adulto promedio; 92 por ciento de los adultos mayores que usa Internet ha navegado con la intención de hacer compras en línea. De hecho, los usuarios de Internet de mayor edad (65 años y más) son el grupo demográfico de más rápido crecimiento en cuanto al mercado de Internet estadounidense. (comportamiento del consumidor (Schiffman y Lazar, 2010))

El uso de Internet para los adultos mayores representa la oportunidad de tener fuente de comunicación con sus familiares y ami-

gos, sin embargo también es utilizada para la búsqueda de información sobre los más recientes e innovadores medicamentos, tratamientos médicos, cirugías estéticas y para la piel, así como también sobre entretenimientos y viajes. Además el uso del Internet les permite tener participación y control sobre sus posibles grupos de referencias a los cuales están integrados. Se considera que la información publicitaria dirigida los adultos mayores debe ser exhortaciones emocionales ya que las recuerdan mejor, y evitar presentar modelos de personas envejecidas y deterioradas.

En el año 2011 se realizó un estudio titulado “Envejecer en México: Condiciones de vida y salud” en donde se destaca la presencia e importancia de un amplio segmento de la generación de Baby Boomers en el ámbito laboral mexicano. El estudio presenta una descripción objetiva de las condiciones relevantes sobre la situación de los adultos mayores y los resultados obtenidos refieren la siguiente información:

Indicadores de salud Vs. Nivel de escolaridad:

Personas con menor nivel de escolaridad refieren tener muy buena salud; sin embargo, son más propensas a padecer dos o más enfermedades

Personas con mayor nivel de escolaridad (Licenciaturas, Ingenierías y posgrados). refieren y manifiestan un elevado índice en el deterioro de su salud a causa de enfermedades crónicas degenerativas.

Ubicación demográfica:

Población urbana: Refieren a tener ingresos más altos y estar asegurados y reportan mayores porcentajes de personas con diabetes, hipertensión arterial y enfermedades pulmonares.

Población rural: Refieren menores ingresos y acceso limitado a servicios de salud.

Las personas que perciben mayores ingresos y poseen un nivel académico elevado son factores que impulsan el poder adquisitivo y la contratación de seguros médicos, por lo cual se tiene mayor acceso a los servicios de salud.

También se encontró evidencia de que las personas aseguradas y las que pertenecen a un estatus socio económico más alto tal vez se encuentran ante la misma situación que muchos de los países de primer mundo, al lidiar con los problemas de salud que conlleva el sobrepeso o la obesidad. (Águila, Díaz, Manqing Fu, Kapteyn y Pierson, 2011)

Conclusión

La Organización de las Naciones Unidas (2014) afirma que las personas mayores de 60 años conforman el grupo de edad de mayor crecimiento en el planeta, en la actualidad suman un total de 700 millones y a mediados del siglo serán 2,000 millones. Creemos que este dato es relevante para reconsiderar la oportunidad de desarrollar estrategias de marketing de la salud, que impacten positivamente a la generación baby boomers, específicamente en lo que respecta a nuestra entidad, ya que no debiéramos olvidar que somos parte de un mundo globalizado y que si no se diseñan estrategias innovadoras, pero sobre todo que los servicios que se brinden satisfagan de manera real las expectativas de esta comunidad se corre el riesgo de que otros competidores puedan acaparar el mercado. No olvidando que esta generación se caracteriza por ser personas con mentalidad abierta y en búsqueda constante de innovaciones para obtener un mejor nivel de vida de acuerdo a su poder adquisitivo. Este segmento de mercado se divide en tres

interesantes perfiles de consumidores baby boomers, los cuales se deben estudiar a profundidad y crear estrategias competitivas para atender sus diversas necesidades de acuerdo al poder adquisitivo, comportamiento de compra, zona geográfica, necesidades afectivas, físicas y de salud que muestren las necesidades insatisfechas de cada uno de los segmentos que representa esta generación.

Bibliografía

1. Aguila E., Díaz., Manqing Fu M. Kapteyn A. Y Pierson A. (2011), Envejecer en México: Condiciones de vida y salud,
2. Dick Chay, "New Segments of Boomers Reveal New Marketing Implication," Marketing News, 15 de marzo 2005, 24.
3. Schiffman L., Lazar K. L., (2010), Comportamiento del consumidor 10ª Edición Editorial Pearson y Prentice Hall.
4. Organización de las Naciones Unidas (2014), Día Internacional de las Personas de Edad <http://www.un.org/es/events/olderpersonsday/>

¿Tu consultorio está contagiado de BAMEX? Estudio de los atributos de calidad en el ciclo de servicio en atención médica privada de especialidad

Tania Eleonor Orendain Silva¹

¹EC-creativo (México)

Resumen

Introducción: Existe controversia entre utilizar o no los principios de mercadotecnia aplicados a la atención sanitaria. La mayoría del sector lo ve con desprecio, lo consideran falta de ética profesional. Para mediar ambas posturas es necesario el entendimiento de la composición de los servicios privados: el social-asistencial y el consultorio visto como empresa. El equilibrio entre ambos es el BAMEX (Balanza Médica del Éxito). **Objetivos:** Diseñar un modelo que permita la comprensión del ciclo de atención de salud y su relación con el marketing. Además estudiar los atributos que conforman la entrega del servicio y su impacto en la satisfacción del paciente para lograr su recomendación. **Método:** Fue una investigación documental para elaborar el modelo que vincula la atención sanitaria con el marketing. Es un estudio descriptivo para comprender los atributos del servicio y clasificarlos de acuerdo a las categorías de la metodología Kano. Se aplicó un cuestionario a 162 pacientes del sector privado de especialidad. **Resultados:** Se creó el modelo SER (Servicio-Evaluación-Recomendación) que explica el proceso de búsqueda y atención sanitaria. Se establece que un Servicio de calidad genera una Evaluación de la satisfacción positiva que propicia la Recomendación del paciente y así ampliar la práctica médica. Respecto a la clasificación de los atributos se encontró que en el área de médico y consultorio las características del servicio son consideradas como unidimensionales, la parte definitiva de la satisfacción ocurre en el momento

crítico de atención: la interacción directa con el médico. El resto de atributos permiten crear servicios diferenciados para lograr posicionamiento y competitividad. **Conclusiones:** Los pacientes han tomado conciencia de su papel como consumidores lo que obliga a entregar una atención de calidad. Los médicos deben romper los viejos esquemas y atreverse a explorar el BAMEX, la comprensión entre su actuar social y su consultorio visto como empresa.

Palabras clave: Satisfacción, servicios de calidad, recomendación, atención médica privada, mercadotecnia aplicada a servicios sanitarios, metodología Kano, Modelo SER, Balanza Médica del Éxito (BAMEX).

Introducción

Las actividades económicas enfrentan un alto nivel de competencia entre los distintos proveedores. Los servicios médicos privados no son la excepción. Los pacientes tienen la opción de elegir entre un gran número de profesionales para atender sus necesidades de salud. Para ser competitivos los especialistas pueden utilizar los principios fundamentales del marketing de servicios probados por otros sectores para lograr la satisfacción del paciente y su lealtad (Corbin, Kelley & Schwartz, 2001).

Sin embargo debido a la formación académica del médico centrada en el cuidado del individuo desde un enfoque social, la mercadotecnia aplicada a los servicios de salud ha sido vista con desprecio en este sector pues lo conciben solamente como publicidad. “Muchos de los galenos del medio privado que ahora se publicitan, son continuamente objeto de críticas por sus mismos compañeros de profesión, siendo usualmente tachados de faltos de ética y de comerciantes de la medicina” (Priego, 2001).

Para aliviar la tensión entre ambas posturas la atención de salud privada debe entenderse como un servicio con dos componentes básicos. Por un lado está la formación teórico-técnica que prepara a los médicos para atender pacientes que tienen un padecimiento físico, ayudarles a controlar y en casos restablecer su estado de salud; este es el enfoque social asistencial. El segundo elemento

corresponde a la actividad económica, ya que al ser la fuente de empleo del médico se espera una remuneración por sus servicios. Esta es la parte del consultorio visto como empresa. Lograr un equilibrio entre ambos es lo que llamamos: Balanza Médica del Éxito (BAMEX, por sus siglas).

Un consultorio contagiado de BAMEX es aquel que está en búsqueda del balance entre ambas partes. Lograr el punto medio es esencial pues para los pacientes no es fácil realizar la evaluación del servicio debido a su desconocimiento técnico, no pueden saber si el diagnóstico o tratamiento que están recibiendo es el adecuado. Por lo tanto su percepción, evaluación y satisfacción está basada en propiedades que sí comprenden como la limpieza, los tiempos de espera, la amabilidad del personal y la apariencia física del médico y enfermeras. Están evaluando atributos que poco o nada tienen que ver con el beneficio que esperan de una consulta médica (Corbin, Kelley & Schwartz, 2001). Estas características deben ser estudiadas desde una perspectiva de marketing y calidad en el servicio para lograr satisfacción en los usuarios y su preferencia en un entorno competitivo.

Objetivos

1. Crear un modelo que permita comprender la dinámica del ciclo de atención médica y su vínculo con la mercadotecnia aplicada a los servicios de salud.
2. Clasificar, mediante la metodología Kano, los atributos de calidad en el servicio de la atención médica de especialidad del sector privado que logran un nivel de satisfacción en el paciente que lo motiva a recomendar el servicio.

Método

Para la creación del modelo se llevó a cabo una investigación documental. Se tomó como base la teoría del Dr. Donabedian (1966/2001) quien estableció que la calidad en salud está medida por tres dimensiones: estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). También se incorporaron las ideas de Oliver (1993) citado en Odekerken-Schröder y Bloemer (2004) quien sugiere que la calidad general del servicio podría ser un antecesor para la satisfacción del consumidor. Como resultado de niveles altos en la evaluación se espera lograr la recomendación del paciente como elemento clave de promoción para aumentar la práctica médica. “Estudios científicos han comprobado que la percepción de la calidad es un factor significativo para que los pacientes recomienden el hospital a otros y prefieran regresar cuando lo necesiten” (Isik et al, 2011).

Para evaluar los atributos del servicio se realizó una investigación aplicada, de alcance descriptivo. Se utilizó la teoría de calidad atractiva propuesta por Kano ya que es una herramienta que permite explicar el comportamiento del consumidor en relación a la calidad (Corbella y Maturana, 2003). Löfgren y Witell (2008) explican este modelo como la relación entre el grado de cumplimiento de un atributo de la calidad y la satisfacción del cliente respecto a ese atributo. Se aplicó un cuestionario con la estructura de la metodología Kano que consiste en pares de preguntas, una funcional y otra disfuncional sobre atributos en el servicio. La primera cuestiona sobre cómo se siente si una característica determinada se encuentra presente en la entrega del servicio y la segunda cómo se

siente si el mismo atributo no está presente. Es de opción múltiple con 5 alternativas (me gusta, así lo espero, me da igual, puedo tolerarlo, no me gusta). La clasificación de los atributos está determinada por una distribución de frecuencias. Las categorías son: obligatorios, unidimensionales, atractivos, reversos (generan insatisfacción a mayor presencia), indiferentes (no causan cambios en el nivel de satisfacción) y cuestionables (las frecuencias no son determinantes de ninguna categoría). Mora (2011) describe los atributos obligatorios como aquellos que “al mejorarlos tienen un impacto menor en la satisfacción, pero que su pobre desempeño o ausencia tienen un impacto negativo fuerte en los niveles de satisfacción”; los unidimensionales son aquellos que “en la medida que aumentan o disminuyen los niveles de calidad de estos atributos inciden en la misma proporción en los niveles de satisfacción o insatisfacción”. Finalmente los atractivos que “no son esperados por el cliente y pueden generar altos niveles de satisfacción, pero su ausencia no necesariamente genera insatisfacción”. Para facilitar la comprensión del cuestionario los atributos se agruparon en cuatro áreas de atención del ciclo del servicio: primer contacto e instalaciones exteriores, recepción y sala de espera, médico y consultorio y finalmente servicios posteriores a la consulta.

Es un estudio cuantitativo que realizó pruebas de significancia para evaluar la clasificación de los atributos utilizando el estadístico de Fong (figura 1). El diseño es no experimental, transversal. El cuestionario se aplicó a 162 pacientes que asistieron a consultorios de especialidad privada en Guadalajara y Zapopan en Jalisco, México entre noviembre y diciembre 2013. Fue un muestreo no

probabilístico, por conveniencia con una confiabilidad de 0.831 de alfa de Cronbach y de 0.749 y 0.781 de prueba de las dos mitades.

$$Q = |a - b| < 1.65 \sqrt{\frac{(a + b)(2n - a - b)}{2n}}$$

La diferencia no es estadísticamente significativa.
donde:
a, b: frecuencia de las categorías más observadas
n: total de encuestados

Figura 1: Estadístico de Fong (Fong, 1996).

Resultados

El modelo Servicio-Evaluación-Recomendación (SER) propuesto para el ciclo de servicio en salud se divide en tres etapas (figura 2). Éste describe el proceso desde que un paciente reconoce una necesidad de atención médica y busca opciones para satisfacerla (etapa 1: previa a la compra). Después toma en consideración el momento en que ese paciente se convierte en cliente en las distintas interacciones que tiene con la empresa para recibir el servicio (etapa 2: encuentro del servicio) y finalmente la evaluación de su experiencia (etapa 3: posterior al encuentro). A lo largo de las fases 2 y 3 se emplea un sistema de marketing de servicios que permite “recopilar, clasificar, analizar, evaluar y distribuir una información necesaria, oportuna y exacta entre los encargados de la toma de decisiones de mercadotecnia” (Barrientos, 2001) para supervisar lo que sucede en cada punto de encuentro (momento de verdad) y en la evaluación final. Sin este sistema el proceso de entrega del servicio simplemente ocurre y los médicos no tienen control sobre lo que sucede en su práctica.

Se llama modelo SER porque está basado en las tres fases que conforman el servicio de salud. Primero debe ofrecerse al paciente un SERVICIO de calidad adecuado a sus necesidades y expectativas. Una vez que el usuario recibe este servicio hará una EVALUACIÓN en la que si está satisfecho procederá a la RECOMENDACIÓN. Es un proceso, si la entrega de servicio de calidad no se cumple las siguientes fases no tienen sentido para el crecimiento del consultorio. Es necesario realizar actividades de retención y recuperación a través del marketing relacional para apoyar la recomendación.

La atención principal de esta investigación se centra en la etapa 2, la entrega del servicio. La metodología Kano permite comprender los atributos y características que el paciente espera recibir en cada punto de encuentro para lograr una satisfacción positiva que impacte en la recomendación.

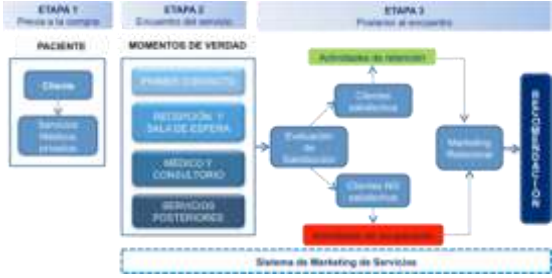


Figura 2: Modelo SER, elaboración propia.

La clasificación de los atributos de acuerdo al modelo Kano se presenta en la tabla 1. Los atributos sombreados en *gris representan aquellos que no comprobaron su significancia en la clasificación de la categoría de acuerdo al estadístico de Fong, por lo tanto no se puede concluir que su clasificación sea definitiva. Esto debido a la naturaleza del atributo, a diferencias en segmentos de clientes o bien porque la pregunta no fue comprendida en su totalidad.

Para el resto se confirma que la diferencia en las frecuencias es significativa.

Los atributos se dividieron en 3 grupos de acuerdo a la categoría. La parte sombreada en colores representan las distintas áreas de atención en el ciclo de servicio a la que corresponden. Para leer la tabla se ofrece una explicación del primer atributo de la categoría atractiva. Este corresponde al área de primer contacto, y señala que para un paciente la respuesta rápida al establecer comunicación con el consultorio es importante para elevar su nivel de satisfacción, sin embargo si este no está presente en la entrega del servicio su insatisfacción no es alta ya que de manera general un paciente no espera que la respuesta sea rápida. Esta característica del servicio puede ser utilizada para crear diferenciación y así elevar la preferencia y en consecuencia aumentar los niveles de recomendación. De la misma forma se realiza el análisis para cada atributo del servicio. Aquellos que son unidimensionales indican que a mayor desempeño el paciente tendrá niveles mayores de satisfacción y a menor presencia su insatisfacción aumentará. Los obligatorios son atributos esperados, si no se encuentran presentes en el servicio generaran altos niveles de insatisfacción pues para el paciente deben estar presentes.

Atributos Atractivos	Área	Atributos Obligatorios	Área
Respuesta rápida a la llamada telefónica	A	Puntualidad en el inicio de la consulta	B
*Facilidad para ubicar el consultorio	A	Atributos Unidimensionales	Área
Facilidad para identificar el consultorio en el exterior	A	Amabilidad del personal	A
*Servicio de Valet Parking	A	*Disposición de horarios y facilidad para agendar cita	A
Decoración y mobiliario agradable	B	Facilidad para encontrar estacionamiento	A
Comodidad del mobiliario en sala de espera	B	*Atención rápida en recepción	B
Material de entretenimiento en sala de espera	B	Apariencia adecuada del personal	B
Área especial para niños	B	Limpieza en sala de espera y consultorio	B

Oferta de bebidas en sala de espera	B	*Inicio puntual de la consulta	B
*Mobiliario actualizado y buenas condiciones	B	*Duración de la consulta	B
Visibilidad de diplomas de cursos y congresos	C	Material y equipo suficiente	C
Material didáctico para la explicación	C	Apariencia adecuada del médico	C
Pago de la consulta con facilidad y rapidez	D	Médico interesado en sus necesidades	C
Facilidad para programar nueva cita	D	Médico escucha atentamente	C
Precio de la consulta	D	Examen físico y completo	C
Contacto de seguimiento para mejoría y tratamiento	D	Explicación clara sobre la enfermedad	C
*Contacto de seguimiento de evaluación del servicio	D	Explicación clara sobre el tratamiento	C
*Contacto de agradecimiento por recomendación	D	Explicación clara sobre estudios	C
*Contacto para felicitación por cumpleaños	D	Disposición del médico a responder dudas	C
Facilidad para ubicar al médico en caso de dudas	D	Médico capacitado para hacer su trabajo	C
A. PRIMER CONTACTO E INSTALACIONES EXTERIORES		Variedad en la forma de pago	D
B. RECEPCIÓN Y SALA DE ESPERA		Tarjeta con información y próxima cita	D
C. MÉDICO Y CONSULTORIO		Responder una encuesta de evaluación del servicio	D
D. SERVICIOS POSTERIORES A LA CONSULTA		*Contacto para recordar sobre próxima cita	D

Tabla 1: Clasificación de las categorías Kano para los atributos del servicio

Conclusiones

Los pacientes han tomado conciencia de su papel como consumidores de servicios de salud, ahora tienen mayor acceso a información que ha disminuido la asimetría que existía entre ellos y los proveedores de servicios médicos, además cuentan con mayor oferta para atender sus necesidades. “Los compradores de salud de ahora están más informados y no dudarán en cambiar de alternativa si no obtienen satisfacción. Cada vez más esperan recibir el mismo servicio del cuidado de la salud que del que reciben en otras tiendas y servicios” (Ramsaran-Fowdar y Roshnee, 2004).

La utilidad de la clasificación de los atributos de acuerdo a las categorías de Kano es la creación de un servicio que tiene cualida-

des que maximizan la satisfacción de los usuarios y genera diferenciación entre las distintas ofertas de atención sanitaria. Dado que “la principal diferencia o ventaja competitiva de los productos de salud debe darse a partir de su calidad” (Priego, 2008), en la medida que aumenta la comprensión del ciclo de servicio y de sus atributos se pueden diseñar y evaluar procesos de atención que eleven la calidad en la entrega, mejoren la atención y generen recomendación. Como se puede observar en los resultados del estudio los atributos de mayor impacto en la satisfacción se encuentran en el área de consultorio y médico pues en ésta la mayoría son unidimensionales. En el resto la mayoría son atractivos lo que deja mucho margen para ofrecer servicios diferenciados.

Los médicos deben aceptar que los tiempos han cambiado, la oferta de servicios es amplia y deben dar a conocer su existencia. Courtlandt, Noonan, y Feld (2009) creen que los médicos requerirán participar en mejoras de calidad continuas como parte de su práctica diaria. Así mismo adquirir habilidades administrativas y de mercadotecnia. Señalan que el proceso requiere de una planeación cuidadosa a través de la documentación, análisis consistente y abrir la mente para los resultados. Por lo tanto servicios que logren el BAMEX, ese equilibrio entre la parte social-asistencial y el consultorio visto como empresa serán aquellos que permanezcan en un entorno más competitivo.

Referencias

- 1) Barrientos, P. (2001). *Mercadotecnia de Servicios en Salud*. ByAss, Consultores en Marketing.
- 2) Corbella, A., & Maturana, S. (2003). Citizens' Role in Health Services: Satisfaction Behavior: Kano's Model, Part 1. *QUALITY MANAGEMENT IN HEALTH CARE*, 12(1), 64-71.
- 3) Corbin, C., Kelley, S., & Schwartz, R. (2001). Concepts in service marketing for healthcare professionals. *The American Journal of Surgery*, 1(7), 1-7.

- 4) Courtlandt, C., Noonan, L., & Feld, L. (2009). Model for Improvement - Part 1: A Framework for Health Care Quality. *Pediatrics.theclinic*, 757-778.
- 5) Donabedian, A. (2001). Evaluación de la calidad de la atención médica. En G. Carrasco, E. Ignacio, R. Lledó, S. Lorenzo, J.J. Mira, S. Peiró, y F. Solsona (Ed.), *Revista Calidad Asistencial*, Vol. 16(1). (Trabajo original publicado en 1966).
- 6) Fong, D. (1996). Using the self-stated importance questionnaire to interpret Kano questionnaire results. *Center for Quality Management Journal*, 5(3), 21-23.
- 7) Isik, O., Tengilimoglu, D., & Akbolat, M. (2011). Measuring health care quality with the Servqual method: a comparison in public and private hospitals. *HealthMED*, 5(6), 1921-1930.
- 8) Löfgren, M., & Witell, L. (2008). Two decades of using kano's theory of attractive quality: A literature review. *The Quality Management Journal*, 15(1), 59-75.
- 9) Mora, C. (2011). La calidad del servicio y la satisfacción del consumidor. *ReMark*, 10(2), 146.
- 10) Odekerken -Schröder, G., & Bloemer, J. (2004). Constraints and Dedication as Drivers for Relationship Commitment: An Empirical Study in a Health-Care Context. *Journal of Relationship Marketing*, 3(1), 35-52.
- 11) Priego, H. (2001). Mitos y realidades de la mercadotecnia de servicios de salud. *Salud en Tabasco*, 7(2), 408-413.
- 12) Priego, H. (2008). *Mercadotecnia en Salud: Aspectos básicos y operativos*. 3era Ed. Villahermosa, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco / Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud.
- 13) Ramsaran-Fowdar, & Roshnee, R. (2004). IDENTIFYING HEALTH CARE QUALITY ATTRIBUTES. *Journal of Health and Human Services Administration*.

Estudio Ambiepectivo Modelos de Gestión Por Calidad

Barrera Torres Lizbeth,¹ Solís Gómez Celia del Carmen²

^{1,2}División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, ¹Instituto Mexicano del Seguro Social de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: Desde los años cincuenta en Japón y en los años Ochentas en Europa y Estados Unidos, se crean premios a la calidad que con el tiempo se convierten en sistemas referentes continentales para los sistemas de Gestión por Calidad **Objetivo:** Describir e Identificar la relación de las variables de evaluación en el desarrollo de los modelos de Gestión por Calidad. **Método:** Descriptivo-transversal- ambiepectivo, se realiza revisión de literatura relacionada con el tema. **Resultados:** Modelo Deming (1951); Modelo Malcolm Baldrige (1987); Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad-EFQM (1988); Modelo INTRAGOB de Calidad (2001-2006) Modelo MOCERI (2008). **Conclusiones:** La importancia de contar con grandes modelos que fomentan la Gestión de Calidad se relacionan con el mecanismo de desarrollo ordenado y el objetivo de identificar las variables competitivas que

identifiquen y fomenten una proyección en su administración en mejora de la Calidad.

Palabras clave: Gestión, Calidad.

Introducción

Desde los años cincuenta en Japón y en los años Ochentas en Europa y Estados Unidos, se crean premios a la calidad que con el tiempo se convierten en sistemas referentes continentales para los sistemas de Gestión por Calidad.⁽⁵⁾ La finalidad de los modelos de gestión por la Calidad es contribuir e impulsar la mejora en las organizaciones con la visión de ser cada día más competitivas y de alguna manera fomentar su implementación entre las organizaciones.

Modelos de Gestión por Calidad	Característica de Modelo de Gestión por Calidad.
1.- Modelo DEMING (1951)	De origen Japonés, fue creado en un momento donde los esfuerzos de reconstrucción industrial de la Posguerra requerían expertos para el control de calidad de sus empresa. ⁽⁵⁾
2.- Modelo MALCOLM BALDRIGE (1987)	Fue uno de los alumnos más aventajados de William Deming. En 1947 se incorporó a la industria acerera norteamericana y para 1960 se había convertido en el presidente de su compañía ⁽⁵⁾
3.- Modelo de la Fundación Europea para la gestión de la calidad EFQM (1988).	La EFQM fue constituida ese año por los presidentes de las catorces mayores compañías europeas con el apoyo de la Comisión Europea. La fundación, con sede en Bélgica, asume su papel como clave en el incremento de la eficacia y la eficiencia de las organizaciones Europeas, reforzando la calidad en todo los aspectos de sus actividades, así como estimulando y asistiendo el desarrollo de la mejora de la calidad ⁽⁵⁾
4.- Modelo de calidad INTRAGOB de Calidad	Era un sistema de Gestión diseñado especialmente para el Gobierno Federal y una Herramienta para el diagnóstico y evaluación del grado de madurez en cuanto a la implantación de un sistema de gestión de calidad con énfasis en la mejora continua ⁽⁵⁾
5.- Modelo MOCERI	Propósito principal impulsar una cultura que se caracterice por la mejora continua, la innovación y la creación del valor al usuario y la institución con base a las necesidades de la población y la demanda de calidad de los servicios, la utilización óptima de los recursos, el reconocimiento a la participación de los trabajadores y la mejora del ambiente laboral para proyectarla de manera ordenada a niveles competitivo y de clase mundial. ⁽⁵⁾

Tabla No. 1 Descripción de los Modelos de Gestión Por Calidad.
Elaboración Propia (2015).

Objetivo

Describir e Identificar la relación de las variables de evaluación en el desarrollo de los modelos de Gestión por Calidad.

Método

Descriptivo-transversal- ambipectivo, se realiza revisión de literatura relacionada con el tema.

Resultado

Se realiza análisis de los objetivos y indicadores de evaluación de los siguientes. Modelo Deming (1951); Modelo Malcolm Baldrige (1987); Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad-EFQM (1988); Modelo INTRAGOB de Calidad (2001-2006) Modelo MOCERI (2008)

MODELOS DE GESTION POR CALIDAD	Deming 1951 JUSE, Japón	Malcolm Baldrige 1987 Fundación para el Premio de Calidad Malcolm Baldrige.	E.F.Q.M 1988 European Foundation for Quality Management, Europa	MOCERI 2009 IMSS MEXICO	Modelo de Calidad INTRAGOB 2001
OBJETIVOS DE CADA MODELO DE GESTION POR CALIDAD.	Convertirse en una herramienta con la que mejore y transforme la gestión de las organizaciones Japonesas ¹ .	Conseguir una mejora en el desempeño general de la organización y la satisfacción de los consumidores y de los grupos de interés ¹ .	Persigue la eficiencia económica de la organización así como alcanzar y sostener resultados en el tiempo ¹ .	Impulsar, evaluar y reconocer la competitividad de las diferentes unidades administrativas, integrando principios y su relación con la mejora continua ² .	Orientado a satisfacer plenamente las expectativas y necesidades de los clientes y ciudadanos en la prestación de los productos y servicios que proporciona la Administración Pública Federal ³ .

INDICADOR DE EVALUACIÓN DE CADA MODELO DE GESTIÓN POR CALIDAD	Deming 1951 JUSE, Japón	Malcolm Baldrige 1987 Fundación para el Premio de Calidad Malcolm Baldrige	E.F.Q.M 1988 European Foundation for Quality Management, Europa	MOCERI 2009 IMSS MEXICO	Modelo de Calidad INTRAGOB2 001
---	----------------------------	---	--	-------------------------	---------------------------------

Política y Objetivo	■				
Liderazgo Organizacional	■	■	■		■
Operación Plan Estratégico	■	■	■	■	■
Políticas y Estrategias		■	■		
Educación y Diseminación	■			■	
Cliente y Enfoque de Mercado		■		■	
Dirección de las Personas			■		
Flujo de Información y su Utilización, Análisis	■		■		■
Recursos Calidad de Productos y Proceso	■		■		
Recursos Humano		■		■	
Procesos			■		
Estandarización	■				
Desarrollo y Gestión		■		■	
Satisfacción del Cliente	■		■		■
Gestión y Control	■				
Procesos de Gestión		■		■	
Satisfacción del Personal	■		■		■
Garantía de Calidad de Funciones sistemas y métodos	■				
Resultado de los negocios Impacto en		■	■	■	■

triz, en cumplir las variables o criterios de evaluación por los certámenes de calidad.

Bibliografía

1. Andrade C, Labarca N. Fundamentación teórica de los modelos de gestión de la calidad en el servicio de información en instituciones universitarias. *Omnia*. 2011; 17(1):82 – 95. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73718406006>. ISSN: 1315-8856
2. IMSS. Norma que establece las disposiciones para la implantación del modelo de competitividad, efectividad y resultados institucionales “MOCERI”. 2009. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/255610363/Norma-Moceri-2009#scribd>.
3. Secretaría de Economía. Intragob, modelo (2005). Documento institucional.2010. Disponible en http://www.spc.gob.mx/materialDeApoyo/redRH/capacidades/Modelo_Intragob.pdf.
4. Tamayo PF, Moreno MR, Ochoa MC, Steffanell I, Arteta Y. Los enfoques mundiales de la gestión de la calidad. Una mirada desde los modelos y premios de excelencia. *INGENIARE*. 2011; (11):99-113. Disponible en: <http://www.estunilibrebaq.edu.co/unilibrebaq/revistas2/index.php/ingeniare/article/view/173/150>. ISSN: 1909-2458
5. 5.-IMSS .La Administración de la Calidad; Instituto Mexicano del Seguro Social Primera Edición 2012, Reforma No.476 Col Juárez 06600 México; D.F ISBN 978-607-8270-16-3

Perfil de uso y gastos de bolsillo de pacientes que acuden a una consulta privada de estomatología

Jonatan Flores Morales,¹ Jeannette Ramírez Méndoz,¹ Manuel Higinio Morales García¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Objetivo: Describir las características sociolaborales, el perfil de uso y los gastos de bolsillo en pacientes que cuentan con seguridad social y acuden a consulta privada de Odontología. **Método:** Se realizó un estudio observacional, analítico, de tipo evaluación económica parcial con una población estudiada de n= 84 pacientes que acudieron a consulta privada de estomatología. El muestreo es aleatorio simple, se aplicó 1 cuestionario, que mide el perfil de uso y el gasto de bolsillo. **Resultados:** Se determinó que los pacientes encuestados, perciben un salario y cuentan con un trabajo formal y a su vez, están afiliados a una institución de seguridad social. El 60% de los pacientes encuestados declaró haberse sentido insatisfecho con los trámites que debió realizar para recibir atención de estomatología, el 41,7% respondió que nunca le brindan el tratamiento adecuado y el 78,6% declaran que no regresarían a recibir atención odontológica a la institución a la que pertenecen. Sin embargo, en los servicios de atención privada de estomatología, el 56% expresó máxima satisfacción con

la realización del tratamiento realizado y la rapidez con que reciben la atención, el 100% de ellos si regresarían a recibir atención de estomatología. En contraste, más del 70% se sintió insatisfecho por los elevados costos de los tratamientos, la tercera parte se mostró insatisfecho con el monto del pago que debió hacer por el servicio de odontología que le prestaron en la consulta privada y el 44% afirmó categóricamente que el uso del servicio privado afectaba mucho su economía. **Conclusión:** Los pacientes afiliados a su institución de seguridad social no acuden a recibir atención del área de estomatología por los trámites que tiene que realizar, por la prestación de servicios muy prolongados, por mala realización del tratamiento y con ello mismo, la nula información sobre su enfermedad bucal. Los pacientes prefieren acudir a consulta privada por la rapidez de la atención, y por la relación odontólogo-paciente, la información que reciben de su enfermedad bucal, aun con los elevados costos que pagan para la realización de sus tratamientos y el impacto directo en su economía personal y familiar.

Palabras Claves: perfil de uso, gasto de bolsillo.

Introducción

México se encuentra entre los países con mayor frecuencia de enfermedades bucales: la caries dental y las periodontopatías han sido históricamente las que más afectan a la población en relación con el aparato estomatognático. Según reportes de la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de estas entidades en el país, se sitúa en más del 90 y 60 % de la población, respectivamente, impactando de manera negativa en la calidad de vida de las mismas^{1,2}

El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Los servicios de salud bucal, se ven afectados por la escasez de programas de financiamiento público, el alto costo de la tecnología, la carga de trabajo de los propios profesionales de este campo, sus actitudes y el inadecuado nivel de prioridad que concede la población más vulnerable y los propios servicios

La salud bucodental es un importante componente de la salud general y de la calidad de vida de las personas, estas enfermedades aún representan un problema de salud pública a nivel mundial.

Su elevada prevalencia e incidencia las coloca entre las enfermedades crónicas más comunes y los altos costos de los tratamien-

tos se traducen en profundas disparidades en el acceso y en la atención de las poblaciones más vulnerables, constituyéndose en un gran desafío para los sistemas de salud. Las enfermedades bucodentales más comunes son la caries dental y las periodontopatías. El 60%-90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental^{3,4}

La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde el 5%-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental. Garantizar los servicios básicos implica la introducción de numerosos recursos a partir de la complejidad de los tratamientos que necesitan de equipamiento, materiales, condiciones de electricidad, agua e iluminación sumado al desarrollo de competencias y la necesidad de recalificación sistemática de estos profesionales, debido al cambio frecuente de la tecnología que hace de ésta una especialidad costosa donde se requieren altos niveles de eficiencia, para dar cobertura a la población necesitada.

Por tanto, es un hecho cierto que los gastos del sector salud aumentan cada vez más y que estos recargan tanto los presupuestos del sector público, como de los usuarios privados.

Método

Se realizó un estudio observacional, analítico, de tipo evaluación económica parcial, donde se analizaron los gastos de bolsillo por concepto de atención estomatológica, el cual se realizó en un consultorio privado de Estomatología, en el municipio de Reforma, Chiapas.

La información se obtuvo a través de un cuestionario denominado Encuesta de perfil de uso y gasto de bolsillo en los clientes que acudieron a consulta privada de odontología.

Los pacientes encuestados fueron $n= 84$ y desempeñaban un trabajo formal, percibían un salario y afiliados a una institución de seguridad social.

La información recolectada fue capturada en una base de datos diseñada en el programa Excell (Microsoft) y procesada con el paquete estadístico SPSS (Statistical Product and Service Solutions) versión 2.0. La identificación de asociación entre las variables estudiadas se hizo mediante la prueba estadística de independencia de Chi cuadrado, con un nivel de significación de 0,05.

Resultados

La mayor proporción de las personas entrevistadas tenía una relación de pareja (65,5%) con o sin vínculos legales, ya fuese casado o en unión libre. El 33,3% eran solteros, el 92,9% de los pacientes trabajaba al momento de la encuesta y el resto se encontraba jubilado. El 100% refirió haber acudido a la institución donde trabaja o de la cual se jubiló a demandar atención estomatológica y se la brindaron. El 60% declaró haberse sentido insatisfecho con los trámites que debió realizar para recibir atención, el 77,4% se mostró insatisfecho o muy insatisfecho con la disponibilidad de materiales, el 67,9% considera que la atención que le dispensaron fue mala o muy mala. El 78,6% dijo no desear regresar a atenderse en los servicios de odontología que brinda su organización laboral. En la consulta privada, el 60,7% de los encuestados habían acudido como promedio 2 veces al mes. Los servicios más demandados fueron los de especialidades, sobre todo los de prótesis seguidos por los de ortodoncia, y otros tratamientos como las curaciones y las extracciones. El 96,5% se mostró muy satisfecho con los trámites para recibir la atención. Con la Disponibilidad de materiales el 98,8% se mostró satisfecho, el 56% expresó máxima satisfacción y

el 44% muy satisfecho con la Satisfacción del tratamiento y el trato recibido del odontólogo, el 77,4% se refirió a los elevados costos de tratamiento y el 100% regresaría a recibir atención en la consulta privada.

Discusión

El análisis de la salud bucal representa una de las aristas de la investigación en salud. De sus avances depende la organización, la calidad y la eficiencia de los servicios, así como la educación para la salud de la población, entre otros aspectos esenciales.

En la medida en que las personas conozcan la forma de cuidar su aparato estomatognático y, sobre todo, en la medida que cuenten con los medios para lograrlo, dígame servicios de salud oral accesibles, con personal calificado y culturalmente apropiados, podrán generar un muro contra estas enfermedades, las que tienen un efecto pernicioso en la calidad de vida y en la salud general, desde la infancia hasta la ancianidad, así como en la autoestima, la capacidad de alimentarse y la nutrición.

Es necesario recuperar mecanismos de auto percepción positiva en materia de salud para organizar los recursos humanos y materiales a favor de las comunidades en su conjunto, porque “la desorganización se convierte en autodestrucción”⁵

Es necesario evitar la fragmentación del individuo, la parcialización de su cuidado y atención de forma consciente por todos los especialistas y que se eduquen entre sí a fin de dar una orientación asertiva a los pacientes.

Vencer el problema de la fragmentación del conocimiento implica desarrollar esfuerzos de integración diagnóstica multidisciplinaria e interdisciplinaria, pues por más que el odontólogo se esmere en el cuidado de la dentadura, las encías y sus conexiones

básicas con otros órganos, aparatos y sistemas del cuerpo humano, difícilmente logrará resultados al 100% si se enfrenta a muros de descalificación, de invisibilización de su trabajo o incluso a la ignorancia total de sus esfuerzos. Es indispensable una conexión amplia con y entre el resto de los médicos, especialistas y profesionales que comparten la responsabilidad de velar por la salud de la especie humana.

Es urgente que el personal del área de la salud se capacite en el mantenimiento de la salud integral del individuo y la sociedad, desde el núcleo familiar. El objetivo es establecer los planteamientos desde la promoción de la salud, ubicada ella en su análisis a partir de los determinantes ambientales, culturales, económicos, sociales y políticos, entre otros.

La norma oficial mexicana percibe a la educación para la salud como el “proceso de enseñanza aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva”⁶

Conclusión

1. En el grupo de estudio las instituciones más representadas fueron la Empresa de Petróleos Mexicanos, el Instituto Mexicano de Seguro Social y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, centros poderosos en recurso y con prestigio, lo que contrasta con la opinión desfavorable dada por los encuestados sobre los servicios odontológicos que prestan.
2. Usan con frecuencia los servicios estomatológicos de su institución como promedio una vez al mes mientras los

privados lo hicieron al menos dos veces, lo que habla de un tratamiento más prolongado y atención sistemática.

3. Estos pacientes mostraron un mayor grado de satisfacción con los servicios privados y le confirieron un mayor nivel de pertinencia en el tratamiento aplicado, cuando todas las personas encuestadas consideraron que en ese tipo de servicio siempre o casi siempre le resuelven el problema por el cual asistió a consulta, lo cual es un indicador de accesibilidad y calidad de la atención.
4. Es evidente también la marcada diferencia en los aspectos a mejorar entre uno y otro servicio. Los dos factores más importantes en el privado fueron la disminución de los costos y el tiempo de espera; en el de su institución, la eficiencia del personal y la agilidad en los trámites.
5. Los gastos de bolsillo en que incurrieron los usuarios en la clínica privada fueron muy elevados e incluyeron la atención directa al paciente, las pruebas diagnósticas, los medicamentos y los costos de transporte. Otros gastos de bolsillo aunque no se calcularon en dinero fueron los de tiempo en el traslado; así como los descuentos o pérdida de salario por ausencias del paciente, el familiar que lo acompaña o ambos.
6. Aun cuando se trataba de una muestra, el estudio demostró la magnitud del fenómeno gastos de bolsillo y su impacto en la economía personal y familiar en quienes deben hacer uso de servicios privados de Odontología, motivados en lo fundamental por las debilidades que, a su juicio, exhiben las instituciones a las cuales se encontra-

ban asegurados en términos de accesibilidad y calidad de la atención estomatológica.

Bibliografía

1. Salud Bucodental. Nota informativa N° 318. Febrero de 2007. Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
2. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de país. Publicación Científica y Técnica No. 636, pág. 160. Washington, DC: OPS, 2012.
3. Murrieta J, Juárez L, Linares C, Zurita V, Meléndez A, Raquel C, et al. Prevalencia de gingivitis asociada a la higiene oral, ingreso familiar y tiempo transcurrido desde la última consulta dental, en un grupo de adolescentes de Iztapalapa, Ciudad de México. Rev. Medigraphic [en línea] Vol. 65, [accesado: 13 ab 2014] septiembre-octubre 2008. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000500006
4. Marie F, González E, Gómez O, García D, Arreola H, Barraza M, et al. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. Salud pública de México. [en línea] vol. 55, no. 2, [accesado 6 en 2014] marzo-abril de 2013. Disponible en: www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000200013...
5. Ruiz H, Herrera A. La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. [en línea] 2009;28(3) [accesado: 6 may 2014]:73-82. Disponible en: [scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-)
6. Programa de promoción y atención a la salud bucal en Chiapas. <http://salud.chiapas.gob.mx/Portal/noticias/salud-establece-programa-de-promocion-y-atencion-a-la-salud-bucal/>

Consideraciones mercadológica para el impacto de la atención estomatológica de los pacientes con hemofilia

Marco Antonio Rueda Ventura,¹ Laura Beatriz Isidro Olán¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: La hemofilia es definida como un trastorno hemorrágico hereditario ligado al cromosoma X caracterizado por un defecto permanente de factores de la coagulación. El sexo masculino es el que la padece y la mujer la que lo trasmite. Su prevalencia es de 1 /10000 RN varones vivos a nivel mundial por lo que afecta a más de 400,000 personas en todo el mundo y en México se estima que existen alrededor de 4500 pacientes con esta enfermedad. En Tabasco se cuenta con un censo de 451 pacientes. Tabasco es un referente de atención médica a nivel nacional, donde participan diferentes actores sociales en la atención tanto preventiva como asistencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes con este padecimiento que es sin duda un problema de carácter social. **Objetivo:** Dar a conocer los mecanismos por los cuales Tabasco es

un referente de atención médico-estomatológica a nivel nacional sobre la hemofilia. **Método:** Contribución del equipo administrativo y médico del centro de enseñanza de hemofilia en la mejora de la calidad de vida social y asistencial de los pacientes con hemofilia a nivel estatal y nacional en cooperación con otras redes de atención como son las instituciones gubernamentales y no gubernamentales. **Resultados:** La satisfacción de los pacientes en la atención médica para su rehabilitación bucal con el manejo racional del factor anti hemofílico. **Conclusiones:** A través de estas acciones conjunta entre sociedad-gobierno y organizaciones no gubernamentales se busca mejorar de manera significativa la atención médico estomatológica oportuna para mejorar la calidad de vida de los pacientes con hemofilia. Proporcionando las P's de los componentes de la mercadotecnia en la atención integral del paciente con hemofilia se está logrando atención médico-estomatológica de calidad, con resultados satisfactorios y apoyo biopsicosocial en Tabasco.

Introducción

En todas las sociedades, la medicina se ocupa de la lucha contra las enfermedades, sin embargo de manera lenta, firme y paulatina se ha abierto paso el criterio de que las sociedades de manera organizada deben promover la salud y prevenir la enfermedad. Los sistemas de salud deben entonces ser considerados como sistemas sociales y culturales¹.

El acceso a los servicios de salud debe realizarse con igualdad y equidad en todos los sectores de la población y ningún grupo puede quedar marginado por condiciones sociales, económicas, religiosas o políticas, por lo que es prioritario brindar atención odontológica de calidad a grupos vulnerables, tal es el caso de los pacientes con hemofilia. Estos cuidados pueden evitar el desarrollo de enfermedades orales.².

La incidencia mundial de la hemofilia es de aproximadamente 1 por cada 10, 000 varones recién nacidos vivos. La Federación Mundial de Hemofilia (FMH) reporta que actualmente existen registrados 153, 329 pacientes con hemofilia en 105 países, por lo que se estima deben existir alrededor de 400 000 pacientes en todo el mundo. La federación de hemofilia de la República Mexicana (FHRM) cuenta actualmente con un registro de 4,178 pacientes

con hemofilia. En el Estado de Tabasco se estima que hay una cifra de 450 pacientes con hemofilia que incluye todos los grupos de edades³

En Tabasco en 1989, nace Tabasqueña de Hemofilia A.C., asociación creada como una necesidad social urgente con el objetivo fundamental de apoyar a los pacientes y familiares con este padecimiento, el cual en el área médica aún no era bien conocido al igual que los tratamientos utilizados en los países desarrollados. En México se utilizaban crioprecipitados y el factor liofilizado era difícil de conseguir. A través de los esfuerzos realizados por María Luisa Bastar de Abreu (Presidenta de la asociación) se establecen contactos con agrupaciones internacionales y se logra la capacitación de un reducido grupo de médicos que fueron los pioneros en el manejo de los pacientes con hemofilia en México. En sus inicios esta asociación contaba con un equipo administrativo sólido, sin embargo la infraestructura de sus instalaciones no era adecuada ya que no cubría las necesidades del grupo de la población al cual prestaba atención médica. A través de los años y en base a los esfuerzos realizados por Tabasqueña de Hemofilia, el equipo médico se ha consolidado y actualmente las instalaciones del Centro de Enseñanza de Hemofilia cuentan con los servicios necesarios para brindar atención médico-estomatológica a los pacientes pertenecientes a la asociación⁴

En el cuidado médico y estomatológico de los pacientes con hemofilia es de suma importancia el diseño de estrategias encaminadas a prevenir, promover y mejorar la salud integral, esto puede lograrse a través de programas específicos acordes a las necesidades de este grupo de la población. Por lo cual los principios fundamentales de la mercadotecnia social y en salud ofrecen herra-

mientas adecuadas para llevar a cabo dicha actividad, ya que su propósito es crear conciencia sobre un tema específico, lograr la aceptación de una conducta deseada y modificar el comportamiento para el beneficio individual, grupal o comunitario⁴.

La prestación de la atención odontológica a los pacientes pediátricos con hemofilia se ha realizado de manera institucional así como de manera privada altruista. Esto ha contribuido a reducir los índices de las patologías bucales de mayor prevalencia en este grupo vulnerable de la población (caries y enfermedades periodontales) evitando las gingivorragias y traumatismos bucales que son la segunda causa de hospitalización de estos pacientes⁵

En Tabasqueña de Hemofilia se han venido desarrollando acciones y programas de trabajo e intervención que encajan en el modelo de las P's de la mercadotecnia en salud, los cuales serán descritos en este trabajo.

Producto. En este rubro se proporciona atención especializada y de calidad en el área médico-estomatológica. Dicha atención se desarrolla con un programa de valoraciones por un equipo multidisciplinario (hematólogo, traumatólogo, ortopedista, terapeuta físico, odontopediatra, psicólogo, trabajo social, enfermería), el cual de acuerdo a cada caso proporciona indicaciones específicas para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las patologías presentes en los pacientes. Asimismo realiza la canalización a las instituciones de derechohabencia correspondientes.

Precio. A través de las gestiones realizadas por la Sra. María Luisa Bastar de Abreu, cuando estuvo a su cargo la Federación de Hemofilia de la República Mexicana, se logró que el factor anti-hemofílico fuese incluido en el cuadro de medicamentos básicos del IMSS. Asimismo la Secretaria de Salud a través del Seguro

Popular otorga el factor antihemofílico a los pacientes derechohabientes. De esta manera el costo está incluido en la seguridad social. Las diversas instituciones de salud del Estado (ISSSTE, Pemex, ISSET) proporcionan dicho factor a sus derechohabientes.

Existe además apoyo gubernamental, así como apoyo financiero de organizaciones no gubernamentales tales como empresas, las cuales realizan aportaciones monetarias y en especie (deducibles de impuestos), que contribuyen a que los pacientes puedan tener espacios y tratamientos adecuados.

Plaza. Existen redes de atención dentro del esquema de atención a los pacientes con hemofilia, estas están vinculadas directamente con el sector salud. En las instituciones de salud que prestan servicios a estos pacientes se encuentran ubicadas las clínicas de hemofilia, integradas por un grupo multidisciplinario de especialistas, los cuales realizan valoraciones, determinan el manejo ambulatorio o el ingreso hospitalario de los mismos. La captación del paciente con hemofilia para la valoración y tratamiento odontopediátricos se realiza por varias vías: valoración en el Centro de Enseñanza de Hemofilia, en la consulta externa hospitalaria, en el servicio de urgencias hospitalario y a través de la clínica de hemofilia hospitalaria.

Promoción. En este rubro se tienen dos vertientes: sensibilización y educación. En el primero se trabaja con la familia de los pacientes, informándoles sobre el padecimiento y cuidados que se deben tener para el mejoramiento y mantenimiento de la salud así como la prevención de episodios hemorrágicos. De igual manera se proporciona apoyo psicológico para aprender a vivir con la hemofilia. La sociedad también ha ido sensibilizándose sobre esta enfermedad, gracias a la difusión en medios de comunicación

sobre la hemofilia y colaboran en eventos para recaudación de fondos para la asociación. En cuanto al apartado de la educación, se realizan capacitaciones bimestrales dirigidas a profesionales de la salud. De manera conjunta se realizan capacitaciones para pacientes y sus familiares. A través de la página de la asociación se ha logrado un vínculo con la sociedad, ya que se puede acceder y conocer la historia de la asociación, logros obtenidos, así como la misión, visión, propósito y eventos organizados.

También a este modelo se le puede añadir el valor agregado o componente de satisfacción. En los pacientes mejora la calidad de vida y haciendo uso de las redes sociales manifiestan su satisfacción en cuanto a la atención proporcionada, asimismo proporcionan un vínculo entre sociedad, pacientes, médicos y familiares.

En los médicos especialistas proporciona la satisfacción profesional, educación y capacitación continua así como el reconocimiento y sentido de pertenencia a esta asociación altruista y con gran sentido humanístico.

Objetivo

Dar a conocer los mecanismos por los cuales Tabasco es un referente de atención médico-estomatológica a nivel nacional sobre la hemofilia.

Método

Contribución del equipo administrativo y médico del centro de enseñanza de hemofilia en la mejora de la calidad de vida social y asistencial de los pacientes con hemofilia a nivel estatal y nacional en cooperación con otras redes de atención como son las instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

Resultados

La satisfacción de los pacientes en la atención médica para su rehabilitación bucal con el manejo racional del factor anti hemofílico

Conclusiones

A través de estas acciones conjunta entre sociedad- gobierno y organizaciones no gubernamentales se busca mejorar de manera significativa la atención médico estomatológica oportuna para mejorar la calidad de vida de los pacientes con hemofilia. Proporcionando las P's de los componentes de la mercadotecnia en la atención integral del paciente con hemofilia se está logrando atención médico-estomatológica de calidad, con resultados satisfactorios y apoyo biopsicosocial en Tabasco.

Bibliografía

1. Rojas O F. El componente social de la Salud Pública en el siglo XXI. Revista Cubana de salud Pública, 2004;30(3)
2. Rajantie H, Alapulli H, Ma"kiperna A, Ranta s. Oral health care in children with hemophilia in Helsinki, Finland. Eur Arch Paediatr Den (2013) 14:339-z
3. World Federation of Hemophilia. Disponible en www.wfh.org
4. FHRM. Federación de hemofilia de la República Mexicana. Disponible en: <http://www.hemofilia.org.mx>
5. Tabasqueña de Hemofilia A.C. Base de datos de pacientes 2014.
6. Tabasqueña de Hemofilia A.C. <http://www.hemofiliatabasco.org.mx/>
7. Manual de mercadotecnia social en salud. SSA. Disponible en http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Manual_Mercadotecnia.pdf
8. Ugolotti T.G, Pizzi S, Tagliaferria A, Zini P. Dental, gingival and periodontal health indices in patients with inherited bleeding disorders. Haemophilia 2004;10. (Suppl. 3): 26-8

Modelo de medición de la calidad de los servicios de destino turístico médico. Los algodones, Baja California”

Mayda González Espinoza,¹ Mónica Claudia Casas Páez¹

¹Universidad Autónoma de Baja California. Facultad de Ciencias Administrativas (México)

RESUMEN

Introducción: México es un destino atractivo para los norteamericanos y canadienses en retiro por su cercanía, clima, bellezas naturales, menor costo de servicios de salud de buena calidad. La oferta de turismo médico en Baja California está formada por clínicas y centros de especialidades médicas las cuales tratan a miles de viajeros médicos anualmente. Los Algodones, Baja California, puerto fronterizo de Mexicali, está seriamente enfocado al turismo médico ya que en sus 5 cuadras principales cuenta con 270 consultorios dentales, 20 ópticas, 17 consultorios médicos y 15 farmacias. **Objetivo:** Medir la calidad de los servicios de salud mediante un modelo cualitativo-cuantitativo adecuado a las características de Los Algodones. **Método:** Se realizó una investigación exploratoria, de tipo cualitativa-cualitativa a través de un instrumento de evaluación de 20 ítems basado en el modelo SERVQUAL que evalúa cinco dimensiones de la calidad de los servicios percibida por los usuarios. Se aplicó a 30 usuarios de los servicios médicos con una escala de Likert de cinco niveles de satisfacción se levantaron datos con entrevistas personales en la zona centro y en la línea internacional. **Resultados:** Los resultados de la investigación evidenciaron que existen áreas de oportunidad importantes como la modernidad de las instalaciones, la imagen personal y corporativa de los prestadores de servicios de salud. **Conclusiones:** Se recomienda que los prestadores de servicios se capaciten en la atención del servicio al cliente y busquen la modernización de sus activos y evidencias tangibles ya que estos impactan directamente en la percepción de la calidad de los servicios prestados.

Palabras claves: calidad, servicios de salud, turismo médico.

Introducción

Según la Cámara de Comercio México-EEUU (2011) en México, el turismo representa alrededor del 9% del PIB y es la tercera fuente de ganancias en moneda extranjera después del petróleo y las remesas. Los Estados Unidos no pueden y no podrá sustentar su sistema de cuidado médico con la cantidad de retirados que requerirán estos servicios en los próximos años. Adicional a esto, los costos crecientes en cuanto a la salud y los más de 52 millones de estadounidenses sin seguro, llevará al país a una búsqueda incansable de mantener a su población saludable con costos accesi-

bles. Los destinos de turismo médico en México están preocupados por especializarse en técnicas para poder atraer la mayor cantidad de clientes de edad avanzada primeramente porque son los más propensos a necesitar un tratamiento quirúrgico y segundo porque tienen el poder adquisitivo para trasladarse a otros lugares. Bajo esta premisa es necesario identificar las variables de calidad de los servicios de salud que el usuario percibe como indispensables a la hora de determinar su ruta o destino para poderlas medir.

Los Algodones, delegación perteneciente al municipio de Mexicali, se ha convertido en uno de los principales receptores de turismo médico en la región de Baja California con 1, 649,484 cruces fronterizos en 2011 de acuerdo a datos de la Secretaria de Turismo del Estado de Baja California (SECTUR, 2013).

Los Algodones se caracteriza por ofrecer a los visitantes retirados, provenientes de los Estados Unidos y Canadá, productos y servicios orientados a la salud, tales como dentistas, dermatólogos, oculistas, farmacias; además de algunos servicios de soporte para el turismo, entre los que destacan las tiendas de curiosidades y restaurantes. Según datos del Comité de Turismo y Convenciones de Mexicali, Los Algodones en sus cinco cuadras principales, cuenta con 270 consultorios dentales, 20 ópticas, 17 consultorios médicos y 15 farmacias. Juan Tintos en su carácter de secretario de turismo de Baja California en su informe 2012, afirma que gracias al turista retirado, Los Algodones generó una derrama económica de 8 millones 650 mil dólares. Por su parte, el Comité de Turismo y Convenciones en Mexicali menciona en su informe oficial del 2013 que la derrama económica fue de 6.9 millones de dólares para el 2013, cantidad que se encuentra casi en equilibrio con la generada en servicios médicos en la capital del estado. La diferen-

cia de un año a otro causa incertidumbre sobre la razón por la cual está disminuyendo la derrama económica (COTUCO, 2013).

La medición de la calidad de los servicios médicos es un tema actual perteneciente a las líneas de investigación de mercadotecnia de servicios y permite hacer muchas cosas a una compañía. Saber dónde se encuentra en relación con una referencia determinada, comprobar la homogeneidad, identificar los puntos fuertes y débiles, centrar los esfuerzos, dirigir y controlar el progreso, cuantificar logros, y aumentar el conocimiento de la calidad de servicio. (Horovitz, 1993).

La delegación de Los Algodones, como destino turístico médico debe identificar las características de calidad relevantes que interesan a los clientes y enfocarse a medirlas para preservar la cantidad de recursos que genera o incrementarla a través de estrategias de mejora continua.

Según lo investigado por Martínez y Ruíz (2010), Parasuraman, Zeithaml y Berry desarrollaron un instrumento que permitiera la medición de la calidad de servicio percibida y lo llamaron SERVQUAL. Este instrumento les permitió aproximarse a la medición mediante la evaluación por separado de las expectativas y percepciones de un cliente, apoyándose en los comentarios hechos por los consumidores en la investigación. Inicialmente identificaron diez determinantes de la calidad de servicio: Elementos tangibles, Fiabilidad, Capacidad de respuesta, Profesionalidad, Cortesía, Credibilidad, Seguridad, Accesibilidad, Comunicación y Comprensión del cliente.

Luego de las críticas recibidas, Parasuraman, Zeithaml y Berry manifestaron que estas diez dimensiones no son necesariamente independientes unas de otras, realizaron estudios estadísticos,

encontrando correlaciones entre las dimensiones iniciales, que a su vez permitieron reducirlas a cinco:

1. Tangibilidad: Dentro de este criterio se encuentran variables como: la apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal de contacto y materiales de comunicación.
2. Fiabilidad: Relacionada con la formalidad y exactitud a la hora de desarrollar el servicio.
3. Capacidad de Respuesta (Responsabilidad): puede traducirse en el deseo de servir pronta y eficazmente, donde la rapidez en la atención al cliente sea lo fundamental.
4. Seguridad: se refiere a la confianza que le infunde al cliente la persona que lo atiende, la cual puede ser determinada por la competencia y la cortesía a la hora de impartir el servicio.
5. Empatía: Es importante una atención individualizada, que el cliente sienta que se le está atendiendo de manera particular.

A través de procedimientos estadísticos, agrupan variables y permiten generalizar de mejor forma el modelo, logrando mayor representatividad.

En función del análisis realizado a los modelos de calidad, de la opinión de los expertos y de los buenos resultados obtenidos de su aplicación en diferentes trabajos empíricos, se considera que el modelo SERVQUAL es muy completo, ya que contempla todas las variables necesarias para medir la calidad del servicio (Martínez y Ruíz, 2010).

Por esta razón se propone el modelo SERVQUAL como herramienta que permita conocer la percepción de la calidad de los

servicios que se brindan en Los Algodones como destino turístico médico.

Objetivo General

Medir la calidad de los servicios de salud mediante un Modelo cualitativo-cuantitativo adecuado a las características de Los Algodones.

Objetivos específicos.

1. Identificar los modelos de medición de la calidad de los servicios turísticos médicos existentes.
2. Determinar las variables relevantes para medir la calidad de los servicios en el caso de Los Algodones.

Metodología

Se realizó una investigación Exploratoria, de tipo cualitativa-cualitativa a través de un Instrumento de evaluación de 20 ítems basado en el modelo SERVQUAL que evalúa cinco dimensiones de la calidad de los servicios percibida por los usuarios. Las dimensiones del modelo de medición son: Tangibilidad, Fiabilidad, Capacidad de Respuesta (Responsabilidad), Seguridad y Empatía con opciones de respuestas con una escala de *Likert* de cinco niveles de satisfacción. Se levantaron datos de manera presencial con entrevistas personales cara a cara en la zona centro y en la línea internacional de Los Algodones. Los encuestados cumplieron con el siguiente perfil: Hombres y mujeres, de origen estadounidense o canadiense, mayores de 60 años, que se encontraban disfrutando de una visita en Los Algodones. El tamaño de la muestra se determinó por el método proporción poblacional derivando en la Inferencia cuando n es menor a 30.

Características de T: 1) Simétrica, 2) Más variables que Z, 3) Conforme crece, t se parece a Z, 4) Colas más densas, 5) Asociada a n-1 gl grado de libertad.

Teorema del límite central aplicación de 30 encuestas. Una vez obtenida la información, fue capturada el programa SPSS y se obtuvieron los valores porcentuales de las variables de interés y los resultados presentados mediante métodos gráficos para poder establecer geométrica y aritméticamente las diferencias. Una vez obtenida la información, fue capturada el programa SPSS y se obtuvieron los valores porcentuales de las variables de interés y los resultados presentados mediante métodos gráficos para poder establecer geométrica y aritméticamente las diferencias.

Resultados

El total de la muestra fue levantada y evidenció los siguientes resultados. En las variables que miden la dimensión de tangibilidad, existen áreas de oportunidad importantes como la modernidad de las instalaciones y de la imagen personal y corporativa de los prestadores de servicios de salud, ya que en general se logró un 70% de satisfacción. En las variables que miden la dimensión de fiabilidad, se observa que un 18% de los encuestados mencionaron que debe existir mayor interés en darle solución a los problemas y un 6% mencionó que deben mejorar los tiempos de entrega.

La encuesta reveló que en las variables de la dimensión de responsabilidad existen áreas de oportunidad respecto a la información puntual y sincera sobre las condiciones del servicio ofrecido, la atención poco expedita y despreocupada del personal de servicios en un 6% del total de los encuestados. Un dato muy interesante respecto a las variables de la dimensión de seguridad reveló que

un importante 17% de los encuestados no confía en los empleados y no se sintió seguro con el trabajo recibido.

Así también, un 16% reveló no haber recibido una atención individualizada ni un horario flexible y un 11% afirma que el personal no conoce sus necesidades como cliente, impactando en las variables de la dimensión de empatía.

Conclusiones

Estando en la primera fase de desarrollo de la investigación “Modelo de medición de la calidad de los servicios de salud que se ofrecen en Los Algodones, Baja California como destino turístico médico”, se aplicó este instrumento de medición basado en el modelo SERVQUAL que mide las variables que son relevantes según la percepción del usuario. En un segundo momento de esta investigación se medirán las variables de la calidad del servicio por parte del prestador de los servicios de salud; en una tercera parte se pretende medir el cumplimiento de las normas técnicas del ejercicio de la prestación de servicios de salud y por último la evaluación de la entrega de los servicios públicos que tienen Los Algodones, Baja California como destino turístico médico.

Basado en los resultados obtenidos en la presente investigación se recomienda que los prestadores de servicios de salud se capaciten en la atención del servicio al cliente y buscar la modernización de sus activos y evidencias tangibles ya que estos impactan directamente en la percepción de la calidad de los servicios prestados.

Bibliografía

1. Cámara de Comercio México-Estados Unidos, 2011. Consultado en noviembre de 2014. Recuperado en <http://www.usmcoc.org/papers-current/3-Desarrollo-del-Turismo-Turismo-Medico-y-Turismo-seguro-y-prottegido-en-Mexico.pdf>
2. Comité de Turismo y Convenciones 2013. Sitio Web Oficial de Turismo del Ayuntamiento de Mexicali. Recuperado el 6 de Noviembre de 2014 en: <http://cotuco.com.mx/turismo/los-algodones-baja/historia.html>

3. Horowitz, J., 1993. La calidad del Servicio. A la conquista del cliente, McGrawHill, Madrid.
4. Martínez O., Ruíz G., 2010. La mercadotecnia en las organizaciones. 1ra. Edición Ediciones ILCSA, S.A. de C.V. México.
5. Secretaría de Turismo, 2013. Compendio Estadístico del Turismo en México 2013, México. Recuperado el 10 de diciembre de 2014 en: http://www.promexico.gob.mx/work/models/promexico/Resource/122/1/images/residencias_turisticas.pdf

Perfil de los usuarios de los servicios de salud pública: Hospital General “Dr. Daniel Gurria Urgell”

Miguel Ángel Ramírez Martínez,¹ María del Carmen Domínguez Caporali¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: La salud pública juega un papel estratégico en el crecimiento y desarrollo de las sociedades y en la competitividad de las naciones, siendo el estado es el encargado de brindar los servicios de salud. En Tabasco en el 2011 existían 659 unidades médicas, de las cuales 623 eran de Consulta externa y 32 Hospitalarias, quienes daban atención a 2, 021,979 usuarios, En este estudio nos referiremos al hospital General Dr. Daniel Gurria Urgell que pertenece al ISSSTE. Hasta la fecha no se tiene estudios que reflejen las características de los usuarios de los diferentes hospitales y clínicas del sector público del estado de Tabasco, lo que ha llevado a que exista un desabasto de medicamentos y/o falta de espacios para la atención de sus pacientes, que muchas veces se reflejan en la pérdida de vidas humanas, por lo que este estudio permitirá identificar las características de los usuarios-derechohabientes. **Método:** Para el presente estudio se utilizó la investigación de tipo descriptiva con variables cuantitativas de los derechohabientes del Hospitales antes mencionado, realizado en el periodo octubre 2014-enero 2015. **Resultados:** Entre los resultados obtenidos podemos señalar los siguientes: 1) Una tercera parte de sus derechohabientes cuenta con un nivel de educación universitario lo que significa una mayor demanda en la calidad de los servicios y al mismo tiempo requiere de un personal mejor preparado para poder satisfacer las necesidades; 2) La cantidad de equipo, materiales y medicamentos con los que debe contar son insuficientes, lo que nos lleva a pensar en la generación de estrategias financieras que permitan el flujo de efectivo, necesario y suficiente para satisfacer dichas necesidades y 3) Para la atención de población mayor de 45 años del sexo femenino se requiere generar estrategias de prevención, buscando con ello una reducción en el número de pacientes que demandan los servicios.

Palabras claves: Perfil del consumidor, servicios médicos, hospitales públicos. Estrategias de producto, calidad.

Introducción.

La salud pública juega un papel estratégico en el crecimiento y desarrollo de las sociedades y en la competitividad de las naciones. El estado es el encargado de brindar los servicios de salud que permitan a la población poder desarrollar todas sus potencialidades y al mismo tiempo tener una mejor calidad de vida.

En Tabasco⁷, en el 2011 existían 659 unidades médicas, de las cuales 623 eran de Consulta externa y 32 Hospitalarias, quienes daban atención a 2, 021,979 usuarios, mientras que en el Municipio del Centro existían 115 unidades médicas, las cuales daban atención a 760,909 usuarios (INEGI, 2011).

Figura 1 Mapa territorial del Estado de Tabasco



Fuente: <http://participaciones.spf.tabasco.gob.mx/>

Existen cuatro instituciones de salud pública -Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco (ISSET), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Secretaría de Sa-

⁷ El estado de Tabasco se divide en 17 municipios, este a su vez se dividen en dos regiones principales; la Región del Río Grijalva y la Región del Río Usumacinta, estas, están integradas por cinco subregiones, la Región Grijalva se subdivide en las subregiones de la Chontalpa, el Centro y la Sierra, y la Región Usumacinta se subdivide en las sud-regiones de los Ríos y de los Pantanos obtenido de www.tabasco.gob.mx/.

lud-, las cuales están distribuidas en los 17 municipios del estado. En este estudio nos referiremos al hospital General Dr. Daniel Gurria Urgell que pertenece al ISSSTE, proporcionando los servicios de Consulta externa y Hospitalarias, quien brinda atención a 180,000 usuarios en el municipio del Centro, donde se localiza la ciudad capital del estado: Villahermosa.

Hasta la fecha no se tiene estudios que reflejen las características de los usuarios de los diferentes hospitales y clínicas del sector público del estado de Tabasco, lo que ha llevado a que exista un desabasto de medicamentos y/o falta de espacios para la atención de sus pacientes, que muchas veces se reflejan en la pérdida de vidas humanas, por lo que este estudio permitirá identificar las características de los usuarios.

Objetivo del trabajo.

Identificar las características, el grado de escolaridad y la procedencia de los usuarios que acuden al Hospital General Dr. Daniel Gurria Urgell.

Método.

Para el presente estudio se utilizó la investigación de tipo descriptiva con variables cuantitativas -género, edad del entrevistado, escolaridad, servicio solicitado, edad del paciente y municipio donde radica-de los derechohabientes del Hospitales General Dr. Daniel Gurria Urgell, ubicado en el municipio del Centro en Villahermosa Tabasco, en el periodo octubre 2014-enero 2015.

El universo de estudio en esta investigación son los usuarios/derechohabientes del Hospital objeto de estudio, que suman 180, 000 hasta el 2014.

El tamaño de la muestra fue calculado a partir de la siguiente ecuación:

$$n = \frac{Z_a^2 * N * p * q}{i^2(N-1) + Z_a^2 * p * q}$$

Para sustituir los datos en la ecuación tomamos como referencia un Nivel de confianza (Z^2) igual a 1.96 (95%), la población (N) es igual a 180,000 usuarios, la probabilidad a favor (p) es igual a 0.5, la probabilidad en contra (q) es igual a 0.5 y el error de estimación (i) es igual a 0.03 (3%).

La muestra resultante fue de 107 derechohabientes, a los cuales se le aplicó el cuestionario. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario, para Sampieri (2004) el cuestionario es un género escrito que pretende acumular información por medio de una serie de preguntas sobre un tema determinado para, finalmente, dar puntuaciones globales sobre éste, es un instrumento de investigación que se utiliza para recabar, cuantificar, universalizar y finalmente, comparar la información recolectada.

El cuestionario consta de dos secciones: la primera, consta de siete interrogantes que permiten conocer el perfil del usuario y la segunda consta de 28 interrogantes que permiten conocer las percepciones de los usuarios.

Este trabajo presenta los resultados de la primera parte del cuestionario, donde se miden: Género, Edad del entrevistado, Escolaridad, Servicio solicitado, Edad del paciente, Municipio donde radica y Localidad donde radica.

Para la captura y procesamiento de los cuestionarios se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versión 21, mediante el cual, entre otras cosas, se puede calcular la frecuencia de cada una de las variables que se incluyen en el análisis.

Resultados.

Perfil del usuario.

Se observa (Tabla 1) que existe un mayor número de usuarios del género femenino que acuden o utilizan el servicio del Hospital. El 53% es del género femenino y un 46% del género masculino.

Tabla 1. Género.

GENERO	FRECUENCIA
Masculino	58
Femenino	68
Total	126

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 2 se observa que el 1% de los usuarios no tiene ninguna escolaridad, el 11% no terminó la primaria, el 10% terminó la Primaria, el 17% la Secundaria, el 21% el Bachillerato, el 36% la licenciatura y el 2% tienen maestría, es decir, hay una frecuencia mayor de usuarios con estudios de licenciatura que utilizan el servicio.

Tabla 2. Frecuencia por escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia
Ninguno	2
No termino primaria	14
Primaria	13
Secundaria	21
Bachillerato	27
Licenciatura	46
Maestría	3
Total	126

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 3 se observa que el 46% de los usuarios utilizan el servicio de consulta externa, el 25% el servicio de urgencias, el 12% el servicio de laboratorio y el 17% de los usuarios el servicio de Hospitalización, es decir, hay una frecuencia mayor de usuarios que utilizan el servicio de Hospitalización.

Tabla 3. Frecuencia por servicio solicitado.

SERVICIO SOLICITADO	FRECUENCIA
Consulta externa	58
Urgencias	32
Laboratorio	15
Hospitalización	21
Total	126

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 4 podemos ver la edad de los pacientes que en algunos casos no fueron los usuarios entrevistados. Se observa que el 26% de los usuarios son menores de 25 años, el 17% tiene de 26 a .35 años, el otro 17% tiene de 26 a 45 años y el 32% tiene más de 45 años, es decir, hay una frecuencia mayor de usuarios con más de 45 años de edad que utilizan el servicio.

Tabla 4. Frecuencia por la edad del paciente.

EDAD PACIENTE	FRECUENCIA
Menos de 25 años	33
De 26 a 35 años	31
De 36 a 45 años	22
Más de 45 años	41
Total	126

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

Como podemos observar el Hospital General Dr. Daniel Gurria Urgell presenta varios retos en la segunda década del siglo XXI, para los cuales tiene que desarrollar un conjunto de estrategias que le permitan posicionarse como uno de los mejores en el estado y en la región.

Uno de los retos principales que enfrenta es que una tercera parte de sus derechohabientes cuenta con un nivel de educación universitario lo que significa una mayor demanda en la calidad de

los servicios y al mismo tiempo un personal mejor preparado para poder satisfacer las necesidades de estos derechohabientes.

En segundo reto se refiere al equipo, materiales y medicamentos con los que debe contar ya que el 46% de la población encuestada ocurre a dicho nosocomio solicitando el servicio de Consulta externa, lo que nos lleva a pensar en la generación de estrategias financieras que permitan el flujo de efectivo, necesario y suficiente para poder surtir los medicamentos en tiempo y forma y adquirir el equipo de punta para prestar una mejor atención al derechohabiente.

El tercer reto que enfrenta es el de la atención de población mayor de 45 años del sexo femenino, por lo que es importante generar estrategias de prevención, buscando con ello una reducción en el número de pacientes que acuden.

Por lo anteriormente señalado podemos proponer el desarrollo de estrategias de *desarrollo de productos*, es decir, generar nuevos productos y/o mejorar los ya existentes para este mercado entre dichas estrategias podemos sugerir las siguientes:

1. Mejorar las características de los servicios prestados por el factor humano, a partir de un plan estratégico de capacitación y desarrollo de los empleados, tanto operativos como de intendencia y de seguridad.
2. Mejorar la calidad en términos de confiabilidad, velocidad y seguridad en la atención al paciente.
3. Actualizar sus equipos e instalaciones médicas y crear una imagen de confort que permita al derechohabiente tener los elementos suficientes para que su espera sea agradable.

Estamos conscientes de los grandes problemas económicos que vive el país y el sector de salud público en México pero es necesario repensar esquemas que permitan la innovación y el cambio permanente sea el común denominador en la institución, para ello se requiere que el líder participe de una manera proactiva y que el personal en todos los niveles se sienta integrado al equipo.

Bibliografía

1. American Psychological Association [APA], (2010) Manual de publicaciones. México: El manual moderno S.A. de C.V.
2. Gobierno del Estado de Tabasco (2014), *División territorial del Estado de Tabasco*, Recuperado de www.tabasco.gob.mx/.
3. Gobierno del Estado de Tabasco (2014), *Mapa territorial del Estado de Tabasco*, Recuperado de <http://participaciones.spf.tabasco.gob.mx/>.
4. Hernández, R. (2004) Metodología de la investigación. México: McGraw Hill.
5. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI] (2011), México en Cifras, Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=27>

Satisfacción del cliente interno y externo en las organizaciones de salud”

Adriana Méndez Wong,¹ Jesús Francisco Mellado Siller,¹ Edith Reyes Ruiz,¹ Karina Anahi Garza Calderón,¹ Ludivina Treviño Contreras¹

¹Universidad Autónoma de Coahuila (México)

Resumen

El papel de los empleados de las organizaciones de salud, es indispensable para generar satisfacción y calidad en el servicio. La utilidad de este trabajo, es el de conocer de forma concreta el nivel de satisfacción del cliente interno y cuáles son sus percepciones del ambiente laboral al igual de percatarse cuales son las áreas de oportunidad para lograr un mayor nivel de satisfacción de los clientes internos y externos. Se presentan resultados preliminares de la primera etapa del Proyecto, con la prueba de cuestionarios: satisfacción de Empleados y satisfacción de Usuarios, por lo tanto se considera un estudio exploratorio, siendo su objetivo de diagnóstico y hallazgo.

Palabras claves: mercadotecnia interna, cultura del servicio, satisfacción del cliente, satisfacción del empleado.

Introducción

Actualmente las organizaciones se enfrentan a mercados más amplios y complejos. Para alcanzar el éxito se requiere comprender las necesidades de sus clientes, además de ofertar productos y servicios satisfactorios y, encontrar la forma más eficiente de distribuirlos, con precios competitivos y comunicar sus virtudes a sus mercados meta. Aquellas empresas serán más prosperas que las demás, si logran satisfacer de una mejor manera a sus consumidores.

La mercadotecnia interna o marketing interno es el marketing realizado por una compañía de servicios para capacitar y motivar eficazmente a los empleados de contacto con los clientes y a todo el personal de servicios de apoyo para que trabajen en equipo con el fin de lograr la satisfacción del cliente. (Kotler & Armstrong, 2008).

Las estrategias básicas para crear una entrega de servicio orientada al cliente es a través de la contratación de personas adecuadas, el desarrollar empleados para entregar calidad en el servicio, proporcionar los sistemas de respaldo necesarios y retener a los mejores empleados del servicio.

No entregar el servicio como está diseñado y especificado puede deberse a diversos factores de los trabajadores y del desempeño humano; reclutamiento ineficaz de empleados orientados al servicio, ambigüedad y conflicto de funciones entre los empleados de contacto, mala compaginación entre el empleado y la tecnología, sistemas inapropiados de evaluación y compensación, y falta de empoderamiento y trabajo en equipo. (Zeithaml, Bitner, & Gremler, 2009).

El trabajo presenta a los empleados como un factor clave de éxito en cuanto a la generación de satisfacción de los clientes.

Toda organización, está llena de relaciones cliente – proveedor. La determinación de quiénes son, cuáles son sus necesidades y cómo satisfacerlas es un objetivo interesante y desafiante. Éste es uno de los aspectos más importantes en el desarrollo del sistema de calidad total. Las mejores compañías son aquellas que han creado una excelente cadena de clientes internos con el objetivo de encontrar y satisfacer las necesidades de los clientes externos.

A continuación se presenta el marco Teórico con base al cual se plantean los objetivos, metodología y resultados obtenidos.

Mercadotecnia Interna: Las organizaciones están tomando acciones para aumentar el valor del cliente en el tiempo; es decir, el valor presente de una corriente de ingresos que puede producir un cliente con el tiempo (Mullins John, 2007). Como estrategia para lograr lo anteriormente dicho, en las últimas dos décadas, el concepto de Mercadotecnia Interna (MI), ha emergido en el contexto empresarial para describir la aplicación de la mercadotecnia en el seno de la propia organización (Sánchez Hernández, Martínez Fernández, & Rodríguez Campo, 2005) Para Michel Levionnois, el marketing interno, es un conjunto de métodos y técnicas que, puestos en práctica en un determinado orden, permitirán a la empresa aumentar su nivel de efectividad, en interés de sus clientes y de sus propios colaboradores. El principio básico es fácil de comprender: la optimización de la gestión del capital humano de la empresa no puede hacerse sin el acuerdo previo y la implicación de todos los miembros del personal, cualesquiera que sean sus niveles de responsabilidad, su categoría, su remuneración, etcétera. (Levionnois, 1992). La empresa centrada en los clientes o mercadotecnia, busca

proporcionar una satisfacción elevada en comparación con sus competidores. Una compañía siempre puede aumentarla satisfacción de los clientes al reducir sus precios o al aumentar sus servicios, pero esto podría redundar en menores utilidades. Por tanto, el propósito de la mercadotecnia es generar satisfacción del cliente de manera rentable. (Kotler & Armstrong, Fundamentos de Marketing, 2008).

Satisfacción del empleado: Una cita acerca de las organizaciones de servicio que se escucha con frecuencia, dice: “En una organización de servicio, si usted no está atendiendo al cliente, más vale que atienda a alguien más”. Las personas (los empleados frontales y los que los respaldan detrás del escenario) son muy importantes para el éxito de cualquier organización de servicio. El enfoque clave está en los empleados de servicio de contacto con el cliente. Los empleados satisfechos logran clientes satisfechos. Las percepciones de los clientes de la calidad del servicio se afectarán por los comportamientos de los empleados hacia los clientes (Zeithaml, Bitner, & Gremler, 2009)

Objetivos

1. Identificar los la satisfacción de los empleados en una Institución de Salud
2. Determinar las mediciones de percepción de los usuarios de una Institución de salud

Método

El diseño del estudio es de tipo exploratorio y descriptivo. Es una investigación que se encuentra en su fase inicial, en prueba de instrumentos. La prueba piloto de los cuestionarios consiste en demostrar su eficacia en condiciones reales. El instrumento para empleados es una adaptación de encuesta que se obtuvo de la

empresa Survey Monkey “Encuesta sobre satisfacción con el trabajo”. El presente trabajo es conveniente, ya que la utilidad del mismo se refleja en el reconocimiento de la mercadotecnia por parte del Sector Salud.

Resultados del Estudio Empírico en la ciudad de Saltillo, Coahuila para las pruebas piloto de los cuestionarios

A. SATISFACCION DEL CLIENTE INTERNO (50 EMPLEADOS)

Prueba piloto del cuestionario

Ítems

- Frecuentemente le permiten tomar decisiones
- Las tareas que realiza en su trabajo no son nada rutinarias
- Existen muchas oportunidades para ser creativo e innovador
- No necesita más insumos, equipo o herramientas para hacer su trabajo
- El personal que trabaja aquí es muy parecido, nada diferente
- El trabajo no es nada estresante
- Se siente muy a gusto con la relación laboral que tiene con su gerente o jefe inmediato
- El jefe inmediato es motivador y alentador
- El horario de trabajo es el adecuado para usted
- Existe mucha colaboración en el ambiente de trabajo
- Los compañeros de trabajo son muy competentes
- Los compañeros de trabajo son cordiales y amables
- Los compañeros de trabajo son muy positivos
- La carga de trabajo es la adecuada para usted

Análisis descriptivo.

Tabla 1.- Variables: Género y estado civil

Tabla de contingencia 1 Género * 4 Estado Civil

		4 Estado Civil			Total
		Soltero	Casado	Divorciado	
1 Género	Mujer	12	12	2	26
	Hombre	12	10	2	24
Total		24	22	4	50
% del total		48%	44%	8%	100.0%

En la tabla 1 se encontró que el 48% de los entrevistados son solteros, el 44% son casados y el 8% divorciados.

Tabla 2 Variables: Género y carga de trabajo adecuada

		1	2	3	4	5	6	7	total
Género	Mujer	1	2	2	7	5	6	3	26
	Hombre	0	0	0	2	6	4	12	24
		1	2	2	9	11	10	15	50
		2%	4%	4%	18%	22%	20%	30%	100

De acuerdo a las respuestas emitidas por los empleados entrevistados se encontró en la tabla 2 que el 30% están totalmente de acuerdo en que su carga de trabajo es la adecuada, mientras que 2% manifiestan estar totalmente en desacuerdo con su carga de trabajo.

B. SATISFACCION DEL CLIENTE EXTERNO (100 PACIENTES)

1= Pésimo y 5= Excelente

Ítems	1	2	3	4	5
Tiempo de espera para ingresar al hospital fue:	10%	10%	40%	20%	20%
Limpieza de pasillos y sala de espera:	20	20	20	20	20
Facilidad y claridad de las señalizaciones para moverse por el Hospital:	10	10	10	20	50
Como califica el área de estacionamiento:	30	20	20	10	20
Amabilidad y cortesía con que le trató el medico:	0	0	0	50	50
Eficacia y resolución de su problema de salud:	10	10	10	30	40
Preparación y atención del personal de Enfermería:	0	0	0	60	40
Claridad de la información que el médico le dio sobre su enfermedad:	0	0	30	30	40
Amabilidad con que le trató el personal de intendencia y recepción:	10	20	50	10	0
Eficacia y resolución de sus cuidados de salud:	0	30	40	20	10
Como califica el aspecto y limpieza de las habitaciones:	0	10	40	40	10
Como considera la calidad el equipo, material y medicamentos que se le proporcionaron:	0	10	30	30	30

Conclusiones

Los resultados obtenidos al aplicar el cuestionario a 50 empleados del sector salud, y 100 usuarios del servicio, presentan resultados preliminares siendo los más relevantes, los siguientes: el 48% de los entrevistados son solteros y el 30% están totalmente de acuerdo en que su carga de trabajo es la adecuada.

Respecto a las percepciones de los usuarios / pacientes entrevistados ellos evalúan con las calificaciones más altas la atención recibida por parte de médicos y enfermeras. El propósito de esta investigación fue precisamente el revisar las percepciones de la satisfacción del cliente interno y externo en la realidad de una organización de salud, en la ciudad de Saltillo Coahuila, dado que para los autores del presente estudio era importante contar con evidencia empírica para llevar a cabo la prueba piloto de los cuestionarios y seguir avanzando en el proyecto. En trabajos posteriores se realizarán las propuestas adecuadas al sector, dado que las implicaciones prácticas del presente trabajo redituarán en un uso adecuado de la mercadotecnia para beneficio de las instituciones que proporcionan servicios de salud.

Bibliografía

1. Kotler, P., & Armstrong, G. (2008). *Fundamentos de Marketing*. México: Pearson. Prentice Hall.
2. Levionnois, M. (1992). *Marketing interno y gestión de recursos humanos*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
3. Mullins John, W. O. (2007). *Administración de marketing. Un enfoque en la toma estratégica de decisiones*. México: Mc Graw Hill.
4. Sánchez Hernández, Martínez Fernández, & Rodríguez Campo. (2005). "El papel estratégico de la comunicación en los programas organizacionales de marketing interno".
5. Zeithaml, Bitner, & Gremler. (2009). *Marketing de Servicios*. México: McGrawHill.

Necesidades de los servicios de salud de la población transexual: percepción de un usuario

*Gloria Ángela Domínguez Aguirre,¹ Roberto Carlos González Fócil¹
Adriana Martínez Peralta¹*

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

A través del estudio de un caso (entrevista a profundidad) se explora la perspectiva de una personas trans en relación a los servicios de salud en Tabasco. Se refiere que los servicios y personal no están preparados ni sensibilizados para tratar a esta población lo cual aumenta su vulnerabilidad. Se sugiere, además de políticas públicas que garanticen el trato profesional y digno hacia personas trans, que los mensajes individuales e institucionales sean más inclusivos y positivos hacia esta población.

Palabras clave: Transexualidad, transgénero, género, mercadotecnia, grupos vulnerables.

Introducción

Al momento del nacimiento, las personas recibimos un sexo de asignación que generalmente está ligado a los órganos sexuales externos, pene o vulva; de tal forma que, quien nace con pene es “hombre” y quien nace con vulva es “mujer”. Esto establece un significado irrevocable sobre los géneros femenino y masculino, sobre actitudes y comportamientos. Con el tiempo cada persona manifiesta su identidad de género es decir, el sentir íntimo de ser hombre o mujer (Álvarez-Gayou, Sánchez & Delfin, 2011) y desarrolla un rol de género que depende del contexto cultural donde se desarrolle, por ejemplo: vestido en mujeres y barba en hombres. Sin embargo, existen algunas personas que presentan discordancia entre su sexo biológico o asignado y su identidad de género o identidad sexual. La clasificación clínica para esta característica humana es aún sujeta de debate, debido a que en muchos casos, en sí misma no representa un desorden, y se ha abogado por hacer énfasis en los efectos que la discriminación y el rechazo crean en esta población (American Psychological Association, 2014). No

existen datos cuantitativos para estimar la frecuencia de casos de este tipo en México.

Para Soley-Beltrán (2014) “las personas migrantes de género ocupan un espacio fronterizo situado en los márgenes de la normalidad definida por los discursos hegemónicos”, esto dificulta la aceptación de personas que no presentan congruencia entre su apariencia física e identidad de género y genera problemas para ser atendidos en instancias públicas: académicas y de salud. Este trabajo busca explorar la percepción de una persona transexual respecto a los servicios de salud que recibe y las carencias que el sistema de salud presenta para atender dignamente a esta población.

Objetivo

Conocer la percepción de una persona transexual sobre los servicios de salud con que cuenta, sus carencias, así como las características que deberían tener los profesionales de salud para atender dignamente a esta población.

Método

Estudio de caso sobre una persona transexual: Hombre trans (sexo de asignación al nacer: “mujer”, sexo de afirmación: hombre) de 23 años, estudiante terminal de licenciatura en psicología de una universidad pública, quien colabora bajo el argumento “*para mí es mejor que se hable de esto, porque se sabe muy poco*”. Se realizó una entrevista a profundidad, que fue transcrita y analizada en su contenido inductivo con las categorías: 1) Opciones en servicios de salud, 2) mensaje del sector salud para la población transgénero y transexual y 3) necesidades de las personas transexuales.

Resultados

La entrevista permitió conocer cuál es la percepción de una persona transexual acerca de los servicios de salud. M es un joven de 23 años y desde niño percibió su disforia de género, sin embargo hasta los 20 años decide cambiar su apariencia para que ésta sea más acorde con la que se siente identificado, a partir de un corte de pelo generalmente considerado masculino. *“Ese mismo día busqué ropa de mi papá, una que me pudiera quedar y vine al otro día [a la universidad] así vestido como chico”*.

M refiere que en el sector salud no hay servicios que vayan dirigidos hacia la población trans; como hijo de trabajador de una empresa paraestatal tiene derecho al servicio médico y al acudir para iniciar el proceso de hormonización le canalizaron con el médico general: *“ahí me di cuenta que no había un conocimiento acerca de esta cuestión porque me mandaron con el psicólogo con la descripción: ‘problemas de conducta’”* y la psicóloga que le atendió: *“me pareció inexperta porque no conocía acerca del tema (...) me dijo ‘no, pues yo te veo muy seguro’ pero no me daba una propuesta de solución”*. La consulta con el endocrinólogo también presentó carencias: *“En cuanto le mencioné esa cuestión como que no me hizo caso pues me tiró a loco y me empezó a examinar y a preguntar cosas que le pregunta a cualquiera que llega”*. Por esta falta de conocimiento y sensibilización ante su condición, desistió de iniciar su proceso en esta institución. M tiene referencias por medio de Internet de la Clínica Especializada Condesa, en el D.F., que en su página web indica *“Todos los servicios son gratuitos, en un ambiente de calidad, calidez y respeto a los Derechos Humanos”* (2015), sin embargo, el aspecto económico y el largo tiempo de espera le dificulta acudir a ella. M ha buscado a nivel local un

médico endocrinólogo sensibilizado ante su condición sin haberlo encontrado a la fecha. Recientemente un cirujano plástico particular le practicó la mastectomía en Guadalajara, éste le fue recomendado por un grupo a través de redes sociales, auto denominados ‘chicos trans’ el cual constituye su red de apoyo. Califica el servicio médico privado muy diferente al sector público: *“muy amable, todo es diferente, atienden rápido”*.

En cuanto al *Mensaje del sector salud hacia la población trans*. M considera que éste es excluyente. Refiere que el número de personas trans es indeterminado, en gran parte porque no se visibilizan por temor a ser discriminados. *“Siento que nos excluyen, siempre han sido muy discriminativos, si supieran de cuanta población trans hay aquí en Tabasco, a mí me parece que más que en otros estados, hay más población pero siempre en el anonimato”*.

Necesidades de las personas transexuales. M resalta dos elementos importantes: conocimientos y sensibilización. *“Los conceptos básicos de cada una de las condiciones y la manera de tratarlos; yo conozco personas que son muy inseguras y buscan quien les oriente en conocimientos y terapéuticamente”*. Alude a dos perfiles profesionales que deben cubrir estas características, el personal médico y el educativo, especialmente en el área de Psicología y en Medicina, por su repercusión en el tratamiento de esta población.

Conclusiones

Debido a que no existen en el estado de Tabasco servicios de salud especializados para el trato profesional y digno a personas trans, esa población está expuesta a riesgos de salud y representan un grupo vulnerable. Además de la preparación de todo el personal

de salud en el conocimiento de temas relacionados y políticas públicas que garanticen el acceso a servicios para esta población, se sugiere reconocer y tener en cuenta el mensaje que se envía a estas personas. La mercadotecnia en salud empleada a nivel individual, grupal e institucional podría hacer una diferencia positiva en las condiciones de salud de esta población.

Referencias

1. Alvarez-Gayou, J., Sánchez, D., & Delfin, F. (2011). *Sexoterapia integral. Manual Moderno. México.*
2. American Psychological Association (2014) *Answers to your questions about transgender people, gender identity, and gender expression.* Recuperado de <http://www.apa.org/topics/lgbt/transgender.aspx>
3. Clínica Especializada CONDESA. (2015) *Transgéneros.* Recuperado de <http://condesadf.mx/personas-transgenero.htm>
4. Soley-Beltrán, P. (2014) Transexualidad y Transgénero: una perspectiva bioética. *Revista de Bioética y Derecho.* 30, 21-39.

Diagnóstico de funcionamiento organizacional del servicio de auxiliares de diagnóstico y tratamiento

Xiomara Pérez Cámara¹

¹División Académica de Educación y Artes. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: Los diagnósticos organizacionales son importantes para el buen funcionamiento de los servicios. La medición de los niveles de eficiencia, productividad y calidad resultan ser imprescindibles. **Objetivo:** Elaborar un diagnóstico de funcionamiento organizacional en los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (SADYT) del Hospital General “Dr. Daniel Gurría Urgell” perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), determinando sus niveles de eficiencia, productividad y calidad. **Método:** Se hizo uso de la metodología de enfoque mixto (cuali-cuantitativa). La información se recolecta a través de aplicación de encuestas a usuarios y personal operativo, entrevistas semiestructuradas a directivos y jefes de servicios, revisión de manuales, registros hospitalarios entre otras técnicas, se agruparon para su análisis en las cinco variables del Modelo de Funcionamiento Organizacional de Pradip Khandwalla (situacional, Estratégica, Estructural, de comportamiento y de desempeño). **Resultados:** Se identificaron 23 aspectos positivos y 29 negativos en SADYT, la mayoría de la problemática se concentró en la variable estructural 37%. Las otras variables obtuvieron los siguientes resultados: situacional 20%, desempeño 17%, estratégica 13% y comportamiento 13%. **Conclusiones:** Pese a sus problemas estructurales, en su labor el Servicio de Auxiliares de Diagnóstico y tratamiento logra subsanar sus deficiencias en pro de la ciudadanía, logrando así un buen

desempeño en términos de eficiencia y productividad. La calidad del área de banco de sangre es el que tiene déficit y repercute en el resultado de toda la evaluación; puesto que las demás áreas operan de forma casi excelente. Esta investigación puede ser precedente para reforzar las oportunidades y corregir las debilidades del servicio.

Palabras clave: Diagnóstico organizacional. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Hospital de la Seguridad social.

Introducción

Nuestra realidad se ha convertido en un mundo competitivo y como resultado de esta transformación a nuestro entorno resulta imperante mejorar las condiciones de todo tipo de empresas para ser rentables; esto se reduce en la satisfacción del cliente y en el que logre generar suficientes recursos para cubrir sus propias necesidades: tanto financieras como de recursos humanos. Por tal motivo es imprescindible que los servicios de salud no queden rezagados ante esta situación.

El diagnóstico (del griego *diagnostikós*, a su vez del prefijo *diá-*, "a través", y *gnosis*, "conocimiento" o "apto para conocer") alude, en general, al análisis que se realiza para determinar cualquier situación y cuáles son las tendencias. Se define como un conjunto de signos que sirven para determinar y fijar el carácter específico o peculiar de una dolencia, enfermedad o aflicción. En cuanto a la etimología de la palabra organización proviene de *órganon*, que significa herramienta o útil. Esta determinación se realiza sobre la base de datos, hechos recogidos y ordenados sistemáticamente.

Con lo antes mencionado podemos definir al Diagnóstico Situacional en Salud como: Juicio de valor en torno al proceso salud-enfermedad en relación a las necesidades, sentidas, expresadas y normativas. Base de la Planeación de los Servicios de Salud.

Los diagnósticos organizacionales son importantes para el buen funcionamiento de los servicios. La medición de los niveles de eficiencia, productividad y calidad resultan ser imprescindibles.

Objetivo

Elaborar un diagnóstico de funcionamiento organizacional en los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (SADYT) del Hospital General “Dr. Daniel Gurría Urgell” perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), determinando sus niveles de eficiencia, productividad y calidad.

Método

La información se obtuvo en tres etapas importantes, la Diagnósis, en la cual se procede a recabar toda la información necesaria determinando todas las fallas posibles; la Prognosis, donde se determinan los aspectos que han dado origen a las fallas encontradas en los procesos y en la gestión; y finalmente, la llamada etapa de Prescripción interviene, analizando y contrastando la data recabada con un modelo de calidad (KHANDWALLA), con un patrón ideal de funcionamiento para luego tomar las medidas correspondientes para subsanar los posibles problemas.

El estudio se realizó en el (ISSSTE) Hospital General Número 26 “Dr. Daniel Gurría Urgell”, durante el lapso comprendido entre los meses de agosto a noviembre del 2014 con el Dr. Benjamín García González: Coordinador del Servicio de Auxiliares de Diagnóstico y tratamiento; la Q.F.B. Jazmín Sánchez Priego (Laboratorio), Dra. Marjorie Helga Moreno Micela (Patología), Valentín Jiménez Morales (Citología), Dra. Rosa Nelly Narváez (Banco de Sangre).

Se hizo uso de la metodología de enfoque mixto (cuali-cuantitativa). La información se recolecta a través de aplicación de encuestas a usuarios y personal operativo, entrevistas semiestructuradas a directivos y jefes de servicios, revisión de manuales, registros hospitalarios entre otras técnicas, se agruparon para su análisis en las cinco variables del Modelo de Funcionamiento Organizacional de Pradip Khandwalla (situacional, Estratégica, Estructural, de comportamiento y de desempeño).

Para poder llevar a cabo con éxito el diagnóstico de Funcionamiento Organizacional se deben cumplir estos requisitos básicos:

A. Antes de iniciar el proceso de diagnóstico es indispensable contar con la intención de cambio y el compromiso de respaldo por parte del jefe del servicio. Es decir, que esté dispuesto a realizar los cambios resultantes del diagnóstico.

B. El "jefe de servicio" debe dar amplias facilidades al consultor (interno o externo) para la obtención de información y no entorpecer el proceso de diagnóstico.

C. El consultor manejará la información que se obtenga del proceso en forma absolutamente confidencial, entregando los resultados generales sin mencionar a las personas que proporcionaron la información.

D. También debe proporcionar retroalimentación acerca de los resultados del diagnóstico a las fuentes de las que se obtuvo la información.

E. El éxito o fracaso del diagnóstico depende en gran medida de la organización y del cumplimiento de los acuerdos que haga con el consultor.

Resultados

Se identificaron 23 aspectos positivos y 29 negativos en SADYT, la mayoría de la problemática se concentró en la variable estructural 37%. Las otras variables obtuvieron los siguientes resultados: situacional 20%, desempeño 17%, estratégica 13% y comportamiento 13%.

Gráfica 1. Gráfica del total de aspectos positivos y negativos.



Conclusiones

Pese a sus problemas estructurales, en su labor el Servicio de Auxiliares de Diagnóstico y tratamiento logra subsanar sus ciencias en pro de la ciudadanía, logrando así un buen desempeño en términos de eficiencia y productividad. La calidad del área de banco de sangre es el que tiene déficit y repercute en el resultado de toda la evaluación; puesto que las demás áreas operan de forma casi excelente. Esta investigación puede ser precedente para reforzar las oportunidades y corregir las debilidades del servicio.

Se concluyeron las siguientes recomendaciones para el hospital:

Buscar la mejora del área de la unidad, ya sea remodelándola, o reubicar a un área con más espacio: en el caso de patología y laboratorio clínico. 1) Solventar los materiales faltantes; tanto consumibles como tecnológicos en el departamento de patología, laboratorio. 2) Regular de forma más estricta las condiciones en las que opera banco de sangre, en pro de la ciudadanía que tiene acceso a esta área: disminuir el ausentismo laboral, mejorar el trato y reducir al mínimo los tiempos de espera.

Bibliografía

1. Khandwalla Pradip, *The Design of Organization*, Michigan: Harcourt Brace, 1977.
2. ISSSTE. *Manual de Organización de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento*. México: 2006.
3. ISSSTE. *Manual de procedimientos de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento*. México: 2014.
4. Fajardo Ortiz Guillermo. *Atención médica; teoría y prácticas administrativas*. Primera edición. México DF 1989 Edit La prensa médica mexicana.

Satisfacción del personal sanitario en empleo de mercadotecnia para alcanzar los Objetivos del Desarrollo del Milenio

Edgar García Rojas,¹ Hidemi Aguilar Mariscal,¹ Isela Esther Juárez Rojop¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas son ocho Estados Miembros de las Naciones Unidas convinieron en tratar de alcanzar para 2015 en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas firmada en 2000.

Objetivo. El objetivo consistió en conocer la satisfacción de los sanitarios con los reportes de (INEGI), (CONEVAL) además de la mercadotecnia aplicada para alcanzar los objetivos del milenio y la evolución de los problemas sociales 1) erradicar la pobreza extrema y el hambre, 2) lograr enseñanza primaria universal, 3) combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedad esa nivel estatal y nacional en enero del 2015. **Método.** Se realizó un estudio analítico, descriptivo,

transversal y prospectivo aplicando un cuestionario a profesionales de la salud en enero del 2015, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia; el tamaño de muestra se determinó acorde al número de sanitaristas que aceptaron responder el cuestionario, los datos se procesaron y se analizaron por medio de paquetes estadísticos como Microsoft Excel®, SPSS® y Minitab®, lo resultados se presentaran en promedio \pm EEM donde se requiera. **Resultados.** Se entrevistaron a 27 profesionales de la salud de los cuales ocho eran del género masculino (26.6 %) y 19 eran femeninos (79.4 %); con edades en rango de 22 a 34 años con promedio de 26.1 \pm 2.35 años, el (66.6 %) de los profesionales de la salud estaban insatisfecho por los resultados de pobreza extrema, el 50 % refirió estar insatisfechos con los datos de individuos con educación básica incompleta de 15 años y más; el 40.7 % estaban insatisfechos con los nuevos casos reportados en edades de 15-24 años con VIH seropositivo. **Conclusiones.** Los sanitaristas se encuentran insatisfechos con los datos registrados y la aplicación de la mercadotecnia para alcanzar las metas.

Palabras claves: mercadotecnia, satisfacción, salud, objetivos del milenio, Tabasco.

Introducción

La mercadotecnia es considera como una disciplina de historia fugas hasta nuestros tiempos además de poca aplicación, sin embargo constituye una de las herramientas más utilizadas en el mundo contemporáneo, tanto en la esfera de los productos y servicios como en los cambios de comportamientos, las causas sociales, la imagen personal y corporativa y en las campañas políticas¹

En la actualidad se ha considerado el empleo de la mercadotecnia aplicada a la salud con el propósito de crear conciencia sobre un tema específico, y poder lograr la aceptación de una conducta deseada y modificar el comportamiento para el beneficio individual, grupal o comunitario. Las estrategias de mercadotecnia social se dirigen hacia las personas que desean o necesitan cambiar o mejorar un comportamiento, o cuyo comportamiento pone en ries-

go su calidad de vida, bienestar y seguridad individual o colectiva e intentan influenciarlas para aceptar, adoptar, modificar o abandonar una conducta determinada.²

La actitud positiva hacia la utilización de la mercadotecnia facilitará las posibilidades de empleo como herramienta de la gestión sanitaria en el SNS, pero esto requiere que el conocimiento llegue a todos los niveles de dirección para garantizar su comprensión y utilización correcta.³

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas son ocho objetivos que los 191 Estados Miembros de las Naciones Unidas convinieron en tratar de alcanzar para 2015 en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, la cual fue firmada en septiembre de 2000, compromete a los dirigentes mundiales a luchar contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer, en total son ocho objetivos del desarrollo del milenio: 1)erradicar la pobreza extrema y el hambre, 2)lograr enseñanza primaria universal, 3)promover la igualdad entre los géneros y la autónoma de la mujer, 4)reducir la mortalidad infantil, 5)mejorar la salud materna, 6)combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, 7)garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, 8)fomentar una asociación mundial para el desarrollo.⁴

Acorde a la evolución de los problemas sociales se analizaron los avances de tres de ellos a nivel nacional y estatal.

En el reporte del 2013 del instituto nacional de estadística y geografía (INEGI) en México para el periodo 2010 a 2012, el porcentaje de personas en pobreza extrema se redujo en 1.5 millones de personas, pasó de 13.0 millones en 2010 a 11.5 millones en 2012, en el 2015 en el informe anual sobre la situación de pobreza

y rezago social de 2, 238, 603 habitantes en tabasco el 14.3 % se encuentra en pobreza extrema del total de la población en la entidad⁵

Acorde a uno de los indicadores de rezago social en el 2010 en tabasco el consejo nacional de evaluación de la política de desarrollo social (CONEVAL) y el instituto nacional de estadística y geografía (INEGI): la población de 15 años y más con educación básica incompleta era del 38.9% lo que corresponde a 614,550 de habitantes en la entidad⁶

En el año 2000 en la declaración del milenio de las naciones unidas, decreto detener y comenzar a revertir la propagación de VIH/SIDA para el 2015, desde el primer caso presentado en 1986 reportado en México en población de 15-24 años, existen 629 casos nuevos en el 2014 de personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana⁷

Por lo anterior se el planteamiento del problema consistió en conocer la satisfacción que tienen el personal sanitario acorde a la evolución de estos tres problemas sociales.

Objetivo

El objetivo del presente estudio consistió en conocer la satisfacción de los sanitarios en relación a los resultados reportados por Instituto de Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y consejo nacional de evaluación de la política de desarrollo social (CONEVAL) y la mercadotecnia aplicada para alcanzar los objetivos del milenio y la evolución de los problemas sociales 1) erradicar la pobreza extrema y el hambre, 2) lograr enseñanza primaria universal, 3) combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedad esa nivel estatal y nacional en enero del 2015.

Método

Se realizó un estudio analítico, descriptivo, transversal y prospectivo aplicando un cuestionario a profesionales de la salud en el mes de enero del 2015, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia; el tamaño de muestra se determinó acorde al número de sanitarios que aceptaron responder el cuestionario, sin distinción de género, edad, ocupación, grado académico, escolaridad, adscripción de trabajo, bajo su consentimiento informado, se excluyeron a profesionales de la salud quienes no aceptaron ingresar al estudio.

La recolección de los datos se llevó a cabo por los autores responsables del proyecto, el presente estudio fue financiado de manera propia. Para el análisis y tabulación de los datos una vez concluida la aplicación del instrumento de medición.

La recolección de los datos se procesaron y se analizaron por medio de paquetes estadísticos como Microsoft Excel®, SPSS® y Minitab®, los resultados se presentaron en promedio \pm EEM donde se requiera.

La realización de la investigación tiene como objetivo describir y analizar la perspectiva que tienen los profesionales de la salud en la aplicación de la mercadotecnia en esta área, acorde a la Ley General de Salud en la última reforma publicada DOF 04-06-2014, en el Título quinto “Investigación para la Salud” Capítulo único, Artículo 96 menciona a la investigación para la salud como acciones que contribuyen en el desarrollo de conocimientos de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; al conocimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y la estructura social. Artículo 100 menciona a la investigación en seres humanos la cual deberá efectuarse bajo

principio científicos y éticos, lo cual se justifica dicha investigación médica; y bajo consentimiento informado al representante legal de la información perteneciente a los infantes.

Resultados

Se entrevistaron a 27 profesionales de la salud de los cuales ocho eran del género masculino (26.6 %) y 19 eran femeninos (79.4 %); con edades en rango de 22 a 34 años con promedio de 26.1 ± 2.35 años; de los cuales 25 (92.5 %) eran egresados de licenciatura, uno (3.25 %) de carrera técnica y uno (3.25 %) de especialidad; de los cuales el 85.2 % eran del área de medicina y el 14.8 % de enfermería.

En relación al ámbito laboral el 81.5 % se encontraba laborando, de los cuales el 33.3 % en el sector público y el 46.7 % en el sector privado, de los cuales el 70.3 % practica el oficio de manera asistencial, el 3.7 % de manera docente y el 22 % de otra manera, el restante 18.6% refirió no encontrarse laborando.

Al preguntarle si poseían conocimientos sobre mercadotecnia el 17 de los profesionales el 62.9 % refirieron que la base de sus conocimientos son atribuibles de forma autodidacta 29.6 %, formación profesional 22.2 %, conferencias 7.40 %, cursos 4.1% y otra índole 7.4 %, las restantes cinco personas refirieron no contar con conocimiento alguno.

En relación con los avances para poder erradicar la pobreza extrema en México y el número de personas en pobreza extrema en Tabasco para poder alcanzar las metas del objetivo del desarrollo del milenio seis profesionales (22.2 %) refirió estar medianamente satisfecho con los avances, 18 entrevistados (66.6 %) insatisfecho, tres encuestados (11.2 %) refirió encontrarse muy insatisfecho con las cifras alcanzadas. En cuanto al empleo de la mercadotecnia en

salud para poder alcanzar la meta del primer objetivo del milenio 11 personas (40.7 %) refirieron estar medianamente satisfecho, 18 personas (66.6. %) insatisfechos, 3 personas (11.2 %) muy insatisfecho.

Acorde al segundo objetivo del desarrollo del milenio que titulado alcanzar la educación primaria universal y las cifras alcanzadas de personas analfabetas menores de 15 años nueve personas (34.61 %) se encontraban medianamente satisfechos, 13 encuestados (50 %) refirieron estar insatisfechos, cuatro personas (15.39 %) estaban muy insatisfechos. En cuanto al empleo de la mercadotecnia en salud para poder alcanzar la meta el segundo objetivo del desarrollo del milenio 11 profesionales (40.7%) estaban medianamente satisfechos, 14 personas (51.8 %) insatisfechos, dos personas (7.3%) muy insatisfecho con las acciones de aplicación de la mercadotecnia para combatir y alcanzar las metas del desarrollo del milenio.

Acorde a los números casos nuevos de infecciones por VIH en México en edades de 15 a 24 años de edad y la evolución desde el primer caso detectado en México dos personas (7.4 %) se encontraban muy satisfechas con los casos reportados en el 2014, nueve personas (33.3 %) medianamente satisfechos, 11 profesionales (40.7 %) insatisfechos, cinco personas (18.5 %) muy insatisfechos. En cuanto al empleo de la mercadotecnia en salud para poder alcanzar la meta del sexto objetivo del desarrollo del milenio dos profesionales (7.4 %) se encontraba muy satisfecho con las acciones de la mercadotecnia en este rubro, 13 personas (48.1 %) medianamente satisfechos, 10 personas (37.1 %) insatisfechos, 2 personas (7.4 %) muy insatisfechos.

Conclusiones.

El tema de mercadotecnia aplicada a la salud debe de tener gran impacto en la manera de actuar del personal sanitario así como de las instituciones encargadas a la salud, el presente estudio fue aplicado a una población joven en total de 27 profesionales de la salud en edad promedio de 26.1 ± 2.35 años, de los cuales la gran mayoría el (92.5 %) eran egresados de licenciatura en su magnitud de la carrera en medicina (85.5 %) seguido de enfermería (14.8 %); del total que se encontraba laborando la mayoría pertenece al sector privado (46.7 %). Para poder alcanzar los objetivos del desarrollo del milenio los cuales fueron estipulados en el 2000 encontramos que acorde a los datos reportados del Instituto de Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y consejo nacional de evaluación de la política de desarrollo social (CONEVAL) el con el total de personas en pobreza extrema la mayoría el 66.6 % se encontraba insatisfecho con los resultados, en relación a la aplicación de la mercadotecnia para poder alcanzar la meta la mayoría se encontraban insatisfechos. En relación con los datos de personas con educación básica incompleta de 15 años y más, los profesionales de la salud refirieron en su mayoría estar insatisfechos con los avances en educación en un 50 %, y 15.39% muy insatisfechos, acorde a la aplicación de la mercadotecnia para poder alcanzar la meta para alcanzar la primaria universal la mayoría se encontraba insatisfecho 51.8 %. Desde el primer diagnóstico del caso de VIH en México y la agregación de nuevos casos hasta el 2014 la mayoría de los profesionales de la salud se encuentran insatisfechos con los nuevos casos 40.7 %, en relación a la aplicación de la mercadotecnia para alcanzar la meta y reducir el número de nuevos casos se encontraban en su mayoría medianamente satisfechos (48.1 %).

Finalizando que los profesionales de la salud se encuentran en general insatisfechos con los resultados de personas quienes se encuentran viviendo en pobreza extrema, individuos con educación básica incompleta en menores de 15 años y nuevos casos registrados en población joven de 15 a 24 años en México hasta el 2014, así como el empleo de la mercadotecnia para alcanzar las metas de los tres objetivos del desarrollo del milenio.

Bibliografía

1. Riveros J S & Berné C M . La aplicación del marketing en hospitales públicos desde la perspectiva de los funcionarios: El caso de un hospital del sur de Chile. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 353-360.
2. Latinovic L, Almazán del Castillo R, Herrera Castillo I N, Cebrián Gómez A, Fernández Reyes E. et al. *MANUAL DE MERCADOTECNIA*.
3. *SOCIAL EN SALUD* Primera Edición, julio, 2010 México. Disponible en:
http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Manual_Mercadotecnia.pdf
4. Suárez Lugo N. Mercadotecnia en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. *Rev. cub. Salud pública*; (34)1: 34-48
5. Organización Mundial de la Salud 2015. Objetivos del desarrollo del milenio. [en línea] [citado 2-marzo-2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>
6. Consejo nacional de evaluación de la política de desarrollo social (CONEVAL). Informe anual sobre la pobreza y rezago social 2015. [En línea] [Citado el 5-marzo-2015]. Disponible en:
http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Informes_pobreza/2014/Estados/Tabasco.pdf
7. Consejo nacional de evaluación de la política de desarrollo social (CONEVAL). Informe anual sobre la pobreza y rezago social 2015. [En línea] [Citado el 5-marzo-2015]. Disponible en:
http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Informes_pobreza/2015/Estados/Tabasco.pdf
ONUSIDA 2015. [En línea] [Citado el 5-marzo-2015]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es>

¿Por qué las mujeres mastectomizadas no recurren a la reconstrucción mamaria en la seguridad social?

Paola Ivón López Hernández,¹ Heberto Romeo Priego Álvarez,¹ Catherine Sylvie Bracqbien Noygues,¹ Antonio Ramos García¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: Actualmente la reconstrucción mamaria (RM) forma parte del tratamiento integral del cáncer de mama, debido a que se ha demostrado disminuye los trastornos psicológicos causados por la mastectomía, favoreciendo una recuperación psicosocial más rápida que permite a las mujeres ser más productivas económicamente y reincorporarse rápidamente a su vida familiar y de pareja. Por otra parte se obtienen mayores beneficios desde el punto de vista costo-beneficio institucional. Sin embargo, la gran mayoría de las mujeres no se benefician de esta intervención. **Objetivo:** indagar las causas por las cuales las mujeres mastectomizadas no recurren a la RM en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Tabasco. **Método:** Se manejó un enfoque cualitativo realizando un grupo focal con 7 pacientes sin RM, menores de 60 años, con una etapa oncológica \leq IIIA. Se establecieron seis categorías de factores que pueden intervenir en su toma de decisión: conocimiento, opinión general sobre la RM, percepción de las consecuencias de la mastectomía, aspectos emocionales, red de apoyo y rol social. **Resultados:** indicaron que ninguna de las participantes había recibido información en el IMSS ni había considerado formalmente la posibilidad de una RM. Tres de ellas habían abordado el tema con sus hijos. Mencionaron que en su toma de decisión intervienen su carencia de información, su consideración de mayor indicación para las mujeres jóvenes y con pareja, su afectación por secuelas de la mastectomía, su preocupación por su enfermedad, su miedo al quirófano y a posibles complicaciones. Expresaron que privilegian la vida, sobre todo sus relaciones familiares, su espiritualidad y su salud, por lo cual no priorizan los beneficios estéticos y de confort que les ofrece la RM. Sin embargo, se mostraron interesadas, muy agradecidas y valorizadas al poder considerar la RM como una opción en su tratamiento integral y como un derecho.

Palabras clave: Cáncer de mama, mastectomía, toma de decisión, reconstrucción mamaria.

Introducción

El cáncer de mama es uno de los desafíos más importantes para la salud de la mujer adulta. En el 2008, fue la causa de 458 000 defunciones en el mundo (OMS, 2008). En México, en el 2010, afectó a 24% de las mujeres de más de 20 años (INEGI, 2010), y en el 2011 representó el 13.8% de las defunciones por cáncer (INEGI, 2011).

Se reconoce que más de 80% de los casos de cáncer de mama se identifican en etapas avanzadas y requieren de un tratamiento multimodal que frecuentemente incluye una mastectomía radical o conservadora (Mohar y cols., 2009; Castillo y cols., 2010). Esta intervención puede generar trastornos como depresión, sensación de falta de feminidad, imagen corporal negativa, pérdida del inte-

rés sexual, miedo a la recurrencia y al abandono (Escudero, 1997; Olivares, 2007). La sintomatología depende de múltiples factores como la edad, la educación, el modo de vida, las relaciones familiares y de pareja, la calidad de la relación con los profesionales, etc. (Oiz, 2005; Castillo y cols., 2010).

Se ha demostrado que la reconstrucción mamaria (RM) disminuye estos trastornos psicológicos (Morales y cols., 2010), favoreciendo una recuperación psicosocial más rápida que permite a las mujeres ser más productivas económicamente y reincorporarse rápidamente a su vida familiar y de pareja. Por otra parte se obtienen mayores beneficios desde el punto de vista costo-beneficio institucional (Trabulsky y cols., 1994; Fdalgo y cols., 2007; Boswick, 1990); es por esto que la RM se ha convertido en una opción disponible para la mayoría de las pacientes y actualmente debe considerarse una parte esencial del tratamiento integral de las mujeres mastectomizadas (Escudero y cols., 1997). Sin embargo, algunos autores mencionan que en México no incluyen la reconstrucción mamaria como parte del tratamiento integral del cáncer de mama, por lo que ellos sugieren su implementación después de la mastectomía (Morales y cols., 2010).

A nivel de la Seguridad Social en la toma de decisión de la RM intervienen tres partes: la institución, los profesionales de salud y la paciente. En la actualidad, la reconstrucción mamaria está considerada como un derecho de las pacientes dentro de la cobertura del seguro médico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Sus hospitales de segundo y tercer nivel cuentan con los recursos suficientes para llevar a cabo su aplicación, siempre y cuando se trate de una reconstrucción con tejido de la misma paciente (tejido autólogo); sin embargo, cuando la RM amerita el uso

de un expansor y/o implante mamario, la institución no los incluye dentro del proceso de atención.

Idealmente, la toma de decisión de la RM, como cualquier tratamiento, debe ser compartida entre los profesionales de la salud y la paciente (Olivares, 2007). La información recibida por parte de los profesionales de la salud es un factor esencial para las pacientes, sin embargo, esta información puede ser distorsionada por las pacientes debido a que, por el estado emocional causado por la enfermedad, se activan mecanismos de defensas que dependen del nivel de tolerancia de la paciente ante las frustraciones (Oiz, 2005). Los estudios confirman que es probable que la satisfacción de la paciente con la decisión tomada sea más alta cuando ha sido informada de manera adecuada y cuando su nivel de participación en la decisión es coherente con sus propios deseos y expectativas (Cordeiro, 2008; Olivares, 2007; Rincón y cols., 2010).

Del lado médico, es importante tener en cuenta ciertas contraindicaciones y la posibilidad de ciertas complicaciones de la RM (por ejemplo: contractura capsular, necrosis tisular, dehiscencia de suturas, hematoma, seroma e infección) (Escudero, 2005; Pasquale y cols., 2006). El riesgo tiende a ser mayor en pacientes de edad avanzada, obesas y en las que tienen la microcirculación vascular comprometida, tales como fumadoras y pacientes con diabetes (Cordeiro, 2008).

Objetivo

En el Hospital General de Zona (HGZ) Dr. Bartolomé Reynés Berezaluce del IMSS, Villahermosa, Tabasco, de las 101 mujeres mastectomizadas durante el periodo 2010-2012, solamente tres se beneficiaron de una reconstrucción. Por lo antes expuesto, esta investigación tiene como objetivo indagar las causas por las cuales

las mujeres mastectomizadas no recurren a la reconstrucción mamaria en esta institución.

Método

Se realizó una investigación cualitativa de tipo fenomenológico de junio a agosto de 2013, por lo cual se solicitaron al hospital los expedientes clínicos de las pacientes egresadas con diagnóstico de cáncer de mama que fueron sometidas a mastectomía entre el 2010 y el 2012. Se registró un total de 101 casos, en solamente 3 de estos casos se había realizado una RM. Para seleccionar a las participantes del grupo focal, se realizó un muestreo teórico intencionado, seleccionando a las pacientes sin reconstrucción mamaria, menores de 60 años y con una etapa oncológica menor o igual a IIIA, considerando que una edad mayor o una etapa oncológica más avanzada son condiciones que limitan la factibilidad de una RM. Dentro de las 38 mujeres así identificadas, con el apoyo de una trabajadora social del hospital, se contactó a 20 mujeres seleccionadas de manera intencionada, buscando heterogeneidad en cuanto a características sociológicas y condiciones de salud para invitarlas a participar en el estudio. El grupo focal constó de una sesión única de dos horas y se realizó en un aula del hospital con las 7 mujeres que se presentaron, manejándose una entrevista semi-abierta coordinada por una psicóloga, usando una guía con las siguientes categorías establecidas en base a la revisión de la literatura: conocimientos y opinión sobre la reconstrucción mamaria, percepción de los efectos de la mastectomía, factores ligados al proceso de toma de decisión de una eventual reconstrucción (factor tiempo, motivos a favor y en contra, agentes influyentes). Se incluyeron dos preguntas abiertas para conocer otras posibles causas por las cuales las pacientes decidirían o no realizarse la RM. Se

grabó la totalidad de la discusión y la transcripción se enriqueció con los datos registrados por dos observadores. El análisis de la información se basó en los principios de la teoría fundamentada, con las técnicas de análisis de contenido.

Resultados

Conocimientos sobre la reconstrucción mamaria

Las participantes refieren que no han recibido información institucional sobre su derecho a esta opción dentro del tratamiento integral de su enfermedad. Tienen conocimiento de su existencia gracias a los medios masivos de comunicación (televisión e internet) o por aportaciones de familiares, conocidos y en pocos casos de profesionales no vinculados a su proceso de atención. Al parecer son receptores pasivos de información y lo poco que saben no les ha motivado a interesarse en esta posibilidad para ellas. Es interesante notar que varias de las participantes se expresan de manera impersonal, hablando de "uno" y no en voz propia, lo que puede significar un mecanismo de despersonalización de la situación.

Realmente la información sobre la reconstrucción mamaria es muy poca la que le dan a uno... (Informante 7).

La información que le dan a uno es sobre lo que uno tiene y de ahí no hablan más en ningún área. El cirujano no le comenta a uno nada, solo se enfoca en lo que hace (...). Yo tampoco nada, no le he preguntado a nadie. Nada más lo que uno escucha, a veces solamente en la tele de las artistas que se han reconstruido o cosas así, pero no tengo más conocimiento sobre como es (...). Yo he escuchado sobre la reconstrucción mamaria en un comentario de otro paciente (informante 3).

Cuando me surgió este problema, mi hijo médico que ahorita está en Puebla me dijo: “mamá no te preocupes, se te reconstruye”, pero pues tampoco sé exactamente como es (informante 2).

Mis hijas por internet me bajan las imágenes (informante 1).

Opinión general sobre la reconstrucción mamaria

La opinión de las mujeres está marcada por su carencia de información pero en el transcurso de la discusión todas reconocieron la importancia de la opción de RM. Mencionaron varios factores que pueden intervenir en el momento de considerar la posibilidad de una reconstrucción mamaria: la edad, el estado civil, la valoración del aspecto estético y de la integridad corporal. Creen que las mujeres jóvenes y con pareja son quienes pueden obtener mayores beneficios de una RM y que los aspectos que pueden limitar el interés por esta intervención son una etapa oncológica avanzada, el miedo a la reincidencia de la enfermedad y/o al quirófano y la cuestión económica. La mayoría indica que en su caso existe uno o varios de estos limitantes. Una de ellas indica que cree que el aspecto económico es lo que principalmente las ha detenido, lo que podría modificarse si recibieran la información adecuada sobre sus derechos.

En las más jóvenes, sí es importante la reconstrucción mamaria (informante 6).

La reconstrucción mamaria es para las que aún tienen pareja (...). Yo en lo personal pienso ¿Será que me va a volver a salir? Lo demás ya vendrá... (informante 1).

Para mí, sí es importante. Siempre es importante la estética, verse bien. Además, uno siempre quiere verse completa, tenga

la edad que tenga. Yo como estoy pensando en la bolita que me salió en el otro seno, no estoy pensando en una reconstrucción mamaria ahorita (informante 2).

No, por el miedo al quirófano (...). Si lo hacen aquí pues sí, porque uno no lo piensa, porque económicamente cuesta caro... Yo creo que ninguna se lo ha hecho porque no tenemos dinero para hacerlo (informante 7).

Percepción de las consecuencias de la mastectomía

Las participantes indican que presentan una serie de consecuencias ocasionadas por la mastectomía, la mayoría de tipo físico (dolor, inflamación y parestesias), otras de tipo psicológico (sensación de estar incompletas, feminidad) o social (imagen pública). Todas estas consecuencias influyen en su postura hacia la posibilidad de reconstrucción mamaria, en ocasiones de manera favorable (por ejemplo: deseo de terminar con las molestias de la prótesis), pero en otros casos negativamente (no querer exponerse a una nueva cirugía cuando todavía están con los malestares físicos de la mastectomía).

Desde la mastectomía, tengo dolor en la espalda y los brazos. Siento que algo me jala, no puedo alzar el brazo. Tengo la parte dormida (...). Me tengo que acostar del lado derecho (informante 3).

Siento aún entumido el brazo izquierdo y con inflamación (informante 6).

Estar se poniendo una prótesis, quitándola, poniéndola y que si se agacha uno se le cae, entonces si es incómodo, y si se dan cuenta. Por ese motivo, para mí, sí es importante la reconstrucción mamaria, pero falta saber los otros motivos médicos,

hasta donde es la cirugía, cómo es, todas esas son las incógnitas (informante 2).

Proceso personal de toma de decisión

Los discursos de las participantes permiten inducir como el proceso de toma de decisión está influido por sus vivencias en las diferentes fases de la enfermedad. Algunas mencionan que al principio es difícil aceptar la enfermedad y la mastectomía. Rápidamente salvar la vida se impone como la prioridad lo que conlleva sobrevivir a cada uno de los tratamientos pese a los efectos secundarios. A medida que se desarrolla el tratamiento, el impacto psicológico se reduce, aumenta la resignación y la aceptación. Al principio no se piensa en la reconstrucción de mama, pero al paso del tiempo, si la evolución es favorable, puede nacer la voluntad de obtener mayor información y se plantean nuevas opciones de tratamiento integral del cáncer (rehabilitación).

Cuando me dieron la noticia, sí fue impactante, pero al mismo tiempo piensa uno que hay que ser el sostén de la familia. No me traumé, no lloré, quizá me preparé espiritualmente y para mí no fue algo drástico pues, fue una operación más, no me causó una depresión (...). Cuando uno recibe el problema, al principio es difícil aceptarlo, después viene la resignación y por lo regular, si ya viene a nuestra edad, pasando los 40 o los 50, dice uno "lo importante es salvar la vida, no la estética". Por eso no se preocupa uno por buscar reconstruir, pero si hay la posibilidad uno se la puede dar (informante 7).

Red de apoyo

El apoyo de la familia, la pareja, los amigos y compañeros de trabajo es importante para el afrontamiento de la enfermedad. Por otra parte, como se da a entender en fragmentos del discurso ya

citados, las pacientes remiten mucho a sus familiares para la toma de decisión en cuanto a su tratamiento.

Yo le digo a mi familia que es una prueba más, un enfrentamiento, que si estamos unidos vamos a salir adelante. No hay porque espantarse porque, si nos preocupamos, todas las cosas sí van a empeorar psicológicamente. Yo los quiero fuertes para estar fortalecida yo” (...). Después del impacto, todos los tomamos de una manera natural, porque he recibido el apoyo de toda mi familia (informante 7).

Gracias a Dios, cuenta mucho el apoyo de la familia, del esposo, de los hijos y bueno la fe... (Informante 3).

Rol Social

Las participantes hicieron pocas referencias a las implicaciones de la enfermedad y de la mastectomía en sus roles sociales. Esto puede relacionarse con el bajo nivel educacional de las pacientes, pero sobre todo a su ocupación, que en la mayoría de los casos se limita a su ámbito familiar. Una mencionó como ella desempeño un rol activo con sus amigas usando sentido del humor y optimismo para contrarrestar su aflicción. Solamente una indicó haber tenido serios problemas en su desempeño laboral a raíz de la mastectomía.

La operación sirvió para notar el aprecio de los demás. Al principio una amiga me decía “¡Ay! te van a quitar un seno” y yo le decía “sólo es una parte, pero lo bonito de todo esto es que mi esposo podrá decidir en una más chiquita o en una más grandota”. Soy muy bromista. Fue un impacto para mis compañeras de la iglesia, porque ya se habían muerto unas compañeras por cáncer de mama. Les decía que no lloraran, por-

que me iban a hacer llorar y a mí no me gusta estar triste (informante 7).

En mi trabajo mis compañeros empezaron a decirme sobrenombres y tuve que hablar con mi jefe para que les llamara la atención. De hecho yo ya no quería llegar a trabajar y tuve que ir con una psicóloga (informante 1).

Conclusiones

A pesar de que la reconstrucción mamaria forma parte del tratamiento integral accesible sin costo para las derechos-habientes del IMSS, se lleva a cabo en un número mínimo de casos. Las causas por las cuales las mujeres mastectomizadas no recurren a la reconstrucción mamaria son de naturaleza institucional y biopsico-social. Es importante señalar que a ninguna de las mujeres del estudio se les propuso la reconstrucción y ningún profesional de la salud de la institución les proporcionó información al respecto, a pesar de que su expediente no sugiere contraindicaciones para realizarla. La escasa información que obtuvieron por otros medios no las llevó a plantearse esta posibilidad para ellas mismas. Estimaron de manera general que la reconstrucción mamaria resulta más atractiva para las mujeres jóvenes, con pareja y que conceden mayor importancia a su aspecto estético. En su caso, aunque mostraron cierto interés, explicaron que ante la posibilidad de mastectomía, las principales causas que pudieran detenerlas son el temor al quirófano y las posibles complicaciones de la cirugía, así como las preocupaciones por la evolución de su enfermedad. Indican que la mastectomía les ha afectado más por sus secuelas físicas que por el daño a su imagen. Se sienten fortalecidas por el apoyo de sus familiares, la aceptación de su pareja y su fe. Por todo esto, están dispuestas a conformarse con los inconvenientes de la prótesis.

Sin embargo, reflejaron insatisfacciones al no haber sido informadas ni implicadas en la decisión y se animaron cuando al final del grupo focal, recibieron orientación de parte del cirujano plástico encargado de las reconstrucciones en la institución. Por lo tanto, consideramos importante que se respete el derecho a la información de las pacientes sobre esta opción de tratamiento integral, lo cual, aun si no se lleva a cabo la intervención, contribuye a la valorización de su dignidad como persona. Asimismo, sugerimos ampliar este estudio con otras técnicas como entrevista a profundidad para explorar otras causas que pudieran intervenir en la decisión de las mujeres mastectomizadas en realizarse o no una RM, así como un análisis de los factores institucionales.

Bibliografía:

8. Cordeiro, P. (2008). Breast Reconstruction after Surgery for Breast Cancer. *N Engl J Med*, 359: 1590-1601.
9. Escudero, F.J., Oroz, J. y Pelay, M.J. (1997). Reconstrucción de la mama tras mastectomía. *ANALES Sis San Navarra*, 20 (3): 325-336.
10. Escudero, F.J. (2005). Evolución histórica de la reconstrucción mamaria. *An. Sist. Sanit. Navar*, 28 supl 2: 7-18.
11. Mohar, A., Bargalló, E., Ramírez, M.T., Lara, F. y Beltrán, A. (2009). Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México. *Salud Pública Mex*, 51 supl 2:S263-S269.
12. Morales, J.M., Rodríguez, A., Sosa, F., Ruiz, R. (2010). Determinación del impacto psicológico de la reconstrucción mamaria inmediata en pacientes postmastectomía por cáncer de mama. *CirPlast*, 20(2):73-77.
13. Oiz, B. (2005). Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. *An. Sist. Sanit. Navar*, 28 supl 2: 19-26.
14. Olivares, M.E. (2007). Cirugía mamaria: aspectos psicológicos. *Psicooncología*, 4(2-3): 447-464.
15. Trabulsky, P.P., Anthony, J.P. y Mathes, S.J. (1994). Changing trends in post mastectomy breast reconstruction: A 13-year experience. *PlastReconstrSurg*, 93: 1418 -27.
16. García Milian AJ, Suarez Lugo N. Mercadotecnia social y consumo racional de medicamentos. Capítulo 5, en: Mercadotecnia Social en Salud. Teoría y práctica. Colección Julián Manzur Ocaña. Vidas y Salud Social. Universidad Autónoma de Tabasco. México. Universidad de Minho. Portugal. Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud.
17. Maia Campos G. Estadística Práctica para Docentes e Pós-Graduandos. 2008. [Electronic Statistics Textbook](http://www.forp.usp.br/restauradora/gmc/gmc_livro/gmc_livro.html). Disponible en: http://www.forp.usp.br/restauradora/gmc/gmc_livro/gmc_livro.html
18. Dawson-Saunders B, Trapp RG. Bioestadística médica. 2ª edición, El Manual Moderno, México D.F., 1999.

19. Bernal G, Bonilla J, Santiago J. Confiabilidad interna y validez de construcción lógica de dos instrumentos para sintomatología psicológica en una muestra clínica. El IDB y la Lista de Cotejo de Síntomas. *Rev Latinoamericana Psicología*. 1995;27:207-29
20. Sánchez Pedraza R, Gómez Restrepo R.. Conceptos básicos sobre validación de escalas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. XXVIII, 2, 1998.
21. Silva Ayçaguer LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Madrid: Díaz de Santos, SA; 1997.
22. Moriyama IM. Indicador of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Rusell Sage Foundation;1968

El uso de los preservativos profilácticos: satisfacción y confiabilidad del consumidor por las marcas ante prácticas sexuales de riesgo

Carlos Edgar López Martínez,¹ Pedro Onésimo Valencia Pérez,¹ Juan Carlos Mandujano Contreras,¹ José Carlos Gallegos Jiménez¹

¹ División Académica Económico Administrativas. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), son un grupo de enfermedades causadas por agentes infecciosos, que son adquiridos a través de la actividad sexual sin protección, la disciplina mercadológica encuentra en la Mercadotecnia de la Salud, una herramienta en la lucha contra prácticas de riesgo. El presente documento, expone el grado de satisfacción que los consumidores Lésbico Gay, Bisexuales y Transexual (LGBT) de la comunidad universitaria de la zona de la cultura de la UJAT, tienen sobre los preservativos profilácticos como medida sanitaria ante las ETS. **Objetivo:** Conocer el grado de satisfacción y confiabilidad que el consumidor universitario LGBT, tiene al consumir productos de salud para la prevención de las ETS. **Método:** Se realiza un estudio de campo, utilizando las herramientas de recolección de datos de la encuesta y los grupos de enfoque, el cual se aplicó a estudiantes universitarios de la Zona de la Cultura de la UJAT que pertenecen al grupo social LGBT y tienen una vida sexual activa. **Resultados:** Se muestra de manera estadística y grafica los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de evaluación, donde de manera colectiva se agrupan los resultados más sobresalientes de la investigación y permiten generar un juicio asertivo sobre el tema de análisis. **Conclusiones:** El uso de preservativos profilácticos o condón, en este grupo poblacional es de vital magnitud, debido a que el uso de estos puede marcar la línea entre la vida y la muerte, es importante señalar que los consumidores LGBT de preservativos profilácticos, responden a la adquisición de los mismo por la necesidad de mantener actividad sexual segura y libre de riesgos, la marca es importante ya que asocian la misma a la calidad y grado de seguridad que el producto le puede brindar, aunque la responsabilidad de adquirir estos productos es de quien o quienes participan en el acto sexual, es en muchas veces solo adjudicado a quien juega el papel sexual activo o dominante.

Palabras clave: Prácticas de Riesgo, Actividad Sexual, Satisfacción, Confiabilidad, Consumidor.

Introducción

La Salud, es un tema que siempre redonda de una importancia significativa puesto que el constante interés del ser humano es la búsqueda de un bienestar absoluto, que le permita desarrollarse socialmente, la base necesaria de la vida humana es la salud y esta comienza desde la concepción de una persona en el vientre materno. Sin embargo hay situaciones micro y macro ambientales que ponen en riesgo la condición salubre del ser humano, estas ocurren por exposición directa a agentes infecciosos ya sea consciente o inconscientemente, estas alteraciones leves o agudas, no permiten el buen funcionamiento del organismo.

Las Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS), son un grupo de enfermedades causadas por agentes infecciosos, que son adquiridos a través de la actividad sexual sin protección estas enfermedades afectan tanto a hombres como a mujeres, La población más vulnerable de contraer alguna de estas infecciones, es la población adolescente y adultos jóvenes, debido a que esta población es sexualmente más activa lo que los coloca en una posición de riesgo más alta que cualquier otra.

Pese a los esfuerzos que los diversos niveles de gobierno han realizado en pro del cuidado de la salud sexual, para la prevención de Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS), aun no se presenta un avance significativo en la disminución de infecciones causadas por prácticas sexuales inseguras, y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día alrededor del mundo 1 millón de personas contraen alguna ETS, (Organizacion Mundial de la Salud, 2013).

Desde el ámbito de aplicación de la disciplina mercadológica, se encuentra la Mercadotecnia de la Salud, misma que puede ser utilizada como herramienta muy asertiva en la lucha contra estas prácticas de riesgo. Es de suma importancia, que la población más vulnerable se encuentre informada de los efectos nocivos que estas causan.

El caso de estudio de este documento refiere a la población universitaria de la División Académica de Ciencias Económico Administrativas (DACEA) y la División Académica de Educación y Artes (DAEA) de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT), que en su mayoría son jóvenes que oscilan entre 18 y 25 años en promedio, y una parte significativa de esta tiene una vida sexual activa por lo que el riesgo de infección por una ETS es aún mayor.

El presente documento, expone el grado de satisfacción que los consumidores Lésbico Gay, Bisexuales y Transexual (LGBT) de la comunidad universitaria de la zona de la cultura de la UJAT, tienen sobre los preservativos profilácticos como medida sanitaria ante las ETS.

Además para conocer, cuales son los canales de comunicación al que este público tiene acceso para hacer un acercamiento a la información y comunicación sobre el tema de trabajo. Y a priori se desarrolle una campaña de promoción del cuidado preventivo de la salud sexual como reforzamiento a la información que este grupo poblacional posee.

Objetivo general

Conocer el grado de satisfacción y confiabilidad que el consumidor universitario LGBT, tiene al consumir productos de salud para la prevención de las ETS.

Objetivos Específicos

- a) Identificar la Marca de preservativo profiláctico con mayor posición en la mente del consumidor
- b) Conocer la (s) marca(s) de condones más utilizada por los jóvenes universitarios de la población de estudio
- c) Obtener información de la plaza donde estos productos son adquiridos con mayor frecuencia.
- d) Determinar los factores que influyen en la adquisición de estos productos.
- e) Determinar la posición del consumidor en el uso o no uso del condón, en la actividad sexual.

Método

Para la realización del estudio, se iniciara con el método exploratorio y luego será descriptivo y correlacionar, con enfoque mixto, con diseño no experimental transversal (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2006)

Se realiza un estudio de campo, utilizando las herramientas de recolección de datos de la encuesta y los grupos de enfoque, el cual se aplicó a estudiantes universitarios de la Zona de la Cultura de la UJAT, entre las edades de 18 y 25 años que pertenecen al grupo social LGBT y tienen una vida sexual activa.

Es importante mencionar que la población de estudio fue segmentada, de acuerdo a sus necesidades de salud, características y comportamientos propios, agrupando a personas con característi-

cas parecidas con el objeto de reconocer sus necesidades sanitarias. (Priego Alvarez, 1996)

Para determinar el muestreo para la aplicación del instrumento, este se realizó conforme a la técnica de muestreo no probabilístico denominada bola de nieve, ya que como no podemos predecir con exactitud que personas se encuentran incluidas en este grupo social, ya que un individuo que se encuentre en nuestro grupo de estudio, nos puede llevar a localizar a otro u otros con las características similares que requerimos. (*Ver Imagen 1*)



Este proceso en cadena, permite a la investigación llegar hasta la población que puede ser muy difícil de localizar, sin embargo el tipo de muestro bola de nieve utilizada es el no discriminatorio exponencial, pues todos los datos colectados se integraron al análisis.

Resultados

Los resultados de la presente investigación, son producto de los instrumentos utilizados para la recolección de los datos estos se han tabulado y graficado para hacer las inferencias o generalizaciones que se necesitan para precisar con claridad la población objetivo.

A manera de referencia se aclara que el objetivo de la estadística es generalizar el los resultados del patrón y la dispersión en el colectivo de estudio, a fin de que se pueda construir juicios colec-

tivos a partir de las propiedades numéricas y no para un individuo en particular. (García Rodríguez & Bouza Herrera, 2010), a continuación se presentan los principales datos obtenidos de la investigación.

La población de estudio, pertenecen al grupo LGBT, y son estudiantes de las diversas licenciaturas de las divisiones académicas de la DACEA y DAEA, las cuales se encuentran en el campus de la Zona de la Cultura de Villahermosa Tabasco. De la muestra poblacional encuestada el 61% (*Ver gráfico 1*) eran hombres que declaran ser homosexuales, en segunda posición con el 19% de los encuestados también hombres que dicen ser bisexuales, el 20% restante se conformaban por mujeres lesbianas y bisexuales, además de mujeres transgénero. El rango de edad promedio mayoritario de los encuestados se encontraba entre 22 los 25 años representando el 64% de los entrevistados (*ver gráfico 2*).

El instrumento de recolección de datos para la presente investigación, consistió en once reactivos estructurados para lograr llegar a los objetivos fijados. La pregunta referente a la utilización de condón a la población encuestada el 55% de los mismos afirma que si utiliza preservativo profiláctico frente al 45% que dice no utilizarlo (*ver Gráfico 3*), los encuestados que no utilizan condón su principal argumento por el cual no hacen uso de estos es porque mantienen una pareja estable según manifestó el 61% (*ver Gráfico 4*), sin embargo hay un 20% de los mismos que dicen no utilizarlos porque sienten pérdida de sensibilidad en el acto sexual, la posición de los que si utilizan condón en sus coitos en el 42% de ellos es por sentirse seguros (*ver Gráfico 5*) y el 38% por evitar algún tipo de contagio.

Referente a las marcas de condones, que se encuentran disponibles en el mercado las marcas más conocidas por la población de estudio son Durex® de la multinacional Reckitt Benckiser y Sico® de la compañía Protección Sico S.A. de CV., juntas mantienen un posicionamiento en el mercado objetivo del 41% (*Ver Gráfico 6*). Sin embargo las marcas de mayor preferencia o consumo son Sico® con el 35% de preferencia por los consumidores LGBT de la Zona de la Cultura, M-Force® y Trojan® con una preferencia de 27% y 22% respectivamente en el mismo grupo poblacional (*Ver Gráfico 7*).

Para conocer, el grado de satisfacción y confiabilidad del target frente a las marcas de los preservativos profilácticos, las preguntas siete y ocho nos otorgan información muy precisa, en relación a esto el 61% de los encuestados se encuentran satisfecho con la marca de condones de su preferencia, el 35% dice estar altamente satisfecho con su marca preferida contra un muy mínimo 4% que está insatisfecho con alguna de las marcas (*Ver Gráfico 8*). En posición a la confiabilidad del producto de acuerdo a las marcas más posicionadas en el mercado se cuestionó a cada participante que otorgara una medida en la escala de confiabilidad donde la mayor posición es *Altamente confiable* y la menor posición es *Nada Confiable*, las marcas que mantienen un alto grado de confiabilidad por el usuario se encontraron a Sico® y M-Force®, mientras que las marcas menos confiables fueron Big Boy® y Simi Condón®, sin embargo la marca más confiable de condones en el mercado es Trojan® ya que la mayoría de los encuestados la calificó como confiable (*Ver Gráfico 9*).

De acuerdo a los resultados arrojados en este trabajo, el mercado objetivo de estudio considera la calidad como el principal factor

que incide en la compra de un condón, además de considerar importante el prestigio de la marca y el precio como aspectos a tomar en cuenta en la adquisición de los mismos. *(Ver Gráfico 10)*

Es importante conocer qué posición tenía nuestro target, respecto a la responsabilidad de quien debiese adquirir el preservativo profiláctico en posición al rol sexual que cada uno juega, es decir activos quienes penetran y pasivos quien es penetrado sexualmente hablando, las respuestas se manifestaron en su mayoría que la responsabilidad de adquirir el condón es de ambos, pero un porcentaje considerable 34% manifiesta que la compra de un preservativo profiláctico es responsabilidad total del activo. *(Ver Gráfico 11)*

Los encuestados también fueron cuestionados en referencia a la efectividad de la publicidad comercial de condones, aunque la mayoría contesto que la publicidad de las marcas de condones es efectiva 60%, el 40% restante considera que no es efectiva o que no recuerda ningún tipo de publicidad comercial de alguna marca en particular. *(Ver Gráfico 12)*

De los mismos entrevistados el 30% dicen que adquieren estos productos en farmacias, el 17% sostiene que adquiere condones en tiendas de conveniencia como Oxxo®, Extra®, 7 Eleven® entre otros, el 57% restante comunico que lo adquiere en establecimientos como tiendas departamentales, bares, clínicas del sector salud, sex shop y otros. *(Ver Gráfico 13)*

Conclusiones

La actividad sexual, en los humanos es la forma natural de mantener contacto con nosotros mismos y con otras personas, esto incluye diversas formas de comportamiento que se van moldeando a lo largo del tiempo de acuerdo a experiencias personales.

La comunidad LGBT, es grupo poblacional definido por características particulares la apertura a la aceptación de estas personas en los núcleos sociales es cada vez más evidente y aceptado, su inclusión en la vida pública de muchos países es muy importante.

Sin embargo no están libres de contraer alguna ETS debido que la mayoría de sus prácticas sexuales, se realizan en el sigilo y clandestinidad, lo que de alguna manera los hace más vulnerables ante factores biológicos que desestabilizan el funcionamiento normal del organismo humano.

Al concluir el presente trabajo, queda al descubierto que el uso de preservativos profilácticos o condón, en este grupo poblacional es de vital magnitud, debido a que el uso de estos puede marcar la línea entre la vida y la muerte, sin embargo a pesar de que en la población de estudio tiene conocimiento amplio de los efectos negativos que las prácticas sexuales de riesgo pueden traer, una porción importante de esta en alguna ocasión no hizo uso del condón en más de una acción sexual.

Es importante señalar que los consumidores LGBT de preservativos profilácticos, responden a la adquisición de los mismo por la necesidad de mantener actividad sexual segura y libre de riesgos, la marca es importante ya que asocian la misma a la calidad y grado de seguridad que el producto le puede brindar.

Cabría aclarar que aunque la responsabilidad de adquirir estos productos es de quien o quienes participan en el acto sexual, en muchas veces solo es adjudicado a quien juega el papel activo o dominante, es decir la postura sexual que penetra, anal, vaginal u oralmente a la otra u otras.

Ante situaciones de prácticas sexuales de riesgo, entre la comunidad universitaria en especial LGBT es importante dejar fuera los

tabúes que persisten en la educación sexual, otorgándola como parte de la formación integral de los profesionistas, estableciendo campañas periódicas de concientización del uso del condón como medida preventiva frente a las ETS.

Apoyados con las herramientas de mercadotecnia, para promover el consumo del condón como forma preventiva en el cuidado de la salud sexual, coadyuva a los esfuerzos de gubernamentales e internacionales, por disminuir o erradicar la proliferación de infecciones de transmisión sexual en la población universitaria LGBT, y garantizar una condición de vida sexual sana.

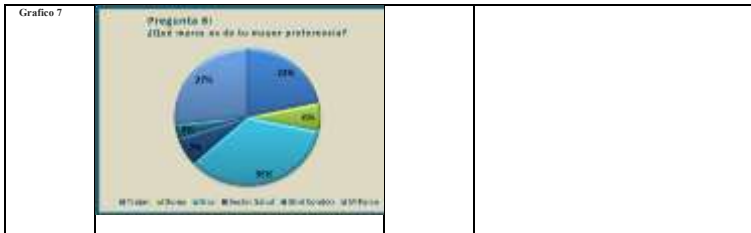
Los espacios de comunicación en la zona de la cultura y de fácil acceso para los estudiantes permiten, llegar directamente al público objetivo, pero es muy importante considerar que la publicidad empleada debe impactar y tocar los lados más sensibles de estos grupos de vulnerabilidad para que primeramente, exista una conciencia de la prevención y segundo haya efectos positivos permanentes en los hábitos sexuales. El presente documento, abre un antecedente de estudio que puede considerarse para futuras campañas sociales, no solo en la zona de la cultura sino también en los diversos campus de la UJAT y otras IES estatales y nacionales.

Bibliografía

1. García Rodríguez, J. F., & Bouza Herrera, C. N. (2010). *Investigación Aplicada a la Salud*. Villahermosa Tabasco, México.: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco - Universidad de la Habana.
2. Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México; DF.: MacGraw-Hill.
3. Organización Mundial de la Salud. (Noviembre de 2013). *www.who.int*. Recuperado el 24 de Febrero de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
4. Priego Alvarez, H. (1996). *Mercadotecnia en Salud*. Villahermosa Tabasco, México.: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Anexos

<p>Grafico 1</p>	<p>Genero y Orientación Sexual de los Encuestados</p> <p>67% 27% 4% 2%</p> <p>♂ Masculino ♀ Femenino B Bisexual O Otro</p>	<p>Grafico 8</p>	<p>Pregunta 7: ¿Qué tan confiables están con respecto de conductas sexuales?</p> <p>61% 30% 9%</p> <p>Confiable No confiable No sabe</p>
<p>Grafico 2</p>	<p>Rango de Edad de la Población Objetivo</p> <p>61% 34% 5%</p> <p>18-25 años 26-35 años 36-45 años</p>	<p>Grafico 9</p>	<p>Confiable del Consumidor Frente a las Marcas más Conocidas del Mercado</p> <p>Pilsener Vodka Whisky Tequila Ron Cerveza Oros</p> <p>Confiable No confiable No sabe</p>
<p>Grafico 3</p>	<p>Pregunta 1: ¿Utiliza alcohol en todas las ocasiones?</p> <p>45% 53% 2%</p> <p>SI NO</p>	<p>Grafico 10</p>	<p>Pregunta 8: ¿Qué aspecto tanto se ajusta al aspecto de calidad?</p> <p>33% 18% 12% 10% 27%</p> <p>Precio Calidad Sabor Aroma Otros</p>
<p>Grafico 4</p>	<p>Pregunta 2: ¿De qué alcohol es la marca principal?</p> <p>44% 21% 18% 10% 7%</p> <p>Whisky Vodka Tequila Ron Cerveza</p>	<p>Grafico 11</p>	<p>Pregunta 10: ¿A la marca ¿quién tiene la responsabilidad de producir en calidad?</p> <p>70% 20% 10%</p> <p>El país El proveedor El cliente</p>
<p>Grafico 5</p>	<p>Pregunta 9: Si utilizas ¿cuál es la marca principal?</p> <p>42% 39% 12% 8% 10%</p> <p>Whisky Vodka Tequila Ron Cerveza</p>	<p>Grafico 12</p>	<p>Pregunta 11: ¿Cómo es la posibilidad de encontrar en calidad?</p> <p>60% 24% 16%</p> <p>Buena Mala No sabe</p>
<p>Grafico 6</p>	<p>Pregunta 3: ¿Cada cuánto se consume?</p> <p>20% 20% 20% 20% 20%</p> <p>Siempre Siempre Nunca A veces No sabe</p>	<p>Grafico 13</p>	<p>Pregunta 12: ¿Cuándo se usa más para el consumo?</p> <p>16% 16% 16% 16% 16%</p> <p>En fiestas En reuniones En reuniones En reuniones En reuniones</p>



Validación de instrumentos para caracterizar el consumo de medicamento

Ana Julia García Milian¹

¹Escuela Nacional de Salud Pública (Cuba)

RESUMEN

Introducción: El consumo de medicamentos por la población se considera la medida real de la exposición de esta a los fármacos. Su caracterización con instrumentos validados resulta de vital importancia. **Objetivo:** Validar la construcción y contenido del cuestionario "Consumo de medicamentos". **Método:** La validación de contenido se realizó a través de la metodología propuesta por *Moriyama*. La muestra utilizada para la evaluación de la confiabilidad interna estuvo compuesta por 120 pacientes mayores de 15 años de edad, para comprobar la comprensión de las preguntas y el funcionamiento del instrumento. La consistencia interna se determinó a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach. **Resultados:** Los índices de consistencia interna de Alfa de Cronbach obtenidos para la muestra fueron superior .50. Los resultados de la validación de contenido permitieron considerar que la formulación de los ítems, es razonable, se encuentran claramente definidos y se justifica su presencia en el cuestionario. Los resultados sugirieron la presencia de tres dimensiones denominadas: prácticas de consumo, evento adverso y cumplimiento de la terapéutica farmacológica. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos por estas alternativas de validez fueron favorables. Está disponible un instrumento con condiciones adecuadas y criterios válidos que justifican su uso y aplicación en el terreno investigativo y la práctica médica.

Palabras clave: consumo de medicamento, practicas de consumo, cumplimiento del tratamiento, validación de instrumento.

Introducción

El consumo de medicamentos, eslabón final de su cadena, puede ser abordado desde diferentes perspectivas, las cuales dependen de las aplicaciones del análisis que se realiza. Así por ejemplo, la cuantificación del mismo se puede expresar en términos de gastos o de número de unidades consumidas. Estos parámetros son útiles

para algunas aplicaciones, sobre todo administrativas y de políticas sanitarias; sin embargo, para realizar una aproximación epidemiológica es necesario realizar un análisis del consumo con enfoque cualitativo, o lo que es lo mismo, que aborde las características socioculturales, demográficas y conductuales de los consumidores, las razones y tipología, así como las consecuencias del consumo de los mismos.

Para modificar la mentalidad de la población respecto al consumo de los medicamentos, se hace necesario implantar un método concertado, que tome en consideración sus características históricas, culturales y estructurales que favorecen el uso no racional de estos productos¹. Este planteamiento tiene mayor validez si se tiene en cuenta que al analizar la literatura no existe un consenso en cuanto al término consumo, cuestión que puede conducir a la confusión entre profesionales, investigadores y pacientes.

Las disímiles formas de acceso a los medicamentos hacen que los sectores y grupos de la sociedad tengan diferentes consumos y exposiciones a los medicamentos. Para la salud pública es importante poder caracterizar las diferencias económicas, sociales y culturales en la búsqueda de soluciones a los problemas que representan. Después de una amplia revisión bibliográfica se confirmó que no se cuenta con un instrumento que se ajuste a la concepción acerca del consumo de medicamentos que querían expresar los autores.

Por eso fue necesaria la construcción y validación de un instrumento que permitiera realizar su medición, siguiendo los presupuestos teóricos y conceptuales antes expuestos. Partiendo del supuesto que los eventos relacionados con la salud son en su mayoría multifacéticos y multicausales, lo que exige la construcción

de instrumentos multidimensionales para su medición. La definición correcta de todas sus dimensiones contribuye a la mejor selección y operacionalización de los indicadores así como a la definición de la forma evaluativa del test².

Es difícil construir un instrumento si no existe experiencia de trabajo en la situación estudiada, además de antecedentes de otros instrumentos construídos. Hay que conocer si existen otros instrumentos que miden la situación de interés, cuáles son sus ventajas y desventajas así como la metodología que se utilizó para su construcción y validación. Esto permite determinar cuáles han sido los diseños que han aportado los mejores resultados y permite la comparación. Se escogió la elaboración de un cuestionario, corto y sencillo, de fácil aplicación y cómodas posibilidades de respuesta por parte del paciente, como la mejor vía para realizar la caracterización del consumo de medicamentos.

La necesidad de validar el cuestionario elaborado, para ofrecerlo a la comunidad científica y recomendar su uso, fue satisfécha, a través de una validación de contenido por criterio de expertos y el análisis de la validez interna. Las propiedades del test que deben ser consideradas son: confiabilidad, validez, capacidad de discriminación y utilidad, factibilidad y eficiencia. La confiabilidad de un test está dada por la consistencia de sus resultados. Para evaluar la confiabilidad debe utilizarse la comparación de los resultados de la administración del test. Se distinguen diferentes elementos relacionados con la validez: de apariencia, de contenido, de criterio y de constructo³.

La validez de apariencia y de contenido siempre deben ser evaluadas. La de criterio es el argumento más veraz de la validez pero depende de la disponibilidad de un criterio de referencia que en

ocasiones no existe. Un test que no es confiable difícilmente resulte ser válido.

La evaluación de la confiabilidad y validez del test debe ser complementada con la evaluación de la capacidad de discriminación, utilidad, factibilidad y eficiencia. La evaluación de la confiabilidad y validez del test debe realizarse utilizando la misma muestra de sujetos y para su selección debe preferirse un diseño muestral probabilístico⁴.

A diferencia de la confiabilidad de la medición, la confiabilidad instrumental no se refiere a la variabilidad intersujeto presente en el error aleatorio sino a la variabilidad intrasujeto relacionada con una inconsistencia instrumental. En este caso el error muestral únicamente refleja la precisión de los resultados del proceso de validación en base a la muestra seleccionada, no la inconsistencia instrumental.

La validación de contenido se refiere al grado en que la prueba que se está usando, representa y es capaz de expresar la característica que se investiga; con esta se determina si el instrumento incluye todos los aspectos del concepto estudiado. Esta alternativa de validez concierne al grado de rigor con que el instrumento contempla el entorno teórico en el que se inscribe la categoría sintetizada⁵.

Objetivo

Mostrar el proceso de validación de construcción y contenido del cuestionario "Consumo de medicamentos" de manera que la información derivada de su aplicación proporcione evidencia confiable para la toma de decisiones en salud.

Método

Construcción del cuestionario. Se conformó la estructura del cuestionario y su contenido, las dimensiones y logística de la recolección de datos. Se organizó la composición de los ítems, número y disposición. Ambos cuestionarios representan varias dimensiones dado lo complejo del fenómeno. Están estructurados en dos bloques, el primero de datos generales de los sujetos y el segundo de las interrogantes que dan salida a las variables exploradas.

Se confeccionaron los ítems en forma de ocho afirmaciones para el cuestionario de "Consumo de medicamentos" que recorren las categorías que se considera conforman la definición operacional de consumo de medicamentos. Se le da la opción de respuesta, marcando con una X la respuesta que considera ejecuta lo planteado. Los cuestionarios recoge además, datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación y escolaridad).

Proceso de validación de contenido. Se utilizó la metodología propuesta Moriyama para evaluar la calidad de su construcción y la correspondencia de los ítems con la definición operacional y las categorías que la componen.

La estructura y formulación de las preguntas del cuestionario fue sometido a un proceso de validación de contenido por criterio de expertos. El criterio de los expertos se utilizó para evaluar la correspondencia de los ítems en relación con la definición operacional y las categorías propuestas y para evaluar el cuestionario de acuerdo a las cinco propiedades básicas formuladas por *Moriyama*.

La respuesta de los expertos, valoración que ellos realizaron sobre las referidas propiedades, se recogió a través de una escala ordinal que incluyó: Mucho, Poco y Nada. Los cuestionarios de validación fueron sometidos, antes de su aplicación con el objetivo

de validación, a un proceso de pilotaje a 30 personas. Fue aplicado a siete investigadores considerados como expertos, cuyas sugerencias permitieron su corrección quedando así confeccionado el cuestionario de validación definitivo.

También se realizó un estudio piloto en un grupo de 120 pacientes mayores de 15 años de edad, que desearan colaborar con la investigación, residentes en el Municipio Playa y pertenecientes a las áreas de salud que atiende el Policlínico 5 de Septiembre y 26 de Julio, para comprobar la comprensión de las preguntas y el funcionamiento del instrumento.

La selección de los jueces expertos, se realizó teniendo en consideración su experiencia profesional e investigativa y estuvo a cargo de un grupo formado por siete expertos. Evaluación de la consistencia interna. Se realizó un análisis de fiabilidad mediante la prueba Alfa de Cronbach. Se consideró que aquellos ítems con correlaciones negativas con el test o positivas, pero por debajo de 0,40 serían eliminados.

Resultados

Los resultados se presentan en dos secciones. La primera contiene los resultados del análisis de la consistencia interna, la segunda la validación de contenido según las propiedades básicas de un instrumento y la correspondencia de los ítems con las categorías propuestas y la definición operacional.

Validación de contenido: *Valoración de los ítems según propiedades básicas de un instrumento formuladas por Moriyama*

Se consideró que el ítem es Bueno cuando al menos el 70 % de los expertos lo evaluó en la categoría Mucho.

A continuación se presentan los resultados obtenidos para cada categoría:

- Razonable: todos los ítems alcanzaron altas puntuaciones.
- Discrimina variaciones: todos los ítems alcanzaron puntuaciones mayores a 70 %.
- Justificable: todos los ítems alcanzaron puntuaciones mayores a 70 %.
- Claramente definido: todos los ítems alcanzaron altas puntuaciones.
- Datos factibles de obtener: todos los ítems alcanzaron puntuaciones mayores a 70 %.

Como se observa en la tabla 2, los resultados permiten considerar que la formulación de los ítems, es razonable, se encuentran claramente definidos y se justifica su presencia en el cuestionario. Es importante señalar que aunque, las opiniones emitidas por los jueces fueron superiores a un 70%, las respuestas dadas por estos a la última pregunta del cuestionario de validación fueron muy importantes. En la misma se solicitó a los expertos otras sugerencias, esto permitió modificar el uso de términos y mejorar la formulación de algunos ítems, lo que contribuyó al logro de mayor claridad en su redacción.

Valoración de la correspondencia de los ítems en relación con la definición operacional y las categorías propuestas

Las respuestas brindadas por todos los expertos al cuestionario de validación, aportó que las categorías propuestas para ser incluidas en la construcción del instrumento (prácticas de consumo de medicamento, eventos adversos producidos por el consumo de medicamentos y cumplimiento terapéutico) eran apropiadas, es decir, no realizaron propuestas de modificaciones, ni consideraron pertinente excluir alguna. Muy útil resultó la valoración de la correspondencia entre las categorías y los ítems redactados para su

medición, pues permitió realizar un ajuste en la propuesta definitiva de aquellas que conformarían la definición operacional del consumo de medicamento.

Como se observa en la tabla 1, ningún experto incluyó ítems en dos categorías o más categoría. Esto indica que las mismas fueron consideradas excluyentes. Las categorías que recorren la definición operacional del consumo de medicamentos que se propone quedaron reformuladas y definidas a partir del proceso de validación de contenido de la siguiente manera:

-Prácticas de consumo de medicamento (PCM): categorías propuestas: 1,2,3,4,6,8,9

-Eventos adversos producidos por el consumo de medicamento (EA): categorías propuestas: 5,10,11

-Cumplimiento terapéutico (CT): categorías propuestas: 7

Validación de la consistencia interna

Se obtuvo un alfa de Cronbach superior a 0.50 para todos los ítems explorados; por lo que ninguno de los ítems fue eliminado. Estos resultados demuestran la homogeneidad interna del cuestionario aportada por la contribución que cada ítem en particular hace a la misma. Tabla 2

Conclusiones

Está disponible un instrumento que permite caracterizar el consumo de medicamentos desde la perspectiva del consumidor con condiciones adecuadas y criterios válidos que justifican su uso y aplicación en el terreno investigativo y la práctica médica.

Tabla 1. Distribución de expertos según categoría asignada a cada ítems

Ítems	Prácticas de consumo de medicamento	Eventos adversos producidos por el consumo de medicamentos	Cumplimiento terapéutico
1	1,2,3,4,5,6,7		
2	1,2,3,4,5,6,7		
3	1,2,3,4,5,6,7		
4	1,2,3,4, 6,7		5
5		1,2,3,4,5,6,7	
6	1,2,4, 6,7		3, 5
7			1,2,3,4,5,6,7
8	1,3,4,5,6	7	2
9	1,3,4,5,6	7	2
10		1,2,3,4,5,6,7	
11		1,2,3,4,5,6,7	

Tabla 2. Resultado del alfa de Cronbach si el ítems es eliminado

Ítems	alfa de Cronbach
1	0.68
2	0.67
3	0.53
4	0.88
5	0.83
6	0.70
7	0.74
8	0.77
9	0.59
10	0.62
11	0.75

Bibliografía

- García Milian AJ, Suarez Lugo N. Mercadotecnia social y consumo racional de medicamentos. Capítulo 5, en: Mercadotecnia Social en Salud. Teoría y práctica. Colección Julián Manzur Ocaña. Vidas y Salud Social. Universidad Autónoma de Tabasco. México. Universidad de Minho. Portugal. Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud.
- Maia Campos G. Estadística Práctica para Docentes e Pós-Graduandos. 2008. [Electronic Statistics Textbook](http://www.forp.usp.br/restauradora/gmc/gmc_livro/gmc_livro.html). Disponible en: http://www.forp.usp.br/restauradora/gmc/gmc_livro/gmc_livro.html
- Dawson-Saunders B, Trapp RG. Bioestadística médica. 2ª edición, El Manual Moderno, México D.F., 1999.
- Bernal G, Bonilla J, Santiago J. Confiabilidad interna y validez de construcción lógica de dos instrumentos para sintomatología psicológica en una muestra clínica. El IDB y la Lista de Cotejo de Síntomas. Rev Latinoamericana Psicología. 1995;27:207-29
- Sánchez Pedraza R, Gómez Restrepo R.. Conceptos básicos sobre validación de escalas. Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. XXVIII, 2, 1998.
- Silva Ayaçguer LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Madrid: Díaz de Santos, SA; 1997.
- Moriyama IM. Indicador of social change. Problems in the measurements of helth status. New York: Rusell Sage Foundation;1968

Definición de consumo de medicamentos y su patrón

Ana Julia García Milian¹

¹Escuela Nacional de Salud Pública (Cuba)

RESUMEN

Introducción: El consumo de medicamento y patrón de consumo de este, puede ser abordado desde diferentes perspectivas, las cuales dependen de las aplicaciones del estudio que se realiza. **Objetivo:** Definir el término consumo y patrón de consumo de medicamento en el contexto cubano. **Método:** Los mismos fueron creados a partir del análisis realizado a las diferentes definiciones encontradas sobre el tema en otros contextos y el trabajo con expertos. **Resultados:** A continuación se presenta la definición de consumo y patrón de consumo de medicamento en el contexto cubano. Los autores definen "consumo de medicamentos", como un *fenómeno complejo, multifactorial, que involucra al medicamento como tecnología sanitaria, al sistema de salud responsable de realizar una oferta adecuada de los mismos y la respuesta conductual del consumidor como consecuencia de la interacción con el prescriptor y dispensador teniendo como sustento sus conocimientos, actitudes y prácticas*. En tanto patrón como el *conjunto de elementos que caracterizan su consumo por la población, en un contexto dado y que puede ser tomado como referente, base para el estudio y la planificación, así como para establecer perfiles, tendencias en la utilización y costos de los tratamientos en diferentes horizontes que permitan evaluar y perfeccionar las políticas y programas trazados*. **Conclusiones:** Se presentan las definiciones de consumo de medicamentos y su patrón. **Palabras clave:** Patrón de consumo de medicamentos, consumo de medicamentos.

Introducción

Una definición es la forma de representación del concepto, su redacción requiere una metodología sistemática que garantice su coherencia y precisión. Existen diferentes ejes para clasificar los tipos de definiciones. Según Valero¹ se pueden dividir en esencial, genética, no evidente, por lo propio, real, nominal, por accidente y creadora.

Según Seppälä¹ se pueden establecer clasificaciones de definiciones según su rol en descriptivo o prescriptivo; según su función en didáctica y normalizadora; según su estructura en genérica y partitiva y según su nivel de especialización,

En general las definiciones terminográficas cumplen diversas funciones, siendo la más evidente la de describir y delimitar un concepto. Numerosos estudiosos del tema realizaron recomendaciones para la elaboración de definiciones terminográficas que se sumaron a las guías para la elaboración de definiciones con normas que regulan tanto la forma como el contenido de éstas. Cada usuario que recurre a una definición tiene una necesidad diferente. En el caso que nos ocupa, el consumo de medicamento y patrón de consumo de este, puede ser abordado desde diferentes perspectivas, las cuales dependen de las aplicaciones del análisis que se realiza. Así por ejemplo, la cuantificación del mismo se puede expresar en términos de gastos o de número de unidades consumidas. Estos parámetros son útiles para algunas aplicaciones, sobre todo administrativas y de políticas sanitarias; sin embargo, para realizar una aproximación epidemiológica es necesario realizar un análisis del consumo con enfoque cualitativo, o lo que es lo mismo, que aborde las características socioculturales, demográficas y conductuales de los consumidores, las razones y tipología, así como las consecuencias del consumo de los mismos.

Objetivo

Definir el término consumo y patrón de consumo de medicamento en el contexto cubano.

Método

Se trata de una investigación de desarrollo en la que mediante el trabajo con expertos y el análisis realizado a las diferentes definiciones encontradas sobre el tema en otros contextos y se propone una posición conceptual que puede ser utilizada para encaminar la actividad de investigación en este campo.

Resultados

Para modificar la mentalidad de la población respecto al consumo de los medicamentos, se hace necesario implantar un método concertado, que tome en consideración sus características históricas, culturales y estructurales que favorecen el uso no racional de estos productos. Este planteamiento tiene mayor validez si se tiene en cuenta que al analizar la literatura no existe un consenso en cuanto al término consumo, cuestión que puede conducir a la confusión entre profesionales, investigadores y pacientes.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, consumo (del latín: *cosumere* que significa gastar o destruir) es la acción y efecto de consumir o gastar, bien sean productos, y otros géneros de vida efímera, o bienes y servicios. Entendiendo consumir como el hecho de utilizar estos productos y servicios para satisfacer necesidades primarias y secundarias.

En términos económicos se entiende por consumo la etapa final del proceso económico, en especial del productivo, definida como el momento en que un bien o servicio produce alguna utilidad al sujeto consumidor. En este sentido hay bienes y servicios que de forma directa se destruyen en el acto del consumo, mientras que con otros lo que sucede es que su consumo consiste en su transformación en otro tipo de bienes o servicios diferentes. 1 Para el antropólogo García-Canclini el consumo es el conjunto de procesos socioculturales en los que se realizan la apropiación y los usos de los productos. 1

Para el sociólogo Jeremy Rifkin el fomento del consumo se produjo en los años 20 del pasado siglo en Estados Unidos para aliviar la sobreproducción -motivada por un aumento de la productividad y una disminución de la demanda por la existencia de un

alto número de desempleados debido a los cambios tecnológicos- que encontró en el marketing (mercadotecnia y publicidad) la herramienta para incrementar y controlar el consumo. 1 Por su parte Priego H. propone un concepto de símil entre consumo y utilización de los servicios sanitarios, y lo define como “la interfa- se de un proceso dinámico y complejo que pone en contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada”. 1

A esta variedad de vocablos se le suma que en la literatura cien- tífica específica, el consumo se emplea de forma indistinta con los términos uso o utilización. En tal sentido los autores definen “consumo de medicamentos”, como un fenómeno complejo, multi- factorial, que involucra al medicamento como tecnología sanitaria, al sistema de salud responsable de realizar una oferta adecuada de los mismos y la respuesta conductual del consumidor como conse- cuencia de la interacción con el prescriptor y dispensador teniendo como sustento sus conocimientos, actitudes y prácticas.

Para llegar a esta definición se tuvo en cuenta los enunciados anteriores, el elemento práctico de la integración del consumo con los demás eslabones que conforman la cadena del medicamento y el sistema sanitario.

Los conocimientos, actitudes y prácticas de la población ante el consumo de medicamentos expresarán en mayor o menor medida el grado de cumplimiento terapéutico de esta, lo que desde la pers- pectiva de la práctica médica se conoce como el cumplimiento por parte del paciente de las recomendaciones terapéuticas realizadas por el prescriptor.

La participación de los medicamentos (tecnología sanitaria) en este consumo se traduce como los efectos de los mismos en térmi-

nos beneficiosos o perjudiciales, vistos los últimos como las reacciones adversas que aparecen como consecuencia de su consumo. A juicio de los autores, en la medida que este es mayor, aumenta la probabilidad de ocurrencia de reacciones adversas e interacciones medicamentosas. A esto se le suma el efecto del origen de la prescripción, pues cuando el consumo es por autoprescripción el riesgo aumenta.

La consecuencia de la interacción mostrará en mayor o menor medida las prácticas de consumo de medicamentos que realiza la población. Nos estamos refiriendo al comportamiento de esta ante el cumplimiento terapéutico y la autoprescripción y la automedicación. A lo ante dicho se añaden otras consecuencias derivadas del consumo, visto en términos negativos como las reacciones adversas. Entendidas estas como cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas. 1

En la práctica clínica existen varios factores que pueden dificultar la detección de las reacciones adversas producidas por medicamentos. Por un lado, el efecto adverso puede ocurrir de manera muy inusual a pesar de que el fármaco se utilice con frecuencia, por lo que la relación entre ambos puede pasar inadvertida, y por otro, las reacciones adversas pueden afectar a cualquier órgano o sistema, por lo que la aparición de otros signos y síntomas pueden ser considerados manifestaciones de la enfermedad que se está tratando, o síntomas de un nuevo padecimiento. 1 Esto exige un cambio de rumbo en la forma de ejercer vigilancia sobre el consumo de los fármacos, un funcionamiento más ligado a las modali-

dades de uso de los medicamentos que se están imponiendo en la sociedad, y por ende más capaz de responder a esas nuevas tendencias.

Este es el motivo de establecer sistemas de farmacovigilancia posteriores a la autorización de la comercialización de medicamentos, para poder definir el perfil de seguridad de éstos, cuando su utilización en la población es amplia.

Es por ello que se considera el consumo de medicamentos por parte de la población, como la medida real de la exposición de esta a los fármacos. Las disímiles formas de acceso a los medicamentos hacen que los sectores y grupos de la sociedad tengan diferentes consumos y exposiciones a los medicamentos. Para la salud pública es importante poder caracterizar las diferencias económicas, sociales y culturales en la búsqueda de soluciones a los problemas que representan.

La caracterización de las mismas y las variaciones que se producen como consecuencia del fenómeno del consumo deben estar sustentadas por un patrón identificado. Si bien este término es usado indistintamente por los que trabajan el tema, considerándolo como símil de práctica o perfil, no se encuentra hasta el momento una definición explícita del mismo, lo que constituye otra incertidumbre. Los autores consideran que el esclarecimiento de este concepto (patrón de consumo) ayudaría a enfrentar el problema de una forma más adecuada.

Un patrón es un conjunto de elementos que forman una unidad diferenciada. Puede tomarse como punto de partida, ya que constituye un modelo de comportamiento que brinda perfiles y tendencias, elemento este que lo convierte en referencia para el desarrollo de estrategias particulares de cada país o localidad.

Práctica es un concepto con varios significados y formas de empleo. La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos, la realización de una actividad de forma continuada y conforme a sus reglas. También se define como la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad (destreza), el uso continuado o habitual que se hace de una cosa. 1 Para el caso que nos ocupa, las prácticas de consumo de medicamentos se consideran como la acción y realización de una actividad de forma continuada (consumo de medicamento). Para caracterizarlas, los autores tienen en cuenta características de -la población que realiza dicha acción- (distribución por grupo de edades, sexo, ocupación, escolaridad) y de -la acción en sí, el consumo- (consumo de medicamento, grupo farmacológico consumido, origen del consumo, padecimientos para los cuales se automedicaría, cumplimiento terapéutico, información sobre medicamentos, fuente de la información y criterio de la calidad de la información recibida).

A juicio de los autores el patrón es más abarcador ya que en él se encuentran las prácticas de la población objeto de estudio. En tal sentido y ante la diversidad de términos y usos se define patrón de consumo de medicamentos como el conjunto de elementos que caracterizan su consumo por la población, en un contexto dado y que puede ser tomado como referente, base para el estudio y la planificación, así como para establecer perfiles, tendencias en la utilización y costos de los tratamientos en diferentes horizontes que permitan evaluar y perfeccionar las políticas y programas trazados.

Para su estudio se debe considerar el análisis de diferentes categorías y variables. Una visión esquematizada de la misma aparece en la figura 1.

Figura 1. Dimensiones y variables del patrón de consumo de medicamentos



Conclusiones

Las definiciones antedichas, a juicio de los autores, constituyen elementos teóricos necesarios para desarrollar investigaciones relacionadas con el consumo de medicamentos, planteamiento que alcanza mayor importancia si se tiene en cuenta que hasta este momento no se recogía evidencia sobre el significado de estos términos.

Bibliografía

1. Valero E- Análisis de las definiciones y elaboración de un patrón definitorio del grupo de términos Defectos del producto cerámico. Jornades de Foment de la Investigació. Citado enero 2010. Disponible en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi13/30.pdf>
2. <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi13/30.pdf>
3. Seppälä S. La définition en terminologie: typologies et critères définitoires, Terminologie & Ontologies: Théories et Applications, Annecy, France, junio 2007. Citado enero 2010. Disponible en: http://www.unige.ch/eti/termino/pagesperso/pub/seppala_TOTh2007_fin_al_web.pdf
4. Harnecker M. La izquierda en el umbral del siglo XXI: haciendo posible lo imposible, Siglo XXI, 2001. Citado junio 2011. Disponible en: http://books.google.es/books?id=1wB22zpqXOMC&pg=PA181&dq=consumismo&lr=&as_brr=0#v=onepage&q=consumismo&f=false
5. García Canclini N. La sociedad sin relato. Antropología y estética de la inminencia. Buenos Aires y Madrid, Katz editores, 2010.
6. Rifkin J. La civilización empática. Editorial Paidós, 2010. Citado junio 2011. Disponible en: <http://www.planetadelibros.com/la-civilizacion-empatica-libro-24184.html>
7. Priego-Alvarez H. Health consumer behavior. Market analysis in purchasing decisions of health services. Hitos de Ciencias Económicas Administrativas 2000; 15:25-30.

10. AGEMED. La farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. Real Decreto 1344/2007 [serial on the Internet]. 2007. Citado enero 2010. Disponible en:
11. http://www.aged.es/actividad/legislacion/espana/docs/rcl_2007_
12. Rego J, Leyva C, Pérez M. Pesquisaje activo de sospechas de reacciones adversas a medicamentos en el Hospital "Dr. Salvador Allende". Rev Cubana Farm 2007; 41(3). [citado 2010]. Disponible en:
13. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347515200700300007&lng=en&nrm=iso
14. Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. Larousse Editorial, S.L 2007. Citado septiembre 2011. Disponible en:
15. <http://es.thefreedictionary.com/pr%C3%A1ctica>

Factores intervinientes en la prescripción médica de medicamentos genéricos en los mercados libre y obligatorio

Juan Antonio Córdova Hernández,¹ Pedro Tellez Rodríguez,¹ Heberto Romeo Priego Álvarez¹

¹ División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: En México es poco lo que se conoce respecto a la percepción y actuación de los médicos prescriptores en el mercado libre de Especialidades Farmacéuticas Genéricas (EFG), por lo que el análisis de su consumo sería de gran utilidad para normar las políticas del sector, estableciendo las bases para las campañas de sensibilización para mediadores del proceso de compra (médicos prescriptores). **Objetivo:** Conocer factores intervinientes en la prescripción médica de medicamentos genéricos en los mercados libre y obligatorio. **Método:** Investigación observacional, descriptiva, de corte transversal y comparativa. Los datos fueron recolectados de julio, agosto y septiembre del 2014, aplicando instrumento recolector de datos tipo mixto denominado PAMPEFG-01 (ligeramente modificado al diseñado, validado y aplicado por A.J. García et al, 2002) **Resultados:** Con relación a la formación profesional se encontró que los médicos generales (49%) y los médicos familiares (59%) tienen mayor aceptación o conocimiento sobre la eficacia y oportunidades que brindan las EFG en comparación a los médicos especialistas (31%) $P = .000$. Los médicos jóvenes de 25-34 años son los que están de acuerdo (55%) y totalmente de acuerdo (43%) con la disminución del gasto farmacéutico que representan las EFG. Los médicos más jóvenes y de menor antigüedad laboral y sin certificación médica son los que más recetan las EFG con una $P = .000$. **Conclusiones:** a nivel institucional y consultorios de farmacias los médicos recetan EFG, lo que indica que hay un factor interno que hace que esto suceda. En el sector privado pasa lo contrario al no haber algo o alguien que modifique la percepción y actuación del médico su valoración prescriptiva es libre, por lo que estos optan por recetar lo que ellos consideran mejor para el paciente que en la mayoría de las veces son los medicamentos de patente o de marca.

Palabras Claves: Medicamentos genéricos, especialidades farmacéuticas, médicos prescriptores

Introducción

En México es poco lo que se conoce respecto a la percepción y actuación de los médicos prescriptores en el mercado libre de Especialidades Farmacéuticas Genéricas (EFG), por lo que el análisis de su consumo sería de gran utilidad para normar las políticas del sector, estableciendo las bases para las campañas de sensibilización para mediadores del proceso de compra (médicos prescriptores). México ocupa el Noveno lugar a nivel mundial y el primero de América Latina, el mercado farmacéutico en México lo coloca como uno de los principales países de desarrollo para esta industria de acuerdo con el volumen de ventas.

La diferencia con respecto a Brasil, el segundo mercado latinoamericano es grande, ya que la facturación del sector en México se calcula cerrar 2006 en alrededor de los 9,300 mdd, contra los cerca de 5,000 mdd del país brasileño. Venezuela es el tercer mercado cuyas ventas ascienden a poco menos de 1,900 mdd, por arriba incluso de Argentina que genera una facturación anual cercana a los 1,700 mdd, según señalan datos recientes publicados por parte de la Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica, (AMIIF). Molina & Cols. En el artículo “Competencia y precios en el mercado farmacéutico mexicano”, El mercado farmacéutico mexicano es el más grande de América Latina Cerro ventas en 2006, 10 Billones de Dls. En 2013 por encima de EU / Alemania donde las EFG llegan a 68% de ventas en medicamentos.

Así mismo, en México se ha observado un crecimiento promedio anual de 13% en los últimos 5 años, lo que lo ubica como uno de los mercados más atractivos para el negocio farmacéutico.

INEGI y Canifarma, la industria farmacéutica, aporta a nuestro país: Al PIB Nacional un 1.04 % Al PIB Manufacturero un 3.00 % Empleos directos fijos 45,401 Empleos indirectos 100,000 Importaciones 1,288 millones de dólares Exportaciones 890 millones de dólares. Ahora bien, el mercado farmacéutico Mexicano está conformado esencialmente por dos grupos bien definidos que operan en forma independiente. El institucional (sector público) cuya demanda comprende primordialmente productos genéricos y de tecnología madura; y el privado, caracterizado por el uso de marcas comerciales o también llamados “innovadores”. Una EFG está dada mayormente por su eficacia terapéutica, ya que los mismos no puede aparecer en el mercado hasta no haber cumplido con protocolos que así lo demuestren; sin embargo, hay atributos del producto que pueden ser valorados por los consumidores secundarios (médicos prescriptores), tal como la velocidad de absorción (rapidez) y por el consumidor primario (paciente) como la comodidad posológica y eficacia.

Determinadas empresas de genéricos, pese a las dudas sobre su rentabilidad y las dificultades regulatorias, están invirtiendo grandes sumas de dinero de cara a la introducción en este nuevo mercado. Un dato importante es el vencimiento de patentes que cuando pasan 20 años la empresa que tenía los derechos exclusivos los pierde y pueden ser comercializados por otras empresas, entre ellos los medicamentos llamados biotecnologías, retrovirales VIH sida, y oncológicos y en las nuevas legislaciones en el tema de vencimientos de patentes se introdujo la disposición Bolar para disminuir los tiempos de vencimiento de dichas patentes y se le da prioridad a la empresa dueña de la patente de sacar al mercado el medicamento genérico primero que otras empresas farmacéuticas.

Por otro lado, hablando de marketing el mercado farmacéutico incluye a todos los fármacos a precio de venta de laboratorio (PVL), todos los medicamentos no hospitalarios, los de prescripción, los denominados “semiéticos” (aquellos que se pueden vender sin receta médica, pero no se puede hacer publicidad entre los consumidores) y los publicitarios (antiguas EFG). Se excluyen otros canales como ventas directas del laboratorio (p.e. a hospitales, clínicas, residencias de la seguridad social, dirección general de sanidad, farmacias militares). Igualmente se excluyen las muestras gratuitas y las exportaciones.

Los medicamentos genéricos o de patente caducada (EFG) pueden ser producidos por diversos laboratorios farmacéuticos. El mercado libre de EFG es aquel en el que la compra o adquisición del fármaco se da de manera directa por los compradores en los puntos de venta (farmacias) y obedece a una transacción económica. Existe otro mercado con características de obligatoriedad que es cuando se proporciona EFG al consumidor por un sistema de salud determinado sin pago directo. En este último caso, la contención del gasto farmacéutico mediante la compra consolidada de medicamentos genéricos es una política. Comúnmente aceptada y bien valorada. En el caso de la producción y comercialización de medicamentos con patente caducada (genéricos), la tarea de la empresa (laboratorio farmacéutico) tradicionalmente ha consistido en examinar sus costos y su “buen hacer” en cada una de las actividades creadoras de valor y plantearse mejoras en las mismas. Tomando como base el modelo de cadena de valor de Mckinsey, es en la actividad de marketing donde más debiera trabajarse; en particular lo relacionado con los precios, envase y marca. Baste recordar que siempre que una empresa consiga hacer una actividad

mejor que sus competidores y a un coste más bajo (diferenciación), tendrá una ventaja competitiva respecto a ellos. Al respecto, la diferenciación entre productos genéricos suele hacerse en dos bloques. En el primero relacionado con la imagen del producto, las características de la demanda del mercado de medicamentos permiten a los oferentes realizar una diferenciación “ficticia” de su producto frente a otros similares mediante la utilización de una marca (v.g. medicamentos de “primer nivel”). La característica de la demanda que permite este comportamiento se resume en que el paciente no cuenta con los conocimientos necesarios que le permitirían discriminar entre dos medicamentos con igual principio activo pero que se presentan con marcas comerciales diferentes (asimetría en la información). La marca es interpretada por el paciente como un sello de calidad, una señal desde la oferta que identifica a los productos de mayor excelencia. Las marcas de las empresas farmacéuticas mejor posicionadas tienen una clara ventaja. En el segundo bloque, estaría la diferenciación basada en estrategias de marketing como precio (costes reducidos) y otras relacionadas con canales de distribución y puntos de venta (disponibilidad en redes de farmacias). al parecer la calidad técnica de las EFG está dada mayormente por su eficacia terapéutica, ya que los mismos no puede aparecer en el mercado hasta no haber cumplido con protocolos que así lo demuestren; sin embargo, hay atributos del producto que pueden ser valorados por los consumidores secundarios (médicos prescriptores), tal como la velocidad de absorción (rapidez); y por los consumidores finales (pacientes medicados), por ejemplo la comodidad posológica (compuestos farmacéuticos en una sola dosis). En estos casos si constituyen ventajas competitivas de los productos. Al igual que cuando el producto se

asocia a calidad y servicio (valores añadidos en la cadena de valor) que son los productos aumentados.

Objetivo

Conocer factores intervinientes en la prescripción médica de medicamentos genéricos en los mercados libre y obligatorio.

Método

Estudio observacional, prospectivo, de corte transversal, comparativo con un estudio español y otro argentino, los datos fueron recolectados de julio, agosto y septiembre del 2014, aplicando instrumento recolector de datos tipo mixto denominado pampefg-01 (ligeramente modificado al diseñado, validado y aplicado por A.J. García et al, 2002)

Población de estudio

El universo de estudio son médicos en ejercicio profesional y que efectúan prescripciones (recetas). Se consideraron tres grupos de profesionales médicos en el estudio (médicos contratados en farmacias, médicos de instituciones y médicos de práctica privada).

Muestra

La población muestral total estudiada fueron 330 médicos de la ciudad de Villahermosa, tabasco; se consideraron tres subgrupos: 132 médicos prescriptores que laboran en las cadenas farmacéuticas de la zona, 76 de instituciones (imss 17, issste 17, isset 18, ssa 18 y Pemex 6) y 122 de la práctica privada.

No.	Ítems	Extracción
1	Las EFG tienen la misma bioequivalencia y biodisponibilidad que los medicamentos de patente	.709
2	Las EFG consiguen el mismo efecto clínico que los medicamentos de patente (original de referencia)	.713

3	Generalmente las EFG no cumplen con el efecto terapéutico (tratamientos fallidos)	.660
4	El uso de las EFG aumentan el riesgo de efectos secundarios	.601
5	La EFG debe de ser esencialmente similar al medicamento original de referencia (medicamento de patente)	.752
6	Un EFG ofrece las mismas garantías de calidad del preparado por una marca comercial.	.815
7	La prescripción de EFG disminuye el gasto farmacéutico en atención primaria	.731
8	Las EFG deben usarse en sustitución de los medicamentos de patente por su bajo costo	.805
9	Normalmente receto medicamentos genéricos (Especialidades Farmacéutica Genérica)	.875
10	En mi centro de trabajo se prioriza la prescripción de las EFG	.876
11	El uso de EFG disminuye la capacidad de elección del médico en la prescripción de medicamentos	.671
12	Los médicos suelen obtener regalías por recetar medicamentos comerciales	.453
13	Se desconoce la calidad de los laboratorios que fabrican las EFG	.723
14	La mayoría de las EFG que existen en el mercado son piratas (copia ilegal)	.779
15	El uso de las EFG limita la creación e investigación de nuevas patentes	.624
16	Los pacientes valoran más los medicamentos de patente que las EFG	.737
17	Las EFG se encuentran disponibles en farmacias e instituciones de salud	.672
18	El farmacéutico (o dispensador de farmacia) puede decidir la venta o surtimiento de un fármaco entre una marca comercial o una genérica, a pesar de haber sido recetado por su composición genérica	.608

Factor	Definición	Número de pregunta
Factor Conocimiento	Hace referencia a los saberes o conocimiento de los médicos sobre las EFG.	5 y 6
Factor Disminución del Gasto Farmacéutico	Hasta qué punto contribuyen las EFG a la contención del gasto farmacéutico en opinión de los médicos.	7 y 8
Factor Competencia Profesional	Actitudes y aptitudes frente a la prescripción y dispensación de EFG por los médicos.	9 y 10
Factor Legal-Comercial	Opinión de los médicos acerca de que los medicamentos genéricos deben ser esencialmente similares a los fármacos originales y comercializados bajo el nombre de la sal o compuesto activo. Es la concordancia directa de las respuestas afirmativas y negativas de que las EFG son iguales a los de patente.	16 y 17

Resultados

Con relación a la formación profesional se encontró que los médicos generales (49%) y los médicos familiares (59%) tienen mayor aceptación o conocimiento sobre la eficacia y oportunidades que brindan las efg en comparación a los médicos especialistas (31%) $p = .000$, Edad media de 43 años, predominaron los varones 68%, En comparación con el estudio realizado en España con el título “Genéricos: ¿Buenos o malos? Conocimientos y actitudes de los médicos ante los medicamentos genéricos” donde se realizaron 1220 encuestas, Predominaron los médicos generales 48%, En Villahermosa Tabasco, 330 encuestas edad media de 41 años, género masculino 57%, Predominaron igualmente los MG 60%, Repuntan médicos jóvenes, varones, 25-34 años son los que están de acuerdo (55%) y totalmente de acuerdo (43%) con la disminución del gasto farmacéutico que representan las EFG. Los médicos más jóvenes y de menor antigüedad laboral y sin certificación medica son los que más recetan las EFG con una $P = .000$.

Factor Conocimiento: Médicos jóvenes y de familia más conocimiento, en Vhsa los MG., Factor Disminución G. F: Médicos Familiares. Mayor conoc. en Vhsa. Los MG , Factor Comp. Prof. Todos recetan EFG, en Vhsa. Ningún Médico Especialista., Factor Legal-C. Totalmente en desc. Dispensador decida, EFG debe ser similar a M. de marca = en Vhsa. Tab.

Factor Conocimiento: desacuerdo que EFG– Patente tengan mismo efecto (49%). Factor Gasto Farmacéutico. Están de acuerdo, igual que en Vhsa.



Factores				
	Conocimiento	Disminución del gasto farmacéutico	Competencia profesional	Legal-Comercial
Sector Institucional	50% (DA)	44% (DA)	46% (DA)	44% (TA)
Sector Privado	42% (TA)	38% (DA)	94% (D)	64% (DA)
Sector Farmacias	52% (DA)	52% (DA)	52% (DA)	100% (TA)

Conclusiones

A nivel institucional y consultorios de farmacias los médicos recetan EFG, lo que indica que hay un factor interno que hace que esto suceda. En el sector privado pasa lo contrario al no haber algo o alguien que modifique la percepción y actuación del médico su valoración prescriptiva es libre, por lo que estos optan por recetar lo que ellos consideran mejor para el paciente que en la mayoría de las veces son los medicamentos de patente o de marca.

Bibliografía

1. Tomás D. Arias. *Glosario de Medicamentos: Desarrollo, Evaluación y Uso*. 1ra edición. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
2. Josep Roca I Balasch. *Percepción: Usos y teorías*. Apunts: Educación Física i Esports. 1991; 25: 09-14.
3. Pedro Lorenzo Fernández, B. Lorenzo-Velázquez, Alfonso Moreno González, Ignacio Lizasoain Hernández, Juan Carlos Leza Cerro, María Ángeles Moro Sánchez, Antonio Portolés Pérez. *Farmacología: Básica y Clínica*. 18ª Edición. España. Editorial Médica Panamericana. 2011.
4. A. G. García, Luis Gandía. *Farmacología preclínica en el desarrollo de un fármaco*. 2001. Madrid, España: farmaindustria; 2001.
5. Matilde E. Molina. *Guía para la implementación de estrategias de medicamentos genéricos en los países de América latina y el Caribe como mecanismo para mejorar el acceso a medicamentos*. 1ra edición. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
6. J. Gutiérrez Godínez, J. Flores Hernández, F. Atonal Flores, J. Gutiérrez López. Los medicamentos genéricos: ¿más barato por lo mismo? *Rev. Buap*. 2011; vol. (81) pág. 41-47.
7. Redacción. En tabasco cuesta caro enfermarse [sit/dp]. Tabasco: diario presente; 14 de abril del 2013 [01 de diciembre del 2013]. www.diariopresente.com.mx
8. René Leyva-Flores, M.C., Joaquina Erviti-Erice, María de la Luz Kagayama-Escobar, Armando Arredondo. Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*. 1998; 40 (1): 1-8.
9. M. Quitián Salazar. Falsificación de medicamentos: un problema de salud pública. Bogotá, Colombia: universidad de nueva granada; 2010 [10 de septiembre del 2013]: www.anmat.gob.ar/comunicados.
10. Priego-Álvarez Heberto R. *Mercadotecnia en Salud. Aspectos básicos y operativos, proceso de compra en salud*. 3era. Edición. Red Iberoamericana de Mercadotecnia en salud. Villahermosa, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 2008.

Medicamentos genéricos intercambiables, una alternativa viable para la sociedad actual

Gloria Elena Sánchez Rodríguez¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: Un medicamento genérico es la especialidad farmacéutica con el mismo fármaco o sustancia activa y forma farmacéutica con igual concentración o potencia, que utiliza la misma vía de administración y que mediante pruebas reglamentarias requeridas, ha comprobado que sus especificaciones farmacológicas, perfiles de disolución o biodisponibilidad, son equivalentes a los medicamentos de referencia. **Objetivo:** Investigar cuáles son los precios de los medicamentos que habitualmente se tienen en casa, precio de patente y precio de genérico intercambiable así como conocer por supuesto en base a qué información deciden comprar dichos medicamentos. **Método:** Estadísticos: Encuestas y Entrevistas. **Resultados:** A la fecha, los medicamentos genéricos in-

tercambiables han resultado ser una alternativa viable, eficaz y que representa mayor apoyo económico para la sociedad, aunque generalmente estos fármacos son adquiridos, ya sea, por recomendación de algún vecino, o por la constante e incitante publicidad televisiva y de internet. De entre las encuestas aplicadas, se obtuvo que entre los medicamentos que más comúnmente se encuentran en casa, están los medicamentos para el dolor, para afecciones gastrointestinales y para el resfriado común. **Conclusiones:** Los medicamentos genéricos intercambiables representan un gran alivio económico en la gran mayoría de los hogares, a la vez que brindan una alternativa eficaz y viable.

Palabras clave: medicamentos genéricos, viable, eficaz, económico, alternativa, oportunidad, salud.

Introducción

La ley general de salud, en el artículo 226 enlistó los medicamentos y sus grupos para su apropiado suministro al público, pero se comenzará definiendo el concepto de medicamento genérico, que a menudo es confundido con el término “similar”, un medicamento genérico es la especialidad farmacéutica con el mismo fármaco o sustancia activa y forma farmacéutica con igual concentración o potencia, que utiliza la misma vía de administración y que mediante pruebas reglamentarias requeridas, ha comprobado que sus especificaciones farmacopéicas, perfiles de disolución o biodisponibilidad, son equivalentes a los medicamentos de referencia.

Teniendo en cuenta que según la clasificación emitida por la Ley General de Salud, al 5° y 6° grupo pertenecen todos aquellos medicamentos que no requieren receta médica y pueden expendirse en otros establecimientos que no sean farmacias, excepto, puestos semifijos, módulos móviles o ambulantes.

Sin embargo, la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) a efecto de incrementar el acceso efectivo y oportuno de la población a medicamentos aplicó los siguientes criterios a dichos medicamentos:

Que sean equivalentes, seguros, eficaces y de calidad.

Que las sustancias estén relacionadas con las principales causas de mortalidad (en mexicanos)

Que la patente haya expirado para no violar ningún derecho de propiedad (consulta al IMPI)

Que su monto de compra pública y privada represente ahorros significativos en las finanzas públicas y personales.

Pero no sólo la población puede adquirirlos de venta sin receta en las farmacias, sino que gran parte del abastecimiento de medicamentos genéricos intercambiables está bajo dominio del sector salud, en los Institutos de Seguridad Social, abasteciendo a sus derechohabientes con alrededor de un 85-90% de sus tratamientos con medicamentos genéricos, ya que estos representan un ahorro de 57 por ciento debido a que no cubren los gastos de investigación ni de publicidad que pagan los fármacos innovadores y actualmente representan seis por ciento del mercado de medicamentos en México.

Entre los medicamentos de venta sin receta médica, encontramos una gran variedad, siendo los primeros los llamados Antiinflamatorios No Esteroideos (AINE's), aquellos utilizados para el resfriado común, dolor de garganta y tos, descongestionantes, antialérgicos, antidiarreicos, antinauseosos, para salpullido y picazón, así como los multivitamínicos, medicamentos para bajar de peso, entre otros.

Objetivos

Generales:

Obtener información acerca de cuáles son los medicamentos que comúnmente se encuentran en casa

Específicos:

Investigar cuáles son los precios de los medicamentos que habitualmente se tienen en casa, precio de patente y precio de genérico intercambiable.

Conocer por supuesto en base a qué información deciden comprar dichos medicamentos.

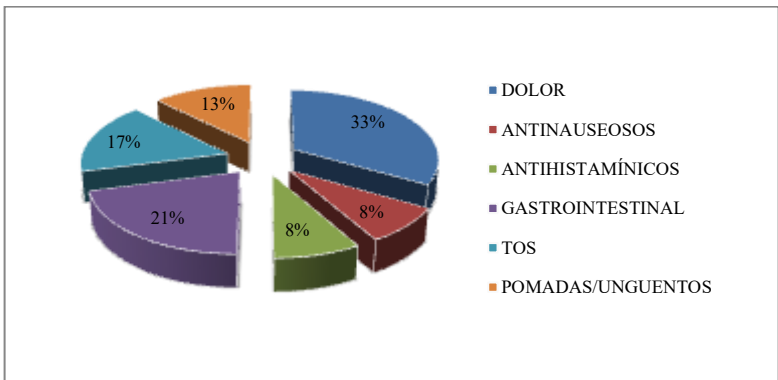
Método

Para la realización de este trabajo se utilizaron métodos estadísticos consistentes en la aplicación de encuestas a una muestra de 100 personas con los objetivos antes mencionados.

De igual forma se realizarán entrevistas en establecimientos definidos como farmacias, en las cuales se obtendrán datos, mismos que serán procesados para obtener un cuadro comparativo y un análisis costo-beneficio.

Resultados

De las encuestas aplicadas, se obtuvieron datos, los cuales son presentados en este trabajo a modo de gráficas, la primera gráfica permite conocer que de los medicamentos que comúnmente se tienen en casa, el 33% corresponde a fármacos antiinflamatorios no esteroideos, el 21% para afecciones gastrointestinales, el 17% lo refirieron como “medicina para la tos”, el 13% consiste en pomadas y ungüentos, en tanto que los medicamentos antinauseosos y los antihistamínicos tienen un 8% cada uno; lo cual se puede apreciar en el siguiente gráfico.

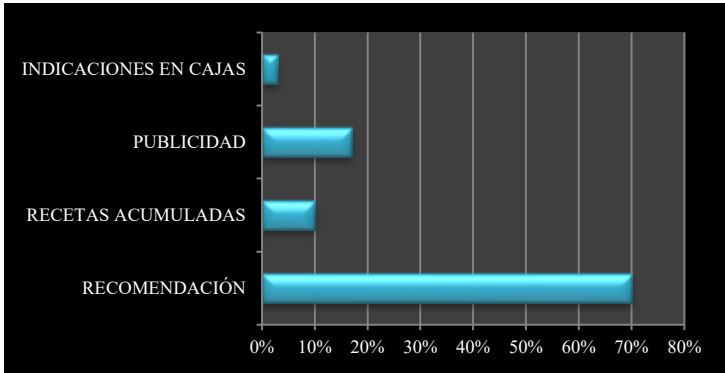


Respecto al costo beneficio que pueden tener estos medicamentos, a continuación se enlistan algunos de los precios de los medicamentos de patente y los genéricos intercambiables (mismos que fueron obtenidos de las encuestas aplicadas), ya que si realizamos una comparación entre la segunda y tercera columna que muestran los precios de dichos fármacos de patente y genéricos intercambiables respectivamente, se puede apreciar que los segundos pueden llegar a representar una alternativa de ahorro de hasta un 50% para quien requiere de consumirlos, si bien, estos medicamentos son los que habitualmente se encuentran en casa, imaginemos el caso de las personas que padecen o tienen un integrante en la familia que padece una enfermedad crónico degenerativa, si bien los medicamentos que les son prescritos con el nombre de patente ya están actualmente en existencia como genéricos intercambiables, se establece entonces la posibilidad de la población para adquirirlos y , por tanto colabora en la disminución del gasto familiar.

INGREDIENTE ACTIVO	PRECIO DE PATENTE	PRECIO DE GENÉRICO INTERCAMBIABLE
PARACETAMOL	\$43.95	\$26.50
NAPROXENO	\$128.50	\$95.50
IBUPROFENO	\$58.75	\$16.98
KETOROLACO	\$93.50	\$63.89
DIFENIDOL	\$43.50	\$25.84
LECHE DE MAGNESIA	\$64.00	\$21.50
ALBENDAZOL	\$94.50	\$64.50
OMEPRAZOL	\$51.95	\$51.95
LOPERAMIDA	\$101.95	\$60.95

En el siguiente gráfico se muestra el cómo las personas toman la decisión de adquirir estos fármacos, En la cual se muestra que el 3% se basa en leer las cajas donde vienen las indicaciones de los medicamentos, 70% los compra por recomendación de un amigo o vecino, el 10% por las recetas de tratamientos anteriores, refiriendo

do que por curiosidad preguntan y anotan para qué les prescriben los medicamentos, el 17% restante lo hace por ver la publicidad, recibir folletos e incluso por los constantes anuncios de televisión e internet.



Conclusión

Desde su aparición, los medicamentos genéricos intercambiables han resultado ser una alternativa viable y confiable para la población en general, pues si tan sólo tomamos en cuenta que la población total del estado de Tabasco al 2010 según datos del INEGI fue de 2,238,603 habitantes, de los cuales si hiciéramos un estándar de 5 personas por familia, en total serían 447,720.6 familias, y suponiendo que por familia hay de uno a dos infantes o incluso un integrante con una enfermedad crónico degenerativa, el costo por la obtención de medicamentos de patente sería elevado, lo cual condicionaría gravemente la mejoría del (los) paciente (s) en casa, de tal manera que tendrían que establecer prioridades al momento de adquirir el medicamento, cito un ejemplo a continuación:

Un integrante de la familia llega a consulta por una afección gastrointestinal, siendo diagnosticado con una infección y deterioro de la mucosa de tracto digestivo a causa de las constantes eva-

cuaciones, la familia, sabiendo que del tratamiento prescrito por el médico el antibiótico es la primera prioridad para cortar la infección, y al ser costosos los medicamentos establecidos por el médico, sólo podrán adquirir uno, dejando al paciente sin oportunidad de un tratamiento completo y efectivo para la reposición a su estado normal fisiológico; mientras que, si el paciente puede adquirir todo su tratamiento prescrito en medicamentos genéricos intercambiables, no sólo tendrá un tratamiento terapéutico completo, sino que tendrá la oportunidad de reducir sus gastos, logrando un desequilibrio menor al gasto familiar.

Es por esto, que en la actualidad, la gran mayoría de la población, prefiere adquirir medicamentos pertenecientes a la gama de genéricos intercambiables puesto que esta gran mayoría pertenece a la clase media, salvo cuando se presenta el caso de que el fármaco prescrito por el médico aún no ha “vencido” la patente, y debe pagar el monto por dicho medicamento, de lo contrario, el paciente al adquirir medicamentos genéricos intercambiables obtiene 2 grandes beneficios, obtiene un medicamento que le ayudará a mejorar su condición de salud, y la posibilidad de economizar al ser estos más económicos que los de patente.

Bibliografía

1. Singh M, Das RR. Zinc for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;6: CD001364. DOI: 10.1002/14651858.CD001364.pub4.
2. Kim SY, Chang YJ, Cho HM, Hwang YW, Moon YS. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;6:CD006362. DOI: 10.1002/14651858.CD006362.pub3.
3. Central Intelligence Agency; The World Factbook; fecha de consulta: 03 de abril de 2015; disponible en: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/mx.html>
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, fecha de consulta: 03 de abril de 2015; disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=27>
5. Criterios de liberación de medicamentos genéricos; Revista Suplemento de Medicamentos Genéricos; fecha de consulta: 03 de abril de 2015; disponible en: <http://www.suplementomedicamentosgenericos.com/>

6. Genéricos Intercambiables: calidad comprobable a un precio más bajo; Gaceta de salud; fecha de consulta: 27 de marzo de 2015; disponible en: http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_011002/pag13.htm
7. Aceves, Wendy; “Consumo de medicamentos genéricos y similares”, Agosto de 2008; fecha de consulta 29 de marzo de 2015; disponible en: <http://www.udg.mx/es/noticia/aumenta-consumo-de-medicamentos-genericos-y-similares>

Un modelo animal farmacológico actual y necesario: la rata diabética

Araceli Olivares Guerrero,¹ Hidemi Aguilar Mariscal,¹ Teresa Ramón-Frías,¹ Karla Lizet Beltrán Villalobos,¹ Myrna Déciga Campos¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: En farmacología, es necesario contar con modelos animales que permitan el estudio de los mecanismos de acción de fármacos antidiabéticos, ante la alta prevalencia de la diabetes mellitus en nuestro país. **Objetivo:** Caracterizar la rata diabética como un modelo animal para el estudio de la diabetes. **Método:** A tres grupos de ratas Wistar, macho, adulto, se administró por vía intraperitoneal 37, 50 y 70 mg/kg de estreptozotocina (ETZ) para inducir diabetes experimental. Se midió la glucemia, peso corporal, ingesta de agua y alimento y volumen urinario un día posterior a la administración de estreptozotocina y al cabo de 30 días. El desarrollo experimental se llevó a cabo en la Unidad de Producción, Cuidado y Experimentación de Especies Animales (UPCEA) de la DACS, UJAT. **Resultados:** Se encontraron diferencias significativas ($p < 0.05$) entre el grupo control y el grupo que recibió 50 mg/kg de EZT, mostrando este último hiperglicemia, polifagia, polidipsia y poliuria, y una pérdida importante de peso corporal. **Conclusiones:** La diabetes inducida con 50 mg/kg de estreptozotocina vía intraperitoneal, única dosis en la rata Wistar, es un buen modelo animal que asemeja la diabetes humana. La UPCEA de la DACS se constituye en un espacio físico que cumple los estándares normativos para la investigación experimental de la diabetes mellitus.

Palabras clave: modelo animal, diabetes, bioterio.

Introducción

El objetivo de la asignatura de farmacología en las escuelas de medicina es proporcionar al estudiante las bases teóricas y las habilidades intelectuales necesarias para la prescripción racional de medicamentos (Programa de Farmacología, 2010) y es en el campo de la farmacología donde los nuevos conocimientos han logrado un avance sustancial en el entendimiento de los mecanismos de acción de los medicamentos. Entre un gran número de

factores, dos factores han contribuido importantemente, uno es el uso de modelos animales *ad hoc* la implementación de un espacio físico, tradicionalmente llamado bioterio (Díaz, 2011) en escuelas de medicina y en institutos de investigación para el uso y manejo de animales de laboratorio (NOM-062). Por otro lado, la alta prevalencia de la diabetes en nuestro país, hace impostergables todos los esfuerzos que signifiquen conocer a profundidad esta patología. En la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, desde hace un quinquenio, un grupo de investigadores inició estudios sobre metabolismo de lípidos, centrándose en la diabetes mellitus y en el modelo animal de rata diabética inducida con estreptozotocina (Aguilar, 2011). Al respecto, un gran número de modelos animales de diabetes se han desarrollado en los últimos años, dentro de los cuales, los roedores son los más utilizados. Existe una gran cantidad de información que subyace el uso de la estreptozotocina, Este fármaco es una nitrosourea natural, producida por levaduras del género *Streptomycesachromogenes*, cuyo mecanismo de acción es metilar el ADN de las células pancreáticas beta y producir insulinoopenia, traducida en diabetes mellitus. Es necesario realizar investigaciones sobre la enfermedad a nivel clínico y preclínico. Por lo anterior, en este trabajo se describen las características de la rata diabética, que se ha convertido en un modelo animal farmacológico actual y necesario dada la epidemia de diabetes

Objetivo

Objetivo general

Caracterizar la rata diabética como un modelo animal para el estudio de la diabetes.

Objetivos específicos

Inducir diabetes experimental con estreptozotocina

Medir la letalidad, los niveles de glucosa en sangre, peso corporal, ingesta de agua y alimento en la rata bajo los efectos de estreptozotocina.

Método

Diseño experimental. Estudio preclínico y experimental, completamente al azar

Animales. Se utilizaron 40 ratas Wistar, macho, adulto con un peso corporal de 300-350 g, proporcionadas por la Unidad de Producción, Cuidado y Experimentación de Especies Animales (UPCEA) de la DACS, UJAT con libre acceso al agua y alimento. Los experimentos se realizaron bajo ciclos de luz/obscuridad de 12X12 y se iniciaron a la misma hora por la mañana (10:00 am). Cada animal se utilizó una sola vez y al término del experimento se sacrificaron en una cámara saturada de CO₂. Durante el estudio se siguieron los lineamientos éticos para investigación en animales de laboratorio (NOM-062). Para la inducción de la diabetes experimental, los animales se distribuyeron en cuatro grupos (n=10). El grupo I, II y III, recibió por vía intraperitoneal, 37, 50 y 70 mg/kg de estreptozotocina (Sigma Chemical, St.Louis, Mo.USA), respectivamente. El grupo IV recibió solución salina y fungió como grupo control. La administración de los fármacos se realizó después de 12 horas de ayuno. Se inició la observación de los animales al día siguiente de la administración de estreptozotocina y se registró el número de animales muertos al cabo de 72 horas. Se continuó con la observación y registro de glucemia, peso corporal, ingesta de agua y alimento y volumen de orina durante los siguientes días hasta 30 días. La glucemia se midió con un glucómetro Acu-Chek (Bayer, México, DF) mediante una punción en la vena de la cola de la rata y se realizó antes, y al 1, 2 y 30 días

posteriores a la administración de estreptozotocina. Los animales con un nivel de glucosa > a 250 mg/dl se consideraron diabéticos (American Diabetes Association, 2015)

Análisis estadístico. Todos los datos se presentaron como el promedio \pm desviación estándar, y para determinar la diferencia entre medias se utilizó la prueba de t-Student. Se aceptó una diferencia significativa a un valor de $p < 0.05$. Se utilizó el paquete Microsoft Office Excel 2010 y el programa estadístico SAS versión 11.

Resultados

Con respecto a la letalidad producida por estreptozotocina, en el grupo I, II y III, esta variable fue dependiente de la dosis, a las 72 h, se produjo un 0.0%, un 10% y un 70% de letalidad, respectivamente. La diabetes inducida también fue dependiente de la dosis, a 37 mg/kg de estreptozotocina no se produjo diabetes, mientras que a 50 mg/kg el 70% de los animales resultaron diabéticos y si bien, 70 mg/kg del fármaco diabetogenico indujo diabetes, el 70% de los animales falleció. Con relación a las variables metabólicas presentes en los animales que desarrollaron diabetes, en el Cuadro 1 se muestran los resultados con 50 mg/kg de estreptozotocina transcurridos 30 días del experimento.

Cuadro 1. Características metabólicas de la rata diabética

Característica metabólica	Control	Diabética
n	10	10
Hiperglucemia (mg/dl)	118 \pm 3.7	440.5 \pm 24.7*
Ingesta de alimento (g/día)	22.5 \pm 0.6	49.3 \pm 1.8*
Peso (kg) al cabo de 30 días	436.3 \pm 3.0	309 \pm 6.0*
Volumen de orina (ml/día)	4.85 \pm 0.7	120.3 \pm 6.29*
Ingesta de agua (ml/día)	38.7 \pm 2.0	174.3 \pm 5.7*

* $p < 0.05$ con respecto al control

En conjunto, nuestros resultados y lo señalado en la literatura indican que es necesario realizar más investigaciones para explorar mecanismos celulares y moleculares de defensa dañados en animales diabéticos y mecanismos no dañados en animales resistentes a estreptozotocina.

Conclusiones

1.- La diabetes inducida con 50 mg/kg de estreptozotocina vía intraperitoneal, única dosis en la rata Wistar, es un buen modelo animal que asemeja la diabetes humana

2.- La UPCEA de la DACS se constituye en un espacio físico que cumple los estándares normativos para la investigación experimental de la diabetes mellitus

Bibliografía

1. Aguilar-Mariscal, H. (2011). Diabetes mellitus: su investigación en Tabasco. *Diálogos* 37: 15-21
2. American Diabetes Association (ADA). 2015. Diabetes care. Standards of medical care in diabetes 2015: summary of revisions. Localizado en internet www.care.diabetesjournals.org/content/738/Supplement_1/54.full
3. Díaz, G. (2011). El bioterio. *Gaceta Biomédicas Año 18 Número 2*. Localizado en internet www.biomedicas.unam.mx el 1 de abril del 2015
4. NOM-062-ZOO-1999. Norma oficial Mexicana. Especificaciones técnicas para la producción, cuidado y uso de animales de laboratorio. Localizado en internet www.dof.mx el día 26 de marzo del 2015
5. Programa de farmacología (2010). Plan de estudios de la Escuela de Medicina, DACS, UJAT. Localizado en internet www.ujat.mx el día 8 de abril del 2015.

Competencias profesionales enfermería en el sistema educativo superior

Fabiola Morales Ramón,¹ Aralucy Cruz León,¹ Adelfo García Jimenez,¹ Gabriela Vicente Ruiz,¹ Raquel Cutz Sobrino¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: La formación de las enfermeras también ha tenido dificultades para mantenerse a la altura de las exigencias. Las inversiones en formación profesional de salud en todo el mundo son insuficientes para satisfacer las necesidades. Es necesario desarrollar un sistema de formación y de aprendizaje

orientado a mejorar los resultados de los sistemas de salud adaptando las competencias profesionales centrales a determinados contextos, aprovechando a la vez conocimiento mundial. **Objetivo:** Reflexionar sobre las competencias que el profesional de enfermería posee de acuerdo a los estándares competitivos que las instituciones de educación superior y de salud establecen para el ejercicio de la profesión. **Método:** La interdependencia de los sectores de salud y de formación tiene gran importancia y un equilibrio entre los dos sistemas es crucial para la eficiencia, la eficacia y la equidad. Desarrollar un sistema de formación y de aprendizaje orientado a mejorar los resultados de los sistemas de salud adaptando las competencias profesionales centrales a determinados contextos, aprovechando a la vez el conocimiento mundial. Esto implicaría para el sistema de salud, un conversación activa, entre los sectores de la salud y de la formación, sobre la planificación y el desarrollo de los recursos humano. Una de las dimensiones de la relación entre las instituciones educativas y la sociedad se refiere a la posibilidad de asegurar que los conocimientos obtenidos en las aulas serán transferidos a los contextos concretos en los que ocurren las prácticas profesionales. **Conclusión.** Las competencias profesionales constituyen un término que enfoca la respuesta integral de la personalidad en una situación determinada, en la que tiene, para resolver eficazmente las dificultades que se le presentan, que combinar una serie de conocimientos, actitudes, destrezas, habilidades, sino generar procesos formativos de mayor calidad, pero sin perder de vista las necesidades de la sociedad, de la profesión, del desarrollo disciplinar y del trabajo académico.

Palabras clave: Competencias, profesión, educación, enfermería.

Introducción

Las competencias profesionales de enfermería se desarrollan en un contexto teórico y práctico que permite brindar un cuidado integral a la población. La formación de enfermeras también ha tenido dificultades para mantenerse a la altura de las exigencias. El fenómeno de la globalización con el Tratado Libre Comercio [TLC] trae consigo; intercambio de servicios, profesionales, educativos, y de atención de enfermería, la cual se ha derivado la necesidad de construir los procesos de acreditación y certificación, así como, procedimientos e infraestructura para elevar la calidad de la educación y de la práctica profesional, de tal forma que en un plazo relativamente corto, las instituciones formadoras de talento humano de enfermería y sus egresados, se encuentren en condiciones de competir con homólogos de otros países.

Por lo anterior el presente trabajo tiene la finalidad de reflexionar sobre las competencias que el profesional de enfermería posee de acuerdo a los estándares de competitivas que las instituciones de educación superior y de salud establecen para el ejercicio de la profesión.

Método

En los últimos decenios, hemos visto cambios en las cargas de la enfermedad, como en la demografía. La pesada y creciente carga de las enfermedades no transmisibles (ENT), entre ellas los desórdenes mentales y el envejecimiento de la sociedad, ha obligado a las administraciones y a las profesiones de salud a pensar de manera diferente. Esto ha conducido a considerar más la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y a cambiar el centro de interés del lugar de la prestación de los cuidados de las instituciones para ponerlo en una atención primaria de salud basada en la comunidad. Por otra parte, los nuevos riesgos de infecciones, del medio ambiente y del estilo de vida, en unos tiempos de rápidos cambios demográficos amenazan la seguridad de la salud de todos (Frenk et al 2010).

Esto ha traído consigo la necesidad de reorientarse hacia los cuidados holísticos, en particular hacia los cuidados centrados en la persona y un criterio del transcurso de la vida. La formación de las enfermeras también ha tenido dificultades para mantenerse a la altura de las exigencias. Hay problemas de sistema en lo que se refiere a la formación de los profesionales de salud y también una falta de correlación entre las competencias con las necesidades del paciente y de la población, una persistente estratificación de género del estatus profesional, desequilibrios cuantitativos y cualitativos en las profesiones de cuidados de salud (Frenk et al 2010).

Como el Consejo Internacional de Enfermería [CIE] ha identificado (2009), la capacidad de los programas de formación para preparar titulados de enfermería clínicamente seguros y competentes se ve frecuentemente mermada por la importancia y asignación de tiempo, insuficientes, dedicados al aprendizaje clínico; la falta de unos resultados de la formación claramente definidos; el empleo de métodos ineficaces de docencia clínica; unos lugares de docencia inadecuados, de calidad deficiente o multitudinarios; y la falta de buenos modelos funcionales clínicos. Además, el profesorado de enfermería comparte los mismos problemas demográficos que el resto de los recursos humanos.

La interdependencia de los sectores de salud y de formación tiene gran importancia y un equilibrio entre los dos sistemas es crucial para la eficiencia, la eficacia y la equidad. Hay dos coincidencias de importancia crítica: la primera es el mercado de trabajo, que gobierna la adecuación o la inadecuación entre la oferta y la demanda de profesionales de salud; y la segunda es la escasa capacidad de muchas poblaciones, especialmente las de personas pobres, para traducir sus necesidades de salud y de educación en una demanda eficaz de los correspondientes servicios (Frenk et al 2010).

Hasta hoy, los mercados de trabajo se han caracterizado muchas veces por múltiples desequilibrios, entre ellos el más importante en cuanto a la seguridad del suministro se relaciona con la escasez, el desempleo y el subempleo de los profesionales de salud. Igualmente, como antes se ha señalado, las administraciones influyen muy frecuentemente en el número de los profesionales de salud para responder a situaciones políticas dominadas por preocupacio-

nes financieras más bien que por la racionalidad del mercado o por la realidad epidemiológica.

La formación profesional está cada vez más vinculada a la planificación de los recursos humanos y esto podría permitir que se compartieran de manera más rápida los planes de estudios y las competencias. (Frenk et al (2010) refiere que existen cinco características de la globalización de la formación de los profesionales: Tener cada vez más un depósito mundial de talento de profesionales de salud, una aspiración y un desafío universales de la atención primaria de salud que se produce en contextos muy diferentes, interdependencia creciente en todos los asuntos de salud, un movimiento de las instituciones hacia el establecimiento de instalaciones afiliadas en otros lugares y la expansión de la salud mundial como campo para la investigación.

Es claramente necesario desarrollar un sistema de formación y de aprendizaje orientado a mejorar los resultados de los sistemas de salud adaptando las competencias profesionales centrales a determinados contextos, aprovechando a la vez el conocimiento mundial. Para muchos sistemas de salud, esto exigirá una conversación activa, entre los sectores de la salud y de la formación, sobre la planificación y el desarrollo de los recursos humanos. Los actuales desequilibrios sistémicos implican un despilfarro y ambos sistemas son demasiado lentos para responder, por esta desconexión. Todos los profesionales de salud, incluidas las enfermeras, deben estar formados para aplicar el conocimiento y el razonamiento crítico y una conducta ética de manera que estén preparados para formar parte de unos sistemas de salud centrados en el paciente y en la población en tanto que miembros de equipos que

responden en el plano local y están conectados en el plano mundial (Frenk et al 2010).

En el presente trabajo se aborda el término competencia el cual aparece en los años 70, especialmente en las investigaciones del psicólogo de la Universidad de Harvard, *David McClelland*. En sus estudios, demuestra que lo que distinguía el desarrollo profesional era una serie de características como valores personales, rasgos de personalidad, de motivaciones que podían medirse a través de los comportamientos observables. El término competencias aún encuentra antecedentes más atrás, en el año 49, cuando *T. Parson* elabora un esquema conceptual que permitía estructurar las situaciones sociales, según una serie de variables dicotómicas *achievement vs ascription* (resultados vs buena cuna) que en esencia consistía en valorar a una persona por la obtención de resultados en lugar de hacerlo por una serie de cualidades que le son atribuidas de una forma más o menos arbitraria, representando un anhelo a conquistar en cualquier rama de la producción y los servicios.

En relación al currículo y competencias en la Educación Superior [ES] en la Declaración de Granada sobre estándares de Educación Superior (2001) se manifiesta la necesidad de los procesos de cambio para la mejora en las instituciones universitarias y una de las demandas planteadas a estas instituciones en dicha declaración, consistió en la de identificar y definir explícitamente las competencias finales que sus alumnos habrán de haber adquirido en el momento de graduarse, teniendo en cuenta las necesidades sociales. La sociedad espera que los conocimientos obtenidos en las aulas puedan ser utilizados para resolver situaciones de las prácticas profesionales concretas. La necesidad de responder más ade-

cuadramente al cambio social y tecnológico, como también a la organización del trabajo para adaptarse al cambio, por la casi extinción del ejercicio profesional individual, hace que la educación superior adopte el enfoque de competencias.

El modelo curricular basado en competencias pretende enfocar los problemas que abordarán los profesionales como eje para el diseño. Se caracteriza por: utilizar recursos que simulan la vida real, ofrecer una gran variedad de recursos para que los estudiantes analicen y resuelvan problemas, enfatizan el trabajo cooperativo apoyado por un tutor y abordan de manera integral un problema cada vez.

La educación basada en competencias es una propuesta de formación profesional más actualizada y de mayor calidad y pertinencia, planteando un cambio en el énfasis, puesto tradicionalmente en la enseñanza, hacia el aprendizaje. El currículo dirigido a la formación por competencias implica construirlo sobre núcleos problemáticos al que se integran varias disciplinas, currículo integrado, y se trabaja por procesos y no sobre contenidos. Esto acarrea un replanteo de la didáctica de la educación

Desde el aspecto legal del ejercicio profesional de enfermería, el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería, A.C. [COMCE] es un organismo auxiliar de la Secretaría de Educación Pública en la Vigilancia del Ejercicio Profesional, a través del Reconocimiento de Idoneidad SEP/DGP/CP/012/07 por contar con procesos idóneos para certificar conocimientos, experiencia y desempeño ético de los profesionales de enfermería. Dicho consejo es de carácter: jurídico, técnico, laico, autónomo, no lucrativo y de representación nacional por lo que su finalidad es promover e instrumentar procesos de evaluación de conocimientos, habilida-

des, destrezas y valores a través de un Sistema Nacional de Certificación y Recertificación Profesional, confiable, transparente, ético, legal y equitativo, se rige por las leyes conducentes y vigentes en los Estados Unidos Mexicanos y por su Estatuto.

Las normas de competencia se conciben como *una expectativa de desempeño en el lugar de trabajo*, referente con el cual es posible comparar un comportamiento esperado. De este modo, "la norma constituye un patrón que permite establecer si un trabajador es competente o no, independientemente de la forma en que la competencia haya sido adquirida" (Morfín, 1996).

Desde esta perspectiva, lo importante no es la posesión de determinados conocimientos, sino el uso que se haga de ellos. Este criterio obliga a las instituciones educativas a replantear lo que comúnmente han considerado como formación. Bajo esta óptica, para determinar si un individuo es competente o no lo es, deben tomarse en cuenta las condiciones reales en las que el desempeño tiene sentido, en lugar del cumplimiento formal de una serie de objetivos de aprendizaje que en ocasiones no tienen relación con el contexto.

De este modo, un currículo por *competencias profesionales integradas* que articula conocimientos globales, conocimientos profesionales y experiencias laborales, se propone reconocer las *necesidades y problemas de la realidad*. Tales necesidades y problemas se definen mediante el *diagnóstico de las experiencias de la realidad social, de la práctica de las profesiones, del desarrollo de la disciplina y del mercado laboral*. Esta combinación de elementos permiten *identificar las necesidades* hacia las cuales se orientará la formación profesional, de donde se desprenderá también la *identificación de las competencias profesionales integrales*

o genéricas, indispensables para el establecimiento del perfil de egreso del futuro profesional.

El modelo de competencias profesionales integrales establece tres niveles, las competencias básicas, las genéricas y las específicas, cuyo rango de generalidad va de lo amplio a lo particular. Las *competencias básicas* son las capacidades intelectuales indispensables para el aprendizaje de una profesión; en ellas se encuentran las competencias cognitivas, técnicas y metodológicas, muchas de las cuales son adquiridas en los niveles educativos previos (por ejemplo el uso adecuado de los lenguajes oral, escrito y matemático). Las *competencias genéricas* son la base común de la profesión o se refieren a las situaciones concretas de la práctica profesional que requieren de respuestas complejas. Por último, las *competencias específicas* son la base particular del ejercicio profesional y están vinculadas a condiciones específicas de ejecución.

La propuesta de la educación profesional por competencias integrales implica replantear la relación entre la teoría y la práctica. Sin embargo, para fines de análisis es necesario desagregar los saberes implicados en saberes prácticos, saberes teóricos y saberes valorativos. Los *saberes prácticos* incluyen atributos (de la competencia) tales como los *saberes técnicos*, que consisten en conocimientos disciplinares aplicados al desarrollo de una habilidad, y los *saberes metodológicos*, entendidos como la capacidad o aptitud para llevar a cabo procedimientos y operaciones en prácticas diversas. Por su parte, los *saberes teóricos* definen los conocimientos teóricos que se adquieren en torno a una o varias disciplinas. Finalmente, los *saberes valorativos*, incluyen el *querer hacer*, es decir, las actitudes que se relacionan con la predisposición y motivación para el autoaprendizaje, y el *saber convivir*, esto es, los

valores asociados a la capacidad para establecer y desarrollar relaciones sociales.

Conclusiones

El fenómeno de la globalización es un hecho que no se puede negar; como contexto general se impone en todos los ámbitos de la sociedad, y el educativo no es la excepción. Actualmente, la educación por competencias es claramente una tendencia en nuestro país, la cual se extiende a la mayoría de los centros educativos. Su presencia dentro del panorama educativo requiere ser estudiada, para conocerla y comprenderla, además de identificar las opciones que hay para su implementación y para elegir la que pueda adecuarse a las características e historia de la institución.

El modelo educativo por competencias profesionales integradas para la educación superior es una opción que busca generar procesos formativos de mayor calidad, pero sin perder de vista las necesidades de la sociedad, de la profesión, del desarrollo disciplinar y del trabajo académico. Asumir esta responsabilidad implica que la institución educativa promueva de manera congruente acciones en los ámbitos pedagógico y didáctico que se traduzcan en reales modificaciones de las prácticas docentes; de ahí la importancia de que el maestro también participe de manera continua en las acciones de formación y capacitación que le permitan desarrollar competencias similares a aquellas que se busca formar en los alumnos.

En la que se presente como una red conceptual amplia, que hace referencia a una formación integral del ciudadano, por medio de nuevos enfoques, como el aprendizaje significativo, en diversas áreas: cognoscitivas (saber), psicomotoras (saber hacer, actitudes), afectivas (saber ser, actitudes y valores).

Bibliografía

1. Consejo Internacional de enfermeras (2014). Las enfermeras: Una fuerza para el cambio. Recuperado de http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/DIE2014.pdf
2. Coordinación General de Universidades Tecnológicas (2008). Manual para la difusión del modelo de educación basada en competencias del subsistema de universidades tecnológicas. Recuperado. [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/175F17B630D2EA2105257B6B00725E81/\\$FILE/MEBCSUTMANUAL.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/175F17B630D2EA2105257B6B00725E81/$FILE/MEBCSUTMANUAL.pdf)
3. Declaración de Granada sobre estándares en la Educación Médica de Pregrado (2001). Recuperado. http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol18_1_04/ems08104.htm
4. González, González, M. y Ramírez Ramírez, I. (2011). La formación de competencias profesionales: un reto en los proyectos curriculares universitarios. *Odiseo, revista electrónica de pedagogía*, 8 (16). Recuperado el {día, mes y año} a partir de: <http://www.odiseo.com.mx/2011/8-16/gonzalez-ramirez-formacion-competencias.html>
5. Victorino, F.C., y Medina M. G. (2007) Educación basadas en competencias y el proyecto Tunning en EuropaLatinoamérica. Recuperado. <http://www.observatorio.org/colaboraciones/2007/TuningEuropayALLiberoVictorionoRamirez%2011oct07.pdf>

Percepción y cumplimiento del trato digno como indicador de calidad en la atención de enfermería en derechohabientes de una institución de salud, Tabasco 2014

Silvia Martínez de los Santos¹ Francisca Gómez Hernández¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: El trato digno es una dimensión de los principios éticos propuesta como componente de la calidad de la atención, que con frecuencia se incumple, debido a múltiples factores. **Objetivo:** Evaluar la percepción de trato digno como indicador de calidad de la atención de enfermería en el área de hospitalización. **Método:** La población estudiada fueron 84 derechohabientes hospitalizados y 70 enfermeros(as). El muestreo fue no probabilístico, se aplicaron dos cuestionarios, uno dirigido a medir el cumplimiento del indicador trato digno, desde la percepción de los pacientes y en el otro, la perspectiva del personal de enfermería. **Resultados:** La mayoría de los derechohabientes encuestados eran mujeres con una edad media que rebasaba los 55 años, el 27.4% tenía nivel de licenciatura, eran casados(as) y el 59.5%, percibió que le brindaban un trato digno; los indicadores citados fueron: trato respetuoso al paciente, cortesía, respeto a la individualidad, asistencia sistemática del personal, orientación oportuna, identificación del paciente por su nombre, información de cómo llamar al personal, atención de salud e higiene física. Esta percepción positiva, coincidió con la del personal de enfermería, aunque con porcentajes más elevados. La mayor dificultad referida por el personal de enfermería, fue el uso inadecuado del lenguaje en un 50%, y el 47.6% refirió que no propicia una es-

tancia agradable. **Conclusión:** La percepción del paciente y del personal de enfermería del trato fue muy buena en cuanto al cumplimiento de las normas, el trato cortés y la observancia de uno de los principios básicos de enfermería respetar la individualidad.

Palabras claves: percepción, trato digno, calidad de la atención, ética en enfermería, cuidados de enfermería.

Introducción

Enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual. Su objeto es el “cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad” en todas las etapas de la vida dentro del espectro salud-enfermedad (1)

La percepción del usuario se construye a partir de sus expectativas, la satisfacción de sus necesidades y los resultados obtenidos del proceso de atención, reflejando el grado de satisfacción con la atención y la calidad de los servicios recibidos (2)

La percepción es un proceso complejo que depende tanto de la información que el mundo entrega, como de la fisiología y las experiencias de quien percibe; enfocando la percepción con el cuidado de enfermería, se puede afirmar que la calidad se juzga según la percibe el paciente y no según la ve el proveedor (1).

En México, se ha mantenido el interés por mejorar la calidad y efectividad en la entrega de los servicios de salud a la población, sana o enferma, sin importar su estatus social, raza o creencias. Éste interés está dirigido a lograr la satisfacción de los pacientes y familiares introduciendo actividades asistenciales, docentes y de investigación en cada uno de los establecimientos de salud (4).

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común, a partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que

beneficia a la organización otorgante de los servicios, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas (8)

En la presente investigación se pretende conocer la percepción del trato digno de los derechohabiente del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) “Dr. Daniel Gurria Urgell” y la calidad de la atención de los cuidados proporcionados por el personal de enfermería adscrito a dicha unidad, debido a que en la actualidad la atención en los cuidados que brinda el personal de enfermería en instituciones públicas y privadas es objeto de constantes quejas y esto es una preocupación en la sociedad.

Métodos

Se trata de un estudio observacional descriptivo, de corte transversal realizado en el periodo de enero-julio 2014; el universo estuvo conformado por 84 derechohabientes del servicio de hospitalización y 70 enfermeras de los diferentes turnos del mismo servicio, cifras obtenidas a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia.⁴

Para realizar este estudio, se tomaran como criterios de inclusión:

a) Ser derechohabientes del ISSSTE con dos días de estancia hospitalaria como mínimo, estén conscientes y tengan 18 años o más en el momento de la encuesta.

b) Para el personal de enfermería que se encuentre adscrito a la plantilla que labora en el área de hospitalización o personal suplente con interinato.

La información se obtuvo mediante dos encuestas las cuales se aplicaron una a derechohabientes denominado, “Percepción del trato digno en pacientes hospitalizados del ISSSTE”. El instrumento utilizado fue el formato número 1 de recolección de datos Trato Digno de la SSA, modificado con respuestas tipo Likert, validado con un alfa de Cronbach de 0.78; y otra para el personal de enfermería, denominada “Indicadores de la calidad en los cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados”, la cual consta de 27 reactivos. Los instrumentos fueron aplicados por la investigadora principal.

Las escalas de medición en ambos casos, se obtuvieron según la sumatoria de cada variable quedando agrupadas en cuatro clases en función de la puntuación obtenida: Muy Bueno, Bueno, Regular y Malo. Los datos se procesaron en el software estadístico Statistical Product and Service Solutions (SPSS versión 22). Se analizaron las variables cuantitativas con medidas de tendencia central y las cualitativas con frecuencias y porcentajes. Sus resultados se presentan en cuadros y gráficas.

Para la medición del cumplimiento (semaforización) del indicador del trato digno en la atención de Enfermería, se evalúa con la siguiente escala según INDICAS:

SEMAFORIZACIÓN	PORCENTAJE
VERDE = EXCELENTE	>90%
AMARILLO= BUENO	< 90% y >70%
ROJO = MALO	< 70%

Resultados

Un sistema de salud ofrece un trato adecuado cuando las actividades y las relaciones institucionales se planean considerando las legítimas expectativas de los usuarios que dicho sistema sirve.

En México, la evaluación de la calidad de la atención de Enfermería, data de los 90’s cuando la Subdirección de Enfermería

realizó un Informe de la Primera Evaluación, estándares que fueron validados en el 2001, y se consideraron como reglas de oro para evaluar algunos procedimientos que realiza dicho gremio. De ahí que la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, y la CIE, en el 2002 dieran inicio al desarrollo del proyecto Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería, situación en la que se dieron a conocer diversos indicadores a medir, seleccionados por su importancia en el control de riesgos y daños innecesarios al paciente.

Los Indicadores de calidad en el cuidado en Enfermería que desarrollo la CIE fueron: Ministración de medicamentos vía oral; vigilancia y control de venoclisis instalada; vigilancia y control de sonda vesical instalada; prevención de caídas en pacientes hospitalizados; prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados, indicadores que se encuentran en la dimensión de proceso según la estructura de Donabedian. En la dimensión interpersonal establecieron el de trato digno, el cual se refiere a la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria. Éste se basa en el Código de ética para enfermeras y enfermeros en México (12)

En la Secretaría de Salud se inició en 1997 el Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica. Desde entonces, y hasta el final del año 2000, fue implantado en 28 estados de la República. Este programa, coordinado por la Dirección de Calidad de la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, incluyó la primera evaluación del nivel de calidad de unidades de primero y segundo niveles en la historia de esta institución, así

como la capacitación de cientos de directivos y personal de dichas unidades.

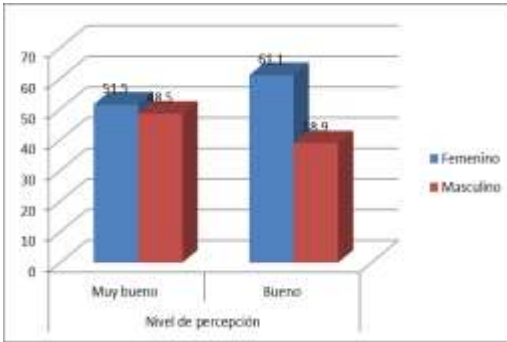
La Secretaría de Salud impulsó también la certificación de los hospitales “amigos de la madre y el niño” y la certificación de jurisdicciones sanitarias. A través del Consejo de Salubridad General se inició en 1999 el Programa de Certificación de Hospitales, cuyos resultados cuantitativos rebasaron las expectativas fijadas, no así en lo cualitativo del proceso, pues se identificaron importantes problemas que pusieron en riesgo su credibilidad.

El sistema de salud mexicano, con la convicción de mejorar los servicios y eliminar la poca confianza que le otorga la población, desarrolla la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), la cual, propone abatir las inequidades entre entidades, instituciones y niveles de atención, tomando como eje de acción a los recursos humanos del mismo sistema, ubicando al personal de enfermería como vector de calidad con apego al respeto de la dignidad humana, bajo principios éticos y científicos.

En el presente estudio se halló que el 79% de los encuestados considero que en cuanto a la dimensión trato digno, la atención que le proporcionaron en el hospital durante sus días de estancia fue muy buena, y el 21%, la califico como buena.

En relación al nivel de percepción del trato digno por SEXO (género), se encontró que el 51.5% de las féminas evalúan el trato digno como muy bueno y el 61.1 % como bueno.

Figura 2. Nivel de percepción del trato digno en derechohabientes hospitalizados por género en una institución de salud, 2014.



Fuente: encuesta “Percepción del trato digno en pacientes hospitalizados del ISSSTE” aplicado a los derechohabientes hospitalizados del Hospital ISSSTE “Dr. Daniel Gurria Urgell” 2014

En relación al indicador que más se cumplen son: el paciente percibe que siempre se le trata con respeto en un 86.9% y se presenta con el 82.1 % con una semaforización amarilla. En cuanto al uso del lenguaje adecuado el 50% no lo realiza y 47.6 % no propicia la estancia agradable.

En el análisis de los datos sociolaborables del personal de enfermería: el 77% corresponde al sexo femenino y el 23 % al masculino.

En relación con el estado civil, el 50% son casadas(os), el 37 % soltera (o) y el 13 % corresponde a unión libre. En cuanto a los turnos en que trabaja el personal de enfermería, el 30% es del turno vespertino, el 27% es del turno matutino, el 26% es del turno de fin de semana y el 17% corresponde al turno nocturno. En relación a la categoría que desempeña el personal de enfermería, el 40% corresponde a enfermera General, el 39% son enfermeras (o) auxiliar y son pocos con categoría de especialidad 21%.

Conclusión

La percepción sobre el trato digno en cuidados de enfermería en derechohabientes hospitalizados lo evalúan en un nivel muy bueno, en su mayoría son del género femenino en edades entre 50-59 años de edad, los cuales son casados y empleados de una institución pública, su estancia hospitalaria estuvo entre 1 a 2 días. En cuanto a la escolaridad de los derechohabientes la mayoría tienen estudios de primaria y licenciatura y pertenecen a un nivel socio-económico medio.

Bibliografía

1. Segura Granados KI, Miranda García CM. Percepción de la calidad del cuidado que percibe el adulto por profesional de enfermería. Revista electrónica de investigación en enfermería FESI-UNAM. 2012 Agosto; 1(2).
2. García Gutierrez C, Cortés Escarcéga I. Percepción del usuario del trato digno por enfermería del Estado de México. Revista CONAMED. 2012 Enero - Marzo; 17(1).
3. Puebla Viera DC, Ramírez Gutierrez A, Ramos Pichardo P, Moreno Gómez MT. Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro social. 2009; 17(2).
4. Barragán JA, Moreno Mojica CM. Calidad Percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. Enfermería Global. 2013 Enero; 12(1).
5. De la Fuente Maldonado VM, Omaña Martínez V, Campos Castolo M, Zavala Suárez E. Evaluación de la satisfacción de mujeres que se realizan una interrupción legal del embarazo, con base al indicador del trato digno. Revista CONAMED. 210 Julio-Septiembre; 15(3).
6. Álvarez De la Rosa AE, Olivares Ramírez C, Cadena Estrada JC, Olvera Arreola SS. Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería. Enfermería neurológica. 2012; 11(2).

Ejercicio Profesional de Enfermería en la Atención Domiciliaria

Aralucy Cruz León,¹ Rosa Ma. Arriaga Zamora,¹ Verónica Guadalupe Carrera Paz,¹ Elizabeth Aguilar Aristegui¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: El perfil de enfermería tiene como una de las competencias para el ejercicio profesional el ámbito asistencial dentro de las que se encuentra la Atención domiciliaria (ATDOM) que se implementa como una estrategia prio-

ritaria que permite el abordaje de grupos en mayor riesgo con el objetivo de ofrecer orientación y apoyo al individuo y su familia sobre todo de aquellos que por situación de su condición física y edad no puedan desplazarse a un centro de salud. **Objetivo:** Explorar el campo de la ATDOM como ejes autónomo del ejercicio profesional de enfermería. **Método:** La ATDOM es la forma tradicional del cuidado de enfermería comunitaria, ya que permite observar el hogar, la interrelación de sus miembros, impartir enseñanza, descubrir otros problemas de salud. En esta modalidad realiza acciones de control durante el ciclo vital de la persona sana o enferma como la inmunización, la detección de enfermedades con enfoque de riesgo y la prevención de complicaciones. Esta práctica permite generar mayor confianza y seguridad en el individuo y su grupo familiar, una participación más amplia y sincera de la familia ya que esta se efectúa en su propio medio procurando un cambio en el comportamiento y facilitando la vigilancia de la evolución de los logros alcanzados. En el trabajo en APS, esta posibilidad se ve enriquecida por la ATDOM, ya que se otorga una valoración integral, permite entregar un cuidado de las mismas características que va dirigido hacia la satisfacción, tanto de las necesidades fisiológicas, como aquellas necesidades superiores. **Conclusión:** Las enfermeras profesionales requieren incidir en un modelo más participativo dentro de sus competencias independiente de la práctica que resulten más productivo y realista mediante el aporte de sus conocimientos, experiencias y habilidades, para identificar fortalezas y debilidades individuales, guardando el respeto por los valores y creencias de las personas.

Palabras claves: Atención Domiciliaria, enfermería, ejercicio profesional

Introducción

El perfil de la enfermería profesional tiene como una de sus competencias para el ejercicio profesional el ámbito asistencial dentro de las que se encuentra la Atención domiciliaria [ATDOM]. Esta competencia surge como una estrategia prioritaria que permite el abordaje de grupos en mayor riesgo con el objetivo de ofrecer orientación y apoyo al individuo y su familia sobre todo de aquellos que por situación de su condición física y edad no puedan desplazarse a un centro de salud.

Como toda disciplina posee un cuerpo de conocimiento científico que es el cuidado y que es aplicado desde un marco conceptual metodológico que es el proceso de enfermería dirigido al individuo, familia y comunidad. Dentro de este ámbito de competencia la ATDOM ha surgido como la forma tradicional del cuidado de enfermería comunitaria, ya que permite observar el hogar, la inter-

relación de sus miembros, impartir enseñanza, descubrir otros problemas de salud. En esta modalidad realiza acciones de control durante el ciclo vital de la persona sana o enferma como la inmunización, la detección de enfermedades con enfoque de riesgo y la prevención de complicaciones. Aunque en la actualidad esta dirección se está moviendo al ámbito del cuidado en la dependencia y paliativa de las Adulto Mayores.

Esta práctica permite generar mayor confianza y seguridad en el individuo y su grupo familiar, una participación más amplia y sincera de la familia ya que esta se efectúa en su propio medio procurando un cambio en el comportamiento y facilitando la vigilancia de la evolución de los logros alcanzados. En el trabajo en Atención Primaria de Salud [APS], esta posibilidad se ve enriquecida por la ATDOM, ya que se otorga una valoración integral, permite entregar un cuidado de las mismas características que va dirigido hacia la satisfacción, tanto de las necesidades fisiológicas, como aquellas necesidades superiores, experiencias y habilidades, para identificar fortalezas y debilidades individuales, guardando el respeto por los valores y creencias de las personas. Por lo tanto las enfermeras profesionales requieren incidir en un modelo más participativo dentro de sus competencias independientes de la práctica que resulten más productivo y realista mediante el aporte de propuestas derivadas de sus conocimientos. Por tal motivo el objetivo de este trabajo es explorar el campo de la ATDOM como ejes autónomos del ejercicio profesional de enfermería.

Método

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las

diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población (Secretaría de Salud, 2012). Estos problemas están relacionados en los últimos años con un envejecimiento creciente de la población y un aumento de las patologías incapacitante que están generando mayores demandas de cuidados en el domicilio. Asimismo la atención a las personas cuidadoras familiares es cada vez más importante, debido por un lado a la disminución del número de cuidadoras potenciales y por otro a la necesidad de reorientar su atención como clientes de servicios.

En algunos países latinoamericanos, la presencia de la enfermera en el domicilio de los clientes estuvo históricamente asociada a la enfermería de salud pública, por lo que es común escuchar en la historia de la enfermería principalmente en México denominarlas enfermera sanitaria o enfermera visitadora. De este modo podíamos mencionar que la enfermera estuvo dedicada actividades relacionadas a la promoción de la salud, la prevención de riesgos derivados de los programas de salud como la vacunación a grupos vulnerables, las acciones preventivas en las enfermedades emergentes y aún en la actualidad en las enfermedades reemergentes. Sin embargo algunos datos hacen referencia que a partir de 1998, fue priorizado el sistema extramuro de asistencia, ampliando el universo de la atención a la salud y exigiendo nuevas reflexiones sobre el cuidado domiciliario; las primeras experiencias surgieron

en el área de la cancerología, objetivando cuidados paliativos a los pacientes fuera de posibilidad terapéutica.

En el ejercicio profesional de enfermería en ATDOM la demanda de cuidados son los asumidos al cuidado familiar. El cuidado familiar puede ser conceptualizado en dos direcciones en la primera está el enfoque del individuo en el contexto de la familia donde aquel es la figura y esta es el fundamento, y en la segunda que enfoca a ambos, el individuo y la familia, los sistemas de cuidado familiar pueden ser conceptualizados como enfoque sobre la familia completa como la unidad de cuidado. Por consiguiente, la enfermera debe optar por una de las dos posiciones, no porque una tenga mayor valor que la otra, sino por la que se adapte al nivel de competencia del profesional de enfermería. Cuidar desde un enfoque familiar implica incluir a la familia en el proceso de prestación de cuidados. Es así como ella se convierte en un estímulo favorable para la recuperación de la salud de algunos de sus miembros.

La importancia de abordar el cuidado otorgado a la salud en el domicilio es porque propicia al equipo de salud la inserción en el cotidiano del cliente, identificando demandas y potencialidades de la familia, en un clima de sociedad terapéutica. Algunos países han adoptado la propuesta de la internación domiciliaria como una alternativa en la que se destaca que es bueno para el paciente ser tratado en su “hábitat natural”; es bueno para la familia, que no necesita desplazarse, reduciendo gastos financieros, y es bueno para el hospital, que permite administrar las camas para la internación, lo que amplía inversiones en mejoras en la asistencia y tecnología (De Sosa, Heck, Schwartz & Schwonke, 2009).

En el plano internacional, en Consejo Internacional de Enfermería [CIE] en la declaración de posición “ las enfermeras al frente

de la APS 2008”, ratifican que las “enfermeras son el grupo principal personal de salud que dispensa APS fomentan y mantiene los vínculos entre las personas, las familias, las comunidades y el resto del sistema de atención de salud, trabajando de manera autónoma y en colaboración para prevenir la enfermedad y la discapacidad, y para promover, mejorar, mantener y restaurar la salud. En este contexto de su actuación la ATDOM debe partir de una prestación del cuidado integral del individuo a lo largo de su ciclo vital dentro del núcleo familiar. Para ello organismos como la OMS parte de los Paquetes Básicos de Servicios de APS, cuyo propósito es proveer un paquete estandarizado de servicios básicos esenciales, los cuales formen el núcleo de servicios ofrecidos en toda la atención primaria de salud y promuevan su redistribución al ofrecer un acceso equitativo, especialmente a las áreas menos atendidas y más vulnerables. Así mismo se proponen modelos de atención integrada que permita el acceso de los individuos a través de redes de servicios constituidas por un conjunto de unidades de salud.

Los cuidados en domicilio han sido una estrategia de los gobiernos actuales que han evaluado la carga económica de los gastos en salud y ha mirado atrás retomado los principios de la estrategia de APS como una iniciativa para acciones de prevención, promoción y mantenimiento de la calidad de vida de la población principalmente vulnerables. De allí que la Atención Domiciliaria [ATDOM] es un reto importante para los profesionales de enfermería en APS porque aprovechan un bagaje de conocimientos y cultural que puede ayudar a mejorar la salud de los ciudadanos. Esto implica que para lograrlo se requieren, entre otras muchas más cosas, el desarrollo y la aceptación por parte de los enfermeros de una metodología común para describir, identificar, tratar y

comparar los fenómenos que son de nuestra competencia en la prestación de cuidados enfermeros en ATDOM.

En muchos casos la aplicación de la metodología enfermera es la forma de hacer explícito el conocimiento que tienen las enfermeras profesionales expertas. Dicha metodología permitirá que la comunicación entre los mismos y con los otros profesionales del equipo y con los usuarios paciente-cuidador principal o familia sea: directa, clara y eficaz. A partir de esta metodología las investigaciones del impacto del ejercicio profesional en los profesionales de enfermería están basados en la imperiosa necesidad de utilizar un proceso de toma de decisiones para determinar un diagnóstico enfermero, que proyecte un resultado deseado y que escoja intervenciones para conseguir el resultado deseado. Por lo tanto las habilidades que las enfermeras deben poseer para utilizar el proceso son: intelectuales, interpersonales y técnicas. Se asume que las habilidades intelectuales suponen resolución de problemas, pensamiento crítico y realización de juicios enfermeros.

Estas habilidades también tienen que darse dentro de una base científica, lo que para ello se debe incorporar la investigación científica y clínica que permita poner en marcha o validar nuestras teorías enfermeras existentes. Partiendo de esta prerrogativa Jean Watson en sus escritos de la Teoría del Cuidado Humano en las nuevas direcciones para el futuro de la práctica, afirma que la enfermería ha tenido la oportunidad de explorar su propia herencia y reconectarse con sus propios valores, como también con la filosofía para explorar métodos de investigación que sean consistentes con la naturaleza de la profesión. Enfermería es una profesión constituida esencialmente de dos partes: un componente profesional y un componente disciplinar. Como profesión toma parte en los

esfuerzos para mejorar el futuro de la calidad de vida de los individuos y grupos al tratar de resolver los problemas que se interponen e influyen en su logro. La profesión de enfermería se interesa en las actividades que desarrollan y canalizan sus practicantes, para lograr la promoción y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos. Como disciplina es un terreno del conocimiento, un cuerpo de conocimientos que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud (Burbano, 2007).

Una profesión se caracteriza por: tener un cuerpo de conocimiento propio; desarrollar la práctica de acuerdo con él; haber definido un código ético, y poseer un objetivo de actuación profesional, además de disponer de autonomía, control y responsabilidad sobre su campo de actuación y método para llevar a cabo y modificar sus tareas. Esto significa que la enfermera profesional siendo egresada de una institución de educación superior (IES), ha desarrollado una serie de competencias dentro del ámbito asistencial, docente, administrativo e investigación que le permite ejercer su profesión de manera autónoma y regulada en las cuestiones del ámbito asistencial del cual se deriva la ATDOM.

En México como en otros países los organismos gubernamentales y sociales de enfermería han pugnado por el desarrollo de la enfermería de manera autónoma, datos actuales nos permiten mencionar por ejemplo al grupo de líderes que la Comisión Permanente de Enfermería (CPE) al conformado para el desarrollo de propuestas para la normalización de la práctica de enfermería dentro de ellas se encuentran: NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional

de Salud; NOM-022-SSA3-2012. Que instituye las condiciones para la Administración de la Terapia de Infusión en los Estados Unidos Mexicanos, entre otros.

Conclusiones

La APS no es nuevo en los sistemas de salud, en este desarrollo de la renovación de la función sustancial de la APS la enfermera profesional tiene una oportunidad segura para el ejercicio profesional de forma autónoma, posee competencias profesionales que ha sido desarrollada a lo largo de su formación teniendo como base el método enfermero. Su ámbito del ejercicio profesional (asistencial, docente, administrativo e investigación) le permite combinar sus intervenciones de manera que sus actividades sean seguras, eficaces que conlleva a un mayor reconocimiento de la enfermería como disciplina y abre la posibilidad de la carrera académica propia.

Se propone mediante el ejercicio profesional de la ATDOM, reorientar el enfoque de la atención hacia la consecución del mayor grado de independencia, la potenciación del autocuidado tanto del nivel del individuo como de su red familiar y la mejora de la calidad de vida en relación con los problemas de salud que les afectan. Además incorporar un sistema de valoración integral multidimensional de las personas incluidas en el servicio, que incluyan los aspectos del cuidador y las necesidades de la familia para desarrollar el cuidado utilizando la tecnología digital, y medios de comunicación que permita la continuidad de los cuidados de las áreas hospitalarias hacia el hogar de la familia.

Bibliografía

1. Burbano C. (2007), Una mirada actual de la simbología en enfermería. Vol. 38 N° 4. Rev. Colombia Médica
2. Burgos Moreno I y Paravic Kljin II (2009) Enfermería como profesión. Revista cubana 25(1-2)

3. Consejo Internacional de Enfermería (2008) Carpeta del Día Internacional de Enfermería: Las enfermeras al frente de la atención primaria de salud. Ginebra. Suiza
4. Consejo Internacional de Enfermería (2009) Carpeta del Día Internacional de Enfermería: Las enfermeras se comprometen a dispensar cuidados innovadores. Ginebra. Suiza.
5. Dirección general de calidad y educación en salud (2012) Modelo integrador de enfermería en atención primaria de la salud. Versión preliminar
6. Guirao, Ruiz A, Alonso A, Cardona, Costa E, Dasí MJ, Soler J, Perpiñá M. (2004). Metodología de cuidados de enfermería en Atención Domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.
7. Jodar Solá, & Cuxart Ainaud (2008) Reflexiones sobre la prescripción enfermera en el ámbito de la atención primaria de salud.
8. Pérez Giraldo (2002) El cuidado de enfermería en familia: Un reto para el siglo XXI. Rev. Aquichan, Vol. 2, numero 002. Pp. 24-26
9. SEAPA (2007) Memoria enfermera de Atención Primaria de Salud. Fase transitoria de carrera profesional.
10. Secretaría de Salud (2012) NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. México DF.

“Sistema de gestión electrónica y la mejora en la calidad del servicio”

Gamaliel Rodríguez González,¹ María Magdalena Leue Luna¹

¹CERACOM (México)

RESUMEN

Introducción: Por tres décadas, los servicios de CERACOM han cubierto gran parte de la demanda de los servicios de diagnóstico por imagen en la región, labor que requirió mejorar la organización de las funciones administrativas y operativas para eficientar los servicios, convirtiéndose en una empresa creciente, generadora de empleos y servicios. La gestión de los pacientes es de gran importancia en nuestra empresa, para un correcto manejo administrativo y de atención médica, partiendo de una base de datos completa y actualizada como herramienta indispensable para un diagnóstico confiable. **Objetivo:** Evaluar la implementación de un sistema de administración electrónica y sus resultados en la calidad de la atención del servicio. **Metodología:** Estudio cuali – cuantitativo, para evaluar la implementación del sistema de gestión electrónica de la familia Compacq Comercial, considerando las categorías de productividad (agendamiento del paciente) y riesgos financieros (inventarios, cuentas, facturación), a través de percepción de usuarios internos y externos. **Resultados:** La implementación del sistema electrónico permitió logros en la mejora de la calidad de atención de usuarios externos (pacientes), agilizando el proceso comercial (compra-venta), proceso de facturación, control y mejora en el proceso de agendamiento del paciente. En los usuarios internos (responsables de procesos administrativos) se observó gran mejora en las relaciones comerciales por la agilidad en la consulta de información de clientes y proveedores, facilidad en

emisión y recepción de facturas electrónicas, control detallado de inventarios, mejora en flujo de efectivo, y conciliación bancaria y cobranza. **Conclusiones:** La gestión electrónica ha permitido la automatización de los controles administrativos y fiscales minimizando riesgos financieros, pérdida de tiempo, esfuerzo y errores en el manejo de sus operaciones comerciales, pero sobre todo, agilizar los procesos de atención del paciente desde su agendamiento y control de citas, hasta la emisión de facturas o devoluciones en dado caso.

Palabras claves: gestión electrónica, calidad de la atención, productividad.

Introducción

La gestión de los pacientes es de gran importancia en nuestra empresa CERACOM, para un correcto manejo en aspectos administrativos y del sistema de atención médica como tal, partiendo de una base de datos completa y actualizada como herramienta indispensable para un diagnóstico confiable.

Existen una cantidad importante de programas informáticos que se dedican a realizar esta tarea de una forma eficiente, posibilitando la generación de una correcta base de datos, de la cual se puede obtener información que posibilite una adecuada identificación de los problemas de salud, utilizando la comparación con otros casos similares que existan en la base o diseñando estrategias para la solución del problema del paciente.

Como en todos los casos, existe diferente calidad de programas y opciones para adaptar los mismos a las necesidades específicas de una institución u organización médica, motivo por el cual es conveniente un análisis lo más profundo posible, inclusive recabando opiniones de otros usuarios para tomar decisiones de implantación.

Este material es el resultado de una recopilación de las vivencias reales vividas durante la implementación de un sistema de gestión electrónica con base en la tecnología utilizando los sistemas administrativos de la familia Compaq Comercial (antes Ad-

minpaq), Compaqi Bancos, Compaqi Nominas y Compaqi Contabilidad.

Por tres décadas, los servicios de CERACOM han permitido cubrir gran parte de la demanda de los servicios de diagnóstico por imagen en el Estado y la región, labor que requirió una mejor organización de las funciones administrativas y operativas para eficientar los servicios, al convertirse en una empresa de desarrollo creciente, generadora de empleos con más y mejores servicios. Esta organización en un principio tuvo un desarrollo empírico, el crecimiento descubrió la necesidad de una mejor organización administrativa con fundamentos más técnicos, que permitió el continuo crecimiento de la empresa.

Con relación a la organización administrativa, CERACOM como todas las empresas, inicia con un esquema básico y administración empírica, basado en la experiencia de su personal administrativo, a mediados de su tercera década, en 2010 aproximadamente, surge en la empresa la necesidad de una mejor organización administrativa y contable, por lo que se adquiere MICROSIP, un sistema administrativo basado en un sistema de agendamiento, que requería de infraestructura tecnológica muy básica, con lo que sólo se podía controlar la agenda y flujo de pacientes, pero no se disponía de mecanismos de control. Se requirió posterior a esto, un sistema que permitiera un mejor control de la información, con funciones de resguardo y de manipulación de datos. Al incrementarse el número de pacientes, se presentó la necesidad de implementar un área de Tecnología de la Información, con el objetivo de reestructurar y reorganizar la infraestructura tecnológica, y los sistemas de información.

En el año 2012 se intenta implementar el sistema Adminpaq, Compaqi Contabilidad CompaqiBancos y Compaqi nominas; pero dado el perfil del personal administrativo y gerencial no se logró tal objetivo, pudiéndose únicamente trabajar en forma de islas; lo cual no soluciono el brindar un servicio de calidad al paciente en el rubro administrativo y operativo respecto a la atención. Fue en el tercer semestre del año 2014 que retomando el objetivo de eficientar la operación administrativa y operativa, así como integrar el control de almacén, compras y un correcto funcionamiento contable con base en actualizaciones del sistema SAT. Se inicia en forma conjunta el control del uso de los equipos de diagnóstico por imagen, así como el control de los proveedores, clientes, productos y servicios. Con lo anterior se incorpora al área de Tecnologías de la Información, el área de mantenimiento y servicios generales. Es importante mencionar que en el 2013, se consolida esta área y se intensifican los esfuerzos al objetivo de conjuntar e incrementar la seguridad en el manejo de la información, priorizando con ello, la necesidad de un sistema de gestión en el área de procesamiento y control de imágenes, por lo cual se adquiere el sistema RISPAC, lo que ha permitido la mejorar la organización del proceso así como la calidad del servicio.

Fue así como a finales del 2014, se logra estabilizar la implementación de la administración basada en la tecnología y enfocada en brindar un mejor servicio a los pacientes, logrando la integración de todos los procesos administrativos y operativos, dando inicio al proceso de administración electrónica a través del sistema CONTPAQi con el cual se entrelazan todos los componentes del sistema administrativo y contable.

En la actualidad, los esfuerzos van dirigidos a la consolidación de esta gestión organizacional, en conjunto con los objetivos del sistema de gestión administrativa.

El interface o de los programas del Sistema Compaqi en tiempo real es bondadoso y noble al permitir:

- ✓ Aplicar la tecnología de la administración con base en los XML emitidos y recibidos de los departamentos de la empresa, generando en línea la información capturada por los usuarios de cada departamento de acuerdo a las necesidades propias de la empresa.
- ✓ Facilitar la toma oportuna de decisiones, al adaptarla administración e integrar los procesos de venta, compras, inventarios, cuentas por cobrar, cuentas por pagar y facturación electrónica.
- ✓ Controlar los ingresos y egresos, administrar las cuentas bancarias y flujo de efectivo integrando la información de nuestros comprobantes fiscales digitales.

Objetivo

Evaluar la implementación de un sistema de administración electrónica y sus resultados en la calidad de la atención del servicio.

Metodología

Estudio cuali-cuantitativo, para evaluar la implementación del sistema de gestión electrónica de la familia Compaq Comercial, considerando las categorías de productividad (agendamiento del paciente) y riesgos financieros (inventarios, cuentas, facturación), a través de percepción de usuarios internos y externos. Se realizaron pláticas con el personal directivo y el operativo, así como una revisión al proceso de administración actual desde abril del 2014 al

presente, considerando los sistemas Adminpaq gerencial, nóminas y contabilidad; con la finalidad de integrar Compaqi Bancos al proceso actual.

Resultados

Pasar de una administración tradicional a la implementación del sistema electrónico mediante el interfacio de los 4 sistemas administrativos, permitió a la empresa obtener grandes logros en enfocados a mejorar la calidad de atención de los pacientes (usuarios externos), principalmente en la mejora del proceso comercial (Compra-Venta), mejora y agilidad en el proceso de facturación, conocer mejor a nuestros clientes y controlar y mejorar el proceso de agendamiento, al poder extraer información del sistema de agendamiento.

En los usuarios internos (responsables de procesos administrativos) se observó gran mejora en las relaciones comerciales por la agilidad en la consulta de información de clientes y proveedores, facilidad en emisión y recepción de facturas electrónicas, control detallado de inventarios, mejora en flujo de efectivo, y conciliación bancaria y cobranza.

Estos beneficios permiten a la empresa un seguimiento presencial y guiado de la operación diaria. Los usuarios pueden utilizar de manera práctica puede utilizar todos los módulos del sistema, pudiendo configurarlo de acuerdo a las necesidades de la empresa en sus procesos de ventas, compras, inventarios y control de cobranza a clientes y pagos a proveedores.

Las operaciones comerciales pueden configurarse y generar registros para que el sistema de bancos conecte a sus códigos de beneficiarios y pagadores. De igual forma puede configurarse el envío de los registros de cada Comprobante Fiscal Digital por

Internet (CFDI) que se obtiene, en forma diaria masiva y automática. Todos los CFDI se generan de acuerdo a las bases del Sistema de Administración Tributaria, garantizando con ello que la información que utilicen las autoridades fiscales, bancarias y el empresario sean las mismas, cumpliendo con todas las obligaciones de ley a través de una moderna administración empresarial.

En este período se pudo constatar y percibir la mejora en la emisión y timbrado del CFDI de retenciones e información de pagos de clientes y proveedores; de igual forma se se facilitó la administración del flujo de efectivo por las ventas y compras.

Conclusiones

La gestión electrónica ha permitido la automatización de los controles administrativos y fiscales de forma flexible y fácil de usar, minimizando riesgos financieros, pérdida de tiempo, esfuerzo y errores en el manejo de sus operaciones comerciales, pero sobre todo, agilizar los procesos de atención del paciente desde su agendamiento y control de citas, hasta la emisión de facturas o devoluciones en dado caso.

Bibliografía

1. Manuel General de Organización. CERACOM. 2015. Documento oficial

Experiencia en el uso de redes sociales como estrategia de marketing en CERACOM

María Magdalena Leue Luna,¹ Yelitza Treviño Garza¹

¹CERACOM (México)

RESUMEN

Introducción: Las herramientas y plataformas tecnológicas avanzan a pasos gigantescos dando pasos a nuevos medios que facilitan el uso de programas informáticos y mantienen un ambiente competitivo y dinámico en un mercado globalizado. CERACOM ha incluido la tecnología como una de sus principales fortalezas y, durante tres décadas, ha cubierto gran parte de la demanda en

diagnóstico por imagen en la región, caracterizando sus servicios por la calidad de la atención y la implementación de tecnología innovadora, mejora constante de sus servicios. Ha generado lealtad y acercamiento, a través de la comunicación directa establecida con los usuarios de redes sociales, particularmente Facebook, obteniendo con ello retroalimentación y desafíos organizacionales y de gestión del servicio. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la página de Facebook de CERACOM en el periodo Febrero 2014 - febrero 2015. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, considerando estadísticas de base de datos de facebook. Variables: sociodemográficas, fans, visitantes, contenidos, y campañas. **Resultados:** CERACOM tiene 7928 fans, 67% mujeres y 33% hombres, obteniéndose 4952 fans en el periodo. Grupo de edad más frecuente de 25 a 44. Residencia: Villahermosa (4,415), Coatzacoalcos, Ver (429), Cd. del Carmen, Campeche (382); Comalcalco (244), Cárdenas (190) y Macuspana (187), Tabasco, así como México, DF con 162. Se obtuvieron 84 000 visitantes con idioma español (83,000) e inglés (1000). La mayoría de las personas residen en México. Los contenidos más vistos y compartidos son los relacionados con información sobre estudios de imagen y mensajes relacionados con la atención a la salud, así como las campañas de promoción; siendo particularmente importante el incremento en me gusta, número de fans, visitantes y comparto información en los períodos de campañas vigentes, tales como la de RM, TC, Chequeos, así como las dinámicas de interacción. **Palabras claves:** redes sociales, impacto, estrategia.

Introducción

Las herramientas y plataformas tecnológicas avanzan días tras días a pasos gigantescos y acelerados, dando pasos a nuevos espacios y medios que facilitan el uso de programas informáticos los cuales hacen mantener en un ambiente competitivo y dinámico a las empresas en un mercado globalizado. En este mundo globalizado donde el cambio es la única constante. CERACOM, ha incluido a la tecnología como una de sus principales fortalezas, y por ello durante tres décadas, los servicios de CERACOM han permitido cubrir gran parte de la demanda de los servicios de diagnóstico por imagen en el estado y la región, siempre caracterizando sus servicios por la alta calidad de la atención y la implementación de la tecnología más innovadora en las áreas organizacionales, de gestión tales como producción, ventas y servicio al cliente, finanzas, procesos administrativos, etc., lo que ha permitido la toma de decisiones más eficientes, y con ello la oportunidad de mejorar su

servicio y aumentar su calidad, generando lealtad y acercamiento, gracias también, a la comunicación directa que se puede establecer con los usuarios a través de las distintas aplicaciones disponibles en la red.

El concepto de comunicación ha evolucionado con las aportaciones de ciencias afines. En la actualidad las empresas de vanguardia han integrado a las ciencias de la comunicación en la gestión para la organización, principalmente con estrategias dirigidas a mantener, mejorar y fidelizar la imagen con los públicos, especialmente los externos, en este caso, los usuarios reales o usuarios potenciales, a través de lo que se conoce como marketing digital, que son todas aquellas estrategias y técnicas desarrolladas en Internet para publicitar o vender servicios o productos.

La mercadotecnia digital es una oportunidad para conectarse con los clientes actuales y potenciales, con el objetivo de establecer presencia entre los clientes a través de campañas de e-mail marketing, y del uso óptimo de redes sociales.

Un medio digital puede servir para amplificar y/o aumentar la experiencia de la marca, para acercar la marca a otros clientes, para añadir un nuevo canal de comunicación, para desarrollar nuevos mercados, productos, servicios y hasta incluso, nuevas marcas. Las redes sociales son un recurso excelente como herramienta de fidelización; y nos ofrece un medio con potencial excepcional para el posicionamiento y reconocimiento de la marca, a través de la comunicación y la interacción en las redes sociales, lo que se ha convertido en un fenómeno mundial, debido a que el uso continuo de éstas, se ha vuelto parte de nuestra cotidianeidad.⁽¹⁾

Los usuarios de Internet, hoy en día, usan principalmente los buscadores, el correo electrónico y las redes sociales. Estadística-

mente, pocos usuarios sobrepasan de la segunda página en los resultados de los buscadores, es por ello que estar entre los 20 primeros en aparecer en el buscador, supone mayor visibilidad frente a los miles de resultados, lo que ofrece la oportunidad de mejorar nuestra competitividad y la oportunidad de negocio. Según diversos autores, cuesta más trabajo conseguir un nuevo cliente que fidelizar uno que ya tenemos, por lo que basados en esta regla, el uso de las redes sociales es una de las estrategias de marketing más rentables a mediano y largo plazo, que nos permite abrir un canal de comunicación con personas interesadas en nuestros servicios.

Las redes, como fenómeno social, modifican la forma en que las personas se relacionan con la información. Los cambios culturales que impulsan los nuevos medios sociales en el contexto de la web 2.0, se encuentra en marcha e impacta en forma directa sobre las marcas, ya que multiplica los espacios de discusión sobre valores, servicios, productos, y permite expandir las relaciones entre individuos de acuerdo con preferencias, intereses etc.

Muchas empresas han asumido la importancia de las redes sociales, pues es un canal que permite que la marca pueda posicionarse a través de sus consumidores o usuarios. Para su gestión, las empresas deben mostrar transparencia, permitir que los clientes puedan opinar acerca de su organización y obtener una retroalimentación. A través de estas vías tecnológicas, aumentan los desafíos organizacionales y de gestión del servicio.²

El marketing online, o digital, evoluciona al Marketing Social, ya que el Social Media Marketing combina las premisas del marketing digital y el marketing directo y tiene como objetivo mejorar las comunicaciones y responsabilidad social empresarial, generar

interacción social y mostrar interés comercial por el consumidor y sus deseos.

La comunicación que las empresas tengan con su mercado meta-objetivo puede lograrse, alcanzando los objetivos corporativos. Un eje transversal para la gestión de las redes sociales es la aprehensión, por parte de las organizaciones, de estilos comunicacionales basados en “escuchas activas” de sus públicos.

Redes como twitter y facebook permiten que los públicos tengan un contacto más cercano con la empresa, de tal forma que puedan expresar sus inconformidades y lo que esperan de ésta, sin necesidad de trasladarse de lugar. La respuesta inmediata que puede el consumidor de la empresa, logra no solo fidelizar al cliente, sino también brindar a la clientela la seguridad de que está siendo escuchado activamente.

La utilización de las Redes Sociales conlleva: a publicidad accesible, naturaleza viral, mejoramiento de la marca, construcción de credibilidad, aumentar el tráfico, y lograr clientes comprometidos. CERACOM, inicia su promoción y difusión en redes sociales a fines del año 2013, con el objetivo de promocionar sus servicios, difundir campañas o promociones especiales, pero sobre todo interactuar con la comunidad en general y los usuarios potenciales de sus servicios, con lo cual ha generado lealtad y acercamiento, a través de la comunicación directa establecida en redes sociales, particularmente Facebook, obteniendo con ello retroalimentación y desafíos organizacionales y de gestión del servicio.

Objetivo

Evaluar el impacto de la página de Facebook de CERACOM en el periodo Febrero 2014 - febrero 2015.

Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo, considerando las estadísticas de la base de datos de facebook. Variables: sociodemográficas, fans, visitantes, contenidos, y campañas.

Resultados

CERACOM tiene 7928 fans, 67% mujeres y 33% hombres, obteniéndose 4952 fans en el periodo de febrero 2014 a 2015, pues la página se inició en 2013 y ya se contaba con 2976 fans, por lo que se lograron 4 952 fans en el periodo, correspondiendo a un promedio de 412 mensuales.

Los grupos de edades más frecuentes son los comprendidos en los rangos de 25 a 34 y 35 a 44. Esto es muy importante debido a que nos indica que estos grupos de edades, ya iniciaron o están por iniciar su vida laboral y productiva, y que puede pagar por los servicios. Los lugares de residencia de los fans son: Villahermosa (4,415), Coatzacoalcos, Ver. (429), Cd. del Carmen, Campeche (382); Comalcalco (244), Cárdenas (190) y Macuspana (187), Tabasco; así como México, DF. con 162. Con estos datos podemos considerar que CERACOM tiene una presencia importante en la región y estados circunvecinos como son Campeche y Veracruz.

Se obtuvieron 84 000 visitantes cuyo idioma oficial es el español (83,000) y 1 000 visitantes cuyo idioma oficial es el inglés (1000). Los países de residencia de las personas, fueron con mayor frecuencia México (83,500), Estados Unidos (420), y, Argentina, España, Colombia y Venezuela con 50 visitantes aproximadamente cada uno.

Los contenidos más vistos y compartidos son los relacionados con información sobre estudios de imagen que se realizan en CERACOM, así como con los mensajes relacionados con la aten-

ción a la salud, y las campañas de promoción; siendo particularmente importante el incremento en “me gusta”, número de fans, visitantes y comparto información en los períodos de campañas vigentes, tales como la de Resonancia Magnética, Tomografía Computada, la promoción de paquetes de chequeo, principalmente los relacionados con salud de la mujer, específicamente el paquete promocionado en octubre y noviembre del 2014, en conmemoración al día internacional contra el Cáncer de mama, lo que es motivo de gran satisfacción por la relevancia y la trascendencia social que el cáncer en la mujer implica. De esta forma la empresa apoya también a la concientización de la importancia de la prevención y del diagnóstico temprano.

Otra forma de acercamiento con la población, muy importante han sido las dinámicas de interacción como la actividad realizada en febrero 2015, donde se solicitó a los usuarios opiniones sobre el significado de la presencia de CERACOM en sus vidas, los resultados fueron muy buenos, y durante ese periodo, se incrementó el comparto de información de las distintas pestañas de Facebook.

Al analizar el origen de los “me gusta”, considerando anuncios, la página, “me gusta” de la página, sugerencias de páginas y otros, se nota claramente que la sección de anuncios es la más frecuente en todo el período, con picos en las meses de promociones específicas, como las ya comentadas.

Respecto a los anuncios, al analizar el alcance orgánico que es el número total de usuarios únicos que han visto la publicación por métodos de distribución gratuitos, contra el alcance pagado que es el número total de usuarios únicos que han visto la publicación a consecuencia de un anuncio, se incrementa considerablemente el alcance, tal como lo sucedido en octubre - noviembre con la cam-

paña del chequeo cuyo pico pagado fue de 20 K comparado a 1k del orgánico, y el periodo de febrero con la dinámica de interacción en el cual el alcance orgánico es de 2k, y el pagado es de 38K.

Conclusiones

Podemos concluir que el uso de redes sociales por la empresa CERACOM, ha permitido un contacto más cercano con el público usuario y con los usuarios potenciales, de forma tal que se ha logrado más fidelización del cliente, asegurándole a los usuarios la seguridad de que está siendo escuchado activamente, pues la red, los mensajes inbox, y publicaciones en biografía se monitorean constantemente.

La utilización de las redes sociales, en este caso FACEBOOK, conlleva a publicidad accesible, pues ya se demostró que con una inversión accesible, el alcance se incrementa considerablemente, la presencia de la marca se fortalece, se mejora la credibilidad, aumenta el tráfico, y se logran clientes comprometidos, a lo que se suma la importancia de la gran relevancia y trascendencia social con el impacto logrado en la prevención y diagnóstico temprano de diversos padecimientos con altos indicadores de morbimortalidad.

Bibliografía

1. Puc Canche Edie. Impacto de las redes sociales en las empresas. Gestipolis. Revisado 12 de marzo del 2015. Disponible en: <http://www.gestipolis.com/impacto-de-las-redes-sociales-en-las-empresas/>
2. Valdez Juárez, L., Rascón Ruiz, J., Ramos Esocbar, E., & Huerta Gaxiola, J. (2012). Redes Sociales, una Estrategia Corporativa para las PyMES de la región de Guaymas Sonora México. *FAEDPYME INTERNATIONAL REVIEW*, 1(1), 62-74. doi:10.15558/fir.v1i1.15

Mercadotecnia para grupos en vulnerabilidad. Julio Gutiérrez Méndez. Instituto Mexicano del Seguro Social (México)

*Julio Gutiérrez Méndez*¹

¹Instituto Mexicano del Seguro Social (México)

Los grupos en situación de vulnerabilidad, también conocidos como grupos sociales en condiciones de desventaja, se refieren a algunos sectores o grupos de la población a través de procesos de exclusión, segregación, discriminación e invisibilización que les dificulta o impiden incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar social.

La vulnerabilidad se define como el resultado de la acumulación de desventajas y una mayor posibilidad de presentar un daño, derivado de un conjunto de causas sociales y de algunas características personales y/o culturales. Considera como vulnerables a diversos grupos de la población entre los que se encuentran las niñas, los niños y jóvenes en situación de calle, los migrantes, las personas con discapacidad, los adultos mayores y la población indígena, que más allá de su pobreza, viven en situaciones de riesgo.

Uno de los programas con los que el Instituto Mexicano del Seguro Social, contribuye para que disminuya la vulnerabilidad en la población es *la Capacitación para el Trabajo*.

La capacitación es el proceso de aprendizaje al que se somete una persona, a fin de obtener y desarrollar la concepción de ideas abstractas mediante la aplicación de procesos mentales y de la teoría para tomar decisiones no programadas; la capacitación se encuentra dirigida a niveles superiores de la misma, a diferencia del adiestramiento, el cual, está dirigido a los niveles inferiores de

la organización, y consiste en el aprendizaje al que se somete una persona para tomar o manipular un conjunto de decisiones programadas que preparen al trabajador en dos o más oficios, a efecto de que tenga mayores posibilidades de empleo, o bien, para aquellos que requieren de su incorporación al mercado laboral.

Para ello se realizó una evaluación retrospectiva de 6 años en la tendencia de inscripción a los programas de Bienestar Social del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en servicios de Capacitación y Adiestramiento Técnico (CAT) que se imparten en las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales (UOPSI), con base en el uso de la Mercadotecnia, como factor clave para atraer fortalecer la economía, la salud y el bienestar de la población usuaria.

Si la salud se define como el completo bienestar físico, mental y *social*, y no sólo como la ausencia de enfermedad; por lo tanto, las intervenciones de atención social a la salud a través de las Prestaciones Sociales del IMSS, deben incidir en los estilos de vida, de las personas que desean mejorar su nivel y calidad de vida a través de la CAT.

En México, las Enfermedades No Transmisibles (ENT) como la diabetes y la hipertensión arterial, así como el aislamiento social, son variables que determinan un impacto negativo en la salud de las personas; por lo tanto, es importante incrementar el gusto por la capacitación continua y el adiestramiento en jóvenes, adultos y personas adultas mayores, con énfasis en grupos en situación de vulnerabilidad, a fin de fortalecer la calidad y nivel de vida de la población.

Los mexicanos tienen altos niveles de sobrepeso, obesidad y diabetes. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa

de muerte, la diabetes es la segunda causa de muerte en mujeres y la tercera en hombres; ambos pueden presentarse causando mortalidad prematura, baja productividad laboral, discapacidad y pérdida de años de vida saludable. Estas enfermedades también generan alta demanda en los servicios de salud en México.

Las acciones en el proceso de capacitación o adiestramiento técnico están dirigidas al mejoramiento de la calidad del factor humano, y buscan mejorar habilidades, incrementar conocimientos, cambiar actitudes y desarrollar al individuo. El objetivo central, es generar procesos de cambio en la personas, a fin de contribuir en su nivel y calidad de vida.

Aunque algunos autores afirman que, incluso en la Antigua Grecia ya era común el uso de campañas sociales para combatir la esclavitud, el término de mercadotecnia social fue utilizado por primera vez a principios de los años setenta por Philip Kotler y Gerald Zaltman, quienes propusieron utilizar la mercadotecnia para solucionar problemas sociales y de salud, al definirla como *“el diseño, implementación y control de programas que tratan de incrementar la aceptación de una idea, una causa o una práctica social entre un grupo meta”*

En la Conferencia de Ottawa, realizada en 1986, se planteó la necesidad de que la educación para la salud fuese planeada, diseñada y evaluada. Comunicación Educativa y Mercadotecnia Social, en combinación con otras disciplinas, permiten implementar estrategias en diferentes temas de promoción de la salud y en la prevención de enfermedades. Este enfoque está apoyado en la participación y la labor comunitaria, y debe realizarse con pequeños segmentos de la población; lo que permite ejercer un mejor control en las intervenciones educativas y brindar mayores posibi-

lidades de éxito para los individuos, las comunidades y las instituciones de salud.

En virtud de la aplicación de la Mercadotecnia en la Atención Social a la Salud de los usuarios de Prestaciones Sociales del IMSS, incrementó el número de inscritos de:70,241 en 2007 a 187,646 para el año 2013, lo que da como resultado la comprobación de que a mayor educación, mejor será el nivel y calidad de vida de los educandos.

La mercadotecnia en la consolidación de Enfermería. Julio Gutiérrez Méndez. Instituto Mexicano del Seguro Social (México)

Para Priego Álvarez, la Mercadotecnia en salud es una herramienta de gestión que procura la satisfacción de las personas, usuarios o clientes, y que tiene a la calidad como meta. Todo ello surge en ese entorno en el que cualquier organización, y las instituciones de salud no son una excepción, se encuentra necesitada de adecuar permanentemente su capacidad de respuesta, de mejorar su competitividad, básicamente por la vía de optimización de los recursos, y por la vía de la mejora de los procesos de gestión y producción.

La enfermería no es la excepción para adecuarse al entorno, en sus inicios el cuidado que se proporcionaba consistía fundamentalmente en alimentar a los enfermos y mantenerlos limpios.

Hoy, la enfermería nacional igual que la mundial ha reconceptualizado su práctica, su objeto y sujeto de estudio, para acceder a una profesionalización que garantice el cuidado a la salud y la equidad en la formación con respecto a los demás profesiones.

Los servicios de salud actualizan sus programas y crean nuevas estrategias para enfrentar los problemas con una activa participa-

ción de la enfermería, demandando una elevada calidad profesional para la consecución de los objetivos. De ahí que en los distintos ámbitos académicos se realicen esfuerzos continuos para alcanzar la profesionalización, que se concretan en la consolidación de la licenciatura, el comienzo de los estudios de postgrado y el fortalecimiento de las organizaciones gremiales, para ello la mercadotecnia ha jugado un papel importante en el posicionamiento de una “carrera” meramente asistencial a una verdadera profesión, que hoy día es pieza clave para los sistemas de salud del mundo.

En la clínica los profesionales de la enfermería se especializan en diversas áreas y en todos los niveles institucionales surgen el interés por la calidad del cuidado de enfermería, iniciando el control a través de programas de la evaluación de la calidad, como los de mejora continua. Las instituciones educativas promueven el desarrollo y consolidación de grados académicos superiores – especializaciones, maestría y actualmente doctorados en las diferentes áreas disciplinarias- recibidos con gran aceptación en los campos de la práctica asistencial.

Para el cuidado de la persona, el profesional de enfermería asume los papeles de proveedor del cuidado, educador para la salud e investigador, utilizando herramientas de la administración para planear, organizar, controlar sus acciones, así como para coordinar y establecer la relación intra e interdepartamental que da congruencia y coherencia a la prestación del servicio.

Con la publicación en 2013, en el Diario Oficial de la Federación, de la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, representa sin duda, un gran paso para la conformación del marco regulatorio que hará posible la defensa éstos.

Con esta Norma se pretenden establecer los límites en cuanto a la responsabilidad jurídica que debe asumir el personal de enfermería, con base en las competencias adquiridas a través de la formación académica. Tras varios años de búsqueda de los elementos conceptuales, jurídicos, éticos, entre otros, para conformar esta norma oficial mexicana y por ello es altamente gratificante su publicación ya que no existe antecedente de un hecho como el que éste, por lo que corresponde no sólo a la alta dirección realizar acciones para su difusión, compete a todo el personal realizar acciones de mercadeo para el consumo de los servicios de estos profesionales.

Si bien por muchos años, diferentes grupos organizados de enfermería han pugnado porque se establezcan normas que reglamenten su ejercicio y la formación profesional de enfermería, los resultados no se habían cristalizado, por eso la publicación de esta norma se constituye en un paso fundamental que representa ese anhelado deseo de que enfermería, al igual que otras profesiones, sea capaz de reglamentar su propio ejercicio, respaldado por la formación formal académica, para perfilarse como una estructura social autónoma y legítima.

Segmentación del mercado como base para la profesionalización de los servicios odontológicos

Manuel Higinio Morales García,¹ Jacqueline del R. Calderón Neira¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: En los últimos años las empresas prestadoras de servicios de salud han orientado a consolidar su posición de liderazgo y posicionamiento dentro de la sociedad. Lo que ha permitido obtener mejores resultados a través de un aumento de la competitividad. Todo esto se ha logrado debido a que se busca asegurar la creación de valor para los clientes o usuarios. Actualmente el empleo de técnicas de segmentación permite identificar una amplia gama de

perfiles de clientes, tanto actuales como potenciales. En consecuencia, el mayor conocimiento de los clientes ayuda a definir una cartera diferenciada de clientes. En este contexto mediante la investigación en marketing se conoció la tendencia actual y las necesidades reales del usuario de servicios odontológicos y su relación con la estrategia de segmentación. **Objetivo:** Destacar la importancia de caracterizar el perfil del usuario para la segmentación de servicios de atención odontológica **Método:** Se realizó una investigación de tipo exploratorio mediante la realización de una encuesta en una población urbana del estado de tabasco. Las variables en estudio: se centraron en el establecimiento de un perfil de necesidades de atención y consumo de servicios odontológicos, los cuales se midieron a través de diversos indicadores. El muestreo se determinó como aleatorio simple obteniéndose de 460 unidades universo, 197 unidades muestrales. **Resultados:** Los resultados obtenidos en esta investigación permiten establecer las necesidades prioritarias de los encuestados con relación a la consulta odontológica, más del 50% de los encuestados mostraron sus expectativas del servicio. **Conclusiones:** El valor de descubrir tales segmentos permite ofrecer productos que atiendan las necesidades de un solo segmento y además, ver las exigencias que los clientes realizan de forma indirecta con sus hábitos y motivaciones de compra, esto es lo que ha incentivado a las empresas hoy en día a conocer cuáles son estos requerimientos con respecto de qué es lo que busca o desea el cliente. No cabe duda de que es una mejora, pues la tipología de los clientes del siglo XXI exige algo más, que no es otra cosa que considerar al cliente en toda su magnitud, con miras amplias, considerando al cliente como un ser social, que se relaciona e influye en otros de su entorno. **Palabras clave:** Segmentación del mercado, Marketing odontológico, consumo de servicios de salud, administración de servicios.

Introducción

Una de las estrategias utilizadas para disminuir la inequidad en las sociedades contemporáneas ha sido la realización de reformas tendientes a mejorar la calidad de los servicios de salud. En este sentido la calidad de la atención médica; debe estar enmarcada en el desarrollo de acciones dirigidas a obtener una mejor calidad de vida para la población, y esto se logra ubicando en el centro del proceso; al usuario.

La calidad del servicio es percibida por los usuarios por las características del proceso de atención, la relación interpersonal, el contenido de la consulta, la duración, acciones clínicas de revisión y diagnóstico, por el resultado en su salud, por las características de la estructura física, humana y organizacional, y por sus condiciones relativas a la accesibilidad.

Dentro de los servicios médicos destaca la prestación de la atención odontológica, la cual dada a su naturaleza es fundamental conocer la percepción que tiene el usuario de la calidad en la atención, considerando que es una disciplina con características y particularidades propias, muchas veces manejada multidisciplinariamente

El objetivo de esta investigación se centró en describir la percepción que tienen los usuarios al segmentar los servicios de atención odontológica.

En los aspectos de estructura se determinó la percepción de los usuarios en aspectos relacionados con el tiempo de espera, la eficiencia del personal en la atención, el funcionamiento de los equipos dentales, la disponibilidad del material para ser atendido, así mismo apreciar las características de las instalaciones de un solo servicio.

En el enfoque de proceso se valoró la relación interpersonal que hay entre el odontólogo, el usuario y el personal que interviene durante la atención; de ahí que se valorara el trato con la atención brindada, la privacidad, amabilidad y cortesía, confianza y seguridad inspirada, así como la información proporcionada.

En el enfoque de resultados, la percepción con la satisfacción del tratamiento recibido, las expectativas referentes a su tratamiento y la del servicio brindado; fueron valorados.

Metodología

Se consensó un diseño metodológico de tipo exploratorio, descriptivo y transversal. Y se determinó una muestra promedio de consulta en el servicio de operatoria dental de un universo de 460 usuarios asistentes a los servicios odontológicos particularmente de operatoria dental. Para lo cual se determinó la muestra con un

nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5%, mediante el uso del software estadístico STATS 2.1 obteniéndose 197 unidades muestrales. Los criterios de inclusión se definieron para los usuarios que asistieron durante el periodo de investigación y que aceptaron participar en el estudio, excluyéndose a los usuarios con alguna discapacidad que les impidiera realizar el cuestionario por sí solos. Las variables se determinaron para valorar la satisfacción de la atención odontológica: con el tiempo de espera, infraestructura, trato digno, información proporcionada y las variables socio-demográficas tales como edad, género, estado civil, ocupación, residencia, escolaridad, ingresos económicos y Derechohabiciencia.

Se encuestó a los usuarios que asistieron a las clínicas odontológicas durante el periodo de estudio, el instrumento fue pilotado con la finalidad de mejorarlo. Se modificaron algunos ítems por cuestiones de redacción y claridad, asimismo para su validación y consistencia se aplicó el alpha de alfa cronbach el cual resultó favorable con 0.981, de validez. Lo que permitió aplicarlo de acuerdo a los objetivos planteados.

La aplicación del instrumento se realizó en el periodo comprendido de agosto a septiembre del 2014. El instrumento estuvo conformado por cinco apartados: Uno con datos sociodemográficos y con antecedentes del servicio; el segundo, tercer y cuarto apartado se valoraron de acuerdo a los enfoques de estructura, proceso y resultados, para evaluar las acciones dirigidas a la calidad de la atención. El apartado de estructura comprendió la percepción del servicio odontológico con los atributos de tiempo de espera, apariencia del personal, la limpieza de las clínicas, la ventilación del área de espera. En el apartado de proceso se incluyeron la privacidad en la atención, la amabilidad y cortesía, la confianza, informa-

ción proporcionada, trato del personal, capacidad del odontólogo para escucharlo. En el apartado de resultados la percepción del tratamiento recibido, las expectativas cubiertas y la satisfacción con el servicio recibido.

El quinto apartado incluía una pregunta con 11 opciones de las cuales se debían elegir tres aspectos que consideraban más importantes para brindarle un mejor servicio. Los datos se capturaron en el programa SPSS V.19.0, asimismo los resultados se presentaron en cuadros y gráficos.

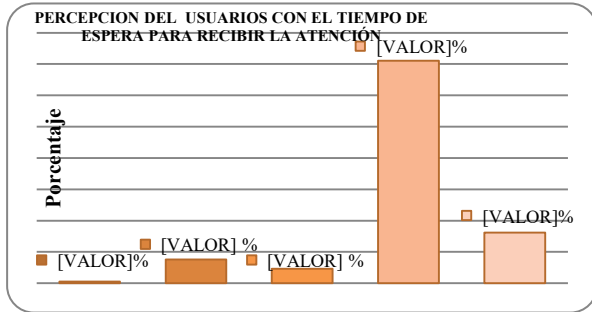
Con relación a los Resultados el 50.3% de los usuarios recibieron atención odontológica en el turno matutino y el 49.7% en el vespertino. El 34.5% de los tratamientos fueron restaurativos, (amalgamas y resinas); el 33.0% tratamientos protésicos, el 19.3% tratamientos quirúrgicos, el 12.2% tratamientos en odonticos y el 1.0% asistieron por una urgencia.

Con relación a la atención el 60.4% refirieron ser subsecuentes de los cuales el 26.4% habían acudido a dos consultas previas y el 22.3% esperaban su segunda cita, el 10.2% refirió ser su tercera visita y el 1.5% estaban en tratamiento. Asimismo el 39.6% fueron usuarios que acudían por primera vez a las clínicas.

Con relación al enfoque de estructura y en la variable de satisfacción con el tiempo de espera, el 71.1% manifestaron estar satisfechos, el 16.2% muy satisfecho, el 7.6% de los encuestados se consideraron insatisfechos, y solo el 0.5% muy insatisfechos. Con respecto a las condiciones de las instalaciones y del servicio, el 97% opinó estar satisfecho con la apariencia del personal refiriéndonos a la vestimenta adecuada para la atención, el 96% refirió estar satisfecho con la eficiencia del personal que le atendió, el

92.3% con la limpieza e higiene de la clínica y el 62% con la limpieza e higiene de los servicios sanitarios.

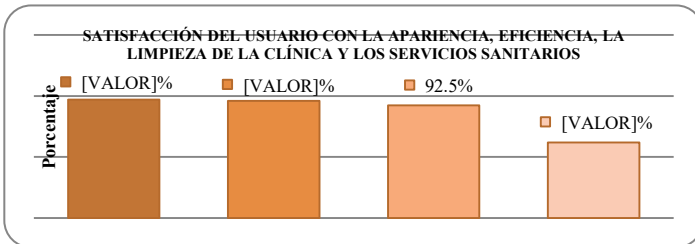
Grafica 1. Satisfacción con el tiempo de espera



Fuente: Encuesta de percepción de satisfacción.

En el área operatoria la iluminación fue considerada por el 82.8% como satisfactoria, asimismo el 30.9% considero adecuada la ventilación del área de espera, el 71.1% estuvo satisfecho con el funcionamiento de los equipos dentales y el 71.6% con la disponibilidad del material para ser atendido. En este sentido el 75.7% estuvieron satisfechos con el área de atención, y en términos generales la percepción de satisfacción con relación al enfoque de estructura fue de 93.9%.

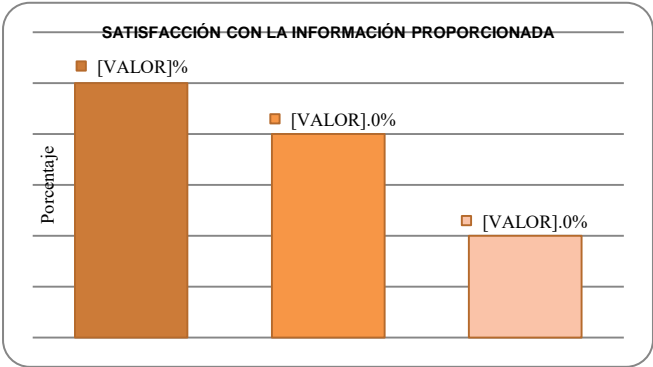
Grafica 2. Satisfacción con la apariencia y servicios



Fuente: Encuesta de percepción de satisfacción.

La percepción de los usuarios sobre la información recibida de parte del odontólogo sobre su padecimiento y tratamiento, el 99.5% estuvo satisfecho con la información sobre su diagnóstico, el 99% con la información de su tratamiento y el 98% con la explicación sobre los procedimientos que le provocarían dolor.

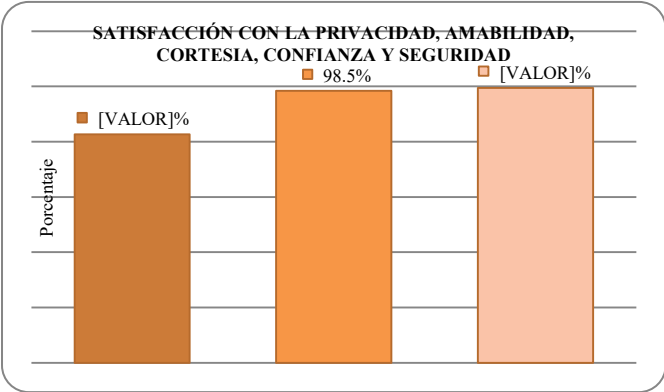
Gráfica 3. Satisfacción con la información proporcionada



Fuente: Encuesta de percepción de satisfacción.

De acuerdo a las características del trato con la atención que recibieron los usuarios de conforme a su percepción. El 82.7% considero satisfactorio la privacidad, el 98.4% valoro la amabilidad y cortesía del personal durante la atención como satisfactoria y el 99.5% la confianza y seguridad.

Gráfica 4. Satisfacción la privacidad, cortesía y confianza



Fuente: Encuesta de percepción de satisfacción.

En cuanto a la capacidad del odontólogo para escucharlo el 98.5% de los usuarios se mostró satisfecho, el 99% estuvieron satisfechos con el trato del odontólogo y el 86.3% opino estar satisfecho con el trato por el personal que lo atendió.

La satisfacción general de acuerdo con la percepción de los usuarios con relación a la información proporcionada sobre su padecimiento y tratamiento; así como de las características del trato con la atención brindada, comprendido dentro del enfoque de proceso, fue de 99.5% y solo el 0.5% refirió estar insatisfecho.

En el enfoque de resultados la satisfacción y las expectativas del usuario con relación a la atención odontológica, el 99% consideraron estar satisfechos con el tratamiento recibido, el 97% con las expectativas que tenían acerca de su tratamiento y el 97% con el servicio de atención. En este contexto la valoración del servicio en general a través del enfoque de resultados, fue de 98.5% y solo el 1.5% refirió estar insatisfecho. Asimismo el 95.4% de la población estudiada comentó que regresaría nuevamente para la atención odontológica en contraste con el 4.6% el cual indicó que no lo haría.

De manera global las distribuciones porcentuales de los enfoques de estructura, proceso y resultado para valorar la calidad de la atención en las clínicas odontológicas fue de 97.1%.

Con respecto a los aspectos que podrían mejorarse según la opinión de los usuarios destaca, el acondicionamiento del área de espera, la disminución a los costos de los tratamientos, poder agendar citas por teléfono.

Discusión

Con relación a la dimensión de estructura, el tiempo de espera para recibir la atención se encuentra de 30 a 45 minutos, estos resultados están por encima de lo estimado según el sistema nacional de indicadores de calidad en salud, el cual menciona que el promedio de tiempo de espera es de 30 minutos¹

De acuerdo a la satisfacción con el tiempo de espera la mayoría de los usuarios se encontraron satisfechos

Los aspectos de menor porcentaje de satisfacción fueron la limpieza e higiene en que se encontraban los servicios sanitarios, la ventilación del área de atención odontológica así como, la del área de espera, el funcionamiento de los equipos dentales y la disponibilidad del material para ser atendido. Resultados similares a lo encontrado por Betin², en el estudio realizado para valorar la calidad del servicio estomatológico, los cuales mencionan que entre las dificultades que afectaron la calidad de estructura fueron las relacionadas con el equipamiento para la consulta por escasa cantidad de carpules, anestésicos, seguido de deficientes condiciones higiénicas sanitarias del local, las condiciones del área de espera y deficiente ventilación del área.

En cuanto a la percepción en los proceso con respecto a la amabilidad, cortesía, privacidad confianza y seguridad durante el tratamiento, así como la capacidad del odontólogo para escucharlo, los usuarios refirieron estar satisfechos y muy satisfechos; resultados encontrados en similitud en un estudio de satisfacción de los aspectos técnico-afectivos en estas clínicas recientemente, donde refieren aspectos positivos en el trato personal y la posibilidad de expresar sus ideas durante la consulta.³

En lo que se refiere al trato proporcionado por el odontólogo el 99% de los usuarios señalaron estar satisfecho; en concordancia con Landa Mora⁴ y colaboradores quienes mencionan que el 82% de los usuarios de los servicios de estomatología del IMSS manifestaron estar satisfechos con el servicio proporcionado por el odontólogo.

La satisfacción con la percepción de los usuarios de las clínicas odontológicas centrales sobre el tratamiento recibido, las expectativas cubiertas acerca de su tratamiento y la valoración del servicio en general a través del enfoque de resultados fue de 98.5% satisfactorio muestra la disposición de los usuarios con la recomendación del servicio a terceros y en un 95.4% valorada la posibilidad de regresar en otra ocasión para su tratamiento dental. Resultados similares a lo encontrado en un estudio donde se menciona que al preguntarle al paciente si regresaría a la misma clínica donde fue atendido, el 95.5% opino que si lo haría.

Con relación al porcentaje de satisfacción global alcanzado de 97.1%, se observó que es acorde al porcentaje estimado de satisfacción correspondiente al servicio de atención percibida por los usuarios en la dimensión de resultado y mayor al porcentaje del indicador propuesto en este estudio (90%).⁵ Sin embargo se podría considerar que de este porcentaje de usuarios satisfechos percibieron durante el proceso integral de la atención una adecuada percepción con aspectos como el trato por el odontólogo, amabilidad y cortesía, la información sobre su padecimiento y tratamiento, el tratamiento recibido; que de alguna manera compensan la insatisfacción encontradas en el enfoque de estructura.

Conclusiones

La percepción del usuario respecto a la calidad de la atención odontológica de las clínicas centrales de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, es que el servicio brindado es de calidad, ya que en los indicadores propuestos por Donabedian como predominantes en el servicio evaluado como estructura, proceso y resultado, se observaron porcentajes elevados de satisfacción por parte de los usuarios del servicio.

En cuanto al enfoque de proceso los aspectos de la relación interpersonal como la amabilidad y cortesía, la capacidad del odontólogo para escucharlo, la confianza y seguridad, fueron valoradas por los usuarios positivamente. Demostrando que los programas educativos cumplen con los objetivos de aprendizaje y formación de los futuros profesionales con calidad y calidez. Lo cual influye en que el paciente considere la posibilidad de recomendar los servicios y regresar en otra ocasión para su atención odontológica.

Por tanto la calidad está relacionada a la satisfacción que expresan los usuarios en cada una de las tres dimensiones en el servicio: instalaciones, la organización y el acto propio odontológico, por lo que un cambio en la satisfacción en cualquiera de ellas afectará el nivel de satisfacción global, ya sea en positiva o negativamente.

Bibliografía

1. García MS, Gómez E, Díaz G. Satisfacción del usuario como un indicador de calidad en el servicio de cirugía cardiovascular del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2011;16: 208-214.
2. Betín P, Guardela S, Infante F, Díaz C, González M. Satisfacción de los pacientes respecto a la calidad de la atención odontológica en una institución pública universitaria de la ciudad de Cartagena. *Revista de la facultad de ciencias de la salud* 2009.
3. Morales García MH, Priego Álvarez HR, Avalos García MI. Aspectos técnico-afectivos de la práctica odontológica: valorados por el usuario en el proceso de atención. *Rev. Quintana roo* 2013; Año 6.

4. Landa-Mora F, Francisco-Méndez G, Muñoz-Rodríguez M. Satisfacción de los usuarios con los servicios de estomatología en el IMSS. *Revista Médica Del IMSS* 2014; 45: 149-155.
5. Sánchez Islas A. satisfacción de los servicios de salud y su relación con la calidad en los hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. Instituto de ciencias de la salud área académica de medicina.

Infecciones Nosocomiales, en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Hospital General Zona 46, IMSS Delegación Tabasco, México”

Silvia María Guadalupe Garrido Pérez,¹ Miriam Susana Pando López,² Eliseo del Río González³

^{1,2}Hospital General de Zona 46, IMSS Delegación Tabasco, ³ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: Las Infecciones Nosocomiales (IN), en unidades de cuidados intensivos adultos (UCIA), aumentan los días de estancia hospitalaria, se asocian a una mayor probabilidad de secuelas y muerte, así como al incremento en el costo por su atención. A fin de establecer acciones según la identificación de factores se planteó un estudio. **Objetivo:** Describir los factores asociados a las infecciones Nosocomiales, en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos del Hospital General Zona 46, IMSS Delegación, Tabasco. **Método:** Estudio de observación, Cohorte, ambispectivo, en UCIA, 2014. Universo. Pacientes que ingresaron N=115. Criterios Inclusión: Estar afiliado al IMSS. Exclusión: paciente con infección nosocomial preexistente. Variables: Infección Nosocomial, factores intrínsecos y extrínsecos, desenlace del caso. Se utilizaron fuentes secundarias: expedientes y resultados de laboratorio, según los criterios de la NOM-045 para la vigilancia de las Infecciones Nosocomiales y procedimientos del IMSS. Análisis. Se realizó estadística descriptiva. Se cumplió con lo dispuesto en la Ley General de Salud y del IMSS. **Resultados:** La incidencia de infección nosocomial fue 0.13 (15 casos), tasa de letalidad de 26.6% (4). La mortalidad por causa específica fue de 22.2 por cada 100 pacientes (4/18). Las IN fueron en hombres 73.3%, las neumonías asociadas a ventilación mecánica ocuparon el 43.5%, seguida de los hemocultivos (26.08%), la sonda vesical (13.04%), y las infecciones del sitio quirúrgico (8.7%), se observó *Cándida Sp* y *Candida albicans* 13.04% cada una, seguidas de *Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae*, *Staphylococcus heamolyticus*, *Staphylococcus epidermidis* (8.7% respectivamente). **Conclusiones.** Las IN relacionadas con mecanismos invasivos incrementan el riesgo a morir de los pacientes de la UCIA, por tal hay que establecer estrategias para la mejora de los procesos.

Palabras claves: Infección Nosocomial, factor de exposición, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud.

Introducción.

Las Infecciones Nosocomiales representan uno de los problemas más importantes de salud que ocurren en los Hospitales y sus unidades de cuidados intensivos (UCI); contribuyen a la presencia de serias complicaciones, que agregadas a las causas de ingreso y comorbilidades preexistentes, pueden condicionar la presencia de secuelas o incluso la muerte. Las infecciones nosocomiales, ocurren en todo el mundo y afectan a los países desarrollados y a los carentes de recursos. Están asociadas a las principales causas de defunción, al aumento de la comorbilidad en pacientes hospitalizados, que agravan su discapacidad funcional, la tensión emocional y el estrés al que se encuentra expuesto el paciente, desencadenando importantes cambios bioquímicos como respuesta al dolor, a la inflamación, al sufrimiento, que pueden ocasionan trastornos discapacitantes que reducen notablemente su calidad de vida. En este estudio, se planteó identificar los factores de exposición e impacto epidemiológico que estas infecciones tienen en el paciente crítico, aquellos mecanismos invasivos que incrementan los riesgos de ocurrencia, así como la etiología de las principales Infecciones Nosocomiales, como son la neumonía asociada a ventilación mecánica, la infección urinaria asociada a sonda uretral, bacteriemia primaria y secundaria, heridas quirúrgicas entre otras. El mayor impacto que deseamos evidenciar, no sólo es el alto costo, sino su contribución a una mayor mortalidad y secuelas en el derechohabiente. La caracterización, perfil microbiológico, tendencia e impacto de las infecciones nosocomiales no sólo dependen del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, sino del cumplimiento de todos los procesos de gestión directivos necesarios para su prevención y control.

Nosocomial proviene del griego nosokomein que significa nosocomio, o que es lo mismo hospital y que a su vez deriva de las palabras griegas nosos, enfermedad, y komein, cuidar, o sea, “donde se cuidan enfermos”. Las infecciones nosocomiales son infecciones contraídas durante la estancia en el hospital, que no se habían manifestado ni estaban en período de incubación en el momento del internamiento del paciente. En general las infecciones que ocurren más de 48 horas después del internamiento suelen considerarse nosocomiales, aunque puede acortarse el tiempo debido a los procedimientos invasivos y a la terapia intravascular. Esta periodicidad sólo aplicará para infecciones bacterianas y para infecciones micóticas se consideraran⁵ días y 21 días para infecciones virales. Existen definiciones para identificar las infecciones nosocomiales según los sitios de infección. También entrarían en esta categoría las IN en en los trabajadores del centro debido a su ocupación o exposición.

Epidemiología de las infecciones Nosocomiales. Estados Unidos, reconoce que del 5 al 10% de todos los pacientes que se hospitalizan adquieren una infección nosocomial. En México hay cerca de siete millones de hospitalizaciones al año se calcula que por lo menos uno de cada diez pacientes presentan una infección nosocomial, deben ocurrir en dicho período 700 mil episodios, aproximadamente. Se ha estimado que la frecuencia de infecciones en unidades hospitalarias varía desde 2.1 hasta 15.8%. Se sabe que la mortalidad asociada a dichos padecimientos es cercana al 10%, de modo que unas 70 mil personas mueren anualmente en nuestro país por esta causa". Cada año fallecen aproximadamente 70 mil mexicanos a causa de Infecciones Nosocomiales. En las unidades de cuidados intensivos (UCI) la situación es más preocupante: un

estudio realizado en 895 pacientes de 254 UCI en México encontró que 23.2% de éstos tenía una infección nosocomial. Se ha reportado que el costo promedio por episodio de IN es de US\$8,990. Otros estudios en México evidencian un costo promedio de atención de un caso de IN es de aproximadamente US\$4,200.

Sitios más frecuentes de infecciones nosocomiales. Infecciones urinaria, Infecciones del lugar donde se ha practicado una intervención quirúrgica, Neumonía Nosocomial, Bacteriemias Nosocomiales, Otras infecciones Nosocomiales, las cuales cuentan con criterios clínicos según la NOM-045-SS. Las infecciones nosocomiales son ocasionadas por múltiples y variados agentes infecciosos del ambiente hospitalario. En el HGZ-46, IMSS, diariamente se presentan aproximadamente de dos a tres infecciones nosocomiales, y en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA), en promedio mensual de dos a tres infecciones nosocomiales. Durante el año 2013, se observó que la tasa global de infección nosocomial presentó un promedio anual de 6.4 por cada 100 egresos hospitalarios y la de la UCIA fue de 69.58 por cada 100 egresos. En el último año se observó un incremento de las infecciones nosocomiales en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto del HGZ 46 IMSS, asociados a una diversidad de factores, a pesar de la información y mejora en procedimientos y acciones implementadas mediante programas, medidas para reducir los eventos adversos, así como las gestiones realizadas, es un hecho que aún es necesario identificar otros factores contribuyentes.

Objetivo

Determinar los factores de exposición asociados a las infecciones nosocomiales y su impacto epidemiológico, en pacientes de la

Unidad de Cuidados Intensivo de Adultos del Hospital General Zona 46, IMSS de Delegación, Tabasco.

Método

Estudio de observación, Cohorte, ambispectivo, en UCIA, 2014. Universo. Pacientes que ingresaron N=115. Criterios Inclusión: Estar afiliado al IMSS. Exclusión: paciente con infección nosocomial preexistente. Variables: Infección Nosocomial, factores intrínsecos y extrínsecos, desenlace del caso. Se utilizaron fuentes secundarias: expedientes y resultados de laboratorio, según los criterios de la NOM-045 para la vigilancia de las Infecciones Nosocomiales y procedimientos del IMSS. Análisis. Se realizó estadística descriptiva. Se cumplió con lo dispuesto en la Ley General de Salud y del IMSS.

Resultados

Ocurrencia y características de las infecciones Nosocomiales y su impacto epidemiológico, en el paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos. Se observó que los pacientes críticos, presentaron infección nosocomial un 13% (15 casos). Fueron hombre 73.3% (11), casados 11 (73.3%), empleados 10 (66.7%), secundaria 4 (26.7%). Con domicilio ubicado en zona urbana 9 (60%). Los factores de riesgo asociados a IN fueron: pacientes con ventilación mecánica el 23.4% (11), catéter venoso central 11.7% (12), catéter venoso periférico 20% (3). Se identificó a 51 pacientes que estuvieron expuestos a sonda nasogástrica 17.6% (9) presentaron IN, con sonda Foley (114) 13.2% (15). Con heridas quirúrgicas (34), con sonda pleural (7) presentaron infección nosocomial 57.1% (4). Con diabetes mellitus (20), 10% (2). Con hipertensión arterial sistémica (15), 6.7% (1), Eclampsia (5) que presentan infección nosocomial 0%. Pacientes con evento cerebrovas-

cular 66.7% (2). Pacientes trasfusión sanguínea (1) que presentaron infección nosocomial 100% (1). Pacientes con VIH (1) que desarrolla infección nosocomial en la UCIA (100%). Entre las principales distribución porcentual por sitio de infección. Se obtuvo que de forma global las neumonías asociadas a ventilación mecánica ocuparon el más alto porcentaje (43.5%), seguida de los hemocultivos (26.08%), los urocultivos con Sonda Foley (13.04%), las infecciones del sitio quirúrgico (8.7%), seguidas por líneas vasculares y líquido pleural en un (4.34% respectivamente). En relación con la distribución global porcentual de los gérmenes gran positivos, Gran Negativos y hongos aislados en las infecciones Nosocomiales registradas por mes. Los meses con mayor gérmenes aislados fueron: febrero, mayo y junio con un (26.1%) cada mes respectivamente. Con mayor distribución porcentual se identificó: *Cándida sp* y *Candida albicans* en (13.04%) respectivamente, seguida de *Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae*, *Staphylococcus hemolyticus*, *Staphylococcus epidermidis* (8.7%). y el resto de las bacterias tuvieron un comportamiento del (4.34%). El promedio de días estancias en el momento de la captación de la infección fue de 13.2 días, (mínimo 4, máximo 45 días) y el promedio días estancia al momento del egreso fue 9.27.

II.- Impacto epidemiológico de la Incidencia de infección nosocomial. Se observó que de los 115 pacientes con críticos de ingresaron a la UCIA, HGZ-46 IMSS, Delegación Tabasco, se presentaron 15 pacientes que desarrollaron 23 infecciones nosocomiales 13.04 por cien egresos (15 casos). La incidencia global de IN por género, por 100 egresos, fue más alta en los hombres (73.3%). Las neumonías intrahospitalaria ocuparon el más alto porcentaje (43.47%), seguidas de las bacteremias (30.43%), las infecciones de

vías urinarias (13.04), infecciones de herida quirúrgica (8.7 %), le siguieron infección asociada a catéter L.V (4.34%). Etiología microbiológica de las infecciones del aparato respiratorio. Los gérmenes causantes de neumonía tras cursar con un promedio de 23 días de estancia intrahospitalaria son fúngicas como: *Cándida Sp*, *Candida Albicans*. Gérmenes de bacilos gramnegativos no fermentadores como son *Acinetobacter baumannii* y *Pseudomonas*, las enterobacterias como *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella pneumoniae ssp pneumoniae*, así mismo se identificaron gérmenes como *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus* y *Staphylococcus aureus aeruginosa*. Etiología microbiológica de las bacteremias. Los gérmenes causantes de bacteremias tras cursar con un promedio de 7.8 días de estancia intrahospitalaria son *Cándida Sp*, *Escherichia Coli*, *Staphylococcus hemolyticus*, *Staphylococcus epidermidis*. Etiología microbiológica de las infecciones del sitio quirúrgico. Entre los gérmenes aislados en las infecciones del sitio quirúrgico los más frecuentes fueron *Candida Albicans* y *Staphylococcus hemolyticus*. Etiología microbiológica de las infecciones del tracto urinario. En infecciones urinarias, se aisló *Enterococcus faecalis*, *candida albicans*, *candida sp*.

Antibioticoterapia y su resistencia. Se identificó que los pacientes que recibieron tratamiento con antibiótico con un resultado microbiológico previo fue del 60.9%. De estos, se inició antibioticoterapia adecuada previo al resultado antimicrobiano en el 73.8%. La sensibilidad antibiótica en relación con el tratamiento que recibió el paciente posterior a la toma del cultivo y antes de conocer el resultado del cultivo, fue adecuado en el 53 %, es decir el paciente estaba recibiendo el antibiótico indicado de acuerdo al antibiograma, fue empírico el 18 %; el antibiótico que se administró sin

referencia de antibiograma (criterio clínico) el 2 % y se encontraba en el rango de intermedio, es decir, el antibiótico puede ser útil, pero no cien por ciento efectivo y en el otro 2 %, el antibiótico que se manejó no era el indicado para el germen el resto de los casos. Se identificó que los gérmenes responsables de las infecciones nosocomiales encontradas en la UCIA son resistentes al menos a uno de los antibióticos más comúnmente utilizados para tratarlas en un 83%. En relación con los antibióticos prescritos se identificó que los grupos de antibióticos con mayor uso en los pacientes de la UCIA fueron: cefalosporinas de 3ra. Generación: ceftriazona 77.6%, betalactámicos 63.7%, aminoglucósidos 51.9%, quinolonas 42.6%, sulfonamidas 36.1%, lincosamidas 19.2%, imidazoles 13.4% y los menos consumidos fueron: tetraciclinas 4.3%. Se analizó la resistencia por antibiótico, fueron diez antibióticos los responsables de 90% de la resistencia observada en los seis meses estudiados: ampicilina (Am), amoxicilina (amox), trimetoprim-sulfametoxazol (TMS), amikacina (Ak), gentamicina (Gm), ciprofloxacina (Cip), levofloxacino (levof), claritromicina (Clar), eritromicina (erit). Los fármacos que presentaron la resistencia más alta ampicilina, amoxicilina (91.30%), en seis meses de estudio en la UCIA. La resistencia a la trimetoprima con sulfametaxazol del (78.26%), amikacina y gentamicina (47.82%) y al Ciprofloxacino (30.43%).

En resumen La incidencia de infección nosocomial fue 0.13 (15 casos), tasa de letalidad de 26.6% (4). La mortalidad por causa específica fue de 22.2 por cada 100 pacientes (4/18). Las IN fueron en hombres 73.3%, las neumonías asociadas a ventilación mecánica ocuparon el 43.5%, seguida de los hemocultivos (26.08%), la sonda vesical (13.04%), y las infecciones del sitio quirúrgico

(8.7%), se observó *Cándida Sp* y *Candida albicans* 13.04% cada una, seguidas de *Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae*, *Staphylococcus heamolyticus*, *Staphylococcus epidermidis* (8.7% respectivamente). La mayor resistencia fue por ampicilina, amoxicilina, TMP/SMZ, amikacina, gentamicina y ciprofloxacino.

Conclusiones

Se observó que la exposición a algún factor de riesgo condiciona la ocurrencia de Infecciones Nosocomial y puede afectar a cualquier individuo que este expuesto. Se identificó una tasa de infecciones nosocomiales en la Unidad Cuidado Intensivo Adulto de 13%. Los resultados permiten identificar la epidemiología de las Infecciones Nosocomiales en UCIA/HGZ46, e ilustran el enorme potencial para prevenir estas infecciones, abatir costos y reducir la mortalidad, considerando que los microorganismos aislados como causa de infección nosocomial tenemos a *E. coli* y *P. aeuroginosa* entre otras, con alta resistencia a un gran número de antibioticos como cefalosporinas de primera y segunda generación, tetraciclinas, cloranfenicol y macrólidos lo que puede ser explicado, tanto de manera natural como adquirida. Otro factor preocupante es la capacidad de los gérmenes para tornarse resistente en el curso del tratamiento antibioticoterapeutico. En conclusión se observó que las IN relacionadas con mecanismos invasivos incrementan el riesgo a morir de los pacientes de la UCIAL, por tal hay que establecer estrategias, procedimientos y acciones para la mejora de la calidad y seguridad de los procesos realizados en el paciente.

Bibliografía.

1. Norma Oficial Mexicana, NOM-045-SSA2-2005 para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales.
2. Norma que establece las disposiciones para la Vigilancia Epidemiológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social Clave 2000 001 020

3. Procedimiento para realizar la vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales en las Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención.
4. Breviario para la Vigilancia Epidemiológica Prevención y control de las Infecciones Nosocomiales 2012.
5. Vigilancia Epidemiológica Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales 2013 www.imss.gob.mx, (última visita 04 Junio 2014).
6. Guía Técnica para la Vigilancia Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales. Instituto Mexicano del Seguro Social 2012.

Auditoria en diabetes mellitus tipo 2 en tabasco, con énfasis en la competencia de médicos y pacientes

Avalos García María Isabel,¹ López Ramón Concepción,² Morales García Manuel Higinio,¹ Cargill Foster Nelly Ruth¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. ²Instituto Mexicano del Seguro Social (México)

RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus es la enfermedad crónica más común que afecta a más de 382 millones de personas en todo el mundo. La auditoría, es un procedimiento evaluativo de la atención médica, comúnmente enfocada hacia estructura, proceso y resultado de los programas, sin embargo se desatiende una parte fundamental que son los resultados en el paciente. **Objetivo:** Evaluar programa de Diabetes Mellitus en una unidad de atención primaria con énfasis en la competencia de médicos y pacientes. **Método:** Estudio de tipo Observacional, descriptivo, transversal. Se estudiaron 105 pacientes y 42 médicos, y fueron seleccionados 105 expedientes clínicos. Para evaluar competencia en los médicos, se empleó un cuestionario autoadministrado y auditoría del expediente clínico de acuerdo a la NOM, en los pacientes una entrevista y una guía de observación para evaluar las competencias. **Resultados:** Conocimiento de los médicos: prevención 69%, diagnóstico 33%, tratamiento 12%. El conocimiento de los pacientes respecto a la enfermedad 60%, medidas terapéuticas y dietéticas 62% prevención de complicaciones 68%, conducta del paciente ante el tratamiento, en ejercicio, alimentación, apego al tratamiento y cuidado de los pies menor al 50%, destrezas del paciente en habilidades nutricionales, cuidado de los pies y práctica del ejercicio menor al 50%, control metabólico: no satisfactorio, IMC 82%, glucosa 73%, triglicéridos 63%. **Conclusiones:** Este estudio demuestra la necesidad de emplear estrategias diferentes en el manejo de la diabetes mellitus, ya que se encontraron oportunidades de mejora en las competencias tanto de médicos como de pacientes.

Palabras clave: Auditoria, Diabetes Mellitus, competencia.

Introducción.

Características y antecedentes. República Mexicana

México es un país con una población de más de 115.6 millones de habitantes. Su alto grado de desigualdad social refleja toda la

gama de problemas de salud que afectan al mundo; las muertes por enfermedades no transmisibles y por lesiones concentran casi el 85% de la mortalidad total¹

Las enfermedades crónicas, hoy en día, se han convertido en uno de los problemas de salud pública más importantes; los altos costos en el tratamiento y la prevención de las complicaciones evidencian cifras alarmantes. La diabetes mellitus es un problema de salud pública. El número estimado de adultos que viven con esta enfermedad en el mundo se ha elevado a 382 millones. Se calcula que esta cifra aumentará hasta alcanzar los 592 millones de personas para 2035, lo cual equivale aproximadamente a tres nuevos casos de diabetes por cada diez segundos²

Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), encontró que la frecuencia de complicaciones crónicas en personas que han padecido diabetes más de 20 años son del 48% para retinopatías, 6.7% para ceguera, 42% para neuropatías, 1.5% para daño renal, 6.7% para infarto de miocardio, 3.3% para accidentes cerebro vasculares y 7.3% para amputaciones de miembros inferiores³

En México, el control de la diabetes mellitus se ha convertido en un problema económico grave para el paciente, su familia, la sociedad y el propio Estado, de ahí la importancia de abordar aspectos que durante años han sido olvidados o ignorados por la comunidad médica pero que están latentes y requieren atención inmediata para abatir el rezago que se tiene para esta enfermedad y saldar el compromiso social de todos con las personas portadoras de este padecimiento.

Cifras oficiales reportadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Sistema Nacional de Información en

Salud (SINAIS) dan cuenta que por esta enfermedad han ocurrido 82,964 decesos, más de tres veces los provocados por los homicidios⁴ Actualmente la DM2 (diabetes mellitus tipo 2) sigue estando entre los diez principales casos nuevos de enfermedad. Para el 2011, el total de defunciones fue de 77, 699 y una tasa de 70.9 por 100 000 habitantes. Una de las razones que propician el desarrollo de esta grave enfermedad es el exceso de peso y México ocupa el segundo lugar mundial de personas con obesidad⁵

El monitoreo de la calidad de la atención médica indicó que en el año 2000, sólo el 34% de las personas atendidas por diabetes tenían un adecuado control metabólico⁶ En la actualidad esta cifra ha descendido a 25%⁷ Los costos económicos asociados al tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes. A fin de enfrentar tan grave problema, en la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 de la diabetes mellitus, se definen las acciones preventivas que deben realizar los sectores público, social y privado del país, así como los procedimientos para su detección, diagnóstico, tratamiento y control⁸

Es indispensable que en nuestro país contemos con la habilidad y conocimiento adecuado para el manejo de la diabetes mellitus por parte del médico. La Competencia es la capacidad para responder a las exigencias individuales y sociales para realizar una actividad (Organization for Economic Co-Operation and Development [OECD])⁹ Es decir, la competencia profesional representa la capacidad de un profesional de utilizar su buen juicio así como también los conocimientos, habilidades, actitudes asociadas a la profesión para solucionar los problemas complejos que se presentan en el campo de su actividad profesional¹⁰ El cumplimiento de

la competencia médica en diabetes mellitus va desde instruir al paciente en las medidas preventivas, ser capaz de realizar el diagnóstico oportunamente, brindarle el tratamiento adecuado en base a las necesidades individuales de cada individuo, interpretación de recursos de laboratorio y gabinete, manejo de las complicaciones y seguimiento del control metabólico¹¹. En el estado de Tabasco, los intentos por elevar la calidad de la atención médica en las unidades de primer nivel no han dado hasta la fecha resultados concretos que permitan dar pasos sólidos hacia la mejoría continua de la calidad. Los sistemas de monitoreo que han sido establecidos en el manejo de las normas oficiales para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, dejan fuera las dimensiones descritas en el párrafo anterior, relacionadas con la evaluación de las competencias del médico que deben tomarse en cuenta, si se desea contar con estudios que aporten resultados confiables, que permitan resolver defectos, cambiar políticas y mejorar, incluso, lo que se consideraba hasta ahora bien hecho¹². Así también no se evalúa si el paciente es competente para el manejo de su enfermedad. Por lo anterior se consideró realizar una evaluación a través de auditoría que se define como un procedimiento evaluativo de la atención médica¹³ comúnmente enfocada hacia estructura, proceso y resultado de los programas, que generalmente desatiende una parte fundamental que son los resultados en el paciente pero que en esta ocasión fueron considerados para conocer si es competente o no para el manejo de su enfermedad.

Objetivo

Evaluar programa de Diabetes Mellitus en una unidad de atención primaria con énfasis en la competencia de médicos y pacientes.

Método

Se realizó una investigación de tipo observacional, descriptivo y transversal, con enfoque tanto cuantitativo como cualitativo, cuyo propósito central fue auditar el programa de diabetes mellitus en el estado con énfasis las competencias que sobre la enfermedad tenían médicos y pacientes. Se estudiaron 105 pacientes y 42 médicos, y fueron seleccionados 105 expedientes clínicos. En la tabla, 1 se presentan de forma resumida, los métodos y técnicas empleados, el objetivo para el cual fueron utilizados.

Métodos y técnicas	Propósito
Encuesta	Información cuantitativa de médicos y pacientes acerca de conocimientos, mediante la aplicación de cuestionarios.
Observación	Verificar proceso educativo en grupos de ayuda mutua.
	Guía de observación sobre habilidades y destrezas a pacientes
Guía de auditoría médica	Evaluar la actuación médica

En el ejercicio de diseño e integración de los cuestionarios, auditorías médicas y guías de observación, utilizados para recolectar la información relativa a la investigación, participaron profesionales de la salud considerados especialistas e investigadores en medicina interna y diabetes.

Resultados

Características sociodemográficas del paciente

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden con más frecuencia a la unidad de medicina familiar para control de su padecimiento son las mujeres, amas de casa, con una media de edad de 40 años, La media de años de estudios cursados fue de seis, con estudios de primaria.

Conocimientos, conductas, habilidades y control de la enfermedad, por parte de los pacientes

El conocimiento de los pacientes fue insuficiente (ver figura 1), con respecto a la enfermedad propiamente dicha (60%), en lo relativo a las medidas terapéuticas y dietéticas (62%) y en la prevención de complicaciones (68%).



FIG 1 Conocimiento de los pacientes con DM 2

Para estudiar las conductas de los pacientes se les entrevistó al salir del consultorio médico (ver figura 2). Las conductas que debe poseer un paciente van enfocadas a preservar una dieta saludable, realizar ejercicio físico regular¹⁴, mantener un peso corporal dentro de lo normal, mantener apego al tratamiento farmacológico y a las medidas dietéticas, acciones que constituyen una medida esencial para el control de las enfermedades crónicas¹⁵ En este estudio se pudo apreciar que gran parte de la población estudiada posee conductas no saludables ante su enfermedad y manifiestan una baja adherencia terapéutica (ver figura 2).

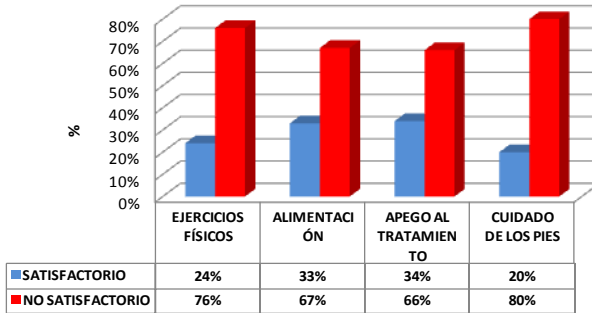


Fig. 2 Conductas del paciente ante el tratamiento de su enfermedad

Al revisar las variables relativas a destrezas de los pacientes y las de control metabólico, son coherentes con los problemas expresados en relación con el conocimiento y con las conductas anteriormente señaladas, ya que se encontraron con deficiencias y valores por encima de lo normal. De acuerdo a los datos clínicos y de laboratorio obtenidos en este estudio, se observó en los parámetros evaluados que los valores que resultaron alterados fueron: glucosa, triglicéridos, índice de masa corporal, traducidos en sobrepeso y obesidad.

Características sociodemográficas de los médicos

El objeto de estudio fueron 42 médicos, el 53% de los cuales son hombres, con una media de 43 años. La mayor parte de ellos cuenta con contrato federal en el 47%. El 56.6% es Licenciado en Medicina, el 39.6% posee una maestría y sólo el 3.8% cuenta con una especialidad.

Conocimientos de los médicos sobre la norma 015

En términos generales, se destaca una gran contradicción entre el conocimiento demostrado por los médicos y el referente normativo señalado en la norma oficial mexicana 015 en cuanto a la prevención de la diabetes que alcanza un 69%, a diferencia de lo relativo al diagnóstico que es del 23% y el tratamiento que no pasa de un 12%.

Esta es una discordancia crítica, dado que estos tres componentes sustantivos en la atención al paciente debieran ser de un dominio alto por parte del médico.

Ejecución de la atención médica

Se pudo apreciar que los aspectos claves relativos a la continuidad de la atención mediante otros servicios tales como: nutrición, odontología, psicología, oftalmología, especialistas para valoración y grupos de ayuda, representan una falla significativa en el trabajo asistencial y contradice el conocimiento que tienen acerca de la importancia de un manejo interdisciplinario de la enfermedad. Fallas en la continuidad¹⁶ es una limitación fundamental para lograr el control de la enfermedad.

En cuanto a la exploración física del paciente y a la indicación de determinados estudios no se aprecia un trabajo sistemático del médico en lo relativo a la revisión de pies, ojos y reflejos. No se llevan a cabo acciones como la orientación sobre complicaciones, medición del índice de masa corporal, circunferencia abdominal y solicitud de estudios complementarios importantes tales como hemoglobina glucosilada, colesterol y triglicéridos que deben realizarse durante la atención médica. Los resultados de esta investigación revelan que el nivel de conocimiento y apego que tienen los médicos sobre la NOM-015 en la atención que otorgan a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, es insuficiente.

Conclusiones

Este estudio demuestra la necesidad de emplear estrategias diferentes en el manejo de la diabetes mellitus, ya que se encontraron oportunidades de mejora en las competencias tanto de médicos como de pacientes.

Bibliografía

1. Frenk, J. Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. *Rev.Salud pública Méx.* 49(suppl1); 14-22; 2007.
2. International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas*. Sixth edition. 2013.
3. OPS/OMS. Documento oficial acerca de la diabetes. 2012. Consultado el 27 de julio 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6717&Itemid=0&lang=es
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2012.
5. Hernández-Romieu AC, Elnequivé-Olaiz A, Huerta-Uribe N. MC. Reynoso-Noverón N. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud pública Mex.* Vol. 53 no.1 Cuernavaca Jan./Feb. 2011.
6. Ruelas E. y otros, Mejoramiento de la calidad de la atención de la diabetes en México, proyecto Veracruz. México. 1(1): 1-6; 2003.
7. Sistema Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) México, 2012.
8. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. México, actualización 2010.
9. OECD.org. La Definición y Selección de Competencias Clave. Suiza: oecd.org. 2006. Disponible en: www.deseco.admin.ch
10. Brailovsky, Carlos A. "Educación médica, evaluación de las competencias. *Aportes para un cambio curricular en La Argentina*. Buenos Aires: University Press (2001): 103-22.
11. Trujillo Galván F. D., González Cobos R., Munguía Miranda C.. Competencia Médica en Diabetes mellitus. *Rev. Med. IMSS* 2002; 40 (6): 467-472.
12. Martínez Hernández C. M. Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social. *Rev. Cubana Salud Pública* 2006. Mar [citado 2012 Jun 11]; 32(1).
13. Donabedian A. "Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad". *Revista Salud Pública de México* 35:3, may—jun 1993.
14. Ramírez-Vargas E, Arnaud-Viñas MR, Delisle H. Prevalence of the metabolic syndrome and associated lifestyles in adult males from Oaxaca, Mexico, en *Revista. Salud Pública Mex*;49: 94-102. 2007.
15. González, C. Mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud en México la prioridad. *Rev. Salud Pública Mex.* 49(1):88-89; 2007.
16. Aller, M.B et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2010; 84: 371-387 No. 4 Julio-Agosto 2010.

Mitos y realidades del marketing en los servicios de salud en el Ecuador

Galo Beltrán Citelli¹

¹Universidad Central del Ecuador (Ecuador)

RESUMEN

Ecuador es uno de los países subdesarrollados de América Latina en donde el Marketing en salud es una de las áreas de menos desarrollo y en la actualidad aún se siguen utilizando estrategias de mercadeo caducas y poco efectivas. En realidad el problema radica desde la formación universitaria en las facultades de ciencias de la salud ya que en alguna de ellas ni siquiera se menciona esta como asignatura.

En la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador hace más o menos 5 años atrás en mi calidad de director del Área de Odontología Preventiva y Social, se logró que el área Académica incluya en el plan de estudios la asignatura de mercadotecnia que fue el primer paso. La cátedra dio un giro hacia la mercadotecnia general y no de salud ya que quien la dictaba era un economista.

A nivel de pos-grado si se ha logrado darle una importancia significativa con el apoyo de la RIMS y constituye un crédito importante en la Maestría de Gerencia y Auditoria en Salud Bucal, donde se han graduado hasta la presente 42 gerentes que tienen una formación mercadológica importante y pueden constituirse en factores de cambio en su respectivas instituciones. En las otras entidades de Educación Superior no se la dicta y peor se puede encontrar profesores con formación en mercadotecnia odontológi-

ca que ayuden al desarrollo de esta herramienta de cambio en la prestación de servicios de salud.

El Marketing en Salud tiene como objetivo conocer al paciente (su cliente) para determinar lo que desea y ofrecerlo, además generar que el producto se venda solo.

Si la salud impulsa el desarrollo de una nación, entonces el Marketing en Salud juega un rol importante en el desarrollo del país, con énfasis en los aspectos sociales en que la calidad de vida y el bienestar son vistos al mismo tiempo como un fin de desarrollo.

Hay que considerar que el Marketing se está volviendo electrónico y el consumidor cada vez confía más en los medios tecnológicos como fuente de información veraz y actualizada. Sin embargo, alrededor del tema giran algunos mitos entre los que podemos mencionar:

MITO: Se debe incluir toda la información posible en el anuncio

REALIDAD: No importa el medio, el mensaje principal del anuncio debe incluir un propósito claro que identifique la esencia del lo que se oferta.

MITO: En la consulta privada ofrecer servicios gratuitos atrae nuevos pacientes.

REALIDAD: El ofrecer servicios gratuitos empaña la imagen del profesional. “Pague por uno lleve dos” puede funcionar en otro mercado, los servicios de salud privados no pueden proveerse sin cobrar, estos son autofinanciados por tanto más costosos.

MITO: Imitar anuncios de la competencia, incrementa la posibilidad de opción en el mercado.

REALIDAD: La imagen debe ser propia, es importante usar creatividad y entusiasmo.

MITO: Promover solo servicios genéricos

REALIDAD: Ser diferente es la clave, hay que promover y ofrecer productos personalizados de la marca. No lo que puede obtener el usuario en cualquier otro lado.

MITO: Los servicios se venden igual en cualquier lugar, las condiciones del mercado no son importantes.

REALIDAD: Ignorar las condiciones del mercado no es lo más adecuado, el marketing de un servicio debe ser adaptado al entorno donde va a presentarse.

MITO: Hay buenos resultados cuando se confía suficientemente en los vendedores de Publicidad.

REALIDAD: Para vender servicios de salud no hay que comprar publicidad. La preparación es la clave, se debe primero meditar los objetivos. El publicista se convertirá en parte del equipo no en prestador de servicios.

MITO: En Salud hay que limitarse a material de marketing prefabricado o que se produce en forma masiva.

REALIDAD: Hay que invertir Tiempo y energía en crear un plan de marketing que incluya una variedad de tácticas para llegar a más público y sensibilizar más pacientes.

MITO: El marketing digital equivale hoy en día a *social media marketing*

REALIDAD: El éxito en digital sigue siendo tráfico + conversión. Las redes sociales contribuyen a esto porque aportan el *engagement* (compromiso) y ayudan a que los clientes se conviertan en fans.

MITO: El marketing que cuenta es el online.

REALIDAD: Nos estamos empezando a cansar de tanta tecnología. El marketing del futuro es el que integre off y online.

MITO: El control férreo de los flujos de información en *social media* es clave para que no estalle todo.

REALIDAD: Lo que es clave es tener una fuerte cultura corporativa asumida por todos

MITO: La clave del éxito online es buenos conocimientos de tecnologías + profundos conocimientos de publicidad.

REALIDAD: Es la ruta directa a la ruina, la tecnología es sólo una herramienta. Los tres elementos mágicos son el tráfico, la conversión y el *engagement*.

Mercadotecnia de la salud, los mitos y la realidad

Clotilde Hernández,¹ Armando Tomé¹

¹Facultad de Contaduría y Administración. Universidad Nacional Autónoma de México (México)

Desde el surgimiento de la mercadotecnia, alrededor de 1880, se vio directamente relacionada con el consumo masivo. Casi 100 después, en la década de los 70, cuando parecía que con el desarrollo de la mercadotecnia social el consumo tomaría el cauce de la moderación, para alentar el consumo que hiciera retroceder la pobreza; ayudar a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores –y, no sólo incrementar su esperanza de vida–; mejorar las condiciones de la salud pública; utilizar mejor el tiempo y los servicios o para abrirse al mundo y conocer nuevas y hermosas experiencias; el consumo desmedido no se detuvo y por el contrario crece cada día más, y con él la inequidad.

El hiperconsumo, ya no lleva a dudar si la disciplina de la mercadotecnia deba o no utilizarse en el ámbito de la salud, sino a

preguntarse: ¿cuáles son los mitos que han impedido su utilización efectiva? Respondiendo a la pregunta se presentan a continuación diez mitos.

Conocemos que necesita el usuario, no requerimos preguntar. Desde la perspectiva de los profesionales de la salud, derivada de la educación formal que recibieron, pareciera que la necesidad normativa es obvia. En la realidad poco se sabe acerca de la necesidad sentida.

No se requieren estudios de calidad percibida para mejorar los programas de salud. La demanda de servicios de salud se incrementa y cambia en su distribución y en sus causas. A esta complejidad se agrega el hecho de que al usuario o a su familia se les considera ignorantes del servicio de salud que deberían recibir y en consecuencia, incapaces de percibir la calidad.

La mercadotecnia es cara y poco efectiva. El primer error es creer que la mercadotecnia es publicidad y el segundo, atribuirle falta de efectividad porque es más sencillo que reconocer equivocaciones en el diseño o implantación de la mercadotecnia o, que no medimos los resultados alcanzados y a qué obedecen.

La mercadotecnia es complicada. La mercadotecnia como toda disciplina tiene sus principios, procesos, técnicas y herramientas, cuya aplicación se aproxima más a un arte que a una ciencia. Sin embargo, sus resultados pueden pronosticarse como resultado de una “mezcla” y del esfuerzo integral de la organización.

El área médica y de mercadotecnia no trabajan juntas. Los ámbitos de cada una parecen tan alejados. Sin embargo, en la realidad el trabajo conjunto es fundamental para fijar los objetivos, la forma de alcanzarlos y cómo llevar a cabo la mejora continua.

El personal de la salud tiene cubiertas sus necesidades profesionales. Si su labor se realiza en un clima laboral deplorable o en condiciones indignas, no es suficiente que cuente con una profesión y una superespecialidad para considerar que estas necesidades están cubiertas.

La calidad mejora la imagen pero no la mercadotecnia. Si se considera que la calidad consiste en cubrir las expectativas del usuario e incluso superarlas, desde luego que estará en condiciones de mejorar la imagen del servicio de salud. Pero si lo que se comunica en la imagen del servicio no tiene respaldo en la realidad, se trata de una promoción engañosa pero no de la incapacidad de la mercadotecnia para mejorar la imagen.

La mercadotecnia no es aplicable en la investigación. El trabajo de investigación es, cada día, más difícil por la falta de recursos, conseguirlos para apoyar investigaciones de largo plazo, requiere de una combinación de variables que muestren los beneficios, tanto en el sector público como privado, no sólo para impulsar los proyectos sino para multiplicarlos.

Los usuarios de los servicios de salud tienen derecho a elegir y en consecuencia a exigir. En el plano del deber ser esta afirmación es correcta, no obstante, en la práctica, mientras algunos pueden elegir, la mayoría no tiene opciones y menos aún puede exigir.

La mercadotecnia logra hasta lo imposible. En la sociedad del hiperconsumo los gastos de salud aumentan en: consultas, fármacos, análisis, tratamientos, cuidado de la salud, consejos preventivos, información en programas de televisión y radio, artículos para el gran público, páginas web, textos de divulgación, guías y enciclopedias médicas, alimentos, turismo, hábitat, cosméticos, entre

otros. Paradójicamente esto no ha repercutido en que mejoren los indicadores de bienestar en materia de salud.

Calidad en la atención de urgencias del trauma cráneo facial en el Hospital Rovirosa Pérez

Otoniel Aguilar Hernández,¹ Rosa del Alba Cardoza Galmiche,¹ Karla Paola García de la Cruz,¹ Dulce María Montiel,¹ Verónica Romellón Madrigal,¹ Héctor Sánchez Jiménez¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: El Trauma Cráneo facial (TCF) es el daño que sufren los tejidos y órganos por acción de una energía que puede actuar en forma aguda o crónica; comprende tanto partes blandas como óseas en la región craneal y facial. En el Hospital Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez del estado de Tabasco se reciben un gran número de pacientes en el servicio de urgencias con TCF. **Objetivo:** Evaluar la calidad de atención brindada a los pacientes con traumatismo cráneo facial en el servicio de urgencias del Hospital Dr. Gustavo Rovirosa Pérez. **Métodos:** Se utilizó el modelo de cuatro etapas de Avedis Donabedian de la atención de pacientes en las unidades de urgencias consistente en clasificación y estabilización, interin de diagnóstico y tratamiento, decisiones básicas de tratamiento y por último disposiciones completadas salida del servicio. Las variables dependientes: la oportunidad y la continuidad de la atención. Se validó mediante el proceso Delphi el modelo idóneo para la atención de urgencias del TCF. **Resultados:** Dentro de la oportunidad de la atención: El tiempo de espera para el inicio de la atención médica registró un promedio de 37 minutos. El tiempo de espera para entrega de resultados de laboratorio o gabinete con 79 minutos. En el tiempo de espera de Interconsulta se obtuvo un promedio de 3:07 hrs. El tiempo de permanencia en el servicio de urgencias se estableció con un promedio de 68:06 hrs. **Conclusiones:** De acuerdo a los tiempos de oportunidad de la atención a pacientes con TCF en el servicio de urgencias del Hospital Dr. Gustavo Rovirosa Pérez, la calidad no es la idónea para satisfacer la necesidad de los usuarios. Sin embargo en la continuidad de la atención se logran los objetivos deseados debido a la eficacia del personal.

Palabras clave: Traumatismo cráneo facial, servicio de urgencias, calidad, Tabasco

Introducción

En el Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez del estado de Tabasco se reciben un sin número de pacientes en el servicio de urgencias con lesiones traumáticas incluyendo las lesiones cráneo faciales.

El Trauma Cráneo facial (TCF) es el daño que sufren los tejidos y órganos por acción de una energía que puede actuar en forma aguda o crónica; es aquel que comprende tanto partes blandas como óseas en la región craneal y facial, ocurre aproximadamente en el 10% de los politraumatizados. El servicio de urgencias de un hospital es el área con mayor volumen de pacientes. La calidad de la atención de la salud debe definirse como “El grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud”.

Objetivo general

Evaluar la calidad de atención brindada a los pacientes con traumatismo cráneo facial en el servicio de urgencias del Hospital Regional Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez.

Objetivos específicos

1. Caracterizar los aspectos cinemáticos, demográficos y clínicos del paciente con TCF.
2. Identificar en fases y componentes del proceso de la atención de urgencias a pacientes con TCF.
3. Analizar la oportunidad y continuidad de la atención médica de urgencias a pacientes con TCF.

Métodos

Se consideró la realización de una metodología de enfoque mixto o multimodal que agrupa procesos cuantitativos y cualitativos. Lo anterior permitió obtener una perspectiva más precisa del fenómeno en estudio

En el diseño de la investigación se efectuaron una serie de 6 pasos agrupados en 2 fases una fase de elaboración conceptual y otra de trabajo de campo.

I. Fases de la elaboración conceptual.

1.- Revisión de marco conceptual. Se utilizó el modelo de cuatro etapas de Avedis Donabedian de la atención de pacientes en las unidades de urgencias hospitalarias consistente en clasificación y estabilización, ínterin de diagnóstico y tratamiento, decisiones básicas de tratamiento y por ultimo disposiciones completadas salida del servicio.

2.- Construcción de un modelo de atención en urgencias de trauma craneofacial.

3.- Validación del modelo de atención ideal. (Proceso Delphi) panel de expertos urgenciológicos de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Instituto de seguridad social del estado de tabasco. (ISSET), Instituto Mexicano del Seguro Social. (IMSS), Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) e Instituciones Privadas.

II. Fases de trabajo de campo.

4.- Guía de observaciones dirigidas (INSTRUMENTO), tiempos oportunidad (tiempo, continuidad y secuenciación).

5.- Validación del instrumento. (PRUEBA PILOTO).

6.- Recolección de la información (ESTUDIO DE SOMBRA).

Para abordar el proceso de la atención de urgencias, las variables dependientes fueron: la oportunidad de la atención (variable cuantitativa medida en tiempos) y la continuidad de la atención (variable valorativa medida por variación diagnóstica y tipo de salida). Se validó mediante el proceso Delphi el modelo idóneo para la atención de urgencias del TCF propuesto para el Hospital Dr. Gustavo A. Roviroza Pérez, por urgenciólogos de diversas instituciones del Estado.

Definición de la población

La muestra está conformada por 58 pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital Gustavo A. Rovirosa Pérez con trauma craneofacial.

Definición de variables

Las variables se dividen en las siguientes dimensiones:

- b) Características clínicas del paciente.
 - Edad
 - Sexo
 - Diagnostico
 - Tipo de trauma
- c) Recursos humanos y técnico para la atención del trauma craneofacial.
 - Plantilla de especialistas por turno.
- d) Procesos de solicitud.
 - Valoración por personal de urgencias.
 - Tipo de tratamiento utilizado.
 - Tiempo de espera para inicio de la atención médica en urgencias.
 - Tiempo de espera para entrega de resultados de laboratorio y gabinete.
 - Tiempo de espera en interconsultas.
 - Tiempo de validación diagnóstica e instauración de tratamiento definitivo.
 - Tiempo de permanencia en el servicio de urgencias

Método de recolección de datos.

Para la obtención de la información se diseñó 1 instrumento; el cual recaba datos del paciente denominado “Guía de observaciones dirigidas”. Mismo que fue aplicado durante la estancia en el servi-

cio de urgencias a pacientes con trauma cráneo facial en un lapso de 17 días, divididos en 2 periodos (10-19 junio y del 14-21 de Julio del 2014).

Resultados

Durante la recolección de datos en el servicio de urgencias del Hospital Rovirosa la edad promedio de los pacientes con TCF fue de 32 años, predominando el sexo masculino (86%). Dentro de la oportunidad de la atención: El tiempo de espera para el inicio de la atención médica registró un promedio de 37 minutos. El tiempo de espera para entrega de resultados de laboratorio o gabinete tuvo un promedio de 79 minutos. En el tiempo de espera de Interconsulta se obtuvo un promedio de 3:07 hrs. El tiempo de permanencia en el servicio de urgencias se estableció con un promedio de 68:06 hrs.

Dentro de la continuidad de atención, los accidentes en motocicleta son la causa principal de TCF con 28% de los cuales el 30% estaba en estado étílico.

En la fase de Clasificación y estabilización, se cumplieron satisfactoriamente los criterios de evaluación establecidos para la inspección de pacientes. En la clasificación de severidad del TCF el 71% de los pacientes presentó trauma leve. De acuerdo a la localización del TCF se señalaron las zonas traumatizadas, mostrando un mayor porcentaje de afección en el tercio superior de la cara (hueso frontal-sutura frontonasal) con porcentaje del 29% y un menor porcentaje en el tercio inferior (mandíbula-mentón) con un 3%. El tratamiento inicial de los pacientes, el lavado y suturas de heridas se hicieron presentes en un 36% predominando de esta manera. La vía más utilizada para la aplicación de medicamentos fue la parenteral donde se registraron 43 casos (74%).

En la tercera fase de ínterin de diagnóstico y tratamiento se puede observar que se solicita más de un estudio de laboratorio, siendo la biometría hemática y los tiempos de coagulación los más solicitados con un 40% y 38% respectivamente. El estudio de gabinete más solicitado para TCF fue la Tomografía Computarizada con un 47%. Las interconsultas más solicitadas son para el servicio de Neurocirugía con 17%. El 64 % de los casos se dieron de alta por mejoría.

Conclusión

El perfil sociodemográfico de los casos registrados en el estudio fueron pacientes con traumatismo craneo facial predominantemente jóvenes del sexo masculino. Los eventos se relacionaron mayormente a accidentes de tránsito (motocicletas), con grado de severidad leve afectando principalmente tejido blando (piel y mucosas).

Se identificaron las fases y componentes del proceso de la atención de urgencias a pacientes con TCF, determinando que el tiempo de permanencia en urgencias de los paciente con TCF fue prolongado (>12 HORAS) a lo ya establecido por la NOM-027-SSA3-2013 y a lo recomendado por la OMS.

En la fase de ínterin de diagnóstico y tratamiento se cotejaron los tiempos de espera para entrega de resultados de laboratorio y gabinete, que a pesar de ser un poco tardío para la atención oportuna del paciente, estos han ido mejorando en los últimos años, si se toman los resultados obtenidos en estudios previos. Además que el proceso de interconsulta es tardío debido a que los fines de semana no se cuentan con el personal especializado para la atención a los pacientes con TCF, (Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinola-

ringología, Cirugía Plástica y Reconstructiva y Cirugía Maxilofacial) aumentando así el tiempo de permanencia en urgencias.

En la fase de decisiones básicas de tratamiento, el tiempo para el diagnóstico validado y tratamiento definido disminuyó en los últimos años con la ayuda del desarrollo tecnológico.

En la fase de disposiciones completadas y salida del servicio se pudo constatar que la mayoría de los pacientes con TCF egresaron por mejoría a pesar de los tiempos prolongados.

De acuerdo a los tiempos de oportunidad de la atención a pacientes con TCF en el servicio de urgencias del Hospital de alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroza Pérez, la calidad no es la idónea para satisfacer la necesidad de los usuarios. Sin embargo en la continuidad de la atención se logran los objetivos deseados debido a la eficacia del personal involucrado.

Bibliografía

1. Peláez Mariscal, IM y da Silva, EC. (2010). **“Accidentes de tránsito y el consumo de alcohol en una unidad de urgencia de La Paz, Bolivia”** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 18. [En línea] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000700018&script=sci_arttext
2. Piscocoya Arbañil JA. **“Alcohol y Accidentes de Tránsito; Binomio Conocido”**. 2013.
3. Flandes Silva LA, Casner Ponce ME, Gacitúa Cortez LC y Molina Ferrada JL. **“Prevalencia de muerte en accidentes de tránsito con consumo de alcohol Región XIV 2007 – 2010”**. 2012. [en línea] Disponible en: http://www.sml.cl/sml/attachment/Estudio_alcohol_y_accidentes_transito_SML_Valdivia_2007-2010.pdf
4. Guerrero López CM, Muños-Hernández JA, Sáenz de Miera-Juárez B, Pérez-Núñez R y Reynales-Shigematsu LM. **“Impacto del consumo nocivo de alcohol en accidentes y enfermedades crónicas en México”**. Salud Pública Méx. 2013. 55. [En línea] Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000800027&script=sci_arttext
5. Priego Álvarez HR. **“Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en Servicio de Urgencias a Pacientes por Accidentes de Transporte”**. 1988
6. American College of Emergency Physicians: Emergency Department Observation Units. Ann Emerg Med 17:95-96,1988.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013. **“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”**. (2013).

8. Rhee K, Donabedian A, Burney R. “**Modificado del Modelo de 4 fases de la Atención Médica en el Servicio de Urgencias**” QRB. January, 1987.
9. Navarro Villanueva R, López-Andújar Aguiriano L, Brau Beltrán J, Carrasco González M, Pastor Roca P y Masiá Pérez V. “**Estudios del tiempo de demora asistencial en urgencias hospitalarias: Estudio multicéntrico en los servicios de urgencias hospitalarias de la comunidad valenciana**”. *Emergencias*. 2005. 17: 209-214.
10. Loria Castellanos, [J y Ortiz Díaz, P](#). “Estancia mayor de 6 horas en un servicio de urgencias de 2do nivel de la ciudad de México”. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*. 2005. 4(1).
11. Díaz Fernández JM, Jardón Caballero J, Fernández Ferrer AI, Quintero Martínez Y, Gross Fernández MC. “**Epidemiología del trauma severo con implicación maxilofacial**”. *Rev Cubana Estomatol* [en Línea]. 2006; 43(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000300004&lng=es

Análisis organizacional de un hospital comunitario en México

Juan Antonio Córdova Hernández,¹ Diego de la Cruz Sarabia,¹ Heberto Romeo Priego Álvarez¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: En la actualidad todas las organizaciones de distintos niveles presentan diversos estilos de comportamientos derivados de la interacción entre los componentes de su ambiente externo e interno, los cuales están integrados por factores demográficos, estatutos políticos, estructuras físicas y organizacionales, que son aterrizados por la interpretación misma de cada individuo manifestándose probablemente en su desempeño. **Objetivo:** Determinar la problemática organizativa de un Hospital Comunitario en México. **Método:** Se realizó una investigación de proceso mixto de corte paralelo haciendo uso de métodos cuantitativos y cualitativos simultáneamente. Se tomaron como base las variables del modelo de funcionamiento organizacional propuesto por Khandwalla y se utilizaron diversos métodos e instrumentos de recolección de datos. **Resultados:** En la variable estratégica se evidencia que el Hospital cuenta con una misión, visión, valores, objetivos, plan estratégico, pero no están vigentes y son parcialmente cumplidos. La mayoría de las áreas no cuentan con un programa de trabajo formal. Se cuenta con servicios que no están operando. Así mismo la variable estructural arrojó que el Hospital no está organizado conforme a lo ideal(organigrama), además de que si existen programas y controles, pero esto no se refleja trascendentalmente en un eficiente desempeño como lo demuestra la variable desempeño, pues la productividad del Hospital fue en algunas áreas baja y con calidad no satisfactoria a usuarios. **Conclusiones:** Las deficiencias en la organización enmarcadas como un patrón de interacción entre las variables de estudio (especialmente la estratégica y la estructural) afectan directamente al rendimiento del Hospital (variable de desempeño). Entre los principales problemas organizacionales están el cumplimiento parcial

de la misión, valores y objetivos, y el no contar con un plan estratégico ni programas de trabajo.

Palabras clave: Diagnóstico Organizacional, Hospital, Desempeño.

Introducción.

En la actualidad todas las organizaciones de todos los niveles presentan diversos estilos de comportamientos derivados de la interacción entre los componentes de su ambiente externo e interno, los cuales están integrados por factores demográficos, estatutos políticos, estructuras físicas y organizacionales, que son aterrizados por la interpretación misma de cada individuo manifestándose probablemente en su desempeño.¹ En el caso de las organizaciones prestadoras de servicios de salud no existe excepción alguna, y para este estudio se consideró el modelo de funcionamiento organizacional propuesto por Pradip Khandwalla (1977) Figura 1, ya que este, es un modelo integral probado que contempla aspectos diagnósticos que enmarca los aspectos antes mencionados conceptualizando los ambientes interno y externo en variables de análisis, las cuales formalmente son:

- a) Variables situacional o demográfica, b) Variable estratégica o política, c) Variable de desempeño, d) Variable Estructural, y de e) Variable de comportamiento.

Figura 1. Modelo de funcionamiento organizacional Khandwalla.

MODELO DE FUNCIONAMIENTO ORGANIZACIONAL KHANDWALLA (1977)



***FUENTE** *The Design of Organizations 1977*

Dicho modelo fue aplicado a la unidad objeto de estudio pudiendo asociar las variables antes mencionadas conforme a su realidad. Por último otro de los factores de estudio principales son los que envuelven a la estructura de las organizaciones (infraestructura y supraestructura), pues en teoría para el óptimo funcionamiento de una organización, es necesario conocerlos, ya que dichos elementos (organigramas, profesiogramas, manuales de procedimientos, normas oficiales, guías de práctica clínica, instrumentos de control, entre otros) aparentemente propician orden y control.²

Método

Se realizó una investigación de *proceso mixto de corte paralelo* (Hernández Sampieri, 2008), haciendo uso de *métodos cuantitativos y cualitativos simultáneamente*. La información recabada fue organizada y analizada con base a las variables del *modelo de funcionamiento organizacional* propuesto por P. Khandwalla

(1977) por tal motivo se utilizaron diversos instrumentos de recolección de datos.

Para *las variables estratégicas* se colectaron datos mediante una entrevista personal estructurada elaborada conforme a la “guía de trabajo para elaborar una entrevista” de la Dra. F. Ruiz Garzón jefa del departamento enfocado a elaboración de indicadores de la Universidad de Granada en España, de la cual se elaboró un guion que constó de 6 preguntas que permitieron obtener a profundidad información de los altos mandos y mandos medios de la organización que acorde al organigrama son: el Director, el Coordinador Médico, y el Administrador. Dicha entrevista recabó información sobre los Valores, la Filosofía, la Estrategia organizacional para crecer (corto y mediano plazo), Su orientación a las personas o a las tareas, y Tipo de Dirección (Reactiva o Proactiva).

El universo lo constituyeron el personal directivo del Hospital Comunitario que se encontraba el día de la actividad y aceptó participar (Director, Coordinador Médico, Administrador, Epidemiólogo, Jefe de enfermeras, Jefa de Trabajo Social, el Jefe de Recursos materiales y el Coordinador de Calidad y Enseñanza).

En cuanto *a la variable estructural* se desarrolló mediante cédulas de registro que determinaron como el universo a la supraestructura (Estructura de la Organización), a la infraestructura (Sistemas de control, Relaciones de autoridad, Funciones de personal, Formalización de las comunicaciones) y la tecnología (Conocimientos, Técnicas. Instalaciones, Equipo) que enmarca a la organización. Siendo recabados por el investigador de manera personal. Por último *la variable de desempeño* se definió mediante indicadores agrupados en 3 rubros: Productividad concentrados en una Cédula de registro (indicadores de Consulta externa, Cirugías, y Egresos

hospitalarios). Siendo recabados por el investigador de manera personal. De igual manera en la misma variable se detectó la satisfacción del usuario externo (calidad percibida), el procedimiento en que se apoya la recolección de información para la determinación de los indicadores de calidad fue a través de encuestas aplicadas mediante el método de selección de muestreo aleatorio simple teniendo como universo de estudio las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Ejecutivo del Estado y como unidad de observación específica el “Hospital Comunitario de México” la población objetivo de este estudio es el ciudadano que ha recibido un servicio o realizado un trámite en dicha unidad. La muestra obtenida para la presente evaluación fue de 85 encuestas en total: 63 encuestas en el área de consulta externa, 5 en el área de hospitalización, 50 en el área de urgencias.

Resultados preliminares

La variable estratégica arrojó como resultado que el Hospital Comunitario cuenta con la mayoría de los criterios pero algunos no se encuentran actualizados. Uno de los principales resultados en la variable estructural es que el organigrama no está acorde a lo ideal. De igual manera se encontró que existen programas y controles pero no se refleja trascendentalmente en un eficiente desempeño. Dentro de los resultados de la variable de desempeño, en lo que cabe a productividad se encontró principalmente que en promedio se dan menos consultas de lo que marca la norma, y se dieron un número significativo de atenciones de urgencia no calificadas. En cuanto al desempeño percibido por los usuarios externos, se encontró principalmente una baja en el surtimiento de medicamentos, y un tiempo de espera prolongado.

Discusión

La importancia de realizar estudios de análisis organizacionales radica en la detección de los factores que intervienen en su desempeño, tal como se apunta en una tesis de posgrado en Colombia en la que se destaca que “es de suma importancia el conocimiento profundo de un Hospital para detectar lo que afecta a su productividad”.³ De igual manera, en Bolivia los integrantes de *la OPS* publicaron un documento técnico para el “*análisis organizacional de los servicios de salud*” donde se establece la importancia de realizar un estudio como el presentado en esta tesis.⁴ En el caso del Hospital Comunitario su productividad tiene muchos vacíos asociados a su organización; en los datos obtenidos de las variables estratégicas y estructurales se encuentran los principales factores que afectan su desempeño. En la operatividad del Hospital Comunitario existe rigidez en muchos procesos lo cual se encuentra evidenciado en la percepción de los usuarios, en las actitudes laborales de los trabajadores que se hacen evidentes aparentemente por una falta de arraigo hacia los valores de la unidad (resultado de las variables comportamental y de desempeño), tal como lo cita una investigación realizada sobre la “Evaluación médico legal en la anestesiología en México”, donde se resalta que la falta de responsabilidad en el trabajo propicia situaciones que culminan en asuntos legales.⁵ Por otro lado en un estudio sobre la *evaluación organizacional y diseño de un sistema de planificación y control de operaciones en un departamento de un hospital público de Perú*, se detectó que falta de compromiso por parte de los trabajadores es debido al desconocimiento de los objetivos del área, tal como fue puntualizado anteriormente.⁶ El Hospital Comunitario no cuenta con un plan estratégico de acción renovado, solo cuenta con un

diagnostico situacional no actualizado. En el IMSS se realizó un estudio de “Evaluación del desempeño de las instituciones de salud en México” donde se llega a la conclusión que es necesario identificar el grado de avance de los indicadores y metas organizacionales delimitadas en la planificación estratégica.⁷ Por lo cual dicho esto, la dirección del hospital opera más de manera reactiva que prospectiva, esto pudiera estar asociado al tipo de liderazgo vigente, ya que es evidente la falta de experiencia del directivo (cinco años como médico de urgencias, un año como coordinador médico). Es de suma importancia realizar un óptimo procedimiento de detección de las variables internas y externas que envuelven a un Hospital, ya que con estos conocimientos se puede realizar una correcta planificación estratégica de manera prospectiva, a corto mediano, y largo plazo, tal como se conceptualiza en la definición de Mario Kreiger sobre *un diagnóstico organizacional, donde dice que: es el proceso por el cual, mediante el uso de métodos y técnicas de investigación organizacional, se analizan y se evalúan las organizaciones con propósitos de investigación o de intervención.*”⁹.

El desempeño del usuario interno también fue medido con la percepción del cliente externo. Más de la mitad de los encuestados manifestó que el tiempo de espera fue entre “apenas suficiente o tardado”. En contraste los indicadores de calidad en Salud manifestó que el 99% de los usuarios estaban satisfechos en el tiempo de espera, lo que indica incongruencia entre los datos.¹⁰ Menos del 30% de los entrevistados manifestaron que el surtimiento de medicamentos recetados era incompleto o nulo, pero en los Indicadores nacionales en salud en la unidad refieren un 98% de satisfacción en entrega de medicamentos durante el mismo periodo.¹¹ Es nece-

sario realizar estrategias (planificación estratégica) dirigidas a la promoción de la salud, como se expone en la declaración de Yakarta (OMS), específicamente sobre las determinantes de la salud¹².

Ahora bien, dentro del ámbito interno, o propio de la organización, se incluyen las variables donde se debe centrar la discusión (Situacional, estructural, comportamental, y de desempeño). Por último asociando la información mencionado anteriormente en cuanto a la productividad del Hospital Comunitario, en el área de urgencias, existe un descontrol en el uso del servicio ya que en muchos casos no se aplica correctamente el *triage*. Esta es una práctica común en las unidades de salud en nuestro país; por ejemplo en un estudio hecho en Cd. Victoria Tamaulipas se encontró que en la unidad de estudio las atenciones de urgencias no calificadas se encuentran entre un 70% y 80% del total de consultas.¹³

Conclusión

De acuerdo al modelo diagnóstico adoptado para esta investigación se concluye que las deficiencias en la organización enmarcadas como un patrón de interacción entre las variables de estudio (especialmente la estratégica y la estructural) afectan directamente al rendimiento del Hospital (variable de desempeño); en otras palabras: *las deficiencias organizacionales se reflejan en un bajo desempeño*.

Bibliografía

1. Lawrence, Paul R, Jay W, “Developing Organizations: diagnosis and actions”. Organization Development Series. Reading, Mass. Adison-Wesley, USA 1969.
2. Cabrera B, “Importancia del manual de organización en la empresa”, Tesis para la obtención de grado de Maestro, Universidad Veracruzana, México 2008.
3. Calvo A., “Análisis organizacional de los servicios de salud”, Serie de documentos técnicos No. 6 OPS, Bolivia, 2003. Disponible en: www.ops.org.bo/textocompleto/nss22682.pdf

4. Chacón C., Barrientos G, Pérez L., “Evaluación medico legal en la anestesiología en México”, Revista Mexicana de Anestesiología, 1989 12:37-45. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-1989/cma891g.pdf>
5. Yanque E. “Evaluación organizacional y diseño de un sistema de planificación y control de operaciones del departamento de nutrición de un hospital público”. Tesis para obtención de grado de Maestría, Pontificia Universidad Católica de Perú, Lima Perú, 2006. Disponible en: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/1000/YANQUE_ROBLES_EDUARDO_DEPARTAMENTO_NUTRICION_HOSPITAL_PUBLICO.pdf?sequence=1
6. Instituto Mexicano del Seguro S, “Evaluación del desempeño de las instituciones de salud en México”, Revista del Seguro Social 2006; 44 (5): 481-488.
7. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/im065n.pdf>
8. Pavón R., Priego H., Juan C., “Análisis de la aplicabilidad de la mercadotecnia en directivos de la red hospitalaria de la Secretaria de Salud en Tabasco”, Tesis de Maestría, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2012, 46-47.
9. Homedes N, Ugalde A, Descentralización de los servicios de salud: estudios de caso en seis estados mexicanos. Revista de Salud publica de México, 2000;53(6).
10. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000600005
11. ¹⁰ Secretaria de Salud, “Indicadores de trato digno del Hospital Comunitario de Nacajuca 3er periodo del 2011”, Indicadores Nacionales de Calidad en Salud, México, Consultado en Julio del 2012.
12. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/>
13. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS II). México, 2012. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/>
14. Organización Mundial de la Salud, Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud del siglo XXI, Yakarta Indonesia, 1997. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hp_r_jakarta_declaration_sp.pdf
15. Reyes A, “Triage en Urgencias del Hospital General de Cd. Victoria”, México, 2010. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/59695564/2-Triage-en-Urgencias-2>

Depresión y Calidad de Vida (CV) en Pacientes en Diálisis y Hemodiálisis, Hospital General de Zona 46, IMSS, Tabasco, México

Silvia María Guadalupe Garrido-Pérez,¹ Liliana Vásquez Ramos,¹ Adel Aridi López¹

¹Hospital General de Zona 46, Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco, México.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC), es un grave problema de salud pública. El deterioro de la función renal y requerir un tratamiento sustitutivo y su calidad de vida, Incrementan el riesgo de padecer comorbilidades psicósomáticas que requieren ser detectadas y tratados a fin de evitar un mayor deterioro del paciente. **Objetivo:** Determinar la relación entre depresión y calidad de vida en pacientes en diálisis y hemodiálisis del HGZ No. 46 del IMSS. **Método:** Se realizó un estudio transversal, analítico y retrospectivo en 218 pacientes en diálisis y hemodiálisis, a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck y el cuestionario KDQOL SF-36 para calidad de vida. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial con χ^2 de Pearson, Razón de Prevalencias (RP), Prueba Exacta de Fisher y Regresión Logística. **Resultados:** La edad $\bar{X}=54.36 \pm sd=13.28$ años, el sexo masculino predominó en 54.1%. La principal causa de enfermedad renal crónica fue la Diabetes mellitus, con un 54.1%. Se observó algún grado de depresión en un 75.7%, mientras que la percepción de una buena calidad de vida fue 57.8%. Se demostró asociación entre depresión y diabetes mellitus ($\chi^2=26.103$, $p=0.000$; $RP=1.25$), diálisis peritoneal ($\chi^2=15.580$, $p=0.000$; $RP=2.17$), inserción de catéter Mahurkar ($\chi^2=9.154$, $p=0.002$; $RP=2.17$) y calidad de vida ($\chi^2=46.659$, $p=0.000$; $RP=29.23$) todas estadísticamente significativas. El análisis de regresión logística identificó a la diálisis peritoneal y la calidad de vida como predictores de la presencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica ($p<0.05$). **Conclusiones:** La presencia de depresión se asoció significativamente a una mala calidad de vida y tener un tratamiento de diálisis peritoneal. **Palabras clave:** Depresión, Calidad de Vida, enfermedad renal crónica, diálisis, hemodiálisis.

Introducción.

La enfermedad renal crónica es hoy en día, un grave problema de salud pública. Como resultado de la evolución demográfica y epidemiológica, se considera actualmente que existe una pandemia de ERC, que afecta por igual a países desarrollados como a muchos en vías de serlo. El envejecimiento de la población conlleva un incremento en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas. El impacto que esta enfermedad tiene en las

personas que la padecen es alarmante, ya que desde el momento del diagnóstico de ERC, el paciente tiene que modificar muchos aspectos de su entorno, como es el estilo de vida, hábitos higiénico dietéticos, adaptarse a la involución física, reajuste en los recursos económicos por aumento en el gasto por el tratamiento de la ERC y crisis familiares. Lo anterior ocasiona invariablemente una disminución importante en la calidad de vida del paciente. Así mismo, el hecho de estar sometido a tratamientos sustitutivos de la función renal o esperar tiempos muy prolongados por un trasplante renal y depender de terceros, lo lleva a enfrentarse al final de su vida, lo que lo coloca en un sitio muy vulnerable, que eleva el riesgo de padecer trastornos psiquiátricos como depresión.

Enfermedad renal crónica. La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como la disminución de la función renal expresada por una Tasa de Filtración Glomerular (TFG) $<60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2\text{SC}$, o como la presencia de daño renal durante más de tres meses, manifestada en forma directa por alteraciones histológicas en la biopsia renal o en forma indirecta por marcadores de daño renal como albuminuria o proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen de forma persistente durante al menos 3 meses¹⁻². Los factores de riesgo para desarrollar ERC pueden ser de susceptibilidad, de inicio y de progresión. Los de susceptibilidad incluyen: edad mayor a 60 años, historia familiar de ERC, grupo étnico, género masculino, síndrome metabólico, reducción de masa renal, bajo nivel socioeconómico y de educación, estados de hiperfiltración (disminución del número de nefronas, tensión arterial $>125/75\text{mmHg}$, obesidad, ingesta elevada de proteínas, anemia), aumento de la excreción urinaria de proteínas y dislipidemia. Los factores de riesgo de

progresión son: proteinuria, Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) sistólica >130mmHg, alta ingesta de proteínas, pobre control de glucosa, obesidad, anemia, dislipidemia, tabaquismo, hiperuricemia, nefrotoxinas y enfermedad cardiovascular. Las razones por las cuales el umbral de 60ml/min/1.73m²SC fue elegido para el diagnóstico de ERC son las siguientes: este umbral de TFG se encuentra por arriba del nivel asociado con falla renal (TFG <15ml/min/1.73m²SC). La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) incluye a aquellos pacientes con diálisis o trasplante renal, no importando la TFG en la que se encuentren¹. **Depresión.** La OMS define depresión como un “trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida del interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”⁵. La Guía de Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo la define como una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático por lo que es una afectación global de la vida psíquica. Los factores de riesgo para el desarrollo de depresión son los siguientes: historia familiar de depresión, pérdida significativa reciente, enfermedades crónicas, eventos altamente estresantes, violencia doméstica, cambios significativos en el estilo de vida, embarazo en mujeres con antecedentes de depresión y alcoholismo y otras dependencia a sustancias. Los pacientes con depresión a menudo presentan algunos de los siguientes síntomas: psicomotricidad disminuida o au-

mentada, sueño alterado (aumento o disminución), interés reducido (pérdida de la capacidad de disfrute), concentración disminuida, apetito y peso (disminución o aumento), culpa y autorreproche, energía disminuida, fatiga, suicidio (pensamientos).

Calidad de Vida. El aumento del envejecimiento de la población ha generado el aumento de enfermedades crónico degenerativas, lo que conlleva que los pacientes con ERC que requieran terapia de sustitución renal ingresen en edades avanzadas y con comorbilidades que hacen que se cuestione la CV de estos pacientes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Calidad de Vida (CV) como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes⁷.

Epidemiología. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), la población total actualizada al 2011 es de 112, 337, 538 habitantes, de los cuales 80,788 fallecieron por DM³¹. Esto nos permite estimar que aproximadamente 32, 315 de estos pacientes tenían ERC. En cuanto a incidencia y prevalencia, hay un aumento significativo a través del paso del tiempo, estimando que en 2005 había 40, 285 casos incidentes, con una prevalencia de 129,306 casos, mientras que para los años 2015, 2020 y 2025 los casos incidentes serán de 56, 847, 68, 648 y 82, 655 respectivamente, siendo los casos prevalentes serán de 163, 460, 187, 738 y 214, 502 casos para 2015, 2020 y 2025 respectivamente, comparado con 129, 306 casos prevalentes que había en 2005. Particularmente Tabasco también se verá afectado por esta tendencia, ya que en 2005 y 2010 la prevalencia existente en la entidad se estimaba en 1, 250 y 1, 400 casos, y para los años

2015, 2020 y 2025 habrá 1, 700, 2, 100 y 2, 550 casos prevalentes³⁰.

Objetivo

Determinar la relación entre depresión y calidad de vida en pacientes en diálisis y hemodiálisis del HGZ No. 46 del IMSS.

Método

Se realizó un estudio transversal, analítico y retrospectivo. Universo de Estudio. Pacientes derechohabientes al IMSS y adscritos al HGZ No. 46 de Villahermosa Tabasco con diagnóstico de ERC en tratamiento sustitutivo de la función renal en la modalidad de diálisis peritoneal o hemodiálisis durante el año 2013-2014, con una $N=501$. El tamaño de la muestra se estimó con la fórmula para población finita, de un total de población (N) de 501 personas, una muestra de 218 pacientes ($n=218$). Se realizó muestreo probabilístico aleatorio simple a través de una lista de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo, en donde todos los participantes tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionados, tomando 109 pacientes en diálisis peritoneal y 109 en la modalidad de hemodiálisis. Los criterios de ingreso fueron Pacientes derechohabientes al IMSS y adscritos al HGZ No. 46 de Villahermosa Tabasco, pacientes con diagnóstico de ERC en diálisis y hemodiálisis, pacientes en edad adulta, pacientes que firmen el Consentimiento Informado. Se consideraron las variables de edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, religión y lugar de residencia como factores sociodemográficos. Las variables clínicas fueron: causa de enfermedad renal crónica, tiempo de evolución con ERC, tiempo en tratamiento sustitutivo, modalidad de diálisis peritoneal, tipo de acceso a la circulación en hemodiálisis y las dos principales variables Depresión y Calidad de vida (CV). La varia-

ble dependiente, depresión, se midió a través del Inventario de depresión de Beck (IDB), el cual está compuesto por 21 grupos de afirmaciones y califica el grado de depresión en una persona en la última semana. Contempla seis de los nueve criterios establecidos del DSM-III con un alfa (α) de Cronbach de 0.89. Por su parte, la variable independiente, Calidad de vida (CV) se midió con el cuestionario KDQOL SF-36 (*Kidney Disease Quality of Life*), estructurado por 36 preguntas en escala tipo Likert calificando la percepción que tiene un individuo de su calidad de vida en el último mes. Se realizó una base de datos mediante el programa estadístico SPSS en su versión 22 así como el programa STATA en su versión 13 para el análisis de la información. Posteriormente. Se aplicaron medidas de tendencia central y de dispersión, así como las pruebas estadísticas X^2 , razón de prevalencias (RP), prueba exacta de Fisher y regresión logística con un intervalo de confianza de 95% (IC=95).

Resultados

Depresión. Se determinó una puntuación de $\bar{x}=16.79\pm s9.067$, con un valor mínimo de 0 puntos y un máximo de 48 puntos. De los pacientes (82) presentaron depresión leve con una calificación de 10 a 18 puntos el 37.6%, el 28.4% (62) tuvo depresión moderada (19-29 puntos) y el 9.6% (21) se encontró depresión grave con una calificación mayor de 30 puntos. Sólo el 24.3% (53) de los pacientes no mostró ningún grado de depresión

Calidad de Vida. Se aplicó el *Kidney Disease Quality of Life SF-36* (KDQOL SF-36) igualmente a todos los participantes encontrando de manera global, un $\bar{x}=55.50\pm s16.95$ con un porcentaje mínimo de 15.97% y un máximo de 96.52%. El 57.8% de los pacientes (126) percibió una buena calidad de vida y el 42.2% (92)

una mala calidad de vida. Así mismo, en el dominio de salud, se encontró un $\square=42.01\pm s23.12$ de manera general; en el dominio de enfermedad del riñón se determinó un $\square=62.49\pm s16.37$ y por último, en el dominio de efectos de la enfermedad el riñón se observó un $\square=60.14\pm s19.74$

Análisis estadístico Prueba X^2 de Pearson. Las variables que resultaron estadísticamente significativas fueron: causa de enfermedad renal crónica (diabetes mellitus), modalidad de tratamiento sustitutivo (diálisis peritoneal), tipo de acceso a la circulación (catéter) y calidad de vida con un valor de $p<0.05$ estadísticamente significativo con lo cual se concluye que existe una relación entre la presencia de depresión y las variables mencionadas

Razón de Prevalencias y Prueba Exacta de Fisher. Las variables que resultaron estadísticamente significativas fueron escolaridad primaria incompleta ($RP=1.3977$), hipertensión arterial como causa de enfermedad renal crónica ($RP=1.25$), diabetes mellitus también como etiología renal ($RP=1.2527$), diálisis peritoneal ($RP=2.1796$), catéter Mahurkar como acceso a la circulación ($RP=2.1728$) y calidad de vida como variable independiente ($RP=29.2303$) concluyendo que los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis y hemodiálisis que percibieron una mala calidad de vida, tuvieron 29.23 veces más posibilidades de presentar depresión que aquellos con una buena percepción de su calidad de vida.

Regresión Logística. El modelo de regresión logística para determinar cuál o cuáles variables independientes explican la presencia de depresión en los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis y hemodiálisis, se encontró con significancia estadística fueron: modalidad de tratamiento sustitutivo de la función renal

mediante diálisis peritoneal ($p=0.001$) y calidad de vida ($p=0.000$) y una $r^2=0.422$, la cual explica la varianza el modelo de regresión logística en un 42.2% mediante la ecuación: $Ln (Pi / 1-Pi) = \beta_0 + \beta_1X_1 + \beta_2X_2$ que sustituida, queda de la siguiente manera: $Ln (0.5/1-0.5) = (-6.584) + 1.312 + 4.148$. Con base en lo anterior, se aceptó la hipótesis alterna, se rechazó la hipótesis nula y se concluyó que la presencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis y hemodiálisis está en función de la modalidad de tratamiento sustitutivo y de la calidad de vida percibida por los pacientes. El resto de las variables del estudio no resultaron significativas (Tabla 6).

Conclusiones

Los pacientes con una mala calidad de vida, tienen más probabilidades de presentar depresión que aquellos con una buena calidad de vida. De todas las variables analizadas en el presente trabajo, diálisis peritoneal y calidad de vida se mostraron como explicativas de la presencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo o como predictores de la misma.

Bibliografía

1. Consejo de Salubridad General. Guía de Práctica Clínica: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. Evidencias y recomendaciones. CENETEC (México) 2009.
2. Cantú G, Rodríguez G, Luque-Coqui M, Romero B, Valverde S, Vargas S et al. Análisis de las características sociodemográficas de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal: diferencias en un período de seis años. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2012; 69(4):290-94.
3. Leiva-Santos J, Sánchez-Hernández R, García-Llana H, Fernández-Reyes M, Heras-Benito M, Molina-Ordas A et al. Cuidados de soporte renal y cuidados paliativos renales: revisión y propuesta en terapia renal sustitutiva. *Nefrología*. 2012; 32(1):2-7. doi: 10.3265/nefrología.pre2011.Nov.11065.
4. Consejo de Salubridad General. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo. Evidencias y recomendaciones. CENETEC (México) 2009.

5. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. [Citado Diciembre 2010]. Disponible en: <http://www.vidacalida.blogspot.mx/2010/12/oms-calidad-de-vida-2005.html>.

Diabetes mellitus y pobreza: autoeficacia y control glucémico

Marcelina Cruz Sánchez,¹ Verónica Elizabeth Acevedo López¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: la Diabetes Mellitus 2 se ha convertido en un grave problema de salud pública mundial, las poblaciones en pobreza no son la excepción. **Objetivo:** conocer la relación entre la autoeficacia percibida y el control glucémico en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de una comunidad rural. **Método:** estudio descriptivo de correlación con un diseño transversal; los sujetos fueron seleccionados del grupo de personas registradas con DM2 en la comunidad rural Pino Suárez en Macuspana Tabasco. El muestreo fue por conveniencia. La autoeficacia fue medida a través de la escala de autoeficacia percibida de Stanford, el control glucémico fue medido a través del resultado de la hemoglobina glucosilada, colesterol total, colesterol HDL y LDL, glucosa, triglicéridos, y glucosa casual. Se tomaron medidas antropométricas y se calculó el IMC se solicitó y obtuvo el consentimiento por escrito. **Resultados:** 57 personas participaron, 15 hombres y 42 mujeres, 42% menores de 51 años; 70.2% desempleado o dedicada al trabajo doméstico, 59.7% sin escolaridad o menor a sexto año. HgA1c, 63% obtuvo < 7; 53.9% se ubicó entre baja y moderada AEP. Se observó que quienes tuvieron altas puntuaciones de AEP también tuvieron puntuaciones < 7 en la HgA1c. La puntuación media para la escala de AEP, fue 5.9, considerada baja. La glucosa en ayuno reportó que 77% de los 57 participantes se encuentra por arriba del límite de control 130 mg/dl. 70% se ubicó en algún grado de sobrepeso u obesidad. **Conclusiones:** las personas de esta muestra, obtuvieron puntuaciones relativamente bajas en la AEP; sin embargo en el control glucémico más de la mitad obtuvo buen control; asimismo, se identificó sobrepeso y obesidad entre las personas y una mayoría de mujeres. Estos resultados tienen implicaciones para la promoción de la salud entre las personas en pobreza.

Palabras clave: diabetes mellitus, control glucémico, pobreza

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica que constituye un grave problema de salud pública, caracterizada por la incapacidad del organismo de metabolizar la glucosa en sangre, que puede ser por falta de la hormona insulina o también porque el organismo ha desarrollado resistencia a esta hormona. (NOM-015-SSA2-2010).

De acuerdo con la OMS, (2012) existen en el mundo alrededor de 346 millones de personas con DM2 y se espera que la mortalidad se duplique para el año 2030, casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% de ellas afecta a las mujeres. En México, la DM2 es la principal causa de muerte en hombres (64 por cien mil) y en mujeres (69.2 por cien mil) general y la primera entre la población de 15 a 64 años. (Secretaría de Salud.2010). Por sexo la DM2 afecta más a las mujeres.

Por cuanto hace a la pobreza en México, de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la política social (CONEVAL) entre los años 2010 y 2012, la población en situación de pobreza aumentó de 52.8 a 53.3 millones, en sólo dos años. Se define a la población en situación de pobreza como aquella que tiene al menos una carencia social y percibe un ingreso inferior a la línea de bienestar. Y la población que vive en situación de pobreza extrema es entendida como las personas que tienen tres carencias sociales o más y que además perciben un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo.

Tabasco presentaba en 2012, 49.7% de la población en pobreza y pobreza extrema (CONEVAL), aunque la carencia por acceso a los servicios de salud se redujo de 23.9 en 2010 a 18.2 en 2012, esto no ha sido suficiente para que la salud de sus habitantes mejore sustancialmente.

Por otra parte un objetivo del tratamiento de la persona con DM2 es mantener un control glucémico evaluado por una HgA1c menor o igual 7%, meta difícil de alcanzar cuando las personas, viven en condiciones de pobreza o pobreza extrema, y que además requiere la capacidad para el autocuidado a su vez mediado por la percepción de su autoeficacia para realizarlo

Objetivo

Conocer la relación entre la autoeficacia percibida y el control glucémico en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de una comunidad rural.

Método

Estudio descriptivo de correlación con un diseño transversal, en una población de personas con diagnóstico de DM2, registradas en el C S rural de la ranchería Pino Suárez municipio de Macuspana en Tabasco. A esta unidad de salud también acuden personas de Guadalupe Victoria y Gregorio Méndez. De acuerdo con datos de la SEDESOL (2014), estas comunidades están clasificadas como de muy alta y alta marginación respectivamente.

Muestreo de conveniencia y la muestra se integró a partir de los siguientes criterios: personas de ambos sexos, con edad de 20 años en adelante, que supieran leer y escribir, que accedieran a firmar el consentimiento informado, con DM2. Se excluyeron a todas las personas que no desearon participar, que no sabían leer ni escribir, que en el momento del estudio padecían enfermedad grave o se encontraban descompensados y a los que presentaron alteraciones graves del estado de ánimo. Mediciones: entrevista estructurada que incluyó: Características sociodemográficas y clínicas: Características antropométricas: IMC, se utilizó una báscula de pie con altímetro marca SECA, se midieron el peso y estatura y el cálculo se hizo posteriormente. Los puntos de corte se hicieron de acuerdo a la NOM-008-SSA3-2010, Escala de auto-eficacia percibida en diabetes de Stanford: consta de ocho afirmaciones que evalúan la confianza percibida por la persona para hacerse cargo del autocuidado de su enfermedad. Fue desarrollada y probada en español por el Stanford Patient Education Research Center. El formato para su

aplicación es auto-administrado, la puntuación se obtiene del número marcado, cada ítem tiene una escala de 1 a 10, donde uno es muy inseguro y 10 muy seguro de llevar a cabo la acción señalada. Las puntuaciones más altas indican una mayor autoeficacia. el coeficiente alpha de Cronbach fue: $\alpha = 0.98$. Medidas fisiológicas: hemoglobina glucosilada (HbA1c), refleja el nivel promedio de glucosa en la sangre durante los últimos dos a tres meses y es el principal indicador de si un sujeto con diabetes ha mantenido el control sobre sus niveles de glucosa en sangre (Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. se tomó la información del resultado de la HbA1c reportado en el periodo de 15 días como mínimo a 10 semanas como máximo previos a la realización de la entrevista. El valor de HbA1c fue clasificado como buen control glucémico si los valores de HbA1c eran $<7\%$ y control glucémico deficiente si los valores de HbA1c eran $\geq 7\%$. Se solicitó además la realización de perfil de lípidos (triglicéridos, colesterol total, colesterol HDL, Colesterol LDL) y glucosa a todos los participantes en este estudio. Estos datos también fueron registrados en el expediente y recuperados para el estudio. Antes de la entrevista se le tomó una muestra de sangre capilar para medir la glucosa casual y las medidas antropométricas de los y las participantes. Procedimientos para la recolección de datos: Las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo dos, mientras esperaban la consulta médica, se les explicó en qué consistía el estudio y se les invitó a tomar parte a través de la firma del consentimiento informado. Una vez obtenido el consentimiento, se procedió a tomar la muestra de glucosa casual y las medidas antropométricas; posteriormente se realizó la entrevista y al término se les pidió que respondieran la escala de autoeficacia de Stanford. Después de completar la entre-

vista se revisó el expediente clínico y se recuperaron los datos clínicos de cada uno de los participantes.

Análisis de datos

Para el resumen y análisis de datos se utilizó el programa estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) versión 21. Para los aspectos éticos de esta investigación se siguieron los puntos enunciados en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación con seres humanos.

Resultados

Se estudiaron 57 participantes: 42 mujeres; 59.6% casados (26%); en la distribución por edades el grupo de 52 a 62 registro al 35% seguido por el de 41 a 51 con 24.6%. 70.2% señalaron estar desempleados o dedicarse al trabajo doméstico no remunerado. El IMC clasificó al 72% de las personas del estudio con algún grado de sobrepeso u obesidad.

El promedio de las puntuaciones de AEP fue de 5.9 con una DE de 3.25 y var de 10.57. Los resultados de la HgA1c mostraron que 63.2% del total tuvieron puntuaciones < 7% compatibles con un buen control glucémico. Los resultados de la correlación entre estas dos variables se muestran en la tabla 1

Tabla 1. Autoeficacia percibida y control glucémico de los participantes

AEP*	HbA1c				Total f %
	Control suficiente		control insuficiente		
	f	%	f	%	
Baja	3	5.3	15	26.3	18 34.6
Moderada	7	12.3	4	7.0	11 19.3
Alta	26	45.6	2	3.5	28

Total 36 63.2 21 36.8 57 100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del cuestionario. (n=57)*AEP (Autoeficacia Percibida)

Los individuos que tuvieron puntuaciones bajas de AEP, también tuvieron resultados de control glucémico insuficiente, en contraste quienes tuvieron puntuaciones altas de AEP, también obtuvieron valores por debajo de 7% en la HgA1c, lo que permite establecer que hay una relación entre ambas.

Por otro lado la evaluación del perfil de lípidos mostró que cerca el 30% del total de sujetos, tiene valores de colesterol HDL (bueno) por abajo de 35, mientras que la glucosa en ayuno se encontró elevada en 57.9% del total.

Tabla 2 perfil de lípidos y glucosa (n= 57)

colesterol HDL*	Hombre		Mujer	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
< 35	2	3.5	15	26.3
> 35	13	22.8	27	47.4
colesterol LDL*	<i>f</i>		%	
< 100	13	22.8	38	66.7
> 100	2	3.5	4	7
Triglicéridos	<i>f</i>		%	
< 150	10	17.54	26	45.6
> 150	5	8.77	16	28
Glucosa en ayuno	<i>f</i>		%	
70 – 130 mg/dl	4	7	9	15.8
> 130 < 500 mg/dl	11	19.3	33	57.9

Conclusiones

Las personas de esta muestra, obtuvieron puntuaciones relativamente bajas en la AEP; sin embargo en el control glucémico más de la mitad obtuvo buen control; asimismo, se identificó sobrepeso y obesidad entre las personas y una mayoría de mujeres. Los resultados de la HgA1c contrastan con los resultados de la glucosa en ayuno puesto que más de la mitad obtuvo resultados por arriba de 130, considerada esta última cifra como estándar de resultado de control glucémico. Estos resultados tienen implicaciones para la promoción de la salud entre las personas en pobreza viviendo en zonas rurales del estado de Tabasco.

Bibliografía

1. Secretaría de Salud. (2010) Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Y NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
2. Organización Mundial de la Salud (2012). Diabetes. *Centro de prensa*. Nota descriptiva No.312 Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
3. Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior*, 31(2), 143–164
4. .Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2012). Estimaciones de pobreza a nivel nacional y para cada entidad federativa, correspondientes al año 2012. (Tabasco). Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/coordinacion/entidades/Paginas/Tabasco/principal.aspx>

Retinopatía diabética proliferativa y no proliferativa y calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 Hospital General de Zona 46 IMSS delegación Tabasco

Garrido Pérez SMG,¹ Torres Ocaña M,¹ Hernández Pizarro P¹

¹Hospital General de Zona 46, IMSS Delegación Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: La Retinopatía Diabética, es una patología que genera limitación física y laboral, repercute en la calidad de vida del paciente, dependiendo del grupo etario y las complicaciones que incrementan el costo del tratamiento y el gasto en recursos. **Objetivos:** Determinar la relación de la retinopatía dia-

bética proliferativa y no proliferativa y la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. **Método:** Estudio observacional, transversal y analítico. Muestra de $n=140$ y muestreo aleatorio simple. Variable dependiente: calidad de vida, independientes: retinopatía diabética y sociodemográficas. Criterios de inclusión: edad de 20 a 59 años, diagnóstico previo de retinopatía. Se aplicó el cuestionario Diabetes 39 que mide calidad de vida previo consentimiento informado y los criterios de clasificación de retinopatía diabética. Se utilizó estadística descriptiva, χ^2 cuadrada de Pearson y razón de prevalencias, el valor de $p \leq 0.05$. Se utilizó el software estadístico SPSS 15.0 para Windows. **Resultados:** El paciente con retinopatía diabética presentó edad $\bar{x}=51.26$ $sd=\pm 6.033$ años, con diagnóstico menor a 13 años (73.6%). La retinopatía proliferativa predominó (74.3%), las mujeres presentaron más afectación en la calidad de vida. Se demostró mayor frecuencia entre retinopatía proliferativa y afectación en la calidad de vida con $\chi^2=16.04$, $p=0.000$; Se observó asociación entre edad >45 años y mejor calidad de vida en pacientes con retinopatía no proliferativa ($RP=0.674$ IC 95%: 0.553 - 0.8219; $p \leq 0.0001$). **Conclusiones:** Se demostró la asociación entre retinopatía diabética proliferativa y mala calidad de vida. **Palabras clave:** Diabetes Mellitus, Retinopatía diabética proliferativa y no proliferativa, calidad de vida.

Introducción

La Diabetes mellitus (DM) corresponde a un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por una hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambas. La hiperglucemia crónica de la diabetes está asociada a disfunción y fallo de varios órganos, especialmente de ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.¹ La Diabetes Mellitus Tipo 2, puede alterar la Calidad de Vida del paciente, a pesar de que en los estadios iniciales de la enfermedad no se presentan síntomas de complicaciones como la retinopatía entre otros daños. La Retinopatía Diabética, es una patología que genera limitación física y laboral, repercute en la calidad de vida del paciente, dependiendo del grupo etario y las complicaciones que incrementan el costo del tratamiento y el gasto en recursos. El diagnóstico y tratamiento oportuno, retrasará el daño irreversible a la retina y otros órganos que afectan la calidad de vida del paciente. Otras manifestaciones que acompañan a la DMT2 constan: Alteraciones

de la visión: cataratas, glaucoma, Alteraciones renales: microalbuminuria, insuficiencia renal.

En el panorama social, las relaciones familiares y de amigos puede afectarse por las restricciones dietéticas y físicas. El soporte familiar es fundamental para el paciente diabético, dado que representa su principal fuente de apoyo afectivo, educativo, cultural, social y muchas veces económico.

Retinopatía diabética. Es la presencia de lesiones microvasculares típicas en la retina de un paciente con diabetes, microaneurismas, hemorragias, exudados duros, manchas algodinosas, arroariamiento venoso, neovasos y tejido fibroso; que aparecen como complicación crónica de la diabetes mellitus.²

Los mecanismos patogénicos podemos agruparlos en cambios bioquímicos, fisiológicos, hematológicos, endocrinológicos y anatómicos; por lo tanto, la retinopatía diabética es el resultado de la incapacidad para usar y transportar la glucosa por las vías metabólicas normales como son ciclo de Krebs, lo que lleva a que se activen otras vías metabólicas, como son la elaboración de metabolitos como polialcoholes (sorbitol), lo que conduce a alteraciones osmóticas e hipóxicas, tisulares, agregadas anormalidades eritrocíticas, plaquetarias, secreción inadecuada de hormona o factores de crecimiento y glucolización de proteínas tisulares, condiciona hipoperfusión tisular y alteraciones de la permeabilidad vascular y capilar.³

El engrosamiento y pérdida de pericitos endoteliales de la microcirculación retiniana, se debe a las alteraciones bioquímicas en el ciclo de la glucosa y por la hipoxia tisular. Esto condiciona los cierres de capilares retinianos extensos (zonas no perfundidas de retina) agregados microinfartos retinianos, con cortocircuitos arte-

riovenosos y neoformación de vasos inicialmente intraretinianos, como consecuencia de compensación de la hipoxia. Estos vasos de neoformación rebasan la retina, lo que lleva a la proliferación extraretinianas que conduce otras formas de retinopatía diabética proliferativa. El vítreo del paciente con diabetes ejerce tracción anómala; que condiciona hemorragias vítreas de diferente magnitud, lo que lleva a un ciclo de hemorragia, aclaramiento y nueva hemorragia.⁴

Epidemiología. La prevalencia de la DM2 incrementa por el envejecimiento de la población. En el año 2012 se estimó que más de 371 millones de personas vivían con ella, y como causa de muerte en 4.8 millones.⁵ La distribución de casos hospitalizados con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, por Entidad Federativa en el año 2013, fue el estado de México con el 9.1%, segundo Tabasco el 8.1% y en tercer lugar Hidalgo con 7.8%. Siendo la retinopatía diabética también una causa de hospitalización.⁹

Clasificación. De acuerdo al Consejo Internacional de Oftalmología, se desarrolla una clasificación simplificada para evaluar el estado del fondo de ojo para definir el manejo, tratamiento y controles de un paciente: 1.- Sin retinopatía, 2.- Retinopatía no proliferativa (a.- Leve, b.- Moderada, c.- Severa, d.- No proliferativa post fotocoagulación), 3.- Retinopatía diabética proliferativa (a.- Sin signos de alto riesgo, b.- Con signos de alto riesgo, c.- Post fotocoagulación), 4.- Retinopatía

Calidad de vida. La calidad de vida (CV) es un concepto multidimensional que incluye factores como el estilo de vida, lugar de residencia, satisfacción con el trabajo, la situación económica, el acceso a los servicios públicos, las comunicaciones, la urbanización, entre otros; que componen la sociedad y que influyen en

el desarrollo de una comunidad. Según la OMS calidad de vida es: *“La percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de su cultura y sistema de valores que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, modelos y preocupaciones”*. La persona con enfermedad crónica, es aquel adulto que vive la experiencia de padecer una situación de enfermedad, con una evolución de seis meses, que le causa discapacidad, la cual afecta sustancialmente su calidad de vida. Además, las recaídas y deterioro progresivo, llevan al paciente a experimentar cambios a nivel emocional y social, lo cual su calidad de vida.

Calidad de vida en el paciente diabético. La DMT2 puede alterar la CV tanto en el ámbito social como psicológico. Las personas con DMT2 en los estadios iniciales de la enfermedad no presentan síntomas, por esta razón es importante la atención médica preventiva para diagnosticar esta patología antes que se vean afectados varios órganos, causando daños irreversibles y que la calidad de vida se vea afectada.

Para medir la CV se han elaborado instrumentos genéricos y específicos de acuerdo al grupo de pacientes que se vaya evaluar; por ejemplo el specific quality of life (QoL).¹⁸ Los genéricos se utilizan para analizar un rango amplio de características de diversas condiciones de salud; Generic multi-attribute utility instruments (MAUI).¹⁹ Los específicos se focalizan en las características relevantes de una condición puntual de salud, como por ejemplo en pacientes con DMT2. V gr. Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL).

Objetivo

Determinar la relación de la retinopatía diabética proliferativa y no proliferativa y la calidad de vida en los pacientes que acuden a los servicios de consulta externa del HGZ 46.

Método

Se realizó un diseño observacional, transversal y analítico. La población es de 348 pacientes de 20 a 59 años de edad que acuden al servicio de oftalmología del IMSS HGZ 46, de febrero a septiembre del 2014. El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula de población para una proporción de poblaciones finitas. A partir de una población de $N=348$, se estimó una muestra, considerando un nivel de confianza de 95%, una prevalencia de 40% según la literatura analizada, con un error de 0.05 y una tasa de no respuesta del 20%. Se obtuvo un tamaño de muestra de $n=140$ pacientes, que acudieron al servicio de consulta externa de oftalmología. Los pacientes bajo estudio se obtuvieron a través de un muestreo aleatorio simple con remplazo a partir de un censo de la consulta de pacientes con DM2.

Se aplicó el instrumento de medición Diabetes 39 Instrumento de calidad de vida Diabetes 39 versión en idioma español, para medir la calidad de vida en pacientes con DM1 y DM2 validado en México por López -Carmona y Rodríguez-Moctezuma (2006), con valores alfa de Cronbach >0.8 . Se compone de 39 ítems y 5 dominios de la vida del paciente. *Energía – movilidad: Control de la diabetes, Ansiedad – preocupación, Carga social; Funcionamiento sexual: Percepción de calidad de vida; Percepción de la severidad de la enfermedad; Calidad de vida total: sumatoria de la 1 a la 39.*¹² La recolección de datos se realizó con la aplicación de: Consentimiento informado. Aspectos sociodemográficos y clínicos.

(Anexo B). Cuestionario Diabetes 39 para medir la calidad de vida en pacientes con DM1 y 2 validado en México por López-Carmona Y Rodríguez-Moctezuma (2006). Plan de análisis estadístico. La base de datos se creó en el Software Excel 2010 (Windows 2010), para su análisis en el Software para Windows SPSS 15 versión estándar. Se realizó estadística descriptiva e inferencial por medio de prueba χ^2 de Pearson. Razón de prevalencias para la retinopatía diabética y la calidad de vida respectivamente.

Resultados

El paciente con retinopatía diabética presentó edad \bar{X} =51.26 sd =±6.033 años, con diagnóstico menor a 13 años (73.6%). La retinopatía proliferativa predominó (74.3%), las mujeres presentaron más afectación en la calidad de vida (Tabla 1). Se demostró mayor frecuencia entre retinopatía proliferativa y afectación en la calidad de vida con χ^2 =16.04, p =0.000 (Tabla 2). Se observó asociación entre edad >45 años y mejor calidad de vida en pacientes con retinopatía no proliferativa (RP =0.674 IC 95%: 0.553 - 0.8219; p ≤0.0001).Tabla 3.

Tabla 1 de relación variables sociodemográficas y calidad de vida.

VARIABLE	gl	χ^2	p
Sexo	1	9.83	0.002
Edad	1	4.88	0.27
Estado civil	3	3.4	0.33
Salario mensual	1	0.54	0.45
Escolaridad	3	4.03	0.25
Religión	3	1.94	0.584

Fuente: Base de datos SPSS, expediente clínico HGZ 46.

Tabla 2 de relación variables clínicas y calidad de vida.

VARIABLE	gl	χ^2	p
Tiempo de evolución Diabetes Mellitus T2	1	3.86	0.49
Tiempo de evolución Retinopatía Diabética	1	0.13	0.91
Comorbilidades	3	19.9	0.000
Retinopatía diabética	2	16.4	0.000
Tratamiento	2	2.12	0.34

Fuente: Base de datos SPSS, expediente clínico HGZ 46.

Tabla 3 de asociación de variables sociodemográficas y clíni-

VARIABLE	RP	IC-95%	p
Sexo masculino	0.624	0.465-0.839	0.0021
DM menor de 15 años de evolución	1.300	0.999-1.690	0.0560
Retinopatía Diabética Proliferativa	1.480	1.220-1.808	0.0001
Edad mayor a 45 años	0.858	0.749-0.983	0.0311
Hipertensión	2.140	1.511-3.031	0.0000

Fuente: Base de datos STATA v 15 expediente clínico HGZ 46 IMSS

En la tabla 4, se describe como se observó afectación en la calidad de vida en un 31.4% para la población con retinopatía diabética proliferativa y en la no proliferativa un 20.7% ; obteniendo de afectación un 52.1%. Con una $\chi^2=15.6$, $gl=1$ y un valor de $p \leq 0.000$. Así mismo, se pudo observar que aquellos pacientes con retinopatía diabética proliferativa presentaron 1.48 veces más probabilidad de presentar una mala calidad de vida, con una $p \leq 0.0001$, estadísticamente significativo.

Tabla 4. Retinopatía diabética proliferativa y no proliferativa y calidad de vida.

	Mala CV	%	Buena CV	%	Total	χ^2	p	gl	RP	IC 95%	p
Proliferativa	44	31.4	60	42.8	104	15.6	0	1.00	1.4857	1.2204-1.8086	0.0001
No Proliferativa	29	20.7	7	5	36				1		
total	73	52.2	67	47.8	140						

Fuente: Base de datos SPSS 15, expedientes HGZ 46 IMSS

De acuerdo a los resultados analizados se puede apreciar que a mayor daño retiniano se presenta mayor afectación de la calidad de vida, por lo que basado en lo anterior, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna como verdadera.

Conclusiones

Se encontró que los pacientes no cuentan con una valoración oftalmológica al momento del diagnóstico de DM2, lo que genera

desconocimiento del daño a nivel ocular y desapego al tratamiento al no encontrarse estadiada la retinopatía y al no percibir afectación en su agudeza visual. El control metabólico sigue siendo el factor más importante para retrasar el deterioro vascular. La ceguera prevenible con lleva a la pérdida de la calidad de vida y un desgaste económico importante dado que la población estudiada se encuentra en edad laboral. En la población derechohabiente, por diversos factores, se retrasa el diagnóstico y estadificación de la retinopatía lo que limita la prevención oportuna; a través de la información sobre los cuidados correspondientes.

Bibliografía

1. IMSS Guía de referencia rápida, diagnóstico y tratamiento de retinopatía diabética, catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS- 171-09, 2010
2. Guía práctica clínica de Retinopatía Diabética para Latinoamérica 2011. Querétaro, México; 11 y 12 de octubre del 2010.
3. IMSS Guía práctica clínica diagnóstico y tratamiento en Diabetes Mellitus Actualización 2012, catálogo maestro de guías de práctica clínica. IMSS consejo de salubridad general.
4. Cheung N, Mitchell P, Wong TY. Diabetic retinopathy, *Lancet* 2010; 376: 124-36. DOI: 10. 1016/S0140-6736 (09) 62124-3.
5. Quiroz Reyes MA, Graue Wiechers E., Retinopatía diabética. Oftalmología, segunda edición, México, Mc Graw Hill 2010, 193, 206.

Factores de riesgo extrínsecos para caídas en un centro de asistencia social de larga estancia para adultos mayores de Tabasco

Pérez Rodríguez Alberto Ulises,¹ González Baños Elin,¹ Domínguez Sosa Guadalupe¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: La Residencia del Anciano “Casa del Árbol” (RACA) del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (SEDIF) de Tabasco se fundó en 1987. Sus instalaciones se han deteriorado, expone potencialmente a sus usuarios a múltiples factores de riesgo extrínsecos para caídas que no han sido valorados. **Objetivo:** Evaluar la presencia de factores de riesgo extrínsecos para caídas en la RACA del SEDIF de Tabasco, México, en el año 2014. **Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo descriptivo, mediante la aplicación de la guía de observación para la identificación de factores de riesgo extrínsecos para caídas de la OMS; se identificaron estos factores de riesgo en las áreas

de atención y deambulación de la RACA y fueron catalogados en: arquitectónicos, de mobiliario, de equipo y de proceso. La información recopilada se sistematizó utilizando Epi Info© 3.5.1 para Windows©, obteniéndose tablas de distribución de frecuencias. **Resultados:** Se evaluaron 12/12 áreas de atención y deambulación. Se identificaron 144 factores de riesgo extrínsecos: arquitectónicos 24%, de mobiliario 16%, de equipo 22% y de proceso 38%. Las áreas con mayor número de factores de riesgo identificados fueron: área común 10%, habitaciones (módulo 2) 10%, habitaciones (módulo 4) y pabellón de mujeres 9%. Los factores de riesgo más frecuentes del centro asistencial fueron: ausencia de sistema de llamado, falta de normas de seguridad, no delimitación de áreas de piso mojado, y carencia de sistema de mantenimiento de mobiliario y equipo. **Conclusiones:** Los factores de riesgo identificados fueron diferentes a los reportados en estudios similares. Se requiere implementar un protocolo de caídas en la institución.

Palabras clave: Adulto mayor; Asistencia social; Accidentes por caídas; Factores de riesgo; Prevención de accidentes.

Introducción

Las caídas son uno de los grandes síndromes geriátricos, sus repercusiones tienen impacto negativo sobre la calidad de vida de los adultos mayores en todas sus esferas. Un evento aislado, puede llevar al miedo y al aislamiento, y cuando se produce una fractura, el adulto mayor afectado queda inmovilizado y expuesto a un gramaje diverso de morbilidad asociada que suele conducir a una elevada tasa de mortalidad entre los afectados.¹ La probabilidad de que esta secuencia de eventos catastróficos suceda, aumenta con cada caída cuando la precedente no conduce a una fractura, de modo que la prevención de su recurrencia reviste de especial interés.²

Esto es particularmente importante al interior de las instituciones de salud, puesto que la responsabilidad de la seguridad de sus usuarios recae sobre el Estado, de modo que se han realizado múltiples estudios en este medio ambiente,³⁻⁶ al mismo tiempo que se han desarrollado múltiples guías de acción para su prevención y tratamiento⁷⁻¹¹. No obstante, se ha documentado que la mayoría de las caídas suceden en el hogar o fuera de éste durante las actividades cotidianas de las personas adultas mayores,¹²⁻¹⁶ de modo la

mayoría de las revisiones de la literatura alusivas a la prevención de caídas, hacen énfasis en la prevención dentro del domicilio, haciendo seguro el hogar para los adultos mayores¹⁷⁻¹⁹. En este sentido, existe un vacío patente en la literatura que aborde el estudio de este problema en instituciones que hacen las veces de hogar y de institución de salud, como las residencias geriátricas, asilos u hogares para ancianos. Una extensa revisión de la literatura entre autores hispanoparlantes, reveló la existencia de un único trabajo de investigación, que aborda el problema de las caídas en una residencia de ancianos.²⁰ En México, no se encontró material al respecto pese a que existen numerosos hogares para personas adultas mayores.²¹ Tan sólo en el Estado de Tabasco, existen cuatro hogares de asistencia social pública, y otros tantos de carácter privado, siendo la Residencia del Anciano “Casa del Árbol” (RACA) del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familiar (SEDIF) de Tabasco, el más importante de éstos en esta Entidad Federativa, en virtud de su antigüedad, presupuesto público, dimensiones físicas y capacidad instalada.

En este sentido, se realizó el presente estudio con el objetivo de evaluar la presencia de factores de riesgo extrínsecos para caídas en la RACA del SEDIF de Tabasco, en el año 2014, en aras de contribuir a la mejora de la calidad de vida de sus usuarios y comenzar a construir el acervo local en torno al tema, en consonancia con los esfuerzos de la administración actual, que ha explorado, identificado y tratado múltiples síndromes geriátricos en esta población.

Objetivo

Evaluar la presencia de factores de riesgo extrínsecos para caídas en la Residencia del Anciano “Casa del Árbol” (RACA) del

Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familiar de Tabasco, en el año 2014.

Métodos

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo. El universo de estudio estuvo constituido por 12 áreas destinadas para la atención y/o deambulaci3n de las personas adultas mayores usuarias de la RACA del SEDIF de Tabasco, en agosto de 2014; se incluyeron todas las 3reas.

Las variables fueron los cuatro grupos de factores de riesgo extrínsecos para caídas definidos por la OMS:¹⁰ 1) Arquitect3nicos, 2) De mobiliario, 3) De equipamiento o equipo, y 4) Procedimentales o de procedimiento. Todos fueron considerados variables descriptoras.

Los factores de riesgo extrínsecos, fueron evaluados utilizando la “Guía de observaci3n para la identificaci3n de factores de riesgo extrínsecos para caídas” de la OMS.¹⁰ La cual consta de una cédula de evaluaci3n compuesta por 28 factores extrínsecos definidos como de riesgo para caídas, agrupados en cuatro categorías: 8 arquitect3nicos, 4 de mobiliario, 7 de equipo y 9 de procedimiento; la cual puede aplicarse por inmueble o por 3rea, seg3n la extensi3n del mismo.¹⁰ Este instrumento, validado por consenso de expertos, ha sido utilizado para la identificaci3n y valoraci3n de factores de riesgo extrínsecos para caídas en diversas instituciones de salud y de asistencia social, siendo aludido en diversos reportes y manuales.^{3,5,7-9,13,18}

Se identificaron las 3reas de atenci3n y/o deambulaci3n de las personas adultas mayores usuarias de la RACA, que fueron ubicadas en el croquis del inmueble. Posteriormente, se realiz3 su inspecci3n visual aplicando el instrumento descrito. La informaci3n

recopilada fue sistematizada usando el *software* Epi Info© versión 3,5,4 para Windows© (*freeware* desarrollado y distribuido por el CDC de E.U.A.), y analizada mediante distribuciones de frecuencias usando este mismo.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación y Posgrado de la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y por la Subdirección de la RACA del SEDIF de Tabasco.

Resultados

Se evaluaron 12 de las 12 áreas de atención y/o deambulaci3n de adultos mayores, identificándose 144 factores de riesgo extrínsecos. La categoría más frecuente fue los riesgos de proceso, seguida de los riesgos arquitect3nicos.

Las áreas con el mayor número de factores de riesgo extrínsecos identificados, fueron el área común y el módulo dos de las habitaciones.

Al analizar la frecuencia de los factores de riesgo extrínsecos en relación al total de áreas del inmueble evaluadas, se observó que los más frecuentes fueron “Ausencia de sistema de llamado”, “Falta de normas de seguridad”, “No delimitaci3n de áreas de piso mojado al realizar la limpieza” y “Ausencia de sistema de mantenimiento del equipo y mobiliario”, todos ellos presentes en el 100% de las áreas.

Discusi3n

Este es el primer estudio sobre factores de riesgo extrínsecos para caídas en la RACA del SEDIF de Tabasco, y el primero que se conoce en torno al tema en residencias geriátricas en Tabasco y en México. Los resultados de esta investigaci3n, se suman a los esfuerzos institucionales documentados por Zavala-González,^{22,23}

en los que se exploran los múltiples problemas que aquejan a este centro asistencial y los adultos mayores vulnerables que en él residen, constituyendo documentos rectores sobre los que se debe trabajar para mejorar la calidad de las instalaciones de la residencia y de los cuidados proporcionados en ella. En este sentido, la valoración geronto-geriátrica integral realizada anteriormente a los adultos mayores usuarios de ese centro asistencial, reveló en ellos un alto riesgo intrínseco de caídas en el 71%, entre quienes el 100% se encuentran con algún grado de debilidad muscular,^{22,23} lo que los expone a un alto riesgo de lesiones en caso de una caída, incidente que es muy probable que ocurra dados los resultados del presente estudio. Sin embargo, se desconoce la prevalencia de estos eventos, ya que el 81% de los adultos mayores que residen en este centro asistencial padecen de deterioro cognitivo y/o demencia, además de que no se lleva un registro de estos incidentes por parte del personal, lo que en conjunto, imposibilita la exploración retrospectiva de este problema.

Fuera del plano local, el presente estudio es la primera investigación prospectiva en torno a los factores de riesgo extrínsecos para caídas en adultos mayores usuarios de una residencia geriátrica, en virtud que el precedente conocido,²⁰ exploró estos factores de riesgo de forma retrospectiva, una vez ocurridas las caídas. Lo que imbuje de novedad esta obra, en tanto que su enfoque es netamente preventivo, más que correctivo. No obstante, en este sentido se encontraron ciertas similitudes entre ambos estudios, en tanto que el presente estudio y el precedente referido, coinciden en que la habitación de los residentes es el área de mayor riesgo para caídas de los adultos mayores, y que el suelo sin anti-derrapante junto con las barreras arquitectónicas y/o de equipamiento, son los

factores de riesgo extrínsecos para caídas más frecuentes. Tal similitud resulta por demás interesante, cuando se toma en cuenta el hecho de que el presente estudio fue realizado en un país en vías de desarrollo, mientras que el trabajo de Samper,²⁰ se llevó a cabo en un país desarrollado; lo que denota que la presencia o ausencia de factores de riesgo extrínsecos para caídas, no es necesariamente resultado de un déficit económico o cultural, sino una cuestión de desconocimiento al momento de planear la edificación y el equipamiento de los inmuebles.

Por otro lado, pero en el mismo sentido, habría que sopesar el costo de atención de una lesión producida por la caída de un adulto mayor, frente al costo del acondicionamiento del inmueble a las capacidades de éste. En este orden de ideas, habría que recordar que la consecuencia más grave de una caída, es la fractura de cadera, y que el costo de atención de esta lesión va desde los USD \$ 5,803 a los USD \$ 11,800 dependiendo de la institución,²⁴ de tal modo que el costo del acondicionamiento del inmueble podría resultar incluso menor que el costo de atención de un único caso de fractura de cadera en la institución más modesta, teniendo en cuenta que la RACA actualmente alberga a 94 adultos mayores y que tiene capacidad instalada para dar asilo hasta 120. Estas cifras, hacen patente la relación costo-beneficio de adoptar una política preventiva en torno a las caídas en la institución.

En este orden de ideas, los resultados del presente estudio ubicados en el contexto local, nacional e internacional, constituyen un exhorto a las autoridades de los centros de atención a personas adultas mayores, públicos y privados, para que evalúen, reconozcan y difundan los factores de riesgo extrínsecos para caídas pre-

sentes en sus instituciones, para incrementar el acervo en torno al tema y motivar a la prevención de los mismos.

Bibliografía

1. Cruz E, González M, López M, Godoy ID, Pérez MU. Caídas: revisión de nuevos conceptos. *Revista Hospital Universitario Pedro Ernesto (Río de Janeiro)*. 2014;13(2):86-95.
2. Curcio CL, Gómez F, Osorio JL, Rosso V. (2009). Caídas recurrentes en ancianos. *Acta Médica Colombiana*. 2009;34(3):103-10.
3. Alvarado-Astudillo LI, Astudillo-Vallejo CE, Sánchez-Becerra JC. Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la Parroquia Sidcay. Cuenca, 2013. [Tesis, Licenciatura]: Universidad de Cuenca. 2014.
4. López-Martínez RE, Román-Reyes S. Riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. [Tesis, Licenciatura]. Minatitlán: Universidad Veracruzana. 2012.
5. Méndez-Fandiño YR. Factores de riesgo de caídas intrahospitalarias en pacientes de 65 años o mayores en la Fundación Cardioinfantil. [Tesis, Especialidad]. Bogotá: Universidad del Rosario. 2010.
6. Rojas-Ruiz IT, Gutiérrez-Rodríguez JV. Caracterización de factores asociados con caídas de pacientes adultos hospitalizados en una institución de alta complejidad, Bogotá D.C. [Tesis, Especialidad]. Bogotá: Universidad del Rosario. 2011
7. Almazán-Castillo MR, Jiménez-Sánchez J (Eds.). Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. México D.F.: Dirección de Enfermería, Secretaría de Salud. 2010.
8. Álvarez-Morezuelas N, Asensio-Bermejo B, Azkárate-Aperribay J, Bidea-Rodríguez A, Cantero-González D, Garitano-Tellería B, et al. Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de caídas en la atención hospitalaria de Osakidetza. País Vasco: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. 2009.
9. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Protocolo general de caídas. Madrid: Salud Madrid. 2005.
10. Lozano-Dávila ME, Calleja-Olvera JA (Eds.). Guía de consulta para el médico de primer nivel de atención. Prevención y atención de las caídas en la persona adulta mayor. México D.F.: Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, Secretaría de Salud. 2010.
11. Vega-Alfaro E. Prevención de caídas en el adulto mayor (revisión bibliográfica). *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2009;LXVII(590):353-5.
12. Castro-Martín E. Prevalencia de caídas en ancianos de la comunidad. Factores asociados. [Tesis, Doctorado]. Córdoba: Universidad de Córdoba. 2005.
13. Da-Silva-Gama ZA, Gómez-Conesa A. Morbilidad, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en ancianos. *Fisioterapia*. 2008;30(3):142-51.
14. Minguez-Sebastián Y, Hernández-Hueros JV (Eds.). Estudio de la accidentabilidad de las personas mayores fuera del hogar. Madrid: Fundación MAPFRE. 2011.
15. Osorno-Chica DA, Morelo-Negrete LI. Inestabilidad, caídas e inmovilidad en el anciano. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud (Cauca)*, 2006;8(1):36-47.

16. Sgaravatti A. Factores de riesgo y valoración de las caídas en el adulto mayor. *Carta Geriátrica Gerontológica*, 2011;4(1):1-14.
17. Gillespie, L.D., Gillespie, W.J., Robertson, M.C., Lamb, S.E., Cumming, R.G., & Rowe, B.H. Intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas. *La Biblioteca Cochrane Plu*. 2005;(2):1-114.
18. Laguna-Parras JM, Carrascosa-Corral RR, Zafra-López F, Carrascosa-García MI, Luque-Martínez FM, Alejo-Esteban JA, García-Fernández FP. Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Gerokomos*, 2010;21(3):97-107.
19. Villar-Bustos MC, Martín-Vaquero Y, García-Calderón MS, González-Sanz A. Evidencias para la prevención de caídas en el paciente hospitalizado pluripatológico. *Revista Enfermería Castilla y León*. 2012;4(2):21-39.
20. Samper-Lamenca, B. Análisis de las caídas en una residencia de ancianos y de la influencia de los factores ambientales. [Tesis, Maestría]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. 2014.
21. INAPAM. Modelos de atención gerontológica. México D.F.: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. 2010.
22. Zavala-González MA, Domínguez-Sosa G, Fócil-Némiga E. Identificación y análisis de riesgos de la Residencia del Anciano "Casa del Árbol". Villahermosa: Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tabasco. 2013.
23. Zavala-González MA, Domínguez-Sosa G, Fócil-Némiga E, Hernández-Ortega HM. Valoración geronto-geriátrica integral de los usuarios de la Residencia del Anciano "Casa del Árbol" Sistema Estatal DIF Tabasco, 2013. En: Instituto Mexicano del Seguro Social. Libro de memorias del XXIX Foro Sur de Investigación en Salud. Villahermosa: Instituto Mexicano del Seguro Social, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 2014.
24. Quevedo-Tejero EC, Zavala-González MA, Hernández-Gamas AC, Hernández-Ortega HM. Fractura de cadera en adultos mayores: prevalencia y costos en dos hospitales. Tabasco, México, 2009. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2011;28(3):440-5.

Estudio de mercado de un programa psicométrico para el profesional en psicología

Juan Antonio Córdova Hernández,¹ Mario Antelmo Estrada Hernández,¹ Lucitania Altagracia Jesús Zequera¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: La aplicación de pruebas psicométricas es un campo que se está utilizando debido a la importancia que se le confiere a su uso, este programa consiste en la aplicación de pruebas psicométricas a estudiantes de la licenciatura en psicología al ingresar a la institución teniendo un antecedente del perfil, disminuir posibles rezagos académicos, repetencia escolar, índice de reprobación, y sobretodo detectar aquellos alumnos que no tienen vocación o aptitudes para orientarlos a la mejor elección. **Objetivo:** sensibilizar al estudiante en su formación profesional y tener antecedentes de su proceso académico para poder intervenir por medio de tutorías las deficiencias encontradas y mejorar la calidad profesional y humana. **Método:** El mercado potencial de estudiantes de la licenciatura de psicología del ciclo escolar 2014-2015 es de 1001 alumnos con una muestra de 190 alumnos, estos deberán ser distribuidos en 8 grupos de 21 alumnos y 1 grupo de 22, haciendo un total de 9 grupos de trabajo, para ello se necesitan de dos aplicadores por grupo haciendo un total de 18. **Resultados:** con las variables que se consideran evaluar se pretende encontrar resultados que sirvan de apoyo a los responsables de acompañar a los estudiantes en su proceso tutorial y a través de asesorías personalizada, así como su canalización respectiva. **Conclusiones:** se contara con un instrumento que permita medir y orientar a los estudiantes en el proceso de acción tutorial, apoyo psicológico y psicoterapia breve acompañado de su tutor así como hasta la canalización a atención psicológica y psicoterapia con algún profesional del área respectiva. **Palabras claves:** pruebas psicométricas, Repetencia escolar, tutoría, psicopatología, psicometría, personalidad.

Introducción

El estudio del comportamiento humano tiene sus orígenes desde la antigua Grecia y es precisamente allí donde el filósofo Aristóteles la examinó y mencionó que el ser humano tiene un “ente” dentro de sí mismo y es este el que determina su actuar, su pensar y sentir. Por tal hecho se le considera el padre de la psicología. Ese “ente” es lo que después se le llamo alma o anima dentro del lenguaje griego y que posteriormente allí mismo se le llamo “psique”, y que se determinó como ese “algo” que mueve al ser humano. En la lengua latina se le llama “espíritu”, y a estos términos se le traduce como el “soplo”, “aliento” o “energía” que mueve al soma

(griego) o cuerpo u organismo (latín), por lo tanto es lo que determina a la persona. ¿Al espíritu se le puede observar? ¿Es objetivo? Sí, se puede. Esta observación se le puede realizar a través de la conducta y del hablar. La conducta es todo lo que hace la persona, desde como camina, su expresión corporal, tipo de mirada, tono de voz, modo de vestir hasta sus intenciones de vida. El espíritu se manifiesta a través de la conducta y todos sus actos. Por lo consiguiente, la psicología es el estudio del espíritu o alma, más no se le da este término por que “asusta”, y al hablar del alma o espíritu estamos hablando del “Demonio” en latín se dice demonium, es decir DE, que llega, aparece o se presenta, y MONIUM es mente, es por lo consiguiente el DEMENTE o todo lo surge de la mente. Cuando la persona no se comporta de forma correcta o su realidad no es congruente se dice que está enfermo, en latín se llama PSICOPATOLOGÍA, psico: mente y pato: enfermedad. La ciencia de la psicología es un campo muy amplio, y unos de sus principales preocupaciones es el estudio de la personalidad y las psicopatologías, y se apoya en otras ciencias, tales como la medicina, la sociología, la economía y sobre todo en el sistema métrico, es decir la PSICOMETRÍA. Está basada en la teoría de los test o evaluaciones, y que tiene como bases las matemáticas. Los test o pruebas psicométricas tienen por objetivo medir los grados de “intencionalidad” y “patologías” de las personas. Las teorías y ciencias de estudios de la personalidad buscan y definen como es esta estructura psíquica, lo que común mente se llama inconsciente. Para poder definir esta estructura psíquica y hacer el diagnóstico clínico es necesario cual es el rasgos y perfil de la personalidad, entre otros parámetros que nos permiten definir la enfermedad

mental, su clasificación, su etiología, su tratamiento, pronóstico y cura.

La aplicación de pruebas psicométricas es una actividad permanente y retórica de todo los psicólogos, psicoterapeutas y psiquiatras, con los cuales le da el respaldo y la certeza al diagnóstico clínico de los rasgos y perfil de personalidad, y es primordial también para el pronóstico, tratamiento y solución de la psicopatología o enfermedad mental. Esta es la una de las bases principales de la parte clínica del psicólogo, partiendo de la observación de la sintomatología y signos que presenta el usuario y para poder complementar y comprobar este diagnóstico; La psicometría viene siendo el análisis clínico, rayos X, tomografía, entre otro con el cual se apoya el médico en su Dx. Y en todas las X habidas y por haber. La aplicación de pruebas psicométricas es un campo se ha venido utilizando debido a la importancia que le confiere a su uso, y a la calidad en los resultados permite que en varias instituciones sea de uso común.

Los test poseen validez y son de suma utilidad porque miden lo que se pretende que hay que medir optimizando los recursos disponibles: además brindan una aproximación diagnóstica, acortan los tiempos y brinda elementos objetivos para la práctica profesional. En el abordaje clínico individual, grupal o social nos da los parámetros reales para hacer la intervención u operación correspondiente, y con esto solucionar o curar la enfermedad correspondiente. Otra acción de vital importancia al área de las ciencias de la salud es la prevención de las enfermedades tanto privada como pública, para que estas no afecten a las personas o en su defecto se desarrollen como epidemias o pandemias.

Objetivo

Sensibilizar al estudiante en su formación profesional y tener antecedentes de su proceso académico para poder intervenir por medio de tutorías las deficiencias encontradas y mejorar la calidad profesional y humana.

Método

Por lo que el propósito de este programa consiste en la aplicación de pruebas psicométricas a alumnos de la licenciatura en psicología de nuevo ingreso para tener un antecedente académico del perfil del egresado y con ello a disminuir posibles rezagos educativo, repetencia escolar, índice de reprobación, y sobretodo detectar aquellos alumnos que no tienen vocación o aptitudes para orientarlos a la a mejor elección; también se pretende identificar alumnos que por características emocionales y personales no sean aptos para ofrecer servicios como psicólogos o bien derivando de esto invitarlos a tratamientos oportunos para sus padecimientos.

Por lo consiguiente entre más alumnos se les aplique estas pruebas psicométricas más pronto tendremos los resultados de los mismos y así darle la atención y la prevención a cada uno de ellos para su debida con esto lograr que tengamos profesionistas y profesionales científicos de la psicología con un alto grado de dignidad humana y con un amplio sentido de responsabilidad social; celosos del deber ético y moral.

Resultados

Con esto los alumnos tendrán sus procesos educativos y académicos propios de los estándares de calidad. Dentro de los lineamientos y funcionamiento de las tutorías, se enmarcan dentro de los mismos estándares de la certificación de calidad de la licenciatura en psicología es precisamente sensibilizar al estudiante en su

formación profesional y tener antecedentes de su proceso académico para poder intervenir por medio de tutorías las deficiencias encontradas y optimizar la calidad profesional y humana. Nuestra investigación de mercado se basa en la aplicación e implementación de contar con un instrumento que permita medir, esquematizar, encontrando esas derivaciones que nos permitan prevenir atender y orientar a los estudiantes en el proceso del programa institucional de la acción tutorial dando por ende, surgiendo del análisis de los datos cuáles serían esos apoyos psicológicos y psicoterapéuticos: como hasta la canalización a atención psicológicas y psicoterapéuticas con varios enfoques desde el breve así de igual manera de otras corrientes psicológicas, contando también a la orientación psicopedagógica, didáctica y pedagógica de sus maestros así como con algún profesional del área respectiva acompañado de su tutor.

La aplicación de estas pruebas psicométricas a los estudiantes de nuevo ingreso nos permitirá conocer esos rasgos del perfil de la personalidad de cada uno de ellos y con esto encontrar la diferenciación en la vocación y sus capacidades al elegir esta carrera que tiene un peso muy sustancial en el desarrollo de una sociedad plena, estable y solidada en sus principios humanos, como es la salud mental.

Para lograr este fin es necesario el estudio de nuestro mercado potencial, y nuestra segmentación serán los cuales son los estudiantes de la licenciatura de psicología del ciclo escolar 2014-2015 de la División Académica de Ciencias de la Salud (DACS) de la Universidad “Juárez” Autónoma de Tabasco. Esta división tiene en la coordinación de de la Licenciatura en Psicología una población de 1001 alumnos de los cuales de nuevo ingreso son 190 alumnos, la cual sería nuestra muestra. Estos serán distribuidos en 8 grupos

de 21 alumnos y 1 grupo de 22, haciendo un total de 9 grupos de trabajo, para ello se necesitan de dos aplicadores por grupo haciendo un total de 18. La aplicación se dará en un día con duración de 3 a 4 horas dependiendo del ritmo del grupo. Posteriormente se procederá a la interpretación y análisis de datos de cada una de las pruebas psicométricas. Cumpliendo con nuestra responsabilidad social se dará las siguientes diferenciaciones en nuestros clientes;

Calidad técnica: pruebas psicométricas con validez, confiabilidad y estandarización propias para estudiantes de nivel profesional, la cual será aplicado con personal profesionales y capacitado en administración de pruebas psicométricas.

Calidad humana: trato personalizado, amable, hacer cumplir el protocolo como parte del estándar de calidad de ISO de la licenciatura en psicología, cumpliendo y haciendo cumplir con los procesos internos de de evaluación de los mismos indicadores de la certificación de calidad de la licenciatura.

Amenidades: en el edificio de la licenciatura de psicología, el cual cuenta con 9 espacios climatizados, pizarra, mesas binarias y sillas confortables con capacidad para 30 clientes en cada una de ellas. Estos nos está permitiendo el espacio para la realización y aplicación de las pruebas psicométricas en la coordinación de la licenciatura en psicología de la DACS-UJAT.

Procedimiento: la aplicación se hará de acuerdo a una aplicación estandarizada por orden de apellido de todos los alumnos registrados de nuevo ingreso.

Posicionamiento: ofrecemos un servicio de calidad y calidez en la personalización e individualización de la administración de pruebas psicométricas basado, en el trato digno y humano a cada uno de nuestros clientes.

Conclusiones

Es por lo consiguiente la importancia de este estudio de factibilidad en la DACS de la UJAT, específicamente de la licenciatura de psicología. Esta se realizará apegada a la ética profesional y al pronóstico de la atención requerida en su momento por cada uno de los estudiantes de nuestra muestra y con ello proporcionales, un servicio con calidez y calidad, obteniendo el resultado esperado de esta investigación. Con ello obtendremos una información para cada uno de los tutores; bases solidadas en la atención y seguimientos de los mismos, desde la guía tutorar, el apoyo psicológico hasta la canalización a psicoterapia. El beneficio que tendremos con este estudio de mercado será tener profesionistas con aptitudes, actitudes y altitud propias la cual nos marca el código ético profesional y con ellos cumplimos los estándares de calidad en la certificación de todas las carreras de nuestra alma mater.

Posteriormente se procederá a justar los resultados de una manera y en un documento propio y con la intención de ser incluidos en el manual de procedimientos de la guía del programa institucional de tutores. Este puede ser incluido como guía o como un flujo-rama que permita al tutor conocer la ruta de seguimiento y apoyo a nuestros alumnos, con la intención de no perder la información tan valiosa del usuario, respetando la información totalmente confidencial y bajo respaldo de nuestro código ético profesional de cada uno de los tutores y bajo protección institucional. Toda vez que es una información de vital importancia para cada uno de nuestros usuarios o alumnos, por lo consiguiente si hubiese una pérdida o divulgación errónea voluntaria o involuntaria corremos el riesgo de la inconformidad de los mismos usuarios. Nos conlleva a tener un documento confiable, con validez propia de su aplicación y que

sea a la vez una evidencia del buen desempeño y que la UJAT se apegue a los lineamientos y observaciones propias de los organismos que certifican los procedimientos y estándares de calidad en los procesos educativos.

Nuestra empresa es la iniciadora y fundadora en la aplicación de pruebas psicológicas y psicométricas aprovechando los beneficios que nos ofrece las ciencias de la psicometría.

Es por ello que el CENTRO DE PERCEBERANCIA EN DESARROLLO Y CAPACITACIÓN PERSONAL GUESTALT “EL VICARIO” y su eslogan “Por la libertad del espíritu”, interesa su bienestar; familiar, personal, laboral y profesional.

Imagen de marca:



Somos los primeros, los únicos y los mejores

Merchandising: carteles

Bibliografía

1. Recuperado el día lunes 2 de febrero de 2015 de <http://humansmart.com.mx/sistema-de-psicometria-laboral-en-linea-software-online-pruebas-psicometricas.html>
2. Recuperado el día miércoles 18 de febrero de 2015 de http://www.academia.edu/4267026/MANUAL_DE_ESCALAS_Y_CUESTIONARIOS_IBEROAMERICANOS
3. Recuperado el día viernes 6 de marzo de 2015 de http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista43_S1A4ES.pdf
4. Recuperado el día viernes 6 de marzo de 2015 de <http://www.itson.mx/publicaciones/Documents/ciencias-sociales/disenodeinstrumentosdos.pdf>
5. Hernández Rojas, Gerardo. (2007). Una reflexión crítica sobre el devenir de la psicología de la educación en México. Perfiles educati-

vos, 29(117), 07-40. Recuperado en 07 de mayo de 2015, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982007000300002&lng=es&tlng=es

Diagnóstico de funcionamiento organizacional del hospital Dr. Daniel Gurria Urgel (ISSSTE)

Reich Santiago Luisa Angélica,¹ Álvarez Cámara José Francisco,¹ Priego Álvarez Heberto Romeo¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: Los hospitales son organizaciones sanitarias que ofrecen servicios médicos, por lo cual requieren de la identificación de problemas. Un Modelo de Diagnóstico Organizacional es el propuesto por Pradip Khandwalla que postula cinco variables, que representan la situación organizacional: situacionales, Estratégicas, Estructurales, Conductuales, Desempeño. Se busca efectuar un diagnóstico que demuestre las problemáticas, los resultados de esta permitirán beneficiaran a directivos para la toma de decisiones, el aprovechamiento de oportunidades, y desarrollo de mejoras del desempeño institucional. **Objetivos:** Efectuar un diagnóstico de funcionamiento organizacional que permita conocer la problemática existente, identificar cuáles son las principales fortalezas y debilidades que se presentan y analizar los resultados para una valoración de la calidad de los servicios. **Métodos:** Se efectuó una investigación descriptiva de corte transversal con enfoque mixto (cuali-cuantitativo) en base al Modelo Khandwalla. El trabajo se desarrolló durante el periodo Septiembre–Noviembre del 2014. Se utilizaron diversas técnicas de investigación según las variables de análisis: Situacional (Revisión hemerográfica), Estratégica (Revisión documental, Entrevistas a directivos, Estudios de sombra), Estructural (Revisión y análisis documental), Conductual (Encuesta de Satisfacción laboral y análisis de registros de ausentismo) y Desempeño (Encuestas de calidad, análisis de productividad y de eficiencia del servicio). **Resultados:** Se hizo evidente el incumplimiento de la NOM 004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, la baja productividad promedio de consultas anual, y a una opinión negativa de la derechohabencia, Tiempos prolongados de espera en consulta externa y la relación médico – paciente. Es marcado el desconocimiento de la misión, visión y objetivo. En los aspectos conductuales, se destaca, que el personal presenta asistencia laboral y no permanencia dentro de las instalaciones. **Conclusiones:** Se observaron puntos importantes reflejados en el modelo Khandwalla, siendo los aspectos negativos dominantes, esto nos orienta a que dicho hospital se encuentra alerta necesitando mejorar su eficiencia y eficacia para incrementar su productividad.

Palabras clave: Modelo Khandwalla, Diagnostico, Variable, situacionales, Estratégicas, Estructurales, Conductuales, Desempeño.

Introducción

Los **hospitales** son un componente complejo importante del sistema de atención de salud. Son instituciones sanitarias que dispo-

nen de personal médico y otros profesionales organizados así como de instalaciones para el ingreso de pacientes, y que ofrecen servicios médicos, por lo cual requieren de la identificación de problemas tanto externos como internos (Barquin Calderon M.; 2003). El **diagnóstico organizacional** se define como un proceso analítico que permite conocer la situación real de la organización en un momento dado para descubrir problemas y áreas de oportunidad, con el fin de corregir las dificultades y aprovechar las oportunidades (Fajardo Ortiz G.; 1989). Un **Modelo de Diagnóstico Organizacional** es el propuesto por Pradip Khandwalla (1977) que postula relaciones entre cinco clases de variables, estas representan la situación o contexto dentro en el cual la organización funciona: **situacionales o contextuales** (abarcan el ambiente externo dentro del cual la organización funciona), **Estratégicas o políticas** (representan las metas de la institución, la ideología y el estilo de la alta dirección, son responsabilidad de la administración principal de las organizaciones, algunas de sus dimensiones, se orientan hacia el medio externo, como lo es la estrategia de afrontar los riesgos), **Estructurales** (forman el esqueleto de la organización, normas y relaciones formales, e incluye sus recursos. La estructura de la organización se divide en la supra-estructura y la infraestructura), **Conductuales** (comportamiento de los trabajadores, satisfacciones y exigencias), y **Desempeño** (eficiencia, productividad y calidad) (Khandwalla P.; 1997).

A partir de esto, La presente investigación busca efectuar un diagnóstico de funcionamiento organizacional de un hospital general de la seguridad Social (ISSSTE), que permita identificar la problemática existente y las áreas de oportunidad. Los resultados de esta investigación permitirán la identificación de problemas así

como de las áreas de oportunidad del hospital general, beneficiando al personal y directivos de la organización para la toma de decisiones, el aprovechamiento de las oportunidades, y el desarrollo de mejoras en el desempeño institucional.

Objetivo General.

- Efectuar un diagnóstico de funcionamiento organizacional de un hospital general de la seguridad Social, que permita identificar la problemática existente y las áreas de oportunidad.

Objetivos Específicos.

- Identificar los aspectos positivos y negativos de las variables de análisis (Situacional, Estratégica, Estructural, Comportamiento y Desempeño) que se presentan en un Hospital general de la seguridad social.
- Analizar los resultados obtenidos y ofrecer propuestas de mejoras en la calidad de los servicios que se prestan.

Métodos

Se efectuó una **investigación descriptiva de corte transversal con enfoque mixto** (cuali-cuantitativo) tomando como base el Modelo de Diagnóstico Situacional Khandwalla. El trabajo de campo se desarrolló durante el periodo Septiembre – Noviembre del año 2014.

Para la recolección de datos se utilizaron diversas técnicas de investigación según variables de análisis que se presentan en el modelo Khandwalla: Situacional (Revisión hemerográfica), Estratégica (Revisión documental, Entrevistas a directivos, Estudios de sombra), Estructural (Revisión y análisis documental), Conductual (Encuesta de Satisfacción laboral y análisis de registros de ausen-

tismo) y Desempeño (Encuestas de calidad, análisis de productividad y de eficiencia del servicio).

Resultados

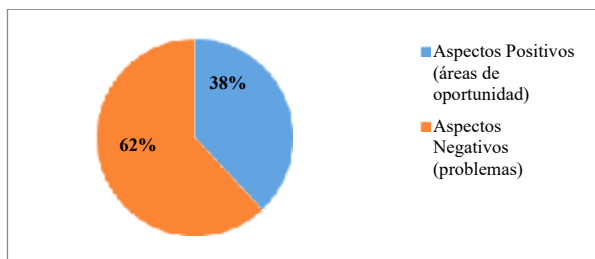
Si bien existen notorios avances y mejoras en la habilitación de la infraestructura existente, aumento en recursos y cumplimiento del estándar de estancia media hospitalaria, es en la variable estructural donde se concentra la mayor problemática hospitalaria. Básicamente obedece al desconocimiento de las normas y a la insuficiencia de recursos que genera desabasto en los servicios.

En los aspectos de desempeño, se hizo evidente el incumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas, en particular de la NOM 004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, la baja productividad en el estándar promedio de consultas de especialidad anual, y a una opinión negativa de la derechohabencia (Encuesta de Trato Digno) en lo relativo a tiempos prolongados de espera en consulta externa y a la relación médico – paciente.

En la variable estratégica es marcado el desconocimiento de la misión, visión y objetivo primordial del nosocomio en la mayoría de los trabajadores y desorganización de algunas áreas. Con relación a los aspectos conductuales, se destaca, que si bien el personal acude a sus labores (asistencia), no se puede garantizar su permanencia dentro de las instalaciones.

Identificación de problemas y aéreas de oportunidad dependiendo el porcentajes de los puntos obtenidos en el Modelo de Diagnostico Organizacional (figura 1.2).

Figura 1.1



Identificación de oportunidades (aspectos positivos), obtenidos del Modelo de Diagnostico Organizacional Khandwalla

Identificación de problemas (aspectos negativos), obtenidos del Modelo de Diagnostico Organizacional Khandwalla

Conclusión.

Con el presente diagnóstico de funcionamiento organizacional de un hospital general de la seguridad social, se observó varios puntos importantes reflejados en el modelo Khandwalla, siendo los puntos negativos en su mayor porcentaje, esto nos orienta a que dicho hospital se encuentra en un estado de alerta y que necesita mejorar su eficiencia y eficacia para incrementar su productividad y estar en un estándar de mayor productividad. Por otra parte se observó que la variable estructural ocupa el primer lugar con aspectos negativos, pero no sobre pasa a los aspectos positivos, y siendo en segundo lugar con la mayor cantidad de aspectos negativos la variable de desempeño, en la cual según el modelo Khandwalla es donde se centra la mayor relevancia del modelo organizacional de un hospital general. De esta forma se plantea que la institución necesita una mejor formación en el personal que labora en esta y se propone que se elaboren talleres en los cuales el personal labora sea capacitado y evaluado para optimizar sus áreas de trabajo y así tener una mayor eficacia, eficiencia y llegar a un gran estado de productividad.

Referencias

1. Khandwalla Pradip, the Design of Organizations, Michigan: Harcourt Brace, 1977.
2. Dr. Barquín Calderón Manuel. Dirección de Hospitales. Séptima edición. México DF. editorial McGraw Hill, 2003.
3. Fajardo Ortiz Guillermo. Atención médica; teoría y prácticas administrativas. Primera edición. México DF 1989 Edit. La prensa médica mexicana.
4. Fajardo-Dolci, G., García, E. (2008). Dirección de Hospitales. México: Manual moderno. ISBN 9789707293236
5. SSA. Norma oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM 004-SSA3-2012.
6. SSA. Norma Oficial Mexicana Requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. NOM-197-SSA1-2000.
7. SSA. Norma Oficial Mexicana Requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. NOM-005-SSA3-2010.
8. Manual de Organización del Sistema de Tiendas y Farmacias, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 2003.
9. Manual de Organización de la Subdirección General de Prestaciones Económicas, sociales y Culturales, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de mayo de 2005.
10. Manual De Organización de la Subdirección General Jurídica, Publicado En El Diario Oficial de la Federación El 29 de noviembre De 2006.
11. Manual de Organización de Hospitales Regionales, Publicado en el Diario de la Federación el 9 de noviembre de 2000.

Perspectiva de mercadotecnia en salud por personal sanitario en tabasco

Edgar García Rojas,¹ Hidemí Aguilar Mariscal,¹ Rebeca Estrella Gómez,¹ Teresa Ramón Frías¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción. La mercadotecnia es considerada como una disciplina de historia fugaz hasta nuestros tiempos además de poca aplicación constituye una de las herramientas más utilizadas en el mundo contemporáneo, el personal sanitario son «todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud. **Objetivo.** El objetivo del presente estudio consistió en conocer la perspectiva de los sanitarios en relación a la mercadotecnia aplicada a la esfera de salud en sus diversos objetivos generales en Tabasco en enero del 2015 **Método.** Se realizó un estudio analítico, descriptivo, transversal y prospectivo aplicando un cuestionario a profesionales de la salud en enero del 2015, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia; el tamaño de muestra se determinó acorde al número de sanitarios que aceptaron responder el cuestionario, los datos se procesaron y se analizaron por medio de paquetes estadísticos como Microsoft Excel®, SPSS® y Minitab®, los resultados se presentaron en promedio \pm EEM donde se requiera. **Resultados.** Se en-

trvistaron a 34 profesionales de la salud de los cuales 11 eran del género masculino (32.4 %) y 23 eran femeninos (67.6 %); con edades en rango de 22 a 34 años con promedio de 26.4 ± 2.55 años, el (92.5 %) eran la carrera en medicina (70.5 %); al sector privado (52.6 %). Para 47 % la mercadotecnia en salud está enfocada a la elaboración de estrategias diseñadas para cambios de comportamiento, basadas en mejoras prácticas con eficiente uso de recursos para promoción de hábitos y comportamientos. El 96.3 % refirió que la mercadotecnia es aplicable en la actualidad en los programas en salud. **Conclusiones.** La mercadotecnia en salud constituye una gran herramienta para el logro de mejora de la salud siendo aceptada por la mayoría de los profesionales en salud, sin embargo debe de ser más enfatizada.

Palabras claves: mercadotecnia, salud, profesionales.

Introducción

La mercadotecnia es considerada como una disciplina de historia fugas hasta nuestros tiempos además de poca aplicación, sin embargo constituye una de las herramientas más utilizadas en el mundo contemporáneo, tanto en la esfera de los productos y servicios como en los cambios de comportamientos, las causas sociales, la imagen personal y corporativa y en las campañas políticas¹ Detallando que a partir de la Economía Social de Mercado, se ha desarrollado una nueva filosofía empresarial llamada «Gestión dirigida al mercado», también conocida como Enfoque de Orientación al Mercado, que tiene un alcance más amplio que el marketing tradicional.

Así en 1999, se observó la utilidad de la mercadotecnia social para promover el uso del preservativo para controlar la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana en el periodo de 1993 a 1996 en la ciudad de Louisiana: se incrementó el uso del mismo posterior a la implementación de las estrategias de marketing.²

En la actualidad se ha considerado el empleo de la mercadotecnia aplicada a la salud con el propósito de crear conciencia sobre un tema específico, y poder lograr la aceptación de una conducta deseada y modificar el comportamiento para el beneficio

individual, grupal o comunitario. Las estrategias de mercadotecnia social se dirigen hacia las personas que desean o necesitan cambiar o mejorar un comportamiento, o cuyo comportamiento pone en riesgo su calidad de vida, bienestar y seguridad individual o colectiva e intentan influenciarlas para aceptar, adoptar, modificar o abandonar una conducta determinada.³

La actitud positiva hacia la utilización de la mercadotecnia facilitará las posibilidades de empleo como herramienta de la gestión sanitaria en el SNS, pero esto requiere que el conocimiento llegue a todos los niveles de dirección para garantizar su comprensión y utilización correcta.⁴

El personal sanitario son «todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud. Los trabajadores de los sistemas de salud de todo el mundo están sometidos a una amplia y compleja gama de fuerzas que están generando una tensión e inseguridad crecientes. Los trabajadores sanitarios tienen que estar preparados para hacer frente a retos como el envejecimiento de la población, las nuevas enfermedades y el aumento de la carga de las ya existentes o el aumento de los conflictos y la violencia.⁵

Por lo anterior se el planteamiento del problema consistió en conocer la perspectiva que tienen el personal sanitario aplicado en materia de mercadotecnia para lograr cambio de comportamiento mediante las estrategias según sus opiniones.

Objetivo

El objetivo del presente estudio consistió en conocer la perspectiva de los sanitarios en relación a la mercadotecnia aplicada a la esfera de salud en sus diversos objetivos generales de salud en Tabasco en enero del 2015

Método

Se realizó un estudio analítico, descriptivo, transversal y prospectivo aplicando un cuestionario a profesionales de la salud en el mes de enero del 2015, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia; el tamaño de muestra se determinó acorde al número de sanitaristas que aceptaron responder el cuestionario, sin distinción de género, edad, ocupación, grado académico, escolaridad, adscripción de trabajo, bajo su consentimiento informado, se excluyeron a profesionales de la salud quienes no aceptaron ingresar al estudio.

La recolección de los datos se llevó a cabo por los autores responsables del proyecto, el presente estudio fue financiado de manera propia. Para el análisis y tabulación de los datos una vez concluida la aplicación del instrumento de medición.

La recolección de los datos se procesaron y se analizaron por medio de paquetes estadísticos como Microsoft Excel®, SPSS® y Minitab®, EpiInfo7®, los resultados se presentaran en promedio \pm EEM, Odd Ratio, intervalo de confianza al 95 %, χ^2 , p donde se requiera.

La realización de la investigación tiene como objetivo describir y analizar la perspectiva que tienen los profesionales de la salud en la aplicación de la mercadotecnia en esta área, acorde a la Ley General de Salud en la última reforma publicada DOF 04-06-214, en el Título quinto “Investigación para la Salud” Capítulo único, Artículo 96 menciona a la investigación para la salud como acciones que contribuyen en el desarrollo de conocimientos de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; al conocimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y la estructura social. Artículo 100 menciona a

la investigación en seres humanos la cual deberá efectuarse bajo principio científicos y éticos, lo cual se justifica dicha investigación médica; y bajo consentimiento informado al representante legal de la información perteneciente a los infantes

Resultados

Se entrevistaron a 34 profesionales de la salud de los cuales 11 eran del género masculino (32.3 %) y 23 eran femeninos (67.7 %); con edades en rango de 22 a 34 años con promedio de 26.4 \pm 2.55 años; de los cuales 30 (88.1 %) eran egresados de licenciatura, tres (8.8 %) de carrera técnica y uno (3.1 %) de especialidad; de los cuales el 80.5% eran del área de medicina, 15.6 % de enfermería y 3.9 % cirujano dentista.

En relación al ámbito laboral el 85.2 % se encontraba laborando, de los cuales el 32.3 % en el sector público y el 52.9 % en el sector privado, de los cuales el 70.5 % practica el oficio de manera asistencial, el 2.9 % de manera docente y el 11.6 % de otra manera, el restante 14.8% refirió no encontrarse laborando.

Al preguntarle si poseían conocimientos sobre mercadotecnia 24 de los profesionales respondieron que si de los cuales el 23.5 % refirieron que la base de sus conocimiento son atribuibles de forma autodidacta, formación profesional 23.5 %, conferencias 8.8 %, cursos 8.8 % y otra índole 11.7 %, las restantes cinco personas refirieron no contar con conocimiento alguno.

Al preguntarle su perspectiva sobre el empleo de la mercadotecnia a la salud, de las opciones ofertadas tres (8.8 %) refirieron que la mercadotecnia es exclusivo a la elaboración de trípticos, carteles y folletos, seis (17.6 %) encuestados refirieron que es atribuible a la elaboración de algún lema, slogan o mensaje para promocionar la salud, nueve (27.4 %) refirieron que la mercado-

tecnia debe enfocarse al uso exclusivo de medios masivos de comunicación y 16 (47.2 %) siendo la mayoría de los encuestados refirieron que la mercadotecnia aplicada a la esfera de salud está enfocada a la elaboración de estrategias diseñadas para cambios de comportamiento, basadas en mejoras practicas con eficiente uso de recursos para promoción de hábitos y comportamientos.

La mayoría de los encuestados 33 personas (96.3 %) refirió que la mercadotecnia es aplicable en la actualidad en los programas en salud solo uno (3.7 %) negó lo anterior; en relación a los generos los masculinos ($\chi^2=2.15$ $p=0.1421$), y el femenino ($\chi^2=2.15$ $p=0.1421$). Dado a los conceptos de las 4 “p” (precio, producto, plaza, promoción) 23 de los encuestados (67.6 %) refirió que el empleo de la mercadotecnia es una manera de comercializar con la salud, 11 de los individuos (32.4%) negó lo anterior, en relación a los grupos de género el masculino (OD:0.42 IC:0.0937-1.413, $\chi^2=1.27$ $p=0.2587$), el femenino (OD:2.36 IC:0.5225-10.66, $\chi^2=1.27$ $p=0.2587$).

El 79.4 % correspondiente a 27 personas refirió que las mejoras en las instituciones de salud también deben de basarse también en la mercadotecnia, el 20.6 % coincidente de 7 personas refirió que las mejoras en las instituciones de salud no deben de basarse en mercadotecnia. En relación a los grupos de género el masculino (OD:0.26 IC:0.0467-1.47, $\chi^2=2.47$ $p=0.1156$), el femenino (OD:3.80 IC:0.6775-21.41, $\chi^2=2.47$ $p=0.1156$). Para lo cual 30 profesiones (88.3 %) refirieron que en la mercadotecnia sanitaria es necesario considerar la dimensión económica y cuatro encuestados (11.7 %) refirió que la dimensión económica no es necesario considerarla. En relación a los grupos de género el masculino (OD:0.1159 IC:0.0105-1.75, $\chi^2=3.97$ $p=0.0460$), el femenino

(OD:8.6 IC:0.7809-95.26, $\chi^2=3.97$ $p=0.04608$). encontrando poca asociación estadísticamente significativa.

En cuanto a la mercadotecnia aplicada a la investigación en salud 28 (82.3 %) profesionales refirieron que se puede aplicar en este rubro mientras que seis (17.7%) encuestados refirieron que la mercadotecnia no puede aplicarse en materia de investigación para la salud. (OD:0.9474 IC:0.145-6.168, $\chi^2=0.0032$ $p=0.9548$), el femenino (OD:1.05 IC:0.1621-6.87, $\chi^2=0.0032$ $p=0.9548$).

En relación a la mercadotecnia como obstáculo para la práctica profesional en salud 10 sanitarias (29.4 %) están de acuerdo y 24 personas (70.6 %) están en desacuerdo con la aseveración que la mercadotecnia podría dificultar la práctica profesional en salud. (OD:0.08571 IC:0.1736-4.23, $\chi^2=0.358$ $p=0.8498$), el femenino (OD:1.16 IC:0.2363-5.75, $\chi^2=0.0358$ $p=0.8448$).

La mayoría de las profesionales (50 %) refirió que casi siempre las instituciones de atención a la salud están orientadas en función de considerar que la salud es un producto para satisfacer las necesidades del usuario / paciente, el 26.5 % algunas veces, el 17.7 % refirió que siempre, el 2.9 % refirió que casi nunca y el otro 2.9 % finalizó que nunca.

En el ámbito de los programas sociales que desarrolla la institución si se diseñan tomando en consideración las características de la comunidad y otras variables psico y sociodemográficas ocho profesionales (23.6 %) refirió que siempre, 13 (38.3 %) que casi siempre, 10 (28.4 %) que algunas veces, dos (5.8 %) casi nunca, uno (3.9 %) nunca.

En cuanto a que si las instituciones de salud disponen de un sistema de recolección de información que permiten observar a esta desde afuera investigando las necesidades de salud de la po-

blación cinco profesionales (14.7 %) refirió que siempre hay disposición de algún tipo de sistema, ocho (23.5 %) casi siempre, 14 (41.1 %) algunas veces, cuatro (11.8 %) casi nunca, tres (8.9 %) nunca.

Conclusiones.

El tema de mercadotecnia aplicada a la salud debe de tener gran impacto en la manera de actuar del personal sanitario así como de las instituciones encargadas a la salud, el presente estudio fue aplicado a una población joven en total de 34 profesionales de la salud en edad promedio de 26.4 ± 2.55 años, de los cuales la gran mayoría el (88.1 %) eran egresados de licenciatura en su magnitud de la carrera en medicina (80.5%) seguido de 15.6 % de enfermería y 3.9 % cirujano dentista; del total que se encontraba laborando la mayoría pertenece al sector privado (52.9 %). En su mayoría el (62.9 %) refirieron tener conocimientos sobre mercadotecnia siendo esta atribuible de forma autodidacta (23.5 %). Para la mayoría de los profesionales entrevistados (47.2 %) la mercadotecnia en salud está enfocada a la elaboración de estrategias diseñadas para cambios de comportamiento, basadas en mejoras practicas con eficiente uso de recursos para promoción de hábitos y comportamientos, seguido por (27.4 %) refirieron que la mercadotecnia debe enfocarse al uso exclusivo de medios masivos de comunicación. El 96.3 % del total de los encuestados refirió que la mercadotecnia es aplicable en la actualidad en los programas en salud. Además a opiniones de los profesionales de salud la mercadotecnia también puede ser aplicada a la investigación en salud optada por 82.3 % del total.

Del total, 24 encuestados (70.6 %) refirió que mercadotecnia no debe de ser un obstáculo para la práctica profesional. Sin em-

bargo el 67.6 % señala que el empleo de la mercadotecnia es una manera de comercializar con la salud.

Acorde a las mejoras en las instituciones de salud el 79.4 % correspondiente a 29 personas refirió que deben de basarse también en la mercadotecnia.

Finalizando la mercadotecnia debe de aplicarse tanto en el área de formación profesional para poder ser aplicada en el ámbito laboral posteriormente, así poder reforzar o crear estrategias para las mejoras de hábitos y costumbres que lleven a mejorar el estado de salud.

Bibliografía

1. 1.-Riveros J S & Berné C M . La aplicación del marketing en hospitales públicos desde la perspectiva de los funcionarios: El caso de un hospital del sur de Chile. Rev Méd Chile 2006; 134: 353-360
2. 2.-Quintana-Vidaurre, A Ga Santana-Chávez L A, González-Villalobos CG. Mercadotecnia social para detectar el cáncer de mama Su impacto clínico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(4):432-7
3. 3.-Latinovic L, Almazán del Castillo R, Herrera Castillo I N,Cebrián Gómez A, Fernández Reyes E. et al. MANUAL DE MERCADOTECNIA SOCIAL EN SALUD Primera Edición, julio, 2010 México. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Mannual_Mercadotecnia.pdf
4. 4.-Suárez Lugo N. Mercadotecnia en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. Rev. cub. salud pública; (34)1: 34-48
6. 5.-Organización Mundial de la Salud 2015. [En línea] [Citado 2 abril 2015] disponible en: http://www.who.int/topics/health_workforce/es/

CAPÍTULO III

Mercadotecnia Sanitaria y Formación de Recursos Humanos

“Estrategias de mercadotecnia para mejora del proceso formativo. Maestranteres en Gestión de los Servicios de la Salud. Escuela de Posgrado Universidad Cesar Vallejo. 2014-2015”

Marina Caján Villanueva,¹ Delia Catherine Escudero Caján¹

¹Universidad Señor de Sipán (Perú)

RESUMEN

Introducción: El estudio sobre “Estrategias de mercadotecnia para mejora del proceso formativo. Maestranteres en Gestión de los Servicios de la Salud. Escuela de Posgrado Universidad Cesar Vallejo. 2014-2015”, **objetivo:** determinar las estrategias de mercadotecnia para mejora del proceso formativo. Nos preguntamos ¿Cuáles son las estrategias de mercadotecnia para mejora del proceso formativo en maestranteres de Gestión de los Servicios de la Salud de la Escuela de Posgrado Universidad Cesar Vallejo 2014- 2015? **Método:** Se aplicó un cuestionario a 74 maestranteres. En su mayoría son enfermeros en un 33.78% seguido de obstetras u obstetrices equivalente a 32.43%, el 14.86% químicos farmacéuticos, y en menor porcentaje cirujanos dentistas y médicos cirujanos con un 6.76%, ingenieros informáticos con un 4.05%, de profesión tecnólogo médico con 1.35%. **Resultados:** La estrategia de mercadotecnia que consideran más viable para facilitar sus estudios es adaptar los horarios a la mayoría de maestranteres con un 23.16%. En general una forma de mantener, conservar a los estudiantes en el Posgrado es mediante estrategias de mercadotecnia que permitan un acompañamiento permanente a los maestranteres, permitiendo así su permanencia y el logro de su objetivo final que es obtener el grado académico.

Palabras clave: estrategias de mercadotecnia, proceso formativo, maestranteres en Gestión de los Servicios de la Salud.

Introducción

El fortalecimiento de la educación de posgrado como parte de los sistemas educacionales, se inicia a partir de un enfoque contextualizado y una reflexión general de la necesidad de su desarrollo (Manzo L., Rivera N., Rodríguez A., 2006).

Existen nuevos desafíos en la educación actual, en la que se buscan incesantemente nuevas respuestas. Los servicios de educación son cada vez más competitivos y presentan dificultades para mantener la lealtad de sus clientes (Caetano, 2003 citado por Ospina y Sanabria, 2010).

Estamos permanentemente siendo participes de mercadotecnia para el proceso de admisión o captación de maestranteres para las

diversas maestrías dentro de ellas la de gestión de los servicios de salud pero no se observa estrategias de mercadotecnia para retener a los maestrantes, vale decir durante el proceso formativo.

Por todo ello se formuló el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son las estrategias de mercadotecnia para mejora del proceso formativo en maestrantes de Gestión de los Servicios de Salud Escuela de Posgrado Universidad Cesar Vallejo 2014- 2015?

Objetivo General

Determinar las estrategias de mercadotecnia para mejora del proceso formativo en maestrantes de gestión de los servicios de salud escuela de postgrado Universidad Cesar Vallejo 2014- 2015.

Objetivos Específicos:

Identificar las estrategias de mercadotecnia para mejora del proceso formativo en maestrantes de gestión de los servicios de salud escuela de posgrado Universidad Cesar Vallejo 2014- 2015. Analizar las estrategias de mercadotecnia para mejora del proceso formativo en maestrantes de gestión de los servicios de salud escuela de posgrado Universidad Cesar Vallejo 2014- 2015.

Método

El tipo de investigación es cuantitativa, descriptiva, prospectiva, y propositiva. Se utilizó como técnica de recolección de datos la observación y la encuesta; y como instrumento un cuestionario sobre estrategias de mercadotecnia para mejora de proceso formativo. Se les aplicó el cuestionario a 74 maestrantes de Gestión de los Servicios de la Salud de la Escuela de Posgrado Universidad Cesar Vallejo.

Resultados

Tabla N° 1: Maestranteros de Gestión de los Servicios de Salud por edad según frecuencia y porcentaje, Escuela de Postgrado Universidad Cesar Vallejo, Cajamarca - Perú 2014- 2015.

Edad	FR	%
23- 31	34	45.94
32 – 40	26	35.14
41- 49	12	16.22
50-58	2	2.70
Total	74	100

Resultados de Encuesta a Maestranteros de Gestión de los Servicios de Salud, Escuela de Postgrado Universidad Cesar Vallejo, Cajamarca - Perú 2014- 2015.

Visto la tabla N°1, observamos que en su mayoría los participantes tienen edades entre 23 a 31 años que corresponde a un 45.94%.

Tabla N° 2: Maestranteros de Gestión de los Servicios de Salud por sexo según frecuencia y porcentaje, Escuela de Postgrado Universidad Cesar Vallejo, Cajamarca - Perú 2014- 2015.

Sexo	FR	%
Femenino	51	68.92
Masculino	23	31.08
Total	74	100

Resultados de Encuesta a Maestranteros de Gestión de los Servicios de Salud, Escuela de Postgrado Universidad Cesar Vallejo, Cajamarca - Perú 2014- 2015.

Visto la tabla N°2, observamos que el 68.92% de los participantes son mujeres y el 31.08% hombres.

Tabla N° 3: Maestranteros de Gestión de los Servicios de Salud por profesión según frecuencia y porcentaje, Escuela de Postgrado Universidad Cesar Vallejo, Cajamarca - Perú 2014- 2015.

Profesión	FR	%
Cirujano dentista	5	6.76
Enfermera(o)	25	33.78
Ingeniero informático y siste-	3	4.05

mas		
Médico cirujano	5	6.76
Obstetrix/Obstetra	24	32.43
Químico farmacéutico	11	14.86
Tecnólogo médico	1	1.35
Total	74	100

Resultados de Encuesta a Maestranteros de Gestión de los Servicios de Salud, Escuela de Postgrado Universidad Cesar Vallejo, Cajamarca - Perú 2014- 2015.

Visto la tabla N°3, observamos que los maestrantes, en su mayoría son de profesión enfermeros en un 33.78% seguido de obstetras u obstetricas equivalente a 32.43%, el 14.86% químicos farmacéuticos, y en menor cantidad cirujanos dentistas y médicos cirujanos con un 6.76%, ingenieros informáticos con un 4.05%, de profesión tecnólogo médico con 1.35%.

Tabla N° 4: Disposición de ayudas bibliográficas en lugar de procedencia de los maestrantes de Gestión de los Servicios de Salud según frecuencia y porcentaje, Escuela de Postgrado Universidad Cesar Vallejo, Cajamarca - Perú 2014- 2015.

Disposición de ayudas bibliográficas en lugar de procedencia.	FR	%
Si	40	54.05
No	34	45.95
Total	74	100

Resultados de Encuesta a Maestranteros de Gestión de los Servicios de Salud, Escuela de Postgrado Universidad Cesar Vallejo, Cajamarca - Perú 2014- 2015.

Visto la tabla N°4, observamos que el 45.95% no disponen de ayudas bibliográficas en su lugar de procedencia.

Tabla N° 5: Estrategias de mercadotecnia para facilitar estudios de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud según frecuencia y porcentaje, Escuela de Postgrado Universidad Cesar Vallejo, Cajamarca - Perú 2014- 2015.

Estrategias de mercadotecnia para facilitar estudios de Maestría.	FR	%
Programa de sensibilización a sus inmediatos superiores.	4	4.21
Programa de fortalecimiento moral y desarrollo personal a los maestrantes.	19	20.00
Solicitar a los maestrantes algunas facilidades a nivel de docentes y Escuela de Postgrado.	11	11.58
Adaptar a los horarios a la mayoría de maestrantes.	22	23.16
Los horarios de idiomas deben ser flexibles.	16	16.84
Aperturar grupos de estudio de idiomas lo antes posible.	20	21.05
Otros	3	3.16
Total	95	100

Resultados de Encuesta a Maestrantes de Gestión de los Servicios de Salud, Escuela de Postgrado Universidad Cesar Vallejo, Cajamarca - Perú 2014- 2015.

Visto la tabla N° 5, observamos que la estrategia de mercadotecnia que consideran más viable para facilitar estudios de maestría es adaptar los horarios a la mayoría de maestrantes con un 23.16%; aperturar grupos de estudio de idiomas lo antes posible con un 21.05%; y un programa de fortalecimiento moral y desarrollo personal a los maestrantes con un 20.00%. En la opción otros especificaron que se debe hacer un horario de horas para todo el año o por lo menos para los 3 meses siguientes para así poder separar su horario y adecuarlo a sus clases; no exigir que el idioma extranjero sea sólo en el centro de idiomas de la misma universidad; que el examen de suficiencia para el idioma extranjero sea personalizado.

Conclusiones

En general una forma de mantener, conservar a los estudiantes en los programas de Posgrado es mediante estrategias de mercadotecnia que permitan un acompañamiento permanente a los maestrantes, permitiendo así su permanencia y el logro de su objetivo final que es obtener el grado académico.

Son estrategias de mercadotecnia para facilitar los estudios de Maestría: El Programa de Sensibilización a sus inmediatos superiores, Programa de Fortalecimiento Moral, Solicitar a los maestrantes algunas facilidades manejado a nivel de docentes de la Escuela de Postgrado, y aperturar grupos de estudio de idioma antes de finalizar los estudios de maestría.

Bibliografía

1. Manzo L., Rivera N., Rodríguez A. (2006). La educación de posgrado y su repercusión en la formación del profesional iberoamericano, *Revista Educación Médica Superior*, 20 (3), 1-26. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412006000300009&script=sci_arttext
2. Espinoza O., Gonzáles L. (2009). Desarrollo de la formación de posgrado en Chile, *Revista iberoamericana de ciencia, tecnología y sociedad*, 5, (13), 207-232. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3118261>

Formación del estudiante de psicología en el ámbito de la mercadotecnia de la salud

Martínez Peralta Adriana,¹ De los Santos Domínguez Alex Gabriel,¹ Domínguez Aguirre Gloria Ángela,¹ González Fócil Roberto Carlos¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: El Psicólogo posee conocimientos y habilidades que le permiten participar en el diseño de estrategias de mercadotecnia en salud, sin embargo la participación del mismo es muy baja, a pesar de ser un profesional primordial. **Objetivo:** Conocer la percepción que tienen los estudiantes de psicología de una universidad pública del Estado de Tabasco, sobre su grado de conocimientos, aplicación y actitudes hacia la mercadotecnia aplicada a la prevención y promoción de la salud. **Método:** Estudio exploratorio, cuantitativo y transversal. En un muestro por conveniencia participaron 141 Estudiantes de Psicología de una universidad pública del Estado de Tabasco, principalmente mujeres

(76%). El Cuestionario tipo Likert explora la autopercepción de conocimientos, la realización de acciones de mercadotecnia en salud y actitudes hacia la mercadotecnia en salud. Los datos se analizaron con el programa SPSS v. 20. **Resultados:** El 66.7% de los estudiantes de psicología consideran que los conocimientos del Psicólogo son importantes para la mercadotecnia. El 41.8% perciben que tienen pocos conocimientos sobre el tema de la mercadotecnia, mientras que el 66% mencionan que no han realizado actividades de marketing para la prevención y promoción de la salud. El 94% considera importante que el psicólogo participe en acciones de marketing para la prevención y promoción de la salud y el 84% considera que los medios de comunicación y la publicidad pueden influir positivamente en la salud de la población. **Conclusiones:** Los estudiantes de psicología consideran importante su participación dentro de la mercadotecnia en salud así como positivo el uso de medios de comunicación y publicidad para prevenir y promover la salud de la población. Sin embargo tienen pocos conocimientos sobre éste ámbito o bien, no los han podido aplicar. Se sugiere integrar y/o reforzar los programas de estudios con temas de prevención y promoción de la salud y mercadotecnia en salud. **Palabras clave:** Mercadotecnia en Salud, Estudiante, Psicología, Prevención, Promoción de la Salud.

Introducción

El Psicólogo posee conocimiento y habilidades que le permiten participar de manera primordial en las estrategias de Mercadotecnia, ya sea a través de estudios de investigación de mercado, de comportamiento del consumidor, campañas de publicidad, identificación de las motivaciones, necesidades y deseos de las personas y grupos sociales y como son influenciados por su entorno o utilizando herramientas como la entrevista, pruebas psicológicas, escalas de actitudes o técnicas grupales. Cuando se hace uso de la Psicología por parte de la Mercadotecnia se busca conocer e influir en la conducta del consumidor de un producto o servicio.

Es por ello, que la mayoría de los planes de estudios de Licenciatura en Psicología en México, cuentan con programas de asignatura sobre dichos temas, que le permiten al estudiante obtener conocimientos y aplicarlos, aunque estos se han enfocado principalmente al área empresarial, a pesar del uso de la mercadotecnia en otros ámbitos como el social y de la salud.

Actualmente se reconoce la importancia de la mercadotecnia para el diseño de programas de salud, donde el psicólogo tiene mucho que aportar, sin embargo la participación del mismo en la denominada mercadotecnia en salud es muy baja, a pesar de que se ha demostrado la importancia y beneficios de su utilización.

Lugo, N. (2008) realizó una investigación con el objetivo de conocer las causas de la no utilización de la mercadotecnia en el Sistema Nacional de Salud de Cuba, a pesar de su gran potencial para la promoción de la salud, encontrando que los directivos, funcionarios y profesionales encuestados poseen poco conocimiento de mercadotecnia y consideran que se puede aplicar a la salud y están interesados en llevarlo a cabo.

Otro estudio realizado por Priego, H., Hernández, J.A. y Morales H. (2011), encontraron que el 62% de las enfermeras encuestadas consideran tener conocimientos sobre mercadotecnia, el 54% la considera como necesaria, aunque el 59% menciona no haberla usado. En el caso de nutrición, el 86% manifestó tener conocimientos sobre mercadotecnia, siendo necesaria en su profesión para el 81% y el 73% considera que es aplicable a su profesión.

Si bien, hay investigaciones que exploran el grado de conocimiento y aplicación de la mercadotecnia por diversos profesionales, no se encontraron investigaciones realizadas con estudiantes y/o profesionales de la Psicología.

Siendo entonces, importante la participación del psicólogo en la mercadotecnia, surge el interés por explorar y conocer si los estudiantes de psicología de una universidad pública del estado de Tabasco, cuentan con la formación en dicho rubro, cuál es su actitud hacia el uso de la mercadotecnia y si hacen uso de ella, específicamente para la prevención y promoción de la salud.

Objetivo general

Conocer la percepción que tienen los estudiantes de psicología de una universidad pública del Estado de Tabasco, sobre su grado de conocimientos, aplicación y actitudes hacia la mercadotecnia aplicada a la prevención y promoción de la salud.

Objetivos Específicos

1. Identificar el nivel de conocimientos que los estudiantes poseen respecto a temáticas propias de la formación del psicólogo y que aportan conocimientos a la mercadotecnia en salud.
2. Conocer el nivel de aplicación de los conocimientos obtenidos por los psicólogos al campo de la mercadotecnia para la prevención y promoción de la salud.
3. Conocer las actitudes de los estudiantes hacia la participación del psicólogo en la mercadotecnia en salud y el uso de medios de comunicación y publicidad para influir positivamente en la población para una mejora de la salud general y en particular de la salud mental.

Método

Diseño:

Se trata de un estudio exploratorio, cuantitativo y transversal, ya que se busca obtener información preliminar sobre el fenómeno de estudio.

Participantes:

Se seleccionó una muestra por conveniencia de 141 Estudiantes de Psicología de una universidad pública del Estado de Tabasco, que estuvieran cursando de sexto ciclo en adelante. El 24%(34) fueron hombres y 76%(107) mujeres. El promedio de edad fue de 22 años.

El 47.5% (67) cursa el área clínica, el 30.5% (43) el área organizacional y el 22% (31) el área educativa. No se incluye el área social ya que solo se reportó un alumno inscrito.

Instrumentos o técnicas:

Se diseñó un cuestionario tipo Likert para explorar tres aspectos: 1) El grado de conocimientos que los estudiantes perciben que tienen sobre temas de uso en la mercadotecnia de 18 ítems; 2) El usos y aplicación de dichos conocimientos en acciones de mercadotecnia en salud, con 8 ítems y, 3) Actitudes hacia algunos aspectos relacionados con la mercadotecnia en salud, con 12 ítems, quedando en 10, después del análisis factorial.

El índice de confiabilidad se analizó con el Coeficiente alfa de Conbrach y fue de 0.866, 0.910 y 0.805, respectivamente.

Procedimiento:

Se invitó a participar de manera anónima y voluntaria a los estudiantes de Psicología 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 y un análisis factorial exploratorio.

Resultados

El 57% de los estudiantes consideran que existe una alta relación entre la Psicología y la Mercadotecnia, y el 66.7% que los conocimientos del Psicólogo son importantes para el campo de la Mercadotecnia.

Grado de conocimientos en temas relacionados con la mercadotecnia

El 41.8% de los estudiantes de psicología consideran que tienen nada o pocos conocimientos sobre temas relacionados con la mercadotecnia y que son propios de la formación del psicólogo, prin-

principalmente en lo relacionado con las aportaciones de la psicología a la mercadotecnia, diseño de campañas publicitarias, mercadotecnia general, estudio e investigación de mercados y mercadotecnia en salud; el 38.1% considera que sus conocimientos son regulares, el 17.6% que posee un buen conocimiento y solo el 2.4% que desconoce o sabe de qué se trata.

En relación a los conocimientos que pueden servir de apoyo para realizar actividades de mercadotecnia como son procesos cognitivos básicos, teorías de la motivación, teorías de la personalidad, test psicológicos, entrevista, entre otros, solo el 9.8% considera que tienen poco o nada de conocimientos sobre dichos temas, el 38.5% regular y el 51.7% un alto conocimiento. Ningún estudiante mencionó desconocer o no saber de qué se trataban esos temas.

Actividades de Mercadotecnia que realiza el Psicólogo para prevenir y promover la salud.

Se preguntó a los estudiantes la frecuencia con que realizaba actividades que involucran el uso de conocimientos y/o habilidades del campo de la mercadotecnia para la prevención y promoción de la salud, encontrando que el 66% ha realizado nada o poco actividades de este tipo, el 27% regular y solo el 7% menciona que las han realizado frecuentemente.

Un alto porcentaje de estudiantes no ha realizado actividades relacionadas con la mercadotecnia en salud, como son estudios e investigación de mercado (77%), estudios de actitudes (70%), estudios de comportamiento del consumidor (67%), diseño de campañas publicitarias para prevenir o promover la salud mental (61%), entre otros.

Actitudes del estudiante de Psicología hacia el uso de la Mercadotecnia en la Prevención y Promoción de la Salud

El 94% de los estudiantes tienen una actitud favorable hacia la participación del psicólogo en los procesos de prevención y promoción de la salud y el uso del marketing en salud; de igual forma el 84% considera que los medios de comunicación y la publicidad pueden influir positivamente para prevenir y promover una adecuada salud mental en la población.

Conclusiones

Los estudiantes de psicología reconocen la importancia de su labor en la mercadotecnia y que tienen mucho que aportar, sin embargo poseen pocos conocimientos sobre Mercadotecnia y en particular en el uso de la Mercadotecnia para la prevención y promoción de la salud.

Cuando se trata de conocimientos básicos de la Psicología, pero que sirven para entender y comprender a las personas y que pueden ser de utilidad para la Mercadotecnia los estudiante de psicología poseen un alto conocimiento de los mismo.

Sin embargo, los conocimientos que poseen no los aplican a procesos de marketing para prevenir y promover la salud, ya que no han realizado durante sus prácticas profesionales o servicio social actividades de éste tipo. Se desconoce los motivos por el cual no las realizan, aunque uno de ellos puede ser el escaso conocimiento que tienen sobre mercadotecnia en salud.

La actitud de los estudiantes de psicología es favorable para participar en procesos de mercadotecnia en salud y para el usos de medios de comunicación y publicidad como una estrategia para para influir positivamente en la salud mental de la población.

Al ser una investigación de tipo exploratoria, detectamos la necesidad de hacer estudios comparativos por área de especialización de la Psicología, así como investigar los motivos por los cual los

estudiantes no aplican o utilizan sus conocimientos para realizar procesos de marketing en salud.

De igual forma, los resultados permitirán integrar y/o reforzar los programas de estudios con temas de prevención y promoción de la salud y mercadotecnia en salud, dado la importancia de los conocimientos del Psicólogo para el sector Salud, dentro del ámbito de la Mercadotecnia en Salud.

Bibliografía

1. Priego-Álvarez H.R., Hernández-Córdova J.A., Morales-García M.H. (2011). La mercadotecnia en las profesiones paramédicas de Tabasco, México: El caso de la Enfermería y Nutrición. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 2011;17 (49):123-130. Recuperado de <http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/hitos/ediciones/49/7-Original-Heberto.pdf>
2. Suárez Lugo, N. (2008). Mercadotecnia en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(1) Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420865013>

Aplicaciones en la nube para el uso del marketing colaborativo en las organizaciones

Juan Antonio Córdova Hernández,¹ Juan Manuel Muñoz Cano,¹ Heberto Romeo Priego Álvarez,¹ Manuel Higinio Morales García.¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: el uso masivo de redes sociales, correo electrónico, sitios web creados en internet y la movilidad de dispositivos electrónicos como teléfonos inteligentes, tabletas digitales y paquetes de plan de datos permiten hoy mantener comunicados en tiempo real a muchos usuarios con sus organizaciones o grupos de trabajo con fines ya sean educativos, de investigación o de promoción de servicios. **Objetivo:** identificar herramientas y redes sociales que permitan organizar trabajo colaborativo en la web 2.0. **Método:** se construyó un portal con la herramienta web wordpress para publicar información relacionada con la XIII Convención Anual y Simposio Internacional de la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud (RIMS), en este se incluyeron páginas que contienen información relacionada con temáticas que se requieren para mantener informado a los interesados en participar en este magno evento. **Resultados:** se tiene un sitio web que permite realizar trabajo colaborativo con la finalidad de construir información que se relacione con los eventos organizados por la RIMS, redes sociales como un canal de comunicación asíncrono o síncrono, correo electrónico para dar seguimiento a las actividades y eventos posteriores. **Conclusiones:** la construcción del sitio web permitió mantener informada a la audiencia en constante comunicación ya que en ella accedieron para

consultar información, descargar el cartel, el formato de ponencias y resumen así como de escribir un comentario solicitando asesoría, sugerencia, recomendación y felicitaciones relacionada con la XIII Convención anual de la RIMS.

Palabras clave: sitio web, RIMS, web 2.0.

Introducción

El uso masivo de redes sociales, correo electrónico, sitios web, blog y la movilidad de dispositivos electrónicos como teléfonos inteligentes, tabletas digitales y paquetes de plan de datos a un costo bajo permiten hoy mantener comunicados de manera síncrona y asíncrona a muchos usuarios con sus organizaciones, clientes y grupos de trabajo con fines ya sean educativos, de investigación o de promoción de servicios y marketing empresarial.

Los sitios web cada día son más interactivos es decir permiten a los internautas, crear, modificar, agregar y eliminar información compartida entre grupos de trabajo la aparición de plataformas digitales en la nube se han posicionado en el ámbito virtual de Internet a través de la llegada de la Web 2.0, que definió nuevas alternativas sobre el uso de la plataforma Web para trabajo colaborativo en grupos. Mediante la interacción entre usuarios (clientes y proveedores) y el sistema virtual con la finalidad de gestionar contenidos y realizar un sin número de actividades programadas en un entorno garantizado.

¿Qué es un blog?

Herramienta de comunicación digital que promueve el trabajo colaborativo asíncrono basado en una página web que permite la publicación de cualquier tipo de contenido organizado por un grupo personas, es considerado como una herramienta democratizada ya que cualquier persona con acceso al internet con o sin conocimiento de diseño y programación puede organizar y difundir

información con el resto del mundo, para ello es importante mantenerlo actualizado con cierta periodicidad.

Características de los blog

Algunas de las características más relevantes para iniciarse en la construcción de un blog para el trabajo colaborativo de una organización pública o privada.

- Acceso desde cualquier lugar. Basta con tener conexión a Internet.
- Clasificación de los contenidos en categorías. Para clasificar las noticias en un blog las puede agrupar por categorías que usted mismo puede crear y así facilitar la navegación de los usuarios que accedan.
- Enlazar unos blog con otros. Los blog nos permiten poner una lista con blog que usted visite periódicamente o que tengan la misma temática que el suyo.
- Puede moderar los comentarios y así evitar las entradas inapropiadas u ofensivas.
- Retroalimentación. Cada noticia genera comentarios que hacen replantearse su postura, ya que estas entradas posibilitan la aportación de distintos puntos de vista.

Objetivo

Identificar herramientas y redes sociales que permitan organizar trabajo colaborativo en la web 2.0.

Método

Para la promoción y posicionamiento de la XIII Convención Anual y Simposio Internacional de la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud se organizó un blog en Internet, para ello se revisaron dos herramientas, blogger y wordpress ya que permiten publicar contenidos de forma colaborativa de cualquier temática,

los aspectos que se compararon basados en su funcionabilidad fueron: administración, personalización, precio, disponibilidad móvil, plantillas y trabajo colaborativo en grupos y roles de participantes. Se creó un perfil en Facebook, Twitter y Correo Electrónico como el medio de comunicación asíncrono para socializar comentarios, dudas, asesorías y todo lo relacionado con las actividades del evento, para atender de manera síncrona a los visitantes del sitio web se estableció comunicación en el chat de Gmail. Para determinar el título del blog se consideró relacionarlo con las abreviaturas de la red iberoamericana de mercadotecnia en salud (RIMS) y eventos académicos para que permita publicar información del tipo de investigación, congresos, simposios, talleres, diplomados, asesorías entre otros.

Resultados

Para la variable administración se encuentra que wordpress nos presenta un panel de trabajo con herramientas que facilitan la adecuación de nuestro sitio web a las necesidades de la temática. La variable precio, blogger es gratuito pero es muy abundante la publicidad cuando se carga el sitio en el navegador en comparación wordpress es gratuito y su interfaz es muy profesional y libre de publicidad en pantalla. Disponibilidad móvil, ambas plataformas tienen accesibilidad solo que wordpress permite una mejor interfaz amigable y fácil de usar. Para la variable plantilla, blogger es limitado a 25 personalizable en comparación wordpress tiene más de 100 temas por elegir y personalizar. Para el trabajo colaborativo en grupo wordpress acepta muchos usuarios asignándoles diferentes roles para la integración de información (ver tabla 1).

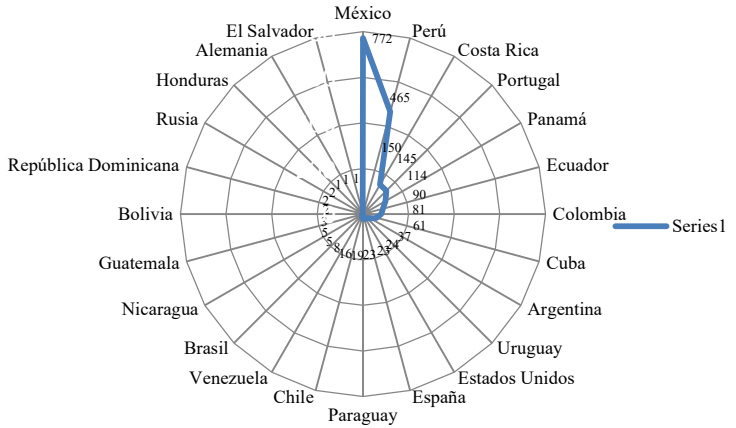
Tabla 1. Comparación de herramientas en la nube

Variables	Blogger	Wordpress
Administración	Panel con opciones muy intuitivas, básicas y fáciles de usar.	Panel de trabajo muy completo y fácil de utilizar.
Personalización de interfaz	Se debe tener conocimientos necesarios	Se debe tener conocimientos necesarios
Precio	Espacio gratuito (mucha publicidad en banner)	Espacio gratuito (libre de publicidad banner)
Disponibilidad móvil	App disponible, su interfaz no es intuitiva	App disponible, interfaz amigable y de fácil acceso.
Plantillas	Más de 25 plantillas personalizable.	Más de 100 temas para elegir, se tiene acceso al código CSS
Trabajo colaborativo en grupos	Permiten limitadamente trabajar con usuarios	Puedes trabajar con un muchos usuarios asignándoles tres tipos de roles.
Roles de participantes	Autores y lectores	Administrador, editor, autor y colaborador.

Ambas plataformas analizadas nos permiten construir sitios web con el objetivo de realizar trabajo colaborativo en la nube, para poder tomar un decisión de cuál es la mejor, basta con tener un plan de trabajo y a qué tipo de público va dirigido nuestro sitio y que interés se tenga al publicar información en la nube y que el administrador del sitio tenga el conocimiento y compromiso de mantenerlo actualizado. Dependerá entonces de la adaptabilidad del entorno de trabajo visual, gusto por el diseño y herramientas que favorezcan el trabajo colaborativo en la nube.

Para la accesibilidad del sitio web, México registro 772 (37.65%) visitas, Perú 465 (22.68%), Costa Rica 150 (7.31%), Portugal 145 (7.07%), Panamá 114 (5.56%), Ecuador 90 (4.39%), Colombia 81 (3.95%), Cuba 61 (2.97) y el resto de los países el 1% (ver gráfico 1).

Grafico 1. Visitas de países al sitio web



Ubicación geográfica de accesibilidad de los países que visitaron el sitio (ver fig.1)

Fig. 1. Mapa de accesos al sitio web



Conclusiones

Las plataformas de gestión de trabajo colaborativo en el internet permiten organizar el trabajo a un equipo ubicado en distintos puntos geográficamente, les facilita crear documentos online, compartir, mantener un control del tiempo dedicado, servicios de mensajes o chat instantáneo, entre otras. Si bien muchas de ellas son de pago otras ofrecen espacios gratuitos muy completos para realizar un trabajo colaborativo. Estas aplicaciones también están disponibles y se pueden configurar como extensiones Chrome, App en tu teléfono inteligente o tableta digital y puede ser un aliado genial para el flujo de trabajo “workflow” de tu organización o empresa.

Las aplicaciones disponibles en la nube están cambiando la forma de hacer marketing. El Blog, Facebook, Twitter, YouTube y otras redes sociales han revolucionado la forma de conectarse al interior de cada organización con o sin fines lucrativos, las herramientas de productividad y colaboración de computo en la nube “*cloud computing*” están convirtiendo el marketing tradicional en un marketing digital siendo esta el mejor camino para llegar a los clientes.

Las herramientas analizadas ofrecen ventajas competitivas en el Internet para su administración y publicación, wordpress muestra una aplicación más profesional, posicionamiento en buscadores “Search Engine Optimization ”(SEO), control total de la administración de tu blog, gran cantidad de diseños y plantillas gratuitas y otras que puedes comprar, 3gb de espacio de almacenamiento con opción a crecimiento con dominio propio. Blogger te ofrece una interfaz sencilla y de fácil manejo, es propiedad de Google lo que te incorpora el SEO a tu web, Google controla todo tu contenido,

temas y modificaciones “customización” muy limitados y es una plataforma gratuita.

Recomendaciones

Algunas aplicaciones gratuitas en la nube que pueden ser un aliado en tu organización privada o pública a la hora de hacer un proyecto, plan de marketing, posicionamiento de una empresa o difusión de información para trabajar en equipo

Plataforma Google: Aunque pareciera muy básico, haciendo un uso provechoso de esta plataforma puede ser de gran utilidad. Para empezar, sabemos que con tener una cuenta de correo electrónico Gmail, tenemos abierto a muchas posibilidades. Google Drive, permite compartir carpetas, archivos, crear documentos, Word, Excel, tablas, dibujos, presentaciones dinámicas, a su vez se pueden subir documentos y trabajar en equipo simultáneamente sobre el mismo, proyectos, presentaciones, etc.

Wedoist: Plataforma en la nube que en su versión gratuita permite hasta 3 usuarios pero abrir proyectos ilimitados. Puedes subir archivos desde la PC, Dropbox, Drive, enlaces etc. Asignar tareas a los usuarios, establecer fecha de vencimiento de las mismas. Hacer comentarios, recibir notificaciones, también añadir las tareas de los diferentes proyectos en ICalendar.

Groupstowork: Es un Software colaborativo, proporciona un espacio para trabajar online todo tipo de proyectos en equipo. En su versión gratuita permite subir y compartir archivos, enlaces, imágenes, vídeos, etc., asignar tareas y realizar un seguimiento de las mismas. Hacer comentarios a todo lo que se va publicando. Ofrece servicio de microblogging, donde se puede visualizar la actividad del grupo de trabajo, como si una red social se tratara y

chat, de manera que se puede mantener en contacto simultáneamente que trabajamos.

ZohoProjects: Aplicación de Google Chrome, puedes darte de alta con tu cuenta Gmail. Interfaz bastante completa, permite en su versión gratuita manejar un solo proyecto. Configurar tu cuenta con tu logo, colores, plantillas. Cada proyecto puedes asignar tareas, crear una fecha de inicio y finalización y ver su evolución. Foro para comentarios, noticias, novedades entre el grupo. Un calendario donde irá mostrando tus tareas por día y actividades.

Azendoo: Aplicación para descargarse desde Google Store. Como trabaja con aplicaciones en la nube, es totalmente acoplable con Google Drive, Dropbox, Evernote, Box y Sype, brindando un abanico de ventajas a la hora de trabajar, compartir, subir, añadir documentos y tareas.

Moovia: Moovia es muy interesante porque lo presenta como una red social privada. Digamos que en cierta manera, todas estas aplicaciones lo son. Lo bueno es que esta en español. Inicialmente te registras con tu cuenta Google, debes elegir un nombre a tu red social y un logo.

Asana: Te registras con tu cuenta Google. Integración con Google Drive, Dropbox, Chromeextension de manera que puedes añadir tareas desde la pestaña, Box, MailChimp, WordPress y muchas más. Puedes sincronizar tus tareas en un calendario mismo de Asana, o mediante Url, exportarlo al de Google o de tu Outlook. Adaptable a diferentes dispositivos. Planificas tu día, comenta, controla, crea proyectos, comunicarte con mensajes internos inbox.

Basecamp: Seguramente la más sencilla e intuitiva. Tiene un diseño impecable, su interfaz visual permite rápidamente revisar discusiones, tareas y ficheros. Incluye también un time-line y un

calendario. Es posible responder a las discusiones desde el *email* (sin haber accedido al sistema).

Central Desktop: Es una buena herramienta de trabajo en la nube. Su principal ventaja es que está muy orientada al trabajo en tiempo real, ya que ofrece mensajería instantánea, edición de documentos online y conferencia web en tiempo real.

Confluence: Es una herramienta ideada para facilitar el intercambio de documentación, información y archivos. Aporta un alto nivel de organización para grandes proyectos u organizaciones. Destaca también por su integración con Microsoft Office.

Producteev: Funciona como una lista de tareas online que avisa en tiempo real de lo que está pasando a través del correo, mensajería instantánea o iPhone. Los jefes de equipo pueden crear un espacio de trabajo virtual, invitar a colaboradores, crear tareas y asignarlas a las personas, añadir los plazos y generar el informe de productividad.

TeamLab: Es una plataforma de gestión gratuita para las empresas de pequeño y mediano tamaño. Trabajar con TeamLab es como tener una red social en la empresa: puede crear entradas de blog que toda la empresa puede ver. Tiene además otras características sociales, como anuncios, encuestas para recabar la opinión pública, y muchas otras. Los miembros pueden incluso iniciar sus propios debates en los foros, y cualquier miembro de la empresa puede seguir las actividades o temas que le interesan. Otra característica notable es su chat interno.

Bibliografía

1. Consultado el 13 de enero de 2014, disponible en <https://es.wordpress.com>
2. Consultado el 13 de enero de 2014, disponible en <https://www.blogger.com>

3. Consultado el 2 de febrero de 2015, disponible en <http://www.estrategiasdemarketingonline.com/guia-paso-a-paso-para-crear-tu-blog-y-que-tenga-exito/>
4. Consultado el 2 de febrero de 2015, disponible en <http://www.ciudadano2cero.com/como-crear-blog-gratis-wordpress/>
5. Consultado el 2 de febrero de 2015, disponible en <http://revistasblogs.com/tutoriales-online/crear-un-blog/crear-mi-blog-en-wordpress-o-blogger/>
6. Dos años de marketing y social media, consultado el 15 de marzo de 2015 disponible en <http://www.bubok.es/libros/231694/2-Anos-de-Marketing-Digital-amp-Social-Media>
7. Consultado el 20 de marzo de 2015, disponible en <http://tecnologiaedu.uma.es/materiales/blog/cap2.pdf>

El papel de la promoción de la salud en la formación de profesionales en Tecnologías en Salud

*Xinia Alvarado Zeledón*¹

¹Universidad de Costa Rica (Costa Rica)

RESUMEN

Introducción: La Escuela de Tecnologías en Salud de la Facultad de Medicina, 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. Entendiendo que las universidades, principalmente las universidades públicas, tienen un reconocimiento social y político por parte de la sociedad y también una responsabilidad con las mismas, es imperativo responder a ese papel protagónico con acciones, que desde la docencia, la investigación y la acción social se concreten en actividades, asumiendo con ello la responsabilidad social que implica ser una institución de educación superior pública. Así, la Escuela de Tecnologías en Salud, en la formación de profesionales en Salud Ambiental, Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, Terapia Física, Audiología, Ortoprésis y Ortopedia e Histocitotecnología, carreras que imparte con el fin de formar profesionales para el sector salud del país, principalmente, ha impregnado su formación de componentes esenciales para promover modos de vida y espacios saludables, para la población que habita este país, entendiendo claramente, que hay factores que determinan los modos de vida de nuestras sociedades. Los perfiles profesionales de las carreras que imparte esta Escuela, tienen un componente de promoción de la salud encaminado a que el recurso humano se convierta en un agente de cambio en sus lugares de trabajo, cualquiera sea éste. **Objetivo:** que los y las profesionales comprendan que la promoción de la salud es un proceso político y social dirigido a fortalecer las capacidades y habilidades, así como, a lograr un mayor control de los determinantes de la salud, modificando las condiciones sociales, económicas y ambientales de los individuos en favor de la salud pública e individual, mismo interés de la mercadotecnia social en salud. **Método:** En este mismo sentido, la Mercadotecnia Social en Salud, entendida 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 necesi-

dades, la planeación, la ejecución y la comunicación educativa como herramientas estratégicas” (Secretaría de Salud, 2010), se refiere específicamente a aquellas estrategias que son utilizadas para promocionar espacios saludables para el desarrollo adecuado de las personas que habitan ese espacio. Como se observa, la promoción de la salud y la mercadotecnia social en salud buscan los mismos objetivos. De modo que la Escuela de Tecnologías en Salud, promueve en sus estudiantes la comprensión de estos temas por considerar necesaria la participación de la gente, de organizaciones y comunidades en la promoción de su propia salud, sin dejar de lado, la responsabilidad que tiene el Estado en esta tarea.

Palabras clave: Salud Ambiental, Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, Terapia Física, Audiología, Ortoprótisis y Ortopedia, Histocitotecnología, perfiles profesionales, promoción de la salud, mercadotecnia en salud, determinantes sociales de la salud.

Introducción

Las condiciones sociales en que viven sectores importantes de la población, influyen en la condición de salud de las personas. Circunstancias como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión y discriminación, la mala calidad de la vivienda, entre muchos otros factores, determinan las condiciones en que vive un sector importante de la población mundial. La falta de información oportuna y el acceso a servicios de calidad, también constituyen desigualdades que se reproducen permanentemente en detrimento de las poblaciones más vulnerables.

En el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen poco acceso a servicios sanitarios básicos y a servicios de salud de calidad. Por esta razón, tienen más riesgo de contraer enfermedades graves y de perder la vida, prematuramente. En este contexto, es importante formar profesionales en salud que comprendan la responsabilidad que tienen para con estos sectores en condiciones de vulnerabilidad.

Es así como, en cada plan de estudios de las carreras que imparte esta Escuela, hay un grupo de contenidos que tienen el objetivo de promover conciencia social en los y las estudiantes, que les permita abordar con mayor claridad y responsabilidad, su papel

como profesional de la salud y su compromiso para con las personas. Es por ello, que en este trabajo se presentan los resultados de un análisis realizado para identificar cuáles son esos contenidos en los cursos que cumplen con este requisito académico.

Objetivos

- Identificar los cursos en los planes de estudio de las carreras de la unidad académica que buscan formar profesionales que comprendan la responsabilidad que tienen para con los sectores, especialmente, en condiciones de vulnerabilidad.
- Identificar los contenidos que incentivan en los y las estudiantes el carácter anticipatorio y preventivo de las acciones encaminadas a proteger la salud humana a través de la promoción de la salud.

Método

Los resultados de este trabajo se han obtenido a través de dos etapas: una de ellas consistió en identificar en los planes de estudio de las carreras con grado de bachillerato y licenciatura en Salud Ambiental, Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, Terapia Física, Audiología, Ortoprótisis y Ortopedia e Histocitotecnología, los cursos que tienen contenidos sobre temas como los determinantes sociales de la salud, salud y trabajo, sistemas de atención de la salud y del ambiente, organización y participación comunitaria, educación y comunicación, así como prácticas específicas, temas con un alto componente en promoción de la salud.

La segunda etapa se realizó a través de un análisis de contenido de los cursos identificados, con el fin de señalar los contenidos referidos a promocionar espacios adecuados para incentivar la salud de las personas.

Resultados

Considerando que las universidades tienen un papel importante que desarrollar en este campo, desde un enfoque académico Muñoz y Cabieses (2008), en su artículo Universidad y promoción de la salud, nos dicen “Las universidades tienen un papel protagónico en la promoción de la salud como eje central del desarrollo de la educación y de la salud de un país y de una región, puesto que son capaces de asumir la responsabilidad social que implica *ser una institución* de educación superior...”. Por otro lado también señalan que la universidad “encabeza procesos de desarrollo del conocimiento relevantes para la salud nacional...y permite articular estrategias con grupos sociales diversos (Muñoz y Cabieses, 2008).

En este sentido y como ya ha sido mencionado, la formación de profesionales en las diversas disciplinas que desarrolla la Escuela de Tecnologías en Salud, comprende en sus planes de estudio, un conjunto de cursos que procuran hacer de este recurso humano, antes que profesionales, personas con un amplio sentido de la responsabilidad con la población nacional, especialmente con los sectores más necesitados. La promoción de la salud, es uno de estos temas, que reivindica el carácter anticipatorio y preventivo de las acciones encaminadas a proteger la salud humana, pero también, a responder con una igual calidad de la atención para todas las personas. Es así como, la siguiente tabla, muestra los cursos que incluyen contenidos dirigidos a formar profesionales con sensibilidad ante las condiciones sociales de las personas y promover su salud.

Tabla N° 1. Cursos que incluye la promoción de la salud según carrera

Audiología	Histocitotecnología	Imagenología diagnóstica y terapéutica	Ortoprótisis y ortopedia	Salud Ambiental	Terapia Física
Sistemas de atención en salud	Sistemas de atención en salud	Sistemas de atención en salud	Sistemas de atención en salud	Sistemas de atención en salud y en ambiente	Sistemas de atención en salud
Determinantes sociales de la salud			Educación y comunicación en salud	Educación en Salud Ambiental	Educación y comunicación en salud
				Organización y participación comunitaria	
			Salud trabajo y	Salud y trabajo	Áreas específicas de intervención fisioterapéutica
				Prácticas de Intervención en Salud Ambiental I y II	Prácticas comunitarias I y II

Fuente: Elaboración propia, 2015.

En la tabla se puede observar que para todas las disciplinas es común el curso Sistemas de atención en salud, cabe destacar que a la carrera de Salud Ambiental se le agrega la atención del ambiente, como un determinante importante en la salud humana. Este curso pretende que los y las estudiantes reconozcan la organización del sistema de atención en salud y del ambiente existentes en el ámbito nacional, con el fin de estar al tanto de los espacios y el contexto en los cuáles de desarrollarán como profesionales y reconocer sus responsabilidades en materia de la atención a las personas.

Por otro lado, este curso incorpora temas como los determinantes sociales de la salud (excepto para la carrera de Audiología que tiene un tema específico), la atención primaria en salud, ambiental y renovada y la promoción de la salud, así como el concepto de salud, desde una perspectiva amplia. En los casos específicos de

las carreras de Imagenología diagnóstica y terapéutica e Histocito-
tecnología, por tratarse de un profesional que labora en espacios
muy específicos en los centros hospitalarios, las posibilidades de
promover la salud es más restringido, motivo por el cual, este es el
único curso en el plan de estudios que se refiere a los temas ya
señalados. A pesar de ello, este curso resulta ser muy necesario en
la formación de estos profesionales y desarrolla los contenidos
necesarios para hacer de estos profesionales más humanos y sensi-
bles a las necesidades de las personas.

Para las carreras de Ortoprótisis y Ortopedia, Terapia Física y
Salud Ambiental, se ha incorporado en el plan de estudios un curso
sobre Educación y comunicación en salud, ello por el interés en
desarrollar aprendizajes significativos en los y las estudiantes para
que reconozcan la importancia de la comunicación en sus espacios
laborales. Se considera que “la comunicación en salud abarca el
estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e
influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la
salud... la comunicación en salud puede contribuir en todos los
aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo las relacio-
nes médico-paciente, la adherencia del individuo a recomendacio-
nes clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes
y campañas de salud pública en conjunto con la diseminación de
información concerniente a riesgos para los individuos y las pobla-
ciones, o comunicación preventiva (Mosquera, 2003).

Así mismo, en el plan de estudios de estas tres carreras se en-
cuentra un curso en Salud y Trabajo (en el caso de Terapia Física
el curso se llama Áreas específicas de intervención fisioterapéuti-
ca), pero el fin es el mismo, buscando con ello sensibilizar a los y
las estudiantes. Es a través de la promoción de la salud que se

puede trabajar con las personas el carácter anticipatorio de adquirir problemas de salud por condiciones inadecuadas en el trabajo. En las carreras de Ortoprótisis y Ortopedia y en Terapia Física, el tema resulta de trascendental importancia, ya que los problemas musculoesqueléticos pueden ser evitados a través de la prevención de la enfermedad y la promoción de actividades y actitudes saludables en el trabajo. En el caso de Salud Ambiental, se trata de un profesional que colabora en los programas de salud ocupacional y ambiental, para evitar trastornos a la salud en el trabajo.

Finalmente, las carreras de Salud Ambiental y Terapia Física conservan en su plan, 2 prácticas. Estas prácticas se desarrollan en espacios institucionales o comunitarios y se busca con ello, reafirmar en estos espacios los conocimientos y habilidades adquiridos teóricamente. En este espacio el estudiante debe tener claro que transmitir adecuadamente la información, “tanto a individuos como a grupos mediante la comunicación social, servirá de base para lograr los cambios de actitudes y prácticas. La información debe destinarse también a determinados grupos de la comunidad, con miras a ejercer influencia sobre las políticas o a fomentar la adopción de políticas públicas orientadas a proteger la salud, lo cual es un componente clave de la promoción de la salud” (Mosquera, 2003).

Conclusiones

La Escuela de Tecnologías en Salud tiene un claro compromiso con la sociedad costarricense en relación con la formación de un recurso humano en las áreas de su competencia, que tenga claridad en su obligación para con la sociedad en general y especialmente con las más vulnerables.

La formación de profesionales en las tecnologías en salud responde, en la medida de las posibilidades, a los acuerdos internacionales en materia de derechos de las personas, a tener acceso a servicios integrales en salud, a la promoción y prevención de enfermedades y a la búsqueda de niveles aceptables de salud y desarrollo humano, por ello se incorpora en los planes de estudio de cada una de las carreras, cursos que considere estas temáticas, aún en aquellas carreras donde el profesional tiene poco contacto con las personas, como es la Histocitotecnología.

Poner énfasis en la prevención y promoción de la salud es un objetivo, tanto de la promoción de la salud, como de la mercadotecnia social en salud, herramientas que se integran en la formación de profesionales de las carreras que imparte la Unidad Académica, entendiendo, que también el Estado Costarricense debe garantizar los mecanismos para el cumplimiento de estos objetivos.

Bibliografía

1. Benach J. & Muntaner C. **Empleo, trabajo y desigualdades en salud: Una visión global**, 1º Ed. España, 2010
2. Secretaría de Salud. **Manual de mercadotecnia social en salud**, 1º Ed. México, 2010.
3. Mosquera. M. 2003. **Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias**.
http://www.institutodeestudiosurbanos.info/MEN_2012/MEN/TOE_Prime-ra%20Fas%202012/Conceptuales/Mosquera_2003_comunicacion_en_salud.pdf, consultado 8/04/2015.
4. Muñoz M, Cabieses B. **Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro?** Rev. Panam Salud Pública. 2008; 24(2):139-46. www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n2/a09v24n2, consultado 26/03/2015

Concientización de la responsabilidad ética del psicólogo a través del psicodrama en alumnos de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Itzel Margarita Torruco López,¹ Victor Giovanni Vázquez Luna¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: La ética en psicología tiene un papel predominante en el desarrollo de la vida profesional, se requiere de actitudes y valores específicos para fortalecer su carácter ético. En nuestra universidad observamos que los alumnos de nuevo ingreso no se percatan de la responsabilidad que asumirán al ejercer esta profesión y es importante que desarrollen actitudes necesarias. Por ello elaboramos este proyecto, utilizando el psicodrama como herramienta principal, recreando situaciones dramáticas que permitan la expresión de ideas y pensamientos de las cuales no se habían percatado, en referencia al trabajo real del psicólogo, así como el conocimiento de las aptitudes, actitudes y valores con los que ingresan los estudiantes a la licenciatura. **Método:** el trabajo fue de tipo cualitativo, específicamente de investigación-acción participativa, método que busca obtener resultados fiables y útiles para mejorar situaciones colectivas. **Resultados:** pudimos observar y analizar los atributos y actitudes que poseen los jóvenes que inician en esta carrera, como son el miedo, la ansiedad ante lo desconocido y la resistencia a participar. En cuanto a las reacciones ante el psicodrama los resultados fueron; angustia, inseguridad, miedo, prejuicios y comportamientos inadecuados ante las situaciones dramatizadas. **Conclusión:** este proyecto fue satisfactorio, ya que se logró cumplir con el objetivo de crear consciencia de la ética y responsabilidad del psicólogo a través del psicodrama en los estudiantes de segundo semestre de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Pudimos brindarles un panorama realista de diversas situaciones a las que se enfrenta un psicólogo al dedicarse a la psicoterapia, con lo cual eliminamos ciertos tabúes y expectativas que ellos tenían sobre lo que conlleva ser un psicólogo. Ahora los estudiantes tienen una mejor idea de las actitudes que necesitan desarrollar desde este momento para llegar a ejercer la ética en esta profesión.

Palabras clave: Psicodrama, ética, responsabilidad, psicología.

Introducción

El carácter ético en la psicología tiene un papel predominante en el desarrollo de la vida profesional, en el actuar del encargado de la salud mental se requiere de ciertas actitudes y valores para fortalecer el profesionalismo de la psicología en comparación con otras áreas médicas y sociales.

A diferencia de áreas como la medicina, la psicología en sus inicios y a principio de su madurez como ciencia, carecía de un

código que regulara la forma de actuar para quienes se encontraban en esta disciplina, se había visto obligado a ejercer su criterio de acuerdo a un código ético personal, lo que por desgracia ha dado lugar a la charlatanería y abusos como profesionales de la salud mental. Por lo tanto es necesario que toda persona que se encuentre inmerso en la psicología cuente con un sistema de valores claros y explícitos no solo personal sino también a nivel profesional.

En nuestra universidad hemos observado que los alumnos de nuevo ingreso no se han percatado de la responsabilidad que tendrán que asumir al ejercer esta profesión, es importante que comiencen a desarrollar las actitudes necesarias, lo cual le compete a profesores, administrativos y a los propios alumnos crear estrategias y técnicas que fortalezcan el carácter ético que se tiene que cumplir dentro de la psicología, es por ello que se decidió desarrollar este proyecto para causar un impacto significativo que los lleve a darse cuenta de la función importante que conlleva el estudio y la atención de la psicología, así como de los riesgos que implica el tener en sus manos la salud mental de otra persona, generando graves consecuencias para el mismo y para la sociedad.

El psicodrama es una herramienta muy útil, que se basa en recrear situaciones dramáticas y la representación de diferentes roles permitiendo que las personas analicen, piensen, expresen sentimientos e ideas de las que no se habían percatado, por lo tanto decidimos adaptarla en este proyecto como un apoyo en el proceso de desarrollo personal y profesional de los alumnos de psicología, por lo tanto como estudiantes de la licenciatura próximos a egresar teniendo conocimientos y experiencias previas relacionadas con la labor real del psicólogo en la sociedad hemos decidido aportar a

nuestros compañeros recién ingresados un panorama realista de lo que realmente es la tarea del psicólogo y la responsabilidad que en el recae al manejar con personas que quizás se encuentren en crisis, en conflictos o en situaciones que afecten su vida.

Mediante ejercicios y técnicas relacionadas teniendo de base el psicodrama, hemos decidido participar en la interacción con nuestros compañeros con lo cual esperamos impactar la forma en la que ven el papel que se realiza en la psicología y ayudarles a formarles un carácter profesional en esta ciencia.

Objetivo

Fomentar la responsabilidad ética de la psicología en los estudiantes, a través del uso del psicodrama como herramienta básica para su desarrollo personal y profesional, brindándoles un panorama realista del trabajo que se realiza en psicología, así como conocer las aptitudes, actitudes y valores con los que ingresan los estudiantes a la licenciatura.

Método

El método en el que se apoya este trabajo es de tipo cualitativo, específicamente haciendo uso de la Investigación-Acción participativa, es un [método](#) de estudio y acción de tipo [cualitativo](#) que busca obtener resultados fiables y útiles para mejorar situaciones colectivas, basando la investigación en la participación de los propios colectivos a investigar. Así, se trata de que los grupos de población o colectivos a investigar pasen de ser “objeto” de estudio a “sujeto” protagonista de la investigación, controlando e interactuando a lo largo del proceso investigador, y necesitando una implicación y convivencia del personal técnico investigador en la comunidad a estudiar. Este tipo de método nos permite entrar en contacto con la población y además también logra aportar algo a la

sociedad misma, en este sentido, el presente trabajo tendrá la oportunidad de brindar un apoyo delimitado en los objetivos, con el fin de desarrollar la formación ética hacia quienes aspiran a incursionar en el campo de la psicología.

Se realizó un plan de actividades siguiendo los objetivos propuestos, para que se aprovechara el tiempo y el espacio de este día, el programa se compone principalmente de las siguientes temáticas.

Taller de la ética en los alumnos. Actividad creativa de la ética “Creencias y paradigmas de la ética en los estudiantes”. Práctica del psicodrama “Situaciones reales que desafían la actuación del psicólogo”.

Resultados

Los jóvenes que estuvieron presentes durante las actividades realizadas, mostraron cierto interés ante las mismas dinámicas, un elemento importante a considerar dentro de este estudio, ya que el interés de los jóvenes hacia temas propiamente éticos muchas veces es nulo, esto podría deberse a diversas causas, sin embargo no es un tema a analizar en esta investigación. Gracias a este interés mostrado por los estudiantes, se pudo trabajar satisfactoriamente las demás actividades que se planearon.

Al principio del proyecto, preguntamos a los estudiantes los motivos por los cuales eligieron la carrera de Psicología y qué es lo que piensan que les espera en el futuro como psicólogos. Con este ejercicio nos dimos cuenta de qué para algunos, estudiar Psicología no fue su primera opción y están allí por otras razones, lo cual no es positivo para el futuro de nuestra ciencia. Sin embargo, la mayoría dice sentirse satisfecho y motivado con su elección de carrera. Otra cosa que pudimos rescatar fueron los elementos

teóricos con los que cuentan los estudiantes al cursar el segundo semestre y las ideas y conceptos con los que ingresan en la licenciatura.

Dentro de las ideas y conceptos que los alumnos tienen sobre el actuar en psicología, las que más se repitieron son: la responsabilidad, el respeto y la empatía. Algo importante fue la idea constante de que creen absolutamente necesario que el estudiante de Psicología debe realizar su proceso terapéutico antes de graduarse, sólo así podrá ejercer un trabajo adecuado y ético como profesional.

Posteriormente, al realizar el trabajo principal: El Psicodrama, pudimos observar y analizar los atributos y actitudes que poseen los jóvenes que inician en esta carrera. Al momento de la ejecución de los ejercicios con esta técnica se pudo notar una gran ansiedad por parte de ellos, lo cual podría ser considerado como algo aceptable ya que casi ninguno ha tenido una experiencia previa, en lo que refiere una entrevista psicológica o un acercamiento psicoterapéutico, por lo tanto los ejercicios fueron planeados de manera que ellos pudieran experimentar esta ansiedad y este miedo, no con el fin de evitarlo o de exponerlos, sino para que ellos mismos se dieran cuenta lo delicado que es el trabajar con la salud mental de las personas, y a su vez, ofrecerles la oportunidad de que se observen como futuros prestadores de este servicio.

Las características que se observaron en los estudiantes fueron; angustia, inseguridad, miedo, prejuicios y comportamientos inadecuados ante la situación presentada, ellos mismos insistieron en la nula experiencia que tienen de enfrentarse a problemas comunes de esta ciencia, y lo cual para ellos les causo cierta ansiedad y resistencia a efectuar las actividades solicitadas, pero pudieron

tener un acercamiento casi real de lo que se pudieran enfrentar en psicología.

Por último los alumnos pudieron compartir abiertamente, sus ideas, opiniones y el aprendizaje que surgió después de las actividades del psicodrama, en general sus aportaciones fueron favorables, ya que pudieron darse cuenta la importancia de la ética profesional que debe de haber dentro de la psicología para evitar consecuencias que afecten tanto su imagen como la de esta ciencia.

Conclusión

La conclusión de este proyecto es satisfactoria, ya que se logró cumplir con el objetivo de crear consciencia de la ética y responsabilidad del psicólogo a través del psicodrama en los estudiantes de segundo semestre de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Pudimos brindarles un panorama realista de diversas situaciones a las que se enfrenta un psicólogo al dedicarse a la psicoterapia, con lo cual eliminamos ciertos tabúes y expectativas que ellos tenían sobre lo que conlleva ser un psicólogo.

Gracias a este proyecto los estudiantes tienen una mejor idea de las actitudes que necesitan ir desarrollando desde ahora para ser profesionistas éticos en el futuro.

Podemos señalar que el hacer uso del psicodrama puede funcionar de una manera acertada y didáctica, como una alternativa para acercar a distintos estratos de la población hacia temas con los que podría enfrentarse en un futuro a mediano o largo plazo, pero que, cabe señalar que esta no es una herramienta para todo tipo de temas o problemas que busca solucionar, también que no es una técnica que cualquier profesional de la salud podría llevar a cabo, ya que se requiere de ciertas pautas para lograr dominar el psicodrama, incluidos conocimientos teórico-prácticos y en mayor rele-

vancia elementos de personalidad que favorezcan el empleo de esta técnica.

Referencias

1. Blatner, A. (2005). Bases del psicodrama. Editorial Pax. México.
2. Blatner, A. (2005). El psicodrama en la práctica. Editorial Pax. México.
3. Herranz Castillo, T. (2001). Psicodrama y salud. Universidad Pontificia Comillas. España.
4. Reyes, G. (2007). La práctica del psicodrama. Ril Editores. Chile.
5. Reyes, G. (2006). Psicodrama, paradigma, teoría y método. Editorial Cuatro Vientos. Chile.

La psicoterapia y el desarrollo de capacidades de mentalización en el centro de psicología aplicada

Cynthia del C. Gómez Gallardo,¹ José Luis Ventura Martínez,¹ Aline Aleida del C. Campos Gómez¹

¹División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México)

RESUMEN

Introducción: En esta investigación se realizó un trabajo psicoterapéutico que acompañó a estudiantes de la licenciatura en psicología, y promueve el desarrollo de capacidades mentalizadoras de autorregulación, cognitivas y de simbolización, para hacer frente a problemáticas en esta sociedad que atraviesa una modernidad líquida. Este programa se encuentra en el Centro de Psicología Aplicada de la División Académica de Ciencias de la Salud. **Objetivo:** Proporcionar atención psicoterapéutica a estudiantes en formación para el desarrollo de capacidades mentalizadoras. Aplicar conceptos psicoanalíticos y de mentalización en el proceso psicoterapéutico. **Método:** Se realizó una investigación cualitativa, con estudiantes de la Licenciatura en Psicología, mediante el estudio de 3 casos clínicos, para el análisis de la historia particular del sujeto; se utilizó la entrevista a profundidad y el análisis fue de tipo interpretativo. **Resultados:** En el proceso psicoterapéutico se obtuvieron datos significativos relacionados con la reparación de mecanismos adaptativos, internalización de nuevos vínculos, desarrollo de capacidades mentalizadoras como autorregulación, atencional y comprensión de sí mismos y de los demás, así como representaciones más elaboradas de experiencias infantiles, como representaciones más complejas; reflejado en mejor socialización y desempeño en sus actividades escolares. **Conclusión:** El programa de atención psicoterapéutica, es un elemento importante para acompañar al estudiante en su formación profesional; dicha atención en sus funciones de reparar o restituir mecanismos para la adaptación y desarrollo de las capacidades de autorregulación, introspección y análisis, es una alternativa de apoyo en una sociedad con una modernidad líquida. Para el estudiante universitario es un servicio de fácil acceso, se ofrece a través de tutores y profesores, que puedan considerarlo como parte integral de su formación, y que la psicoterapia se considere cada vez más para el conocimiento profundo de sí mismo, el despliegue de capacidades y la prevención de problemáticas posteriores.

Palabras clave: Apego, Mentalización, Representación, Simbolización.

Introducción

Los estudiantes universitarios en su mayoría se encuentran en el término de la adolescencia o inicios de la adultez, que exige el ejercicio progresivo de iniciativa, autonomía, independencia; además en su camino se encuentra con aspectos de sí mismo, de su historia, confrontados con las circunstancias actuales enmarcadas por cambios y exigencias sociales. En este proceso requiere de un acompañamiento para lograr el desarrollo de capacidades que le permitan ser creativo, imaginativo y mantener adecuada interacción social. Estas funciones implican un trabajo previo de autodefinición y reconocimiento de sí mismo, para tener las suficientes herramientas y capacidad de intervenir en problemáticas actuales en la sociedad.

Las Universidades tienen la responsabilidad social de hacer frente a los problemas sociales, enfocarse en aspectos multidisciplinarios, promover el pensamiento crítico e independiente y la capacidad de aprender a lo largo de la vida (UNESCO, 1998). En cuanto a la responsabilidad social en salud, representa una función sustantiva; es impostergable identificar los desafíos actuales y emergentes que permitan incidir en el desarrollo y mantenimiento de la salud mental de la población joven que atiende en sus aulas. Entendiendo la salud mental como el conjunto de valores, de bienestar individual y colectivo, que proporciona al ser humano capacidades únicas para tener relaciones armoniosas consigo mismo, que le permitan interactuar con el otro y con el todo, en un contexto globalizado y holístico. También se define como el estado de bienestar en que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabaja en

forma productiva, fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

En la actualidad existe una serie de problemas que han influido y se presentan como patologías de la postmodernidad: el maltrato infantil, la violencia generalizada, las adicciones, la delincuencia, los trastornos de la atención, alimentación y del aprendizaje entre otros; trastornos que afectan la capacidad de subjetivación, fragilizan el orden simbólico y de representación, y trastocan las relaciones familiares (J. Vives,1994; S .Lebovici, 1997)

Estas situaciones afectan al estudiante en formación, en el desarrollo de sus potencialidades, en el presente y el futuro; de manera que el trabajo psicoterapéutico es fundamental en este proceso y constituye un particular acompañamiento; es momento preciso en el que pueden beneficiarse. En el CPA (Centro de Psicología aplicada) de la División Académica de Ciencias de la Salud, se encuentra en función un programa de acompañamiento al estudiante a través psicoterapia, del cual se deriva la presente investigación.

Es una investigación cualitativa basado en entrevistas a profundidad, cuya intervención psicoterapéutica realizado con el enfoque psicoanalítico y de mentalización, se muestra en 3 casos clínicos en el que se evidencian logros en las capacidades de mentalización de las pacientes, a partir de un apego seguro desarrollado en la relación paciente-terapeuta, una función internalizada como protección y seguridad para explorar. Las pacientes identificaron sus pensamientos, afectos, los verbalizaron en gran medida y lograron nuevas representaciones. El logro de sí mismas, se manifestó en su capacidad de autorregulación, con seguridad y confianza para comprender, resolver problemas en el aula, con su familia y en su medio social. Experiencias que las preparan para su futuro.

Objetivos

Proporcionar atención psicoterapéutica que incrementen el desarrollo de procesos simbolizantes y de representaciones en el paciente, estudiante de la Licenciatura en Psicología.

Aplicar conceptos psicoanalíticos y de mentalización para la comprensión de fallas en el proceso de simbolización y de representaciones en el paciente, estudiante de la Licenciatura en Psicología.

Método

Muestra. Se realizó un muestreo por conveniencia, de 3 participantes que se encontraban en el mismo lugar (estudiantes de la Licenciatura en Psicología que asistieron al Centro de Psicología Aplicada). **Tipo y diseño de la investigación.** La investigación fue cualitativa cuyos elementos corresponden exclusivamente al sujeto, su experiencia e historia. Mediante un estudio de casos, para el análisis de la historia particular del sujeto. Se realizó un proceso psicoterapéutico, con una duración de 9 meses, sesiones con frecuencia de una vez por semana. **Técnica de Recolección de Información.** Se utilizó la entrevista con enfoque psicoanalítico, para comprender desde la perspectiva que el sujeto de estudio tiene sobre su vida, su problemática y logros en el proceso psicoterapéutico. **Análisis de la información.** El análisis de la información es de tipo interpretativo.

Resultados

A partir del análisis en el proceso psicoterapéutico se pueden identificar elementos logrados como funciones reflexivas, que se presentan en fragmentos del proceso.

Paciente femenino de 27 años, abandonada al nacer y dada en adopción a un matrimonio poco empático y desconectado. Infortu-

nio que incidió en sus relaciones interpersonales y en su sentimiento de sí; ya que la paciente al término de cada sesión durante varios meses, al salir del consultorio experimentaba una sensación de derrumbe y caía en un suelo que sentía abrirse bajo sus pies (Falla en el apego con sus vínculos primarios y el logro de capacidad mentalizadora). La preparación mediante avisos sobre la finalización de la sesión y progresivamente hablar de lo que experimentaba (vivía en la transferencia como a una madre que la abandona y la expulsa de su mente, Winnicott, 1974) así como comunicación ocasional fuera de la sesión (con respuestas sistemáticas por el terapeuta), fue construyendo un vínculo que mitigó la separación y puso fin a la sensación de derrumbe, y en más de una pesadilla experimentó la sensación de caer sin fin. Incrementó su capacidad mentalizadora (posición metacognitiva que favorece la comprensión del funcionamiento de la propia mente, la reevaluación de automatismos interpretativos y atribucionales sobre el otro y el propio self, Allen, Fonagy, Bateman, 2008) y progresivamente expresaba que podía dar forma a sus experiencias.

Paciente femenino de 42 años, divorciada, con 2 hijos, inició psicoterapia porque sentía no haber superado la separación conyugal hace 10 años, con sobrepeso, no aceptaba su físico. Sentía sensación de apatía, desvitalización y falta de creatividad, como en serias dificultades para el contacto interpersonal y una pobreza llamativa en la capacidad de soñar y simbolizar su experiencia emocional. En su proceso terapéutico expresó que puede darle forma a lo que ha vivido, -algo que hizo que el sentimiento se acomode adentro-. Hizo referencia a las circunstancias de su nacimiento y de su vida, en las que había experimentado rechazo y abandono (Darles nombre y significado a cada uno de los eventos

que ha experimentado la llevan a ubicarse en el proceso de representaciones y simbolización, precedido por una serie de preguntas que enfocaran su atención en lo vivido, que logró verbalizar). A partir de esto estableció una conexión en sus experiencias originarias negativas en su infancia, relación de pareja y consecuente divorcio, y sus sentimientos hacia el terapeuta (el apego seguro favoreció el desarrollo de capacidades mentalizadoras), que se reflejan en mejor socialización, desempeño en sus actividades escolares y servicio social.

Paciente femenino de 21 años, quien inició proceso psicoterapéutico por sentimientos depresivos constantes, inseguridad y temor a expresar lo que pensaba y sentía, frente a grupo y con amigos; sentimientos de desagrado y desacuerdo con sus padres quienes no le permitían expresarse (hace referencia a un maltrato infantil por abandono emocional); sus padres continuamente tenían discusiones, no podía hablar de sí misma con ellos porque le hacían que callara o no escuchaban lo que decía (inaccesibilidad psicológica de los padres, Bifulco y Moran, 1998). Durante varias sesiones sus primeras palabras fueron “es que no sé qué decir”; “no sé cómo describir como me siento”. Se observaba un empleo escaso de términos que aludían a sus estado interno (Fonagy, Target, 2008). El reconocimiento progresivo de sus logros en el contacto interpersonal, la expresión de sus afectos la llevó progresivamente a un contacto consciente consigo misma (bajan defensas de evasión), repaso en cada sesión por ejercicios de atención, descubriendo experiencias agradables de si misma, logro elaboración y representaciones nuevas de sus afectos, las que no había vivido con sus padres que no la habían visto en sus vivencias (fallas en la empatía). El mundo exterior al ambiente familiar habitual y desea-

ble era mantenido rígidamente disociado del mundo privado del hogar, los beneficios que recibía estaban escindidos de las experiencias familiares. Al final del tratamiento la paciente se describe como el resultado perfecto de eventos que se entrelazaron en el momento preciso, cuya experiencia vivida servirá en posteriores situaciones difíciles, como su calma interna. (Internalización del apego seguro y con capacidad para autorregularse, reconociéndose en una organización temporal causal coherente de un self extendido en el tiempo (Fonagy et al., 2002).

Conclusión

La posmodernidad trae una serie de trastornos en las personas que se refiere a dificultades en la subjetivación, fragilidad del orden simbólico y representaciones; los adolescentes y jóvenes en la actualidad, particularmente aquellos en formación profesional requieren de un acompañamiento que les ayude a resolver problemas de sí mismos, que los prepare para atender necesidades en un mundo globalizado. La atención psicoterapéutica propuesta en el CPA (Centro de Psicología Aplicada) de la Licenciatura en Psicología es un programa que acompaña al estudiante, se debe incluir como elemento importante en una educación integral; dicha atención en sus funciones de reparar o restituir mecanismos que favorezcan la adaptación y desarrollo de las capacidades de autorregulación, introspección y análisis, es una alternativa para vivir en una sociedad con una modernidad líquida.

El proceso psicoterapéutico propuesto en esta investigación, está basado en el psicoanálisis y tomado conceptos de mentalización; en el campo psicoanalítico hay diferentes teorías que explican las alteraciones en el sujeto, la mentalización es una de ellas que se encuentra adherida a la teoría del apego y aunque fue pensada para

comprender y abordar la patología borderline (Fonagy, 1991), los conocimientos que han ido en continuo aumento apoyan en la intervención con pacientes que tienen las bases para el desarrollo de capacidades de mentalización o función reflexiva, ya que se despliega con más facilidad y el sujeto puede vivirse en un continuo cambio y permanencia creciente. Es importante señalar que para mentalizar adecuadamente hay que esforzarse en un descenramiento que deje de lado la propia perspectiva para captar la ajena y controlar o resolver el modo en que los esquemas operativos y las defensas han condicionado y distorcionado la perspectiva del otro (Lanza, G. 2009).

El estudiante de psicología tiene la facilidad de incluirse en programas que se encuentran a su disposición en la propia institución; dado que la psicoterapia es una herramienta para la formación profesional, el conocimiento profundo de sí mismo, el despliegue de las propias capacidades y la prevención de problemáticas en etapas posteriores de la vida.

Bibliografía:

1. Allen, JG, Fonagy, P, Bateman, A (2008) *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing.
2. Bowlby, J.; *El apego*; Editorial Paidós; (1992); Barcelona. Pp. 247-250
3. Bifulco, A., Moran, P. (1998) *Wednesday's Child: Research into Women's Experience of Neglect and Abuse in Childhood and Adult Depression*. London, Routledge.
4. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M., (2002); *Affect Regulation, Mentalization, and Development of the self*; Other Press.
5. Fonagy, P., Target., (2008) *Attachment, Trauma and Psychoanalysis*, EL, Slade, A & Berner S (eds) *Mind to Mind Infant Research, Neuroscience and Psychoanalysis*. Other Press.
6. Lanza, G., (2009) *Mentalización y expresión de los afectos. Un aporte a la propuesta de Peter Fonagy*. *Aperturas Psicoanalíticas*, Nro 31
7. Mendiola, R.; *Reseña de Teoría del Apego y Psicoanálisis de Peter Fonagy*; *Clinica y Salud*; Vol. 19, No. 1. 2008; pp. 131-134. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, España.
8. Laplanche, J.; Pontalis, J.; *Diccionario de psicoanálisis*. Editorial Labor, S.A. 3ra edición; México 1981, pp 27, 407

Fortalezas del proceso de acreditación de la escuela de enfermería. Universidad de Costa Rica

Ligia Murillo Castro¹

¹Universidad de Costa Rica (Costa Rica)

RESUMEN

Introducción: Este artículo corresponde a los resultados del proceso de acreditación de la carrera de Licenciatura de enfermería de la Universidad de Costa Rica ante el sistema de acreditación Nacional (SINAES). **Objetivo:** Analizar las fortalezas del proceso de acreditación de la carrera de Licenciatura de enfermería de la Universidad de Costa Rica ante el sistema de acreditación Nacional (SINAES). **Método:** Este proceso de acreditación se realizó mediante la investigación cualitativa y cuantitativa que se aplicó un instrumento en las poblaciones de empleadores, estudiantes, graduados, docentes y administrativos. Además se utilizó también una evaluación externa donde participaron profesionales de enfermería expertos a nivel nacional e internacional. **Resultados:** El proceso reveló y evidenció las fortalezas con cuenta la escuela de enfermería en el fortalecimiento y el desarrollo de las tres acciones sustantivas como es la docencia en la implementación de un plan de estudios novedoso acorde con las necesidades de la sociedad costarricense a, si como el desarrollo de un programa de investigación y de acción social. **Conclusiones:** La carrera se acredita y esto le admite tener un diagnóstico actualizado donde se delimita las debilidades y fortalezas para mejorar y fortalecer en 6 años los aspectos necesarios, mediante la aplicación de un plan de mejoramiento continuo. **Palabras claves:** evaluación, acreditación, fortalezas, debilidades, plan de mejoramiento.

Introducción

La acreditación del programa de licenciatura de la escuela de enfermería de Universidad de Costa Rica se obtuvo, debido a la gran trayectoria y el liderazgo de la unidad académica, en la formación del recurso humano en esta disciplina, que data desde el año 1898 y posteriormente, inicia con la escuela Nacional de Obstetricia en 1899, seguidamente se produce un fortalecimiento de la escuela a través de la línea del tiempo y la posesiona como una carrera universitaria más.

La primera acreditación se logra en el año 2009 por 4 años y actualmente se alcanza de nuevo la segunda acreditación en el año 2015 por 6 años.

La acreditación tal y como está planteada es sinónimo de calidad. Los logros alcanzados por la escuela de enfermería durante el periodo 2010-2015, mediante un modelo de cambio y de transformación proporcionaron desafíos y retos para el futuro de la carrera.

Objetivo

Analizar las fortalezas del proceso de acreditación de la carrera de Licenciatura de enfermería de la Universidad de Costa Rica ante el sistema de acreditación Nacional (SINAES)

Método

Este proceso de acreditación está dividido en etapas: **etapa inicial** que consiste en una fase de sensibilización del estudiantado del personal docente y administrativo, mediante un taller para este fin. **Fase de reflexión** interna mediante presentación de informes consecutivos y avances del compromiso de mejora. **Fase de análisis y decisión de las autoridades de apoyar la incorporación de la carrera al proceso** constituye un acuerdo de asamblea de escuela que se eleva al vicerrector de docencia y al Centro de Evaluación académica para su debido apoyo y acompañamiento. **Fase de autoevaluación** comprende todo el proceso de planificación de secciones de trabajo cronogramas por parte de la comisión de acreditación de la escuela. **Fase de ejecución de la autoevaluación** que consiste en el análisis y recolección de los documentos, se procedió a la recolección de la información mediante la aplicación de un instrumento a los estudiantes, docentes, administrativos, graduados y empleadores. Luego se analiza la información para proceder a la devolución de cada grupo mediante talleres de participación y completar la información, así como al análisis y reflexión. Una vez hecho esto se procede a la siguiente fase de **elaboración del in-**

forme de la autoevaluación que hace la comisión, mediante el análisis de los criterios y la situación actual de la escuela. **Fase de elaboración de compromiso de mejoramiento preliminar**, se elabora el compromiso de mejora sobre las debilidades encontradas. **Fase de devolución de los resultados:** se realiza ante devolución de los resultados a la asamblea de escuela, Colegio de enfermeras, autoridades de enfermería del país. **Fase última** presentación del informe ante SINAES.

Resultados

Los logros alcanzados de la escuela de enfermería durante este proceso 2010 – 2015 se promovió bajo un modelo de cambio y de transformación, induciendo hacia los desafíos y retos del futuro de la carrera de enfermería, a continuación delimito como parte del proceso de acreditación:

Negociación con la vicerrectoría de docencia para justificar la distribución de carga del docente en las tres áreas sustantivas: docencia, investigación y acción social, proyectos Acción social tcu hay 6 inscritos que permiten la proyección de la universidad hacia sociedad sino además facilita el trabajo interdisciplinario a nivel de los docentes como también de los estudiantes de diversas carreras de la universidad en relación a la salud vista desde la construcción de salud. Trabajos de extensión docente. Programa de investigación con 13 proyectos vigentes inscritos en la vicerrectoría de investigación donde los docentes investigadores permite que los estudiantes participen en estas investigaciones a través de los con los trabajos finales de graduación. ¿Cuál es el reto ¿ fortalecer el programa de investigación para convertirnos en un Centro de investigación de enfermería dentro de la Universidades con alianzas de institutos y centros de investigación a nivel nacio-

nal e internacional. Propuesta está elaborada enviar a la Vicerrectoría de investigación.

Se logró mayor espacio de campos clínicos a nivel de la CCSS, la actualización del convenio UCR – CCSS, así como las negociaciones en las instituciones públicas, además de las estrategias utilizadas por la escuela para colaborar con la CCSS, mediante las diferentes capacitaciones a personal enfermería como :talleres del proceso de enfermería, la participación en investigación : proyecto investigación basada en la evidencia, centros locales de investigación basada en evidencia (Clives 10 hospitales nacionales y del primer nivel de atención) otra investigación es la validación facial de la escala de apreciación de agencia auto cuidado, el cual permitirá mejorar el cuidado de las personas que se atienden en los hospitales .Retos mejorar VINCULACIÓN-INTEGRACION DOCENCIA SERVICIO, apertura de nuevos proyectos.

Apertura de nuevas formas de contratación docente para cubrir las necesidades de los cursos: docentes jóvenes de nuevas generaciones que serán el relevo de los docentes que están próxima a la jubilación., 9 tiempos completos con continuidad, 6 ¼ de tiempos de continuidad.

Se ideó un proceso de planificación que contempla: número de estudiantes matriculados, número de campos clínicos, número de docentes, cargas académicas que se hace durante cada semestre, en correspondencia con el presupuesto para la contratación de docentes. Reto darle sostenibilidad a este proceso, dado que el número de estudiantes que ingresa un 80% de ellos completan el plan de estudios, también las bases de datos establecida en la unidad académica nos permiten analizar deserción, repitencia de los cursos de la carrera.

Se creó el programa de desarrollo docente y administrativo a nivel nacional e internacional, en el caso de la docencia se coordinó con el Dedum y con oficina de recursos humanos, se enfatizó en temas como la: pedagógico, investigación epistemología. .El reto es mantener la calidad de la enseñanza en los docentes. También, se dio la iniciación de convenios: Cicad -OEA, Universidad de Texas el paso en Estados Unidos, UNAM México. Universidad estatal de Michigan otras universidades de Norteamérica, la formación de doctores en enfermería se enviaron 5 profesores de los cuales han regresado tres: Universidad de Concepción de Chile, Universidad de Miami, Universidad clevand y Universidad santa Catarina- Brasil. El reto es el desarrollo de un programa de doctorado en enfermería.

Nuevo personal administrativo, la adquisición de 2 plazas administrativas técnico asistencia A en propiedad y una plaza interina, una recalificación de la técnico especializado D para cubrir las demandas de servicios de la escuela. Se inició el plan piloto de la evaluación de desempeño del personal administrativo, un trabajo desarrollado por la jefa administrativa, en conjunto con la oficina de recursos humanos. Reto mejorar el desempeño del personal administrativo.

Nuevo organigrama con la creación de dos departamentos, este fue un proceso constructivo de participación de los docentes, administrativos y estudiantes, esta propuesta se realizó en el apoyo y asesoría de la Vicerrectoría de administración. Actualmente se envió para la revisión y aprobación del Consejo Universitario. La finalidad de este organigrama es que responda al contexto a la escuela, mejore la comunicación y la coordinación con la universidad en respuesta a la sociedad.

El presupuesto anual disponible, está acorde con las necesidades de la unidad académica, cada año se han hecho presupuestos adicionales 02, 03 para la compra equipos , así como los presupuestos que se establecen por el ingreso que se obtiene por extensión docente por los diversos cursos que se imparten . Los presupuestos de apoyo se solicitan a las Vicerrectoría y a la rectoría según las necesidades bien identificadas y justificadas. (La auto-evaluación)

Se promueve una modificación del Plan de estudios de la carrera de licenciatura como producto de la investigación: del análisis del plan de estudios, además de los resultados de la autoevaluación, este plan proceso está casi concluido entrara al Centro de Evaluación Académica.(CEA)en abril de este año .Este proceso está liderado por la comisión de curriculum.

El centro de simulación en salud (Cesisa) incorpora la simulación clínica como una metodología de la enseñanza aprendizaje del plan de estudios de la licenciatura, la simulación tiene como principios filosóficos: principio bioético el estudiante aprende en un espacio controlado y no con el paciente, de manera que proporciona seguridad para el paciente porque evita los riesgos, se aprender del error en una espacio controlado, en el desarrollo de habilidades técnicas y no técnicas. También se ha programado el entrenamiento del personal docente en simulación en otras experiencias de universidad extranjeras de Norteamérica, Europa, y América del sur. Se adquirido equipo tecnológico avanzado en modelos anatómicos DE ALTA FIDELIDAD LA FAMILIA SI-MAN y la plataforma informatizada, ampliación de CESISA para optimizar el espacio físico. Pronto se va adquirir también equipo plataforma learning space es un administrador del centro de simulación permi-

te llevar una registro del avance del estudiante en simulación y la organización de citas y otros aspectos.

Recientemente el Cesisa se ha declarado como Centro de entrenamiento Internacional de la AHA asociación americana del corazón. Retos de Cesisa acreditación con la universidad estatal de Michigan, el cual ya inicio el proceso con el centro de evaluación académica. Hospital de simulación a través de la tercera etapa del edificio de la escuela será un piso completo con diversas salas de simulación.

La tercera etapa del edificio de seis pisos, viene a solventar las necesidades de espacio físico para el desarrollo de las distintas actividades académicas, aulas, auditorio, espacio para que los docentes puedan atender a los estudiantes, así como un espacio físico de reunión para los estudiantes para sus propias actividades, espacio para las puestos de trabajo de los docentes, centro de investigación.

Se ha promovido la participación estudiantil a través de las diversas comisiones y asamblea de la escuela, así como los cursos en la particularidad de módulos, donde existe un representante estudiantil. Retos por delante atraer a nuestros graduados.

Conclusiones

Este proceso de acreditación es una herramienta que le ha permitido mejorar los aspectos débiles de la unidad académica y darle sostenibilidad aquellos en los que es más fuerte, es un sello que certifica la calidad en una búsqueda constante de la excelencia académica, también nos consiente adquirir nuevos retos y desafíos, los protagonistas los docentes, administrativos y estudiantes, representados en la comisión de acreditación en cada uno de sus miembros.

Bibliografía

1. Universidad de Costa Rica. (2013) Escuela de Enfermería. Informe de autoevaluación con fines de la reacreditación oficial de la carrera de Licenciatura en enfermería. Comisión de autoevaluación y acreditación.
2. Universidad de Costa Rica. (2012) Compendio de Normas Universitarias Usuales. Oficina Jurídica. Ciudad universitaria Rodrigo Facio, San Pedro de Montes de Oca.
3. Jensen P Henning. (2013) Informe Anual del Rector 2012-2013. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
4. Consejo Nacional de Rectores. (2013) Oficina de planificación de la Educación Superior. Plan Nacional de Educación superior universitaria Estatal 2011-2015. Consejo Nacional de Rectores, San José, Costa Rica. Conare Opes,
5. Consejo Nacional de Rectores. (2012) Oficina de planificación de la educación superior. Seguimiento de la condición de las personas graduadas 2000- 2007 de las universidades costarricenses. Conare Opes.

CAPÍTULO IV

Estudio multicéntrico sobre conocimientos, actitudes y prácticas de mercadotecnia en Iberoamérica

Versión preliminar

Estudio multicéntrico sobre conocimientos, actitudes y prácticas de mercadotecnia en Iberoamérica

Nery Suárez Lugo,¹ Heberto Romeo Priego Álvarez,² Camilo Torres Serna,³ Ana Julia García Milian,¹ Ledia Góngora García,¹ Mirta Obregón Martín,¹ Clotilde Hernández Garnica,⁴ Armando Tomé González, Miguel Ángel Orozco, Alicia Cordero García, Marina Caján Villanueva,⁵ Delia Catherine Escudero Caján,⁵ Paula Cristina Almeida Cadima Remoaldo,⁶ Hélder Lopes,⁶ Maria de Fátima Martins,⁶ Vítor Ribeiro,⁶ José Cadima Ribeiro.⁶

¹Escuela Nacional de Salud Pública (Cuba), ²Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud (México), ³Universidad Libre (Colombia), ⁴Facultad de Contaduría y Administración, Universidad Nacional Autónoma de México (México), ⁵Universidad Señor de Sipán (Perú), ⁶Universidade do Minho, (Portugal)

Introducción

La Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud (RIMS), es una entidad no gubernamental, de carácter público y de derecho internacional; dentro de sus principales fines está su cooperación con los Estados, Gobiernos, Universidades e Instituciones afines de Iberoamérica, en el desarrollo científico, tecnológico y social de la Mercadotecnia y Gerencia Sanitaria, así como el bienestar del profesional que la ejerce, con especial interés en los campos: docente, gremial, ético y social; cuenta con representaciones en 16 países de la región. Desde su creación, ha mantenido relaciones de intercambio entre los países miembros, dispone de una página web para facilitar la difusión de información, organiza eventos locales e internacionales con el propósito de lograr la integración de todos los que en Iberoamérica tienen este eje común.

Hoy en día, la mercadotecnia, en su enfoque social, constituye una herramienta con una amplia gama de aplicación en la actividad sanitaria que ha ido tomando auge en los últimos años a nivel mundial por su contribución para solucionar los distintos proble-

mas de salud pública que se generan y tiende a incrementarse su incorporación en diferentes campos del quehacer humano.

La aplicación de la mercadotecnia en la esfera de la salud en Iberoamérica, tanto en el cambio de comportamientos como en la esfera de 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 disponer de resultados para extraer enseñanzas, compartir las experiencias exitosas y las lecciones aprendidas, con aportaciones de los profesionales vinculados a la temática desde la academia y los servicios.

Luego de haber realizado doce simposios, disponer de libros de texto y en formato digital, se impone la necesidad de realizar un estudio multicéntrico que permita obtener un diagnóstico de los conocimientos de los actores sociales sobre la aplicación de la mercadotecnia en función de la producción social de la salud, sus actitudes al respecto y la aplicación de la misma en programas y servicios de salud.

Los resultados obtenidos permitirán Identificar avances y necesidades prioritarias para fortalecer las líneas estratégicas de actuación de la mercadotecnia en función de la salud y a la vez crear y fortalecer redes académicas nacionales e internacionales en mercadotecnia en salud.

Los instrumentos empleados y validados permiten su aplicación en este proyecto, han permitido la construcción de una línea de base para los países que han participado, tanto para comparar unos con otros como para hacer comparaciones en estudios que se realicen con posterioridad.

El problema de la presente investigación lo constituyó “*el desconocimiento sobre la utilización de la mercadotecnia como herramienta de profesionales y gerentes en Salud en los países miembros de la Red iberoamericana de Mercadotecnia en Salud*”. Enunciado como preguntas de investigación serían las siguientes:

¿Qué conocimientos de mercadotecnia tienen los profesionales, docentes y gerentes?

¿Cuál es su actitud hacia el empleo de la mercadotecnia sanitaria?

¿Se aplica la mercadotecnia por los profesionales, docentes y gerentes de salud?

Objetivos

Objetivo general

Caracterizar la aplicación de la mercadotecnia en los países miembros de la Red iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, (RIMS).

Objetivos específicos:

- a) Identificar los conocimientos sobre mercadotecnia de profesionales y gerentes de salud.
- b) Identificar la actitud hacia la utilización de la mercadotecnia de profesionales y gerentes de salud.
- c) Describir la aplicación de la mercadotecnia en cada país miembro de RIMS.

Metodología

La investigación es de tipo observacional descriptivo y tiene el diseño de un estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP). Se utilizarán métodos teóricos como la revisión bibliográfica y el analítico sintético y los empíricos tales como cuestionario y escala de actitudes.

A consideración de los equipo de investigación de los países, se complementó la investigación con la construcción de una Matriz FODA, grupos focales, consulta a expertos y entrevistas a informantes clave, con el propósito de triangular la información y dar mayor solidez a los resultados que se obtengan con el diseño CAP.

En la descripción de variables se hace referencia a las fuerzas actuantes para los que conformen la matriz, lo que resultara recomendable para el análisis, interpretación y estrategia a seguir a partir de los resultados que se obtengan.

Los equipos de los países que consideraron necesario realizar los grupos focales emplearon la guía utilizada en el estudio anterior.

La estadística descriptiva se utilizaron en el procesamiento y análisis de la información que se obtuvo a través de los cuestionarios, resumiéndola en tablas y utilizando indicadores de porcentos para la interpretación de sus resultados. Los resultados obtenidos deben permiten ser comparados entre países, al emplear igual metodología e instrumentos.

En los países donde además se emplearon métodos cualitativos, estos fueron analizados a través de la estrategia metodológica de la triangulación para relacionar los resultados obtenidos por los métodos cuantitativos enriqueciendo el análisis, discusión, conclusiones y recomendaciones.

Se emplearán para la captura de datos los instrumentos que fueron utilizados y validados en el estudio realizado en el año 2004 en Cuba y México y que son los siguientes: Cuestionario de autorregistro sobre conocimiento, actitudes y prácticas y Escala para evaluar actitud hacia la mercadotecnia. En algunos casos se modificaron algunas preguntas para adaptarlas al vocabulario de cada

contexto y en el caso de Portugal se realizó la traducción al idioma portugués.

La fiabilidad de la escala de actitudes se determinó en un estudio anterior mediante el Alfa de Cronbach o Modelo de las dos mitades, ya que es uno de los modelos de fiabilidad más utilizados para probar la fiabilidad de una escala de medición; es un modelo de consistencia interna que se basa en la correlación inter-elementos promedio. Es también un modelo de fiabilidad que permite estudiar las propiedades de la escala de medición y de los elementos que las constituyen. Permitted determinar el grado en que los elementos de la escala se relacionan entre sí, obtener un índice global de la replicabilidad y la consistencia interna de la escala en su conjunto identificando los elementos problemáticos que deberían ser excluidos de la escala, por lo que la fiabilidad de su aplicación está sustentada en esos resultados.

Para garantizar la validez interna en lo referente a la captura de la información, todos los investigadores de los países se ajustaron a la metodología propuesta, con el propósito de homogeneizar en gran medida la toma de información y eliminar al máximo los sesgos que puedan introducirse por la variabilidad en la forma de recoger la información.

Población y muestra

La población estudiada estará constituida por los gerentes, funcionarios, docentes y profesionales de salud de los países de Iberoamérica miembros de RIMS. Cada país describe en su informe la población y el muestreo empleado.

Las unidades de observación fueron los gerentes, funcionarios, docentes y profesionales de salud de los países de Iberoamérica

miembros de RIMS que participaron en el estudio: Colombia, Cuba, México, Nicaragua, Perú y Portugal.

Se encuestaron en seis países de Iberoamérica:

mil trescientos profesionales en servicios públicos y privados, docentes, investigadores, administrativos y estudiantes de maestrías de ambos sexos y edades desde 25 hasta más de 50 años egresados de diversas disciplinas: medicina, odontología, enfermería, psicología, biología, nutrición, tecnología especialistas, Master y Doctores en Ciencia.

En el informe de la investigación de cada país se hace referencia a la cantidad de sujetos que formaron parte del estudio.

Variables

En el estudio se consideran tres variables: sociodemográficas, cultura de mercadotecnia y fuerzas actuantes, las cuales están definidas e identificados operacionalmente por un conjunto de indicadores.

Definición de variables

A continuación se define cada una de ellas.

Sociodemográficas: Aquellas que caracterizan la población objeto de estudio. Para su identificación operacional se consideraron los siguientes indicadores:

Edad: en años

Sexo: Femenino. Masculino

Profesión: Médico, Estomatólogo/Odontólogo, Enfermero, Psicólogo, Nutriólogo, Sociólogo, Ingeniero, Técnico Laboratorio, Microbiólogo, Biólogo, Otros

Experiencia laboral: años trabajando

Ocupación: Asistencial, Docencia, Investigación, Metodológico.

Nivel: APS, Centro de Salud, Hospital, Municipio/Distrito, Provincia/Estado, Nacional.

Cultura de mercadotecnia; conjunto de ideas, creencias, actitudes y valores que tienen los profesionales, docentes y gerentes de salud respecto a la mercadotecnia sanitaria y que determinan en parte su comportamiento hacia la utilización de la misma. Para su identificación operacional se consideraron los siguientes indicadores:

Conocimientos de mercadotecnia: Información sobre mercadotecnia. Tiene dos dimensiones: creída y real.

Conocimiento creído: el que el sujeto considera que tiene, medido por una pregunta directa.

Conocimiento real: el que tiene el sujeto, medido con preguntas en las que tiene que demostrar el conocimiento y referir en qué forma lo adquirió.

Necesidades de información, preparación y desarrollo de habilidades: carencias que el sujeto refiere tener en cuanto a información y destrezas relacionadas con la mercadotecnia.

Actitud hacia la utilización de la mercadotecnia: grado de aceptación de la aplicación de la mercadotecnia a la dirección sanitaria. Se valoran los siguientes factores:

Mercadotecnia y éxito

Orientación al usuario

Promoción

Relación usuario / proveedor de servicio

Satisfacción necesidades de empleados

Mercadotecnia social

Utilización de la Mercadotecnia como herramienta: valoración de la aplicación de la Mercadotecnia en salud. Se valora la dimensión individual y colectiva o institucional.

Costes de adopción de la mercadotecnia: lo que el individuo considera que le representa aplicar la mercadotecnia. Se consideran valores positivos y negativos.

Fuerzas actuantes: aquellas condiciones del medio externo o interno que actúan a favor o en contra de la aplicación de la mercadotecnia como herramienta de la dirección sanitaria. Para su identificación operacional se consideraron los siguientes indicadores:

Fortalezas: condiciones internas de la organización que favorecen o posibilitan aplicar la mercadotecnia en la dirección sanitaria.

Dificultades: condiciones internas de la organización que impiden o hacen difícil aplicar la mercadotecnia en la dirección sanitaria.

Amenazas: tendencias externas, del medio social, cultural, tecnológico, competitivo, que dañan o atentan contra la aplicación de la mercadotecnia a la dirección sanitaria.

Oportunidades: tendencias externas, del medio social, cultural, tecnológico, competitivo, que posibilitan y favorecen la aplicación de la mercadotecnia a la dirección sanitaria.

Definición operacional y escala de medición

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
SOCIODEMOGRAFICAS		
EDAD	Años el día del último cumpleaños	Continua en años
SEXO	Femenino / Masculino	Ordinal
PROFESION	Egresado de la Educación	Ordinal
EXPERIENCIA LABORAL	Años trabajando en Salud Pública	Ordinal
EXPERIENCIA GERENCIAL	Años trabajando como gerente en	Ordinal

	Salud Pública	
OCUPACION	Actividad en que se desempeña	Ordinal
NIVEL	Lugar en que realiza su trabajo	Ordinal
CULTURA MERCADOTECNIA		
CONOCIMIENTO CREIDO	Información que el sujeto cree tener	Ordinal: 1 a 5 puntos
CONOCIMIENTO REAL	El que el investigador considera tiene el sujeto	Cualitativa
ACTITUD	Disposición	Ordinal: 1 a 4 puntos
UTILIZACION	Aplicación	Ordinal: 1 a 5 puntos
COSTOS	Valoración que hace	Ordinal: Positiva o Negativa
FUERZAS ACTUANTES		
FORTALEZAS	Condiciones favorables internas	Nominal
DEBILIDADES	Condiciones desfavorables internas	Nominal
OPORTUNIDADES	Condiciones favorables externas	Nominal
AMENAZAS	Condiciones desfavorables externas	Nominal

Medición de las variables

Sociodemográficas: se midieron con preguntas del cuestionario de autorregistro y de datos generales en la escala de actitudes.

Cultura de Mercadotecnia: es la variable más compleja y se mide utilizando diversas técnicas para cada uno de los indicadores: Conocimiento creído y Conocimiento real: mediante el cuestionario de autorregistro, complementada con la guía empleada en los grupos focales,

Actitud: mediante el cuestionario de autorregistro, complementada con la Guía empleada en los Grupos Focales, así como con la escala de actitudes

Costes de adopción: mediante el cuestionario de autorregistro y complementada con la Guía empleada en los Grupos Focales.

Fuerzas actuantes: con la conformación de la Matriz DAFO.

Métodos y técnicas de captura de información

- a) Cuestionarios: fue utilizado el cuestionario de autorregistro
- b) Escala para medir actitud hacia la mercadotecnia: fue diseñada por el equipo de investigadores de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México, para complementar la medición de actitudes concebida en los cuestionarios diseñados para Cuba. Fueron piloteados en México y posteriormente se realizó la adaptación a las condiciones de Cuba y se hizo el pilotaje y posterior validación.

Los datos se agrupan en 6 factores:

Mercadotecnia y éxito

Orientación al usuario

Promoción

Relación usuario / proveedor de servicio

Satisfacción necesidades de empleados

Mercadotecnia social

Grupos focales: El grupo focal es una de las técnicas más utilizadas dentro de la perspectiva estructural para toda investigación en las ciencias sociales (Jesús Ibañez). Centra el análisis a partir de conocer el discurso sobre un tema en cuestión y a partir del mismo identificar el significado y sentido.

Los grupos focales son un método estructural cualitativo que tiene como centro a los actores. Es una tecnología de investigación para la captura de datos donde el discurso es analizado con base en determinadas dimensiones consideradas para el análisis, tomado a partir del grupo de discusión, el cual es estructurado con base a la segmentación más adecuada para esos fines.

Se utilizó en algunos países la técnica de grupo focal estructurado no dirigido con preguntas abiertas con una guía previamente

estructurada a partir de un estudio preliminar y se empleará para ampliar la información obtenida de forma cuantitativa.

Criterio de expertos: se utilizó en diferentes momentos de la investigación, para valorar instrumentos, para la reducción del listado de Dificultades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades en la Matriz FODA

Matriz DAFO: fue elaborada mediante lluvia de ideas y posteriormente la técnica de ranqueo con grupos de expertos para reducir el listado y definir las fuerzas actuantes y sus relaciones de impacto.

Procedimiento y plan de captura de datos

La recopilación de información incluye métodos de investigación cuantitativos y cualitativos que se complementan en unos casos y permiten corroborar información en otros, para después valorarse mediante la estrategia metodológica de la triangulación. Para disminuir variabilidad y sesgos se debe relatar de forma detallada la forma en que se hizo el trabajo de campo.

Procesamiento de datos

Se elaboraron los modelos para el procesamiento de la información de forma computacional, para entrada de datos y relación entre las variables.

Se procesaron de forma independiente cada una de las técnicas empleadas para su posterior análisis sobre la base de la triangulación de los resultados obtenidos en cada una de ellas.

La información cuantitativa se presenta en tablas o gráficos.

Procedimiento de obtención y procesamiento de información cualitativa

La información cualitativa fue procesada mediante el análisis del discurso, para encontrar explicación a los resultados obtenidos

de la información cuantitativa, permitiendo emitir juicios de valor y comparaciones con relación a los resultados obtenidos de forma cuantitativa y entre países.

Ética

Se tuvieron en cuenta como principios éticos el respeto a la voluntariedad para participar en la investigación, así como la confidencialidad y el anonimato de los informantes. A cada sujeto que participara en el estudio se le solicitó su consentimiento después de explicarle el propósito del estudio y la razón de su participación.

A continuación se presentan los informes preliminares de cada país, los que serán integrados en una publicación posterior a su presentación en la XIII Simposio Anual y Convención Internacional de la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud.

México: Conocimientos, actitudes y prácticas de mercadotecnia en instituciones de salud en el Distrito Federal, México

Clotilde Hernández Garnica,¹ Armando Tomé González¹

¹Universidad Nacional Autónoma de México (México)

Introducción

En el marco del *Estudio multicéntrico sobre conocimientos, actitudes y prácticas de mercadotecnia en Iberoamérica*, se planteó el objetivo de: “Caracterizar la aplicación de la mercadotecnia en los países miembros de la RIMS”. Este estudio presenta los resultados que responden a las preguntas: ¿qué conocimientos de mercadotecnia tienen los profesionales, docentes y gerentes? Y, ¿cuál es su actitud hacia el empleo de la mercadotecnia sanitaria?

También estuvieron muy de acuerdo con que los empleados deben sentirse estimulados para lograr un mejor desempeño, que a su vez se reflejará en la satisfacción del usuario.

En general la actitud hacia la mercadotecnia aplicada en salud es favorable, aunque no consideran que sea la herramienta de gestión más importante con la que cuentan ni que la mejora en las instituciones de salud deba basarse en ella.

Objetivo

En el marco del *Estudio multicéntrico sobre conocimientos, actitudes y prácticas de mercadotecnia en Iberoamérica*, se planteó el objetivo de: “Caracterizar la aplicación de la mercadotecnia en los países miembros de la RIMS”. Este estudio presenta los resultados que responden a las preguntas: ¿qué conocimientos de mercadotecnia tienen los profesionales, docentes y gerentes? Y, ¿cuál es su actitud hacia el empleo de la mercadotecnia sanitaria?

Método

Se empleó un muestreo no probabilístico, siguiendo el criterio de conveniencia. La muestra fue de 422 para el cuestionario CAP MK N° 1 y de 386 para el CAP MK N° 2. Los instrumentos diseñados por la RIMS fueron autoaplicados en hospitales, institutos nacionales, centros de salud y clínicas privadas de especialidades, ubicadas en el Distrito Federal, entre septiembre de 2014 y enero de 2015.

Resultados

La interpretación de los resultados que se presenta a continuación es del total de la muestra.

Los resultados del CAP MK N° 1 muestran que 56% de los entrevistados dijo conocer la mercadotecnia, sin embargo, la mayoría

de ellos (68%) en un nivel básico, ya que adquirieron sus conocimientos en conferencias, cursos o de forma autodidacta.

El 70% de los encuestados, consideró que la mercadotecnia es completamente aplicable a la esfera de la salud y 26% opinó que sólo, parcialmente.

El 78% se encuentra interesado en esta disciplina y su aplicación. Por lo que estarían dispuestos a asistir a cursos cortos (38%) o un diplomado (26%). La mayoría se inclina por realizar estos estudios de forma presencial (57%) y casi todos están interesados en recibir información al respecto.

Los resultados del CAP MK N° 2 muestran que los entrevistados están muy de acuerdo con las afirmaciones respecto a que se concibe a los usuarios como sujetos activos con opinión (73%), por lo que puede aceptar o rechazar un servicio si no se siente suficientemente motivado (71%); asimismo está consciente de que el usuario tiene derecho a elegir y en consecuencia a exigir (59%); por lo que las instituciones deben adaptarse al entorno social donde se desenvuelven sus usuarios (58%).

La promoción de los servicios de salud debe realizarse entre usuarios frecuentes como entre los que lo requieran en el futuro (70%); debe difundir sus características (65%) y estar relacionada con las perspectivas del usuario (61%). Sin embargo, no están de acuerdo con que el éxito del servicio dependa directamente de la promoción del mismo o que para posicionarse en el mercado, el éxito provenga de las estrategias de promoción.

En cuanto a la aplicación de la mercadotecnia el 75% está muy de acuerdo en que se utilice tanto dentro como fuera de la institución, que se aplique tanto para mejorar su imagen (59%) como en los programas de investigación (59%) o en programas de cambios

de comportamiento (54%). Sin embargo, no consideran que la mercadotecnia sea la herramienta de gestión más importante con la que cuentan (21%)

El 83% estuvo muy de acuerdo con que los empleados deben sentirse estimulados para que tengan un mejor desempeño, por lo que se deben crear programas que procuren concientizar a los profesionales y personal sanitario sobre las expectativas de los usuarios (75%); básicamente si los miembros de la organización se encuentran satisfechos esto se reflejara en el usuario (66%). No obstante, sólo el 41% estuvo muy de acuerdo con que el servicio que ofrece cubre sus necesidades profesionales.

El 79% están muy de acuerdo en que la calidad hace la diferencia entre las instituciones, por lo que debe estar presente en todos los productos que crean (78%) y esto requiere fortalecer todas las áreas de la institución para ser competitivo en el mercado (66%).

Por último, el 72% está muy de acuerdo con que las estrategias adecuadas le permitirán mejorar el uso de los recursos existentes en la institución y para lograrlo es necesario que considere la dimensión económica de la mercadotecnia sanitaria (64%).

Conclusiones

Se alcanzó el objetivo ya que fue posible caracterizar la aplicación de la mercadotecnia en las instituciones de salud que participaron en la encuesta del Distrito Federal, México.

Si bien, por el tipo de muestreo no pueden generalizarse los resultados a la población, es importante señalar que en la muestra están representados los diversos niveles de atención, tanto públicos como privados.

El 38% de la muestra tiene conocimientos básicos de mercadotecnia, por lo que se requiere diseñar una oferta que responda al

interés –del 78%– por esta disciplina y su aplicación a la esfera de la salud, a través de estudios de formación y actualización en materia de mercadotecnia sanitaria; tanto en el tipo (curso, diplomado o maestría) como en la modalidad (presencial, semipresencial o virtual) se debe considerar la edad, nivel jerárquico, y si la persona tiene o no formación previa en la materia.

Es importante que al difundir la información acerca de los estudios en la materia se considere que quienes no están interesados es básicamente porque desconocen los beneficios de utilizar la mercadotecnia en la esfera de la salud, tanto en la forma en que ayuda a que realicen su trabajo, como en la coordinación con el personal.

En general, la actitud hacia la mercadotecnia aplicada en salud es favorable, aunque no consideran que sea la herramienta de gestión más importante con la que cuentan, no están de acuerdo con que el éxito del servicio dependa directamente de la promoción del mismo o que para posicionarse en el mercado, el éxito provenga de las estrategias de promoción, ni que la mejora en las instituciones de salud deba basarse en ella.

Considerando que se concibe a los usuarios de los servicios de salud, como “sujetos activos con opinión”, que “tienen derecho a elegir y en consecuencia a exigir” y “pueden aceptar o rechazar un servicio si no se siente suficientemente motivados” es necesario que el personal cuente con conocimientos que les permitan adaptarse al entorno social donde se desenvuelven sus usuarios –tanto frecuentes, como los que lo requieran en el futuro–, es importante que se difundan las características de los servicios y se tome en cuenta la perspectiva del usuario.

En cuanto a la aplicación de la mercadotecnia, fue ampliamente reconocida la necesidad de que se utilice tanto dentro (en progra-

mas de investigación de cambios de comportamiento), como fuera de la institución (para mejorar su imagen).

Sólo el 41% estuvo muy de acuerdo con que “el servicio que ofrece cubre sus necesidades profesionales”. De lo que se deriva la necesidad de que los empleados sean estimulados para que tengan un mejor desempeño y si están satisfechos se reflejará en el usuario; para lo que se deben crear programas que procuren concientizar a los profesionales y personal sanitario sobre las expectativas de los usuarios.

El 79% están muy de acuerdo en que la calidad hace la diferencia entre las instituciones, por lo que debe estar presente en todos los productos que crean, esto requiere fortalecer todas las áreas de la institución para ser competitivo en el mercado; considerar la dimensión económica de la mercadotecnia sanitaria y siguiendo las estrategias adecuadas mejorar el uso de los recursos existentes en la institución.

Cuba: Conocimientos y actitudes sobre mercadotecnia en salud

Nery Suárez Lugo,¹ Ana Julia García Milian,¹ Mirta Obregón Martín¹

¹Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba (Cuba)

RESUMEN

Introducción: La falta de conocimientos del manejo de la mercadotecnia como estrategia de venta de productos y servicios de salud es denominador común en una parte importante de los trabajadores sanitarios, mientras que en el mundo contemporáneo es cada vez más una herramienta conocida y utilizada en todas las esferas de la sociedad y la economía. También la salud pública está necesitada que sus directivos y profesionales posean conocimientos de diversas ciencias. **Objetivo:** Identificar conocimientos y actitudes sobre mercadotecnia en salud en trabajadores del sistema nacional de salud. **Método:** Se empleó un muestreo no probabilístico, siguiendo el criterio de conveniencia. La muestra fue de 37 profesionales de la salud. Caracterizada porque el 45.9 % tenía 50 años o más de edad, 72.9 % femenino, 32.4 % entre 11 a 15 años de graduados que se desempeña en funciones administrativas en el 51.4 %.

A los mismos se le aplicó el cuestionario CAP MK N° 1 contenido en el *Estudio multicéntrico sobre conocimientos, actitudes y prácticas de mercadotecnia en Iberoamérica* propuesto por la Red de Mercadotecnias en Salud a desarrollarse en los países miembros. **Resultados:** La totalidad de los encuestados mostraron interés por conocer sobre mercadotecnia a pesar de que el 73.0 % de esta refirió recibir formación sobre el tema aunque el 81.1% consideró que ese conocimiento era básico. El 48.6 % recibió la formación por medio de cursos cortos en la modalidad presencial en el 72.9 %. **Conclusiones:** La investigación realizada permite describir un perfil de profesionales que se desempeñan en funciones administrativas en la atención primaria de salud con conocimientos básicos sobre mercadotecnia y con la percepción de que la misma es una importante herramienta de gestión.

Palabras clave: mercadotecnia sanitaria, conocimientos, actitudes

Caracterización de la mercadotecnia social en el Municipio Santiago de Cuba. Cuba. 2014

*Ledia H. Góngora García*¹

¹Facultad de Medicina. Santiago de Cuba (Cuba)

Introducción

En el Sistema Nacional de Salud se conoce poco la mercadotecnia como herramienta de trabajo, sus potencialidades para optimizar recursos en función de la calidad, la satisfacción del paciente y de los prestadores de servicios. Entre las necesidades de capacitación para desarrollar una gestión sanitaria satisfactoria para el territorio de Santiago de Cuba se encuentra la mercadotecnia en función de la salud.

Objetivo. Caracterizar los conocimientos, actitud y aplicación de la mercadotecnia social en unidades de salud radicadas en el municipio de Santiago de Cuba.

Método. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, mediante un muestreo intencional en las unidades de salud municipales y provinciales radicadas en el municipio de Santiago de Cuba.

Como instrumentos de recolección de datos se utilizaron una encuesta sobre conocimiento, actitudes y prácticas, dos para el autodiagnóstico y dos guías de observación sobre la utilización del enfoque de mercadotecnia en instituciones y programas de salud. La información se presenta en tablas utilizando como medida resumen el número y el porcentaje. Para buscar la posible asociación entre variables se empleó la prueba de independencia con un nivel de significación del 5 %.

El universo estuvo constituido por directivos, funcionarios y profesionales (8 171) que se encontraban en ese momento ejerciendo sus funciones en unidades de salud emplazadas en el municipio Santiago de Cuba. La selección de la muestra respondió a estar activo en su actividad y que aceptara participar.

Para el diagnóstico se realizó un muestreo intencional en las unidades de salud municipales y provinciales radicadas en el municipio de Santiago de Cuba, tomándose 5 individuos de cada unidad (5 directivos, funcionarios y/o profesionales para responder las encuestas, 1 de los directivos para responder el autodiagnóstico), se tuvo en cuenta para la muestra propositiva y de conveniencia, que los profesionales de la salud están involucrados en las políticas de salud (competencia cultural esperada) donde se desarrollan las situaciones que se estudian, o sea capaces de proporcionar información (competencia cultural esperada) sobre las situaciones que se estudian de acuerdo a las circunstancias concretas que interesan en el estudio.

Se aplicaron los instrumentos en unidades de base, municipales y provinciales que prestan servicio a población: Hospitales (Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso, Hospital Materno Norte Tamara Bunke Bider, Hospital Materno Sur Mariana Grajales

Coello, Hospital Clínico Quirúrgico Ambrosio Grillo Portuondo, Hospital Clínico Quirúrgico Saturnino Lora Torres, Hospital Infantil Sur, Hospital Infantil Norte Juan de la Cruz Maceira, Hospital Psiquiátrico Provincial Gustavo Machín, Hospital Oncológico Provincial Conrado Benítez, Hospital Militar Joaquín Castillo Duany), Policlínicos (Josué País García, Ernesto Guevara, 28 Septiembre, Frank País García, José Martí Pérez, Camilo Torres Restrepo, Carlos J. Finlay, Municipal, Ramón López Peña, 30 de Noviembre), Hogar de Anciano América Labadí, Centro Municipal y Provincial de Higiene y Epidemiología y Clínica Estomatológica Provincial, 6 encuestas fueron eliminadas por no ser respondidas en su totalidad, no se corresponden con el total de las unidades por presentar determinadas dificultades para el proceso del diagnóstico en el momento de la planificación. El Hospital Psiquiátrico Provincial Gustavo Machín que se encuentra en el municipio Songo-La Maya se incluyó como excepción por ser el único hospital provincial fuera del municipio cabecera.

Se emplearon los instrumentos del Proyecto Multicentrico de la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, las variables declaradas y el procedimiento que se relaciona en el mismo.

Resultados

Al analizar las variables sociodemográficas se pudo observar que un 26,3 % de los encuestados tienen edades que oscilan de 31 a 40 años, y un 36,8 % se encuentran entre 41 a 50 años, predominando los encuestados que tienen edades entre 31 y 50 años. El 69,3 % son mujeres y 30,7 % hombres.

Referido al trabajo que desempeña y la experiencia laboral, el 56,1 % tienen entre 6 y 20 años de graduado, el 36,0 % más de 20 años de graduado. El 52,6 % se encuentra en servicio asistencial,

57,6 % en docencia, 24,6 % en investigación y 18,4 % en actividades metodológicas. El 64,2 % trabaja en la base, 10,5 % en municipio y un 24,6 % a nivel provincial.

El análisis de los encuestados por categoría ocupacional y perfil profesional, son directivos el 18,4 %, reserva 21,9 %, funcionarios 21,1 % y el 38,5 % no se encuentran en estas categorías. Los encuestados de acuerdo al egreso de la educación superior el 49,1 % son médicos, 7 % estomatólogos, 12,3 % enfermeros, 8,7 % tecnólogos de la salud, 6,1 % psicólogos, 4,4 % economistas y 12,2 % de otras profesiones. El 58,8 % son especialistas, 53,3 % master, 1,8 % doctores en ciencia y 12,2 % únicamente es graduado universitario.

En la pregunta con el fin de que los encuestados emitieran un juicio de valor que les permitiera evaluar cuáles son sus conocimientos, el 64 % considera que no tiene conocimientos, solo el 36 % de los encuestados refiere conocer la mercadotecnia; de los que la conocen solo un 7 % considera los conocimientos que posee suficientes, un 34 % los considera insuficientes, y el 58,8 % no responde.

Al buscar la posible relación entre las variables no encontramos diferencias significativas, o sea, independientemente del nivel en que trabaja ($p=0,9$), el cargo que ocupa ($p=0,3$) y la profesión ($p=0,5$) los conocimientos son similares, se observa una tendencia de no tener conocimientos para desarrollar estrategias de mercadotecnia. Esto indica que hay falta de conocimientos y habilidades en los profesionales de la salud en relación con la mercadotecnia social como herramienta de trabajo del directivo y profesional.

Los conocimientos fueron adquiridos por el 6,1 % en diplomados, el 11,4 % en cursos, por conferencias un 5,3 %, en eventos un

8,8 % y un 21,1 % ha adquirido los conocimientos de forma autodidacta, un 47,9 % no refiere haber adquirido conocimientos, corroborando lo planteado en la introducción de la falta de cursos y temas en diplomados sobre mercadotecnia social.

Referente a la actitud hacia la utilización de las estrategias de mercadotecnia, en general los profesionales encuestados (67,5 %) valora positivamente la adopción de aplicar la mercadotecnia a la salud, un 22,8 % considera que no es aplicable a la salud y el 9,6 % refirió que no totalmente es aplicable al sector de la salud.

De los diferentes criterios puestos a su consideración para la utilización de la mercadotecnia los encuestados consideraron su utilidad en la esfera de la salud con un 63,2 %, le continua que es un conocimiento más con un 46,5 %, un 43,6 % porque es una herramienta de trabajo, facilita obtener resultados lo refiere el 43 %, aumenta eficacia y eficiencia para un 38,6 % y señalaron como otra opción ayuda al trabajo que realiza con 28,1 %.

Cuando se analizan los resultados sobre las actitudes hacia la mercadotecnia de los encuestados, o sea su interés en conocerla, aplicarla, profundizarla por su utilidad, es mayoritaria una actitud positiva, y en la actualidad las acciones de capacitación no se proyectan para satisfacer el universo de necesidades identificadas.

La aplicación de la mercadotecnia como estrategia de trabajo en la salud fue evaluada mediante la aplicación de los instrumentos de autodiagnóstico (Anexos 2 y 3) a directivos y para corroborar los resultados obtenidos con estos instrumentos se aplicó la guía de observación (Anexos 4 y 5), lo que permitió tener una valoración general de su aplicación en los servicios y programas de salud.

Los resultados del autodiagnóstico para la utilización de la mercadotecnia en las instituciones de salud se resumen a continuación,

el 8,3 % de las instituciones obtuvo puntuaciones menores de 70, por lo que se considera que están frente a un problema de calidad en los servicios que ofrecen. El 33,3 % obtuvo entre 70 y 79 puntos, cuyo diagnóstico es que no ofrece un servicio de calidad al no considerar de forma adecuada a trabajadores y usuarios. Entre 80 y 89 puntos se encuentran el 41,6 % de las instituciones, con un diagnóstico que refleja que los usuarios son la razón de ser de las mismas pero que tienen muchos aspectos en los que deben mejorar y necesitan capacitarse en este tema. Solo el 16,6 % se agrupan entre 90 y 99 puntos, con un diagnóstico que revela que tienen en cuenta a los usuarios y satisfacen sus necesidades. Llama la atención que ninguna institución obtuvo 100 puntos y sólo una 97 puntos.

Consideramos que es interesante que los encuestados en su mayoría evaluaran los ítems en la categoría de “habitualmente”, siguiéndole la categoría “siempre”. En la categoría de “algunas veces” la mayor frecuencia corresponde a los ítems que valoran la disposición de un sistema de recolección de información para investigar las necesidades de salud de la población (25 %) y que los usuarios/pacientes que acuden a la Institución se sienten parte de la misma y se convierten en promotores de la Institución por la calidad de la atención recibida (33,3 %).

Con los resultados de la guía de observación a la aplicación de la mercadotecnia en las instituciones, se considera que las instituciones no ofrecen un servicio de calidad, un 62,5 % de las instituciones obtuvo menos de 70 puntos, un 29,1 % entre 70-79 puntos, un 8,3 % entre 80-89 puntos y ninguna estuvo entre 90-100 puntos, esto indica que no hay visión para desarrollar una gerencia estratégica e integral de los procesos que nos conduzca a la optimización

de los servicios y que contribuya al logro de los objetivos de las instituciones de salud con efectividad, eficiencia y calidad, procurando la satisfacción de los usuarios/pacientes. Es interesante destacar que los resultados de la observación muestran que los directivos sobrevaloraron el autodiagnóstico de su institución.

El análisis de la observación nos indica que en la puntuación alcanzada influyeron los ítems que alcanzaron la categoría de “nunca”, “casi nunca” y “pocas veces”, la mayor frecuencia en orden decreciente corresponde a los ítems sobre la utilización en la planificación estratégica de la mercadotecnia como herramienta de la gestión sanitaria, existencia de un sistema de recolección de información que permita ver a la

institución desde afuera investigando la atención del paciente y su grado de satisfacción, existencia de mecanismos y métodos operativos para que los trabajadores actúen por convencimiento de la importancia de la calidad y que los trabajadores que no se relacionan directamente con el usuario/paciente, también conocen que su trabajo repercute directamente en la calidad de los servicios.

La utilización de la mercadotecnia como estrategia en programas de salud fue evaluada a través del Instrumento de autodiagnóstico de utilización de estrategias de mercadotecnia. Se autoevaluaron el 20,8 % con puntuaciones menores de 70, por lo que se considera que están frente a un serio problema pues no enfrentan correctamente los programas de salud. El 29,1 % obtuvo entre 70 y 79 puntos, cuyo diagnóstico es que no obtienen los cambios de comportamiento que se requieren porque no toman en consideración los trabajadores que realizan este trabajo ni la población a la que se dirige. Entre 80 y 89 puntos se encuentran el 25 %, con un diagnóstico que refleja que no se toma en consideración que los

cambios de comportamiento en salud tienen que abordarse con enfoque de mercadotecnia. El 25 % se autoevalúan entre 90 y 99 puntos, con un diagnóstico de que tienen un enfoque de mercadotecnia social en los programas de salud.

En este instrumento la mayoría de los items obtuvo la categoría de “siempre” y “habitualmente”, la mayor frecuencia para la categoría “siempre” corresponde con la definición en la Misión y Visión del logro de hábitos y comportamientos en la población que se correspondan con la salud y el bienestar, el considerar que la salud es un producto para satisfacer las necesidades de del usuario/paciente y que el cambiar creencias y costumbres logrará mejorar los indicadores de salud. Para la categoría “nunca” la mayor frecuencia (16,6 %) indica que la planificación estratégica no se realiza teniendo en cuenta las posibilidades que ofrece la mercadotecnia como herramienta de la gerencia social. En la categoría “algunas veces” se autoevalúan con mayor frecuencia que los usuarios/pacientes no se sienten parte de la institución y no se convierten en promotores de la Institución por la calidad de la atención recibida (45,8 %) y que el personal que trabaja directamente en la atención a los usuarios/pacientes se mantiene en su puesto de trabajos y no manifiesta deseos de cambiar de labor (41,6 %).

Con los resultados de la guía de observación a la aplicación de la mercadotecnia en los programas de salud, se considera que las instituciones están frente a un serio problema pues no enfrentan correctamente los programas de salud obteniendo un 54,1 % de las instituciones menos de 70 puntos, un 20,8 % entre 70-79 puntos, un 12,5 % entre 80-89 puntos y un 12,5 % entre 90-100 puntos, por lo que se considera que es muy baja la aplicación de las estra-

tegrías de mercadotecnia para desarrollar los programas con énfasis en los cambios de comportamiento en la población, no considerando al receptor del programa, impactando de manera negativa en los indicadores de salud. Es interesante destacar que los resultados de la observación muestran que los directivos sobrevaloraron su auto-diagnóstico en los programas de salud.

La observación de la utilización del enfoque de mercadotecnia en los programas de salud indicó que en la puntuación alcanzada influyeron los ítems que alcanzaron la categoría de “casi nunca” o “nunca”; la mayor frecuencia para “nunca” corresponde a los ítems los programas se diseñan tomando en consideración las características de la población objetivo y de esta forma desarrollar los programas considerando los criterios de los usuarios/pacientes y del personal sanitario, disposición de un sistema de recolección de información para investigar las necesidades de salud de la población y que la planificación estratégica tiene en cuenta la mercadotecnia como herramienta de la gerencia sanitaria.

Para la categoría “casi nunca” incide la disposición de un sistema de recolección de información para investigar las necesidades de salud de la población y no realizar la planificación estratégica teniendo en cuenta las posibilidades que ofrece la mercadotecnia.

Para la categoría “pocas veces” la mayor frecuencia coincide con la disposición de un sistema de recolección de información que investigue la atención del paciente y que el tener un contacto directo con los usuarios/pacientes para valorar directamente la satisfacción con el servicio que se ofrece. En la categoría “algunas veces” incide el reconocimiento de la importancia de los cambios de actitudes y conductas de hábitos nocivos como una premisa para la calidad de vida, el reconocer que calidad es igual a satis-

facción de los usuarios/pacientes, permanencia del personal que trabaja directamente en la atención a los usuarios/pacientes en su puesto de trabajo sin manifestar deseos de cambiar de labor, la capacitación del personal que ofrece directamente los servicios incluye el manejo de las relaciones con el usuario/paciente y el análisis y solución en conjunto de las dificultades que se presentan en los servicios que se ofrecen, tomando en consideración los criterios de los que intervienen en este proceso. Según los resultados de la observación de la aplicación de la mercadotecnia a los programas de salud, se puede decir que igualmente tiene problemas pues las instituciones no los enfrentan de forma satisfactoria, es limitada e ineficiente la capacidad institucional para la ejecución de los programas de salud, lo que conspira contra la calidad de la atención.

La realización del autodiagnóstico permitió a los directivos conocer la puntuación alcanzada y el diagnóstico a partir de esta, mostrando interés por conocer la puntuación obtenida y las deficiencias.

La guía de observación aplicada tanto a las instituciones como a los programas de salud, evalúa en una categoría inferior al autodiagnóstico, esto indica que los directivos se sobrevaloran en la actividad que desempeñan, no realizando un análisis crítico de la institución.

Al comparar los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos de autodiagnóstico y guías de observación resulta evidente que es baja la introducción y aplicación del enfoque de las estrategias de mercadotecnia en programas e instituciones de salud, y que si estas se aplican no son de carácter sistémico, ya que no responden a conocimientos y habilidades al respecto. Sin em-

bargo si existe consenso en cuanto a la necesidad de ser aplicada para lograr calidad y también rentabilidad en servicios y programas de salud, por lo que se considera que es favorable la relación costo - beneficio de su aplicación.

En respuesta al diagnóstico y la identificación de necesidades de aprendizaje, y teniendo en cuenta las opciones de superación especializada para incrementar las competencias y el desempeño en un área particular de la profesión, consideramos que es una nueva prioridad para el territorio diseñar propuestas de cursos en Mercadotecnia Social, para dar respuesta en breve plazo a las necesidades de aprendizaje, para lo cual se realizará un proceso de búsqueda y selección de bibliografía sobre temas relacionados con el objeto de estudio, se consultarán programas sobre el tema en especial los que oferta la ENSAP y se definirá la estructura organizativa del plan de estudio.

Conclusiones.

Existen insuficientes conocimientos y utilización de la mercadotecnia social como herramienta de gestión sanitaria en el desempeño profesional para propiciar el bienestar de usuarios y prestadores en función de la salud pública en las unidades de salud estudiadas en el municipio de Santiago de Cuba.

Perú: Conocimientos, actitudes y prácticas de mercadotecnia en la Universidad Señor de Sipán- Departamento de Lambayeque; y Universidad Cesar Vallejo- Departamento de Cajamarca. Perú 2014- 2015

Marina Caján Villanueva¹ Delia Catherine Escudero Caján¹

¹Universidad Señor de Sipán (Perú)

En el marco del Estudio multicéntrico sobre conocimientos, actitudes y prácticas de mercadotecnia en Iberoamérica, se planteó el objetivo de: “Caracterizar la aplicación de la mercadotecnia en los países miembros de la RIMS”. Este estudio presenta los resultados que responden a las preguntas:¿qué conocimientos de mercadotecnia tienen los profesionales, docentes y gerentes? Y, ¿cuál es su actitud hacia el empleo de la mercadotecnia sanitaria?

Se aplicaron los instrumentos diseñados por la RIMS en la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán (USS), Lambayeque, y en la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo (UCV), Cajamarca.

Se empleó un muestreo no probabilístico, siguiendo el criterio de conveniencia. La muestra fue de 80 Docentes de la USS y 120 maestrantes de la UCV para el cuestionario CAP MK N° 1, CAP MK N° 2, y el CAP mercadotecnia en salud Matriz FODA, los cuáles fueron aplicados entre junio de 2014 y enero de 2015.

Los resultados relevantes muestran que el 100% de los docentes y el 85% de los maestrantes dijo conocer la mercadotecnia, sin embargo la mayoría de los docentes equivalente al 75% y el 100% de los maestrantes tiene un insuficiente conocimiento del marketing. El 100% de los docentes y el 98.33% de los maestrantes se

encuentra interesado en esta disciplina; y el 100% de los docentes y maestrantes en su aplicación.

Los entrevistados respondieron estar muy en acuerdo con las afirmaciones respecto a que la promoción de un servicio de salud debe centrarse en la difusión de sus características; y que una institución debe promocionar sus servicios tanto a clientes frecuentes como a los que en el futuro lo requieran. Indicaron estar algo en acuerdo en que la promoción debe estar estrechamente relacionada con las perspectivas del usuario.

En cuanto a la aplicación de la mercadotecnia, estuvieron muy en acuerdo que puede usarse tanto dentro como fuera de una institución, en los programas de investigación y de cambios de comportamiento.

Respecto a los usuarios de los servicios de salud estuvieron muy en acuerdo en que se trata de sujetos activos, con opinión, que tienen derecho a elegir y a exigir, así como aceptar o rechazar un servicio si no se sienten suficientemente motivados y que la institución debe adaptarse al entorno social donde se desenvuelve el usuario. También estuvieron muy de acuerdo con que los empleados deben sentirse estimulados para lograr un mejor desempeño, que a su vez se reflejará en la satisfacción del usuario.

El cuanto a la Matriz FODA, los docentes indicaron estar identificados, involucrados, comprometidos, capacitados y con grados académicos (fortaleza); aprovechar la infraestructura y tecnología para capacitar a los clientes y ser más competitivos (oportunidad); Insuficientes conocimientos sobre la aplicación de la mercadotecnia (debilidad); y la Nueva ley universitaria peruana (amenaza). Los maestrantes indicaron que trabajan en instituciones que desarrollan Programas integrales de Salud (fortaleza), el trabajo de

mercadotecnia se puede enriquecer multidisciplinariamente (oportunidad), trabajan en áreas urbano – marginales (debilidad), y rapidez en el cambio tecnológico (amenaza).

En general la actitud hacia la mercadotecnia aplicada en salud es favorable, consideran que la imagen de una institución de salud se puede mejorar con procedimientos mercadológicos.

La formación en mercadotecnia es importante porque procura una orientación social de los servicios; desarrollando su sensibilidad hacia las necesidades, deseos y expectativas de los clientes internos (empleados) y externos (usuarios), y sin duda colabora al logro de una filosofía de calidad y al compromiso con ella (Priego, 2007).

El docente universitario, y profesional de la salud debe estar en capacidad de proponer puntos de vista en torno a las discusiones que se están dando en su campo disciplinar. El docente universitario debe ante todo comprender que su responsabilidad es compartida con las directivas y administrativos de la institución educativa, como también con sus colegas, con quienes forma equipos interdisciplinarios o transdisciplinarios de trabajo (Henaó, A. M, Núñez, M.L., Quimbayo, J.H., 2010).

Mediante el proceso de la investigación, una función inherente a las Universidades e Instituciones de Salud. Los modelos de investigación colaborativa son determinantes para el fortalecimiento de dichas instituciones. Teniendo en cuenta que los escenarios en que se desarrollan las investigaciones para la salud adquieren en las últimas décadas, como un campo específico por tu potencial de transferencia a la comunidad (Gotuzzo, E., González E., Verdonck K., 2010).

Actualmente universidades ofrecen cursos de marketing en salud, a través de cursos de diplomado, como Cursos de Marketing en los Servicios de Salud de modalidad a distancia, como tema dentro de una asignatura de maestría, o como asignatura de una Maestría.

Así mismo consideramos que el conocimiento de la mercadotecnia podrá también desarrollarse a medida que los profesionales de la salud conocedores de la mercadotecnia realicen investigaciones relacionadas a esta disciplina.

Colombia: Opiniones sobre mercadotecnia y su aplicación a las ciencias de la salud de estudiantes de primer semestre de las maestrías en Administración de Salud de dos universidades de Cali, Colombia. Agosto de 2014

Camilo Torres Serna¹

¹Universidad de Cali (Colombia)

Se realizó encuesta a 13 estudiantes que iniciaban su primera semana de clase en la Maestría de Administración en Salud de la Universidad del Valley 35 estudiantes que iniciaban la Maestría de Gerencia de Servicios en la Universidad Libre de Cali Colombia, para un total de 48 estudiantes:

Los datos generales de los participantes fueron:

Variable generales	
Género	
Masculino	19
Femenino	29
Total participantes	48
Edades	
30 o menos	25
31-40	17
41-50	6
>50	0
Edad promedio	32
Título profesional	
Medicina	15
Enfermería	3
Odontología	4
Psicología	1
Fisioterapia	14
Otras	11
Años de ejercicio profesional	
<5	24
6 a 10	17
11 a 15	4
16 a 20	1
>20	2

En cuanto a la ubicación laboral de los participantes se encontró:

Datos laborales	
Área de trabajo	
Asistencial	27
Docente	3
Investigación	2
Directiva	1
Administrativa	15
Sector	
Público/Oficial	5
Privado/particular	38
Ambos	2
Ninguno	3
Nivel de la institución laboral	
Nivel 1	19
Nivel 2	12
Nivel 3	7
No clasificado	10

Con respecto a conocimientos previos de mercadotecnia o marketing, el 30% dijo no tener ningún conocimiento y el 70% restante reconocía muy poco conocimiento (autocalificación de 1,5/10)

de marketing pero además consideraban que el marketing no era aplicable a la salud.

El 30% que consideraba no tener conocimientos de marketing, calificaba su interés en el tema con un promedio de 5,1/10.

El 70% de todos los participantes en la encuesta manifestaron interés en conocer más sobre marketing aplicado a servicios de salud y a la salud y gustaría obtener esos conocimientos a través de cursos que estén incluidos en sus programas de maestría.

Calificación promedio de las opiniones sobre los diversos usos de la mercadotecnia aplicada a la salud, que tienen los estudiantes de primer semestre de las maestrías en Administración de Salud de dos universidades de Cali, Colombia. Agosto de 2014.

Criterios de interpretación:

Muy de acuerdo = 1,0
Muy desacuerdo = 4,0

1.- La promoción de un servicio de salud debe centrarse en la difusión de sus características.	1,5
2.- La promoción debe estar estrechamente relacionada con las perspectivas del usuario.	1,3
3.- El éxito de un servicio depende directamente de la promoción del mismo.	1,7
4.- Utilizar la mercadotecnia es una forma de comercializar con la salud.	2,1
5.-La mercadotecnia es la herramienta de gestión más importante con la que se cuenta.	2,2
6.- Las estrategias mercadológicas contribuyen en gran medida a la satisfacción de los usuarios.	1,7
7.- En la mercadotecnia sanitaria es necesario considerar	

la dimensión económica.	1,6
8.- La mercadotecnia puede aplicarse también en los programas de investigación.	1,5
9.- Las estrategias en la mercadotecnia de una institución de salud deben de ser coherentes con sus estrategias globales.	1,3
10.- La calidad de los servicios hace la diferencia entre las instituciones de salud.	1,4
11.- Posicionarme del mercado mediante estrategias de promoción me garantiza el éxito en mi tarea.	1,8
12.- Procuero estar consciente de que el usuario tiene derecho a elegir y como consecuencia a exigir.	1,5
13.- La institución debe adaptarse al entorno social donde se desenvuelven sus usuarios.	1,5
14.- El usuario puede aceptar o rechazar un servicio si no se siente suficientemente motivado.	1,3
15.- Considero que los aspectos mercadotécnicos en una institución sanitaria no cuentan con los suficientes recursos.	1,5
16.- No reconozco la mercadotecnia dentro del sector porque considero que dificulta la práctica profesional.	2,8
17.- Como institución debo promocionar mis servicios tanto a usuarios frecuentes como a los que en el futuro lo requerán.	1,2
18.- Concibo a mis usuarios como sujetos activos, con opinión.	1,3
19.- Se deben crear programas donde se procure concientizar a profesionales de la salud sobre las expectativas del usuario.	1,3
20.- Si la organización se encuentra satisfecha esto se reflejará en la satisfacción del usuario.	1,7
21.- En el servicio que ofrezco se cubren mis	

necesidades profesionales.	2,3
22.- Si los empleados se sienten estimulados tendrán un mejor desempeño.	1,1
23.- Las estrategias mercadotecnicas me pueden orientar para establecer una reorganización en mi institución.	1,3
24.- La mercadotecnia puede usarse tanto dentro como fuera de una institución.	1,2
25.- Con estrategias adecuadas puedo mejorar el uso de los recursos existentes en la institución.	1,3
26.- La institución debe de percibir a los profesionistas-trabajadores como clientes internos.	1,3
27.- La mercadotecnia en salud puede aplicarse a programas de cambios de comportamientos	1,7
28.- La imagen de una institución de saludse puede mejorar con procedimientos mercadológicos.	1,2
29.- Una investigación de mercado no es suficiente para evaluar las necesidades de los usuarios.	1,9
30.- La mejora en las instituciones de salud debe de basarse también en la mercadotecnia.	1,6
31.- La mercadotecnia es mejor usarla en empresas privadas que publicas.	3,1
32.- Percibo la sensibilización del trabajador y personal de salud como una forma de satisfacer a todos nuestros usuarios.	1,5
33.- Me interesa la calidad en todas las los productos que creo.	1,1
34.- El conocimiento de las percepciones, impresiones y sentimientos de los usuarios es lo que me coloca en la supremacía en relación con otras instituciones de salud.	1,6

35.- Debo fortalecer todas las áreas de la institución para enfrentarme al mercado.	1,3
36.- Tener debilidades en algunas áreas puede desestabilizar a toda la institución.	1,6
37.- Lo importante no es llegar a ser la mejor institución sino mantenerse como tal.	1,8

Nicaragua: Estudio conocimientos, actitudes y prácticas de mercadotecnia. CIES-UNAM. 2014

Miguel Ángel Orozco y Alicia Cordero García¹

¹Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (Nicaragua)

RESUMEN

1. Su edad es:

26 a 30 años	14	48%
31 a 40 años	4	14%
41 a 50 años	9	31%
más de 50	2	7%

2. Sexo:

Femenino	18	62%
Masculino	11	38%

3. Años de graduado

menos de 5 años	12	41%
6 a 10 años	6	21%
11 a 15 años	3	10%
16 a 20 años	6	21%
más de 20 años	2	7%

4. Su trabajo se desempeña en la esfera: (puede marcar más de una alternativa)

Asistencial	11	26%
Docencia	12	28%
Investigación	6	14%
Administrativa	14	33%

5. Ud. trabaja en el nivel: (puede marcar más de una alternativa)

APS	6	19%
Centro de salud	4	13%
Hospital	5	16%
Municipio/Distrito	5	16%
Provincia/Estado	0	0%
Nacional	12	38%

6. Ud. es:

Gerente	6	17%
Administrativo	7	19%
Prestador de servicios	12	33%
Profesor	11	31%

7. Ud. es graduado de:

Medicina	9	31%
Estomatología / Odontología	8	28%
Enfermería	3	10%
Psicología	3	10%
Tecnología	3	10%
Nutrición	3	10%

7. Otro ¿Cuál?

Microbiología Economía General Ingeniero civil/hidráulico
 Maestría Microbiólogo Ingeniería en sistema fisioterapia Ingeniería
 Ciencias Sociales en la UNAN Managua INGENIERIA

INDUSTRIAL Microbiología Diplomado Seguridad Alimentaria y
 Nutricional Licenciado en fisioterapia abogado Salud Publica

8. Ud es: (puede marcar más de una alternativa)

Especialista	5	17%
Máster	5	17%
Doctor en Ciencias	2	7%
Ninguna de las anteriores	17	59%

9. Ud. conoce el Marketing o Mercadotecnia:

Si	18	62%
No	11	38%

10. Su conocimiento lo puede evaluar como:

Suficiente	6	29%
Insuficiente	15	71%

11. ¿Dónde adquirió los conocimientos? (Puede marcar más de una alternativa)

Autodidacta	15	45%
Conferencias	5	15%
Eventos Científicos	5	15%
Cursos presenciales	2	6%

Cursos on line	1	3%
Diplomado	2	6%
Asignatura en maestría	3	9%

11. Otros ¿Cuál?

capacitaciones de mi organización CLASES DE PREGRADO, ESTUDIÉ INGENIERIA INDUSTRIAL Diplomado en planificación regional En una materia de mi carrera Ingeniería Industrial

12. ¿Considera que la Mercadotecnia es aplicable a la esfera de la salud?

Si	24	83%
No totalmente	2	7%
No	0	0%
No sé	3	10%

13. ¿Está interesado en conocer o profundizar en Mercadotecnia?

Si	24	89%
No	3	11%

14. ¿Por qué no está interesado? (Puede marcar más de una alternativa)

No lo conozco	1	20%
No es aplicable al trabajo	0	0%
No es útil a la esfera de la salud	0	0%
No ayuda en el trabajo que realizo	1	20%
No facilita obtener resultados	0	0%
No me aporta conocimientos	0	0%
No es beneficioso en el orden económico	1	20%
No aumenta la eficacia y la eficiencia	0	0%
No optimiza el uso de los recursos	0	0%
No beneficia al usuario	1	20%
No facilita el trabajo con el personal	1	20%

14. Otro ¿Cuál?

A mi juicio funciona en la atención privada

14. ¿Por qué está interesado? (puede marcar más de una alternativa)

Está de moda	0	0%
Es una herramienta de trabajo	17	14%
Es útil en la esfera de la salud	14	11%
Ayuda en el trabajo que realizo	9	7%
Facilita obtener resultados	9	7%
Es un conocimiento más	8	6%

Es beneficioso en el orden económico	10	8%
Aumenta la eficacia y la eficiencia	12	10%
Optimiza el uso de los recursos	8	6%
Posibilita tener en cuenta al usuario	7	6%
Facilita el trabajo con el personal	4	3%
Es algo novedoso	3	2%
Desarrolla habilidades	8	6%
Mejora el desempeño	7	6%
Ofrece otra perspectiva de trabajo	9	7%

14. Otro ¿Cuál?

Incentiva la competencia sana y amigable al forzarnos a hacer mejor nuestro trabajo para ofertar la misma o mejor calidad que la competencia.

15. Para conocer sobre Mercadotecnia y su aplicación a la salud Ud. requiere recibir: (puede marcar más de una alternativa)

Cursos Cortos	10	26%
Diplomado	8	21%
Entrenamiento	7	18%
Módulo en Diplomados o Maestrías	14	36%

15. Otro ¿Cuál?

Videos sobre Mercadotecnia. no talleres curso virtual Ninguno Fortalecer Conocimientos Fellow internacional Un curso intensivo de una semana. 5 días hábiles de 8.00 am - 5.00 pm. capacitaciones cortas depende del tema Como asignaciones modulares en una

maestría no tengo otra opción Ninguna Artículos en PDF Cursos virtuales Talleres o congresos. Conferencia ninguna modulo en línea Ninguna Maestría Ninguna otro Talleres ningún otro

16. Seleccione la modalidad que considera más adecuada

Presencial	2	8%
Semipresencial	17	65%
Universidad Virtual	7	27%

17. ¿Ud. está interesado en recibir información digitalizada sobre Mercadotecnia?

Si	23	92%
No	2	8%

18. Ud. se desempeña en el sector:

Público	9	35%
Privado	7	27%
Ambos	10	38%

19. Quisiera añadir

No y privado también. Gracias por tomarme en Cuenta. Gracias por tomar en cuenta mi opinión Me gustaría desempeñarme en el sector de enfermedades laborales Es importante tener estos conocimientos para valorar la oferta y demanda de los servicios de salud que se brindan Trabajo para una ONG Internacional, y una de las debilidades de los servicios de salud a nivel del estado y nivel privado es que no se hace uso de la mercadotecnia para seleccionar el personal más adecuado y calificado de acuerdo a los requerimientos de la plaza. La mercadotecnia es una ciencia complementaria para cualquier otra ciencia sea está social o pura, no hay ciencias aisladas todas las ciencias las puras y no puras se

complementan unas a otras para fortalecerse en el desempeño y dar mejores resultados a los usuarios.

Estudio CAP 2

1.- La promoción de un servicio de salud debe centrarse en la difusión de sus características.

1 Muy de acuerdo	16	50%
2 Algo de acuerdo	14	44%
3 Algo en desacuerdo	2	6%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

2.- La promoción debe estar estrechamente relacionada con las perspectivas del usuario

1 Muy de acuerdo	25	78%
2 Algo de acuerdo	6	19%
3 Algo en desacuerdo	1	3%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

3.- El éxito de un servicio depende directamente de la promoción del mismo.

1 Muy de acuerdo	16	50%
2 Algo de acuerdo	15	47%
3 Algo en desacuerdo	1	3%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

4.- Utilizar la mercadotecnia es una forma de comercializar con la salud

1 Muy de acuerdo	16	50%
2 Algo de acuerdo	8	25%
3 Algo en desacuerdo	6	19%
4 Muy en desacuerdo	2	6%

5.-La mercadotecnia es la herramienta de gestión más importante con la que se cuenta

1 Muy de acuerdo	10	31%
2 Algo de acuerdo	15	47%
3 Algo en desacuerdo	5	16%
4 Muy en desacuerdo	2	6%

6.- Las estrategias mercadológicas contribuyen en gran medida a la satisfacción de los usuarios

1 Muy de acuerdo	12	38%
2 Algo de acuerdo	17	53%
3 Algo en desacuerdo	2	6%
4 Muy en desacuerdo	1	3%

7.- En la mercadotecnia sanitaria es necesario considerar la dimensión económica.

1 Muy de acuerdo	23	72%
2 Algo de acuerdo	8	25%
3 Algo en desacuerdo	1	3%

4 Muy en desacuerdo	0	0%
---------------------	---	----

8.- La mercadotecnia puede aplicarse también en los programas de investigación.

1 Muy de acuerdo	21	66%
2 Algo de acuerdo	11	34%
3 Algo en desacuerdo	0	0%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

9.- Las estrategias en la mercadotecnia de una institución de salud deben de ser coherentes con sus Estrategias globales.

1 Muy de acuerdo	22	71%
2 Algo de acuerdo	9	29%
3 Algo en desacuerdo	0	0%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

10.- La calidad de los servicios hace la diferencia entre las instituciones de salud.

1 Muy de acuerdo	27	87%
2 Algo de acuerdo	4	13%
3 Algo en desacuerdo	0	0%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

11.- Posicionarme del mercado mediante estrategias de promoción me garantiza el éxito en mi tarea.

1 Muy de acuerdo	16	50%
2 Algo de acuerdo	11	34%

3 Algo en desacuerdo	4	13%
4 Muy en desacuerdo	1	3%

12.- Procuero estar consciente de que el usuario tiene derecho a elegir y como consecuencia a exigir.

1 Muy de acuerdo	19	59%
2 Algo de acuerdo	10	31%
3 Algo en desacuerdo	3	9%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

13.- La institución debe adaptarse al entorno social donde se desenvuelven sus usuarios.

1 Muy de acuerdo	18	58%
2 Algo de acuerdo	11	35%
3 Algo en desacuerdo	2	6%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

14.- El usuario puede aceptar o rechazar un servicio si no se siente suficientemente motivado.

1 Muy de acuerdo	27	84%
2 Algo de acuerdo	5	16%
3 Algo en desacuerdo	0	0%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

15.- Considero que los aspectos mercadotécnicos en una institución sanitaria no cuentan con los suficientes recursos.

1 Muy de acuerdo	17	53%
------------------	----	-----

2 Algo de acuerdo	7	22%
3 Algo en desacuerdo	5	16%
4 Muy en desacuerdo	3	9%

16.- No reconozco la mercadotecnia dentro del sector porque considero que dificulta la práctica profesional.

1 Muy de acuerdo	2	6%
2 Algo de acuerdo	7	22%
3 Algo en desacuerdo	9	28%
4 Muy en desacuerdo	14	44%

17.- Como institución debo promocionar mis servicios tanto a usuarios frecuentes como a los que en el futuro lo requieran.

1 Muy de acuerdo	26	81%
2 Algo de acuerdo	5	16%
3 Algo en desacuerdo	0	0%
4 Muy en desacuerdo	1	3%

18.- Concibo a mis usuarios como sujetos activos, con opinión

1 Muy de acuerdo	25	78%
2 Algo de acuerdo	6	19%
3 Algo en desacuerdo	1	3%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

19.- Se deben de crear programas donde se procure concientizar a los profesionales y personal sanitario sobre las expectativas del usuario. [null]

1 Muy de acuerdo	27	84%
2 Algo de acuerdo	5	16%
3 Algo en desacuerdo	0	0%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

20.- Si la organización se encuentra satisfecha esto se reflejará en la satisfacción del usuario.

1 Muy de acuerdo	25	78%
2 Algo de acuerdo	6	19%
3 Algo en desacuerdo	0	0%
4 Muy en desacuerdo	1	3%

21.- En el servicio que ofrezco se cubren mis necesidades profesionales.

1 Muy de acuerdo	11	34%
2 Algo de acuerdo	14	44%
3 Algo en desacuerdo	4	13%
4 Muy en desacuerdo	3	9%

22.- Si los empleados se sienten estimulados tendrán un mejor desempeño.

1 Muy de acuerdo	31	97%
2 Algo de acuerdo	1	3%
3 Algo en desacuerdo	0	0%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

23.- Las estrategias mercadotécnica me pueden orientar para establecer una reorganización en mi institución.

1 Muy de acuerdo	26	81%
2 Algo de acuerdo	6	19%
3 Algo en desacuerdo	0	0%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

24.- La mercadotecnia puede usarse tanto dentro como fuera de una institución.

1 Muy de acuerdo	29	91%
2 Algo de acuerdo	3	9%
3 Algo en desacuerdo	0	0%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

25.- Con estrategias adecuadas puedo mejorar el uso de los recursos existentes en la institución.

1 Muy de acuerdo	27	84%
2 Algo de acuerdo	5	16%
3 Algo en desacuerdo	0	0%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

26.- La institución debe de percibir a los profesionistas-trabajadores como clientes internos.

1 Muy de acuerdo	25	78%
2 Algo de acuerdo	5	16%
3 Algo en desacuerdo	2	6%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

27.- La mercadotecnia en salud puede aplicarse a programas de cambios de comportamientos.

1 Muy de acuerdo	18	56%
2 Algo de acuerdo	12	38%
3 Algo en desacuerdo	2	6%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

28.- La imagen de una institución de salud se puede mejorar con procedimientos mercadológicos.

1 Muy de acuerdo	23	72%
2 Algo de acuerdo	9	28%
3 Algo en desacuerdo	0	0%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

29.- Una investigación de mercado no es suficiente para evaluar las necesidades de los usuarios.

1 Muy de acuerdo	12	40%
2 Algo de acuerdo	13	43%
3 Algo en desacuerdo	3	10%
4 Muy en desacuerdo	2	7%

30.- La mejora en las instituciones de salud debe de basarse también en la mercadotecnia.

1 Muy de acuerdo	17	53%
2 Algo de acuerdo	15	47%
3 Algo en desacuerdo	0	0%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

31.- La mercadotecnia es mejor usarla en empresas privadas que publicas.

1 Muy de acuerdo	4	13%
2 Algo de acuerdo	6	19%
3 Algo en desacuerdo	13	41%
4 Muy en desacuerdo	9	28%

33.- Me interesa la calidad en todas las los productos que creo.

1 Muy de acuerdo	26	81%
2 Algo de acuerdo	5	16%
3 Algo en desacuerdo	1	3%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

34.- El conocimiento de las percepciones, impresiones y sentimientos de los usuarios es lo que me coloca en la supremacía en relación con otras instituciones de salud.

1 Muy de acuerdo	20	63%
2 Algo de acuerdo	10	31%
3 Algo en desacuerdo	2	6%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

35.- Debo fortalecer todas las áreas de la institución para enfrentarme al mercado.

1 Muy de acuerdo	27	84%
2 Algo de acuerdo	4	13%
3 Algo en desacuerdo	1	3%
4 Muy en desacuerdo	0	0%

36.- Tener debilidades en algunas áreas puede desestabilizar a toda la institución.

1 Muy de acuerdo	20	63%
2 Algo de acuerdo	8	25%
3 Algo en desacuerdo	3	9%
4 Muy en desacuerdo	1	3%

37.- Lo importante no es llegar a ser la mejor institución sino mantenerse como tal.

1 Muy de acuerdo	24	75%
2 Algo de acuerdo	3	9%
3 Algo en desacuerdo	2	6%
4 Muy en desacuerdo	3	9%

Datos Generales

Edad

26 a 30 años	14	46%
31 a 40 años	5	16%
41 a 50 años	10	31%
más de 50	2	6%

2. Sexo:

Femenino	17	55%
Masculino	14	45%

3. Años os de graduado menos de 5 años	11	35%
6 a 10 años	9	29%
11 a 15 años	5	16%
16 a 20 años	3	9%
más de 20 años	3	9%

4.- Su trabajo se desempeña en la esfera: (puede marcar más de una alternativa)

Asistencial	19	38%
Docencia	17	34%
Investigación	9	18%
Metodológica	5	10%

5.- Ud. trabaja en el nivel:

APS	9	29%
Municipio / Distrito	5	16%
Provincia / Estado	3	10%
Nacional	14	45%

6. Ud. es:

Gerente	4	13%
Funcionario	2	6%
Prestador de servicios	20	63%
Profesor	6	19%

6. Otro ¿Cuál?

Especialista en higiene y seguridad Analista Jefe de Laboratorio Clínico Y consultor también. Técnico normativo como cirujano dental Profesor Administrativa Facilitador de procesos en capacitaciones grupales sobre distintos tópicos según el proyecto en que esté trabajando. De momento estoy en uno de género y empoderamiento y otro de creación de capacidades para enfrentar los eventos naturales y antrópicos en los contextos urbanos. docente

7.- Ud. es graduado de:

Medicina	12	46%
Estomatología / Odontología	8	31%
Enfermería	2	8%
Psicología	0	0%
Tecnología	3	12%
Nutrición	1	4%

7. Otro ¿Cuál?

Ingeniería Industrial Ingeniero civil Fisioterapia ms salud pública Fisioterapia Lic. en ciencias de la educación Biología. Ciencias Sociales en la UNAN Managua Ingeniería en sistemas Doctor en Microbiología Licenciado en fisioterapia cirujano dental

8.- Ud. es: (puede marcar más de una alternativa)

Especialista	7	23%
Máster	3	10%
Ninguna de las anteriores	20	67%

Portugal: Conhecimentos, atitudes e práticas de marketing em saúde em Portugal

Paula Cristina Almeida Cadima Remoaldo,¹ Hélder Lopes. Mestrando,¹ Maria de Fátima Martins Vítor Ribeiro¹ José Cadima Ribeiro¹

¹Universidade do Minho (Portugal)

O objetivo principal do *Estudiomulticéntrico sobre conhecimentos, atitudes y prácticas de mercadotecnia en Iberoamérica*, ela-

borado pela Rede IberoAmericana de Mercadotecnia en Salud (RIMS), em curso desde 2014, é diagnosticar o recurso ao *marketing* nos países membros da RIMS. Foram também considerados os seguintes objetivos específicos: a) identificar os conhecimentos sobre marketing dos profissionais e gestores de saúde; b) identificar as atitudes de profissionais e gestores de saúde em relação ao *marketing* em cada país membro da RIMS; c) aferir a aplicação de técnicas de *marketing* em cada país membro da RIMS.

No presente estudo tenta-se dar resposta aos propósitos delineados e às seguintes três questões, em concreto: que conhecimentos de *marketing* têm os profissionais, docentes e gestores de saúde? Qual é a sua atitude em relação à aplicação do *marketing* em saúde? Os profissionais, docentes e gestores de saúde aplicam o *marketing* em saúde?

Em termos metodológicos, para recolha de dados primários, foi aplicado um inquérito via *e-mail*, entre Janeiro e Março de 2015, usando o *software Google Forms*.

Foram enviados 663 *e-mails* a 663 indivíduos que eram profissionais e gestores de instituições públicas e privadas da área da saúde, bem como a professores universitários ligados ao setor da saúde, e que poderiam estar ligados de forma direta ou indireta ao *marketing*. Foram ainda considerados 324 contactos adicionais de instituições públicas de saúde, nomeadamente no que concerne aos Centros de Saúde, com vista à obtenção de resposta por parte dos membros de direção destas instituições.

Usando uma amostra de conveniência, cada indivíduo foi abordado três vezes por *e-mail*. Obteve-se uma taxa de respostas de 13,6%, cifrando-se em 134 respostas. No sentido de se conseguir uma amostragem com algum significado em termos de unidades de

análise, e visto que em Portugal a taxa de resposta a questionários deste tipo é baixa, juntou-se a informação constante do questionário CAP MK N° 2 à do questionário CAP MK N° 1. Esta postura resultou também do receio de os inquiridos não entenderem que se tratava de dois questionários diferentes, e porque havia perguntas nos dois questionários que eram repetidas.

Em termos de breve caracterização da amostra recolhida, importa referir que 29,9% são do sexo masculino e 70,1% do sexo feminino. Além disso, 41% dos profissionais que responderam ao inquérito encontram-se posicionados no grupo etário dos que têm idade superior a 50 anos, sendo que 63,4% exercem funções há mais de 20 anos.

Os resultados mostram que 97,8% dos inquiridos entendem o que é *omarketing*, embora apenas 2,2% dos inquiridos considere deter um conhecimento nesse domínio que avalia como avançado. Apesar disso, 19,4% dos inquiridos não se têm interessado pelas questões do marketing, considerando que o mesmo não ajuda no trabalho que desenvolvem. Ainda assim, importa salientar que 57,5% dos inquiridos que trabalham no setor “concordam completamente” (usando uma escala de Likert de quatro níveis), assumindo que o *marketing* tem interesse em saúde, por considerarem que facilita as práticas de trabalho.

Por seu turno, os que consideram estar interessados no marketing (79,1%), no contexto da sua atividade na área da saúde, atribuem-lhe relevância pela sua utilidade para o setor. O interesse manifestado por parte do pessoal inquirido na aquisição de conhecimento sobre marketing aplicado à saúde tem expressão na circunstância de 76,1% deles se encontrar disponível para frequentar

cursos de curta duração nessa área, nomeadamente em modalidade semi-presencial (29,9%).

A presente investigação revela a necessidade de se estabelecerem práticas de *marketing* em matéria de saúde, sendo que 39,6% dos inquiridos concordam que o marketing é uma ferramenta de gestão importante e 53,0% concordam que as estratégias de *marketing* são fundamentais para a satisfação dos utentes/clientes. De tal forma que 64,9% concordam completamente que a imagem de uma instituição de saúde pode ser melhorada com a utilização de técnicas de *marketing*, quer no setor público, quer no privado. Não obstante, 38,1% dos inquiridos concordam, quando questionados se o marketing é uma forma de comercialização da saúde, ainda que existam algumas cisões entre os que concordam e os que não concordam com esse tipo de leitura.

Pese a sobre-representatividade na amostra dos que detêm funções em Universidades (63,4%), pode entender-se que os profissionais de saúde acreditam que o *marketing* pode contribuir para a valorização do setor da saúde, nomeadamente através da introdução de técnicas de *marketing* no âmbito da promoção da imagem das organizações e na formulação dos objetivos individuais dos profissionais de saúde.

As principais limitações identificadas na consecução do presente estudo prendem-se com a baixa taxa de respostas que esteve associada ao inquérito administrado. Esta situação decorre do fato de os inquéritos realizados sem recurso a incentivos apresentam, normalmente, taxas de respostas inferiores aos que são realizados por via telefónica ou na presença do inquiridor. Além disso, a presença de questões alternativas em função da resposta selecionada anteriormente pelo inquirido, impossibilitaram a administração

de questões de resposta obrigatória, o que se repercutiu em algumas questões sem resposta.

Conclusiones generales:

De los informes preliminares de los seis países se puede concluir lo que a continuación se relaciona.

Conocimientos

La mayoría declaró conocer poco la mercadotecnia y que sus conocimientos eran insuficientes y haber obtenido los mismos de forma autodidacta, por conferencias recibidas y participación en eventos.

Actitudes

La mayoría tiene una actitud favorable hacia la aplicación de la mercadotecnia a la salud ya que considera que es importante emplearla como herramienta en los servicios y la promoción de la salud; se encuentran interesados en esta disciplina y su aplicación; se inclinan por realizar estudios y están interesados en recibir información aunque se observa la presencia de mitos sobre su aplicación en el sector público.

Prácticas

Hay consenso en que la mercadotecnia se aplica poco en las instituciones de salud (docentes, asistenciales y de investigación) y la falta de conocimientos se revela como la principal causa de ello.

Se considera por tanto que:

Hay que involucrar a las Universidades de Ciencias de la Salud para incluir la Mercadotecnia en la formación académica de los profesionales

Se debe difundir información teórica y resultados de investigaciones que demuestren la utilidad de la mercadotecnia en su aplicación a servicios y programas de salud y en la promoción de la

salud, tanto en revistas científicas como con la realización de eventos.

Bibliografía

1. Espino La O Z, Sánchez Jacas I. Entrenamiento en equipos a directivos para el Diagnóstico de Necesidades de Aprendizaje. Rev INFODIR. 2013 [citado 4 Abril 2014]; 16: Disponible en: <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/articulo/view/3/7>.
2. Gotuzzo, E., González E., Verdonck K. (2010). Formación de investigadores en el contexto de proyectos colaborativos: experiencias en el Instituto de Medicina Tropical "Alexander von Humboldt", Universidad Peruana Cayetano Heredia. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 27 (3), 419- 427. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000300015
3. Henaó, A. M, Núñez, M.L., Quimbayo, J.H. (2010). El rol del profesional de la salud como docente universitario. Aquichan, 10 (1), 34-42. Recuperado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/articulo/view/1604/2122>
4. Hernández, Garnica C., y Maubert, Viveros C. A., (2009a) *Fundamentos de Marketing*, México: Pearson Educación.
5. Hernández, Garnica C., (2009b). "Mercadotecnia social", en *Mercadotecnia y sociedad de consumo*, coordinador José A. Sahui Maldonado, México: Fontamara y Universidad Autónoma de Campeche.
6. Hinojosa C. (2005). Marketing Médico. Revista de Facultad de Medicina Humana Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 5 (1.): 37-40. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rfmh_urp/v05_n1/a10.htm
7. Priego Álvarez, H., (2008). *Mercadotecnia en Salud: Aspectos Básicos y operativos*. 3a. ed. México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco/ Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud.
8. Priego, A., y Remoaldo C. (2012). La mercadotecnia social en salud teoría y práctica. México. Vida y Salud Social.
9. Priego, H. (2007). Mitos y realidades del marketing de servicios de salud. Recuperado de: <http://www.odontomarketing.com/200712articulo04.htm>
10. Priego, H. R., Lara, M. E. (2006). Mercadotecnia en el ejercicio profesional de la Enfermería. Horizonte Sanitario, 5 (1), 8- 11. Recuperado de: http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2006_ene_abril/Mercadotecnia.pdf
11. Priego Álvarez H, Córdova Hernández JA, Lara Gallegos ME. La mercadotecnia en el ejercicio profesional de la enfermería en Tabasco, MÉXICO. Rev Cient Pensamiento Gestión. 2011 [citado 2014 Jun 24]; 30. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/pensamiento/articulo/view/2248>.
12. Suarez, N. (2008). Mercadotecnia en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. Revista Cubana de Salud Pública, 34 (1). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000100013&script=sci_arttext

15. Suárez Lugo N. Marketing y salud: una perspectiva teórico-práctica. ECIMED. La Habana, 2001.
16. Suárez Lugo N. Mercadotecnia y gestión sanitaria. Rev Cubana Salud Pública. 2002 Dic [citado 14 Dic 2012]; 28(2):201-23. Disponible en:
17. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466200200200008&lng=es.
18. Suárez Lugo N. Mercadeo social como herramienta en función de la salud sexual en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2013[citado 2014 Jun 20]; 39(1):950-960. Disponible en:
19. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500013&lng=es.

CAPÍTULO V

Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud ¿Funcionamos Como Red?

Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud

Nery Suárez Lugo¹

¹Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud

La Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, RIMS, es una entidad no gubernamental, de carácter público y derecho internacional, la cual la integran Profesionales vinculados a Universidades, Institutos de Educación Superior, Instituciones Gubernamentales y Organismos no Gubernamentales, que promueven, difunden o empleen, estrategias mercadotécnicas en salud en los países de Iberoamérica.

Su propósito fundamental es colaborar en el desarrollo científico, tecnológico y social de la Mercadotecnia en Salud, y el bienestar del profesional que la ejerce con los Estados, Gobiernos, Universidades e Instituciones de Iberoamérica para el desarrollo científico, tecnológico y social.

También se encuentran la cooperación académica y científica, el intercambio de personal académico y la elaboración de programas, proyectos y servicios de acuerdo a los intereses comunes.

Realizar capacitaciones mediante cursos, talleres, conferencias, seminarios, entrenamientos es otra de las áreas de interés, dado la presencia de docentes de reconocido prestigio nacional e internacional como miembros de RIMS. La formación de recursos humanos puede acompañarse de prácticas profesionales y trabajos de graduación a nivel licenciatura y posgrado de acuerdo a los requerimientos de las instituciones y sus diferentes modalidades.

La proyección y ejecución de investigaciones científicas, unida a la publicación de trabajos científicos en revistas indizadas y libros con editoriales, puede unirse al intercambio de información,

que también incluye la realización de eventos académicos y científicos.

En la actualidad la integran los siguientes países: Argentina, Bolivia, Chile, Colombia

Costa Rica, Cuba, Ecuador, España, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal y Uruguay.

Si bien se cuenta con un representante en los citados países, ello significa que hay un profesional o académico que se relaciona con los restantes miembros y que en su contexto tiene, entre otras, la misión del enfoque social de la mercadotecnia y su aplicación a la esfera de la salud. Pero no en todos, hay grupos constituidos y funcionan como tal.

Dado que se denomina RED, debe valorarse si se funciona como tal, por lo que se presentan algunas conceptualizaciones de lo que es una red.

Las redes sociales virtuales son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones en contextos disímiles. Son un elemento vital para escuchar, aprender, compartir, colaborar, participar, crear, conversar y promover productos o servicios destinados a satisfacer las necesidades de los clientes.

De los diferentes tipos de redes sociales, Redes Genéricas, Comunidades Virtuales, Comunidades de Prácticas y Comunidades Científicas, la RIMS clasifica como esta última. Si bien es cierto que se han realizado 12 Simposios y Convenciones Internacionales, en Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, México, Nicaragua, Panamá, Perú y se cuenta con una producción de libros, de varios autores, aun quedan metas importantes por alcanzar y hacia ellas debe enfocarse la mirada.

Bibliografía:

1. Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud. Estatutos. Recuperado: <http://www.rims.org.mx/> a; 27 de enero de 2015
2. Eysenbach G. Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness. J Med Internet Res 2008;10(3):e22. Recuperado: <http://www.jmir.org/2008/3/e22/> al27 enero de 2015

Impacto de la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Julio Gutiérrez Méndez¹

¹Instituto Mexicano del Seguro Social (México)

Uno de los impactos exitosos que ha tenido la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud (RIMS) a través de las diversas vinculaciones con el sector público, incluye al Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), institución conformada por las aportaciones económicas del trabajador, la del empleador y la del propio Estado Mexicano.

La RIMS suscribió un Convenio de Colaboración con el IMSS, éste ha tenido representación en diversos eventos nacionales e internacionales convocados por la Red, a través de su División de Capacitación y Adiestramiento Técnico, área especializada en ofrecer actividades de formación para el trabajo, formación continua y de formación profesional de sus derechohabientes y público en general.

Con ello se logró fortalecer el posicionamiento de la División de Capacitación y Adiestramiento Técnico con servicios calificados, a través de una cartera de cursos flexibles, vinculados con el sector educativo y empresarial, que impulsó la capacidad productiva regional y el desarrollo económico individual, familiar y comunitario.

Diversas fueron las estrategias utilizadas por el IMSS, entre las que destacan las entrevistas en radio, televisión o medios locales para la promoción de la nueva cartera de servicios. Se elaboraron materiales coleccionables y no sólo folletos que la gente tirara a la basura una vez leídos. Ejemplo, platos del bien comer imantados, cintas métricas conocidos como “panzómetos”, concursos, calendarios, reglas, llaveros, playeras, gorras, bolsas, lapiceras, pines, etc., con mensajes que lograran mayor y mejor posicionamiento de los servicios de Capacitación y Adiestramiento Técnico.

En resumen y tras de esta vinculación entre el IMSS y la RIMS, del intercambio de experiencias, así como de las recomendaciones en la aplicación de algunas herramientas mercadológicas, se logró incrementar en más de un 200% el número de alumnos inscritos a los cursos de Capacitación y Adiestramiento Técnico, de la Coordinación de Prestaciones Sociales en la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales del IMSS, dando como resultado un registro de 70,241 alumnos en 2007 y para el 2013 se habían inscrito ya 187,646 alumnos.

Bibliografía

1. Reyes, J. (2014, 25 de marzo). Mercadotecnia con beneficio social. Recuperado de <http://www.centroscomunitariosdeaprendizaje.org.mx/> al 11 de abril de 2014.
2. Reynoso, C. (2007). Notas sobre capacitación en México. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 5, 165-190. Recuperado de <http://www.juridicas.unam.mx/> al 11 de abril de 2014.
3. Urdínez, M. (2012, 20 de marzo). Primeros universitarios. Testimonios de jóvenes que cuentan cómo acceder a esta instancia modificó su vida y la de sus familias. Recuperado de <http://www.fundacionretama.org.ar/> al 11 de abril de 2014.
4. Cerqueira, M. (2011) La promoción de la salud como vía para mejorar las condiciones de salud en Latinoamérica. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. 12(2). Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/> al 11 de abril de 2014.

Responsabilidad y trabajo colaborativo en la RIMS

Juan Antonio Córdova Hernández¹

¹Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud (México)

Unos de los retos que deberíamos asumir con RED, sería el de generar documentos rectores que contengan estrategias y directrices que permitan a instituciones del sector privado y público tomarnos como referendo para la creación de nuevos programas educativos o campañas de sensibilización de programas del sector salud. Así mismo ser un organismo que pueda fungir como acreditador, desarrollador y consultor en temáticas que desde hace 12 años hemos venido proponiendo y discutiendo en nuestros magnos eventos, los cuales pueden ser, la mercadotecnia en lo social y promoción de la salud, de servicios y calidad en salud, sanitaria y formación de recursos humanos, socioambiental, en los profesionales sanitarios, para emprendedores en salud, de medicamentos, en la salud pública, y a través de recursos tecnológicos.

Recordar que como RED IBEROAMERICANA DE MERCADOTECNIA EN SALUD, somos los pioneros en traer este nuevo paradigma hacia América Latina. De aquí el potencial que hemos dejado que poco a poco se haya ido deteriorando, creo que aún estamos en los tiempo de comprometernos en seguir trabajando en equipo y de manera colaborativa y personal aportar cada nuestras experiencias, expectativas y compromisos de llevar adelante este gran proyecto llamado RIMS.

Este libro se realizó el 29 de septiembre del 2015, con una versión digital de 300 unidades, Villahermosa, Tabasco, México. El cuidado de la edición estuvo al cuidado de los coordinadores.