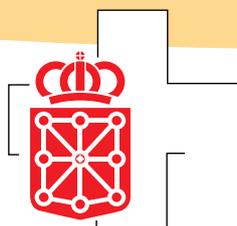


SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

MONOGRAFÍA Nº 1

Introducción a la gestión de marketing en los servicios de Salud

José María Corella



ANALES

DEL SISTEMA SANITARIO DE NAVARRA

**INTRODUCCIÓN A LA
GESTIÓN DE MARKETING
EN LOS
SERVICIOS DE SALUD**

José María Corella

**INTRODUCCIÓN A LA
GESTIÓN DE MARKETING
EN LOS
SERVICIOS DE SALUD**



Gobierno de Navarra
Departamento de Salud

Titulo: Introducción a la gestión de marketing en los servicios de salud
Edita: GOBIERNO DE NAVARRA
Departamento de Salud

© Gobierno de Navarra
Composición: Página, S.L.
Impresión: Gráficas Ona, S.A.
Diseño de cubierta: Alberto Navarro

ISBN: 84-235-1813-2
Dep. Legal: NA. 2.619/1998

Promociona y distribuye: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra
(Departamento de Presidencia e Interior)
C/ Navas de Tolosa, 21
Teléfono y fax: 948 427 123
Correo electrónico: fpubli01@cfnavarra.es
31002 PAMPLONA

“La buena opinión es la que califica
la buena medicina”.

(Cervantes)

PRÓLOGO	13
PREFACIO	17
INTRODUCCIÓN	
¿Qué es el marketing?	23
Introducción.....	23
Concepto de marketing	25
Las dos dimensiones del marketing	29
Misión y ciclo del marketing	31
El servicio sanitario	35
Concepto de servicio.....	35
Distinción entre naturaleza y elementos de un servicio.....	36
El servicio sanitario.....	38
Necesidad de salud y su satisfacción	40
El mercado de los servicios de salud	42
Configuración de la demanda	45
Configuración de la oferta.....	47
Configuración del precio	49
Puntos fundamentales en los que se asienta el marketing de servicios de salud	51
Configuración del concepto de servicio	52
Estrategia de calidad tecnológica	53
Estrategia de servicios.....	54
Estrategia de imagen	55
Estrategia de precios.....	55
Contenido de la oferta de servicios de salud	56
Servicio esencial	56
Servicios adicionales.....	59
GESTIÓN DE LA CALIDAD CON ORIENTACIÓN AL MERCADO	
La calidad	67
Concepto de calidad	67
Evolución del concepto	68
La calidad de los servicios sanitarios	69
Error de lógica e imposibilidad práctica.....	71
Discrepancias en el concepto de calidad	74

Calidad absoluta, calidad óptima y calidad lógica.....	76
Aspectos que influyen en la calidad del servicio sanitario	83
Aspectos que influyen en el proceso productivo.....	83
Aspectos que influyen en la estructura	86
Aspectos que influyen en el resultado	88
Estudios sobre la satisfacción del usuario.....	91
Fundamentos de la investigación	91
Valor de la investigación.....	92
Utilidad de los estudios de opinión	93
La opinión del usuario.....	94
Resultados obtenidos en Atención Especializada	94
Resultados obtenidos en Atención Primaria	99
Resultados obtenidos en la encuesta posthospitalización del INSALUD	101
Procedimientos metodológicos.....	103
Naturaleza y utilización de las opiniones del usuario	107
Naturaleza de las opiniones del usuario	107
Utilización de la opinión del usuario	108
Influencia del aspecto cultural en la provisión de servicios sanitarios	111
Marketing interno (I)	121
Concepto de marketing interno	122
Requisito ineludible: la Dirección Participativa	125
El sistema de organización	129
Utilización del marketing interno	128
Crear una cultura de servicios	129
Mantener una orientación a los servicios.....	129
Dar a conocer a los empleados los nuevos productos y servicios	130
El “mix” del marketing interno	130
Producto	130
Precio	131
Punto de venta	131
Promoción	131
Objetivos del marketing interno	131
Marketing interno (II).....	135
Actividades de marketing interno en el contexto de los servicios sanitarios.....	136
Formación	136
Comunicación interactiva interna.....	137
Apoyo informativo.....	139
Gestión de los recursos humanos.....	139

Implantación de una estrategia de marketing interno.....	140
GESTIÓN DE MARKETING	
Función y objetivos del marketing.....	143
Función del marketing.....	143
El ciclo de vida.....	145
El “mix” de marketing	149
Objetivos del marketing.....	152
Diferenciación	154
Calidad del servicio.....	154
Productividad.....	155
La rentabilidad.....	157
Variables que influyen en la rentabilidad	158
Posición en el mercado.....	159
Cambio de posición en el mercado.....	160
Tasa de crecimiento del mercado	160
Porcentaje de capacidad utilizada	161
Intensidad de la inversión	161
Integración vertical	162
Cambios en el precio.....	162
Importancia del producto para el cliente	163
“Ratio” de I+D sobre Marketing	163
Posición de los costes variables respecto a los de la compe-	
tencia.....	164
Producto mejor respecto al de la competencia	164
Líneas estratégicas para consecución de la mejor rentabilidad	164
Instituciones sanitarias en fase de madurez.....	165
Instituciones sanitarias en fase de crecimiento.....	166
Resumen de las líneas estratégicas para consecución de la	
mejor rentabilidad.....	167
Estrategias de marketing en los servicios de salud.....	169
El peligroso espejismo de la “sabiduría popular”	170
Modelo estratégico	173
Eficiencia en los costes.....	175
Aumento de la productividad	176
Comunicación e imagen.....	179
Comunicación e imagen	181
La comunicación de marketing	182
Formas de comunicación	185
Requerimientos básicos del programa de comunicación.....	187
Pautas para la gestión de la comunicación	189
La imagen	191

Importancia del papel que juega la imagen	192
Articulación de la imagen.....	193
El plan de marketing	195
Cuestiones previas	195
La trampa que esconde el beneficio como criterio en la toma de decisiones.....	199
El problema de la incertidumbre.....	201
El concepto de estrategia	202
¿Qué es un plan de marketing?	203
Conocimiento del mercado.....	208
Objetivos del conocimiento del mercado de servicios sanitarios	209
Diseño de la investigación.....	211
A modo de resumen	215
BIBLIOGRAFÍA	221

PRÓLOGO

Hace algún tiempo, alguien, en una reunión en la que se planificaban las actividades de un servicio de salud, opinó sobre la conveniencia de aplicar los conceptos de marketing y las herramientas que caracterizan su gestión, a las organizaciones que prestan estos servicios. Muchos de los asistentes manifestaron su extrañeza. Se preguntaban, ¿qué sentido tiene esta propuesta si tenemos listas de espera, si la demanda de salud supera ampliamente nuestras posibilidades, si apenas somos capaces de atender a los enfermos que acuden a nosotros? ¿Acaso tenemos que fomentar la demanda, que nos desborda, de nuestros servicios?

Quienes así pensaban confundían la demanda de los servicios con el proceso de la prestación de los mismos. Aplicar los principios del marketing no equivale a fomentar una demanda. Relacionar la gestión de los servicios de salud con el de marketing supone concebir y aplicar un intercambio de bienestar a cambio de las contribuciones que las personas hacen a la Sociedad a través de los mecanismos tributarios. Aplicar los principios de marketing no supone generar demanda: representa mejorar un proceso, generar bienestar en las personas.

La compra de bienes y servicios puede tener un componente lúdico. Los consumidores tal vez sean felices cuando adquieren bienes para decorar sus hogares o servicios relacionados con el ocio o la cultura. Pero cuando adquieren servicios de salud, las personas reciben atenciones que no hubieran deseado. Los servicios que sanan a las personas o mantienen su salud no tienen componente lúdico. Las personas no desean sufrir y buscan ayuda. Esta característica engrandece la misión de quienes prestan servicios de salud. Crean bienestar, y el lado humano de la prestación del servicio adquiere una dimensión principal.

Las organizaciones que proporcionan salud pueden pensar que su servicio es sólo curar. Sin duda, eso es lo que espera el enfermo. Pero esta concepción supone que el agente se fija en el producto. Cree que si el enfermo sana ha alcanzado los objetivos perseguidos. Pero si se actúa sólo bajo esta creencia se presta importancia sólo al producto, pero no al proceso. Indudablemente, el paciente desea y espera la curación. Está convencido de ello. Pero su valoración del servicio la hace según el proceso, todo aquello que rodea a la pura atención médica: el producto, la recuperación de su salud, lo da por hecho.

Nos encontramos al final de un siglo que ha representado grandes avances sociales. En las últimas décadas se ha despertado conciencias dormidas ante la conservación medio ambiental, los derechos humanos o la solidaridad entre los pueblos. Las empresas adoptan unos principios de gestión de marketing social. A través de los intercambios desean conseguir el bienestar de la sociedad desde una perspectiva económica. Pretenden racionalizar el consumo de los recursos económicos y contribuir a que se respeten los valores de los seres humanos. Las organizaciones que prestan servicios de salud también deben adoptar aquellos principios de gestión que contribuyan a aumentar el bienestar de la Sociedad.

Pensar que los proveedores de salud se fijan sólo en los pacientes inmediatos supondría unas miras muy estrechas. Cualquier proveedor debe prestar atención a las demandas, o exigencias inmediatas, aquello que urge. Pero también deben considerarse los deseos que surgen de necesidades no cubiertas. Aunque el marketing sólo estudia las demandas, los responsables de la salud deben mirar también hacia las necesidades y ser así coherentes con los principios de marketing social. Las organizaciones que ofrecen salud deben otear el horizonte de las necesidades actuales y futuras para ir configurando su oferta a la sociedad.

Una oferta planificada debe ir acompañada de calidad, que reside no sólo en el producto, sino también en el proceso de la prestación del servicio. La calidad del servicio de salud debe apoyarse en los elementos tangibles; aquellos que percibe con sus sentidos el paciente; en la cortesía, o buen trato recibido; en la fiabilidad, o convencimiento de que le prestarán un servicio de forma eficaz; en la empatía, o capacidad de comunicación; en la rapidez, o prontitud en ser atendido; en la seguridad, o confianza en no resultar dañado. Sin embargo, la calidad es una dimensión objetiva de un servicio. Los pacientes se encuentran satisfechos, o no. Su satisfacción se encuentra condicionada por sus expectativas. Si éstas son muy elevadas y la calidad no está a la altura de lo esperado no habrá satisfacción.

La calidad y la satisfacción la proporcionan las personas. Pero no se puede esperar que los pacientes estén satisfechos cuando quienes prestan los servicios no lo están. Las organizaciones deben aplicar principios de marketing interno. Su primer mercado a atender son sus propios empleados, porque ellos generarán satisfacción. Este planteamiento supone la ruptura con sistemas de organización rígidos, poco participativos, en los que la asignación de tareas carece de flexibilidad y donde se prima la especialización de las funciones. Los servicios de salud deben, desde una óptima moderna de la gestión, abandonar esquemas de organización caducos y conseguir que dirigir no sea ordenar sino liderar o educar a los equipos humanos.

José María Corella ha realizado un excelente trabajo con este libro. En él subyacen las ideas que acaban de exponerse. Combina a lo largo de

sus páginas su experiencia, el rigor, la inquietud y una fuerte carga de ilusiones. No sigue un enfoque positivo, no es un recetario de soluciones ni un conjunto de principios para ser expuestos en cartel y conseguir así que sean observados. El contenido de esta obra constituye un conjunto equilibrado de conceptos, propuestas de gestión y estrategias de marketing para hacer que los servicios de salud se dirijan a la Sociedad buscando no sólo la efectividad, sino también algo tan esencial como es el bienestar de las personas.

A lo largo de las páginas de este libro se aprecia un enfoque de marketing orientado al consumidor. Cuando trata la calidad, la satisfacción o los principios de marketing interno, no se centra sólo en los conceptos. Tras ellos se aprecia un enfoque normativo, qué hacer para proporcionar más bienestar, cómo ser mejores en la gestión de los servicios de salud, cómo conseguir que las personas estén más satisfechas con los servicios de salud y qué instrumentos de gestión pueden contribuir a ello. Enriquece, además, sus aportaciones con estudios empíricos que contribuyen a aumentar las dimensiones del interés que suscita este trabajo.

Las acciones de mix de marketing que propone siguen la tónica del libro. No se limitan a principios genéricos de gestión. Sus aportaciones enraízan hondamente en el conocimiento que el autor tiene de los servicios de salud y las propuestas de gestión no tienen un carácter generalista, sino orientado a una actividad que conoce profundamente.

José María Corella es, además, un hombre de vasta cultura. En la redacción de este libro abundan las citas de escritores y pasajes literarios que acertadamente se combinan e integran con los conceptos o las estrategias que el autor expone. Consigue así que la lectura sea ágil y facilita la comprensión y retención de aquello que transmite.

Sea bienvenida una obra como esta. Los responsables públicos de la sanidad, las personas implicadas en los servicios de salud como planificadores o como personal sanitario se verán muy beneficiados por su lectura, y también los ciudadanos. Oportunidad, rigor, claridad, aplicabilidad, visión de futuro, son sólo algunos de los adjetivos que califican este libro. Gracias, José María Corella, por haberlo escrito.

Ildefonso Grande
Departamento de Gestión de Empresas
Universidad Pública de Navarra

PREFACIO

La aplicación del marketing en la gestión de los servicios de salud ayudaría enormemente a una mejor utilización de los recursos porque, si se hace correctamente, proporciona siempre una concreta y específica disminución en los costos. Pero, aun siendo eso muy importante, lo más significativo es que sin él, y al margen de que lo esencial es el cumplimiento de los criterios y requerimientos de la ciencia médica, difícilmente pueden alcanzarse los objetivos que se espera han de lograr dichos servicios. Corren tiempos en los que las instituciones y los profesionales sanitarios que no actúen en concordancia con lo que realmente debe hacerse para dar satisfacción a las demandas y necesidades de los pacientes nunca lograrán que su labor produzca toda la utilidad que debiera producir tanto a los pacientes como a ellos mismos.

Hace algún tiempo que en un artículo publicado en la prensa diaria me permití llamar la atención sobre la falta de sintonía que parece haberse producido entre la profesión médica y los usuarios de los servicios sanitarios, o más concretamente entre la profesión médica y la sociedad, según se desprende del incremento que viene produciéndose en las quejas, reclamaciones y demandas judiciales. Ahora, más recientemente, en el Simposium Internacional sobre Calidad y Asistencia Sanitaria celebrado en Madrid el mes de septiembre de 1997, el doctor Bernard Lown (profesor de cardiología de la Universidad de Harvard y médico en ejercicio del *Brigham and Women's Hospital*), dijo lo siguiente: «La Medicina está en su mejor momento tecnológico, pero también en crisis; ha perdido su lado humano. Los médicos han dejado de ser “sanadores” involucrados y preocupados por sus pacientes, para pasar a ser científicos alejados de ellos». Esto es serio, pues no es bueno para nadie que haya fisuras en ese contrato de carácter inmaterial que es atributo de cualquier profesión y que desde antiguo liga tan estrechamente a la profesión médica con su servicio a la sociedad.

Sin embargo, todo apunta a que, tanto desde dentro como desde fuera de la profesión médica, se ha comenzado ya a cuestionar la vigencia de algunos términos de ese contrato. Desde el interior, porque hay quienes quieren mantener lo más rancio de la profesión médica (el poder y los privilegios que comporta una autorregulación exenta de control y sin cortapisa alguna) resistiéndose neciamente a ver que las reglas del juego han

cambiado. Desde el exterior, porque los avances científicos, así como la tecnología y el alarde que se hace de ella, han alentado desorbitadas esperanzas materializadas en un cúmulo de exigencias (muchas de ellas imposible de satisfacer) que chocan frontalmente con esa especie de “medicina de mercado” suministrada por medio de unos minutos de atención al paciente, recetario para tratar síntomas (pero no la enfermedad en sí), intervención de especialistas y abierto despliegue de cuantiosas exploraciones e intervenciones que, quizás si se actuara de otra forma, no tendrían lugar.

El pacto jamás escrito, pero secularmente suscrito entre un profesional –el que sea– y la sociedad, confiere a este unos privilegios que se conceden a cambio del cumplimiento de un servicio que no sólo debe ser digno de confianza sino aceptado como válido por la sociedad. En este sentido, el ejercicio de la medicina es uno de los que tradicionalmente se han visto como arquetipo de lo que debe ser el ejercicio profesional y, de hecho, los médicos cuentan en su haber con una larga historia de abnegada entrega al servicio de sus pacientes. Ahora bien, de un tiempo a esta parte la profesión médica se ha visto atrapada en el complicado dilema que supone responder al desafío de atender crecientes demandas de los pacientes en un clima que impone limitación de gasto y obligación de dar respuesta a las constantes llamadas que se hacen a una total transparencia en el desenvolvimiento de su quehacer. Mal asunto es adoptar como réplica a tal situación una postura complaciente, defensiva o nostálgica, pues no sirve de nada ni conduce a ninguna parte. La disyuntiva planteada es el reflejo de una realidad que invita a revisar algunas cosas de las que, de una u otra manera, conforman ese contrato al que me he referido.

Una de ellas es la innegable responsabilidad que en la gestión de recursos limitados compete al paciente en particular y a la sociedad en general. Al médico no se le puede dejar solo ante la necesaria e incómoda racionalización que exige la vertiginosa y desmedida escalada que presenta el gasto sanitario. Si no se puede –o no se debe– proveer todo lo que el paciente y la sociedad demandan, hay que educar a uno y otra en la aceptación de alternativas que puedan reportar el mejor beneficio. Si la sociedad en general y el paciente en particular no son conscientes de ello, esperar que, mientras el paciente presiona con mayor fuerza cada vez para satisfacer sus exigencias, sea el profesional de la medicina quien ponga límites al gasto en el ejercicio de una actividad cuyos avances tecnológicos encarecen sistemática y progresivamente el proceso es tanto como querer conseguir la cuadratura del círculo.

Otra concierne al componente autorregulador de la profesión médica. Para no ser cuestionada y poder sobrevivir, la autorregulación ha de mostrarse hoy efectiva, transparente y demostradora de que se ejerce siempre en aras del interés público. Es un privilegio indiscutible e inherente a la profesión, pero no cabe olvidar que sólo es admisible y justifica-

do cuando se traduce en eficacia, probada competencia profesional y libre de flagrantes quiebras en el comportamiento.

Otra más atañe a las líneas que demarcan el campo de la medicina y el de otras profesiones llamadas a colaborar con ella. Están cambiando últimamente con extrema rapidez y negarse a verlo o resistirse ante la evidencia es muy posible que sea lo que más colabora al desplazamiento del público hacia las llamadas “medicinas alternativas”. Sin entrar en que pueden brindar o no alguna suerte de potencial contribución a las necesidades de los pacientes, lo que no cabe negar es que se desenvuelven por cauces más “atractivos” porque de ellas, generalmente, trasciende un clima de mayor humanidad y adecuación a sus deseos.

Tampoco es para echar en saco roto la actitud de excesiva especialización que traen consigo las nuevas generaciones de médicos. Una especialización de tan acusado reduccionismo como el que poco a poco va tomando carta de naturaleza en la provisión de los servicios sanitarios necesariamente tiende a cercenar la visión general del caso que se tiene entre manos y llevada al extremo puede multiplicar la posibilidad de error tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Es esta una servidumbre que, en cualquier orden de la vida y del conocimiento, conlleva siempre el análisis de la parte sin la percepción (o el olvido) del todo.

Urge restañar la aparente brecha que se ha abierto y uno de los caminos más claros para ello es incrustar en las instituciones y servicios de salud la óptica de marketing, pues gracias a ella pueden tomarse decisiones que aumentan las utilidades y estas, sin género de duda, constituyen una excelente soldadura. Es muy posible que esta proposición resuene en los oídos de muchos profesionales de la medicina con ecos iconoclastas (si no heterodoxos). Sería bueno que, antes de proceder a descalificarla, acabaran de leer este libro. Verán que no se trata de transformar su tarea en labor propia de técnicos o especialistas en marketing. De lo que se trata es de que el personal sanitario comprenda, y lo comprenda bien, qué es el marketing y la apremiante necesidad de aplicarlo hoy a la provisión de servicios de salud.

Para ello no es necesario que el personal sanitario acabe siendo técnico o especialista en esta materia. W. M. Fox, en su libro “Investigación de mercados”, escribió lo siguiente: «Cierta vez, un cocinero sentenció: “No se necesita ser gallina para poder juzgar una tortilla de huevos”. En realidad, ni siquiera se necesita ser cocinero. Para juzgar una tortilla de huevos lo que se requiere es conocer las normas de calidad adecuadas y aplicárselas a cuanta tortilla le pongan a uno enfrente»¹. O sea, no se trata de hacer “cocinero de marketing” a nadie sino de conocerlo para poder aplicar las normas adecuadas. Es lo que persigue este libro y, por eso, no está escrito pensando en los técnicos o especialistas en marketing sino en el personal que trabaja en los servicios de salud, para facilitarle el conoci-

miento de ese conglomerado de ideas que se inserta en la acción de conjunto de la empresa y que se dirigen hacia los clientes (pacientes, en nuestro caso) con un objetivo de rentabilidad proporcionando la mejor relación coste-beneficio.

Concretando un poco más, es necesario advertir también que este no es específicamente “un libro de marketing”, sino de gestión de marketing aplicada al contexto sanitario. El especialista o entendido en la materia echará en falta dos cosas: no se hace en él mención alguna al tema de la distribución ni se hace una referencia concreta al análisis de los consumidores. Valga como exculpación que, quizás equivocadamente, no lo he considerado oportuno ni necesario. Salvo en Estados Unidos, en los países de occidente (particularmente los europeos) se dispensa el servicio sanitario a través de un potente sistema público que se yergue como garante del llamado Estado de Bienestar facilitando la asistencia con carácter universal, equitativa y convenientemente regulada, dándose algunas diferencias entre las funciones básicas de las autoridades sanitarias según se haya adoptado un sistema tipo Beveridge (Sistema Nacional de Salud) o tipo Bismarck (Seguridad Social). Además, la “compra” del servicio sanitario está en estos momentos en franca revisión y no se ha terminado de concretar si constituye una función real del propio paciente, de las autoridades sanitarias o de los aseguradores. Por otro lado, los deplorables intereses creados que enturbian el sector de la asistencia sanitaria confieren a esta notorias particularidades que inciden directamente en el adecuado perfil de esos extremos que los especialistas pueden echar en falta. Ahí está, por ejemplo, el sorprendente lento proceso de introducción de la hospitalización de día (o de la cirugía ambulatoria) que comenzó ya en 1909 en Glasgow y que en muchos países de la Unión Europea solamente se ha iniciado –y muy tímidamente– a principios de los años 90.

Las reformas sanitarias avanzan imparablemente hacia fórmulas de mayor autonomía en la gestión y de mayor flexibilidad en las que el ciudadano va a tener cada vez un papel más relevante. Eso abona aún más la necesidad de que los profesionales sanitarios conozcan qué es el marketing y cómo utilizarlo en la gestión de los servicios de salud.

J.M.C.

INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES EL MARKETING?

INTRODUCCIÓN

Durante los años de la primera revolución industrial el objetivo fundamental de la empresa fue maximar el beneficio económico porque, en aquellos momentos, resultaba necesario conseguir con los recursos que se tuvieran disponibles la máxima rentabilidad económica para el capital invertido. Era la contribución perseguida y en ella radicaba la única medida del éxito, porque la empresa aún no había tomado el rumbo de las hipótesis de mercado ni se había introducido la incertidumbre en la toma de decisiones. En líneas generales, el patrón por el que se vinieron rigiendo las empresas hasta los principios del siglo XX respondió a una afanosa orientación hacia las técnicas y procesos de producción.

Esta situación comenzó a modificarse tras la Primera Guerra Mundial. El vasto incremento que una vez superada la contienda se alcanzó en el poder productivo de la industria vino a combinarse con un no menos amplio espectro de necesidades y eso trajo consigo que, a la par que se daban notables avances en las técnicas de gestión, fuera tomándose en consideración lo que en realidad deseaban los clientes.

Paralelamente a ello, por aquél tiempo se produjeron unas excelentes cosechas en Estados Unidos y a los agricultores americanos se les presentó un grave problema de excedentes. Esto hizo que recurrieran a expertos de los “Land Grant Colleges of Agriculture” (una especie de Facultades universitarias de Agronomía) pidiendo consejo sobre qué hacer para aliviar la situación. Las medidas que les propusieron estaban inspiradas en unas balbucientes técnicas de comercialización que, guiadas por especialistas en la materia (como Kreusi y Weld, quienes por los años 1900 y 1913 habían desarrollado en la Universidad de Wisconsin un curso de “Marketing de productos” y otro de “Marketing de productos agrícolas” respectivamente), se llevaban a cabo en algunas industrias con cierta fortuna y buenos resultados. Asimismo, debido al eco de esos logros otras universidades (como la de Berkeley en California, o la de Cornell en el Estado de Nueva York) habían resuelto también por esa época incluir entre su cuerpo de docentes unos llamados “profesores de marketing” para enseñar a los alumnos cómo desenvolverse mejor en el mercado. Los estu-

dios e investigaciones que unos y otros iban llevando a cabo terminaron por impulsar en 1927 la fundación de un “Market Research Council”, cuyo objetivo era “estimular los estudios científicos e impulsar la investigación teórica y la aplicación práctica del marketing”.

Dos años más tarde, en 1929, estalló la Gran Depresión en Estados Unidos, que afectó a una cuarta parte de la población trabajadora en aquél país alcanzando, como dice Samuelson, “proporciones epidémicas” con un brutal descenso de la producción y de la casi totalidad de los indicadores de actividad. Tras el desconcierto inicial que tal suceso produjo, las empresas –especialmente las pertenecientes al campo de los productos de consumo– se vieron obligadas a tener que replantear la gestión de sus negocios. Para la planificación general de las empresas comenzaron a tomarse en cuenta de forma creciente las consideraciones de los entendidos en marketing, quienes en torno a 1915 ya habían establecido las primeras asociaciones de profesionales en esta materia. El aprecio sentido hacia ellos empezaba a ser notorio y su asesoramiento ampliamente reconocido, como lo demuestra que los llamados “barómetros de marcas” fueran ya populares en 1921, que Nielsen creara los famosos paneles del comercio minorista de la alimentación en 1930, que General Motors Company pusiera en marcha su Oficina de Estudios sobre el Consumidor en 1933, que ese mismo año Gallup sorprendiera a todos con sus conocidas Encuestas de Opinión Pública, que en 1934 apareciera el “American Marketing Journal”, que en 1937 se creara la “American Marketing Association”, que en 1938 se utilizaran por primera vez los Paneles de Consumidores... Realmente, la tendencia a tomar cada vez más en consideración los postulados del marketing era clara e imparable, pero en este desarrollo se produjo un colapso temporal a causa de la Segunda Guerra Mundial.

Nada más acabar esta volvió a reiniciarse con mayor vigor aún el aprecio por el marketing y la aceptación de sus postulados se aceleró todavía más con la incorporación al conocimiento teórico disponible tanto de las técnicas y métodos de las ciencias sociales como de la investigación operativa, sentándose así las bases de un marketing científico, fundamentalmente cuantitativo, que es el que ha venido desarrollándose hasta nuestros días y que, además de suscitar un gran interés, coadyuvó decisivamente a que se produjera una transformación en el propio concepto de marketing. Dicha transformación consistió fundamentalmente en pasar de ser considerado como “una manera de llevar los negocios” a integrar las “funciones de marketing” bajo la dirección de un solo ejecutivo. Quien rompió el fuego en este sentido fue General Electric Company, a la que casi de inmediato le siguieron otras empresas y con ello el marketing dió un muy significativo paso hacia adelante, atrayendo paulatinamente otras muchas empresas más a esa nueva manera de llevar los negocios.

No todo en el monte fue orégano, pues un buen número de empresas resultó presa de alguna suerte de decepción. Fue el primer aviso de

que, allí donde la decisión de orientarse hacia el mercado no va precedida del convencimiento y comprensión por parte del propietario o de la gerencia, no hay capacidad para extraer del concepto de marketing los beneficios que cabe esperar de él. Ha llovido mucho desde entonces hasta ahora, pero hoy como ayer no es posible comprender el marketing si antes no se adopta con todas las consecuencias esa “posición mental” que conduce a aceptar sin reservas que el cliente no es un mero objetivo de venta, sino el centro de todos los planes básicos del negocio y toma de decisiones. De aquí que deba subrayarse algo que es importantísimo: la aplicación efectiva del marketing no reside tanto en sus mecanismos como en la plena y decidida orientación de los propietarios y gestores de la empresa hacia los principios y la “mentalidad de marketing”.

CONCEPTO DE MARKETING

La experiencia dicta que no es fácil conceptuar el marketing y como primera medida para facilitar su comprensión se ha intentado repetidas veces traducir esta palabra, apuntándose voces tales como “mercado-tecnia”, “mercadeo”, “mercadización”, “mercadología”... Pese a los esfuerzos realizados, ninguna de ellas ha hecho fortuna porque, entre otras cosas, no responden convenientemente a la verdadera esencia del concepto. Todas las tentativas han sido muy estimables, pero el verdadero “*quid*” de la cuestión radica en que la palabra “marketing” resulta intraducible al idioma español y eso, desgraciadamente, comporta en más de una ocasión una dificultad añadida a su mejor entendimiento.

“Marketing” es una voz inglesa que está formada por el vocablo “*market*” (mercado) y el sufijo “*ing*”. Añadido al infinitivo de un verbo, este sufijo conforma el gerundio (por ejemplo: “*to learn*” = aprender; “*learning*” = aprendiendo); pero cuando se utiliza tras el verbo “*to be*” (ser, estar) indica –y con más profusión que en cualquier otro idioma– que una acción es continua o que se está realizando en el momento (por ejemplo: si al que va camino de la oficina se le pregunta a dónde se dirige, no contestará “*I go to work*” sino “*I’m going to work*” = voy (estoy yendo) al trabajo, voy (estoy yendo) a trabajar). En español detrás de todas las preposiciones sigue el verbo en infinitivo, pero en inglés el verbo se ofrece en gerundio y configura un “*present continuous*” (“presente continuo”). Ejemplo: “*I have much pleasure in sending you...*” = Tengo mucho gusto en enviarle... (que, literalmente, sería “estar enviándole...”). El sufijo “*ing*” revisita a la acción de un valor con carácter activo y ocasionalmente confiere a determinadas palabras una semántica peculiar. Este es el caso de “*marketing*”, cuyo significado (“estar en el mercado”) implica un estar que no es sólo de índole plenamente consciente y actual, sino que conlleva y reclama la instrucción, destreza y actitud abierta que se requiere para afrontar

de manera continua, y en cada momento, las consecuencias y avatares de ese “estar en el mercado”.

Los diccionarios de inglés tampoco ayudan mucho a la mejor comprensión del término. No todos brindan una definición para la palabra marketing y los que sí lo hacen más valiera que no lo hiciesen, pues proporcionan unas acepciones (“ir de compras”, “comprar y vender en el mercado”...) que no se ajustan a la idea con que en el mundo de los negocios se comprenden y designan sus actividades. Esto es suficiente para alertar sobre un hecho innegable: la idea que se encierra en el mundo de la empresa y de la economía tras este vocablo es realmente compleja y por eso, quizás, se han dado a lo largo del tiempo tantas definiciones de marketing. Ninguna de ellas ha sido hasta la fecha universalmente aceptada, pero no todo hay que achacarlo a la complejidad porque también ha contribuido a ello –y no poco– la evolución que a lo largo de su corta historia han experimentado las funciones de marketing.

Lambin y Peeters distinguen cuatro fases o etapas en la evolución experimentada por el sistema económico en occidente, traduciéndolas a las funciones y responsabilidades que se han adjudicado al marketing. Dichas fases, funciones y responsabilidades, son:

- Fase I:** *Revolución industrial* (con escasez de medios de producción). El marketing juega un papel pasivo, limitándose a dar salida a los productos de una empresa que en realidad está orientada hacia la producción.
- Fase II:** *Crecimiento económico* (con escasez de canales de distribución). El marketing comienza a cobrar actividad, pues el objetivo prioritario de las empresas consiste ahora en dar salida a una producción masiva de bienes con eficacia y eficiencia.
- Fase III:** *Economía de la abundancia* (con escasez de demanda). El marketing se torna esencialmente activo y dinámico, dirigiéndose a orientar la actividad empresarial hacia las ventas.
- Fase IV:** *Sociedad postindustrial* (con escasez de recursos). El marketing adquiere una nueva dimensión –la dimensión social– y se preocupa de buscar un punto de equilibrio entre los objetivos empresariales y los de la sociedad. Ya no se trata tan sólo de producir lo que se puede vender, sino de producir lo que es “socialmente deseable” vender.

En resumidas cuentas, tras una etapa inicial (Fase I) en la que la función de marketing consistió en crear interés por la organización y sus servicios, se pasó a otra (Fases II y III) de impulso del proceso de compra en la que la función de marketing consiste en transformar el interés general en ventas (hacer promesas), para abocar finalmente a una etapa de proceso de consumo con escasez de recursos (Fase IV) en la que se requiere

crear “nuevas ventas”, acometer ventas cruzadas y sellar relaciones duraderas con el cliente (cumplir las promesas).

Como es lógico, las diferentes definiciones de marketing que cronológicamente se han dado a lo largo del tiempo sintonizan casi linealmente con las características que corresponden a esas fases y etapas. He aquí un apunte de eso: en 1926 Clark definía el marketing como “conjunto de esfuerzos que efectúan transferencia en la propiedad de bienes y se ocupan de su distribución física”; años más tarde, en el “Journal of Marketing” del mes de octubre de 1948, la American Marketing Association* dio a conocer el “Informe del Comité de Definiciones” y el presidente de dicha asociación, Ralph S. Alexander, escribió en la presentación que el marketing consiste en la “ejecución de ciertas actividades en los negocios, que dirigen el flujo de mercancías y servicios del productor al consumidor o usuario”; en 1959 Felton decía que “marketing es un principio o una actitud del espíritu que tiene por objeto integrar y coordinar todas las funciones de comercialización íntimamente unidas con todas las demás funciones de la empresa”; en 1960 la mencionada American Marketing Association proporcionó una nueva definición que, aunque muy criticada, se ha utilizado hasta hace poco con mucha frecuencia (“ejecución de actividades empresariales que dirigen el flujo de bienes y servicios desde el productor hacia el consumidor o usuario”); también en esa década de los 60, Pierre Hazebroucq se hizo eco de la definición acordada con general consenso por la Comisión Nacional Francesa de Técnicas Comerciales, diciendo que “el marketing es un estado de espíritu, una concepción unitaria de objetivos y programas, que impregnan toda la empresa en la óptica del mercado, con vistas a su expansión y sirviéndose de la manera más inteligente de sus recursos”; Ruiz Benítez, en los años 70, expresó que “es una óptica, un enfoque de la gestión empresarial que se caracteriza por una proyección de la empresa hacia la demanda, constituyendo un puente entre la producción y el consumo”; Kotler definió en 1985 que “la Administración o Dirección de Marketing es el análisis, planificación, ejecución y control de programas destinados a producir intercambios convenientes con determinado público, a fin de obtener ganancias personales o comunes. Depende considerablemente de la adaptación y coordinación del producto, precio, promoción y lugar, para lograr una reacción efectiva”...

* El Comité de Definiciones daba una triple definición de marketing. a) descriptiva (“Desarrollo de la actividad de los negocios dirigida hacia e incidiendo sobre el flujo de bienes y servicios desde el fabricante hasta el consumidor”); b) jurídica (“Conjunto de actividades relacionadas con la realización de cambios en la propiedad y posesión de bienes y servicios”); c) económica (“Parte de la economía que trata de la creación de utilidades de tiempo, lugar y posesión”, añadiendo que es también “aquella fase de la actividad del comercio por medio de la cual se satisfacen las necesidades humanas con el intercambio de bienes y servicios por alguna retribución valiosa”).

Ciertamente, como ya dijimos en otra ocasión², cualquier definición tiene un carácter instrumental (razón por la que siempre es tan útil y necesaria) pero habitualmente adolece de algún elemento de arbitrariedad. Salvo notables excepciones, en este caso la arbitrariedad consiste en que las definiciones que pueden espigarse discurren en torno a un concepto tradicional de marketing y con ello reducen sensiblemente la desbordante amplitud del propio concepto. Por nuestra parte, nos atrevemos a señalar que el marketing es un “enfoque conceptual”, una “filosofía”, una “actitud mental” que preside y orienta todas las actividades realizadas en una organización, para impulsar y llevar a todas las personas, funciones y departamentos de la misma a interesarse y atender activamente las necesidades y deseos de los clientes, con el fin de satisfacerlos en el contexto de la mejor relación coste-beneficio. Obviamente, a renglón seguido nos apresuramos a matizar que el marketing utiliza un conjunto de herramientas, técnicas y actividades que le permiten estudiar y comprender el mercado mediante la investigación y el análisis, escoger los segmentos o “nichos” de mercado que corresponden a su gama de actividad y/o suponen la mejor oportunidad de negocio, así como planificar, realizar y controlar los programas necesarios a tal fin, en el seno de una organización que previamente ha de estar preparada y convenientemente dispuesta a asumirlos y desarrollarlos con éxito.

No cabe, pues, dejar de llamar la atención sobre el error que supone interpretar que el marketing consiste únicamente en el dominio de ese conjunto de herramientas, técnicas y actividades (cosa, por otra parte, que sin duda es muy importante), pues tales elementos son sólo una parte –y, por tanto, limitada– del mismo. En este sentido, asumiendo lo indicado por Cowell en 1984, Grönroos³ advierte con notable capacidad de síntesis que el marketing, y por este orden de importancia, es:

1. Una “actitud mental” o “filosofía” que guía el pensamiento global de la organización, tanto en la toma de decisiones como en la realización de los planes que se hayan decidido antes.
2. Una “forma de organizar” diversas funciones y actividades en cualquier organización.
3. Un “conjunto de herramientas, técnicas y actividades”, que es a lo que están expuestos los clientes y otros públicos de la organización.

En resumen, el marketing es un conglomerado de ideas inserto en la organización, que cuenta con un conjunto de medios para llevar a cabo su propósito, y que debe ser impulsado y supervisado por la dirección. Por tanto, concretaremos aquí el concepto de marketing diciendo que «es la acción de conjunto de la empresa, dirigida hacia los clientes con un objetivo de rentabilidad»⁴.

LAS DOS DIMENSIONES DEL MARKETING

Si se sale a la calle y se pregunta a cualquier persona qué entiende por marketing, lo más normal será que su respuesta lo relacione abrumadoramente con la acción de venta, con la promoción o con la publicidad. Eso tiene una explicación: a nivel popular se tiene normalmente la idea de que el marketing es una categoría más de la función comercial y tal idea, aunque encierra una parte de verdad, no es toda la verdad.

Tras lo indicado en el punto anterior, no hay que esforzarse mucho para concluir que el concepto de marketing es en realidad un enfoque de la gestión empresarial. Dado que el éxito de una empresa consiste en el adecuado funcionamiento del conjunto de sus actividades o funciones (producción, finanzas, investigación y desarrollo, comercialización, etc.), la aplicación del marketing lleva a que la toma de decisiones en cada una de ellas esté presidida en todo momento por una orientación unitaria de los esfuerzos hacia la demanda⁵ y eso impone tener que concebir la gestión proyectando a la empresa en bloque sobre su fin principal: crear, conquistar un mercado en condiciones de rentabilidad.

Es innegable que una organización con “óptica de marketing” tiene ganado mucho de antemano, pues su gestión estará presidida por:

- un espíritu de unidad, de integración, de cooperación, de equilibrio y coordinación entre todos sus medios, dirigidos hacia el consumidor.
- una mentalidad orientada hacia el fin principal de la empresa: la clientela presente y futura.
- la voluntad inquebrantable de situar a la organización en óptimas condiciones para conseguir beneficios, sean estos económicos o sociales.

Ahora bien, en el marketing existen dos dimensiones susceptibles de ser apreciadas. Una de ellas responde a una concepción tradicional que tiende a encasillarlo en una serie de actividades no relacionadas directamente con la fabricación del producto y que, en consecuencia, interpreta el marketing como una técnica basada en un conjunto de herramientas gracias a las cuales es posible estudiar el mercado (potencial y posibilidad de ventas), determinar las características del consumidor o usuario (deseos, motivos, hábitos y comportamiento), analizar la situación de la competencia (puntos fuertes y puntos débiles), recomendar el diseño y embalaje del producto (y/o el desarrollo de nuevos productos y servicios), determinar el precio correcto de mercado y ajustar los costes de distribución, calibrar la efectividad de la publicidad y promociones de venta... Ciertamente, en base a todo esto es como se configuran las diversas “políticas de marketing” (política de mercado, política de productos, política de precios...), pero también es cierto que con tal concepción se abunda consciente o in-

conscientemente en el criterio de que el marketing es una tarea que compete únicamente a un grupo de especialistas.

La otra dimensión es la que conceptúa el marketing como un enfoque de la gestión y, naturalmente, eso trae consigo la secuela de tener que establecer la forma más idónea de dirigirlo en la práctica. En este sentido hay opiniones para todos los gustos, aunque es evidente que la bibliografía más copiosa y conocida al efecto no acaba de despegarse del concepto tradicional. Eso puede explicar que a la gestión de marketing se la considere inmersa en el marco que introdujo Neil Borden en 1964: el de las famosas “4 P” (“*Product*” «producto», “*Place*” «plaza» o «punto de venta», “*Price*” «precio» y “*Promotion*” «promoción»). El criterio dominante en ese marco es que la esencia del marketing consiste en mezclar sabiamente esos ingredientes (“*marketing mix*”) como medio adecuado de planificar diversas formas de competir. Para quienes se apuntan a tal criterio, el marketing se concreta en un proceso de planificación y realización de la concepción, precio, promoción y distribución de ideas, bienes y servicios para crear un intercambio, y satisfacer los objetivos individuales y organizativos.

Grönroos reconoce que perfilar el marketing como una mezcla de las “4 P”^{*} es una buena baza para la pedagogía (déjese a un lado el hecho de que esa mezcla no ha demostrado tener capacidad suficiente para captar ciertas situaciones) y que puede ser muy válido y útil en algunos contextos como el de bienes de consumo masivo; pero advierte que ese perfil entraña el riesgo de amartillar un planteamiento orientado a la producción y no al mercado^{**}. Ese riesgo también ha sido advertido por otros autores. Judd, por ejemplo, ya abogó en 1987 por que debería añadirse a las “4 P” una quinta (“*People*”, «personas») y el vicepresidente de marketing de “Marriot Hotels and Resorts”, Roger Dowal, abundó aún más rotundamente en eso al decir lo siguiente: “creo que las 4 P del marketing de servicios son personas, personas, personas y personas”. Realmente, las famosas “P” (que ha de reconocerse incluyen actividades importantes y son, a menudo, componentes fundamentales del marketing) constituyen un enfoque que no abarca adecuadamente los requerimientos de un concepto integral de marketing.

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

** Grönroos, en la obra citada (páginas 131 y 132), señala asimismo que es interesante prestar atención a la observación de Dixon y Blois (1983) referente a que “las 4 P representan fundamentalmente poco más que la teoría microeconómica desarrollada hace cincuenta años”.

En realidad esas dos dimensiones a las que hacemos referencia obedecen a que el marketing es, por una parte, una filosofía u orientación empresarial y, por otra, una actividad. Sargent subrayó con muy buen pulso esa doble dimensión al manifestar que la aplicación efectiva del concepto de marketing (la filosofía) parte del propietario y gerente de un negocio cuando determina sacar al cliente del papel de mero objetivo de venta y hacer de él foco constante de todos los planes básicos del negocio y tomas de decisiones. Lamentablemente, se ha concedido excesiva atención a los mecanismos de marketing (instrumentos, herramientas, integración funcional del marketing) y no la suficiente a la orientación de propietarios y gestores del negocio hacia el marketing⁶.

Hoy ya van cambiando las cosas y se habla de “marketing total”. La expresión no deja de ser una moda como otra cualquiera (ahí está el curioso término que pregona también una “calidad total”), pero bienvenida sea porque con ello a lo que en realidad se hace referencia es a la aplicación del concepto integral de marketing en la organización. Esperemos que tal moda evite caer en el error de seguir considerando que la integración de la función es el primer elemento de marketing, cuando es el segundo. Lo primero de todo es que el *concepto* de marketing sea comprendido y aceptado por el propietario y la gerencia; después, sólo después, la *integración de la función* no es más que el paso lógico y necesario que ha de darse para asentar debidamente el concepto en la organización. Adoptar el concepto de “marketing total” puede tener un efecto determinante sobre el curso de un negocio para obtener el máximo éxito, aunque creer que la mera adopción constituye una panacea para todos los problemas empresariales sería incurrir en un nuevo error aún más descomunal. Sólo si el marketing se aplica en conjunción con otros principios y técnicas de buena gestión, puede resultar una fuerza de gran provecho para el éxito –a corto y largo plazo– de una empresa.

MISIÓN Y CICLO DEL MARKETING

Se ha dicho que la empresa encuentra la justificación de su existencia en la posibilidad de producir bienes o prestar servicios útiles para satisfacer las necesidades que aparecen en el mercado en forma de demanda⁷. Por tanto, la finalidad de la empresa implica el suministro de un nivel de vida a la sociedad y en este aspecto es como el marketing constituye una filosofía y función básicas de la empresa, pues gracias a ellas es como mejor puede alcanzar esta su fin, su razón de ser. Mazur lo expresa con aplastante rotundidad al decir que “el marketing consiste en el suministro de un nivel de vida a la sociedad”⁸.

Ahora bien, entre otras cosas, suministrar un nivel de vida a la sociedad supone que:

- satisfacer a un cliente no es sólo satisfacer sus necesidades, sino también sus deseos y, más aún, sus esperanzas;
- debe procurarse que los bienes y servicios, en su recorrido desde el productor hasta el consumidor, lleguen a este con el menor costo posible;
- el consumidor pueda obtener la mejor relación coste/beneficio favorable para él.

A nuestro juicio, el marketing sólo puede lograr plena efectividad cuando cumple la misión de evitar frustraciones e insatisfacciones entre los consumidores, pues uno de los mayores desalientos que puede sufrir un hombre es no ver transformada su capacidad de aprovisionamiento en una mejora de su nivel de vida. Esa transformación es obra tanto de los esfuerzos públicos como de los privados y, en este sentido, ya dijo Drucker que “el progreso económico de un país en desarrollo está muy ligado a las posibilidades de eficacia de sus empresarios y a sus logros en el campo del marketing para conjugar los deseos, necesidades y poder de compra de los consumidores con la capacidad y recursos de la producción”⁹.

La misión del marketing se dibuja así como un proceso continuo de relación con los clientes traducible en una serie de intercambios o transacciones que son susceptibles de medirse en volumen de una satisfacción global con trascendencia estratégica para la empresa. Desde este presupuesto, algunos tratadistas, centrandó la medida de esos intercambios en términos de volumen de ventas, hablan de un “marketing relacional” de la línea de continuidad cuya función interactiva resulta de importancia capital para el resultado*. Con otro enfoque, en el que se toma en consideración el intercambio concreto con un cliente dado (sin voluntad de desarrollar deliberadamente una relación duradera con él), se refieren a un “marketing transaccional” o “marketing de toma de pedidos”¹⁰.

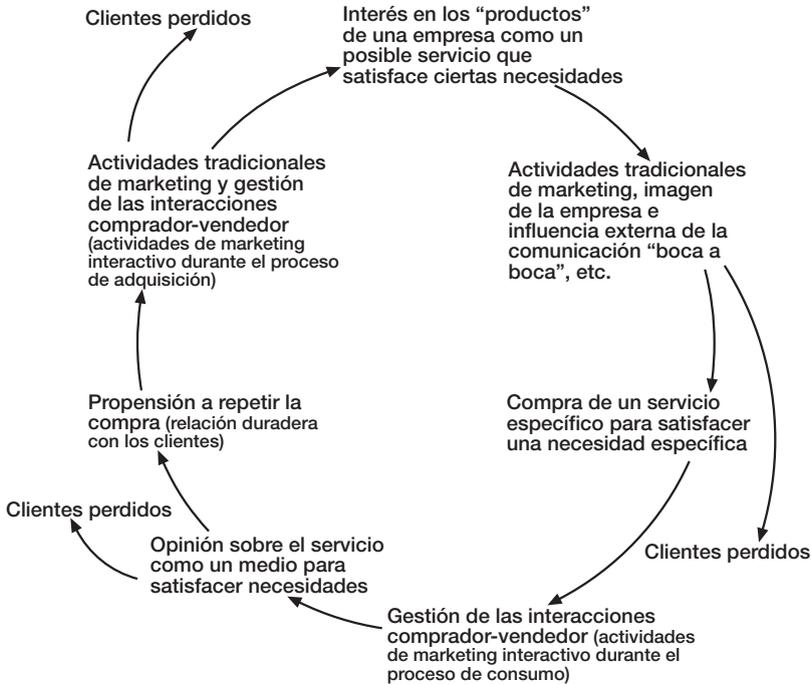
Ahora bien, de una manera u otra, todo proceso implica una evolución que se produce en el marco de un ciclo de vida donde es necesario adaptarse continuamente a las necesidades para sobrevivir. En cierto modo, hay aquí un lejano reflejo del lamarckismo y darwinismo biológicos, pues en el contexto de cualquier transacción no cabe negar la acción que sobre ella ejerce el ambiente a través de los sucesivos cambios que se producen en las condiciones exteriores y que son los que obligan a evolucionar en el seno de las organizaciones para adaptarse a los nuevos requerimientos que se plantean tanto en el entorno como en el dintorno. La trasposición de esto al campo del marketing supone que sus actividades han de adaptarse permanentemente a cada una de las etapas que confor-

* “*Marketing relacional*” es una forma de llamar a la estrategia de marketing que se propone mantener y aumentar las relaciones continuas con los clientes. Fue nominado así por varios autores, entre los que destacan Berry (1983), Levitt (1983), Jackson (1985), Evans y Combes (1988), Grömroos (1989)...

man el ciclo de vida en la que esté el cliente. Grönroos representa magníficamente este ciclo, visualizándolo en forma de un círculo continuo de acción sucesiva y mantenida (Fig. 1).

Al margen de que los competidores pueden llevarse a los clientes mediante mayores promesas (por ejemplo: mejor calidad, servicio más esmerado, precio menor, etc.), esa representación tiene, entre otras, la virtud de exponer con gran claridad los puntos o etapas en los que, si la empresa no es capaz de darle lo que ha prometido, puede un cliente abandonar el proceso.

Es ese un proceso en el que cabe distinguir dos facetas: la correspondiente a aquellas aplicaciones prácticas que se corresponden a la gestión de marketing de productos (productos industriales y productos de consumo masivo) y la correspondiente a aquellas situaciones “en las que la relación típica con un cliente se extiende más allá de una relación direc-



(Grönroos Ch, 1994)

Figura 1. Ciclo de vida del cliente.

ta e impersonal”³ (como –por ejemplo– la mantenida con el comprador de un automóvil, de un electrodoméstico o de un dentífrico) y que es la que caracteriza a los servicios, donde más que de gestión de marketing resulta apropiado hablar de gestión orientada al mercado¹¹.

Esta última faceta, la referente a un concepto de marketing como gestión orientada al mercado, es la que aquí nos interesa. Para su abordaje otearemos seguidamente qué es un servicio y, en particular, qué es un servicio sanitario. De esa forma, podremos adentrarnos con mejor conocimiento en el propósito de este trabajo: introducir al lector por los vericuetos del marketing de servicios de salud.

EL SERVICIO SANITARIO

CONCEPTO DE SERVICIO

La palabra “servicio” viene del latín “*servitium*” que, a su vez, dimana de “*servus*” (“siervo”, “esclavo”) y esta del verbo “*servo, as, are*” (“conservar”, “preservar”, “guardar”, “observar con atención...”). El diccionario de la RAE le da las acepciones “acción y efecto de servir”, “estado de criado o sirviente”, y en esta línea de significado la semántica de “servicio” construye –entre otras cosas– una idea de “utilidad o provecho resultante para uno por lo que otro ejecuta en atención suya”, propiciando el uso cortés del término para designar el ofrecimiento (o puesta a disposición de alguien) de alguna cosa, actividad o beneficio.

Sobre tales bases, y de forma más concreta, se arma en el mundo de los negocios un concepto de servicio en el que se distinguen dos componentes: uno que corresponde específicamente a la actividad objeto del mismo, y otro que responde a la forma y manera como se realiza dicha actividad. Ambos componentes, lejos de proyectarse disociadamente, interactúan de manera recíproca (al margen de que la mayoría de las veces se produzca también una interacción –de uno u otro signo– entre proveedor y cliente) y conforman así el valor global reconocido a la actividad, beneficio o satisfacción ofertados. Evidentemente, en el mundo de los negocios el servicio se traduce en un fenómeno complicado de conceptualizar, pues intervienen en su constitución tanto la dimensión personal como la del producto (que puede ser de naturaleza más o menos intangible), dando lugar a que sea objeto de muchos y varios significados.

La mejor demostración de esa diversidad la tenemos en la sarta de definiciones que se han dado de él, existiendo enunciados para todos los gustos y desde diferentes perspectivas. El denominador común de todos ellos acostumbra a ser que contemplan el fenómeno desde un prisma muy restringido y en algunos casos tienden mayoritariamente a referirlo a los servicios prestados por las llamadas “empresas de servicios” con elipsis de los que acompañan –o pueden acompañar– a la satisfacción de las demandas específicas que un cliente puede plantear acerca de un determinado bien físico. Esto se aprecia sobre todo en aquellas definiciones que se han apuntado sucesivamente desde un punto de vista formal, definicio-

nes en las que los servicios son “actividades no pertenecientes ni a la agricultura ni a la industria”¹², “bienes no susceptibles de comercialización”¹³ –enunciado que, además de ser rigurosamente inexacto, puede ser fuente de múltiples equivocaciones– o “actividades económicas que estadísticamente se clasifican como tales”¹⁴.

Tales definiciones distan mucho de ser satisfactorias porque en los servicios, normalmente, siempre están presentes las interacciones que se producen en los dos extremos de su proceso y estas interacciones, aunque las partes implicadas no sean conscientes de ello, resultan de enorme alcance y significado. La importancia reside en que un servicio no es una cosa sino una actividad, de naturaleza en gran parte intangible, cuya única razón de existir es la satisfacción de expectativas o la solución de problemas específicos del cliente. Sin género de duda, entre las características de los servicios cabe destacar dos que son básicas: poder intercambiarse y poder experimentarse de manera tangible. Por eso se aproxima mejor a una adecuada definición de servicio la siguiente: “Actividad o serie de actividades de naturaleza más o menos intangible que, por regla general, aunque no necesariamente, se generan en la interacción que se produce entre el cliente y los empleados de servicios y/o los recursos o bienes físicos y/o los sistemas del proveedor de servicios, que se proporcionan como soluciones a los problemas del cliente”¹⁵.

La conclusión a la que inevitablemente hay que llegar sobre el concepto de servicio es, pues, de sobra conocida: un servicio es algo etéreo, vago, intangible y, por heterogéneo, difícil de delimitar. Esa es la razón de por qué, para mejor perfilar su concepto, se recurre habitualmente a contraponerlo al más concreto y unívoco que corresponde a los bienes físicos¹⁶. En este sentido, la serie de diferencias que Richard Normann diseñó en su día entre uno y otro pueden resumirse en diez puntos, y procederse así a distinguir cuáles corresponden directamente al concepto y cuáles otros a las genuinas características que responden al proceso (Tabla 1).

Distinción entre naturaleza y elementos de un servicio

Desde el prisma del proceso que conduce al producto realizado, la problemática que subyace en los servicios consiste en que estos se confunden con el fin último de la actividad desarrollada (o con la misión social que los identifica), por lo que resulta fundamental lo siguiente: una cosa es que las formas abstractas con que se formula su definición obedezcan esencialmente a la naturaleza de intangibilidad y otra bien distinta que ofrezcan elementos claramente tangibles. Es decir, la naturaleza del servicio que –por ejemplo– presta un hotel consiste en satisfacer la necesidad de alojamiento (intangibles), mientras que los elementos con que ofrece dicho servicio son la habitación y los enseres dispuestos en ella, las aten-

Tabla 1. Características diferenciales del servicio.

Correspondientes al concepto	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Tiene consecuencia, pero no forma.</i> 2. <i>Es intangible.</i> 3. Las <i>percepciones subjetivas</i> desempeñan un papel básico. 4. <i>No se puede almacenar.</i> 5. <i>No comporta transferencia de la propiedad.</i> 	
Correspondientes al proceso	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Producción, distribución y consumo son simultáneos.</i> 2. No puede existir sin la <i>participación del cliente</i> y tanto clientes como empleados participan conjuntamente en su producción. 3. <i>La creación de valor tiene lugar por medio de instrumentos no inventariables</i> (flexibilidad, seguridad, confort, etc.). 4. <i>Utiliza con intensidad los recursos humanos.</i> 5. <i>Es difícil asegurar en él estándares de calidad que sean consistentes</i>, debido a: <ul style="list-style-type: none"> – Incertidumbre respecto a su “rendimiento” cuantitativo y cualitativo. – Interacciones mutuas entre productores y clientes. – Dificultad de utilización de mecanismos adecuados de control. – Subjetividad con que se percibe el “resultado del proceso productivo”. 	Su prestación, además de una actividad económica, supone un <i>sistema de relaciones sociales</i> .

ciones dispensadas durante la estancia en él y los medios puestos a disposición del usuario para su mejor confortabilidad (tangibles). Por tanto, anotemos que la dificultad –grande en muchas ocasiones– que existe para evaluar un servicio reside esencialmente en su naturaleza y eso es lo que confiere un interés especial al hecho de saber realizar (o “materializar”) los elementos tangibles de que consta.

A este respecto, bueno será indicar hay dos cuestiones que, dependiendo del tipo de servicio que se considere, son las que precisamente abonan ese interés y ambas pertenecen a las características que en el Tabla 1 figuran como correspondientes al proceso (puntos 1 y 2).

La primera de ellas incumbe a la inseparabilidad entre producción, distribución y consumo (punto 1), que se provoca debido a que el servicio

—en estricto sentido— no existe hasta ser producido, vendido y consumido. Esto hace que, como el cliente experimenta y consume el servicio de manera simultánea y sin poder visualizar enteramente el proceso de producción, revista para él una importancia singularísima aquella parte del proceso que sí le es visible y eso le impulsa decididamente a evaluar (o valorar) con subjetividad cada detalle.

La segunda incumbe a la particularidad de que el cliente participa del servicio en calidad de recurso productivo (punto 2), lo que necesariamente influye en la planificación del proceso. Los servicios no son almacenables y una planificación defectuosa conduce —más tarde o más temprano— a un “almacenamiento masivo de los clientes” (listas o tiempos de espera), cosa que cuando se produce repercute de manera decisiva en la valoración subjetiva de los detalles y se refleja de forma negativa en el valor conferido tanto a la naturaleza como a la globalidad del servicio.

En el negocio de los servicios hay que estar siempre en posición de alerta sobre estas cuestiones, pues, debido al impacto de la gente (bien se trate del personal, bien de los clientes, o bien de ambos a la vez) sobre el proceso de producción y distribución, aparece ese aspecto de heterogeneidad que caracteriza básicamente al proceso de suministro de los servicios y eso magnifica aún más la importancia de los elementos tangibles de que consta. En efecto, “un servicio a un cliente no es exactamente lo mismo que el “mismo” servicio al siguiente cliente. Si no hay nada más, la relación social entre las dos situaciones es diferente. Y el servicio que recibe un cliente al utilizar un cajero automático puede diferir del “mismo” servicio recibido por el siguiente cliente porque, por ejemplo, la segunda persona tiene un problema de comprensión de las instrucciones de la pantalla. La heterogeneidad de los servicios crea uno de los principales problemas de la gestión de servicios; es decir, cómo mantener, de forma permanente, un alto nivel de calidad percibida en los servicios producidos y prestados a los clientes”¹⁵.

El servicio sanitario

Las pinceladas con que hemos pergeñado el concepto de servicio, su naturaleza y elementos, pueden ayudar a comprender por qué cuando se analiza el proceso productivo de una empresa de servicios emerge una realidad que precisamente es la que más entorpece concebir el servicio como un producto propiamente dicho. Tal realidad consiste en que “los productos intermedios aparecen desligados del proceso de producción global sin que aparezca una vinculación clara entre los unos y los otros”¹⁷, agudizándose cuando aquellos se configuran tan nítidamente que, en más de una ocasión, llegan a enmascarar los productos finales aumentando así aún más la dificultad de diferenciación.

Esto resulta especialmente cierto en la empresa sanitaria, donde además cabe identificar tres componentes genuinamente específicos del servicio que presta: la empresa propiamente dicha (cuya calidad de proveedora a través de un sistema físico no es la misma en todos los casos debido a los diferentes recursos con que puede contar el sistema), el personal que lo lleva a cabo (artífice del proceso productivo y constituido por diferentes especialidades según sea la empresa proveedora) y los pacientes (que, en cualquier caso, es en los que se concreta el resultado), estableciéndose entre los tres una serie de relaciones e interrelaciones individuales por medio de las cuales toma cuerpo el servicio prestado.

Podemos concretar de manera esquemática el servicio sanitario en quince puntos. Son los siguientes (Tabla 2):

Tabla 2. Puntos en los que se concentra el servicio sanitario.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia personal o “posesión experimentada”. 2. Afecta a las personas (frente a los que afectan a los bienes). 3. Carácter individual. 4. Efectos físicos y mentales, permanentes o temporales. 5. Personal cualificado. 6. Alto contacto con el cliente. 7. Presencia necesaria del cliente (paciente). 8. Satisfacción de necesidades personales frente a comerciales. 9. Relación continua entre cliente (paciente) y proveedor (personal facultativo y de enfermería). 10. Consumo independiente frente a colectivo. 11. Acciones tangibles sobre personas. 12. Adaptación del servicio al cliente (cada paciente es un caso). 13. Servicio entregado en las instalaciones del proveedor (excepcionalmente, del cliente). 14. Alto grado de intensidad de mano de obra. 15. Importancia de la interacción entre productor /consumidor.

El servicio sanitario comparte la especial problemática que es consustancial a la mayoría de los servicios profesionales: en el momento de decidir por parte del usuario la satisfacción de una necesidad, la expectativa adquiere grado de excelencia¹⁶. Por eso, la comprensión del servicio sanitario pasa antes por reconocer que toda necesidad surge inicialmente de una situación objetiva que, al tomar consciencia de ella, se subjetiviza y se desencadena así el deseo por satisfacerla. Se impone, pues, delimitar las bases fundamentales e ingredientes básicos que concurren en la existencia de este servicio.

Necesidad de salud y su satisfacción

La ciencia económica dice que el hombre es “un ser de necesidades que persigue satisfacerlas”. Ahora bien, conviene aclarar que en el terreno económico se entiende por “necesidad” algo más que una mera sensación de carencia. Así, por ejemplo, puede oírse decir a un economista que un dipsómano tiene “necesidad” de alcohol o que un drogadicto cocaínomo la tiene de cocaína, cuando lo natural sería escucharle que tanto el uno como el otro de lo que tienen necesidad es de desintoxicarse y rehabilitarse para no poner en peligro su vida. ¿Por qué sucede esto? Porque para el economista el concepto de “necesidad” no se limita a las sustancias que objetivamente proporcionan un beneficio al organismo, sino que se limita a apreciar que la “necesidad” de uno es el alcohol y la del otro la cocaína, pues le basta comprobar que un individuo desea alcohol o cocaína (con independencia de que tales sustancias le perjudiquen) para decir que dichos individuos tienen esta o aquella necesidad¹⁸. Esto nos pone sobre la pista de que, para la ciencia económica, necesidades son tanto las carencias como los deseos (o gustos) sentidos o determinados por una sensación –o una idea– apreciada como perturbadora del equilibrio psíquico. De aquí que, en economía, se diga que las necesidades, al depender de causas que se encuentran en el sujeto (y que se traducen en carencias, deseos o gustos), son totalmente subjetivas.

Este matiz de la subjetividad es muy importante, pues lleva a concluir que carecen de valor esas distinciones que se hacen a veces entre “necesidades materiales” y “necesidades espirituales”, “necesidades primarias” y “necesidades secundarias”, etc. La única distinción posible reside en la distinta intensidad con que el individuo siente las necesidades, ya que sólo él puede ser juez en orden a la preferencia de su satisfacción. Además, las necesidades humanas –tanto por razón del número indeterminado de seres (en el sentido de ser imposible fijar un límite máximo insuperable al número existente de hombres) como por la indeterminación del número de sus necesidades– son ilimitadas, aumentan conforme progresa la educación, cambian conforme varía la edad y nunca se presentan aisladamente (una a una) sino concatenadamente en grupo. Por ejemplo: a la necesidad de comer se une inmediatamente la de beber; a la de vestir, la de tener una morada para protegerse de la intemperie... De aquí que una característica esencial de las necesidades sea la de presentarse sucesiva y no coetáneamente, mostrándose como “rivales” (o “concurrentes”) y “complementarias” (o “suplementarias”) según la intensidad con que se sientan.

Por lo que afecta al objeto de nuestra consideración, la salud constituye la más elemental y absoluta de todas las necesidades humanas, percibiéndose con más intensidad que cualquier otra porque constituye un estado de equilibrio entre el hombre y su medio, entroncando con la ne-

cesidad de conservación. Esto encierra una importancia enorme porque, como el objeto principal de la actividad económica del hombre consiste en adaptar la naturaleza para satisfacer la necesidad fundamental de conservación, implica que las actividades llevadas a cabo para colaborar en esa adaptación del hombre a su entorno tengan que perseguir la posibilidad de brindar al individuo la mejor utilidad marginal¹⁹. Eso no es fácil y tal dificultad surge fundamentalmente por dos cuestiones. Una: inicialmente –y sobre todo en caso de enfermedad– el valor de la salud es potencialmente infinito y, en consecuencia, ese bien que se configura por las actividades que llevan a cabo los servicios sanitarios carece de elasticidad de sustitución. Dos: la salud, y las mejoras que pueden darse en su estado, radica tanto en políticas industriales, agrícolas y educacionales, como sanitarias (debiendo advertirse que, además, estas últimas presentan el añadido de brindar diferentes perfiles temporales en cuanto a costo y beneficios, por lo que tal añadido hace que resulte muy difícil –por no decir imposible– evaluar monetariamente la fuerza de los móviles humanos por satisfacer la necesidad de salud antes que cualquier otra).

La satisfacción de las necesidades se consigue gracias a unos medios que genéricamente llamamos “bienes” (“mercancías” en el caso de ser tangibles y “servicios” en el de ser intangibles), definiéndose el concepto de “bien” como lo que sirve para satisfacer una o más necesidades. Esta definición, aunque en principio es aceptable, resulta imprecisa e incompleta porque no hace referencia alguna a las características que ha de reunir un bien para dar satisfacción a la necesidad. Por eso, sólo cabe decir de un medio que es un “bien”, si se cumplen las siguientes condiciones:

- Existir conocimiento o previsión de una necesidad.
- Por parte de lo que se considera como un “bien”, tener estas unas propiedades objetivas que real o presuntamente lo hagan apto para satisfacer la necesidad.
- Reconocer dichas propiedades por parte de quien tiene, siente o prevé la necesidad.
- Estar ese “bien” disponible, o sea, en condiciones de poder ser utilizado para satisfacer la necesidad.

Atendiendo a tales condiciones, y con más precisión, Menger concretó que “son bienes las cosas reconocidas como aptas para la satisfacción de necesidades humanas y están disponibles para tal función”.

Ahora bien, algunos bienes se hallan en cantidad tan abundante en la naturaleza que se puede disponer de ellos sin realizar actividad específica alguna para satisfacer las necesidades que dependen de su disposición (ejemplos típicos son el aire o la luz solar) y, en consecuencia, se les llama tradicionalmente bienes libres. Otros, sin embargo, están disponibles en cantidad escasa –o insuficiente– para cubrir totalmente las necesidades que de ellos se producen y su consecución requiere un esfuerzo (a

veces, un sacrificio) que pone a contribución las fuerzas físicas del hombre, su inteligencia y todas sus aptitudes. Esto obliga a tener que realizar determinadas actividades de producción para obtenerlos (su uso constituye el consumo) utilizando unos recursos. A estos bienes escasos, o que están disponibles en cantidad inferior a la necesidad que se tiene de ellos, se los denomina bienes económicos.

Puestos a tipificar que clase de bien es la salud, pueden apreciarse las siguientes connotaciones: es *escaso* (si es que existen, pueden contarse con los dedos de una mano los individuos que disponen de salud a raudales, pues siempre se arrastra –unos más y otros menos– “alguna pequeña cruz”), exige esfuerzo o trabajo para adecuarlo a la posibilidad de satisfacer con él la necesidad de equilibrio entre el individuo y su medio, impone una renuncia a otras satisfacciones (ahí están los que por propia convicción, por consejo o por prescripción facultativa, abandonan determinados hábitos, costumbres, gustos o placeres) y reclama una apta administración de los medios disponibles para conseguirlo. Conclusión: la salud es un bien económico. En este sentido, y de la misma forma, los servicios y productos sanitarios resultan ser también servicios y bienes de naturaleza económica, pues es evidente que –entre otras cosas– presentan aspectos estrechamente vinculados a la producción (generan riqueza) y el consumo (satisfacen necesidades), pueden medirse las consecuencias de sus variaciones, forman parte de una estructura de preferencias y se hallan sometidos a juicios de valor.

El mercado de los servicios de salud

Aunque puede sonar mal a los oídos del personal sanitario que con relación al servicio que prestan hablemos de la existencia de un mercado, la verdad es que la unidad económica de producción materializa sus productos y servicios, y la unidad económica de consumo los adquiere para satisfacción de sus necesidades, o en razón de su interés, por medio de un conjunto de actos y relaciones cuyo ámbito se denomina de esa forma.

La voz “mercado” proviene del latín “*mercatus*”, que a su vez deriva de “*mercor*” (compra, acto físico de comprar), y su concepto ha sufrido una enorme variación a lo largo del tiempo. En su acepción más antigua y corriente tenía un sentido geográfico de lugar donde se daba la reunión física de personas para comprar y vender*, pero, con motivo de las mejoras que se experimentaron en la red de comunicaciones, ese sentido de reu-

* Es conveniente aclarar que el “mercado” cumplía (como ahora lo sigue haciendo) su función principal en la formación del precio; pero en la antigüedad no fue menos importante que, con ocasión de las reuniones de los “comerciantes” (palabra que viene de “*cum mercis*” y con la que se significaba a quienes operaban “con las mercancías”) se creara en él una serie de normas –consuetudinarias, primero; escritas, después– que sirvieran de base para la fijación de los primeros preceptos reguladores de los actos comerciales.

nión física y contacto personal perdió importancia y llevó a los primeros economistas a considerar que la verdadera esencia del mercado estaba constituida por la “totalidad de relaciones que tienen lugar entre compradores y vendedores, tanto si se reúnen personalmente en un lugar y tiempo determinado como si no”²⁰. Hoy, en el ámbito de la Teoría Económica, se dice que mercado es “el conjunto ideal de actos de compra y venta de unos bienes determinados en tiempo y espacio determinado”²¹, concepción esta que ha servido de base para la formulación de varias definiciones por parte de diferentes autores.

Realmente, la concepción de mercado que impera en el sistema de la llamada “economía de mercado” (opuesto al sistema de la “economía con dirección central”) descansa en el desarrollo libre, e independiente del Estado, de las fuerzas de la oferta y la demanda (herramientas básicas del análisis microeconómico para estudiar el funcionamiento de los mercados, sobre todo si funcionan bajo el principio de la competencia perfecta**), pero es una concepción que, por insuficiente y reducida, no resulta cabalmente adecuada para el mundo de la empresa.

En efecto, si de acuerdo con la Teoría Económica aceptáramos que mercado es la totalidad de oferta y demanda de un determinado bien, estaríamos ignorando dos cosas fundamentales: que existen productos y servicios sustituibles, y que por parte de los compradores hay *preferencias* (lo que conduce a que productos y servicios objetivamente idénticos sean

** El modelo económico de “competencia perfecta” es un modelo analítico de la forma pura que asumiría el mercado, si: a) existieran muchos vendedores de productos absolutamente idénticos en relación con las ventas totales, de modo que ninguno de ellos pudiera influenciar el precio de mercado variando la cantidad que hace llegar al mercado; b) los compradores y vendedores fueran conscientes de los precios y las oportunidades existentes en todas partes, para cualquier mercado, con una certeza absoluta; c) estuvieran ausentes las economías de escala significativas, de modo que ningún vendedor pudiera crecer para dominar o influenciar el mercado; y d) no existieran obstáculos de ningún tipo al movimiento de los factores de producción o de empresarios al resto de la economía. Lógicamente, en tan ideales circunstancias, y a largo plazo, la competencia entre los productores aseguraría que cada productor pudiera operar con el tamaño (tamaño de la planta de producción) más conveniente y el equipo más eficiente, dando lugar al producto más perfecto (o sea, de coste mínimo) y a la posibilidad de obtener la cantidad mínima necesaria de beneficio para mantener el número mínimo de productores en la industria.

El modelo de “competencia perfecta” rinde una producción “ideal” en el sentido de que el precio que los consumidores tienen que pagar para obtener en estas condiciones las ofertas adicionales de una mercancía, tanto a largo como a corto plazo, serían exactamente suficientes para atraer los recursos productivos necesarios de usos alternativos. Si la producción estuviera organizada en todas partes de esta manera ideal, el sistema de precios aseguraría una distribución óptima de los recursos económicos y reflejaría las preferencias de los consumidores de la forma más eficiente. Por consiguiente, este modelo suministra una norma de eficiencia económica en la asignación de los recursos.

Ahora bien, como bien dice J. Rovira, “los mercados del mundo real cumplen pocas veces los requisitos e hipótesis del modelo teórico, pero esto no le resta utilidad a dicho modelo, tanto a efectos de predecir con un grado de aproximación aceptable el comportamiento de muchos mercados, como para servir de punto de referencia para juzgar el funcionamiento de otros tipos de mercado o de otros mecanismos de asignación de recursos” (*La salud y los servicios sanitarios como bienes económicos*). Revista JANO, nº 650, 1985).

considerados distintos por aquellos). Por eso señaló Veciana que, “en la mayoría de los casos, esto supone la existencia de «mercados propios de cada empresa» (lo que en inglés se llama “*markets of individual firms*”) y de ahí que se hable del «mercado de la empresa”, advirtiendo que con ello y, “desde el punto de vista de las Ciencias Empresariales, el mercado cobra un matiz subjetivo y propio de la empresa involucrada en el mismo”²². Schäfer abundó en esto, indicando que ese matiz se corresponde al conjunto de datos externos que son relevantes para la empresa y que principalmente responden al hecho de que en el mercado de la empresa no sólo existen oferentes y demandantes, sino también competidores. Se comprende así que las empresas dirijan sus esfuerzos a crear “su propio mercado” y, desde el punto de vista del marketing, que orienten todas sus acciones hacia ese mercado.

Ciertamente, la estructura del mercado primitivo se ha modificado completamente a través de perfeccionamientos sucesivos y entre las mejoras habidas la más importante en los tiempos modernos ha sido la posibilidad de transmisión rápida, prácticamente instantánea, de las informaciones y de los precios. Con ello, según la acertada expresión de Werner-Sombart, el mercado se ha “aclarado” y, en este sentido, puede definirse como “la centralización, tanto material como inmaterial, de las ofertas y demandas de un bien dado en un determinado momento”²³.

El mercado, pues, tal como hoy se concibe, nada tiene que ver con aquel sitio limitado donde se efectuaban compras y ventas, y donde los vendedores ofrecían sus mercancías a los compradores presentes. Hoy se ha convertido en una noción abstracta, inmaterial, en la que por haber desaparecido el factor lugar se concreta como “un conjunto de ofertas y demandas relativas a un bien o servicio determinado”. Esta definición permite que pueda vislumbrarse más aceptablemente cuál es el mercado al que hacemos referencia y en el que se desenvuelve el servicio sanitario, puesto que:

- engloba todas las transacciones relativas a la actividad o serie de actividades de naturaleza más o menos intangible que se proporcionan como soluciones a los problemas del individuo para la satisfacción de sus necesidades de salud, cualquiera que sea la extensión, el lugar, la calidad de los que intervienen en las transacciones y la duración de las mismas;
- perfila nítidamente el encuentro de centros de intereses distintos puestos en comunicación por intercambios, económicos o no, efectuados con un mínimo de libertad;
- se atiene tanto al servicio específico que el hombre puede disponer libremente para solucionar sus problemas de salud como al conjunto de los que para el mismo fin pone a su disposición el sistema sanitario en su conjunto.

Configuración de la demanda

La demanda de servicios de salud es una demanda “*sui generis*”, pues, aunque como para cualquier otro bien el consumo de asistencia sanitaria presenta una utilidad marginal que decrece conforme se satisface la necesidad y desaparece cuando el límite equivale al estado de salud plenamente recobrada, carece de mayor paralelismo en una economía pura de mercado porque:

- para el individuo enfermo no hay alternativa posible entre la necesidad de curación, rehabilitación o mejora, y cualquier otro bien o servicio (sin que importe el valor que pudiera tener este); y,
- en consecuencia, no puede perfilarse en función de gustos o preferencias, o de un mayor o menor precio de costo.

Ciertamente, para un individuo que está enfermo, la elasticidad de sustitución entre servicio sanitario y cualquier otro bien o servicio no existe porque, cuando se es presa de la enfermedad, la utilidad marginal de la curación –al menos, inicialmente– es infinita. Tal paradoja económica obedece a que la demanda de servicios de salud constituye una necesidad que, por vital, es inestimable. No obstante, eso no quita para que la expectativa generada en el momento de decidir por parte del individuo la satisfacción de su necesidad de salud implique necesariamente una correspondencia entre el *valor* (o inclinación derivada de la aptitud que se supone en un bien para satisfacer una necesidad) y el *deseo* que se ha sentido de satisfacer tal expectativa. Naturalmente, ese deseo será mayor o menor según sea la intensidad del mismo, la aptitud supuesta al bien y la probabilidad esperada de que dicha aptitud se haga realidad.

El consumo de servicios sanitarios para satisfacción de la necesidad de salud surge porque el individuo supone en ellos (de manera subjetiva) la propiedad de poder generar el resultado de restaurar, mantener, mejorar o rehabilitar el estado de completo bienestar físico, psíquico y social. Por tanto, sus expectativas pueden plasmarse en el siguiente esquema (Fig. 2):

Cuando la expectativa ha llegado a concretarse, es cuando se suscitan las diferentes alternativas posibles para proceder a la toma de decisión del aprovisionamiento y cada una de esas alternativas presenta siempre dos aspectos: el de *beneficio* (o esperanza de que se va a satisfacer realmente la necesidad) y el de *coste* (o sacrificio que impone el renunciar a la satisfacción de otro deseo). Por tanto, el individuo transforma las expectativas en un valor concreto (beneficio o ventaja positivos que viene a añadirse a la propia expectativa) y, tras compararlo con el coste, toma finalmente la decisión.

Esto lleva a ver con más claridad que, una vez tomada la decisión, lo que a fin de cuentas se compra no es un bien, un producto o un servicio

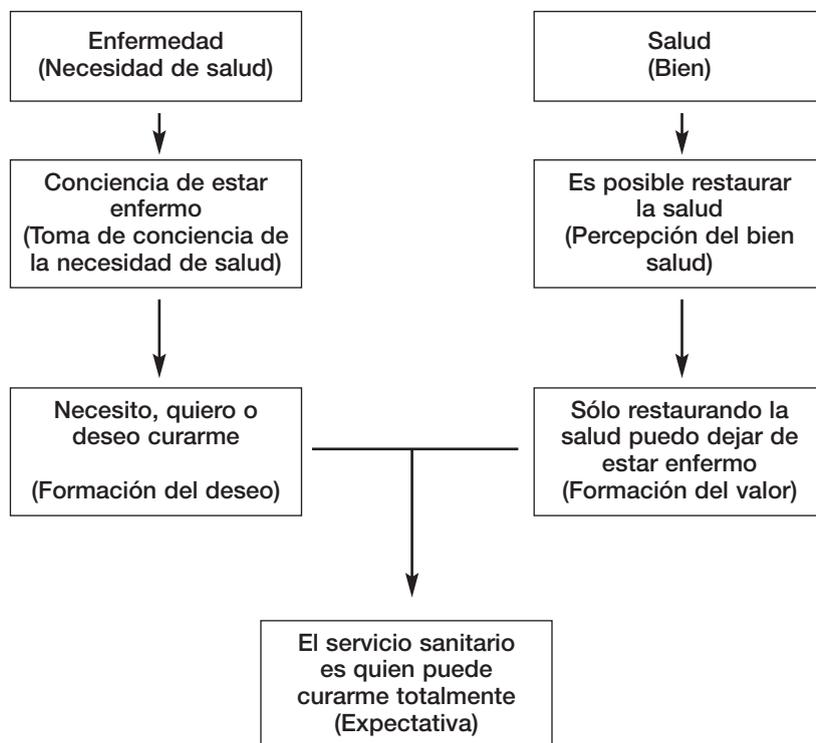


Figura 2. Génesis de la expectativa.

en particular, sino una esperanza que se concreta en que el proveedor va a proporcionar la mejor relación coste / beneficio favorable al comprador. Adquiere así todo su relieve el hecho de que el objeto de la transacción (el servicio sanitario) no es más que un medio para resolver un problema y más particularmente conduce a resaltar que el valor en que se transforman las expectativas responde a algo que es privativo del suministro de servicios profesionales, pues, si se indaga a fondo sobre qué es lo que en realidad se “compra” a una empresa sanitaria, hallaremos que es información médica (profesional) bajo la forma de diagnóstico, tratamiento y / o cuidados especializados. “El carácter mercurial de la información indica que se trata de un servicio que está al margen de satisfacer los supuestos necesarios que configuran la pura y dura comerciabilidad”²⁴.

Se compra información (o conocimiento) porque se supone que la información que posee el médico es el medio idóneo para resolver la necesidad de salud y esa es la piedra angular en la que descansa el reconocimiento del valor con que se conforma la expectativa. Al margen de la necesidad, aquella queda satisfecha o no en el contexto del servicio global

que se presta, puesto que así es la forma bajo la que se “materializa” la compra efectuada.

Si bien se mira, el servicio sanitario no podría apreciarse de otra manera porque el conocimiento médico (la información) necesariamente se expresa tanto en el diagnóstico como por medio del tratamiento aplicado al episodio que define la enfermedad. Esto es, se compone de dos factores: la interacción entre el paciente y el profesional (que es fruto de la decisión de compra tomada), y la aplicación de la ciencia, el arte y la tecnología médicas (junto con otras ciencias) para normativizar el proceso y ejecutar el curso clínico que se haya programado. Ambos aspectos no sólo son inseparables, sino que se hallan tan estrechamente interrelacionados que el primero puede influir sobre la naturaleza y el éxito del segundo hasta el punto de que una técnica puede o no dar el resultado previsto debido a la influencia que tiene la relación interpersonal; e, igualmente, puesto que lo comprado es realmente una esperanza (esperanza que ya se ha dicho que se concreta en una relación favorable coste / beneficio para el comprador), también influye en el éxito el sistema físico (recepción, sala de espera, comodidad, mobiliario, decoración, equipamiento..., etc.) o elementos del servicio, porque el paciente (el cliente) lo valora y asume como señal de interés para la satisfacción de su necesidad¹⁶.

Configuración de la oferta

En todo proceso productivo (sea de servicios o de bienes físicos) se utilizan unos recursos que, a través de una serie de procesos intermedios, dan lugar a la consecución del producto final. Este producto se identifica en el servicio sanitario con el nivel de salud restablecida, mejorada o, en el peor de los casos, mantenida.

La oferta de servicios de salud responde a un sobrentendido espectro jerárquico que, esquemáticamente, podría visualizarse de la siguiente manera (Fig. 3):

A medida que se “avanza” en el recorrido de esa jerarquía, los servicios que se ofertan aumentan en cantidad y novedad (nuevos servicios), hasta llegar al límite máximo en el que se ofrece toda la gama que el estado de la ciencia y la técnica hacen posible.

En síntesis, y de forma totalizadora, se aprecia que el reparto de la oferta obedece a una diferenciación basada en la morbilidad. En suma, esa es la razón por la que aparece un tipo de oferta orientada a satisfacer la necesidad de curación correspondiente a estados de menor gravedad o en fase inicial de diagnóstico, y otra que, acorde con las disciplinas médicas más especializadas, satisface la de mayor gravedad o complicación. Sin embargo, un esquema como ese, tan impecable y lógico sobre el papel, quiebra clamorosamente en la práctica. Las razones de tal quiebra ya las expusimos en otro trabajo, aludiendo a la sensibilidad de lo que cabe in-

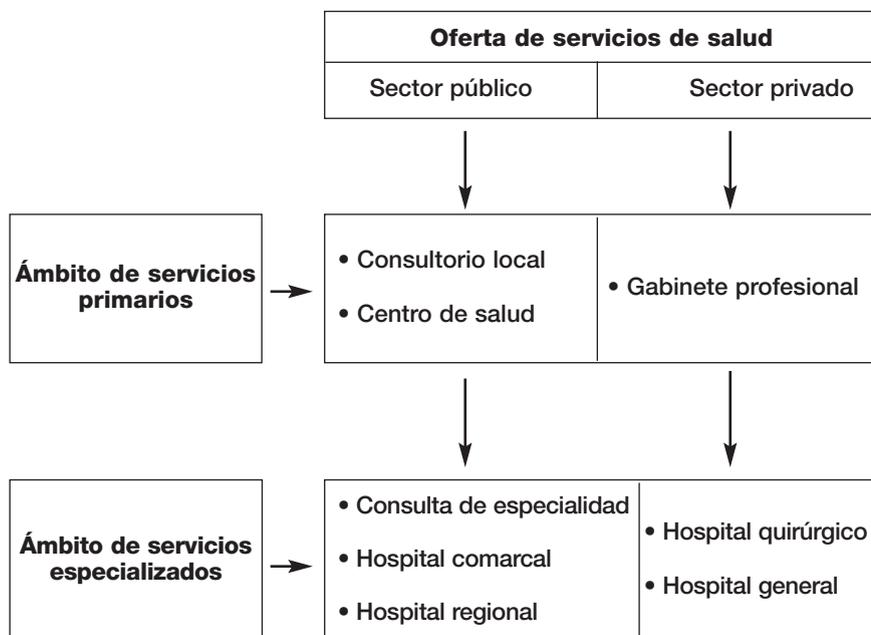


Figura 3. Jerarquización de la oferta de servicios de salud.

interpretar como “imagen de marca” y a la falsa proporcionalidad que se imputa a la heterogeneidad de los casos²⁵.

Ahora bien, no está de más repetir aquí que el “negocio” del servicio sanitario presenta una particularidad: los costos aumentan rápidamente con el grado de morbilidad de los pacientes y, cuando esta surge en alto grado, es cuando en el sector privado entra en juego el efecto de las posibilidades económicas del individuo (su renta). Como ya indicamos en el trabajo al que nos hemos referido anteriormente, forzando un poco la ley de Engel bien puede decirse que, en el sector privado la elasticidad de la demanda de servicios de salud se configura con relación a la renta del individuo como superior a la unidad y que en el sector público el terreno en el que existe la oportunidad más clara de competir es en el impulso de mejoras correspondientes a la relación interpersonal y el confort; terreno este nada desdeñable porque la población, cuyo nivel de vida progresa, reclama un desarrollo paralelo de ese nivel que configura los elementos de tangibilidad del servicio (cosa que, como ya se dijo, se confunde con la propia naturaleza del servicio en el momento de adjudicarle integralmente un valor).

Configuración del precio

Con independencia de cuál puede ser la unidad de producto en el servicio sanitario (cuestión que escapa al objeto de este trabajo*), baste señalar aquí que la forma idónea de lograr mejores y más satisfactorios resultados económicos pasa obligatoriamente por racionalizar la organización productiva en base a una graduada diversificación de servicios ofertados en la que la función escalar tienda a aproximarse a una recta. El precio nunca puede ser ajeno a la realidad de una variable de tal entidad como es lo singular del caso atendido a lo largo de su proceso de curación, por lo que necesariamente ha de cifrarse tomando como base el costo marginal. El suministro de cualquier servicio de salud es incuestionable que está a merced de tener que afrontar el “suplemento” de la morbilidad correspondiente a cada caso y eso obliga a tener que plantearse también la necesidad de proponer suplementos de precio a pagar.

Ciertamente, la gestión a costo marginal es un tipo de gestión característico de la empresa industrial, pero resulta de plena aplicación en la de servicios salud porque, delimitado un costo por proceso o por desmultiplicación en diferentes grupos (tanto de diagnóstico como de tratamiento), es un tipo muy apto para concretar la formación del precio. A fin de cuentas, si la empresa de servicios de salud es empresa de la que bien puede decirse “trabaja sobre pedido”, la única manera de valorar el precio que corresponde a la heterogeneidad de su producción reside en adecuarlo flexiblemente a la graduación que se provoque en el costo y que está en función de cada caso (o grupo de casos) según grado de morbilidad.

De todas formas, y dependiendo del modelo de sistema sanitario que impere, el precio del servicio entendido en términos monetarios ejerce un peso relativo en este mercado, si no inexistente. La cobertura de la necesidad por medio de organizaciones de Seguridad Social o de Compañías Aseguradoras conforma un mecanismo de transacción en el que el acto de aprovisionamiento se realiza bajo un precio de valor “0”, lo que distorsiona enormemente la configuración de este mercado y los juicios de valor por parte de la unidad de consumo. Esto trae consigo que, a efectos de gestión financiera, la política de precios en este mercado se oriente con preferencia a considerar los costes como medio más adecuado para medir la contribución al beneficio (allí donde este sea posible).

Se crea así una curiosa sinonimia entre costes y precios que necesariamente plantea la necesidad primordial de conocer y analizar tanto los diferentes componentes del coste como su comportamiento. Por eso, desde una óptica económica, hablar de precio en los servicios de salud es –a fin de cuentas– hablar de costo.

* Remitimos al lector que esté interesado en ello al trabajo citado con el n.º 6 en la Bibliografía.

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

Realmente, el “marketing de servicios de salud” es una estrategia para orientar la organización provisor de tales servicios hacia al mercado, por lo que la gestión debe practicarse en dicho sentido y para ello han de conceptuarse los servicios como productos que se suministran a los pacientes tomando en cuenta la perspectiva de estos respecto a aquellos.

La mayoría de los modelos de marketing se basan en la experiencia de competir en el mercado; ahora bien, es de significar que en el sector servicios la competencia se sustenta, tanto a nivel estratégico como operativo, en una condición fundamental: reconocer y aceptar sin reserva alguna que lo sustancial de lo que se oferta está constituido por el conjunto de aspectos susceptibles de ser percibidos por los clientes; es decir, reconocer cómo perciben estos las interacciones que se provocan entre ellos y los proveedores del servicio (calidad funcional del proceso), conceptualizar adecuadamente qué es lo que se les suministra (calidad técnica del resultado) y conocer de qué manera valoran la percepción de lo que reciben (imagen y comunicación de la calidad provista). A partir de tales premisas es como puede planificarse la asistencia sanitaria en base no a un mero “paquete de servicios” sino configurando una oferta integral –e integrada– de los mismos; es decir, basada en el planteamiento de que un servicio de salud es tanto un medio para resolver el problema surgido por la rotura de equilibrio entre el individuo y su medio, como la provisión de aquellos beneficios que buscan o valoran los pacientes en el proceso con el que se da satisfacción a su necesidad.

Es necesario, por tanto, conocer algunas cuestiones en las que se asienta el enfoque de marketing de servicios de salud. Esas cuestiones, de manera genérica, pueden concretarse en tres puntos básicos: configuración previa del concepto de servicio (para proceder así al desarrollo del paquete fundamental de servicios), contenido de la oferta (conjugando equilibradamente los elementos esenciales con los que dimanen de las diversas percepciones que tienen lugar en el proceso de la interacción proveedor-paciente), y gestión de la imagen y la comunicación.

CONFIGURACIÓN DEL CONCEPTO DE SERVICIO

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

No, no cabe dar por sentado que una institución sanitaria (la que sea) sabe de sobra cuál es el servicio que presta y que exigir su adecuada conceptualización raya, por tanto, en la obviedad. La O.M.S., por ejemplo, define un hospital de la siguiente manera: “Parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar; el hospital es también un centro de formación de personal médico-sanitario y de investigación bio-social”. Mal cañamazo es ese para tejer sobre él un enfoque de marketing de servicios. Desde el punto de vista clínico la definición puede que sea impecable, pero acusa las siguientes carencias: consagra un escoramiento de la actividad hospitalaria hacia la producción, ignora totalmente la correcta conceptualización de servicio y no hace la más mínima referencia a esos otros elementos auxiliares que deben incorporarse a las relaciones con los pacientes, y que son los que constituyen los valores y beneficios que ayudan a mejor competir. La calificación profesional y la tecnología a aplicar (eso es a lo que en realidad se refiere esa “asistencia médico-sanitaria completa, tanto preventiva como curativa”, que se explicita en la definición) se dan más o menos por sentadas por parte de los pacientes. De otra manera, ¿se atrevería alguno de ellos a ponerse en manos de un médico o entrar en un hospital?

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

Veamos seguidamente cuáles son esas opciones, que pueden adoptarse bien en conjunto, por separado o bien tomando en cuenta algunas de ellas.

Estrategia de calidad tecnológica

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

Sin embargo, tal inclinación no deja de resultar cosa sumamente curiosa. Los médicos, que acostumbran a rasgarse las vestiduras ante los criterios de evaluación económica aduciendo que “un paciente no es un tornillo” y que rechazan de plano (con razón) cualquier sentido o enfoque de carácter industrial a la labor que realizan, no tienen inconveniente alguno en reclamar e impulsar con notable ardor equipamientos sofisticadamente técnicos como medio imprescindible para mejorar la calidad del resultado..., sin reparar en que tales actitudes y confianza son precisamente lo más específico y característico de la fabricación de bienes industriales. El contrasentido resulta tan mayúsculo como sorprendente, pues –contra lo que se dice rechazar– lo cierto es que se actúa con criterios idénticos a los del sector industrial, donde la competitividad se centra en la utilización de la tecnología como medio idóneo para ganar en calidad porque constituye un valor en sí misma y un valor fundamental para el cliente. Posiblemente tuviera razón cierto autor que dejándose llevar de un rasgo de humor apuntó no hace mucho que, dados los medios utilizados hoy por los médicos, deberían estos pasar a denominarse “ingenieros mecánico-electrónico-informático sanitarios”; pero la verdad es que en el sector servicios (y más específicamente en el de los servicios de salud, donde cier-

tamente un paciente no es un tornillo), la tecnología no suele jugar un papel tan decisivo (aunque no deja de tener su importancia).

Y no lo juega porque, al margen de la mayor fiabilidad que los medios en continuo avance aportan al diagnóstico, cuanto más aumenta una competitividad basada en aspectos técnicos más se debilita el recurso tecnológico como fundamento para una estrategia. La razón de ello estriba en que, como la calidad de un servicio es en resumidas cuentas la que percibe el cliente, las soluciones técnicas (máxime si son similares entre unas empresas y otras, como evidentemente sucede en el mundo sanitario) no son tan importantes y, por lo que se refiere al proceso que se desarrolla en los servicios de salud, jamás llegarán a erradicar la incertidumbre en el resultado. Es muy aleccionador el resultado obtenido por Keyser en un estudio llevado a cabo en 1988 sobre la causa de por qué los clientes cambian de proveedores en el sector servicios. Encontró que el 68 por 100 lo hace por la indiferencia, arrogancia o desatención de los empleados y que sólo el 14 por 100 lo hace por no estar satisfecho con el producto (el 18 por 100 restante adujo como razón de cambio otros aspectos varios)²⁶. Como bien dice Grönroos, “esto no quiere decir que una excelente calidad técnica sea menos importante que antes, pero la diferenciación de la oferta mediante el desarrollo de la solución técnica (un bien o un servicio) puede ser imposible, o demasiado cara. Es probable que sea necesario un alto nivel de calidad técnica, pero el éxito no está sólo relacionado con este factor”²⁷. Esto, en los servicios sanitarios y tal como se dice vulgarmente, “va a misa”.

Estrategia de servicios

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

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

realización de exploraciones complementarias se realicen sin impedimentos, fluidamente y en el mismo día; se eliminen los tiempos o las listas de espera; se reduzcan al mínimo indispensable los requerimientos burocráticos, etc.

Estrategia de imagen

No se crea que esta estrategia tiene algo que ver con el concepto de “identidad corporativa” o de visión de la empresa en el contexto de aquello que rodea a la organización. Se refiere a la aplicación de una serie de “extras” añadidos al servicio que se presta y que frecuentemente se crean por medio de la publicidad o de otros medios de comunicación para realzar algo sin sustancia real, pero que hace considerar en la oferta alguna suerte de ventaja competitiva a los ojos de los pacientes. Esos “extras” consisten en la utilización de una serie de medios con los que se potencia un mayor aprecio por el servicio que se oferta. Ejemplos de ello pueden ser la decoración y el mobiliario, la disposición de aparatos de televisión y/o hilo musical en salas de espera y habitaciones, la limpieza, orden y excelente conservación de los inmuebles, la entrega de folletos explicativos sobre el funcionamiento y características de la institución, etc.

Estrategia de precios

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

Quizás no sea desdeñable de cara a una acción comercial dirigida a Compañías Aseguradoras del ramo sanitario, pero el segmento de pacientes que puede ser sensible a una estrategia de precios más baratos es mínimo, casi inexistente. (Aquí, en España, el impacto que pudiera tener una estrategia de este tipo quedaría diluido ante el hecho de que el 98 por 100 de la población disfruta de cobertura sanitaria a través de la afiliación a la Seguridad Social. El acceso del ciudadano a la oferta del sector público carece de referencia alguna al precio –es “0” en el momento del aprovisionamiento– y cuando accede a la del sector privado lo normal es que no lo haga con cargo al propio peculio más que una mínima parte. Lo común en este caso es la utilización de una de estas dos vías: a cargo de alguna póliza suscrita con una entidad aseguradora privada o recabando autorización de acceso con cargo a concertos que tiene establecidos la Administración Pública Sanitaria con él). De todas formas, bueno será advertir

que precios bajos significa menos capital para invertir en otros elementos de la relación con el cliente, como –por ejemplo– calidad técnica y suministro de algunos servicios adicionales.

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

CONTENIDO DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

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

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

Estos tres grupos forman el todo que configura el servicio global e íntegro que se suministra al paciente, pudiéndolo visualizar de la siguiente manera (Fig. 4):

Servicio esencial

Constituye la razón de ser de la oferta que se hace y que en nuestro caso se sobrentiende consiste en satisfacer la necesidad de salud, restableciéndola, mejorándola o manteniéndola, como resultado del proceso llevado a cabo. Sin embargo, en la naturaleza de este servicio se concitan algunos puntos débiles que con frecuencia entorpecen proceder acertadamente a su conceptualización y propician que los profesionales den al término *esencial* una consideración tan desproporcionada que muchas veces anula los auténticos requerimientos de un buen servicio.

Conviene no olvidar que el estado y nivel de salud que tanto individual como colectivamente pueden disfrutarse están íntimamente relacionados con unos factores (entorno social, estilo de vida, biología huma-

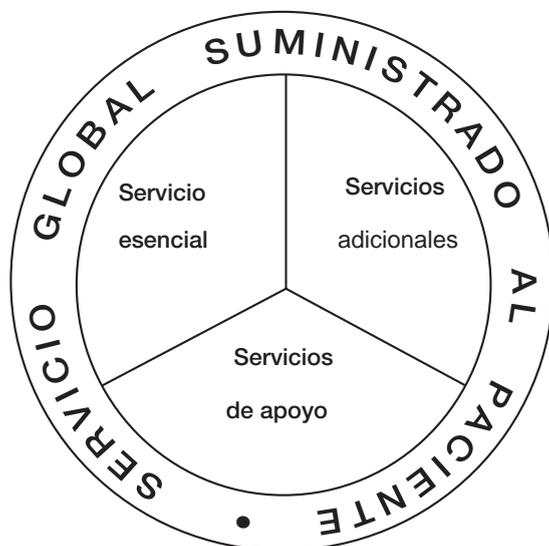


Figura 4. Representación de la globalidad del servicio suministrado.

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

Dijimos anteriormente que el valor de la salud, y sobre todo en caso de enfermedad, es potencialmente infinito; pero también es cierto que las mejoras que puedan darse en su estado radican tanto en políticas industriales, agrícolas y educacionales, como sanitarias (debiendo advertirse que, además, estas últimas presentan el añadido de brindar diferentes

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

perfiles temporales en cuanto a costo y beneficios). Entre algunos tratadistas es usual emplear de manera indistinta los términos “salud”, “sanidad” y “sanitario”, cuando tales términos corresponden a conceptos que, aun orientados a un mismo objetivo, responden a ideas diferentes. El concepto “salud” es dificultoso de definir y, por encerrar un carácter relativo, tremendamente subjetivo. Esa dificultad no es privativa de nuestro idioma, sino que también se deja traslucir en las diferentes acepciones que le confieren los diccionarios de otras lenguas.

Así, por ejemplo, el de la española dice que salud es el “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” y al adjetivo “sano” le asigna el sentido “que goza de perfecta salud”. En francés, “*sain*” (“sano”) hace referencia a un “buen estado” (en el sentido de intacto), por lo que en el dominio de lo espiritual sirve de prefijo para denominar la santidad (“*sainteté*”) y, en referencia al cuerpo, deriva en “*santé*” (salud). En inglés, la idea salud puede expresarse de tres maneras: por medio del vocablo “*health*” (“condición del cuerpo o de la mente”), que da origen al adjetivo “*healthy*” (sano) con el sentido tanto de “bienestar, fortaleza o disposición para resistir la enfermedad” como de “estado en el que se está libre de enfermedad” (sanidad); por medio del vocablo “*welfare*” (“condición de buen estado del cuerpo o de la mente que permite vivir confortablemente”, que comúnmente suele traducirse por “bienestar”); y por medio de la voz “*salvation*” (“estado de haber sido librado de las consecuencias de un mal, una enfermedad, una quiebra, una falta o un pecado”).

Semejante abanico, a pesar de sus múltiples facetas, indica que en esa maraña de conceptos todo gira en torno a una noción del término “salud” que resulta bastante confusa y es tan subyacente como dominante. Eso se comprueba planteando, entre otras, preguntas como ¿qué es “lo normal” en el ejercicio de las funciones por parte del ser orgánico? o ¿qué significa “perfección” en el disfrute de la salud? Es obvio que las respuestas implican por sí mismas una carga enorme de subjetividad, pues dependerán de lo que cada individuo interprete, sienta o conciba como “normal” o “perfecto”, y eso debería hacer reflexionar sobre el sentido de “esencial” con que los profesionales acostumbran a considerar en términos absolutos el servicio que prestan.

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

“*esencialidad*” que en el proceso productivo de la asistencia sanitaria se quiere magnificar desde la vertiente del componente técnico.

A este tema de la salud, la economía ha hecho importantes aportaciones enfocadas hacia tres frentes: el estudio de la oferta y la demanda de los servicios sanitarios, el estudio de las consecuencias económicas que se derivan de la política inversora y la aplicación de análisis económicos para racionalizar la asignación de recursos. Una de las aportaciones más significativas ha sido que, gracias a los análisis y estudios efectuados, se pudieron evidenciar “las limitaciones del enfoque biomédico –flexneriano– por estar centrado de manera primordial en describir déficits de salud en términos de “casos” según diagnóstico de episodios individuales, basarse únicamente en el registro de desviaciones respecto a un estado de “buena” salud y no entrar a definir ni contemplar de forma satisfactoria las dimensiones colectivas”²⁸.

Por tanto, la “*esencialidad*” a que aquí nos referimos nada tiene que ver con alguna suerte de primacía de la calidad técnica en la provisión global del servicio sanitario. Aquí se habla de “servicio esencial” en el sentido de servicio básico, inherente o sustancial, que forma parte de un servicio global e íntegro suministrado al paciente. En sentido estricto, lo sustancial de ese servicio básico corresponde a un proceso en el que sí se sabe lo que de una forma u otra se hace con los pacientes, pero no cómo se hace o debería hacerse. Esto impide en muchas ocasiones que se puedan insertar en él los aspectos de la calidad funcional del servicio y hace difícil que los profesionales del servicio sanitario lleguen a comprender el enorme impacto que suponen la imagen y la comunicación en la percepción de la calidad (cuando ese impacto es, precisamente, el que tiene mayor incidencia en la valoración total del servicio integral prestado).

Sería, pues, un error tremendo concentrar sólo la oferta de servicios de salud en lo que atañe al servicio esencial en función de la calidad técnica del resultado, cuando la calidad funcional del proceso que se lleva a cabo en la prestación del servicio es también parte –y muy importante– del producto total, lo que conduce necesariamente a que la oferta haya de responder a una planificación y “venta” integral de servicios.

Servicios adicionales

Como la propia denominación indica, son aquellos servicios que se añaden al esencial y que se incorporan a las interacciones proveedor-cliente. Gracias a ellos se crea o incrementa un valor añadido a la oferta integral del servicio durante todo el proceso del mismo.

Crean o incrementan un valor añadido porque, al dar con ellos satisfacción a los deseos que generalmente acompañan al de satisfacer la necesidad fundamental, reportan beneficios para el cliente. Naturalmente, como esos deseos y las situaciones en que se perfilan difieren sensible-

mente según los individuos, el proceso de prestación integral del servicio sufre la servidumbre de ser percibido de diversas maneras. Por eso, desde el punto de vista de la gestión las características de tales servicios se configuran mayoritariamente en torno a tres cuestiones: la accesibilidad, la interacción con la organización y la idiosincrasia del paciente.

Refiriéndonos concretamente a los servicios de salud, vamos seguidamente a detallar cada una de ellas.

Accesibilidad

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

Aunque las variables que pueden incidir en la percepción de que un servicio de salud es o no accesible son numerosas, cabe aunarlas en cuatro grandes grupos. Estos grupos, de alguna manera, se identifican con:

- a) *El local*: Acceso físico desde el exterior, plazas de aparcamiento disponibles, horario de trabajo, etc.
- b) *Facilidad de utilización de recursos físicos*: Diseño y condiciones del edificio, señalización, salas de espera, salas de pacientes, cuartos de baño, instalaciones complementarias, etc.
- c) *Actitudes y comportamiento del personal*: Trato con el público; tiempo de respuesta a las llamadas telefónicas, a las personas que entran, salen o ya están en el edificio, a los pacientes; profesionalidad; reducción de los aspectos desagradables que pueden comportar las exploraciones, tratamientos o extracción de muestras, etc.
- d) *Allanar dificultades*: Cantidad y dificultad de impresos a rellenar, instrucciones acerca de los procedimientos (indicando lo que puede hacerse, lo que no puede hacerse o lo que los pacientes deben hacer por sí mismos) para obviar dificultades, procedimientos de facturación y formas de pago aceptadas, etc.

Todos estos factores son parte –y muy importante– de los servicios adicionales con que se crea o incrementa valor añadido al servicio, por lo

que los fallos que puedan provocarse en este ámbito dañan seriamente o arruinan la percepción del servicio integral prestado.

Interacción con la organización

Hay diferentes clases de interacciones. Unas son fruto de la comunicación interactiva que se produce entre profesionales y pacientes (y que, a su vez, dependen del comportamiento de los profesionales asistenciales, de lo que dicen y hacen, y de cómo lo dicen y lo hacen); otras, de las reacciones que se provocan en la utilización de los recursos técnicos y físicos (instalaciones, herramientas y equipos con los que se desenvuelve el proceso productivo del servicio); y, otras más, de las relaciones mantenidas con otros pacientes implicados simultáneamente en el proceso de producción del servicio.

Todas estas interacciones influyen, de una manera u otra, en la percepción del servicio y, como acaba de decirse, si se consideran negativamente repercuten de manera importante en que la calidad percibida del servicio integral prestado sea estimada o valorada a la baja.

Idiosincrasia del paciente

Es innegable que el paciente influye, en mayor o menor grado, en el servicio que se le suministra y, consecuentemente, en la calidad que de él percibe. Al paciente se le pide que suministre información (síntomas de la enfermedad), se espera que cumpla lo que se le indica (medicamentos, ejercicios, planes terapéuticos) y, en algunas ocasiones, que rellene algunos documentos. Esto hace que, dependiendo de su preparación, comprensión y voluntad para hacerlo, el servicio discurra de tal manera que resulte mejor o peor.

Por ejemplo, a nadie se le oculta que, si un paciente no es capaz de informar correctamente sobre sus problemas, el médico tendrá mayor dificultad para hacer un diagnóstico correcto o que no podrá hacerlo (al menos, de primer intento). En tal caso, el tratamiento puede ser menos eficaz que si se realizase de otra forma o puede resultar erróneo, perjudicándose entonces el servicio esencial que presta el facultativo.

Dependiendo, pues, del grado de accesibilidad de los servicios, del aliciente con que se perciben las interacciones con la organización y de la idiosincrasia de los pacientes en el proceso productivo, el concepto global de servicio puede ser objeto de una valoración u otra. De aquí que el contenido de la oferta de servicios de salud deba especificar con la mayor claridad posible la configuración del concepto de servicio, los servicios esenciales de que consta, los adicionales que debe añadirse para crear o incrementar valor añadido y las pautas requeridas para preparar a los pacientes a participar lo más adecuadamente posible en el proceso.

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

Servicios de apoyo: imagen y comunicación

Es indiscutible que la imagen influye de manera importante en la calidad percibida de los servicios y que, a su vez, esta obedece en gran medida a la comunicación que se lleve a cabo, porque la comunicación también impacta directamente en las expectativas y las experiencias del cliente.

La imagen que tenga un determinado servicio de salud constituye un “filtro” a través del cual enjuicia el paciente, de forma más o menos incisiva, la experiencia que ha tenido en el proceso de suministro, induciéndole a considerarla más o menos favorablemente al margen del resultado. Como la utilidad marginal del servicio desaparece conforme se avanza en el proceso de curación, rehabilitación o mejora, la imagen –sobre todo en la fase final del proceso– tiende a ir ganando posiciones hasta llegar a asimilarse como parte integral del servicio durante el desarrollo del producto.

Este asunto de la imagen presenta dos perfiles: uno correspondiente a la global de la empresa que provee el servicio (dibujado por medio de la publicidad, las relaciones públicas, los anuncios y folletos, la “fama”...) y otro correspondiente a la construida “*in situ*” (durante el curso de las interacciones entre proveedor y paciente, y que, como ya se ha señalado, configuran la dimensión de la calidad funcional del servicio). Tanto para uno como para otro, la comunicación condiciona o forma en gran medida la imagen recibida, resultando de especialísima incidencia a largo plazo la comunicación “boca a boca”. Está ya suficientemente contrastado que los comentarios negativos hechos por los pacientes llegan a impactar con enorme facilidad y, a la larga, contribuyen de manera importante a cambiar la percepción que una persona puede experimentar durante y tras la asistencia que se le proporciona.

La forma en que estos puntos afectan a la percepción de una oferta eficaz se puede visualizar con toda claridad en la figura 5, que, a su vez, constituye una interesante falsilla para guiar la gestión en el contexto de un enfoque de marketing en los servicios de salud.

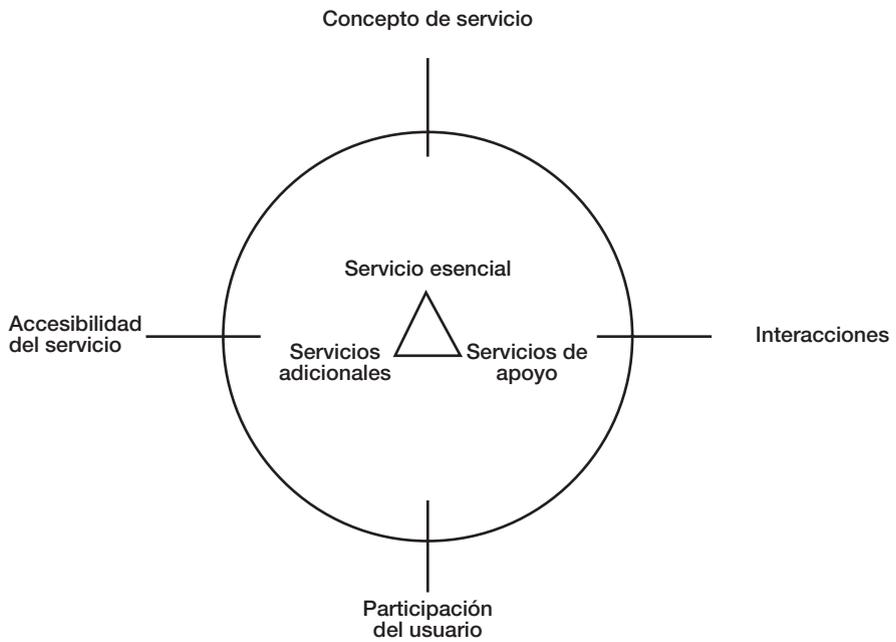


Figura 5. Percepción de una oferta eficaz.

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

Realmente, el “marketing de servicios de salud” es una estrategia para orientar la organización provisor de tales servicios hacia al mercado, por lo que la gestión debe practicarse en dicho sentido y para ello han de conceptuarse los servicios como productos que se suministran a los pacientes tomando en cuenta la perspectiva de estos respecto a aquellos.

La mayoría de los modelos de marketing se basan en la experiencia de competir en el mercado; ahora bien, es de significar que en el sector servicios la competencia se sustenta, tanto a nivel estratégico como operativo, en una condición fundamental: reconocer y aceptar sin reserva alguna que lo sustancial de lo que se oferta está constituido por el conjunto de aspectos susceptibles de ser percibidos por los clientes; es decir, reconocer cómo perciben estos las interacciones que se provocan entre ellos y los proveedores del servicio (calidad funcional del proceso), conceptualizar adecuadamente qué es lo que se les suministra (calidad técnica del resultado) y conocer de qué manera valoran la percepción de lo que reciben (imagen y comunicación de la calidad provista). A partir de tales premisas es como puede planificarse la asistencia sanitaria en base no a un mero “paquete de servicios” sino configurando una oferta integral –e integrada– de los mismos; es decir, basada en el planteamiento de que un servicio de salud es tanto un medio para resolver el problema surgido por la rotura de equilibrio entre el individuo y su medio, como la provisión de aquellos beneficios que buscan o valoran los pacientes en el proceso con el que se da satisfacción a su necesidad.

Es necesario, por tanto, conocer algunas cuestiones en las que se asienta el enfoque de marketing de servicios de salud. Esas cuestiones, de manera genérica, pueden concretarse en tres puntos básicos: configuración previa del concepto de servicio (para proceder así al desarrollo del paquete fundamental de servicios), contenido de la oferta (conjugando equilibradamente los elementos esenciales con los que dimanen de las diversas percepciones que tienen lugar en el proceso de la interacción proveedor-paciente), y gestión de la imagen y la comunicación.

CONFIGURACIÓN DEL CONCEPTO DE SERVICIO

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

No, no cabe dar por sentado que una institución sanitaria (la que sea) sabe de sobra cuál es el servicio que presta y que exigir su adecuada conceptualización raya, por tanto, en la obviedad. La O.M.S., por ejemplo, define un hospital de la siguiente manera: “Parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar; el hospital es también un centro de formación de personal médico-sanitario y de investigación bio-social”. Mal cañamazo es ese para tejer sobre él un enfoque de marketing de servicios. Desde el punto de vista clínico la definición puede que sea impecable, pero acusa las siguientes carencias: consagra un escoramiento de la actividad hospitalaria hacia la producción, ignora totalmente la correcta conceptualización de servicio y no hace la más mínima referencia a esos otros elementos auxiliares que deben incorporarse a las relaciones con los pacientes, y que son los que constituyen los valores y beneficios que ayudan a mejor competir. La calificación profesional y la tecnología a aplicar (eso es a lo que en realidad se refiere esa “asistencia médico-sanitaria completa, tanto preventiva como curativa”, que se explicita en la definición) se dan más o menos por sentadas por parte de los pacientes. De otra manera, ¿se atrevería alguno de ellos a ponerse en manos de un médico o entrar en un hospital?

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

Veamos seguidamente cuáles son esas opciones, que pueden adoptarse bien en conjunto, por separado o bien tomando en cuenta algunas de ellas.

Estrategia de calidad tecnológica

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

Sin embargo, tal inclinación no deja de resultar cosa sumamente curiosa. Los médicos, que acostumbran a rasgarse las vestiduras ante los criterios de evaluación económica aduciendo que “un paciente no es un tornillo” y que rechazan de plano (con razón) cualquier sentido o enfoque de carácter industrial a la labor que realizan, no tienen inconveniente alguno en reclamar e impulsar con notable ardor equipamientos sofisticadamente técnicos como medio imprescindible para mejorar la calidad del resultado..., sin reparar en que tales actitudes y confianza son precisamente lo más específico y característico de la fabricación de bienes industriales. El contrasentido resulta tan mayúsculo como sorprendente, pues –contra lo que se dice rechazar– lo cierto es que se actúa con criterios idénticos a los del sector industrial, donde la competitividad se centra en la utilización de la tecnología como medio idóneo para ganar en calidad porque constituye un valor en sí misma y un valor fundamental para el cliente. Posiblemente tuviera razón cierto autor que dejándose llevar de un rasgo de humor apuntó no hace mucho que, dados los medios utilizados hoy por los médicos, deberían estos pasar a denominarse “ingenieros mecánico-electrónico-informático sanitarios”; pero la verdad es que en el sector servicios (y más específicamente en el de los servicios de salud, donde cier-

tamente un paciente no es un tornillo), la tecnología no suele jugar un papel tan decisivo (aunque no deja de tener su importancia).

Y no lo juega porque, al margen de la mayor fiabilidad que los medios en continuo avance aportan al diagnóstico, cuanto más aumenta una competitividad basada en aspectos técnicos más se debilita el recurso tecnológico como fundamento para una estrategia. La razón de ello estriba en que, como la calidad de un servicio es en resumidas cuentas la que percibe el cliente, las soluciones técnicas (máxime si son similares entre unas empresas y otras, como evidentemente sucede en el mundo sanitario) no son tan importantes y, por lo que se refiere al proceso que se desarrolla en los servicios de salud, jamás llegarán a erradicar la incertidumbre en el resultado. Es muy aleccionador el resultado obtenido por Keyser en un estudio llevado a cabo en 1988 sobre la causa de por qué los clientes cambian de proveedores en el sector servicios. Encontró que el 68 por 100 lo hace por la indiferencia, arrogancia o desatención de los empleados y que sólo el 14 por 100 lo hace por no estar satisfecho con el producto (el 18 por 100 restante adujo como razón de cambio otros aspectos varios)²⁶. Como bien dice Grönroos, “esto no quiere decir que una excelente calidad técnica sea menos importante que antes, pero la diferenciación de la oferta mediante el desarrollo de la solución técnica (un bien o un servicio) puede ser imposible, o demasiado cara. Es probable que sea necesario un alto nivel de calidad técnica, pero el éxito no está sólo relacionado con este factor”²⁷. Esto, en los servicios sanitarios y tal como se dice vulgarmente, “va a misa”.

Estrategia de servicios

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

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

realización de exploraciones complementarias se realicen sin impedimentos, fluidamente y en el mismo día; se eliminen los tiempos o las listas de espera; se reduzcan al mínimo indispensable los requerimientos burocráticos, etc.

Estrategia de imagen

No se crea que esta estrategia tiene algo que ver con el concepto de “identidad corporativa” o de visión de la empresa en el contexto de aquello que rodea a la organización. Se refiere a la aplicación de una serie de “extras” añadidos al servicio que se presta y que frecuentemente se crean por medio de la publicidad o de otros medios de comunicación para realzar algo sin sustancia real, pero que hace considerar en la oferta alguna suerte de ventaja competitiva a los ojos de los pacientes. Esos “extras” consisten en la utilización de una serie de medios con los que se potencia un mayor aprecio por el servicio que se oferta. Ejemplos de ello pueden ser la decoración y el mobiliario, la disposición de aparatos de televisión y/o hilo musical en salas de espera y habitaciones, la limpieza, orden y excelente conservación de los inmuebles, la entrega de folletos explicativos sobre el funcionamiento y características de la institución, etc.

Estrategia de precios

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

Quizás no sea desdeñable de cara a una acción comercial dirigida a Compañías Aseguradoras del ramo sanitario, pero el segmento de pacientes que puede ser sensible a una estrategia de precios más baratos es mínimo, casi inexistente. (Aquí, en España, el impacto que pudiera tener una estrategia de este tipo quedaría diluido ante el hecho de que el 98 por 100 de la población disfruta de cobertura sanitaria a través de la afiliación a la Seguridad Social. El acceso del ciudadano a la oferta del sector público carece de referencia alguna al precio –es “0” en el momento del aprovisionamiento– y cuando accede a la del sector privado lo normal es que no lo haga con cargo al propio peculio más que una mínima parte. Lo común en este caso es la utilización de una de estas dos vías: a cargo de alguna póliza suscrita con una entidad aseguradora privada o recabando autorización de acceso con cargo a concertos que tiene establecidos la Administración Pública Sanitaria con él). De todas formas, bueno será advertir

que precios bajos significa menos capital para invertir en otros elementos de la relación con el cliente, como –por ejemplo– calidad técnica y suministro de algunos servicios adicionales.

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

CONTENIDO DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

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

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

Estos tres grupos forman el todo que configura el servicio global e íntegro que se suministra al paciente, pudiéndolo visualizar de la siguiente manera (Fig. 4):

Servicio esencial

Constituye la razón de ser de la oferta que se hace y que en nuestro caso se sobrentiende consiste en satisfacer la necesidad de salud, restableciéndola, mejorándola o manteniéndola, como resultado del proceso llevado a cabo. Sin embargo, en la naturaleza de este servicio se concitan algunos puntos débiles que con frecuencia entorpecen proceder acertadamente a su conceptualización y propician que los profesionales den al término *esencial* una consideración tan desproporcionada que muchas veces anula los auténticos requerimientos de un buen servicio.

Conviene no olvidar que el estado y nivel de salud que tanto individual como colectivamente pueden disfrutarse están íntimamente relacionados con unos factores (entorno social, estilo de vida, biología huma-

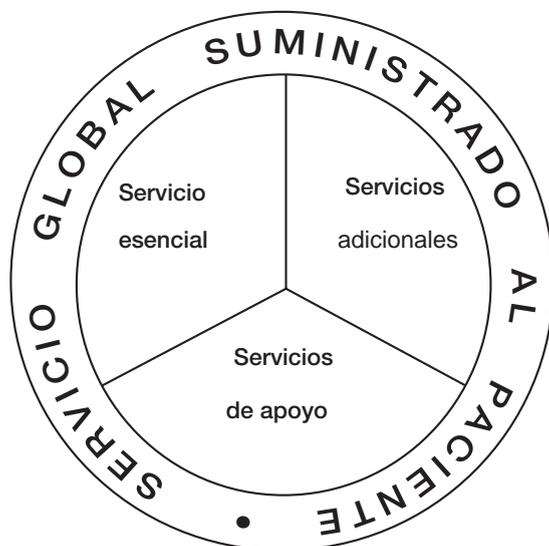


Figura 4. Representación de la globalidad del servicio suministrado.

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

Dijimos anteriormente que el valor de la salud, y sobre todo en caso de enfermedad, es potencialmente infinito; pero también es cierto que las mejoras que puedan darse en su estado radican tanto en políticas industriales, agrícolas y educacionales, como sanitarias (debiendo advertirse que, además, estas últimas presentan el añadido de brindar diferentes

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

perfiles temporales en cuanto a costo y beneficios). Entre algunos tratadistas es usual emplear de manera indistinta los términos “salud”, “sanidad” y “sanitario”, cuando tales términos corresponden a conceptos que, aun orientados a un mismo objetivo, responden a ideas diferentes. El concepto “salud” es dificultoso de definir y, por encerrar un carácter relativo, tremendamente subjetivo. Esa dificultad no es privativa de nuestro idioma, sino que también se deja traslucir en las diferentes acepciones que le confieren los diccionarios de otras lenguas.

Así, por ejemplo, el de la española dice que salud es el “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” y al adjetivo “sano” le asigna el sentido “que goza de perfecta salud”. En francés, “*sain*” (“sano”) hace referencia a un “buen estado” (en el sentido de intacto), por lo que en el dominio de lo espiritual sirve de prefijo para denominar la santidad (“*sainteté*”) y, en referencia al cuerpo, deriva en “*santé*” (salud). En inglés, la idea salud puede expresarse de tres maneras: por medio del vocablo “*health*” (“condición del cuerpo o de la mente”), que da origen al adjetivo “*healthy*” (sano) con el sentido tanto de “bienestar, fortaleza o disposición para resistir la enfermedad” como de “estado en el que se está libre de enfermedad” (sanidad); por medio del vocablo “*welfare*” (“condición de buen estado del cuerpo o de la mente que permite vivir confortablemente”, que comúnmente suele traducirse por “bienestar”); y por medio de la voz “*salvation*” (“estado de haber sido librado de las consecuencias de un mal, una enfermedad, una quiebra, una falta o un pecado”).

Semejante abanico, a pesar de sus múltiples facetas, indica que en esa maraña de conceptos todo gira en torno a una noción del término “salud” que resulta bastante confusa y es tan subyacente como dominante. Eso se comprueba planteando, entre otras, preguntas como ¿qué es “lo normal” en el ejercicio de las funciones por parte del ser orgánico? o ¿qué significa “perfección” en el disfrute de la salud? Es obvio que las respuestas implican por sí mismas una carga enorme de subjetividad, pues dependerán de lo que cada individuo interprete, sienta o conciba como “normal” o “perfecto”, y eso debería hacer reflexionar sobre el sentido de “esencial” con que los profesionales acostumbra a considerar en términos absolutos el servicio que prestan.

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

“*esencialidad*” que en el proceso productivo de la asistencia sanitaria se quiere magnificar desde la vertiente del componente técnico.

A este tema de la salud, la economía ha hecho importantes aportaciones enfocadas hacia tres frentes: el estudio de la oferta y la demanda de los servicios sanitarios, el estudio de las consecuencias económicas que se derivan de la política inversora y la aplicación de análisis económicos para racionalizar la asignación de recursos. Una de las aportaciones más significativas ha sido que, gracias a los análisis y estudios efectuados, se pudieron evidenciar “las limitaciones del enfoque biomédico –flexneriano– por estar centrado de manera primordial en describir déficits de salud en términos de “casos” según diagnóstico de episodios individuales, basarse únicamente en el registro de desviaciones respecto a un estado de “buena” salud y no entrar a definir ni contemplar de forma satisfactoria las dimensiones colectivas”²⁸.

Por tanto, la “*esencialidad*” a que aquí nos referimos nada tiene que ver con alguna suerte de primacía de la calidad técnica en la provisión global del servicio sanitario. Aquí se habla de “servicio esencial” en el sentido de servicio básico, inherente o sustancial, que forma parte de un servicio global e íntegro suministrado al paciente. En sentido estricto, lo sustancial de ese servicio básico corresponde a un proceso en el que sí se sabe lo que de una forma u otra se hace con los pacientes, pero no cómo se hace o debería hacerse. Esto impide en muchas ocasiones que se puedan insertar en él los aspectos de la calidad funcional del servicio y hace difícil que los profesionales del servicio sanitario lleguen a comprender el enorme impacto que suponen la imagen y la comunicación en la percepción de la calidad (cuando ese impacto es, precisamente, el que tiene mayor incidencia en la valoración total del servicio integral prestado).

Sería, pues, un error tremendo concentrar sólo la oferta de servicios de salud en lo que atañe al servicio esencial en función de la calidad técnica del resultado, cuando la calidad funcional del proceso que se lleva a cabo en la prestación del servicio es también parte –y muy importante– del producto total, lo que conduce necesariamente a que la oferta haya de responder a una planificación y “venta” integral de servicios.

Servicios adicionales

Como la propia denominación indica, son aquellos servicios que se añaden al esencial y que se incorporan a las interacciones proveedor-cliente. Gracias a ellos se crea o incrementa un valor añadido a la oferta integral del servicio durante todo el proceso del mismo.

Crean o incrementan un valor añadido porque, al dar con ellos satisfacción a los deseos que generalmente acompañan al de satisfacer la necesidad fundamental, reportan beneficios para el cliente. Naturalmente, como esos deseos y las situaciones en que se perfilan difieren sensible-

mente según los individuos, el proceso de prestación integral del servicio sufre la servidumbre de ser percibido de diversas maneras. Por eso, desde el punto de vista de la gestión las características de tales servicios se configuran mayoritariamente en torno a tres cuestiones: la accesibilidad, la interacción con la organización y la idiosincrasia del paciente.

Refiriéndonos concretamente a los servicios de salud, vamos seguidamente a detallar cada una de ellas.

Accesibilidad

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

Aunque las variables que pueden incidir en la percepción de que un servicio de salud es o no accesible son numerosas, cabe aunarlas en cuatro grandes grupos. Estos grupos, de alguna manera, se identifican con:

- a) *El local*: Acceso físico desde el exterior, plazas de aparcamiento disponibles, horario de trabajo, etc.
- b) *Facilidad de utilización de recursos físicos*: Diseño y condiciones del edificio, señalización, salas de espera, salas de pacientes, cuartos de baño, instalaciones complementarias, etc.
- c) *Actitudes y comportamiento del personal*: Trato con el público; tiempo de respuesta a las llamadas telefónicas, a las personas que entran, salen o ya están en el edificio, a los pacientes; profesionalidad; reducción de los aspectos desagradables que pueden comportar las exploraciones, tratamientos o extracción de muestras, etc.
- d) *Allanar dificultades*: Cantidad y dificultad de impresos a rellenar, instrucciones acerca de los procedimientos (indicando lo que puede hacerse, lo que no puede hacerse o lo que los pacientes deben hacer por sí mismos) para obviar dificultades, procedimientos de facturación y formas de pago aceptadas, etc.

Todos estos factores son parte –y muy importante– de los servicios adicionales con que se crea o incrementa valor añadido al servicio, por lo

que los fallos que puedan provocarse en este ámbito dañan seriamente o arruinan la percepción del servicio integral prestado.

Interacción con la organización

Hay diferentes clases de interacciones. Unas son fruto de la comunicación interactiva que se produce entre profesionales y pacientes (y que, a su vez, dependen del comportamiento de los profesionales asistenciales, de lo que dicen y hacen, y de cómo lo dicen y lo hacen); otras, de las reacciones que se provocan en la utilización de los recursos técnicos y físicos (instalaciones, herramientas y equipos con los que se desenvuelve el proceso productivo del servicio); y, otras más, de las relaciones mantenidas con otros pacientes implicados simultáneamente en el proceso de producción del servicio.

Todas estas interacciones influyen, de una manera u otra, en la percepción del servicio y, como acaba de decirse, si se consideran negativamente repercuten de manera importante en que la calidad percibida del servicio integral prestado sea estimada o valorada a la baja.

Idiosincrasia del paciente

Es innegable que el paciente influye, en mayor o menor grado, en el servicio que se le suministra y, consecuentemente, en la calidad que de él percibe. Al paciente se le pide que suministre información (síntomas de la enfermedad), se espera que cumpla lo que se le indica (medicamentos, ejercicios, planes terapéuticos) y, en algunas ocasiones, que rellene algunos documentos. Esto hace que, dependiendo de su preparación, comprensión y voluntad para hacerlo, el servicio discurra de tal manera que resulte mejor o peor.

Por ejemplo, a nadie se le oculta que, si un paciente no es capaz de informar correctamente sobre sus problemas, el médico tendrá mayor dificultad para hacer un diagnóstico correcto o que no podrá hacerlo (al menos, de primer intento). En tal caso, el tratamiento puede ser menos eficaz que si se realizase de otra forma o puede resultar erróneo, perjudicándose entonces el servicio esencial que presta el facultativo.

Dependiendo, pues, del grado de accesibilidad de los servicios, del aliciente con que se perciben las interacciones con la organización y de la idiosincrasia de los pacientes en el proceso productivo, el concepto global de servicio puede ser objeto de una valoración u otra. De aquí que el contenido de la oferta de servicios de salud deba especificar con la mayor claridad posible la configuración del concepto de servicio, los servicios esenciales de que consta, los adicionales que debe añadirse para crear o incrementar valor añadido y las pautas requeridas para preparar a los pacientes a participar lo más adecuadamente posible en el proceso.

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

Servicios de apoyo: imagen y comunicación

Es indiscutible que la imagen influye de manera importante en la calidad percibida de los servicios y que, a su vez, esta obedece en gran medida a la comunicación que se lleve a cabo, porque la comunicación también impacta directamente en las expectativas y las experiencias del cliente.

La imagen que tenga un determinado servicio de salud constituye un “filtro” a través del cual enjuicia el paciente, de forma más o menos incisiva, la experiencia que ha tenido en el proceso de suministro, induciéndole a considerarla más o menos favorablemente al margen del resultado. Como la utilidad marginal del servicio desaparece conforme se avanza en el proceso de curación, rehabilitación o mejora, la imagen –sobre todo en la fase final del proceso– tiende a ir ganando posiciones hasta llegar a asimilarse como parte integral del servicio durante el desarrollo del producto.

Este asunto de la imagen presenta dos perfiles: uno correspondiente a la global de la empresa que provee el servicio (dibujado por medio de la publicidad, las relaciones públicas, los anuncios y folletos, la “fama”...) y otro correspondiente a la construida “*in situ*” (durante el curso de las interacciones entre proveedor y paciente, y que, como ya se ha señalado, configuran la dimensión de la calidad funcional del servicio). Tanto para uno como para otro, la comunicación condiciona o forma en gran medida la imagen recibida, resultando de especialísima incidencia a largo plazo la comunicación “boca a boca”. Está ya suficientemente contrastado que los comentarios negativos hechos por los pacientes llegan a impactar con enorme facilidad y, a la larga, contribuyen de manera importante a cambiar la percepción que una persona puede experimentar durante y tras la asistencia que se le proporciona.

La forma en que estos puntos afectan a la percepción de una oferta eficaz se puede visualizar con toda claridad en la figura 5, que, a su vez, constituye una interesante falsilla para guiar la gestión en el contexto de un enfoque de marketing en los servicios de salud.

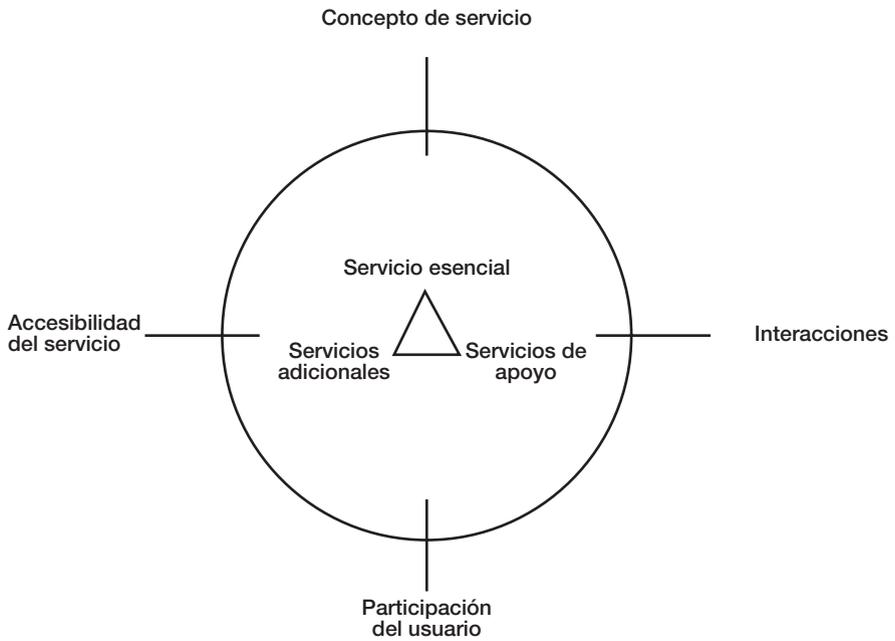


Figura 5. Percepción de una oferta eficaz.

GESTIÓN DE LA CALIDAD CON ORIENTACIÓN AL MERCADO

LA CALIDAD

CONCEPTO DE CALIDAD

La calidad responde a un conglomerado de circunstancias sumamente complejo por su subordinación a varios aspectos. Esto nos ha llevado alguna vez a manifestar que es un concepto poliédrico cuya totalidad de facetas es lo que construye la idea que se representa con dicho vocablo.

El diccionario de la RAE le asigna la siguiente acepción: “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, o mejor o peor que las restantes de su especie”. De alguna manera, tal acepción orienta a concebir una idea de sentido absoluto con la que comúnmente se asocia la voz “calidad” al orden de lo bueno, superior o excelente, cosa esta que se corrobora al advertir que en caso contrario lo normal es adjetivarla y hablar entonces de “mala calidad”. A mayor abundamiento, repárese en que, cuando se dice simplemente que algo o alguna cosa es de calidad, de manera tácita se da por supuesto que es “de la mejor clase” o “de primera calidad”, expresando así implícitamente la propiedad de bueno o estimable que se le reconoce.

Ahora bien, en el mundo de la empresa la calidad no se considera únicamente como una propiedad o conjunto de propiedades inherentes al producto, sino también –y principalmente– como la capacidad del producto para conseguir el objetivo deseado al costo más bajo posible. Ha de llamarse la atención sobre ese matiz que viene a transformar el término “propiedad” en “capacidad”, pues tal transformación resulta decisiva. En efecto, con referencia al bien físico o el servicio producido, ya no se trata sólo de que el producto ofrezca *per se* la propiedad de ser igual, mejor o peor que otro (cosa que entra de lleno en el campo de la competencia en el mercado), sino de que sirva para conseguir el objetivo de satisfacer la necesidad que el cliente tiene o siente de él consumiendo en el proceso de su producción los recursos y medios adecuados.

Esto hace que la calidad del producto (sea este una mercancía o un servicio) tenga que ser valorada desde dos aspectos fundamentales: el cumplimiento que hace del objetivo propuesto, y la relación que existe entre el coste de producción y dicho cumplimiento. Por eso se dice que, en

realidad, la calidad de un producto responde a la optimación de tres factores:

- Eficacia (capacidad para conseguir el objetivo; o sea, satisfacer la necesidad).
- Efectividad (capacidad de probar su eficacia).
- Eficiencia (relación entre la eficacia y el coste de producción).

La conclusión que cabe extraer pone de manifiesto que la calidad es un concepto multidimensional y relativo, pues según para quién, para qué y en qué aspecto de la misma se ponga la atención, se tropezará con uno u otro concepto de calidad porque, no sólo abarca y encierra en sí mismo aspectos científicos, técnicos, profesionales, administrativos, económicos, etc., sino que también se engloba en él todo lo que constituye la gestión integrada que una empresa lleva a cabo para la obtención de un producto.

Evolución del concepto

En un principio, la concepción de la calidad respondió a una idea que la sometía a una reducción carente de mayor sentido. En efecto, por calidad se hacía referencia sólo al componente científico-técnico de la misma; es decir, al nivel de aplicación de conocimiento y técnica en el proceso de producción. Ese fue el objetivo más común de los llamados “programas de control de calidad”, sin reparar en que dicho control resultaba un instrumento de carácter pasivo con el que, si así se terciaba, venía a reconocerse implícitamente que quien adquiriese un producto deficiente podría (teóricamente) ser compensado por ello. Ahí reside la razón de por qué no suele considerarse la baja calidad más que desde sus consecuencias económicas, pues con tal idea parece obvio que el control de calidad no tenía más misión que la de “asegurar la calidad del producto” y, caso de no hacerlo, pagar por ello.

Naturalmente, las consecuencias económicas que comporta la baja calidad empujaron a que poco a poco se fuera abriendo paso un carácter más activo del control de calidad, estableciéndose así la comprobación de las materias primas y de los puntos críticos que pueden existir en cualquier proceso de producción, la aplicación de técnicas de muestreo y de métodos estadísticos, y la implantación de sistemas informatizados para el procesamiento de datos. Por ese camino, y porque lo activo no se detiene, se llegó a concluir que para que una organización (la que sea) pueda conseguir auténticamente la calidad debe velar por el desarrollo en paralelo de la técnica y fundamentalmente del factor humano, pues se constató que por ese camino es más factible lograr la eficacia y la eficiencia. Hoy nadie discute que el éxito o el fracaso de cualquier empresa, organización o co-

lectivo de trabajo, está en función tanto de la técnica utilizada como del éxito o el fracaso de su personal.

Los avances logrados en este sentido llevaron a descubrir que, en el fondo, y si bien se mira, la calidad constituye un sistema de transacciones entre personas, ya que para conseguirla cada persona termina (o debe terminar) en la organización por hacerse un profesional de la calidad en su área, un profesional de la coordinación y un profesional de todas las partes que integralmente son inherentes a su puesto de trabajo. Esto obedece a que en cualquier actividad hay implicados tres parámetros de calidad:

- Calidad prefijada (la que diseñan y programan los expertos).
- Calidad laboral (la resultante de lo que hacen y cómo lo hacen las personas).
- Calidad exigida (la que necesitan y esperan los clientes).

Ciertamente, no cabe hablar de calidad más que cuando esos tres parámetros están en equilibrio²⁹, pues esa es la única manera de conseguir el costo más bajo posible y de que el producto alcance el objetivo clave de satisfacer la necesidad del cliente. Hay que tener siempre presente que, en resumidas cuentas, “nunca hay que olvidar que, después de todo, los clientes son en el mercado los máximos jueces de la calidad”³⁰ o que, como dijo Sasser, “en una gestión orientada a obtener buena calidad, es necesario prestar atención a las consecuencias de las decisiones que se toman a todos los niveles”³¹. He ahí por qué el creador de los “círculos de calidad” señaló que, en cuestiones de calidad, “el secreto radica en hacer las cosas bien y mejorarlas constantemente”³², cosa que no es posible sin el compromiso de todos los trabajadores que hay en la organización.

La calidad de los servicios sanitarios

Aunque pueden darse variaciones según sea el modelo que prevalezca en el sistema de un país determinado, los servicios sanitarios adolecen de la relatividad que les confiere haber cuatro grandes grupos involucrados en su existencia: los pacientes (o usuarios), los profesionales (médicos y personal de enfermería), los administradores (provisores de medios y servicios) y los gestores (directores y autoridades sanitarias). Aunque no deseable, es normal que los intereses de unos y otros no sean coincidentes, e incluso que lleguen a entrar en conflicto. El abanico de titulaciones, cometidos, formación y hasta educación, es amplísimo y, en consecuencia, la lista de requerimientos o de prioridades de unos no es fácil que coincida con la de otros. Por eso es imprescindible (por no decir vital) configurar previamente el concepto de servicio, concretar el contenido de la oferta y definir los criterios de calidad.

En el diccionario de la RAE se lee que criterio es “opinión o idea que una persona tiene sobre algo” y en el caso del servicio sanitario tal opinión o idea suele estar condicionada por lo que el paciente interpreta como buena (o lo que él entienda por buena) accesibilidad personal, adecuada (o lo que él entienda por adecuada) distribución cuantitativa de servicios e inmediata atención personalizada. Dejemos a un lado que “accesibilidad” y “adecuada distribución cuantitativa” pueden ser criterios con los que puede enmascarse la expectativa de contar con una red de instituciones tecnológicamente sofisticadas porque, si bien se lo considera, eso puede estar en frontal desacuerdo con la apetencia de una atención exquisitamente personalizada (además, seguro que administradores y gestores opinarán –si se les pregunta– que tal suerte de red es cosa descabellada y económicamente excesiva). Lo que en realidad interesa señalar aquí es que el criterio de “buena asistencia” que suelen tener los clientes adolece de cierta contradicción y que, en resumidas cuentas, responde a una idea muy nebulosa que, no obstante, apunta sistemáticamente hacia parámetros de “alta calidad” percibida.

No cabe echar en saco roto los estudios sociológicos que se vienen realizando desde hace tiempo, pues alertan sobre el hecho de que el criterio decisivo para que el paciente etiquete el servicio recibido como un servicio de calidad responde genéricamente a una valoración que es muy particular. Por ejemplo, en líneas generales se ha podido constatar que para los hombres maduros se refiere a aspectos prácticos de la atención dispensada, mientras que para las mujeres se refiere más a aspectos de personalidad del médico en el sentido de su interés por el paciente y de su competencia profesional (o lo que pueden entender como competencia). Así mismo, Freidson descubrió que cuando un paciente (sea hombre o mujer) acusa una quiebra en lo que considera debe ser una “buena” asistencia achaca el fallo a los aspectos práctico y personal, tendiendo normalmente a ignorar la influencia que puede tener el marco organizativo respecto al cumplimiento o no de sus criterios de valoración³³. Vuori, por su parte, señaló que los pacientes hospitalarios “dan por sentado la alta competencia profesional (el trabajo en equipo “garantiza” para ellos la competencia) y prestan más atención a los aspectos psicosociales de la relación médico-enfermo, contrariamente a los pacientes ambulatorios que están más preocupados por el nivel científico y técnico de la asistencia que reciben”³⁴. En el próximo capítulo daremos cuenta de algunos de esos estudios con más detenimiento.

Por ahora, y sin mayor riesgo a equivocarnos, se puede concluir algo que es ya sobradamente conocido (o intuitivo) y que, en efecto, resulta obvio: los pacientes, aunque dependa de sus características demográficas y socioeconómicas, tipo de institución en que sean atendidos y tipo de servicios que reciban, poseen criterios propios sobre qué es una “buena” asistencia (o una asistencia de calidad), con el añadido de no soler ser coinci-

dentes entre sí ni con lo que los profesionales –desde un punto de vista técnico– consideran que lo es.

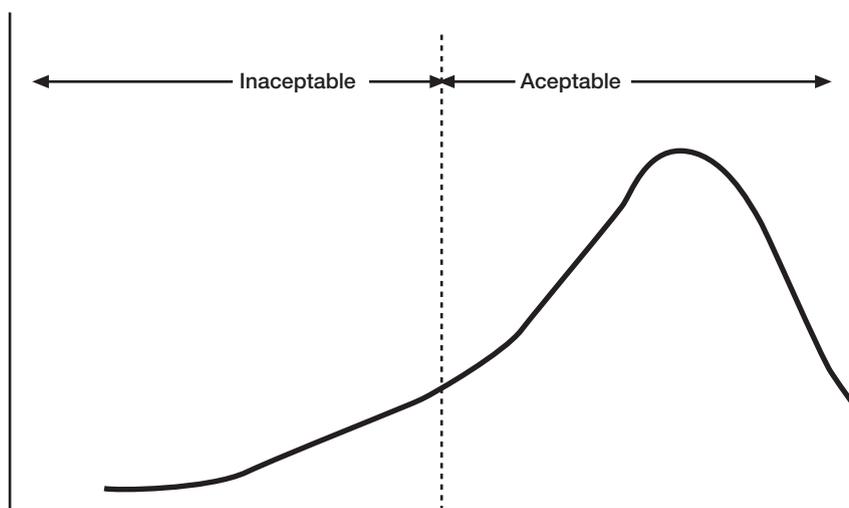
Error de lógica e imposibilidad práctica

Cuando los criterios de calidad se centran exclusiva o mayoritariamente en los aspectos técnicos del proceso asistencial es inevitable caer tanto en un error de lógica como en una imposibilidad práctica.

El error de lógica aparece cuando el profesional da por sentado que “todo paciente tiene derecho a la mejor asistencia posible”. Tal premisa no es achacable únicamente a él. Durante su larga formación académica, además de instruirle en el conocido y básico aforismo “*primum non nocere*”, se le forja y graba a fuego el criterio de hacer todo lo necesario que sus conocimientos y medios al alcance le permitan realizar en beneficio del enfermo. Lo normal es que con tal criterio se tienda a justificar cualquier exceso en el proceso técnico de producción del servicio, aunque en realidad eso no conduzca más que a proclamar a los cuatro vientos una supina ignorancia en aspectos cualitativos porque la calidad es una variable continua que responde a una distribución especial. La variabilidad continua de la calidad configura una distribución especial que pone de relieve lo siguiente: siempre habrá partes de alta calidad y partes de baja calidad, por lo que inevitablemente siempre habrá alguien que se verá obligado a consumir servicios pertenecientes al extremo de baja calidad. Cuando tal cosa sucede, ¿puede decirse con propiedad que se está ofreciendo a ese alguien “lo mejor”? Lo único cierto es que esa variabilidad impide que se pueda suministrar constantemente “lo mejor” a todo el mundo y, en consecuencia, consagrar la falsa creencia de que cualquiera tiene algún tipo de derecho a ello³⁵.

Por otra parte, la imposibilidad práctica viene dada por el hecho de que los recursos son limitados y, en consecuencia, existen límites económicos para la mejora de la calidad. No hay duda de que las exigencias de los profesionales por disponer de la más avanzada tecnología del momento es absolutamente legítima, pero la tecnología sólo es aceptable si resulta económicamente justificable. De hecho, si se atendieran todas las recomendaciones que acostumbran a plantearse en el sector del servicio sanitario en base a nuevas técnicas (cuya eficacia y eficiencia están la mayoría de las veces por ver) y todas las necesidades asistenciales latentes que podrían detectarse por medio de los “*screenings*” aconsejados por algunos médicos, no habría economía en el mundo que pudiera resistirlo. Como bien apunta Vuori³⁵, la medicina está llena de recomendaciones y procedimientos bien intencionados que siempre se hacen al margen de cualquier criterio económico y ondeando la bandera de una medicina de calidad que, en más de una ocasión, no es tal.

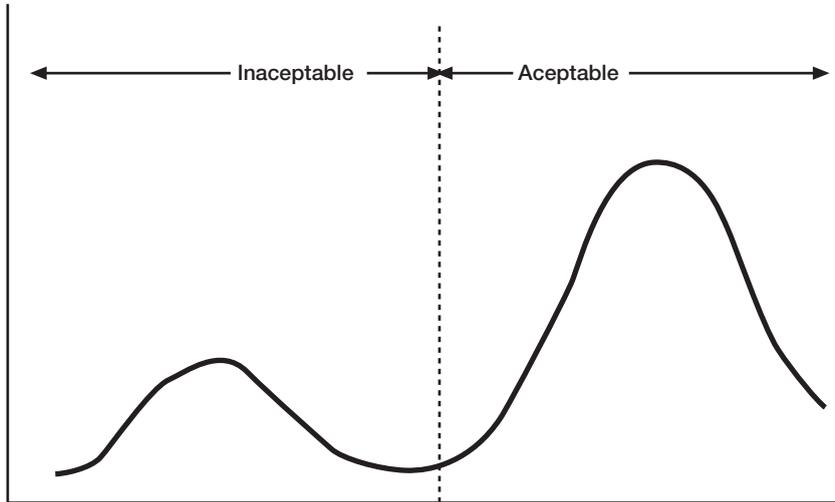
El profesor R. Greene, de la Universidad de Cambridge, publicó en 1976 cómo se distribuye la calidad de los servicios sanitarios a partir de la curva de distribución de frecuencias³⁶ y lo plasmó en tres tipos de gráficos. El primero de ellos (Fig. 6) corresponde a la situación habitual de prestación del servicio e ilustra cómo la gran mayoría de los servicios están por encima del punto que separa la calidad aceptable de la inaceptable. La cola que aparece en el campo de lo inaceptable es la que afecta a servicios cuya calidad debe ser mejorada no por yuxtaposición de medios técnicos sino por medio de un adecuado control de calidad.



(Vuori HV, 1991)

Figura 6. Distribución de la calidad: situación habitual.

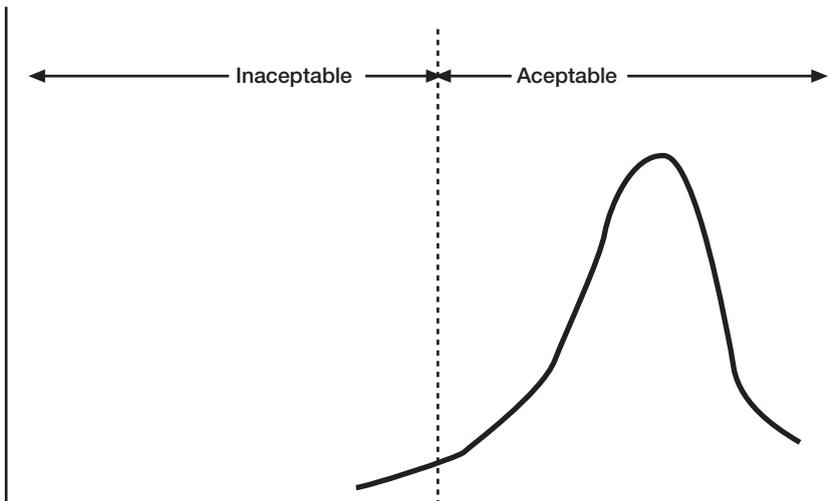
El segundo (Fig. 7) corresponde a la situación que se presenta en el caso de existir ese doble nivel de prestación de servicios que caracteriza a aquellas sociedades o países en los que una minoría acaudalada consume la mayor parte de los servicios de alta calidad, mientras una mayoría –deprimida social y económicamente– no tiene más remedio que confiar en una oferta limitada de servicios de baja calidad. Muestra asimismo la situación que se provoca cuando una parte de los servicios sanitarios se produce o está en manos de profesionales no ortodoxos, o débiles en su formación científica y técnica. De hecho, es una situación que responde claramente al espectro de un doble estándar de calidad.



(Vuori HV, 1991)

Figura 7. Distribución de la calidad: situación en caso de doble nivel.

El tercero (Fig. 8) corresponde a la situación de un sistema sanitario en el que todos sus servicios son eficaces y eficientes. En él, cualquier clase de servicio provisto responde a una alta calidad y, lo que es más significativo, la amplitud de la distribución cualitativa aparece más reducida. Es la situación que puede garantizar la equidad y obedece a que se ha eliminado la atención que realmente es innecesaria.



(Vuori HV, 1991)

Figura 8. Distribución de la calidad: situación ideal.

DISCREPANCIAS EN EL CONCEPTO DE CALIDAD

Por todo lo dicho hasta aquí se puede comprender que surjan discrepancias entre lo que unos agentes y otros entienden por calidad. En otro libro nuestro, al que hicimos referencia anteriormente, ya dábamos cuenta de la realidad de tales discrepancias aludiendo al resultado de un estudio realizado en 1977 por la Oficina Regional para Europa de la O.M.S. Fue un estudio llevado a cabo en base a los controles de calidad y/o actividades relacionadas con tal concepto en varios países (Bélgica, Checoslovaquia, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Noruega, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Democrática de Alemania, República Federal de Alemania, Suecia, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas y Yugoslavia), y puso de relieve la consideración que para los diferentes grupos involucrados en la prestación de los servicios sanitarios suponía la efectividad, la eficiencia, la adecuación (o relación entre servicios disponibles y necesidades de la población) y la calidad. El resultado global fue el siguiente (Tabla 3):

Tabla 3. Valoración de los servicios sanitarios.

Componentes	Grupos		
	Clientes de los servicios sanitarios	Profesionales	Autoridades y directivos sanitarios
Efectividad	30%	20%	5%
Eficiencia	5%	8%	60%
Adecuación	50%	7%	30%
Calidad	15%	65%	5%
	100%	100%	100%

En cierta manera, estos resultados se dan la mano con los que se obtuvieron en la “Opinión de los ciudadanos sobre su Sistema de Salud”, que la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (el llamado “Informe Abril”) publicó en Julio de 1991. Es la siguiente (Tabla 4):

Se aprecia con total claridad que en la conceptualización de la calidad ofertada por los servicios sanitarios hay notables discrepancias y la razón de ello, posiblemente, esté en que una cosa es la idea de calidad en términos absolutos, otra la idea en términos óptimos y otra la idea en términos lógicos. Esto no es privativo de los servicios de salud, pues como puede leerse en el Método Operativo Senlle (M.O.S.), ideado para analizar las alternativas de desequilibrio –o de discrepancia– en un sistema industrial, se concita en el plano personal con estas palabras: “Sólo usted puede equilibrar las fuerzas del proceso para lograr un producto óptimo porque usted es el dueño de la energía que falta para ello”³⁷. Ciertamente, por ahí debería empezarse para centrar una verdadera conceptualización de la calidad.

Tabla 4. Opinión de los ciudadanos sobre su Sistema de Salud.

	Canadá	Holanda	Alemania	Francia	Austria	Suecia	Japón	Gran Bretaña	España	Italia	U.S.A.
En general, el Sistema de Salud funciona bastante bien y sólo se requieren cambios menores para mejorarlo.	56%	47%	41%	41%	34%	32%	29%	27%	21%	12%	10%
Nuestro Sistema de Salud tiene aspectos buenos, pero son necesarios cambios fundamentales para que funcione adecuadamente.	38%	46%	35%	42%	43%	58%	47%	52%	49%	46%	60%
Nuestro Sistema de Salud presenta tal número de defectos que necesita ser reformado completamente.	5%	5%	13%	14%	17%	6%	6%	17%	28%	40%	29%

CALIDAD ABSOLUTA, CALIDAD ÓPTIMA Y CALIDAD LÓGICA

Como la calidad es un concepto multifuncional y relativo, la idea que suscita es de contenido variable por depender tanto de lo que se interprete con tal palabra como de los factores que se metan en juego al referirse a ella. Ya hemos visto que “calidad” es vocablo que no tiene el mismo significado para todo el mundo.

En el contexto del servicio sanitario, los factores que al hablar de calidad se metan en juego resultan claro determinante de ella, ya que en todo agente proveedor (trátase de una institución, de un servicio de la misma o de un profesional) se concita un variado y diferente conglomerado de propiedades cualitativas. A vía de muestra, pueden señalarse la adecuación (o relación entre lo que se oferta y las necesidades de la población), la efectividad (o capacidad para satisfacer las necesidades y probar la eficacia del servicio suministrado), la eficiencia o el componente científico-técnico (entendido este como la puesta en práctica de los conocimientos y tecnología disponibles).

Ese cúmulo de propiedades, según se trate de unos grupos u otros (pacientes, profesionales sanitarios, administradores, gestores, responsables de la política de salud, etc.) se ponderarán de manera distinta a causa de los respectivos intereses, prioridades, expectativas o requerimientos. Ahora bien, las diferentes valoraciones que cada grupo confiera a esas propiedades formarán el valor total (o utilidad absoluta) que cada uno de ellos confiere al conjunto del servicio suministrado.

Aunque por no ser posible determinar la magnitud de sus elementos la expresión matemática de esto carece de uso práctico, sí puede ayudar de manera importante a visualizar mejor lo que decimos. Para ello, vamos a echar mano del planteamiento teórico que hicieron van Ettinger y Sitting³⁸, y que Vuori expuso en un trabajo sobre conceptos y metodología del control de calidad en los servicios sanitarios³⁵.

Llamando $C_1, C_2, C_3 \dots C_n$ a las diferentes propiedades cualitativas (por ejemplo, adecuación, efectividad, eficiencia, calidad técnica...) de un servicio sanitario y $V_1, V_2, V_3 \dots V_n$ a las distintas valoraciones que un grupo (G) puede asignarle, desde el punto de vista de ese grupo la utilidad absoluta (o valor) del agente proveedor será:

$$V_{1G} C_1 + V_{2G} C_2 + V_{3G} C_3 + \dots + V_{nG} C_n$$

Ahora bien, supongamos que uno de esos grupos (por ejemplo, el de los profesionales, al que llamaremos F) es el que establece el criterio de calidad como agente proveedor (A), según unas propiedades determinadas (CD). Tendríamos la siguiente ecuación:

$$n$$

$$V_F \cdot CD_A \quad [1]$$

$$CD=1$$

Esta ecuación [1] expresa una maximación de la utilidad pero, al no tomar en cuenta el coste de producción, no sería funcional. Para serlo se requiere que el nivel máximo de utilidad no exceda en su calidad los objetivos establecidos y eso sólo es posible procediendo a descontar del valor resultante de la ecuación los costes de producción.

Esos costes (que llamaremos P), expresados según la medida del valor relativo (R) de los recursos necesarios para la producción, proporcionan la utilidad real (U) del agente proveedor:

$$n$$

$$U_{AF} = [(V_F \cdot CD_A) - (R_F \cdot P_A)] \quad [2]$$

$$CD=1$$

Obsérvese que si en esta ecuación [2] se omite el factor $R_F \cdot P_A$, es decir, los costes de producción del agente proveedor (P_A) ponderados por el coeficiente de valor relativo de los recursos necesarios (R) según el enfoque del grupo de profesionales (F), nos volvemos a quedar con la ecuación de “utilidad absoluta”, “calidad absoluta” o “maximación no funcional” [1]. Esta omisión es propia de cualquier consumidor cuando los servicios del agente proveedor son de libre acceso y se debe a que, al ser “0” el coste marginal de la mejora cualitativa para el consumidor, este sólo espera y pide mayor beneficio (utilidad o calidad) en base a incrementos cuantitativos y cualitativos (siempre, claro está, que esos incrementos no lleven parejos problemas de índole no monetaria como, en nuestro caso, pueden ser el dolor, los inconvenientes o el tiempo).

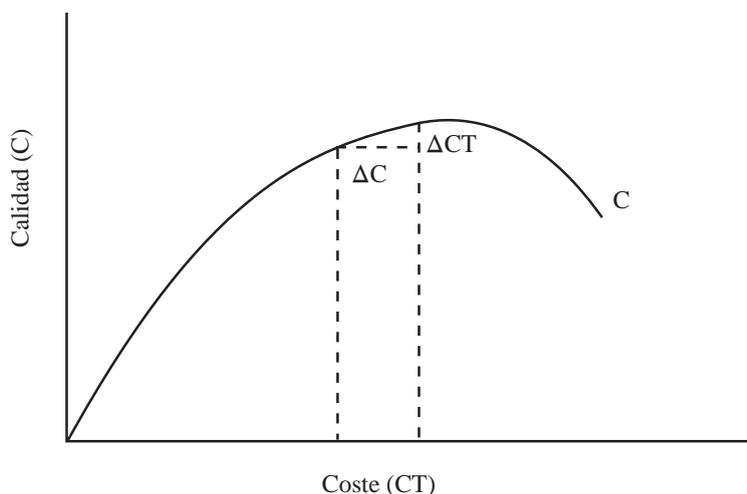
No obstante, hay que apuntar aquí que también nos volvemos a quedar con la ecuación [1] cuando el profesional sanitario –por la razón que sea– disocia la realidad económica del proceso técnico del servicio, pues con ello omite así mismo el factor $R_F \cdot P_A$ (cosa que suele ocurrir cuando, por mor de una pretendida “ética” se olvida del coste imponiendo en su práctica “lo mejor que puede ofrecer la medicina”). De la misma forma, cuando la financiación del agente proveedor parece estar asegurada gracias a presupuestos nunca cumplidos, se propicia igualmente la presencia de esa omisión como fruto de descuidadas actitudes hacia el coste (actitudes que, además, acostumbran a traducirse frecuentemente en apoteósicas extravagancias relacionadas con la calidad y la cantidad).

La falta de concienciación en el coste es la única base en que se sustentan esas constantes apelaciones a la calidad (léase “calidad absoluta” o máxima) que acostumbran a hacerse sin reparar en que la mayoría de las ve-

ces a lo que se apela es a una “utilidad absoluta”, a una “maximación no funcional” y, por tanto, a un imposible que se cree poder alcanzar sobrestimando el componente científico-técnico de la calidad con olvido de los otros aspectos que la configuran. La no funcionalidad ignora siempre una verdad: a igual cantidad de servicios producidos con iguales recursos se corresponden siempre diferencias cualitativas que precisamente dimanen del componente científico-técnico que tiene la calidad. Puede parecer una paradoja pero, como bien indican Brown y Fleisher, “una de las causas más importantes de la asistencia cualitativamente deficiente es una actitud inapropiada, más que la falta de conocimientos o la no utilización de equipamientos sofisticados”³⁹.

En vez de apelar a una “calidad absoluta” (o “utilidad absoluta”) hay que esforzarse en alcanzar una “calidad óptima” (o “utilidad real”), sabiendo que tanto en la producción de bienes físicos como en la de servicios eso no es cosa fácil.

La dificultad estriba en que es complicado resolver el problema de la optimación de recursos y, en consecuencia, se tiende a lo más fácil –y más cómodo– como es abordar la solución de los inconvenientes que plantea la maximación. El problema de la optimación de recursos obedece a dos factores muy complicados: el coste de la producción y los beneficios (o utilidades) obtenidos. Sin embargo, un correcto enfoque de la calidad no tiene más remedio que referirse a ellos, pues no es posible hablar de eficacia ni de efectividad sin eficiencia. En la producción de servicios sanitarios, donde es común asociar la calidad al componente científico-técnico, no se suele tener en cuenta que la relación entre calidad y coste presenta un gráfico de curva cuadrática (Fig. 9):



(Vuori HV, 1991)

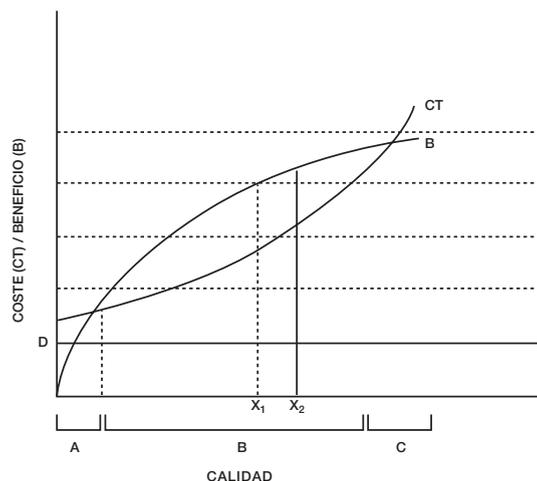
Figura 9. Relación entre calidad y coste.

En la figura 9 puede apreciarse que la relación entre calidad (C) y coste (CT) presenta una distribución de “u” invertida que es resultado del gradual incremento del coste marginal conforme se incrementa la calidad. Esa distribución se produce hasta un punto en el que

$$\frac{C}{CT} = 0$$

porque, a partir de ese punto, cualquier incremento de medios y recursos (incremento de coste) no guarda relación alguna con el incremento de calidad e incluso esta puede disminuir. Tal disminución, si es que se origina, puede deberse a causas como, por ejemplo, quiebra en la comunicación y cooperación entre los profesionales, riesgos iatrogénicos que suelen ir asociados al aumento y uso de tecnologías sofisticadas, inconvenientes surgidos en la utilización de dichas tecnologías, “respuesta” dada por los pacientes, etc.

Íntimamente ligado a esto se halla la relación que se produce entre el incremento de calidad y los beneficios (o utilidad) obtenidos. Aquí adquiere total vigencia la “ley de rendimientos decrecientes”, puesto que la utilidad marginal decrece paulatinamente conforme la calidad aumenta de forma sucesiva. Por ejemplo: es evidente que la utilidad marginal del incremento en la fiabilidad de un diagnóstico desde el 70 por 100 al 90 100 puede ser sustanciosa, pero un incremento desde el 90 por 100 al 95 por 100 puede ser un lujo (si con ello, naturalmente, no cambia en ningún caso la terapia que se aplique o utilice). Una cabal visualización de esto la proporciona la conocida gráfica que puede obtenerse considerando el coste de producción y la utilidad (o beneficio) como función del nivel de calidad (Fig. 10):



(Vuori HV, 1991)

Figura 10. Coste y utilidad (o beneficio) en función del nivel de calidad.

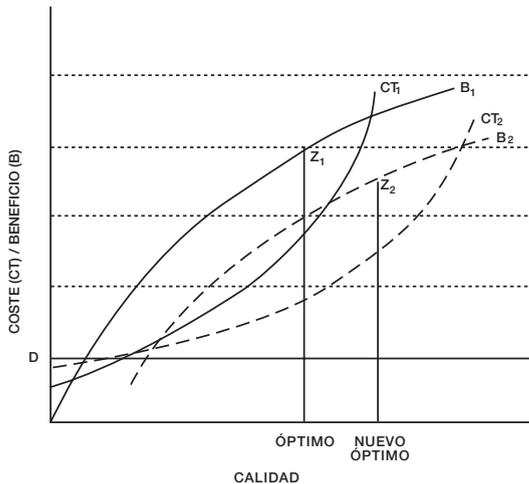
Obsérvese que aparecen tres áreas (A, B, C) claramente definidas. En la primera (A), el coste es superior al beneficio (o utilidad) porque, en relación con una producción de “calidad cero”, existe una utilidad negativa (por debajo de cero) cuyos costes han de absorberse con cargo a progresivas utilidades positivas de una calidad superior a cero. En la segunda (B), el coste marginal es inferior a las utilidades conseguidas. Y en la tercera (C), el coste excede a los beneficios marginales que proporcionan las mejoras cualitativas. Es obvio que sólo es posible acometer la producción de servicios sanitarios dentro del área B.

A partir de esa premisa, en dicha área B, y desde su principio hasta su final, se suceden varios episodios en los que pueden relacionarse coste y beneficio (o utilidad) de manera óptima. Esa optimización corresponderá a la mayor diferencia entre utilidad y coste, y a la mayor proporción de coste-beneficio que se obtenga. A vía de muestra, se han señalado en la gráfica de la figura 11 dos de ellos: uno marcada como X_1 y otro como X_2 . El punto X_1 corresponde al de mayor proporción de coste-beneficio (B / CT) y el X_2 al de mayor diferencia entre utilidad y coste ($B - CT$). Así mismo, puede observarse que en el área B a cualquier punto de la mayor proporción de coste-beneficio sigue otro de mayor diferencia entre utilidad y coste, y que al pasar al área C el coste excede en cualquier punto a los beneficios (o utilidades) que pueden proporcionar las mejoras cualitativas.

Se ve, pues, que el nivel de calidad posible presenta siempre dos alternativas: una correspondiente al punto de mayor producción y otra al de mayor diferencia. Esto viene a indicar que el enfoque de mayor proporción coste-beneficio (X_1) aparece por debajo del nivel cualitativo que corresponde a la mayor diferencia entre utilidad y coste (X_2), permitiendo concretar lo siguiente: el punto X_1 corresponde al nivel de la “calidad óptima”, mientras que el punto X_2 corresponde al nivel de la “alta calidad” (o “calidad absoluta”).

El nivel de “calidad óptima” no es estático, sino variable. En efecto, la curva que describen los beneficios como función de la calidad, debido al progreso médico y tecnológico, puede trasladarse hacia la derecha (Fig. 11):

En dicha figura está representado cómo, sobre una situación original (delimitada por las curvas CT_1 y B_1), la incorporación –por ejemplo– de nuevos procedimientos y/o instrumentos tecnológicos crea una nueva situación (delimitada por las curvas CT_2 y B_2) en la que produciéndose nuevos beneficios (B_2) resulta deficiente trabajar al nivel que antes era óptimo (Z_1). Eso se debe a que las nuevas técnicas incorporadas y una mejor organización permiten producir la misma calidad a menor coste, cosa que queda reflejada en el punto de nuevo nivel óptimo (Z_2).



(Vuori HV, 1991)

Figura 11. Variabilidad del nivel de “calidad óptima”.

El corolario a extraer de todo esto es evidente: no cabe ignorar la importancia que tienen las relaciones existentes entre calidad, coste y beneficio (o utilidad). De aquí que, tanto implícita como explícitamente, lo que se encierra en la idea de “la mejor asistencia sanitaria” depende en todo momento de las circunstancias, pues la calidad (concepto relativo, que depende de lo que se entienda como tal y de los factores que se metan en juego) cabalga siempre a lomos de la eficiencia.

La “calidad óptima”, o mayor proporción posible de coste-beneficio, se pierde en cuanto se reduce esa proporción por aumentos en el costo (o, naturalmente, también por reducción del beneficio). Los aumentos en el costo se provocan normalmente por ineficiencias en el empleo de la información para llegar a una decisión. Donabedian es uno de los autores que más ha profundizado en el estudio de la eficiencia necesaria con que debe utilizarse la información para llegar a una decisión correcta, decisión que concretó en el apelativo “calidad lógica”.

En el mundo de los servicios de salud, una de sus características fundamentales es la incertidumbre y esta sólo puede disminuir conforme se va recopilando información. En este sentido, lo primero a considerar es si la información obtenida tiene relevancia o no para poder tomar una decisión y lo segundo a tener en cuenta es qué uso se hace de la información que es relevante en la toma de decisión. Se actuará con “calidad lógica” cuando no se entre en duplicaciones al obtener información o cuando no haya excesos en la cantidad y cualidad requerida por las necesidades del proceso de toma de decisiones de que se trate.

Resulta incuestionable que, se si duplica información o hay excesos cuantitativos y cualitativos sobre lo que realmente es necesario, se estará actuando fuera de la lógica y, lo que es peor, aumentando el coste del proceso (sin entrar en que la información innecesaria puede ser claramente perjudicial por resultar un “estorbo” en el proceso de toma de decisiones o causa de posibles errores). Ese aumento de coste alejará al servicio prestado de la “calidad óptima” y por eso suele decirse que la mala “calidad lógica” es el principal enemigo de aquella. No es infrecuente en el servicio sanitario que algunos programas de control de calidad disminuyan la “calidad lógica” del proceso adicionando criterios innecesarios o irrelevantes.

De cualquier forma, es justo reconocer que, en cierto sentido, la tendencia a una mala “calidad lógica” suele ir propiciada por características, principios y situaciones generadas en el entorno. Nadie, por ejemplo, está dispuesto a reconocer que un médico puede cometer el mismo error si decide que una persona enferma está sana como si trata a una persona sana como si estuviera enferma. Aunque es posible que sea más fácil encontrar quien disculpe el segundo supuesto mejor que el primero (no hay duda que el sentimiento de la enfermedad es un fenómeno que puede determinar serias consecuencias y que eso puede llevar a aceptar en cualquier caso como preferible la atención sanitaria), ambos configuran una equivocación idéntica.

Por otra parte, todos somos conscientes de que corren tiempos en los que aumentan significativamente las demandas judiciales por presuntas malas prácticas y eso se correlaciona estrechamente con una tendencia médica a “jugar sobre seguro” (aunque algunas veces ese “jugar sobre seguro” se utiliza como medio para tapar ineficacias, inefectividades y quiebras en el componente científico-técnico de la asistencia), sin reparar en que la mayor seguridad está en evitar una mala “calidad lógica”. Sería un funesto error suponer que eso es una especie de sinónimo de “disminución” en los estándares de trabajo, preconización de diagnósticos en base a conjeturas o insinuación de suministrar el servicio en base a estudios superficiales.

ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DEL SERVICIO SANITARIO

Hay algunos aspectos que influyen de forma intrínseca en el servicio sanitario y que hacen de contrapeso al énfasis económico que reclama todo proceso productivo. Aunque con mayor o menor incidencia, esos aspectos –que giran en torno a tres grandes bloques– afectan directamente a la calidad que se provee por influir en el propio proceso productivo, por tener inevitable reflejo en la estructura organizativa donde se enmarca la realización de dicho proceso y por afectar, de una u otra manera, al resultado.

ASPECTOS QUE INFLUYEN EN EL PROCESO PRODUCTIVO

En un estudio publicado en 1980⁴⁰, Rhee puntualizó que con demasiada y no deseable frecuencia el diseño de los mecanismos de calidad que son propios de la práctica médica se limita a complicadas tareas de contenido netamente administrativo no siempre útiles para la mejora efectiva del proceso productivo porque en ese diseño se concitan una serie de acontecimientos que, en líneas generales, son los que junto a otros elementos caracterizan los aspectos cualitativos de los servicios de salud.

El abordaje de esos mecanismos provocó en su momento una clara resistencia por parte de los profesionales. Consideraron la iniciativa como una intolerable intromisión en su trabajo, pero las autoridades sanitarias vieron que ahí radicaba la causa de los desmesurados incrementos en el coste y resolvieron intentar contenerlos. Eso llevó a que se detectaran muchos inconvenientes, concluyéndose que era necesaria la cooperación de médicos y economistas para sentar unas bases que permitieran desarrollar una metodología capaz de conciliar las cuestiones económicas con las clínicas. El empeño no fue –ni lo es todavía hoy– cosa fácil. Aunque se han dado importantes avances al respecto, en numerosos casos no acaba de delimitarse convenientemente el método más apropiado porque el principal escollo reside en la secular y errónea tendencia a modelar el proceso productivo deslizándose hacia aspectos meramente técnicos, lo que colabora a que no acabe de asentarse el necesario contrapeso al puro y duro criterio económico que inevitablemente preside todo proceso de producción y se posterguen (o no se tengan debidamente en cuenta) aquellos otros aspectos que también influyen muy directamente en la calidad.

Los trabajos que se suceden en este campo persiguen concretar la mejor forma de establecer con plena objetividad qué estructura, proceso o resultado es el que debe ser evaluado, qué método ha de utilizarse para medir adecuadamente la calidad, y qué mecanismos han de emplearse para corregir las discrepancias que inevitablemente se provocan entre la calidad medida y la deseada. En este sentido, mientras los aspectos de enfoque y de técnica metodológica van superando las dificultades que salen al camino, el aspecto estratégico para llevar a cabo esa concreción resulta más complicado y no siempre se formula bien porque suele limitarse a expresar sugerencias no específicas. Se cree que con eso puede lograrse una mejora de la calidad del servicio, sin reparar en que la no especificidad es lo que precisamente más contribuye a dejar la puerta abierta para que siga prosperando el concepto consistente en “el más y lo mejor”. Esto trae consigo que abunden objetivos –llamados de calidad– que en realidad, y sin mayor justificación, persiguen fundamentalmente reforzar equipamientos tecnológicos, aumentar acciones de corte investigador en detrimento de las que corresponden al proceso productivo del servicio que se provee, incrementar niveles de especialización hasta cotas que limitan sensiblemente el campo de conocimientos generales y necesarios para sacar adelante con eficacia y eficiencia el proceso productivo, etc.

El aspecto estratégico con que los poderes públicos actúan en materia de asistencia sanitaria es el que de manera más contundente influye en la calidad porque condiciona de manera decisiva los procesos productivos de los servicios sanitarios. De aquí que la formulación de las estrategias globales por parte de la autoridad sanitaria resulte por muchos motivos tan crítica, pudiéndose destacar entre ellos los siguientes:

a) Estrategia de regionalización

Corresponde a la planificación sanitaria y constituye un mecanismo importante que puede afectar seriamente a la mejora de la calidad del servicio asistencial, ya que la gradación de servicios e instituciones puestos a disposición de un área o población determinada no garantiza que pueda lograrse un uso óptimo de los recursos (siempre escasos). La optimización estará en función tanto del personal y equipamiento que se arbitren como de la manera en que se desarrolle o lleve a cabo la producción de los servicios para la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos, y de la capacidad para evitar o prever que no se caiga en innecesarias duplicaciones de actividades y equipos. En esta estrategia, además, el criterio ideológico con que se lleve a cabo propiciará un determinado modelo de sistema sanitario que necesariamente incidirá de una manera u otra en la calidad óptima que finalmente se provea.

b) Estrategia organizativa

Se halla íntimamente ligada a la planificación sanitaria aunque, debido a la complejidad y cantidad de atenciones y cuidados que por los avan-

ces de la medicina moderna concurren en el proceso de producción, su formulación puede interferir en la que de manera más específica corresponde al agente provisor del servicio. Esto es fundamental por la incidencia que, dado el impacto que produce en el proceso, puede tener en la calidad. La repercusión de la complejidad y cantidad de atenciones y cuidados tiende a consagrar organizaciones mastodónticas y alentadoras de pesadas burocracias que siempre originan enormes ineficiencias. Naturalmente, eso no quiere decir que, por las dificultades con que normalmente tropiezan para conseguir economías de escala, las pequeñas dimensiones de estructura no puedan ser también causa de baja calidad. Lo que aquí se pretende destacar es que, bien por exceso o bien por defecto, el aspecto organizativo resulta de importancia capital en la satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales y que eso, innegablemente, influye en la calidad.

c) Estrategia de medicación, equipos e instrumentos

Su conexión con la calidad es evidente, máxime si se tiene en cuenta la exigencia actual de que una y otros han de demostrar cumplidamente su eficacia. Por lo que afecta a la medicación, la utilización de sistemas informáticos posibilita comprobar la idoneidad de la prescripción e identificar eventuales interacciones potencialmente peligrosas. En cuanto a los segundos, las agencias de evaluación de nuevas tecnologías constituyen hoy un soporte importante para la formulación de esta estrategia.

d) Estrategia de educación

Desde una perspectiva macro esta estrategia es –sin duda– una de las más efectivas en relación a su coste. En una publicación del Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social del Gobierno Federal de Estados Unidos⁴¹, se puede leer lo siguiente: “La educación continuada de calidad es un mecanismo fundamental para mantener la aptitud”.

Nada nuevo se descubre al decir que la eficacia de la actividad sanitaria, y mucho más la de la médica en particular, dependen principalmente de la propia formación profesional. Los conocimientos adquiridos durante el curso de los estudios universitarios y años de residencia se perfeccionan con la experiencia que día a día se obtiene en el ejercicio profesional. Ahora bien, los avances que se suceden hoy de manera constante en el campo de la medicina obligan a una renovación continua de los conocimientos adquiridos para poder mantenerse en óptimas condiciones de ejercicio de la actividad asistencial en el marco de las técnicas y medios que la evolución científica facilita en cada momento. El ritmo de esa evolución impone no sólo tener que asimilar nuevos conocimientos añadidos de forma lineal a los que ya se poseen, sino más específicamente renovar la formación adquirida una y otra vez porque esta adolece de la servidumbre de no ser definitiva. En este sentido, la educación continuada se perfila como un proceso de formación tan permanente como recurrente en diferentes áreas y saberes, cosa

que depende tanto de la voluntad e iniciativa individuales como del apoyo de las instituciones y organismos responsables.

ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA ESTRUCTURA

Aunque la calidad de un servicio depende en parte muy importante del agente proveedor, para el paciente se centra primordialmente en el cumplimiento de sus expectativas, es decir, que la calidad de un servicio de salud se conceptúa tanto por lo que objetivamente proporciona el proveedor como por lo que subjetivamente percibe el cliente. El punto de enlace entre una cosa y otra reside en la estructura por medio de la cual se realiza el proceso productivo y por eso resulta fundamental que dicha estructura esté orientada hacia el paciente, pues no cabe ignorar la especial relevancia que tiene en una de las premisas fundamentales del marketing: “lo que no es percibido como existente por el cliente, no existe en absoluto”.

La profesora De Val, con el acierto que le caracteriza en las aportaciones que viene realizando al estudio de las organizaciones, tras matizar que “la estructura es el instrumento o herramienta a través de la cual puede la organización alcanzar sus objetivos y que su concepto responde a una idea de sistema dinámico basado en un sistema de información y decisión constituido de tal forma que sea capaz de una adaptación constante a los imperativos del medio”, al desmenuzar sus configuraciones clásicas señala que la correspondiente a la burocracia profesional tiene como “elemento clave disponer de personal muy especializado y con buena formación para proceder según la estandarización y el desarrollo de las habilidades manuales (y/o profesionales) que sean necesarias en cada caso. Los trabajos, a partir de la división de los mismos, son muy especializados y requieren que los individuos reciban una formación “ad hoc” para poder enfrentarse a tareas complejas donde la supervisión es mínima. En este caso, lo que se está produciendo fundamentalmente es una normalización de las habilidades”¹².

La perfecta aplicación de la configuración estructural al proceso de producción de servicios sanitarios permite descubrir que en esa “normalización de las habilidades” es donde se encuentra la principal característica de los aspectos que influyen en la estructura de los servicios de salud. En efecto, los aspectos de su incidencia en la calidad del servicio cabe resumirlos en doce puntos:

- Es imposible lograr una percepción positiva del servicio provisto, si este no responde objetivamente a la expectativa que el paciente tenga de él.
- La percepción del paciente (o usuario) incluye tanto los aspectos esenciales que conforman su expectativa (beneficio o esperanza de que va a satisfacer la necesidad de salud) como los aspectos secundarios (coste o sacrificio de renunciar a la satisfacción de otra u otras necesidades).

- Los aspectos secundarios son los que tienen mayor capacidad para impactar positivamente en el paciente o usuario.
- El paciente tiende siempre a formarse un concepto global del servicio recibido.
- La percepción negativa acerca de un elemento aislado del servicio tiende a trasladarse automáticamente a la percepción global del mismo.
- Contrarrestar la percepción negativa de un elemento aislado obliga a un número muy elevado de impactos positivos de otros elementos (según Normann en relación de 1 a 12).
- Cuanto más numerosos son los elementos secundarios que integran el servicio, mayor es el riesgo de incurrir en una percepción negativa (en los sanitarios hay elementos secundarios en un buen número: citas, esperas, exploraciones, terapias, hostelería...).
- Como en cualquier suministro de servicios, predominan los activos intangibles y eso confiere a los de salud un fuerte acento de "promesa".
- El alto grado de contacto entre personal (de varios estamentos) y paciente acentúa el riesgo de percepciones negativas.
- El alto grado de individualización o personalización del servicio sanitario (cada paciente es un caso) aumenta aún más el riesgo de percepciones negativas.
- La percepción del usuario comienza antes de suministrarle el servicio propiamente dicho (ubicación, instalaciones, comportamiento de médicos, enfermeras, administrativos, auxiliares, celadores...).
- Es frecuente un *desfase temporal importante entre realidad objetiva (resultado) y percepción (diagnóstico y tratamiento)*.

Estas notaciones, que en realidad son las que configuran la percepción de la calidad, influyen sobre la estructura porque ha de estar preparada para dar una adecuada respuesta proporcionando cumplida satisfacción por medio de los siguientes factores:

- Capacidad de comprensión y explicación.
- Control de la situación en todo momento.
- Suministro de información totalmente diáfana del servicio que se presta o que se va a prestar.
- Disponibilidad en el mismo momento que el paciente o usuario lo requiera.
- Claridad y prontitud en la respuesta.
- Fiabilidad.
- Exquisitez en el trato.
- Sentido de la importancia de las cosas.
- Respeto.

La calidad de un servicio no es sólo el resultado de una coherencia entre propiedades técnicas y expectativas del usuario, sino algo más. La cali-

dad de un servicio sanitario es la correspondencia entre lo que percibe el paciente de las propiedades del bien que necesita (la salud) y lo que de él espera gracias al servicio que se le suministra, y en eso tiene mucho que ver la estructura con la que se provee el servicio, pues resulta decisiva para amortiguar los efectos de la tremenda relatividad que caracteriza a la calidad.

Colin Sharmann plasmó esto en una fórmula que denominó “ecuación de la calidad”. Es esta:

$$C = P - E$$

En donde, siendo **C** la calidad, **P** son las propiedades percibidas a través del servicio suministrado y **E** las expectativas del cliente. Así que, si la percepción tuviera un valor de +1 y las expectativas un valor de +10, la calidad percibida sería negativa (-9); y, al revés, si aquella lo tuviera de +10 y esta de +1, sería positiva (+9).

Lo relevante de esta simplísima ecuación es que viene a resaltar que la satisfacción del cliente es un estado de opinión que sigue a un juicio valorativo de la calidad porque es función de la calidad percibida. Por lo que afecta a los servicios de salud, esto lleva a que deba examinarse con algo más de detenimiento cómo se configura la satisfacción del paciente (o usuario), cosa que hacemos un poco más adelante tomando como base algunos de los estudios más consistentes que se han realizado acerca de las opiniones que se suscitan en la relación “suministrador de servicios / paciente”.

ASPECTOS QUE INFLUYEN EN EL RESULTADO

Una de las cuestiones por las que tiene tanto interés la consideración de los aspectos que, desde su afectación a la calidad, influyen en el resultado es porque proporcionan un buen ejemplo del conflicto entre dos filosofías empresariales. Mientras una de ellas afirma que, de manera consistente, la actividad desarrollada es una cuestión de logro de objetivos (y que para ello hay que hacer determinadas concesiones), la otra mantiene que sólo si se discurre por la senda de la eficiencia es posible alcanzar simultáneamente un resultado óptimo en el logro de los objetivos. El conflicto, por tanto, surge porque frente al argumento de que la calidad del resultado tiene que conseguirse a expensas de un coste elevado está el argumento de que, cuando un producto o servicio se hace “bien a la primera”, la calidad del resultado se alcanza a coste mínimo.

Esta controversia es un hecho y, si bien se mira, adolece de cierta simpleza porque tanto una afirmación como la otra olvida que la realidad en que se desenvuelven las situaciones acostumbra a ser mucho más complicada. En el suministro de servicios sanitarios los aspectos cuantitativos suelen tener concretas influencias sobre los cualitativos y, además, no todos los que se proveen pueden tratarse de la misma forma porque diferentes son las necesidades y circunstancias que convergen en cada paciente.

Desde el prisma del resultado no hay que perder de vista algo que es básico: una cosa son los “fallos” que pueden detectarse y otra bien distinta los “defectos” en que ha podido incurrirse a lo largo del proceso productivo. El proceso de producción de un servicio sanitario puede encerrar defectos invisibles que, si no ocasionan fallos, no repercuten o constituyen problema alguno para el paciente (aunque, claro, eso no quita para que este pueda descubrirlos y, si se origina un fallo, el defecto se revele como algo real e incida seriamente en la opinión acerca de la calidad percibida) y lo cierto es que eso suele acontecer en más de una ocasión.

La calidad de un servicio es el grado de conformidad de todas las propiedades y características pertinentes del servicio relativas a todos los aspectos de la necesidad del paciente, limitado por el “precio” y la forma de suministro que él, en razón de la expectativa, esté dispuesto a aceptar. De aquí que la necesidad del paciente y las propiedades y características del servicio con que se satisface su necesidad estén unidas por una “cadena de conformidad” (lo que, de manera un tanto parcial, Juran llamó “adecuación de uso” y Crosby “conformidad con los requisitos”). Dicha cadena puede representarse gráficamente de la siguiente forma (Fig. 12):



(Adaptado de Grocock JM, 1993)

Figura 12. Cadena de conformidad.

Evidentemente, incluso para el servicio que sea o resulte más complejo, conseguir la conformidad total con la especificación de los requisitos propios del sistema productivo no tiene por qué responder a costes elevados. No hay ninguna ley natural que haga siempre caro prestar un servicio conforme a las especificaciones prácticas de aquellos requisitos que lo conforman. Los aspectos que influyen negativamente en el resultado obedecen más a defectos funcionales incurridos en el proceso (por muy invisibles que sean) que a fallos tanto técnicos como funcionales del mismo. Por eso es vital un control o inspección del proceso que, en el peor de los casos, pueda asegurar que los defectos –y no digamos los fallos– no suponen una quiebra en la fiabilidad.

La fiabilidad no es un tema separado de la calidad, pues se refiere a todas las características que conforman la producción de un producto o servicio y, de cara al resultado, misión de la inspección del proceso es controlar que este se realiza bajo las condiciones especificadas y velar por una correcta secuencia de la “cadena de conformidad”. En concreto, y para solventar los aspectos que influyen en el resultado, la inspección del proceso tiene ante sí el campo de tres actividades:

Controlar el establecimiento y especificación de las características requeridas por el servicio que se presta.

Inspeccionar el diseño y el proceso productivo para comprobar que se alcanzan las propiedades y características requeridas.

Analizar la utilidad, la eficacia y la eficiencia con que se desarrolla el proceso y se alcanza el resultado.

ESTUDIOS SOBRE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

En las investigaciones que se llevan a cabo sobre los servicios sanitarios han adquirido una importancia significativa los estudios acerca de las opiniones que se suscitan en la relación “proveedor / paciente”. Ha terminado reconociéndoseles que son un medio valioso para apreciar la calidad que ofrecen las actuaciones y cuidados médicos por dos causas principales: porque para la formulación de políticas en materia de asistencia sanitaria los Gobiernos se apoyan cada vez más en los resultados que se desprenden de esos estudios y porque resultan imprescindibles para construir (a nivel de proveedor de servicios) una adecuada estrategia de marketing en sintonía, entre otras cosas, con la problemática que últimamente viene detectándose en el propio seno de la medicina.

FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

La problemática a la que nos referimos consiste en que, de un tiempo a esta parte, se acusa un desplazamiento en el contexto de la enfermedad. En efecto, del proceso agudo que hasta no hace mucho resultaba abrumadoramente mayoritario se camina paulatina, pero sostenidamente, hacia otro que aparece como fruto de un conjunto de procesos crónicos que están íntimamente relacionados con la edad de los individuos y los cambios experimentados tanto en la estructura demográfica como en los comportamientos sociales. No hay que esforzarse mucho para constatar el notable incremento que se viene provocando en la proporción de pacientes que hoy requieren cuidados médicos y sociales de larga duración.

Este panorama hace que se haya comenzado a tomar en consideración posibles alternativas diferentes (tanto institucionales como domiciliarias) para la atención de enfermos crónicos y de mayor edad, sopesando convenientemente varios tipos de servicios a prestar. Lógicamente, esa situación ha colaborado –y no poco– a que se conceda una mayor atención a los estudios de calidad en los servicios sanitarios, pues suministran un punto de vista gracias al cual es posible llegar a evaluar dos aspectos fundamentales: qué “productos” son los que proporcionan mejores resultados y cuales de ellos son los que resultan (o pueden resultar) menos onerosos. Se trata, en definitiva, de analizar la eficacia y la eficiencia antes que cualquier otra cosa.

A partir de ahí la investigación se ha visto impelida a multiplicar esfuerzos para conseguir una mejor medición de los resultados obtenidos en el proceso de producción de los servicios de salud y por eso se ha centrado en perfeccionar sofisticadas aproximaciones tendentes a evaluar el coste-utilidad, el coste-eficacia y el coste-beneficio de las técnicas y procesos puestos en juego. Naturalmente, eso ha traído consigo la consecuencia de que todas las medidas utilizadas tengan que ir encaminadas a comprobar la efectividad no sólo de acuerdo con criterios médicos sino también económicos, aunque en más de una ocasión hayan de utilizarse medidas del resultado que, sin estar al margen de puros criterios médicos y económicos, se han desarrollado sin una plena participación de ellos y con un sentido complementario (fundamental, por otra parte, para un correcto enfoque de marketing). Entre esas medidas, por ejemplo, está la que toma como elemento coadyuvante de evaluación de la calidad del producto sanitario la opinión que tienen los pacientes (o usuarios) sobre los servicios que se proveen. Bien mirado, tener en cuenta la opinión de los pacientes es un camino que posibilita evaluar los servicios sanitarios desde la perspectiva de su aportación a la salud efectiva –y a largo plazo– tanto de ellos en particular como de la comunidad en general.

Valor de la investigación

Ciertamente, el énfasis que ponen algunas personas en la importancia que tienen los estudios sobre la opinión del usuario responde más al creciente interés sociológico que en nuestros días provocan las relaciones interpersonales que a una estricta orientación dirigida a evaluar la calidad del servicio sanitario. Las encuestas nos invaden hoy por todas partes y, al margen de aquellos criterios que deberían impulsar a la consecución del bien común, hasta los políticos enfocan sus acciones en sintonía con sus resultados. Sin embargo, el verdadero valor de la investigación reside en que origina estudios sobre la opinión que se forja en la relación “agente proveedor del servicio / paciente”, pues ayuda a comprender mejor el punto de vista de este. Todos esos estudios, convenientemente relacionados entre sí, ponen sobre la pista de qué es lo que debe corregirse o mejorarse en la provisión del servicio sanitario para conformar una oferta que encaje debidamente con los requerimientos del mercado. En este sentido, los estudios realizados por Cartwright y Carstair resultan de enorme y capital interés.

Gracias a la investigación, en la década de los sesenta y primeros años de los setenta en el mundo de la empresa se tomó conciencia definitiva del inescapable compromiso que supone atender debidamente las necesidades reales del consumidor. Fue entonces cuando el marketing adquirió una nueva dimensión y comenzó a preocuparse por buscar un punto de equilibrio entre los objetivos empresariales y la sociedad, orientando la producción hacia lo que socialmente es deseable vender. Esto tu-

vo oportuno reflejo en el mundo sanitario y trajo consigo la evidencia de que era necesario acometer ciertos cambios estructurales en los Servicios Nacionales de Salud de algunos países, cambios que se materializaron en algo muy concreto: fijar qué papel tiene que desempeñar el consumidor-paciente en la organización y configuración de los servicios de salud.

En 1974 aparecieron unos Consejos Comunitarios de Salud a los que se dotó de ciertos cometidos específicos y a estos siguió en algunos países la aparición de un llamado Comisionado de Salud (encargado de velar por el buen funcionamiento de los servicios sanitarios) que, finalmente, dio paso al establecimiento de los llamados “Servicios de Atención al Paciente”. Estos Servicios han quedado consolidados sobre todo en la institución hospitalaria, teniendo como misión atender las quejas de los usuarios sobre aquellos procedimientos y situaciones con los que no están conformes, y ayudarles en lo que puedan necesitar haciendo de enlace amistoso entre usuarios y Dirección del centro o entre ellos y los profesionales que prestan el servicio sanitario. En este contexto, los estudios de opinión de los pacientes adquieren su verdadero valor y significancia, pues de forma indirecta constituyen una manera de participación de estos en las formulaciones de políticas sanitarias a establecer a cualquier nivel.

Utilidad de los estudios de opinión

La utilidad de los estudios de opinión no es otra que esta: medir el grado de satisfacción de los pacientes con el servicio suministrado. Ciertamente, tal medición no es cosa fácil, pero proporciona de forma más o menos depurada información sobre cuándo una persona está de acuerdo o no (y en qué grado) con el servicio que se le suministra, permitiendo apreciar no sólo cuál es su opinión sino también cómo valora las actuaciones, juicios y consejos médicos (lo que, a su vez, resulta de gran interés para valorar las futuras relaciones entre “suministrador de servicios / paciente”).

Por otra parte, la utilidad para el profesional es también importante, pues conocer la actitud del paciente resulta de especialísimo provecho para que él pueda intuir qué eficacia y efectividad cabe esperar en aquellos cuidados que vayan a extenderse a medio y largo plazo. La razón es obvia: a nivel individual, para el paciente que es objeto de asistencia prolongada en el tiempo la calidad de los cuidados y atenciones es casi siempre sinónimo de “calidad de vida”. Por tanto, su satisfacción acerca de los cuidados, atenciones y consejos médicos, no acostumbra a ser normalmente más que el resultado de su satisfacción por cómo vive o cómo se le hace vivir. En este sentido, lo que racionalmente puedan hacer por cualquier paciente tanto la organización como los profesionales sanitarios, es parte importantísima en la configuración de la opinión que se expresa como calidad percibida.

Realmente, la utilidad que en sí mismo encierran los estudios de opinión radica en que ponen de relieve el punto de vista del usuario en cuanto a su grado de satisfacción como exponente de una percepción de la calidad del producto que se le suministra. Sin embargo, lo que no termina de estar claro del todo son los componentes estándar que mejor pueden adaptarse a una idónea investigación evolutiva. Las discusiones que se provocan al respecto no conciernen tanto a la metodología (generalmente bien aceptada) como a los resultados que proporciona y en particular al uso o interpretación que se hace de ellos. Sería necio negar que una buena parte de esas discusiones tienen causa en el recelo que siempre suscita cualquier variable de carácter innovador pero, aunque sea en mínima parte, ha de admitirse asimismo que en esto concurren también algunas quiebras que son propias de cualquier proceso que no está todavía suficientemente asentado. De todas formas, la utilidad de los estudios de opinión es innegable y resultan imprescindibles para una adecuada gestión de marketing de los servicios de salud.

LA OPINIÓN DEL USUARIO

Vamos a aproximarnos al conocimiento de la opinión del usuario sirviéndonos del trabajo que en su día llevaron a cabo David Locker (del Departamento de Medicina Comunitaria de la Facultad de Medicina Santo Tomás, de Londres) y David Dunt (del Departamento de Medicina Social y Preventiva de la Facultad de Medicina de Victoria, Australia)⁴³, completando la visión con algunos datos de la encuesta de posthospitalización sobre satisfacción de los enfermos en hospitales del Instituto Nacional de la Salud⁴⁴.

Resultados obtenidos en Atención Especializada

Locker y Dunt trabajaron sobre un importante número de estudios llevados a cabo en diferentes países (tanto sobre pacientes ingresados como ambulatorios) para bucear sobre la opinión del usuario acerca de los servicios, según características propias de los diferentes espectros personal e institucional con que puede toparse un paciente y que, en resumidas cuentas, son los que condicionan su grado de satisfacción. Entre tales estudios, los más sobresalientes fueron los de los siguientes investigadores:

a) Cartwright

Dejando aparte lo que podía constituir una simple exploración de conjunto del grado de satisfacción del paciente, este investigador centró la atención en las cualidades que más aprecia aquel en el médico y pudo concluir que el 87 por 100 de los pacientes aprecia por encima de todo las formas o personalidad del facultativo (un 67 por 100 expresa además alguna leve referencia al proceso del servicio que se le ha suministrado), que un

4 por 100 carece de opinión o se muestra excesivamente crítico y que un 9 por 100 expresa aprecio por aspectos que nada tienen que ver con las cualidades de los médicos.

Dio un paso más y, al margen de los aspectos personales, procedió a investigar las cualidades que un paciente espera encontrar en el médico como puro agente provisor del servicio sanitario y llegó a comprobar que el 75 por 100 no echa en falta ninguna cualidad de las que normalmente espera, mientras que el 20 por 100 se muestra decepcionado o altamente crítico. Entre este 20 por 100 de decepcionados, las críticas más frecuentes son las que hacen referencia a aspectos tales como “el médico parece andar siempre cargado con mucho trabajo”, “el médico no siempre escucha lo que se le dice”, “no se entiende lo que el médico explica sobre la enfermedad” o “el médico impone autoritariamente criterios que no es fácil compartir”. Del resto, el 3 por 100 de los pacientes se limita a manifestar una total disconformidad con el servicio suministrado y un 2 por 100 carece de opinión.

Al indagar algunas cuestiones específicas sobre el médico que recientemente había provisto el servicio, en su investigación concluyó que el 88 por 100 de los pacientes opinan que fue un buen médico “porque invirtió el tiempo necesario sin manifestar prisa en ningún momento” y que tres de cada cuatro de esos pacientes resaltan, además, que el médico “supo escuchar y tratar con cortesía”. Es muy posible, indica Cartwright, que ese “saber escuchar y tratar con cortesía” fuese lo que les ayudara a tener la percepción de “haber invertido el tiempo necesario” y llegar así a conformar la opinión de que “fue un buen médico”; pero, a pesar de que las respuestas ofrecieron un panorama tan predominantemente favorable, no deja de tener significación que casi una cuarta parte de los pacientes se sintiera insatisfecha con algunos aspectos del servicio recibido.

Nada más producirse el alta hospitalaria, hizo a los pacientes la siguiente pregunta: “¿Qué señalaría usted por encima de todo como más relevante en la experiencia hospitalaria que acaba de tener?”. El 40 por 100 de las respuestas fueron abiertamente entusiastas y con frecuencia apareció en ellas como digno de mención el personal de enfermería, al que se le consideraba digno de las más encendidas alabanzas. A renglón seguido, los comentarios se refirieron –y por este orden– a la comida, al entorno físico y al tratamiento médico, mostrándose críticos con ello en torno al 20 por 100 pero con la particularidad de que, incluso dentro de este porcentaje, hubo aspectos que se consideraron merecedores de algún comentario favorable y que se concretaban en el personal, la comida, el entorno físico y las rutinas hospitalarias. Ahora bien, al descender a otras preguntas más específicas, el 61 por 100 señaló haber tenido algún tipo de dificultad para obtener información sobre cuestiones relativas a su estado y al tratamiento, y un 40 por 100 se dispersó en la exposición de un amplio abanico de otra suerte de dificultades (todas referentes a aspectos informativos)

que censuraban haberse encontrado. Cartwright llama la atención sobre este extremo diciendo que supone una quiebra generalizada en el mundo hospitalario y que debería ser corregida porque revela que en los hospitales no acaban de reconocerse como es debido los requerimientos sociales y psicológicos de los pacientes, cosa que considera es de gravedad.

Este estudio de Cartwright fue corroborado totalmente por McGhee, quien entrevistó a 400 pacientes recién dados de alta utilizando una muy cuidadosa y bien construida entrevista-tipo. Eludió cualquier clase de valoración referida al hospital en conjunto como índice global de satisfacción y se centró en la medición de ciertos aspectos concretos. Entre ellos, la comida y los cuidados de enfermería fueron los que arrojaron el mayor número de comentarios favorables, mientras que para otros aspectos la insatisfacción se manifestó en un rango que iba del 65 por 100 al 24 por 100. La conclusión de McGhee fue que, a nivel individual, el mayor defecto que ofrece el servicio sanitario que se provee en los hospitales es “la enorme barrera que impide un fácil y necesario intercambio de información”.

b) Carstairs

Tras la investigación de Cartwright, la que llevó a cabo Carstairs es quizás una de las más relevantes. Gracias a la profunda revisión y al muy completo estudio que realizó esta mujer sobre las quejas comunicadas por los usuarios en todos los hospitales escoceses, pudo obtener una serie de datos muy importantes acerca del grado de satisfacción de los pacientes. La muestra utilizada fue amplísima, incluyendo en ella ingresados en hospitales generales, ingresados en hospitales psiquiátricos y pacientes ambulatorios. El análisis efectuado fue tan exhaustivo que abarcó no sólo las quejas en que se mostraban sentimientos insatisfactorios, sino también, y en su caso, aquellas otras donde, a pesar de la queja, se expresaba alguna suerte de satisfacción.

Carstairs evidenció que, en los hospitales generales, el 72,8 por 100 de los pacientes tenía una opinión “muy satisfactoria” sobre el funcionamiento global de la institución, el 24,9 por 100 lo tenía “satisfactoria” y sólo 2,3 por 100 decía tenerla “totalmente insatisfactoria”. Con referencia a los hospitales psiquiátricos, el grado de satisfacción era más bajo, pues el 50 por 100 decía tener una opinión “satisfactoria”, el 13 por 100 la tenía “totalmente insatisfactoria” y el 37 por 100 carecía de opinión (debiéndose señalar que no se dio ninguna opinión que fuera “muy satisfactoria”). Asimismo, constató que, como se señala también en otros estudios de otros autores, la edad de los pacientes es un factor consistentemente asociado al grado de satisfacción (los de mayor de edad son los que brindaron las opiniones más favorables).

El detallado análisis que llevó a cabo mostró que los pacientes ingresados en un hospital general realizaban una media de 1,22 quejas diarias, subiendo a 1,40 quejas / día las realizadas en uno psiquiátrico. Ahora

bien, tanto en unos hospitales como en otros, las medias decrecían conforme aumentaba o era mayor la edad de los pacientes, presentando un gradiente distinto según la clase social a la que pertenecían (mayor entre las clases sociales alta y baja, y menor en las clases medias). En este contexto, hay una observación que reviste interés especial: las quejas que se presentaban por insatisfacción individual con algo sentido personalmente eran siempre más incisivas que las presentadas por insatisfacción individual con aspectos relativos genéricamente al funcionamiento y cuidados sanitarios recibidos. Las primeras eran menores en número, pero incidían con muchas más fuerza en el nivel de satisfacción. Esto hizo que Carstairs afirmara con sólida argumentación que “el volumen de quejas por insatisfacción individual con aspectos personalmente sentidos es guía mucho más realística para calibrar el nivel de satisfacción general que las quejas referentes a insatisfacciones individuales con aspectos genéricos del funcionamiento hospitalario”.

c) Varlaam y col.

Estos investigadores se propusieron como objetivo desentrañar la opinión de aquellos pacientes que esperan recibir una atención claramente personalizada en la provisión de un servicio sanitario; es decir, la opinión de aquellos pacientes que esperan recibir una atención extra o ajena al servicio que normalmente puede suministrar cualquier buen equipo médico. Para ello, centraron su investigación en una serie de preguntas sobre componentes específicos de la atención dispensada y hallaron que el 20 por 100 de los pacientes estaba satisfecho, que el 16 por 100 tenía alguna suerte de queja, que entre el 5 y el 8 por 100 manifestaba una absoluta disconformidad y que entre el 3 y el 5 por 100 indicaba que el médico que les atendió era un perfecto desconocido del que dudaban hubiese hecho una buena exploración, realizado un buen diagnóstico o prescrito el tratamiento adecuado.

Como casi el 60 por 100 de los pacientes no dieron opinión alguna, las diferencias observadas están lejos de ser estadísticamente significativas; ahora bien, en el análisis de las respuestas obtenidas en esta investigación sí que arroja una significancia estadística la edad de los que contestaron. En este sentido, Varlaam y col. pudieron aseverar que la mayor proporción de insatisfechos corresponde al grupo de pacientes con edad superior a los 45 años.

d) Kinsey

Asistido por un seleccionado grupo de colaboradores, Kinsey investigó a los pacientes que acuden a consulta ambulatoria para estudiar el grado de satisfacción sobre la información recibida en ella. El 82 por 100 mostró estar completamente satisfecho contra un 18 por 100 que dijo no estarlo. Pero al concretar más, indagando sobre la información recibida en términos de diagnóstico, etiología, tratamiento prescrito y pronóstico, ha-

lló lo siguiente: dijo haber recibido suficiente información sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico entre el 70 y el 79 por 100, haber recibido sólo información suficiente en cuanto a la etiología de su enfermedad el 61 por 100, y más del 31 por 100 manifestó no haber recibido información alguna y de ningún tipo. Que prácticamente uno de cada tres pacientes manifestara no haber recibido información hizo que Kinsey echara mano de un criterio más estricto para comprobar la validez del grado de satisfacción que podía derivarse de las respuestas obtenidas sobre esas cuatro categorías de información y llegó a concluir que sólo el 56 por 100 de los pacientes había sido correctamente informado. Esto hizo que Kinsey y sus colaboradores aseguraran que en las consultas ambulatorias la satisfacción con la información recibida está significativamente asociada a la impresión recibida sobre las explicaciones que se dan a los pacientes.

e) Larsen y Rootman

Exploraron las causas básicas que motivan la satisfacción del paciente y los resultados que obtuvieron les permitió ensayar una hipótesis sobre el papel teórico que, según las expectativas del paciente, sugiere esa satisfacción al ponerla en relación con el grado de cumplimiento del papel que se espera ha de desempeñar el médico.

Analizaron 757 cuestionarios confeccionados al efecto y concluyeron que hay una fuerte asociación entre satisfacción e “índice de conformidad con las expectativas del paciente sobre el papel que se espera desempeñe el médico”, afirmándose tal asociación como significativamente estadística al tomar en consideración factores de edad, sexo, educación, ocupación y frecuencia de visitas al médico. Larsen y Rootman, por tanto, sugirieron que ha de tenerse siempre muy en cuenta el estrecho vínculo que existe entre satisfacción del paciente y cumplimiento de lo que este espera debe ser el “rôle” del médico en el proceso de provisión del servicio.

f) Raphael

Para su estudio se valió de una bien seleccionada muestra constituida por 498 pacientes y 591 profesionales pertenecientes a la plantilla de cuatro hospitales londinenses. En las entrevistas que mantuvo con cada uno de los pacientes, además de cumplimentar un cuestionario entabló con ellos una amplia conversación que estaba previamente diseñada. Cruzó la información obtenida de los pacientes con la recabada a los profesionales y validó los resultados con un adecuado tratamiento matemático-estadístico.

La conclusión fue que el 73 por 100 de los pacientes tenían una opinión favorable sobre el funcionamiento global del hospital, habiendo sólo dos de ellos que mostraron total insatisfacción. Sin embargo, entre los profesionales la opinión favorable sobre el funcionamiento global del hospital no alcanzó más que un 34 por 100, resaltando entre las más insatisfactorias la expresada por médicos y administradores.

Entre los pacientes, los que mostraron mayor grado de satisfacción fueron los de edad madura. En efecto, el 85 por 100 de los mayores de 65 años decían estar satisfechos, mientras que decía estar satisfecho el 52 por 100 de los comprendidos en el rango de edad de 15 a 39 años. Dato significativo fue comprobar que el grado de satisfacción está claramente influenciado por la clase social de los pacientes, localizándose dos extremos: menor satisfacción entre los pertenecientes a las clases baja y alta, y mayor satisfacción entre los pertenecientes a grupos intermedios de la escala social (clases medias). No obstante, aunque este extremo donde las opiniones eran favorables suponía el 61 por 100, las respuestas dadas en él a diferentes aspectos del servicio recibido variaban sustancialmente. Por ejemplo: el 95 por 100 decía estar satisfecho con “los cuidados médicos y la atmósfera social”, el 58 por 100 lo estaba con “el trato e información recibidos” y el 33 por 100 con “el modo como ha transcurrido la hospitalización”.

g) Scott y Gilmore

Su campo de estudio fue el de los pacientes ambulatorios y se sirvieron de una muestra muy bien seleccionada de pacientes atendidos en las consultas externas hospitalarias. Encontraron que el 20 por 100 mostraba un rotundo desacuerdo con la falta de privacidad en las consultas y que eso, curiosamente, no se traducía en evidencia alguna de insatisfacción. Sin embargo, el número de sugerencias aportadas para mejorar ese aspecto de la privacidad era tremendamente llamativo.

Llama la atención que los resultados de este estudio se vengan a corresponder casi linealmente con el efectuado por Carstair, donde se halló que el 80 por 100 de los pacientes ambulatorios no evidenciaba nivel alguno de insatisfacción. Según esto, podría concluirse que los pacientes ambulatorios sienten un mayor grado de satisfacción que los ingresados, pero una investigación llevada a cabo posteriormente por el Comité de Quejas de los hospitales de Edimburgo constató justo lo contrario. Según este Comité, los pacientes ambulatorios presentaban mayor grado de insatisfacción que los ingresados a causa del tiempo que se ven obligados a perder para acceder a una consulta (tiempos y listas de espera) y eso se traduce en una baja valoración de los tratamientos médicos que reciben.

Realmente, no hay explicación alguna que sea convincente para justificar esta divergencia en los resultados. Locker y Dunt apuntan hacia cuestiones personales o de información no satisfactoria.

Resultados obtenidos en Atención Primaria

Los estudios sobre opinión en Atención Primaria son más escasos. Entre ellos cabe significar tres que fueron realizados en Estados Unidos y, en cierto modo, lejos de diferir los resultados de los obtenidos en la Atención Especializada se muestran como complementarios.

a) Tessler y Mechanic

Acometieron la tarea de investigar la satisfacción de los pacientes separando los que no efectuaron pago alguno en el momento del consumo o provisión del servicio (aunque, de hecho, todos ellos hubieran hecho algún tipo de abono previo en concepto de cuotas o primas) de los que sí abonaron los honorarios profesionales tras recibir el servicio. Se sirvieron de un cuestionario confeccionado con once preguntas relacionadas con aspectos específicos de la atención médica y sometieron los pacientes a él con independencia de que el servicio se hubiese producido a lo largo del último año o en tiempo más reciente.

La mayoría de las respuestas mostraron opiniones satisfactorias, resultando significativamente más altos los niveles de satisfacción en quienes no habían efectuado pago alguno en el momento del acto médico. La proporción de estos variaba del 73 al 93 por 100, mientras que entre quienes sí habían tenido que abonar honorarios en el momento del acto médico la proporción de muy satisfechos variaba del 64 al 86 por 100. Tessler y Mechanic concluyeron que el hecho de pagar o no pagar en el momento de del acto médico influye de manera considerable en la formación de una opinión satisfactoria del servicio recibido.

b) Hulka y col.

Se valieron de un método bastante sofisticado para medir las diferentes posturas que puede adoptar un paciente ante la provisión del servicio. Partieron del formato técnico de Thurstone para la construcción de intervalos y tomaron en cuenta las modificaciones aportadas a ese formato por Likert. El diseño construido tenía gran aptitud para medir tres aspectos distintos en Atención Primaria: la opinión sobre la competencia profesional y técnica del médico, la reacción suscitada en el paciente por las cualidades personales del médico y la impresión recibida sobre la asequibilidad del médico durante la prestación del servicio. La investigación se llevó a cabo practicando un seguimiento comunitario de gran amplitud.

Comprobaron que las respuestas propendían de manera general a ser más satisfactorias que insatisfactorias por lo que atañe a la competencia y cualidades personales del médico, pero que con frecuencia resultaban abultadamente insatisfactorias en lo referente a su asequibilidad. En concreto, el 9,1 por 100 de pacientes mostraba insatisfacción con la competencia (profesional y técnica) y cualidades, mientras que el 90,9 por 100 manifestaba insatisfacción con la asequibilidad. Entrando más a fondo en la cuestión, comprobaron que esos resultados presentaban una estrecha correlación con determinados grupos de personas, edad y clase social, pudiéndose observar que el grado de satisfacción se veía notablemente afectado por variaciones en el tiempo (es decir, por el tiempo transcurrido desde la última visita al médico).

c) Korsch y col.

Estos investigadores también se valieron de técnicas relativamente complejas para estudiar la satisfacción de los padres respecto a la atención pediátrica recibida por sus hijos. Partieron de una hipótesis: puede haber una posibilidad de relación entre la manera como se llevan a cabo las comunicaciones verbales médico / padres del paciente y la satisfacción de estos en término de “expectativas satisfechas con éxito”. Para realizar la investigación recabaron la información a través de revisiones sistemáticas de historiales clínicos, grabaciones magnetofónicas efectuadas durante la entrevista con el pediatra y entrevistas semiestructuradas hechas a los padres nada más celebrada la consulta al médico (a las que siguieron nuevas entrevistas mantenidas con estos catorce días después).

Para controlar mejor las posibles influencias que pudieran derivarse de la aplicación de ese método, la información obtenida sobre la muestra seleccionada (800 personas) la dividieron en tres grupos: información perteneciente a personas que fueron investigadas utilizando las tres fuentes (revisión del historial, grabación y entrevistas), información perteneciente a personas que fueron investigadas sólo por entrevistas post-consulta e información perteneciente a personas que fueron objeto de grabación magnetofónica durante la celebración de la consulta. Es de señalar que, al publicar los resultados de su estudio, Korsch y col. no indicaron cómo realizaron la homogeneización de estos tres grupos, limitándose a asegurar que los resultados eran consistentes y seguros porque los índices de satisfacción resultantes de los tres grupos eran estadísticamente significativos y oscilaban entre el 72 y el 76 por 100 de opiniones satisfactorias.

Aunque el nivel de satisfacción contrastado de esta forma no concernía a características específicas del universo investigado, del médico visitado o del diagnóstico realizado, dicho nivel resultó ser globalmente alto para los casos en que, gracias a un comportamiento amistoso y amable, el pediatra supo dar cumplimiento a la expectativas de los padres en lo que atañe al tratamiento prescrito e información suministrada. El 36 por 100 de los que no vieron colmadas sus expectativas manifestaron también estar “razonablemente satisfechos”.

Resultados obtenidos en la encuesta posthospitalización del INSALUD

Esta encuesta, realizada en 1985, fue la primera que en España ofreció hipótesis válidas sobre las que trabajar tanto en el ámbito conceptual como en el metodológico. Tuvo por objetivo conocer las opiniones valorativas que mostraban los pacientes ingresados en todos los hospitales (propios y administrados) del INSALUD sobre la asistencia o servicio que habían recibido. Quedaron exceptuados de la muestra los menores de catorce años (límite de la considerada como “edad pediátrica”), por con-

siderar que en ese segmento podía producirse un sesgo de las opiniones porque prevalecerían las respuestas de los padres sobre las de los propios pacientes; los pacientes fallecidos; los pacientes trasladados al alta a otros centros (por entender que estos podrían ser tenidos en cuenta al alta definitiva en otro centro); y los pacientes que no hubieran consumido al menos tres estancias completas en el centro (por considerar que en esos casos la relación establecida entre paciente y hospital es puramente accidental).

A pesar de sus muy serias limitaciones, el método escogido para la realización de la encuesta fue el correo, por considerar que la utilización de encuestadores requiere de una infraestructura de la que se carecía y que llevarla a cabo telefónicamente podía limitar la población investigada a aquellos pacientes que tuvieran teléfono (según la Encuesta de Presupuestos Familiares del Instituto Nacional de Estadística correspondiente al año 1981, por aquél entonces en España el 49,3 por 100 de las viviendas carecían de teléfono). El cuestionario constaba de diecinueve preguntas, todas ellas cerradas y referentes a opiniones graduadas en forma de escala, con tres o cinco posibilidades de respuesta, y dejando al final un espacio suficiente para que el encuestado pudiese añadir con redacción libre lo que ocasionalmente quisiera manifestar.

La muestra óptima quedó determinada en 1.000 personas y para ello se fijó como necesario remitir un mínimo de 4.000 cuestionarios, de los cuales se obtuvieron 900 válidos. Los “momentos muestrales” elegidos fueron el 15 de marzo y el 30 de mayo –jueves y miércoles respectivamente– por ser esos días de la semana en los que se constató se producían más altas (lunes y viernes eran los de menor número de altas). El volumen de muestra aseguraba un nivel de confianza habitual (2 sigma) con un nivel máximo de error que en el caso más desfavorable ($p = 0,5$) sería de $\pm 3,35$ por 100 y su estructura se perfiló de acuerdo con las variables que querían considerarse.

Los resultados arrojaron un alto índice de satisfacción global (3,99 sobre un máximo teórico de 5 y un rango que abarca de 3,71 a 4,39), con un 28,4 por 100 que consideraba el servicio recibido como “muy bueno”, 44,3 por 100 “bueno”, 23,5 por 100 “normal”, 2,7 por 100 “malo” y 1,1 por 100 “muy malo”. El perfil medio del paciente más satisfecho correspondía a hombre mayor de 65 años, tasa de analfabetismo baja y nivel de renta alto, que fue hospitalizado para intervención quirúrgica; mientras que el perfil medio del paciente menos satisfecho respondía a mujer entre 25 y 45 años, ama de casa o trabajadora cualificada, con tasa de analfabetismo alta y nivel de renta bajo, que fue ingresada en un servicio no quirúrgico. Los aspectos que más influyeron en la valoración global fueron –y por este orden– la atención médica y de enfermería, la habitación, el trato personal y la hostelería, significándose que, a medida que aumenta la edad, los ele-

mentos trato humano y hostelería se valoran más que la habitación e incluso que la propia atención médica y de enfermería.

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

Como el lector se habrá dado cuenta, los estudios aquí comentados se realizaron en base a puntos de mira y metodología diferentes. Como es natural, los investigadores los llevaron a cabo según lo que persiguieran en cada uno de ellos y para obtener aquellos datos que mejor pudiesen servir a sus propósitos utilizaron unos métodos u otros porque, por desgracia, aún no está desarrollado ningún método específico de medida de la satisfacción del consumidor que pueda considerarse indiscutible y válido, ni mucho menos como medio incuestionable para hacer comparaciones entre los estudios que ya se han llevado a la práctica.

El asunto aún se complica más cuando se plantea qué es lo que ha de entenderse por “cuidados médicos o sanitarios”, pues estos consisten en la provisión de diferentes y muy variadas combinaciones de servicios correspondientes tanto al campo de la salud (individual y colectiva) como al de carácter social. Todos los autores están de acuerdo en manifestar que ahí es donde está la causa de ciertas variaciones que se provocan en la satisfacción manifestada acerca de los servicios sanitarios. Sólo un método con procedimientos estándar y capaz de medir diferenciadamente esas variaciones podría facilitar de manera fiable la obtención del auténtico grado de satisfacción del paciente con ese conjunto tan variado y distinto de diferentes cuidados que provee el servicio sanitario. Pero, hoy por hoy, se carece de tal método y sería una temeridad dar por sentado que los resultados obtenidos constituyen una medida inequívoca de la satisfacción.

La satisfacción está configurada por múltiples componentes y por las ocultas relaciones que se establecen entre ellos, y como no se sabe bien qué es lo que en realidad configura un criterio satisfactorio o insatisfactorio, lo que hasta ahora se ha podido conseguir es concretar determinados grupos de individuos en satisfechos e insatisfechos. De todas formas, no está claro que satisfacción e insatisfacción sean las dos caras de una misma moneda y el análisis hecho a una encuesta realizada en 1984 a los ciudadanos australianos⁴⁵ vino a alertar sobre el hecho de que los términos “bienestar” y “malestar”, lejos de representar dos polos en una escala, son dimensiones distintas con causalidad distinta. En efecto, parece ser que el bienestar depende más de las características de la personalidad y de las redes sociales de soporte, y que el malestar depende más del “*status*” socioeconómico y la salud.

Se han elaborado al respecto diferentes teorías y de todo tipo (económicas, sociológicas, psicológicas, meramente conceptuales...), pero lo único que parece ser más consistente es que los estímulos constantes tienen un valor psicológico igual a cero porque, al haber una clara inclinación

de adaptación a los estímulos (sean estos los que fueren) estos tienden a desaparecer como inductores de valor positivo o negativo. De aquí que sean los cambios recientes los que estimulan la satisfacción o la insatisfacción, pues los lejanos en el tiempo pasan a formar parte del historial del individuo y dejan de ser estímulos. Esto hace que, cuando al valorar los servicios de salud se habla de satisfacción de los pacientes, exista una fuerte controversia entre quienes arguyen que eso no es más que un problema conceptual⁴⁶⁻⁵⁰ y quienes como Ware y col.⁵¹, McCusker⁵², Stewart y Wanklin⁵³, afirman no haber más problema que el metodológico.

De todas formas, para la consecución de datos sobre la satisfacción de los pacientes normalmente no se manejan más que dos sistemas: preguntas o conversaciones sobre la opinión que le han merecido los servicios recibidos, y preguntas relativas a cuestiones concretas o aspectos específicos de esos servicios. En algunos de los estudios a los que anteriormente hemos hecho mención, la técnica utilizada no se limitó a una serie de preguntas abiertas y cerradas, sino que también se dio cabida en ellos a determinados procedimientos orientados a completar las respuestas con una visión de conjunto sobre una panorámica global de satisfacción y eso constituye todo un acierto porque es de sobra conocido que, según como estén estructuradas, las baterías de preguntas producen respuestas que conducen a resultados diferentes.

Sobre este extremo resulta muy ilustrativo reparar que cuando Cartwright analizó en su estudio el resultado obtenido a preguntas directas sobre aspectos concretos, encontró –por ejemplo– que el 75 por 100 de las respuestas señalaban que el médico dio buenas explicaciones, pero que cuando las respuestas sobre esa cuestión las obtuvo por medio de preguntas abiertas-cerradas nada más terminar la entrevista con el médico sólo un 4 por 100 señalaron las explicaciones dadas como una cualidad apreciable en el médico. Esta discrepancia obedece a que, normalmente, las personas tienden a manifestar opiniones satisfactorias o insatisfactorias cuando se les pregunta directamente sobre aspectos concretos y, sin embargo, cuando responden de manera espontánea a preguntas abiertas-cerradas referidas a ellos no suelen conferirles suficiente entidad.

La investigación sobre informes realizados acerca de los servicios sanitarios muestran que la importancia o el impacto de un acontecimiento cualquiera protagonizado a nivel individual repercute enormemente en las respuestas solicitadas. Esto se cumple incluso para los acontecimientos o sucesos más insignificantes y puede provocar importantes sesgos en las respuestas, cosa que es casi imposible de desvelar con los procedimientos habitualmente empleados en las entrevistas.

La única manera de evitar tales inducciones es mejorar las técnicas de los cuestionarios para facilitar su detección cuando se tabulan (y, en consecuencia, proceder a su anulación). No hay más remedio que hacer to-

do lo posible para lograr un sistema suficientemente estructurado y particularmente adecuado para su utilización en esta materia. Por el momento, lo único cierto es que las preguntas directas sobre aspectos concretos que conciernen a los cuidados médicos y sanitarios proporcionan respuestas que están distorsionadas por acontecimientos o sucesos individuales, mientras que las obtenidas a partir de preguntas abiertas-cerradas parece que proporcionan una distorsión menor (aunque adolecen de no reflejar con suficiente claridad los niveles de satisfacción o insatisfacción individuales).

Esto explica que en los estudios más relevantes se vengam utilizando ambas clases de preguntas, ya que la mezcla de ambos métodos proporciona una visión más realística de la opinión del paciente. En este sentido, a preguntas que pueden ofrecer genéricamente respuestas favorables o críticas sobre los servicios recibidos suelen seguir preguntas directas (o concretas) sobre determinados aspectos de esos servicios y la experiencia muestra que es el mejor camino para lograr menciones espontáneas de corte satisfactorio o insatisfactorio. De esta manera es como pueden obtenerse datos consistentes acerca de aspectos insatisfactorios de los servicios prestados a los pacientes, a la vez que matizar las insatisfacciones que hayan podido producir ciertos acontecimientos, fallas o sucesos que quizás son insignificantes. Ciertamente, el camino para medir con cierta garantía la opinión del paciente pasa por las preguntas “filtro” (directas o concretas en unos casos, genéricas en otros).

Otra cuestión que también debe discutirse y tener en cuenta es hasta dónde puede estar influenciada la satisfacción del paciente por el entorno. Cuando se hacen comparaciones entre dos agentes proveedores (por ejemplo: dos hospitales, dos tipos de cuidados, dos formas de proveer un mismo servicio o un servicio prestado en dos puntos distintos, como pueden ser la consulta en un centro de salud –o un consultorio– y un hospital), es necesario arbitrar alguna suerte de medida para calibrar qué relevancia tiene, o puede tener, en la satisfacción del paciente las comparaciones suscitadas en él ante los dos escenarios. No puede eludirse tener que aplicar una escala para tratar de medir esa relevancia en sus respuestas y para ello, una vez más, el método más adecuado son unas preguntas “filtro” tendentes a clarificar el impacto sobre su evaluación global, la satisfacción que muestre individualmente sobre los cuidados recibidos y la parte que eso representa en la formulación de la respuesta. Si se logra separar la influencia que puede significar el entorno, no será difícil corregir lo que para el paciente es causa de insatisfacción y mejorar así el nivel satisfactorio de su opinión.

Naturalmente, para lograr una panorámica del grado de satisfacción que sea lo más ajustada posible, lo primero de todo consiste en identificar cabalmente el perfil del consumidor por medio de una muestra correctamente seleccionada. Sin embargo, aunque esta es una cuestión que

cuenta ya con técnicas muy depuradas para su resolución, el fallo de muchos estudios reside en que no fueron bien definidos los parámetros para identificar adecuadamente el consumidor del servicio sanitario.

La casi totalidad de los que suelen llevarse a cabo en los hospitales seleccionan la muestra entre los pacientes que están hospitalizados o han sido dados de alta recientemente, cuando, como suministrador de servicios, un estudio sobre la satisfacción del consumidor con el hospital concierne a toda la población en general. ¿No son, acaso, *todos* los integrantes de esa población consumidores –reales o potenciales– de su oferta? De hecho, entre la población habrá individuos que tendrán en su haber una utilización de los servicios hospitalarios con frecuencias que pueden ir, por ejemplo, de diez veces al año a una vez cada diez años, o una vez en el último año, pero todos ellos han tenido o tienen experiencias sobre sus servicios. Esos son los consumidores de los que puede obtenerse la mejor información para evaluar los cambios más significativos que hayan podido darse en los estándares de la práctica asistencial, pues permite hacer comparaciones muy valiosas entre las respuestas de quienes han tenido experiencias más recientes con las de aquellos que las han tenido más dilatadas en el tiempo. Además, puede obtenerse también algo que es de suma importancia: el “estereotipo social” que entre la población tiene tanto el hospital como los servicios que presta. Es de suma importancia porque ese estereotipo suele ser el factor que más notablemente condiciona el nivel de satisfacción del consumidor, pues es lo que configura de manera más destacada sus expectativas. Anudando este tipo de investigación con la que pueda llevarse a cabo entre los pacientes nada más utilizados los servicios, se tendrá una base inmejorable para medir la satisfacción del usuario.

Finalmente, no puede echarse en saco roto lo que apuntan varios investigadores: subyace en algunos pacientes una cierta reluctancia a evaluar los servicios, atenciones y cuidados que han recibido. Cohen, por ejemplo, en un estudio que llevó a cabo entre un universo de madres gestantes⁵⁴, comprobó que la resistencia detectada en algunas mujeres para evaluar los servicios recibidos (cosa esta ampliamente generalizada, según se desprendió de las respuestas obtenidas) obedecía a que consideraban la utilización de los servicios como una cuestión “de favor” y no como un derecho. También descubrió que la tendencia a eludir respuestas que pudieran resultar críticas con la utilización de otros servicios dados por cualquier otro agente provisor tenían causas similares o parecidas. Esto resultó particularmente notorio al separar las respuestas según correspondieran a preguntas hechas sobre los servicios en general o a preguntas que se referían concretamente a las personas proveedoras de ellos. Lebow⁵⁵, por su parte, advirtió que otra faceta de esa reluctancia obedece a que, en algunos casos, hay reservas mentales para manifestar que la insatisfacción tiene poco que ver con el servicio prestado en sí mismo y mucho con la expectativa que se tenía acerca de ese servicio. Como es lógico, no en todos

los casos se da esa reluctancia que lleva a enmascarar la opinión del consumidor, pero conocer la posibilidad de su existencia lleva a tener que apreciarla para tratar de valorar adecuadamente las actitudes positivas o negativas que pueden confluír en los niveles de satisfacción y para ello es imprescindible depurar al máximo los procedimientos metodológicos.

NATURALEZA Y UTILIZACIÓN DE LAS OPINIONES DEL USUARIO

Al margen de que los estudios sobre la satisfacción del usuario han de basarse en una metodología apropiada y lógica, es necesario abordar, aunque no sea más que de manera muy esquemática, el mecanismo de ese proceso mental que lleva al usuario de un servicio a mostrar su satisfacción o insatisfacción. O sea, abordar en qué puede basarse para mostrarse satisfecho o insatisfecho y, consecuentemente, los propósitos que deben guiar para la utilización de sus opiniones.

Naturaleza de las opiniones del usuario

Todos los investigadores que se dedican a estudiar la naturaleza de las opiniones del consumidor se esfuerzan por conseguir desentrañar la identificación de las variables sociodemográficas con el nivel de satisfacción, pero no son muchos los que dirigen sus afanes a desarrollar una teoría sociopsicológica de la satisfacción.

Stimson y Webb⁵⁶ sugirieron que “la satisfacción está relacionada con la percepción del resultado que ofrecen los cuidados suministrados puesta en relación con las expectativas aplicadas previamente a ese resultado”. Reconocen que, ciertamente, la naturaleza de esa relación no está clara en absoluto pero que su existencia es mucho más que probable. Citan un estudio de satisfacción del consumidor realizado en un departamento de asistencia social por McKay y col. En él se halló que el 80 por 100 de las expectativas puestas en el servicio fueron contentadas (resultaron satisfactorias) y que el 50 por 100 de las que no fueron satisfechas resultaron también satisfactorias. Eso les lleva a pensar que la relación entre expectativas y satisfacción no es necesariamente directa. Ahora bien, según ellos parece razonable creer que lo que se quiere sugerir con las expresiones que denotan satisfacción no es más que el fin de un proceso de evaluación en el que la expectativa figura como algo que tiene cierta entidad. La investigación necesita, por tanto, que lleguen a clarificarse los términos de esa relación.

Los trabajos de Friedson⁵⁷ van por ese sentido y se orientan a asentar una distinción entre “expectativas ideales” y “expectativas prácticas”. Estas últimas pueden definirse como los resultados anticipados que derivan de la propia experiencia individual y se proyectan hacia otras causas de conocimiento. En su aplicación al contexto sanitario cabría definir las

como los resultados previstos que derivan de la evaluación que los pacientes hacen de su problema y los objetivos que pretenden conseguir con los cuidados médicos, aunque en principio, y obviamente, no parece que pueda haber alguna suerte de coincidencia en ello. Sin embargo, eso puede originar situaciones en las que haya pacientes que se muestren satisfechos cuando, con independencia de los objetivos que pretendan, sus “expectativas prácticas” han sido cumplidas en lo tocante a resultados previstos. Así, al menos, se explicaría –por ejemplo– ese 50 por 100 de expectativas no satisfechas que no obstante resultaron satisfechas en el estudio de McKay y col.

Ha de tenerse en cuenta también que los pacientes suelen tener expectativas diferentes sobre los diferentes cuidados médicos que pueden suministrárseles y que, además, con respecto a los tratamientos que imponen los cuidados sanitarios, las expectativas sobre ellos no radican tanto en las vicisitudes del tratamiento en sí como en el resultado final del mismo.

En resumen, debe decirse que la naturaleza de las opiniones del usuario es una gran desconocida que tiene por delante un inmenso campo de investigación, pero todo apunta a que puede estar íntimamente unida a la eficacia.

Utilización de la opinión del usuario

No cabe duda de que su mejor utilización está en servir de información para una correcta gestión de marketing, pero también resultan de sumo interés para tres propósitos distintos:

- como evaluación de la calidad,
- como variables de un resultado, y
- como indicadores de aquellos aspectos o elementos concretos de un servicio que es necesario cambiar para mejorar la respuesta del paciente.

Sería un error descomunal utilizar los estudios de opinión del usuario como evaluaciones de la calidad específica de los cuidados médicos. Estos estudios, si es que se dispone de algunos indicadores estandarizados, pueden constituir observaciones hechas a los indicadores de calidad y por ese camino puede lograrse hasta un 90 por 100 de usuarios satisfechos.

Tómese nota de que disponer de indicadores de calidad estandarizados es el único procedimiento válido para no caer en la trampa de querer conseguir el máximo grado de satisfacción entendiéndolo como el máximo grado de la más alta calidad. Y tómese nota también de que esos indicadores tendrán que ser necesariamente arbitrarios, puesto que arbitraria es la opinión del usuario. Por eso, no hay que engañarse en una cosa: la opinión del usuario, aunque muy importante, jamás puede considerársela como determinante. Esto lleva a decir que la mejor utilización de la

opinión del usuario es la señalada como tercer propósito: ser indicador de aquellos aspectos o elementos concretos que es necesario cambiar para mejorar el nivel de satisfacción.

Claro que eso supone tener que aceptar una participación real del usuario, contra lo más corriente –y lo más cómodo– de involucrarlo en lo que concierne a procesos de decisión sobre aspectos técnicos, de calidad o de política sanitaria..., para los que carece de preparación, de criterio y de experiencia.

INFLUENCIA DEL ASPECTO CULTURAL EN LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Con la palabra cultura vino a designarse en un principio el conjunto de los ideales educativos y de los valores espirituales que realiza y persigue la sociedad humana en las diferentes fases de su desarrollo. Es voz que proviene del latín (“*cultura, ae*” = “cultivar”, que a su vez deriva de “*colo, is, ui*” = “trabajar la tierra”, “apacentar”) y con ella se recogió en el mundo latino la misma idea de “formación de la personalidad” que primigeniamente llamaron los griegos “*paideía*”. Este sentido de la palabra cultura se mantuvo por toda la Edad Media, se extendió al Renacimiento y llegó hasta la Época Moderna, en la que se le añadió la acepción de corte anglosajón correspondiente al concepto con que se aplica en las investigaciones de arqueología, etnología y antropología sociológica obedeciendo al sentido diamante del conjunto de objetos, instrumentos, instituciones y actitudes (interdependientes entre ellos) que sirven al hombre para resolver los problemas concretos y específicos que encuentra en su ambiente. A partir de ahí vino a concitarse en el término cultura tanto el sentido grecolatino (de corte humanista) como el anglosajón (de corte científico), fusión que quedó definitivamente consagrada en el pensamiento enciclopedista al profundizar y modernizar los ideales humanistas con una exaltación de la razón y de la ciencia como valores capitales del hombre.

La idea de cultura, que tiene su núcleo en la idea de saber, no coincide exactamente con la idea de ciencia ni con la de conocimiento, cosa esta que ya la vio Rousseau, afirmó vigorosamente Humboldt y constituye la tesis de fondo en los sistemas educativos que persiguen la formación completa y armónica de la personalidad. Un hombre erudito, un hombre que posea muchas nociones en determinado campo, un especialista, es sin duda un miembro útil a la sociedad; pero no puede dársele el calificativo de culto porque la cultura tiene su significado más auténtico no en la preparación profesional sino en la formación completa de la persona. Todos los términos clásicos con los que se denomina el desarrollo espontáneo de las posibilidades humanas (el ya mencionado griego de “*paideía*”, los latinos “*civilitas*” y “*humanitas*”, o el germano “*bildung*”) dan a entender sobradamente que el mero saber nocional o erudito no es suficiente para construir una verdadera personalidad. Cultura significa desarrollo completo y armónico del hombre, buen gusto, sensibilidad en el entender y en el valo-

rar, aspectos estos que corresponden al complejo mundo de las dotes intelectuales y morales, y que se proyectan sobre el juicio y el comportamiento en sintonía con las normas, posicionamientos y simbologías con que se expresan.

En este sentido, la profesora De Val da de lleno en el clavo al decir que hoy “el término «cultura» se aplica al comportamiento del hombre considerado a través de las normas, posicionamientos y simbologías, que definen sus formas de actuación”, matizando a renglón seguido (y con referencia al contexto organizativo, que es el campo en el que desarrolla sus investigaciones y estudios) que “es un término descriptivo en el que se engloban como elementos cualitativos el conjunto de normas y valores existentes en un sistema y gracias a los cuales se configura el comportamiento humano y la disposición de los individuos”⁵⁸. Tal aserto es perfectamente constatable cuando se aprecia cómo de época en época cambian los valores culturales de una sociedad, pues prestando la debida atención se puede comprobar la nada despreciable incidencia que para esos cambios ejerce la ética individual y profesional en el sistema de valores, y las repercusiones que producen en la cohesión o inconsistencia, solidaridad o egocentrismo del grupo social, por su impacto en los fines, ideales y metas que dan forma a un común patrimonio de valores.

Al exponer anteriormente el contenido de la oferta de servicios de salud, se dijo que en ella cabe distinguir tres grupos de servicios y que, de entre ellos, el “servicio esencial” constituye la razón de ser de esa oferta porque es el que satisface la necesidad de salud a través del proceso técnico que implica la provisión del servicio. Añadamos ahora que, en cuanto que ciencia y arte de precaver, tratar y curar las enfermedades del cuerpo humano, y como ya lo reconoció sin ambages Plutarco (eminente historiador griego del siglo I), “la medicina nos retarda la muerte”. Ahora bien, el conjunto de procedimientos y recursos de que se sirven los médicos (esto es, los elementos de la técnica médica con los que se provee el servicio esencial) ofrece dos vertientes.

Por un lado, es incuestionable que no hay relación significativa alguna entre salud y gastos en los que se incurre. Si realmente fuera posible que se diera alguna suerte de conformidad entre gasto y salud nos hallaríamos ante un absurdo monumental, pues bastaría aumentar sucesiva e inacabablemente el gasto para conseguir un punto de salud tal que hiciera imposible morir. Esta sinrazón ya la denunció Shakespeare en la obra “Cimbelino” cuando, al ser este informado por Cornelio de que la reina había muerto, pone en sus labios lo siguiente: “La vida puede prolongarse con la medicina, pero la muerte se apodera hasta del médico”⁵⁹.

Por otro, la producción del servicio sanitario se realiza en unos y otros países incurriendo en un abanico de gastos que podrá ser mayor o menor, pero que siempre se hace de distintas maneras porque no sólo res-

ponde a determinados requerimientos técnicos sino que converge en ella un aspecto de índole cultural (fines, ideales y metas que dan forma a un específico patrimonio de valores) que no puede pasar desapercibido en un adecuado enfoque de marketing.

Respecto a lo primero, la posible carencia de relación entre recursos y gastos ha originado ya abundante literatura y movilizado el discurso de los economistas, poniéndose de relieve bien los excesos de unos o bien las carencias de otros por medio de tablas comparativas como la tabla 5.

Tabla 5. Comparación entre recursos, gastos e índices de salud.

Países	(1)	(2)	(3)	(4)		(5)		(6)
				Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Alemania	1.232	72,0	8,2	71,8	78,4	17,3	21,7	0,83
Bélgica	980	89,0	7,2	70,0	76,8	16,3	20,9	0,97
Dinamarca	912	84,0	6,3	71,8	77,6	17,4	21,7	0,83
España	644	78,0	6,8	74,0	80,0	19,5	23,5	0,87
Estados Unidos	2.354	42,0	11,8	71,5	78,3	18,2	22,5	1,00
Francia	1.274	75,0	8,7	72,0	80,3	18,4	23,7	0,76
Grecia	371	89,0	5,1	72,2	76,6	18,2	20,6	1,17
Holanda	1.135	73,0	8,3	73,5	80,1	18,3	23,6	1,12
Irlanda	658	84,0	7,3	70,1	75,6	15,9	19,5	0,74
Italia	1.050	79,0	7,6	71,6	78,1	17,1	21,5	0,96
Luxemburgo	1.193	92,0	7,4	70,6	77,9	16,4	21,3	0,93
Portugal	464	62,0	6,3	69,9	76,9	17,4	21,2	1,42
Reino Unido	836	87,0	5,8	71,9	77,6	16,8	21,1	0,91

(1) Gasto “per capita” en salud (\$USA)

(2) Porcentaje de la financiación pública del gasto en salud %

(3) Porcentaje del P.I.B. dedicado a los gastos de salud %

(4) Esperanza de vida al nacer.

(5) Esperanza de vida a los 60 años.

(6) Índice de mortalidad infantil

(Elaboración propia, correspondiente al año 1989, en base a datos publicados en “*Health Affairs*” (primavera 1991, páginas 106-116) por G.J. Schieber y J.P. Poullier, y a datos aparecidos en el llamado “Informe Abril” (1991). De este informe, para el porcentaje del P.I.B. dedicado en España a gastos en salud, se ha tomado su corrección estimada de 6,8 y no 6.3 como estimó la O.C.D.E.)

Una simple ojeada a esta tabla permite apreciar que el gasto “*per capita*” y el porcentaje del P.I.B. (371 dólares y 5,1 por 100 en Grecia; 2.354 dólares y 11,8 por 100 en Estados Unidos), así como el esfuerzo de la financiación pública sobre el gasto total en salud (42,0 por 100 en Estados Unidos; 92,0 por 100 en Luxemburgo), recorre una escala que muestra variaciones muy sensibles entre los países sin que eso tenga mayor relación con parámetros tales como los de esperanza de vida (al nacer y a los 60 años) o el índice de mortalidad infantil. Salvo alguna que otra desvia-

ción muy concreta y no muy relevante, esos parámetros son prácticamente similares. Parece estar claro, pues, que unos mayores volúmenes de gasto no proveen necesaria o recíprocamente unos mejores índices de salud.

En cierta forma, una realidad de tal calibre apunta hacia una evidencia: la función de producción que rige en la provisión de los servicios sanitarios no tiene, como sí sucede en la industria, un carácter eminentemente técnico. Con ello no ha de interpretarse que en dicha función carecen de importancia los requerimientos técnicos, sino que la relevancia de los servicios adicionales y de apoyo se configura como altamente significativa. Esa significación es la que precisamente enlaza por vía directa con el aspecto cultural; un aspecto que tiene gran peso específico y que, según se trate de un país u otro, resulta tan taxativa que no tiene más remedio que incidir con mayor o menor relevancia en el proceso técnico que se practique. Más aún, ese grado de incidencia es lo que confiere al servicio prestado un carácter genuino, específico y diferenciado.

Desde luego, cabe argüir que hoy día la técnica impone que los procesos se muestren cada vez más claramente igualitarios; pero no sería este el caso, pues la técnica médica –se bien se mira– se expresa (y lo hace en proporción considerable) en un marco de relaciones donde priman las que se dan entre el cuerpo facultativo de un país y su sistema sanitario, y entre esas relaciones y la sociedad (modelo sanitario). Por otra parte, y aunque sea en casos más concretos, la técnica médica suele estar a merced de determinadas posturas individuales o de grupo suscitadas en el seno del propio sistema sanitario. Tales posturas obedecen a los mecanismos de inercia (o incluso de corte histórico) que inevitablemente suelen estar arraigados en las instituciones proveedoras de los servicios asistenciales por discurrir en perfecta sintonía con las concepciones filosóficas o ancestrales que la comunidad social puede tener sobre el dolor, la enfermedad y la muerte. Es obvio que todo esto “contribuye a que no haya ninguna razón de ser en la creación de un determinado tipo de distribución de atenciones sanitarias en los diferentes países, a lo que se suma las políticas adoptadas desde otros sectores (leyes sociales, poder de las administraciones locales, regionales o nacionales, etc.) con sus consecuencias directas en los gastos, en la organización y en la distribución de las atenciones sanitarias”⁶⁰.

Revelador de esta influencia del aspecto cultural es contemplar, por ejemplo, las tasas de admisión hospitalaria (nº de admisiones anuales por 1.000 habitantes) junto a la duración de las estancias (estancia media) en diferentes países. No se nos oculta que la estancia media es un índice muy relativo porque está a merced de las patologías atendidas y del “*case-mix*” a que estas den lugar, pero tampoco desconocemos que tal inconveniente queda aceptablemente diluido si se compara la evolu-

ción correspondiente a cada país en relación con otros, puesto que esa evolución se asienta sobre unas mismas bases. En la tabla 6 se exponen los datos correspondientes a tres años (1977, 1988 y 1995) y mismo conjunto de países:

Tabla 6. Tasas de admisión hospitalaria y estancia media en diferentes países (Años 1977, 1988, 1995).

Países	Año 1977		Año 1988		Año 1995	
	Tasa de admis.	Estancia media	Tasa de admis.	Estancia media	Tasa de admis.	Estancia media
Alemania(*)	140	17,2	187	12,7	219	11,8
Austria	95	16,0	206	11,4	203	11,1
Bélgica	118	14,0	165	11,5	189	10,7
Canadá	163	5,0	133	8,9	142	8,3
Dinamarca	155	11,8	202	6,9	216	6,3
España	70	10,5	92	10,0	118	10,0
Estados Unidos	165	4,2	128	7,2	143	8,1
Finlandia	148	10,5	167	7,3	167	7,4
Francia	80	14,5	201	10,3	218	9,9
Grecia	75	9,5	121	12,1	130	11,6
Holanda	100	16,5	144	11,9	163	10,8
Irlanda	115	10,7	139	7,3	146	7,8
Italia	111	12,9	166	11,7	194	11,3
Luxemburgo	120	13,1	190	16,5	201	15,2
Noruega	140	11,0	149	8,5	156	8,2
Reino Unido	95	11,0	129	7,8	138	7,6
Suecia	159	11,5	148	12,0	151	10,9
Suiza	130	16,2	148	13,7	163	12,4

(*) Para 1977 y 1988 los datos se refieren únicamente a la República Federal de Alemania. Los de 1995 son provisionales.

(Elaboración propia a partir de los datos publicados por J. de Kervasdoué en “Sociología del Trabajo” (septiembre, 1989) y los de la O.C.D.E. en “Health Systems: Facts and Trends” (París, 1996).

La distancia de dieciocho años entre un extremo y otro de esta tabla supone un espacio de tiempo suficiente como para apreciar con claridad la evolución experimentada. Si se trasladan los datos a diferentes gráficos y nos servimos de los valores medios que corresponden a aquellos países que pertenecen a “bloques culturales” supuestamente homogéneos, encontramos lo siguiente (Figs. 13, 14, 15):

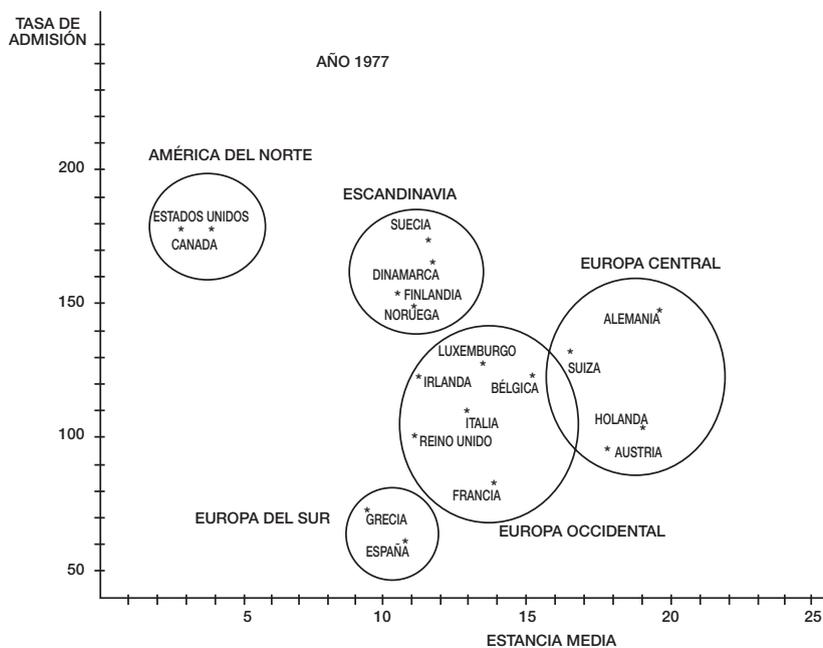


Figura 13. Bloques de valores medios (año 1977).

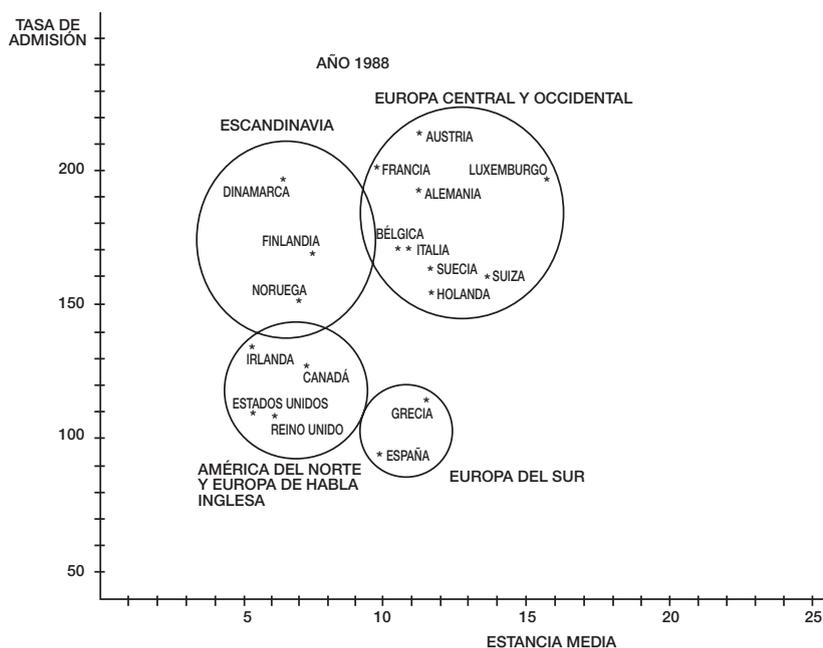


Figura 14. Bloques de valores medios (año 1988).

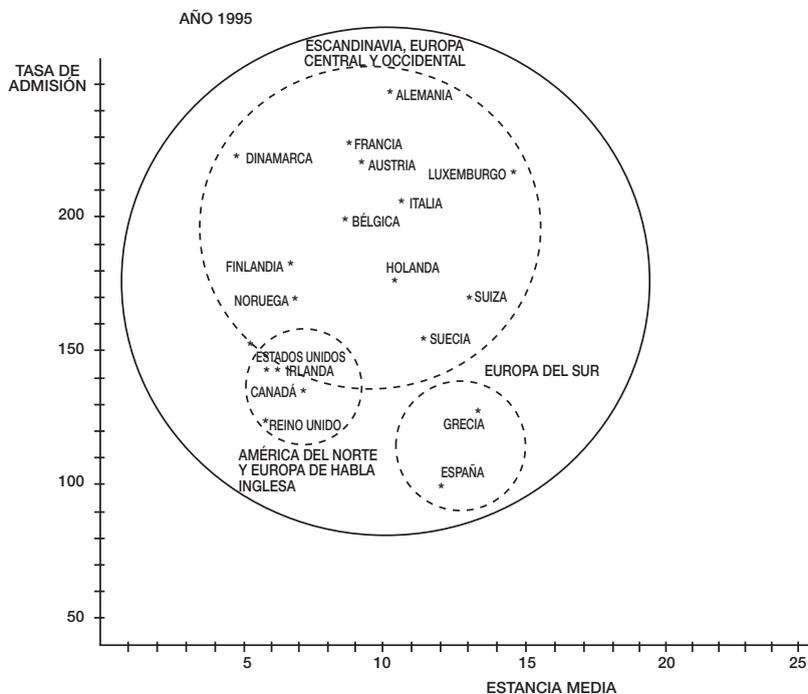


Figura 15. Bloques de valores medios (año 1995).

Estos gráficos permiten visualizar ciertos extremos que resultan de interés. Primero: en 1977 se daba la particularidad de estar perfectamente dibujados una serie de “bloques naturales”, a pesar de que algunos países se “escapaban” de ellos por presentar tasas de admisión y duración de estancia alejadas de las que imperaban en el suyo. Segundo: once años después (en 1988) se puede observar un movimiento de “fusión” de bloques por aproximación de las tasas y duración de estancia hacia valores más comúnmente compartidos. Tercero: después de siete años (en 1995), y con leves disidencias, la alineación en torno a tasas y duración de estancia afines a una generalidad es ya prácticamente un hecho. La razón de ese movimiento de aproximación es obvia: los procedimientos y desarrollo del proceso técnico de provisión del servicio sanitario acusa la estandarización que el avance científico va imponiendo en todo el ámbito occidental.

Ahora bien, y esto es lo importante, puede observarse con total nitidez que los desplazamientos a que da lugar el avance científico y técnico no son suficientes para desdibujar la composición de los diferentes bloques, permaneciendo totalmente visibles las diferentes identidades culturales que los conforman de manera prácticamente inalterable. Repárese, por ejemplo, cómo el bloque de América del Norte y Europa de habla inglesa llegan a estrechar aún más su común identidad, cómo Escandinavia

se aglutina con Europa Central y Occidental sin que los países nórdicos dejen de presentarse alineados y cómo Europa del Sur mantiene claramente diferenciada su pertenencia a un mismo bloque de identidad cultural.

Aquí también cabría oponer que no todos los países responden a un mismo sistema sanitario ni poseen la misma capacidad para hacer frente a los gastos que impone la técnica médica (unos son más ricos que otros), pero no debe perderse de vista lo siguiente: está demostrado que todos los sistemas sanitarios –sean de la índole que fueren– presentan idénticos síntomas de disfuncionalidad y similares incrementos porcentuales en el aumento del gasto (lo que, al margen contenidos ideológicos y cuestiones de equidad, minimiza esas diferencias que entre unos y otros puede haber); asimismo, que con harta regularidad la experiencia dicta que la utilización de la técnica no sólo responde realmente a criterios propios del razonamiento económico, pues es innegable que “lo técnicamente posible ejerce una presión de necesidad en la opinión y la opinión, indefectiblemente, no soporta que a la corta o a la larga no se realice lo que es posible”⁶¹. Esto, con todos los matices que se quiera oponer, y al margen de otros aspectos personales que también concurren, ejerce tarde o temprano una presión nada desdeñable sobre el agente proveedor porque, a fin de cuentas, es una presión que la técnica médica sufre porque constituye un reflejo característico de la propia cultura de la sociedad a la que sirve.

No cabe, pues, ignorar la influencia del aspecto cultural en la provisión del servicio sanitario ni que tal incidencia necesariamente deja sentir también sus efectos en el comportamiento y la opinión del usuario, acrecienta o disminuye la importancia de los servicios adicionales y de apoyo en la valoración global del servicio prestado, y se refleja (si no condiciona) de forma notable en el entorno en que se desenvuelve el agente proveedor del mismo. Tal reflejo puede apreciarse mejor considerando, por ejemplo, las diferencias que pueden darse entre el medio rural y el medio urbano en una región concreta⁶², como se puede ver con datos como estos (Tabla 7):

Las diferencias en la estancia media y en la desviación típica correspondientes a Grupos Relacionados con el Diagnóstico que son idénticos, pero que difieren en la ubicación del agente proveedor (medio urbano y medio rural), no tiene mayor lógica pensar que pueden obedecer a cuestiones relativas a hacer las cosas mejor o peor, sino a que los procesos de producción (que responden a técnicas concretas) acusan el reflejo cultural de la sociedad a quien se sirve y en cuyo seno se desarrollan. Eso, al menos, es lo que cabe deducir del análisis efectuado por el Centro de Estudios de Asistencia Sanitaria, cuyo informe “Asistencia Sanitaria en las Zonas Rurales” indica taxativamente que “los servicios sanitarios prestados a los habitantes de las áreas rurales están influenciados por el entorno en que desarrollan su actividad los profesionales, y por las formas y condi-

Tabla 7. Diferencia en estancia media por G.R.D., según ubicación del agente proveedor (medio urbano y medio rural).

GRD	Concepto	Área Urbana (Hospital Regional)		Área Rural (Hospitales Comarcal)	
		Estancia media	Desviación Típica	Estancia media	Desviación Típica
59	Amigdalectomía y/o Adenoidectomía sólo. Edad > 17	4,76	8,30	2,26	1,92
60	Amigdalectomía y/o Adenoidectomía sólo Edad < 18	1,96	1,17	1,52	0,78
69	Otitis media y ITRS. Edad > 17 Sin CC	5,23	5,33	4,48	3,94
80	Infecciones e Inflamaciones respiratorias. Edad > 17. Sin CC	19,45	19,49	12,55	10,57
90	Neumonía simple y pleuritis. Edad > 17. Sin CC	11,64	9,96	9,15	6,28
162	Intervenciones sobre hernia inguinal y femoral. Edad > 17 Sin CC	4,60	5,74	4,12	2,89
165	Apendicectomía con diagnóstico principal complicado. Sin CC	8,64	7,11	7,12	5,51
267	Intervenciones de región perianal y enfermedad pilonidal	3,42	3,01	3,44	2,91
307	Prostatectomía. Sin CC	7,67	5,40	6,12	3,24
337	Prostatectomía transuretral. Sin CC	7,67	5,40	6,12	3,24
371	Cesárea sin complicaciones	9,31	6,17	7,66	3,07
373	Parto sin complicaciones	3,35	5,10	2,89	3,72
771	Infecciones e inflamaciones respiratorias. Edad < 18. Sin CC	11,60	11,25	6,08	4,51
773	Neumonía simple y pleuritis. Edad < 18. Sin CC	7,84	5,74	5,30	2,95

(Elaboración propia a partir de los datos publicados por el Servicio Andaluz de Salud en el informe “Estadísticos 1994 de referencia del Sistema de Registro de Pacientes (GDRs)”. Sevilla, 1996)

ciones en que ha de organizarse la actividad sanitaria (transportes, infraestructura y manera en que han de abordarse los problemas por causa de las costumbres y de la tradicional cultura que, en muchos casos, resultan definitivas)”⁶³.

La influencia que ejerce la concepción de la enfermedad y su tratamiento ha sido objeto de numerosos estudios que han corroborado cómo varían de acuerdo con las connotaciones objetivo-subjetivas de cada región. No podría ser de otra forma porque aquí, entre otras cosas, entran en juego las características personales, la situación laboral, la importancia que a nivel individual se concede al hecho de estar enfermo, la resistencia al dolor, la idea que se tenga acerca de las necesidades existenciales, el perfil humano y propia filosofía de la vida. Posiblemente, el escardillo que mejor recoge los guiños de la incidencia cultural en el individuo podría rastrearse siguiendo la pista a esos tratamientos farmacológicos conocidos técnicamente como “efecto placebo”. El nombre proviene de la Sagrada Es-

critura, concretamente del Libro de los Salmos. El salmo CXIV se remata con la expresión *“Placebo Domino in regionem vivorum”* (“Complaceré al Señor en la región de los vivos”), canto similar al del nº 33 del salmo LXVIII (*“Et placebit Deo super vitulum novellum, cornua producentem et ungulas”* = “Y complaceré a Dios más que el tierno novillo, cuando le salen las astas y las pezuñas”). ¿No se trata de “complacer” al enfermo cuando se le prescribe un medicamento de efecto terapéutico nulo o insignificante, sin relación lógica con la enfermedad, porque se sabe que puede actuar positivamente en su mecanismo psicofisiológico? Tras la realidad de estos tratamientos se esconde todo un cúmulo de fe y de circunstancias que, bien mirado, hunde sus raíces –entre otras cosas– en tradiciones culturales que afectan tanto al prescrito como al prescriptor. Javier Carnicero en su estudio “La prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud y en la Comunidad Foral de Navarra”, publicado en 1997⁶⁴, amartilla lo que aquí se viene diciendo con estas palabras: “En los hábitos de prescripción de los médicos influyen múltiples factores, como las demandas de los pacientes, las medidas organizativas, la formación pre y postgraduada del médico, la utilización de distintas fuentes de información de medicamentos, y los controles de la Administración y de la calidad de la prescripción”.

MARKETING INTERNO (I)

Para conseguir que una organización se oriente hacia el mercado, la primera estrategia que ha de desarrollar la Dirección de la empresa es lograr que entre todos los empleados se plasme y haga efectivo un interés por los clientes. El marketing relacional y el marketing interactivo se crearon para describir los programas de marketing dirigidos a los clientes de una organización y esto supuso un sustancioso salto cualitativo para las expectativas de negocio de las empresas. Pero en la década de los ochenta, ante la aparición de una nueva cultura organizacional que reclamaba la utilización de nuevas metodologías con el fin de promover en el seno de la organización un equilibrio social tendente a aumentar el nivel de eficacia, se hizo patente que “un servicio eficaz requiere gente que comprenda la idea”⁶⁵ de que una correcta orientación hacia el mercado se consigue a través del intercambio constante entre la empresa y sus empleados, entre los empleados entre sí y la organización, y entre los empleados y los clientes. Kotler⁶⁶, refiriéndose en concreto a las empresas de servicios, reflejó esto gráficamente de la siguiente manera (Fig. 16):



(Kotler Ph, 1992)

Figura 16. Intercambio entre empresa, empleados y clientes con una correcta orientación hacia el mercado.

De los tres tipos de marketing señalados en cada uno de los lados de este triángulo, el marketing interno es el que describe el trabajo que ha de hacer la empresa para formar y motivar a sus “clientes internos”, es decir, a su personal de contacto directo con la clientela externa y al de apoyo a los servicios que se proveen. En todas las empresas existe un “mercado interno” que está constituido por los empleados de la misma y, si la Dirección no se ocupa de él en primer lugar, peligrará con toda certitud el éxito de las actuaciones que se lleven a cabo en los mercados externos. Misión, pues, del marketing interno es lograr que el personal de contacto y el de apoyo a los servicios que presta la empresa trabaje como un verdadero equipo volcado a proporcionar la mejor satisfacción a los clientes.

Si todos los componentes de la empresa no trabajan con una orientación al cliente, será imposible que en ella se desarrolle un alto y consistente nivel de servicio. Por eso, la contribución más importante que puede hacer el marketing es “conseguir que todas las personas de la organización practiquen dicha filosofía de marketing”⁶⁷. No se pierda de vista que en el marketing de servicios la calidad del servicio está engranada con la prestación del mismo y que, aunque la habilidad de los empleados en su trato con los clientes es el campo de acción del marketing interactivo, para lograr la eficacia se necesita que el marketing interno funcione como un proceso de gestión global. A fin de cuentas, dicho proceso es el que sirve para integrar las múltiples funciones de la empresa asegurando dos cosas: que todos los empleados (incluida la Dirección) comprenden y experimentan el negocio en el marco de un interés por el cliente, y que todos los empleados están preparados y motivados para actuar de una forma orientada a servirlo con excelencia.

CONCEPTO DE MARKETING INTERNO

En realidad, marketing interno es la forma de denominar la aplicación de ciertas técnicas del marketing a las políticas de personal y social de la empresa. Parte de una premisa: los recursos humanos constituyen también un “mercado” (mercado interno) y, en consecuencia, la organización ha de ser capaz de dar respuesta a sus expectativas y necesidades, pues ese es el medio para hacer más viable la satisfacción de las necesidades de los clientes (mercado externo). Esta tesis, como bien apunta Quintanilla, está avalada por la experiencia de los círculos de calidad en el Japón y por el hecho de que, efectivamente, “hoy en día no existe un ciudadano que produce y otro que compra, pues se trata de la misma persona”⁶⁸.

En este sentido, si se considera al conjunto de los empleados de una organización como su mercado interno y se mantiene que debe existir un equilibrio de relación recíproca con el mercado externo, nos encontramos con que⁶⁸:

1. Existe un producto que hay que «vender». Este producto es la organización y su gestión. En este sentido, lo que hay que “vender” es su identidad, sus productos y servicios, sus planes y proyectos de desarrollo, su imagen, su estructura y sistema de funcionamiento, sus condiciones de trabajo, su clima y ambiente laboral, su calidad, sus riquezas y sus actividades.
2. Existe un mercado interno. Así como el mercado se concreta en un conjunto de ofertas y demandas relativas a un bien o servicio, existe un conjunto de transacciones relativas a la naturaleza de las actividades que se llevan a cabo en el seno de la empresa dentro de un marco de intereses distintos que se encarnan en el conjunto de los empleados y sus características diferenciales (actitudes, cultura, personalidad, experiencias, roles y competencias, formación y responsabilidades).
3. Existe una relación comercial. De la misma manera que la finalidad de cualquier relación comercial es conseguir un balance óptimo en el binomio producto/mercado, aquí también se trata de una relación mercurial cuya finalidad consiste en la optimización del binomio hombre-organización.

Existe, por tanto, un mercado interno y la importancia del marketing aplicado a él radica en el hecho de que permite a la Dirección enfocar todas las actividades interfuncionales como parte de un programa global con el que alcanzar un objetivo común desde una perspectiva mucho más sistemática y estratégica. En efecto, Grönroos matiza que “el concepto básico del marketing interno establece que el mercado interno, formado por los empleados, se motiva mejor, con el fin de lograr el desarrollo de una mentalidad de servicio y actuaciones orientadas al cliente, recurriendo a un enfoque activo, muy parecido al del marketing tradicional, en el que se recurre internamente y de forma coordinada a una amplia gama de actividades que son similares a las que se utilizan en el marketing externo”⁶⁹.

Ahora bien, el marketing interno reclama un paso previo: el abandono de actitudes caducas que, con total ignorancia de los avances experimentados por las ciencias sociales y de la dirección, mantienen una percepción equívoca de la sociedad y de las organizaciones permitiendo que algunas personas se aferren al pensamiento taylorista dando por válido que en una organización hay dos segmentos: los que piensan y mandan, y los que ejecutan órdenes. Dicho con otras palabras: reclama una nueva, actual y actualizada, cultura de empresa.

De Val indica que la cultura empresarial define cómo el hombre se identifica con la organización, concibe su sistema de valores y lo relaciona con el suyo propio, y matiza que la cultura de empresa existe a dos niveles: uno visible, gracias al conjunto de instrumentos a través de los cuales se materializa (símbolos, ritos, liturgias, máximas, aderezos, estructuras...); y otro invisible, que responde al conjunto de valores, creencias, actitudes, sentimientos, suposiciones..., que residen en su plantilla humana⁵⁸. Todo ello, de una manera u otra, siempre tiene claro y oportuno reflejo en

el funcionamiento y en el organigrama empresarial. A este respecto, y si de verdad se persigue que el cliente sea la clave, son varios los tratadistas que sugieren debería invertirse el típico organigrama empresarial por considerarlo obsoleto a tal fin. La pirámide con el gerente a la cabeza, los directores en el medio y las personas de contacto directo con el cliente (personal de servicios, recepcionistas, telefonistas, etc.) en último término, debería invertirse y presentarse, tal como sugiere Kotler⁷⁰ de la siguiente forma:



(Kotler Ph, 1992)

Figura 17. Situación de la pirámide organizacional cuando la empresa está orientada hacia el mercado.

La figura 17 muestra el tipo de pirámide invertida que asumen las compañías punteras en marketing. En la cabeza, lo más importante de todo: los clientes. Seguidamente, y en primer lugar de importancia, los empleados que están en contacto con los clientes, a quienes sirven y satisfacen. A continuación los directivos intermedios, cuyo trabajo consiste en apoyar a las personas que están en contacto con los clientes para ayudarles a que los atiendan mejor. Finalmente, en la base de la pirámide, la alta dirección, cuyo trabajo consiste básicamente en ayudar a la dirección intermedia para que pueda apoyar al personal en contacto con los clientes (personal que, en resumidas cuentas, es el que tiene en su mano marcar diferencias y conseguir que los clientes se sientan finalmente satisfechos o no con la empresa). Kotler⁷⁰ subraya que en esa figura aparecen añadidos

a ambos lados los clientes para indicar que todos los componentes de la empresa deben sentirse involucrados en conocerles y servirles.

REQUISITO INELUDIBLE: LA DIRECCIÓN PARTICIPATIVA

No es posible desarrollar acciones de marketing interno en una organización si los directivos y supervisores no reconocen la necesidad de una dirección participativa. Mucho se ha escrito –y no siempre correctamente– sobre ella, por eso conviene advertir que este estilo de dirección está basado en la delegación de responsabilidad sustentada en la idea de que no existe diferencia fundamental entre la imagen de jefe y de colaborador, pues se asienta en el convencimiento de que este es:

- una persona adulta y emancipada,
- capaz de asumir responsabilidades, resolver problemas y tomar decisiones,
- receptor, elaborador y emisor de informaciones, y
- sujeto de motivación y auto-dirección.

Es decir, no se trata de un estilo de “liderazgo participativo” como el preconizado por Tannenbaum⁷¹ (que se limita a una simple “participación en la discusión”), de “dirección por grupo” como el indicado por Likert⁷² (que se mueve en el contexto de un marco autoritario por lo que se refiere a aspectos de arbitrariedad y centralización de la responsabilidad en el jefe), de “delegación controlada” como el desarrollado por Gelinier⁷³ (parcialidad que se aprecia claramente en frases como “es casi «contra natura» mandar una cosa que uno haría mucho mejor”, “la misión del jefe consiste en «vender ideas»”, “en caso de desacuerdo del grupo, el jefe sabe pasar por encima y asumir sus responsabilidades”...), o de un estilo de “codeterminación” o “democracia industrial” como el ideado por el Instituto Internacional de Estudios Sociales de Ginebra⁷⁴ (que considera al trabajador como un agente político cuyos intereses deben estar representados en una distribución de poder).

Las notas características de una auténtica dirección participativa perfilan un jefe que no está considerado como superior a los colaboradores (es un colaborador más en el logro de una meta común) porque la posición de poder y prioridad de decisión que le compete se halla reglamentada –lo que conduce a una dirección por excepción (el jefe sólo decide los casos excepcionales)– y la participación del colaborador se realiza a través de su decisión personal en aquellas tareas que le hayan sido delegadas o bien a través del asesoramiento que presta en los casos excepcionales que corresponden decidir al jefe o a otro órgano de la organización. Esto lleva a que el colaborador pueda (y deba) actuar y decidir autónomamente, puesto que el jefe sólo es responsable de la recta ejecución de sus tareas directivas y del cumplimiento de sus deberes de jefe, con lo que se produce una considerable reducción (no eliminación) de las relaciones de

poder entre dirigente y dirigido por la existencia de un equilibrio entre cuestiones del trabajo (productividad) y cuestiones humanas (elemento personal).

Obviamente, la puesta en práctica de semejante estilo de dirección implica un rotundo “cambio espiritual”, tanto en dirigentes como en dirigidos. Este cambio resulta absolutamente imprescindible para que pueda germinar una nueva cultura de empresa que se materializa en el hecho de que el colaborador ha de reflexionar constantemente sobre la forma de mejorar el estado presente de las cosas con miras a proporcionar la mayor satisfacción a los clientes. Las “reglas de juego” que la práctica de este estilo de dirección enmarcan la relación cotidiana jefe-colaborador quedan sintetizadas en la tabla 8:

Tabla 8. “Reglas de juego” o deberes del jefe y del colaborador en la Dirección Participativa.

“Reglas de juego” o deberes del jefe y del colaborador en la dirección participativa	
Colaborador	Jefe
<ul style="list-style-type: none"> • Actuar y decidir autónomamente. • Asesorar al jefe. • Intensificar e innovar en su campo de delegación. • Informar a su jefe y colegas. • Perfeccionarse profesionalmente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formar y/o mantener un equipo de colaboradores capaces. • Dejar actuar y decidir autónomamente; es decir, no intervenir. • Concretar los objetivos y aspectos principales del trabajo de los colaboradores. • Consultar a su equipo. • Motivar, estimular la creatividad y fomentar el desarrollo personal de los colaboradores y el espíritu de equipo.

(Veneciana JM, 1970)

Esas “reglas de juego” son la base idónea para que puedan desarrollarse los principios del marketing interno, unos principios que Grande Esteban⁷⁵ resumen de la siguiente forma (Tabla 9):

Tabla 9. Principios del marketing interno.

Principios del marketing interno
<ul style="list-style-type: none"> • El personal de la empresa es el primer mercado a atender. • Los empleados deben comprender que tienen que actuar como se les indica, y que en ciertas ocasiones han de prestar servicios adicionales. • Los empleados deben aceptar que los servicios de formación y otras actividades de la empresa se encaminan a apoyarles en su contacto con los clientes. • La formación de cada miembro de la empresa tiene como objetivo que cada trabajador sepa qué hace, porqué y acepte su función en el seno de la organización. • Todo trabajador debe tener una visión muy clara de cómo son las relaciones que la empresa desea con sus clientes y en qué medida participa cada persona de la empresa en ellas. • Debe mejorarse la capacidad de comunicación y venta de las personas que están en contacto con el público. • La información integral debe funcionar en los canales. Deben crearse flujos de información internos e interactivos entre los directivos y los trabajadores. Ese clima informativo debe ser abierto. • Debe facilitarse una comunicación interna masiva. Los directivos deben informar de las estrategias de la empresa y de los resultados que se obtienen. Para ello se pueden emplear vídeos, material impreso, como folletos, circulares, alguna revista interna o reuniones periódicas. • La empresa debe proporcionar herramientas para que las personas en contacto con el público puedan actuar. Para ello debe describirse el trabajo que se desea realicen, explicar cómo se espera que atiendan a los clientes y cómo deben resolverse sus dudas. También deben explicarse y justificarse los sistemas de promoción profesional, los sueldos y los incentivos.

EL SISTEMA DE ORGANIZACIÓN

En la adopción del principio de marketing de orientación al consumidor hay que tener muy claro que el marketing interno debe preceder al marketing externo porque, si la empresa no está preparada para proporcionar buenos servicios, carece de sentido prometerlos y en líneas generales eso toca de lleno a su sistema de organización.

Realmente, no existe una forma óptima de organizar. Estrategias, estructura, procesos de información y de decisión, sistemas de recompensa y política de recursos humanos, son dimensiones que están en permanente interacción y no es posible concretar una forma capaz de mantener sostenidamente un equilibrio que garantice la congruencia con el medio y ser efectiva. En líneas generales puede decirse que las formas de organizar basculan entre dos modelos: el jerárquico y el orgánico. El primero, que

puede ser más o menos rígido, se ha demostrado menos incentivador que el segundo; pero, en cualquier caso, son modelos propios de empresas productoras de bienes físicos, en las que existe una clara separación entre producción y consumo. Trátese de un modelo u otro, la forma de organización de las empresas productoras de bienes no puede ser trasplantada a las de servicios porque, para estas, los principios de organización se apoyan en el grado de tangibilidad que se puede conferir a los productos y en el grado de contacto que se deba mantener con los clientes.

Atendiendo, pues, a la tangibilidad y al grado de contacto con el cliente, Grande Esteban propone cuatro modelos de organización para una empresa de servicios y, entre ellos, el que se ajusta a las de servicios sanitarios es el siguiente: “Empresas que proporcionan productos intangibles con alto grado de contacto con los clientes, como servicios médicos, legales, de investigación comercial, de publicidad, consultoras de gestión empresarial, etc. Al ser los productos intangibles, los clientes tienen más dificultades para elegir solos y necesitan de los proveedores. La orientación al consumidor, la flexibilidad y la creatividad son esenciales. Estas empresas necesitan una estructura orgánica, procesos de toma de decisiones descentralizados, actividades de trabajo definidas por el propio empleado, que desarrolla funciones de marketing en cada situación, y comunicación lateral, entre grupos o departamentos”⁷⁵.

Resulta evidente que la estructura organizativa y la estrategia de la empresa son los puntales sobre los que se apoya el establecimiento de una cultura de servicios, pues en ella se apoya el marketing interno para impulsar la motivación de los empleados, llevándoles a desarrollar la orientación hacia el cliente y el interés por el servicio, realizando así su trabajo como “empleados de marketing a tiempo parcial”⁶⁹.

El sistema de organización debe ser tal que no entorpezca o dificulte los dos tipos de procesos que reclama el marketing interno: el desarrollo de una actitud positiva orientada al servicio y a los clientes, y la fluidez en la información que los directivos, el personal de contacto y el de apoyo, necesitan para poder realizar sus tareas. Si el primero queda circunscrito a la implantación de una estrategia de servicios, el segundo reclama exacto conocimiento de las rutinas de trabajo, características de los productos y servicios, promesas hechas a los clientes, necesidades y requerimientos del proceso productivo, y comprensión de qué es lo que en verdad quieren los clientes.

UTILIZACIÓN DEL MARKETING INTERNO

El marketing interno no puede ser unidireccional ni limitarse a una especie de campaña promocional a base de distribución de folletos, guías internas o celebración de reuniones periódicas en las que se proporciona información, pero en las que no hay verdadera comunicación. Si así fuera,

eso no obedecería más que al hecho de que los directivos tienen un interés muy limitado por sus colaboradores y subordinados, y son incapaces de reconocer que estos tienen necesidad de recibir información continua como fruto de una comunicación bidireccional clara, amplia y motivadora. Desgraciadamente, ahí suele residir la causa de por qué mucha de la información que se suministra no provoca la deseada repercusión en los que la reciben.

El marketing interno ha de utilizarse para conseguir tres cosas:

- Crear una cultura de servicios en la empresa y una orientación a los servicios entre el personal.
- Mantener una orientación a los servicios entre el personal.
- Dar a conocer a los empleados los nuevos productos y servicios, así como las estrategias de marketing externo, campañas publicitarias y otras actividades de marketing.

Hagamos un leve comentario a cada una de ellas.

Crear una cultura de servicios

Una cosa es crear una cultura de servicios y otra conseguir que tal cultura se enraíce en la organización. Para esto último, el marketing interno, por sí solo, no es suficiente porque la organización ha de tener previamente como normas prioritarias una orientación a los servicios y el interés por los clientes. Por ejemplo: una estructura complicada –dice Grönroos– hace imposible plantear un concepto de servicios bueno porque las personas de contacto motivadas y con interés por el servicio se frustran. Pierden interés por dar un buen servicio porque no reciben el apoyo y el reconocimiento de sus jefes o encuentran imposible actuar de aquel modo porque la orientación a los servicios no proviene de una base estratégica y, por consiguiente, no se aportan los recursos suficientes⁷⁶.

Si el terreno está abonado, el marketing interno podrá crear una cultura de servicios por el logro de tres objetivos: la comprensión de lo que la empresa quiere conseguir, el fomento de un estilo de liderazgo adecuado entre directivos y supervisores, y el encauzamiento de los empleados hacia técnicas interactivas y de comunicación orientadas a los servicios.

Mantener una orientación a los servicios

Una vez creada la cultura de servicios, el marketing interno se utilizará para mantenerla de forma activa por medio de una información continua y actualizada que potencie entre los empleados el interés por el servicio y el cliente. Aquí son fundamentales el estilo y los métodos de la dirección para el control de la entrega del servicio y el desarrollo funcional del proceso productivo, pues a través de ellos es como se pueden es-

tablecer un clima y una ética que impulse a los empleados a sentir que el servicio es la fuerza motriz de sus pensamientos y conductas⁷⁷.

Dar a conocer a los empleados los nuevos productos y servicios

Sería una incongruencia esperar que el personal de contacto y el de apoyo trabaje bien en su función de marketing si no sabe lo que está pasando en la empresa, desconoce los nuevos productos y servicios o actividades de marketing, o tienen conocimiento de ellos a través de las campañas en los medios de comunicación o, incluso, por los propios clientes. Dar este conocimiento potencia el mantenimiento de la cultura de servicios (o ayuda a crearla).

EL “MIX” DEL MARKETING INTERNO

Las cuatro “P’s” del “*mix*” de marketing tienen también su aplicación en el mercado interno de la empresa. Naturalmente, esos instrumentos que responden a los nombres de producto, precio, punto de venta y promoción, tienen significado diferente en el marketing interno. Vamos, pues, a detallarlos.

Producto

La idea de “producto” se concibe aquí como “puesto de trabajo”, pues eso es lo que se “vende” a quien lo desempeña y si este (el empleado) lo “compra” es porque piensa que puede proporcionarle las satisfacciones económicas, laborales, sociales, personales y profesionales que se le han prometido. Esto conduce a poner de relieve la importancia del diseño del puesto de trabajo, pues las tareas contenidas en él no sólo tienen como objeto el logro de la máxima eficacia, sino que a través de ellas se configuran positiva o negativamente las expectativas de quien accede y lo desempeña.

Entra así en juego la imperiosa necesidad de que el puesto de trabajo (el producto) se adapte permanentemente a las expectativas del empleado (el cliente) porque la satisfacción de su “compra” está en función de la motivación y la eficacia alcanzadas. Los factores, pues, que concurren en la configuración de este “producto”, son: el salario (remuneración que ha de ser equitativa al esfuerzo que se requiera para alcanzar los objetivos que se hayan establecido), la posibilidad de progreso (por lo que supone de mejora personal, profesional y social), el contenido del puesto de trabajo (variedad de actividades, tareas con identidad propia, trascendencia en el entorno, grado de autonomía...), la valoración de los resultados (grado de información sobre la eficacia de las tareas desarrolladas), el ambiente laboral y las relaciones humanas.

Precio

En economía se dice que precio es la cantidad de dinero dada a cambio de un bien o servicio. Hagamos aquí tres correcciones: sustituir el término “cantidad de dinero” por “cantidad de insatisfacción”, el verbo “dar” por el verbo “crear”, y la denominación “bien o servicio” por la de “desempeño del trabajo”. Obtendremos así que el precio es la cantidad de insatisfacción creada en el desempeño del trabajo.

En el marketing interno hay que manejar este elemento con la mira puesta en que las condiciones del puesto de trabajo sean lo más atractivas posibles para eliminar sentimientos de incomodidad o de rechazo porque son generadores de desinterés por las tareas que se ejecutan y de mermas en la motivación del empleado que, como cualquier otro comprador, es sensible a la relación coste-beneficio.

Punto de venta

Si el “producto interno” toma cuerpo en la valoración del trabajo y de la organización así como en la percepción que de ambos tiene el empleado, el “punto de venta” (su distribución) se identifica con aspectos concretos de flexibilidad en la estructura organizativa, identidad de los grupos de trabajo y clima laboral que por los diferentes niveles impere en la organización.

Promoción

Ha de interpretarse aquí como sinónimo de comunicación e información. La empresa tiene que “promocionarse” en su mercado interno para ser bien comprendida, facilitar la participación, alentar la capacidad de decisión en sus empleados y lograr que sean asumidos sus objetivos.

OBJETIVOS DEL MARKETING INTERNO

El marketing interno se orienta a facilitar y catalizar las condiciones de trabajo para que este se torne intrínsecamente interesante y adquiriera un mayor significado con el fin de lograr una mentalidad de servicio y actuaciones orientadas al cliente. En consecuencia, y aunque existen notables divergencias entre los autores para concretar sus objetivos, pueden señalarse los siguientes:

- Afianzar y mejorar el nivel de calidad en la prestación de los servicios.
- Profesionalizar y motivar a los empleados.
- Formar a los empleados para que sean capaces de establecer perfectas comunicaciones en las interacciones que se provocan en el proceso producción-consumo.

- Propiciar el logro de los objetivos de la organización optimando la relación coste-beneficio en el proceso productivo.

Para enfocar correctamente todas sus actividades, el marketing interno ha de tener también como objetivo vigilar y estar al tanto en el cambio de valores que pueda experimentarse. Las evoluciones sociales no se provocan nunca de la noche a la mañana y son fruto de los cambios que se suceden en todos los órdenes de la vida. Hoy, por ejemplo, “las condiciones sociales han perfilado al trabajador como un ser mejor informado y protegido, más formado y profesionalizado, más implicado en el trabajo y posicionado de forma diferente frente a la organización”⁶⁸ que hace nada más que unos treinta o cuarenta años. He aquí, por ejemplo, un esquema del cambio de valores experimentado entre los años 50-60 y este final de siglo (Tabla 10):

Tabla 10. Cambio de valores.

Cambio de valores (Future Research Unit., 1982)	
Valores de los años 50 y 60	Valores actuales
Si las mujeres pudieran permitirse quedarse en casa y no trabajar en puesto remunerado, lo harían.	Hoy, una buena parte de la fuerza laboral son mujeres. Siendo aún básica la razón económica, la noción de “carrera” está sustituyendo a la de “empleo”.
En la medida que un trabajo proporcionara al trabajador un modo de vida “decente” se soportaba con todos sus inconvenientes, ya que se cubrían las necesidades básicas, la autoestima y el rol de “sostén” de la familia.	Aunque la seguridad en el empleo sigue siendo un valor importante (tasa de paro), cada día hay más interés en el <i>contenido</i> del trabajo y en el desarrollo personal.
El sistema de incentivos –principalmente las recompensas económicas y de estatus– tenían éxito en alentar a la mayoría.	Una buena paga, en sí y de por sí, ya no es un incentivo suficiente. Es importante el dinero, pero unido a las oportunidades de promoción y al reconocimiento por el trabajo “bien hecho”.
El trabajador se sentía ligado al trabajo no sólo por vínculos de compromiso con la familia sino también por lealtad hacia la empresa.	La lealtad a la propia profesión tiende a suplantar a la lealtad a la empresa.
La mayoría de las personas definían su identidad mediante su función laboral.	Es menos la gente que define ahora su identidad según su función laboral (“soy jefe de préstamos”). Es más corriente que se insista en que se reconozca la propia identidad (“soy más que un jefe de préstamos, soy yo mismo”).
Un empleo se definía como una actividad pagada que proporcionaba trabajo seguro.	Los empleados son más que una actividad remunerada: son una forma de contribuir al desarrollo de las empresas y de la sociedad.

(Quintanilla I, 1991)

En suma, tanto el marketing interno como sus objetivos deben formar parte de la filosofía estratégica de la Dirección. En caso contrario, la mayoría de las actividades de marketing interactivo serán contrarrestadas por trabajos desmotivadores y malos ambientes de trabajo causados, por ejemplo, por las actitudes y estilo de dirección de los directivos y supervisores, o por una política de personal que no apoya el interés por el cliente sino otras cualidades⁷⁸.

MARKETING INTERNO (II)

Tras haber buceado por el concepto, utilización, “*mix*” y objetivos del marketing interno, podemos concluir que casi todas las funciones o actividades que influyen de una manera u otra en la orientación al servicio y en el interés por el cliente pueden formar parte de él, pues el marketing interno es tanto una filosofía para gestionar el personal como una forma sistemática de desarrollar y potenciar una cultura de servicios. Dando un paso más en nuestro propósito, lo que realmente interesa ahora es concretar de alguna manera el campo de actuación y la forma en que se puede implantar una estrategia de marketing interno en los servicios sanitarios.

En este sentido, se impone subrayar de antemano que el marketing interno carecerá de eficacia si en las instituciones del sistema sanitario no se cumplen previamente tres cuestiones⁶⁹:

- Que la Dirección lo considere como parte integral de la estrategia global de empresa.
- Que en ningún momento pueda ser contrarrestado por la estructura organizativa o por falta de apoyo de la Dirección.
- Que la Alta Dirección se entregue constantemente a una clara y decidida actitud de apoyo activo al proceso de marketing interno.

Hay una aplastante unanimidad en manifestar por parte de todos los autores que el marketing interno ha de comenzar por la Alta Dirección, y seguir por la Dirección Media y los Supervisores, ya que si estos estamentos no aceptan o desempeñan su papel en el proceso cualquiera de los esfuerzos del marketing interno dirigidos hacia el personal de contacto con los pacientes, sus familiares y amigos, resultará totalmente ineficaz. Incluso puede leerse lo siguiente: “Sólo un liderazgo sincero en todos los niveles de la organización puede proporcionar la inspiración necesaria para sostener unos servidores comprometidos. «La dirección» y «la administración» no son suficientes”⁷⁹.

Asimismo, hay que ser conscientes de que, aunque el personal de contacto con los pacientes (médicos, enfermeras y auxiliares) es quien realiza el marketing interactivo, este depende a menudo del apoyo que ese personal pueda conseguir de otros empleados y funciones de la institución que no intervienen directamente en el contacto con los pacientes pero que influyen indirectamente en el proceso de la prestación del servicio. Sólo si

la Dirección desempeña correctamente su papel en el proceso de marketing interno estará en condiciones de no dejar escapar que ese “personal de apoyo” también tiene que trabajar de forma orientada al mercado de sus “clientes internos” (y que no es otro que el personal de contacto directo con los pacientes, que son los “clientes externos”). No, no cabe descuidar o preterir a los empleados de apoyo (mantenimiento, lencería, lavandería, cocina, esterilización, farmacia, administración...) porque constituyen también un público objetivo –y, a veces, crucial– de los programas de marketing interno.

ACTIVIDADES DEL MARKETING INTERNO EN EL CONTEXTO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Sería insensato y jactancioso por nuestra parte intentar exponer una lista exhaustiva y cerrada de las actividades del marketing interno en los servicios sanitarios. No obstante, algunas resultan clave y sería imperdonable no hacer referencia a ellas.

Formación

El novelista inglés Gilbert K. Chesterton escribió que la formación no es un objeto, sino un método que está basado en la comunicación porque se halla en constante estado de transmisión, y el filósofo español Jaime Balmes dijo de ella que supone para cualquier propósito humano lo mismo que el molde al barro: le da la forma. Son estos dos puntos de vista que vienen como anillo al dedo porque las nociones de método, constante estado de transmisión y molde que da cuerpo a una cosa reflejan con acierto que en esta actividad del marketing interno cabe distinguir dos tipos de formación:

- La encaminada al desarrollo de una visión integrada sobre cómo funciona la estrategia del servicio, con el fin de desarrollar y potenciar actitudes favorables hacia ella.
- La dedicada al reciclaje permanente, desarrollo y potenciación de los conocimientos técnicos y de las habilidades de comunicación y servicio.

El primero de esos tipos se orienta a fijar el papel de cada individuo de la organización en relación con los demás, y con las funciones de la institución y sus pacientes, porque en mayor o menor grado siempre puede constatarse la existencia de una falta de comprensión de las estrategias y objetivos de la empresa, así como de las responsabilidades que en un momento dado deben asumirse. La causa de esto no siempre es un problema de actitud, aunque si hubiera actitudes indiferentes (o, incluso, negativas) habría que preguntarse el por qué de ellas y actuar en consecuencia para cambiarlas. De todas formas, en el mundo sanitario es una tautología que la mayor parte de los problemas de actitud obedecen nor-

malmente a prejuicios, ideas o temores que bloquean una correcta comprensión de los hechos respecto al contenido de una estrategia de servicios. Cualquier tarea que vaya encaminada a mejorar el nivel de conocimiento sobre la realidad dará buenos frutos en el cambio de actitud, pues existe una fuerte interrelación entre una y otra.

El segundo responde a dos vertientes: a la complejidad que proyecta el progreso técnico sobre el acto asistencial imponiendo requerimientos específicos en la forma de trabajar, cosa que se traduce en la necesidad de mantener una buena formación técnica siempre al día para poder dominar mejor las muchas variables que intervienen en el proceso productivo del servicio sanitario; y al hecho de que sólo en base a la comunicación (en sentido global y totalizador) puede mantenerse el concepto de servicio como elemento fundamental de la cultura de la institución.

Comunicación interactiva interna

Ha de comenzar rememorándose que en los últimos años la concepción del consumidor ha experimentado en los servicios sanitarios un cambio que puede plasmarse de la siguiente manera (Fig. 18):

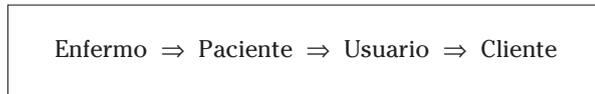


Figura 18. Secuencia de la concepción del consumidor de los servicios sanitarios.

y que tal secuencia, propiciada por el grado de exigencia desencadenado a nivel individual y social, presenta una curva ascendente que tiene exacta correspondencia con esta otra (Fig. 19):



Figura 19. Secuencia de la concepción del agente proveedor de los servicios sanitarios.

El resultado ha sido que, al convertirse en una empresa, en la institución sanitaria los clientes han establecido “*de facto*” esa distinción que subyace en la comprensión de cualquier otra empresa de servicios. Esto es, han procedido a diferenciar entre el personal sanitario (médicos y enfermeras) y la “organización”. “*Sensu contrario*”, ese personal ha tomado conciencia de que la satisfacción del cliente depende tanto de él como de otros factores que no puede controlar porque los gestiona directamente la organización. El asunto no tendría mayor importancia si no fuera porque

resulta un excelente caldo de cultivo para que se produzca algunas veces una “connivencia” entre personal y clientes, cuyo corolario es que unos y otros “echan la culpa” de lo que funciona mal a la organización y eso provoca una extraña, pero cierta, “falta de solidaridad comercial” en el seno de la empresa.

La distinción que hace el cliente proviene de su necesidad de contar con la actuación del experto (el médico y/o la enfermera) debido a la complejidad e intangibilidad del servicio, pues sabe que quien le puede curar, mejorar o rehabilitar, es este y no la organización. Por su parte, el profesional sabe que sin consejo (diagnóstico) no hay “venta” y se siente incómodo porque le gustaría aconsejar y “vender” sin límite alguno de carácter económico, a la vez que germina en él la sensación de no estar suficientemente respaldado en esto por la organización porque está convencido de que él es quien “entiende” de las necesidades de los pacientes y cree que ese “entendimiento” no son capaces de tenerlo los dirigentes (cosa que algunas veces, por desgracia, no está muy alejada de la realidad).

Este cuadro enmarca una de las causas más determinantes por las que la comunicación interna tropieza con tantos y tan graves inconvenientes, de aquí que una de las actividades más críticas del marketing interno sea la de apoyar un liderazgo eficaz que oriente a todos hacia los objetivos de la empresa. Los medios a su alcance para ello, son⁶⁹:

- Continuar los programas formales de formación a través de las actividades diarias que forman parte de las tareas de la dirección.
- Motivar activamente a los empleados, como parte de las rutinas diarias de los directivos.
- Incluir a los empleados en la planificación y toma de decisiones.
- Crear un flujo de información y de comunicación de doble vía en las interacciones formales e informales.
- Establecer un clima interno abierto y motivador.

Es innegable que el estilo de dirección demostrado en el trabajo diario por los directivos y los supervisores tiene una repercusión inmediata en el ambiente de trabajo y en el clima interno, y que estos son los que tienen una incidencia más fuerte en el proceso de comunicación. Así mismo, tal como comentaron Schneider y Bowen⁸⁰, la “estrecha relación psicológica” entre el personal de contacto y los clientes sugiere que los empleados de primera línea poseen una información valiosa sobre las necesidades y deseos de los clientes, de forma que su inclusión en el proceso de planificación conduce a la mejora de la toma de decisiones. Esto, junto con una buena información y una mejor retroalimentación (“*feed-back*”), es base suficiente para la existencia de un clima confortable y abierto que favorece enormemente la comunicación interactiva interna.

Apoyo informativo

De nada serviría un programa de marketing interno si no lograra mejorar las interacciones proveedor del servicio-pacientes y para ello es fundamental una actividad de constante apoyo informativo orientado a hacer comprender (y aceptar) a los empleados las nuevas estrategias, tareas y formas de pensar de la institución. No hay, pues, más remedio que recurrir a explicar con todos los medios que se tengan al alcance (charlas, escritos, memorandos internos, boletines, revistas, etc.) las nuevas estrategias y formas de trabajar que redunden en una mejor satisfacción de los pacientes.

Gestión de los recursos humanos

Roger Dow, director de la cadena hotelera estadounidense Marriot, manifestó en cierta ocasión lo siguiente: “Podemos formar a la gente para que realice cualquier tarea, pero conseguir gente con una actitud afable comienza en el reclutamiento y contratación de personal”⁶⁹.

Este es, sin duda, uno de los principales talones de Aquiles del servicio sanitario público. Sus instituciones, que son auténticas empresas de servicios, se rigen para el reclutamiento del personal por el sistema de acceso funcional consistente en un conjunto de temas y pruebas a las que se les asigna una puntuación, se suman los puntos obtenidos y el opositor que consigue el mayor número de puntos obtiene la plaza. Tal procedimiento quizás pueda valorar el nivel de conocimientos ya adquiridos, pero pasa por alto cuestiones tan vitales como la capacidad de la persona para adquirir nuevos conocimientos, la apreciación de si realmente tiene inclinación o aptitudes para el trabajo que va a desempeñar, y consagra una desincentivación creciente y progresiva ante la garantía legal de haber conseguido el puesto de trabajo “para toda la vida” (cosa que repugna en su misma esencia a los requerimientos que impone la prestación de servicios).

De todas formas, ese sistema de reclutamiento sería lo de menos si en la organización sanitaria existiera un correcto diseño y descripción de los puestos de trabajo, así como un eficaz sistema de incentivos y una cultura de empresa que llevase a considerar a los empleados como fuentes generadoras de ingresos y no de gastos. Esa sería una base excelente para aplicar unos adecuados instrumentos de administración de personal dirigidos a la consecución de los objetivos del marketing interno. Actividad primordial de este será, pues, conseguir que tales instrumentos no se utilicen –como es habitual– de forma burocrática en vez de como instrumentos dirigidos al logro de tal fin.

En resumen, las actividades de marketing interno en el contexto de los servicios sanitarios deben encaminarse hacia tres frentes:

- Analizar profundamente la naturaleza de la estrategia del servicio y de las actitudes entre los empleados y los pacientes.

- Lograr que los empleados comprendan el significado del interés por los pacientes.
- Conseguir que todas las operaciones se orienten siempre hacia el paciente y el servicio.

IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE MARKETING INTERNO

Cuando de implantar una estrategia de marketing interno se trata, puede correrse un riesgo: que la dirección de la institución sanitaria la interprete y tome en consideración como si de algo meramente táctico se tratara o la enfoque únicamente hacia el personal de contacto directo con los pacientes.

En el primer caso, el fracaso está asegurado porque no se dará un adecuado proceso de investigación interna acusándose posteriormente malas rutinas de información, brillando por su ausencia la necesaria actualización, planificándose defectuosamente las actividades y construyendo objetivos deficientes. El resultado será que los empleados no se implicarán en el programa de marketing interno y se acusará una total falta de compromiso con los objetivos de la institución.

En el segundo, el marketing interno dará muy poco frutos porque el personal de contacto con los pacientes no es suficiente por sí solo para crear una cultura de servicios en la empresa sanitaria. Dijimos anteriormente que el personal de apoyo y auxiliar influye indirectamente en el servicio de la prestación del servicio y cuenta también con sus “clientes internos”, por lo que una auténtica cultura de servicios abarca tanto a estos como a los “clientes externos” y su solidez es requisito imprescindible para que discurra fluidamente un programa de marketing interno.

La implantación de una estrategia de este tenor ha de implicar y comenzar –como ya se ha dicho– por la Alta Dirección, y seguir por la Dirección Media y los Supervisores. Si el objetivo último es mejorar el interés por el cliente y el servicio, una y otros deben marchar al frente por mera coherencia.

GESTIÓN DE MARKETING

FUNCIÓN Y OBJETIVOS DEL MARKETING

FUNCIÓN DEL MARKETING

Desde el punto de vista del marketing tradicional se considera que la función de este tiene por objeto la mediación en determinadas interacciones que se producen entre la producción y el consumo. Así estimada, la función del marketing se sitúa inevitablemente de manera estanca en el estructura organizativa de la empresa como una más de las que se realizan bajo la responsabilidad de un directivo de operaciones, que la gobierna de igual manera que con referencia a las suyas puede hacerlo el de producción, el de finanzas, el de administración, el de ventas o el de personal y recursos humanos. De acuerdo, pues, con un concepto tradicional la representación de la función de marketing puede hacerse esquemáticamente de esta forma (Fig. 20):

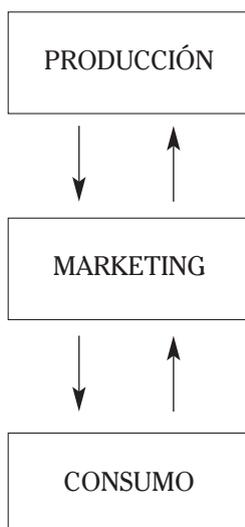


Figura 20. Concepción tradicional de la función de marketing.

Cae de su peso que cuando la función del marketing se interpreta como una más de la empresa, operativamente queda reducida a un área de actividad dedicada a la investigación del mercado (potencial, competencia,

precios, segmentación...), la promoción de las ventas (publicidad), la venta de corte personal (coadyuvante o complementaria a la que se desarrolla por la acción comercial propiamente dicha), las relaciones públicas y cualesquiera otras tareas que pueden surgir por ese carácter de mediación entre la producción y el consumo. Dibujada así la función del marketing, la manera de llevar a cabo sus actividades requiere del concurso de una serie de profesionales y/o especialistas en esos campos. Ciertamente, una separación de tal tenor puede tener sentido en aquellas empresas industriales de producción masiva cuyos productos se compran y se venden lejos del lugar de fabricación a clientes que jamás entrarán en relación con ellas, pero “no parece apropiada para los sistema de servicios en los que existe una simultaneidad entre la producción, la entrega y el consumo”⁸¹.

La inadecuación es evidente porque al cliente de un servicio le influyen, tanto como la calidad del producto, los medios de producción (instalaciones, recursos humanos y materiales, tangibles e intangibles) y el proceso productivo (comportamiento de los empleados y manera como se utilizan las instalaciones y los medios de producción). Esa influencia hace que en los sistemas de servicios la función del marketing deba extenderse a cada componente de la organización y provisión del servicio (sea este humano o no humano), y a cada etapa del proceso productivo y suministro del mismo. La importancia que tiene mantener una actitud mental de marketing en todas las interrelaciones que se provocan entre producción y consumo impide que este quede limitado a una mera función mediadora, puesto que juega un papel eminentemente interactivo en todos y cada uno de los momentos en que interactúan comprador y vendedor. Por eso, la representación gráfica más acertada de la función del marketing en una empresa de servicios, puede ser esta (Fig. 21):

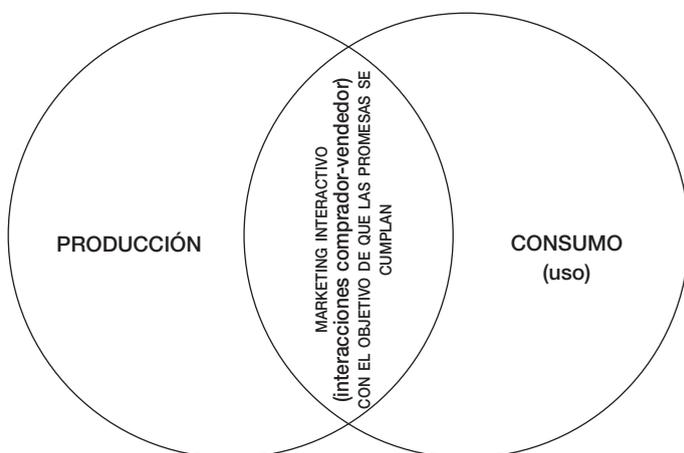


Figura 21. Concepción de la función de marketing en la empresa de servicios.

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

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

- Conocer y comprender el mercado (investigación y estudios).
- Localizar y escoger los segmentos o “nichos” de mercado, colaborando al diseño de los productos (precio, calidad, relación precio/calidad, necesidades, oportunidades, etc.), estableciendo prioridades, identificando quiénes son los competidores, conociendo mejor los gustos y deseos, y asegurando la fidelidad por medio de la adaptación de los productos a esos deseos y gustos.
- Planificar, realizar y controlar los programas de marketing que se hayan decidido.
- Modelar y preparar a la organización para que todas las personas pertenecientes a ella se conciencien de la importancia de su cometido, desarrollen su trabajo con la mayor calidad posible, y se realicen con éxito los programas y actividades de marketing.

En suma, podemos concluir que la función del marketing consiste en hacer que “la empresa base todas sus actividades en las necesidades y deseos de los clientes que integran los mercados objetivo seleccionados”⁸² por medio de una adecuada planificación, una correcta realización y un escrupuloso control de los programas de marketing que se hayan decidido.

El ciclo de vida

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

Acerca de él, el profesor Grande Esteban señala que se trata de una construcción teórica por medio de la cual se supone que a los productos y los servicios les sucede lo mismo que a las personas; es decir, que nacen, se desarrollan, alcanzan la madurez y, finalmente, mueren. El ciclo de vida del producto es una construcción teórica muy ilustrativa pero, aunque a “*posteriori*” sea posible modelarlo, en la forma que propone la teoría existen dudas sobre su eficacia operativa (e incluso sobre su existencia real). Para modelarlo basta con relacionar las ventas con el tiempo y encontrar alguna función matemática que se ajuste convenientemente⁸³. De todas formas, cuando se trata de bienes físicos no cabe duda de que es útil para tomar decisiones de marketing; pero surgen dudas cuando se trata de aplicarlo a los servicios, pues el ciclo puede tener cualquier forma,

hay indefinición en lo que se entiende por servicio y existen serias dificultades para que muchas empresas de servicios desarrollen una cartera de productos equilibrados⁸³.

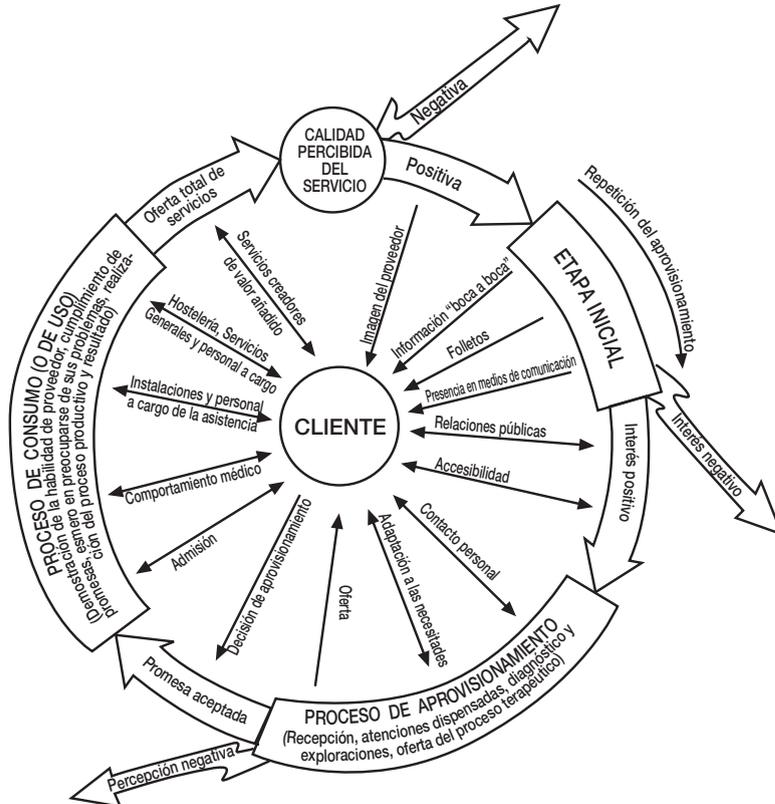
Por lo que atañe a las empresas o instituciones proveedoras de servicios sanitarios, con esta advertencia Grande Esteban acierta de lleno con la realidad. En efecto, la empresa sanitaria suministra un tipo de servicios cuyo proceso de producción es altamente heterogéneo (lo que abona que el ciclo de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

Esto conduce a que, con demasiada frecuencia, las personas que trabajan en una organización sanitaria tiendan a ver a los usuarios (o pacientes) como un fenómeno abstracto que se materializa en una colección de individuos enfermos difícilmente considerables como “clientes” porque continuamente se suceden unos a otros, reemplazándose entre sí. Cuando se tiene tal tendencia, no sólo se frustra la necesaria consideración de “cliente” sino la misma percepción individual del usuario o paciente, ya que se transforma en un “caso” o se convierte en un “número” (ahí está esa costumbre tan generalizada de referirse a un paciente como “el de la habitación 312” o más lacónicamente “el de la 312”, o la no menos extendida de avisar a quien espera para pasar a una consulta diciendo “¡el 28!”). En tales condiciones, aplicar la teoría del ciclo de vida del producto que se provee carece de mayor significación.

Sin embargo, sí existe un ciclo de vida. Lo que ocurre es que no cabe referirlo al producto o servicio sino al que discurre a través de la relación con los pacientes. Ese ciclo, ya no es que sea fundamental, sino fundamentalísimo. Cada paciente establece una relación con el proveedor del servicio sanitario que debe ser desarrollada y mantenida por toda la organización en su conjunto. Ciertamente que para el individuo que está enfermo no hay elasticidad de sustitución entre la demanda de servicio sanitario y la de cualquier otro bien porque la utilidad marginal de la curación –al menos inicialmente– es infinita, pero las relaciones con los pacientes (usuarios o clientes) no están simplemente ahí, sino que hay que ganárselas, y esas sí que responde a un auténtico ciclo vital que nace con su necesidad de salud, se desarrolla a través de las interrelaciones que se provocan a lo

largo de todo el proceso productivo, alcanzan su madurez con la curación, rehabilitación o mejora, y se extinguen con el alta médica.

Este ciclo de vida puede ilustrarse por medio del esquema de la figura 22:



(Adaptado a partir de Grönroos Ch, 1994)

Figura 22. Ciclo de vida en base a la relación con los pacientes.

Cualquier individuo es un cliente potencial de una institución sanitaria (ya expusimos páginas atrás que la salud es un bien escaso y que, si es que existen, pueden contarse con los dedos de una mano los individuos que disponen de salud a raudales) y en el esquema de la figura 22 está representado en el centro del mismo. Antes de caer enfermo la relación del individuo con el proveedor del servicio sanitario se halla en la etapa inicial del ciclo de vida que se desencadenará cuando lo necesite. Surgida esa necesidad aparece la segunda etapa del ciclo, consistente en decidir el aprovisionamiento acudiendo a una institución sanitaria para que se le diagnostique el mal que padece y se le oferte el proceso terapéutico oportuno. En este estadio se produce, en términos de expectativa, una evaluación potencial del servicio ofertado y, si esta es positiva, el paciente (cien-

te) aceptará probarlo, entrándose así en la tercera etapa del ciclo: el proceso de consumo (o etapa de uso). Durante este proceso, el paciente (o usuario) observa la habilidad del agente proveedor en el suministro del servicio y forma en que se ocupa de sus problemas, valorando así hasta la consecución del resultado la calidad técnica y funcional que él percibe. Finalmente, con el alta médica en la mano, se entra en la cuarta etapa: la extinción de la relación con el proveedor y conclusión del ciclo hasta que una nueva necesidad vuelva a desencadenar otra vez este recorrido.

Evidentemente, el usuario –paciente, consumidor o cliente– puede abandonar el ciclo en cualquier etapa (bien eligiendo otra institución ya en la fase inicial, bien acudiendo a ella si la evaluación potencial del servicio ofertado en la segunda etapa no es positiva, bien solicitando el alta voluntaria en la tercera, bien descartando volver al mismo agente proveedor tras la cuarta...) o quedarse en él y pasar a la siguiente. Es obvio que los esfuerzos de marketing que se hayan llevado a cabo a lo largo del ciclo influirán en la decisión que tome y, en consecuencia, los objetivos del plan y actividades de marketing deberán estar en perfecta sintonía con la fase o etapa en que se hallen las relaciones con el cliente. Así, por ejemplo, en la etapa inicial el objetivo del marketing consistirá en crear un interés por la institución y los servicios sanitarios que se ofertan; en la segunda, inclinar al individuo enfermo a que “acepte las promesas” implícitas en la oferta realizada para solucionar sus problemas de salud (confirmar su esperanza); en la tercera, brindar una serie de experiencias positivas tanto técnica como funcionalmente, velar porque sean atendidos correctamente todos sus problemas y lograr que se cumplan escrupulosamente las promesas que estaban implícitas en la oferta... O sea, los objetivos de cada una de las etapas deben perseguir que las relaciones proveedor-consumidor se consoliden y prolonguen de tal manera que, si este tuviese en un futuro necesidad de nuevas atenciones sanitarias, vuelva otra vez a la institución que ya le ha atendido impulsado por ese genuino sentimiento que anima siempre a un cliente satisfecho.

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

público, el ciclo de vida que discurre a través de la relación con los pacientes está ahí, es de capital importancia y la “fuga” del circuito puede llevar a no ver más a ese paciente...o, en el peor de los casos, a tenerlo que ver ante un señor vestido de negro y adornado con puñetas.

El “*mix*” de marketing

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

Ahora bien, en cualquiera de los casos, ¿qué es lo que se persigue con un “*mix*” de marketing? En líneas generales cabe responder a esta pregunta diciendo que lo que se persigue es suministrar el producto más adecuado a las necesidades y requerimientos del consumidor, hacerlo al precio que reporte mejor beneficio para el comprador y para el vendedor, situar el producto en la forma más accesible para su venta (cobertura geográfica, cuidada logística, pertinentes canales de distribución), y poner todo eso en conocimiento del mercado a través de la publicidad, la promoción y las relaciones públicas más efectivas. Eso se consigue mezclando apropiadamente unas cosas y otras para lograr un único objetivo: crear un intercambio en el que queden satisfechas las necesidades individuales y los objetivos organizativos, optimando la mejor relación coste-beneficio (rentabilidad).

En el caso concreto de los servicios sanitarios, los elementos específicos que corresponden a un “*mix*” de marketing tienen algunas particularidades que conviene analizar para su mejor adecuación. Vamos a ello.

Producto

La particularidad del producto reside en que este es una variable sobre la que la capacidad de actuación resulta muy limitada. Arrow señala que todas las características singulares de la empresa de servicios de salud se derivan prácticamente de la prevalencia de la incertidumbre²⁴ y, en cuanto a los métodos de producción, en ninguno se da una desigualdad de información entre productor y comprador como en este. Además, la dicotomía entre producto final y productos intermedios tiene una significancia muy

relevante y en el producto que se oferta concurren dos facetas fuertemente diferenciadas: el servicio-información (diagnóstico-proceso-curso clínico) y el servicio productivo (personal-equipamiento-tecnología).

Lo que ocurre con el paciente tiene mucho que ver con su propia condición, pero más aún con los factores propios del proceso productivo (ajenos, por cierto, a esa condición misma de paciente). Entre ellos destaca con luz propia la heterogeneidad, no siempre justificada, de las prácticas médicas. Creer que en todos los casos de la práctica médica se produce una correspondencia entre proceso y resultado es una angelical ingenuidad, aunque lo peor de todo es que tal correspondencia, velada por lo heterogéneo de la práctica médica, puede enmascarar perfectamente lo que realmente ha de medirse o constituye el producto¹⁶.

Todo esto hace que la variable producto no contenga mayor capacidad para poder actuar sobre ella como elemento del “*mix*” de marketing, máxime si se tiene en cuenta que la calidad del producto se genera en el momento de la provisión del servicio (de aquí que nos hayamos detenido antes en hablar con algún detenimiento de la calidad). De aquí que, como la calidad forma parte de la relación interpersonal, en esta variable influyan mucho más los aspectos personales que los estándares técnicos y eso hace que la actuación deba enfocarse hacia aquellos más que hacia estos.

Precio

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

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

Punto de venta

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

En la provisión de servicios de salud, la “P” del “*mix*” de marketing que corresponde al punto de venta hay que traducirla necesariamente en términos de horario, de equipamiento, de trámites burocráticos, realización de tareas, cantidad y habilidad del personal, tiempos de repuesta, profesionalidad, reducción de los aspectos desagradables o molestos que pueden comportar las exploraciones, tratamientos, extracción de muestras, etc. Así traducida, esta “P” adquiere un mayor peso específico porque se enmarca en parámetros tan decisivos para la configuración de la opinión del paciente como son la información y la comunicación.

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

Promoción

En el servicio sanitario, la “P” de “promoción” no atañe sólo a la publicidad y a las relaciones públicas (folletos, anuncios, presencia en los medios de comunicación, etc.), sino que concierne principalmente a tangibilizar lo que es intangible, cuidando el entorno físico, los signos visuales (uniformes, grafismos...), los esquemas organizativos de la institución, la eficacia, los atributos funcionales...

La particularidad de este elemento en los servicios de salud lleva a la circunstancia de que la auténtica promoción que cabe hacer de ellos es la que trasciende de no perder de vista estas tres cosas³:

- Que el establecimiento de una relación implica hacer promesas.

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

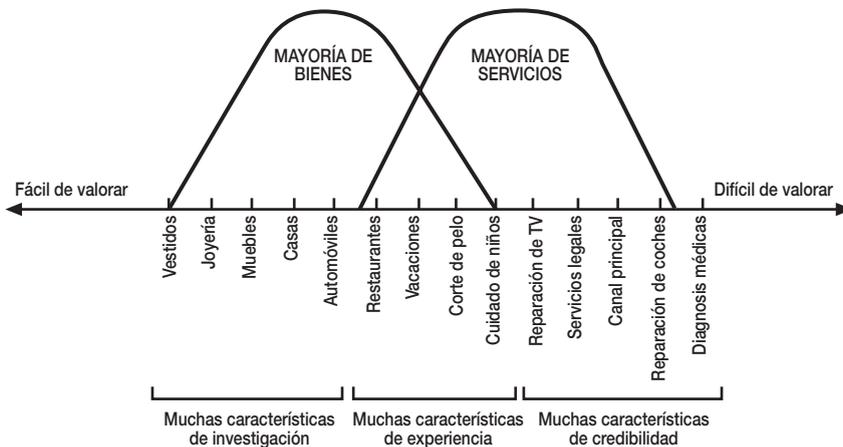
OBJETIVOS DEL MARKETING

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

Ahora bien, en una empresa orientada hacia el consumidor los objetivos generales serán siempre unos objetivos de marketing, independientemente de que la actividad de marketing tenga a su vez, y perfectamente compatibilizados con los generales de la empresa, los suyos propios. Objetivos, por ejemplo, como “satisfacer mejor las necesidades de los consumidores”, “aumentar los beneficios”, “alcanzar una determinada cuota de mercado”, o “mejorar la imagen de la empresa”, son objetivos de carácter general o metas formuladas de manera abierta que afectan a todos los niveles, unidades y personas de una organización. Objetivos como “atender a un determinado segmento del mercado”, “penetrar el mercado «X»”, “ampliar la gama de productos”, “batir a la competencia en el mercado «Y»” o “ampliar los canales de distribución en el territorio «Z»”, son objetivos específicos de la actividad de marketing que concurren operativamente al logro de los generales.

Kotler dice que, como “los servicios se caracterizan por tener muchas características de experiencia y credibilidad, los consumidores se sienten con más riesgo en su compra” y que eso tiene varias consecuencias. “En primer lugar, los consumidores confían más en la comunicación de persona a persona que en la publicidad. En segundo lugar, prestan mucha importancia al precio, al personal y a los aspectos tangibles, para juzgar la calidad. En tercer lugar, y siempre que se encuentren satisfechos, son muy leales a su suministrador de servicios”⁶⁶. Esto hace que las empresas de servicios encaren con carácter general conseguir tres objetivos fundamentales: incrementar su diferenciación, mejorar la calidad de sus servicios y superar su productividad. Las actividades que conducen al logro de estos tres objetivos interactúan entre ellas, pero comportarán un mayor o menor peso específico según sea la posibilidad de valoración de la oferta por parte del comprador.

De hecho, hay servicios cuya calidad técnica no puede juzgarla el consumidor hasta que los recibe y servicios que le son difíciles de valorar incluso después del consumo. En la figura 23 aparecen clasificados varios productos y servicios según su dificultad de evaluación. A la izquierda aparecen algunos de los bienes que sí se pueden analizar previamente a la compra, en el medio algunos de los bienes y servicios en los que concurren numerosas características de experiencia (es decir, características que sólo se pueden valorar después de la compra), y a la derecha algunos otros bienes y servicios con diversas características de credibilidad (o sea, características que el comprador encuentra difícil de valorar incluso tras haberlos consumido).



(Kotler Ph, 1992)

Figura 23. Evaluación de algunos productos y servicios.

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

Diferenciación

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

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

En cuanto a la forma en que se presta el servicio, la diferencia puede lograrse de tres formas: a través de las personas, a través del medio físico y a través del proceso productivo. Un agente proveedor de servicios sanitarios puede marcar grandes diferencias gracias a tener un personal de contacto ampliamente capacitado y con habilidad suficiente para comunicar o transmitir al paciente una gran confianza, gracias a ofrecer un entorno físico de superiores características al de otras organizaciones y gracias a realizar el proceso productivo en un marco que proporcione al paciente las mayores comodidades posibles en cuanto a protocolos de actuación, evitación de dolor o sufrimiento, información permanente, etc.

Bernard J. Lachner, presidente del Hospital de Evanston, subrayó la importancia de este objetivo comentando lo siguiente: “Supongamos que el médico, la enfermera, el camarero, el responsable de cuidados intensivos o el recepcionista, es descortés; que el personal existente golpea las camas durante su limpieza; el del parking no ayuda cuando está lleno; el de la cafetería no satisface a los visitantes; o la farmacia tiene horas limitadas para el personal de visita; todo ello sugiere que el hospital actúa buscando su propia conveniencia y no la del paciente, su familia y amigos”⁶⁶. Lógicamente, si a esto se añade la enorme dificultad de valoración que existe y la incertidumbre que concurre en el resultado, será dañada la credibilidad y la calidad percibida resultará de corte negativo.

Calidad del servicio

La clave de este objetivo reside en igualar o superar las expectativas de calidad que se forman en base a pasadas experiencias, la información “boca a boca” y la publicidad realizada, porque si la percepción de la

calidad del servicio prestado es inferior a las expectativas este será juzgado negativamente.

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

Para conseguir el reconocimiento de una buena calidad, el objetivo se centra en que la organización defina y comunique claramente el nivel de calidad que puede suministrar, de tal forma que tanto el personal como los pacientes sepan lo que se puede ofertar y lo que se puede obtener. Aquí no nos extenderemos más sobre este extremo porque ya ha sido comentado en la segunda parte de este trabajo.

Productividad

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

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

Sin embargo, sí puede ser útil “industrializar el servicio”. Esto no debe interpretarse con ninguna connotación peyorativa. “Industrializar el servicio” supone adoptar una “actitud de fabricación” hacia la prestación del servicio sanitario. Por ejemplo, “en el hospital de Shouldice (cerca de Toronto, en Canadá) sólo se opera a pacientes de hernia, habiendo reducido la estancia media de siete días a sólo tres y medio. Si bien este hospital paga a los médicos menos que en las clínicas privadas y las enfermeras atienden a más pacientes que en un hospital general, el nivel de satisfacción de los pacientes es increíblemente alto”⁸⁴.

En esta misma línea puede inscribirse la promoción de cirugía menor ambulatoria y todos aquellos procedimientos que tienden a aumentar la cantidad sin merma de la calidad, pues suponen el diseño de un servicio más efectivo.

LA RENTABILIDAD

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

Antes o después, es evidente que para la gestión de las finanzas públicas la Administración no tendrá más remedio que recurrir a métodos de racionalización de las elecciones presupuestarias. En ese momento, que no parece estar muy lejano en el tiempo, el mecanismo de elección, tal como sucede en el campo privado, estará dominado por la condición de la eficacia y el desarrollo. Entonces, en virtud de los principios de actualización y optimación que son inherentes a esa técnica, es posible que se opte por echar el freno al desbocamiento de las inversiones y gastos asistenciales por considerar que no son más prioritarios para la salud que los correspondientes –por ejemplo– a educación, prevención y acciones medioambientales²⁵.

A pesar de que en el sector público la notación característica de la asistencia sanitaria es su rentabilidad social, y eso se traduce en la confortabilidad que le proporciona la financiación a cargo de los presupuestos generales, no cabe dar de lado la consecución de una rentabilidad económica. Conviene aclarar aquí que, aunque rentable es todo aquello que produce un beneficio y este supone una comparación entre medios utilizados y resultados obtenidos mediante la aplicación de dichos medios, la rentabilidad a la que hacemos referencia es la rentabilidad económica (o relación existente entre el resultado –conocido o previsto– y los capitales o medios empleados) y no la rentabilidad financiera (o beneficio financiero a través del origen –propio o ajeno– de los fondos, una vez determinada la rentabilidad económica), eludiendo asimismo cualquier referencia a su medición porque, entre otras cosas y como bien señaló Drucker, “la manera de medir la rentabilidad es objeto de múltiples discusiones, pues no existe ningún medio o método que satisfaga a todo el mundo”⁸⁵. Además, en la empresa de servicios de salud conviven globalmente resultados que pueden ser medidos monetariamente en comparación con los medios uti-

lizados y resultados que no pueden serlo porque eso supondría abordar, tomar en consideración y valorar el costo (o precio) que puede tener un hombre.

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

VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA RENTABILIDAD

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

Los experimentos llevados a cabo alcanzaron la suma de 800 y cada uno de ellos correspondió al registro de un negocio desarrollado en el curso de un año, analizando la competencia particular a la que hubo que hacer frente, el mercado particular que se atendió, la tecnología y la estructura de costo que se requirieron y, obviamente, la rentabilidad que produjo. Los resultados se sometieron a un análisis estadístico, seccional y cruzado, descubriéndose 55 variables que, consideradas conjuntamente, venían a suponer en torno al 82 por 100 de las variaciones observadas en los resultados de rentabilidad. Con otras palabras, se descubrió que el 82 por 100 de las diferencias que se dan entre obtención de alta rentabilidad, media rentabilidad y baja rentabilidad, se deben a 55 variables que pudieron ser identificadas.

Durante el proceso de verificación de resultados, y antes de dar entrada en el modelo a una variable, se realizó un triple ensayo: a) comprobar su significancia en sentido puramente estadístico; b) comprobar paralelamente que también tenía sentido con el criterio expresado por la fuerza de ventas, al ser esta la que mejor suele conocer las repercusiones de cualquier acción en la marcha del negocio; c) comprobar la consistencia de esas repercusiones a la luz de cualquiera de los aspectos de la teoría económica. Esta secuencia se aplicó a las 55 variables, haciéndolas pasar una

a una por estos tres ensayos, y se descubrió que, de entre ellas, había 11 que eran en las que se concentraba el mayor impacto sobre la rentabilidad.

Vamos a exponer esas 11 variables, refiriéndolas en cada caso a la empresa de servicios sanitarios.

Posición en el mercado

Aunque no fue ninguna sorpresa para nadie, se confirmó que la participación o posición que se tiene en el mercado es un importante determinante de la rentabilidad. Ahora bien, se descubrió que la alta posición de un producto en el mercado sólo propende a ofrecer una mayor rentabilidad si todas las demás cosas permanecen igual. Este hallazgo nada tiene que ver con las economías de escala, pues se comprobó que tal cosa es independiente de la escala a la que se esté operando. Tener una gran participación en un mercado pequeño proporciona la misma rentabilidad que una gran participación en un gran mercado. En esta relación existente entre participación en el mercado y rentabilidad, lo más sobresaliente del estudio fue que arrojó luz sobre el hecho de que existen dos “umbrales de rentabilidad”: uno se sitúa en torno a una participación de mercado del 15 por 100 y otro en torno a la del 35 por 100. Es decir, que un producto que tenga menos del 15 por 100 de participación en el mercado casi nunca será rentable y un producto que tenga más del 35 por 100 raramente lo será. En el intervalo que se produce entre ese 15 por 100 y ese 35 por 100, el carácter de la relación entre participación y rentabilidad aparece aproximadamente en forma lineal.

Traslademos este hallazgo al mundo sanitario y relacionémoslo con la “tasa de frecuentación” (que estará en función de factores demográficos, sociales, económicos, geográficos y tipo de cobertura) como premisa de una hipotética posición en el mercado. En España la frecuentación hospitalaria (número de personas hospitalizadas por mil habitantes y año) arroja los siguientes datos medios: 237 para menos de un año, 54 de 1 a 14 años, 72 de 15 a 44 años, 88 de 45 a 64 años y 165 para más de 65 años; y, para Atención Primaria, los datos son los siguientes: 5,25, visitas/persona/año (INSALUD) y 2,10 visitas/persona/año (Mutuas o consultorios privados) de medicina general y pediatría, y 1,90 visitas/persona/año (INSALUD) y 1,63 visitas/persona/año (Mutuas o consultorios privados)⁸⁶, debiendo indicarse que en el caso de las visitas correspondientes a medicina general y pediatría del INSALUD el 40 por 100 son por receta y el 10 por 100 por trámite burocrático.

Sobre el total de población correspondiente al área de influencia de un hospital, centro de salud o consultorio, si la traducción en porcentaje de esas tasas resultara inferior al 15 por 100 o superior al 35 por 100 para ese hospital, centro de salud o consultorio, lograr una rentabilidad en el funcionamiento de los mismos puede suponer una cuestión harto proble-

mática (cosa esta que de hecho puede explicar en buena parte las dificultades con que se encuentran algunas instituciones sanitarias para superar en términos económicos su “umbral de rentabilidad”).

Cambio en la posición de mercado

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

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

Según la teoría económica, uno de los medios más eficaces para reducir costes consiste en incorporar innovaciones técnicas al proceso productivo, pero en los servicios sanitarios las innovaciones técnicas (que aportan innegables mejoras en mayor fiabilidad diagnóstica, acortamiento de estancias, abordaje de casos que resultaban imposibles o muy problemáticos, etc.) está comprobado que no ejercen influencia sobre la unidad de producto más que cuando dicha unidad es de homogeneidad constante, cosa que resulta harto problemática en el terreno de la salud. En este campo, la innovación técnica, los nuevos programas, el diseño de nuevos servicios, no sólo puede proporcionar mayor eficacia sino que al mismo tiempo subvierte la propia naturaleza de los casos tratados porque los modifica en un sentido de complejidad creciente y eso eleva siempre los costes de manera muy importante con un insoslayable efecto negativo en la rentabilidad²⁵.

Tasa de crecimiento del mercado

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

mercado, menor es el costo (en sentido de gastos más reducidos) que supone conseguir una participación en él.

Para el servicio sanitario este hecho puede tener un efecto inverso. En efecto, si el “mercado” crece –por ejemplo– por aumento de las personas de mayor de edad (mayores de 65 años) debido al envejecimiento de la población, mayor será el costo y, en consecuencia, mayor también el impacto negativo en la rentabilidad.

Porcentaje de capacidad utilizada

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

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

Intensidad de la inversión

Se mostró como un punto crucial, pues la intensidad de inversión en el negocio es la variable estadística independiente más importante y la que provoca el más severo impacto negativo en la rentabilidad. Esto se comprobó ser especialmente cierto por lo que afecta a los inventarios y las inversiones en activos exigibles, así como a las inversiones en equipos de producción. Permaneciendo las demás cosas igual, cualquier aumento de inversión por unidad monetaria de venta reduce el porcentaje de rentabilidad de los fondos invertidos. Los beneficios podrán ser mayores o menores (en unidades monetarias), pero el porcentaje de rentabilidad invariablemente decrecerá conforme se incremente la intensidad de la inversión en el negocio.

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

Integración vertical

Organizativamente, se confirmó que el grado de integración vertical que puede existir en el negocio supone un impacto positivo siempre que se trate de un negocio ya maduro o aceptablemente estable. A condición de que todas las demás cosas permanezcan igual, una mayor integración vertical puede proporcionar una “*ratio*” mayor de rentabilidad. Ahora bien, si el mercado es inestable (inestable en ambos sentidos, es decir, en el tecnológico o en el de marketing) esa relación se invierte. O sea, una alta integración vertical operativa actúa como rueda de molino atada alrededor del cuello, pues reduce sensiblemente la posibilidad de una rápida adaptación a los cambios que se produzcan.

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

Cambios en el precio

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

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

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

Importancia del producto para el cliente

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

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

“Ratio” de I + D sobre Marketing

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

ro jamás se puede hacer dinero gastando sólo en marketing o sólo en investigación y desarrollo.

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

Posición de los costes variables respecto a los de la competencia

El coste variable es esencial para competir y se reveló como el más importante a vigilar tanto en la producción como en la distribución. Si se tienen unos costes variables superiores a los de la competencia, la batalla está casi perdida. Por el contrario, si son menores, las oportunidades para vencerla son muy considerables.

Ahora que tanto se viene hablando de crear una competencia entre las distintas instituciones sanitarias (entre las del sector público, y entre estas y las del sector privado) la atención a poner sobre esta variable resulta fundamental y apremia a que en todas ellas pueda disponerse de una contabilidad analítica bien diseñada (lo que implica tener que hacer todo lo posible para identificar la unidad de producto).

Producto mejor respecto al de la competencia

Tener un producto líder para competir en el mercado supone disponer de un producto que sea considerado superior al de los demás según criterio expresado por los clientes. Saber que “técnicamente” se tiene un producto superior al de la competencia es cosa muy gratificante, pero son los clientes quienes tienen que reconocerlo y, si no lo hacen, disponer de él no vale para mucho. Naturalmente, tener un producto inferior al de la competencia no sólo reduce la rentabilidad sino que suele provocar pérdidas considerables. Se comprobó que la relación entre tener un producto técnicamente superior (y reconocido así por los clientes) o tener un producto técnicamente inferior (reconocido también como superior por los clientes) no es nunca simétrica.

Por lo que afecta a los servicios sanitarios la constatación de esta variable ya ha tenido una clara exposición en este trabajo, por lo que a lo dicho nos atenemos.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA CONSECUCCIÓN DE LA MEJOR RENTABILIDAD

La identificación de las variables que influyen en la rentabilidad permitió diseñar algunas reglas específicas que son válidas para la cons-

trucción de ciertas estrategias, dependiendo de que el negocio se halle en fase de madurez o en fase de crecimiento. Procederemos aquí a exponerlas previa adaptación al contexto del suministro de servicios sanitarios.

Instituciones sanitarias en fase de madurez

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

Hay cinco reglas que puede recomendarse para la construcción de unas estrategias con que lograr la mejor rentabilidad. Son estas:

- a) Si el volumen de pacientes que normalmente se atiende es de carácter “establemente masivo”, antes que incorporar nuevos servicios es preferible optar por mejorar la rentabilidad. Si el volumen de pacientes es notoriamente inferior a la capacidad productiva, y siempre que eso no requiera tener que ampliar dicha capacidad incrementando costes fijos e inversiones, es preferible enfocar las acciones hacia la consecución de más pacientes.
- b) Si en la provisión del servicio (e independientemente de que el volumen de pacientes atendidos sea grande o pequeño) se utiliza la superioridad técnica del mismo como instrumento, debe preferirse aumentar el precio (en el caso del sector público estableciendo, por ejemplo, un tique moderador o imposición de alguna suerte de pago) antes que atraer más pacientes.
- c) Diferenciar el servicio que se provee, si además es superior al de la competencia, constituye un artificio magnífico para que se le reconozca la calidad. Si no es superior, ha de cuidarse exquisitamente evitar que la diferenciación caiga en el engaño. Por otra parte, hay que descubrir lo antes posible cuáles son los puntos débiles del servicio que provee la competencia para evitar que puedan asociarse con posibles fallos del nuestro y frenarse así la gestión de diferenciación que se esté realizando (por ejemplo: establecer un programa de “cita previa” para batir las “listas de espera” de una institución asegurando que con ello la visita al médico será prácticamente inmediata y luego dar una fecha para la celebración de la consulta a largo plazo).
- d) Asegurar por todos los medios que los ingresos que se obtengan (por facturación o por dotación presupuestaria) cubren los costes fijos. Con otras palabras, lo que hay que hacer es minorar los cos-

tes fijos o buscar caminos para convertir en variables los que la competencia puede tener como fijos.

- e) Usar no sólo equipos sino métodos que estén puestos al día, pues eso proporciona ventaja en el costo variable.

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

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

En un negocio maduro es importantísimo impulsar el esfuerzo en marketing. La razón estriba en que, si se está en fase expansiva, hay que volcarse en diferenciar el producto y en segmentar el mercado. Hay que convertir los problemas en fortalezas, pues cuando el negocio está maduro (y ese es el caso de la mayoría de las instituciones sanitarias) siempre surgirán problemas y lo mejor que se puede hacer es convertirlos poco a poco en una oportunidad. La misma cantidad de dinero, esfuerzo, energía, tiempo y gasto se requiere para lograr una posición de fortaleza que reporte algún beneficio mensurable, que para rehusar una indeseable posición de debilidad.

Instituciones sanitarias en fase crecimiento

Las reglas para las instituciones que se hallen en fase consolidación o crecimiento son diferentes. Si la marcha es buena, se proveen buenos servicios y se hace una buena publicidad, la recompensa puede obtenerse muy rápidamente en forma de posición en el mercado. Las estrategias pasan por impulsar la capacidad de producción (más productividad o adición de más servicios) con más rapidez que el crecimiento del “mercado” al que se atiende, para lograr asentarse en él y disuadir a otras instituciones a que emprendan con anterioridad ese mismo tipo de maniobra. Para ello, debe ponerse en práctica cualquier ventaja comparativa sobre la competencia para ganarle el juego lo antes posible.

Asimismo, debe evitarse la consagración de una prematura integración vertical (comporta siempre una rigidez perniciosa) y utilizar el capital circulante como instrumento para la estrategia de marketing. Por ejemplo: en una institución que esté en fase crecimiento la reducción de

costos para ampliar la oferta de sus servicios debe hacerse por medio de los inventarios. El camino de los inventarios es mucho más barato que el de incidir en los precios o eludir gastos en marketing.

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

Resumen de las líneas estratégicas para consecución de la mejor rentabilidad

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

- Si se está rozando el estadio de madurez, la estrategia debe desviarse hacia un “mantenimiento” de los servicios ofertados y comenzar a concentrarse en la rentabilidad.
- Si se está en fase de declive hay que admitir controladamente la erosión que pueda producirse. Es el momento de dedicar el dinero destinado al marketing a otras cuestiones que reclamen mayores gastos.
- Es deseable mantener siempre el liderazgo en la prestación del servicio, pero si se está en fase de declive no hay que gastar mucho dinero en mantener ese liderazgo, pues es preferible atemperar los gastos al nivel que marque la competencia.
- Los efectos de una integración vertical son similares a los que pueden esperarse cuando se arranca con un bajo nivel de integración, pero aumentan gradualmente conforme la institución va entrando en fase de madurez. Ahora bien, cuando se entra en fase de declive vuelven nuevamente a ser similares.
- Si en un principio no se ha tenido éxito en lograr una superioridad sobre la competencia (quizás adecuadamente protegida por una fuerte posición de poder o por cualquier otra causa) debe emplearse una estrategia similar a la de ella pero menos agresiva. Nunca debe intentarse batirla porque eso es carísimo. Si no hay más remedio, lo juicioso es retirarse cuanto antes y lo más rápidamente posible, abandonando –si así se tercia– el sector sanitario.

ESTRATEGIAS DE MARKETING EN LOS SERVICIOS DE SALUD

De acuerdo con los objetivos que se deseen alcanzar, “las estrategias, que son los cursos de acción que posibilitan la consecución de los objetivos”⁸⁷, por lo que afecta al marketing hace que cualquiera de ellas tenga que ir orientada de una forma u otra a la lógica comercial y a la ecuación de beneficios. Eso, en sintonía con los objetivos generales que se haya trazado el agente provisor de servicios de salud, implica que el desarrollo de las estrategias globales de marketing deban llevar adelante un enfoque consistente en resaltar la importancia crítica de la calidad del servicio provisto tal y como la perciben los pacientes.

La profesora De Val matiza que una estrategia se construye sobre la interacción de la empresa con su entorno describiendo las principales características de las relaciones entre una y otro, pudiéndose visualizar como una cartera de competencias explotables en condiciones únicas para motivar a competir por el futuro y abocando a tener que regular las acciones a través del ejercicio de un estilo de dirección orientado a mantener una estabilidad periódica⁸⁸.

En líneas generales, las estrategias que se desarrollan en el sector industrial incluyen normalmente tres reglas básicas tendentes a reforzar la ventaja competitiva:

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

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

Ahora bien, tal y como sucede en la mayoría de las empresas del sector servicios, en los de salud los costes laborales son altos y muchas de las decisiones estratégicas que se orientan a reducir costos en el área de personal (decisiones que en el sector industrial sí pueden servir para

mejorar la eficacia de la producción e incluso la calidad de los bienes producidos) no son factibles. Eso se debe a que en el sector servicios la eficacia es un fenómeno más complicado y tiene, al menos, dos dimensiones: una interna y otra externa*. Grönroos matiza que “la primera está relacionada con la forma de funcionar de la empresa, y la productividad de la mano de obra y del capital, mientras que la segunda se refiere a la forma en que los clientes perciben las operaciones y el rendimiento de la empresa”⁸⁹.

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

EL PELIGROSO ESPEJISMO DE LA “SABIDURÍA POPULAR”

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

Las decisiones y estrategias de la dirección sobre el proceso productivo no sólo influyen y atañen exclusivamente a la eficacia interna de la organización, sino que en numerosas ocasiones resultan fuente de mediciones erróneas. Una de las confesiones más certeras al respecto se debe al responsable de ventas y servicios de marketing de la importante cadena de restaurantes Marriot, en Estados Unidos. Dijo lo siguiente: “Solíamos incentivar a los directivos de los restaurantes por cosas que eran importantes para nosotros, como, por ejemplo, los costes de los alimentos. ¿Cuándo se ha oído a un cliente preguntar por los costes de los alimentos del restaurante? Hay

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

que incentivar aquello que los clientes buscan en nuestro negocio”⁸⁹. Trasládesse esta confesión al contexto sanitario. ¿Alguien ha escuchado alguna vez a un paciente interesarse por el coste real de las exploraciones complementarias que se le hacen, el de la intervención quirúrgica que se le ha practicado o el de la atención global que se le ha dispensado?

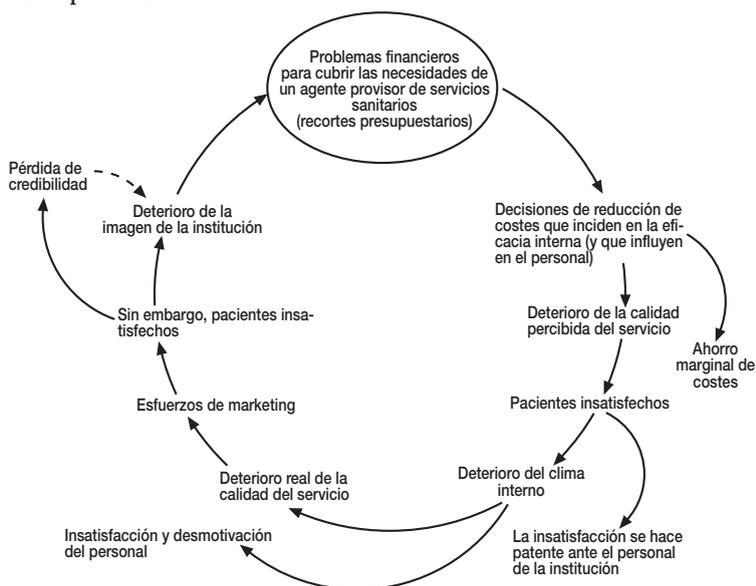
En torno a la gestión estratégica, la “sabiduría popular” dicta que la primera de las reglas básicas para reforzar la ventaja competitiva consiste en reducir el coste unitario por disminución de los costes de producción y administración, y tal acción suele empezar o terminar siempre decantándose en aplicar reducciones de mayor o menor calado en el área de personal, al tiempo que estas intentan paliarse con exigencias de más productividad y eficacia. Pero esa misma “sabiduría popular” suele ignorar que, salvo en casos patentes de inadmisibles sobredimensionamientos de plantilla, las reducciones de personal con las que –sin género de duda– puede mejorarse la eficacia interna, en una empresa de servicios pueden conducir también a un cambio negativo en la calidad externa. Redúzcase en un hospital personal médico, de enfermería o de algunos servicios auxiliares sin mayor tino y lo normal será encontrarse con que el personal no despedido tendrá menos tiempo para atender a los pacientes, con la secuela de que la calidad percibida quedará seriamente deteriorada. Harina de otro costal es que ese deterioro obedezca a realidades objetivas o no, pero tal cosa impone otro tratamiento de la cuestión que aquí no abordaremos.

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

Hay que estar siempre alerta sobre un proceso que se desencadena paralelamente al de las decisiones tomadas, pues este siempre es de consecuencias funestas: la pérdida de credibilidad impone una revisión crítica en el mercado y eso –antes o después– acaba incidiendo en el clima interno (el personal se siente insatisfecho con el trabajo que realiza y decae su motivación), lo que a su vez incide asimismo en la funcionalidad del proceso productivo y acaba formándose así una bola que hace inútil cualquier esfuerzo promocional o publicitario, dando al traste con esa “segunda regla básica” que recomienda aumentar el presupuesto publicitario y de promoción del centro asistencial. Cuando una institución entra en seme-

jante círculo, difícilmente puede lograr algo incrementando o desarrollando nuevos servicios (“tercera regla”), pues estará metida de hoz y cozo en un auténtico proceso destructivo.

La figura 24 ilustra con suficiente claridad cómo se produce el curso de este proceso.



(Adaptado de Grönroos Ch, 1994)

Figura 24. Proceso de destrucción de la calidad de un servicio.

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

Salvando las distancias que separan el modelo sanitario norteamericano del español, y aun a riesgo de pecar por hacer una cita demasiado extensa, vale la pena transcribir el ejemplo del que echa mano Grönroos para ilustrar este proceso destructivo: “Lo que está ocurriendo en muchos hospitales es una buena muestra de un enfoque directivo erróneo y de falta de comprensión de las características de los servicios. Al surgir los problemas financieros, a los médicos se les urge a concentrarse en las cuestiones técnicas y profesionales, lo que hacen encantados, como lo haría

cualquier profesional, y a las enfermeras se les pide que no interactúen demasiado con los pacientes y quizá nada con los familiares de éstos. Aquí la intención es, por supuesto, lograr una utilización más eficaz del tiempo y, como consecuencia de esto, recortar costes.

Estas acciones tienen por consecuencia un nivel inferior de la calidad de los servicios tal y como la perciben los clientes, los pacientes, y sus parientes y amigos. Pero este enfoque de la gestión tiene un efecto interno mucho más fuerte que, finalmente, también es percibido por los pacientes. Los empleados, las enfermeras y el personal, en primer lugar, empiezan a sufrir una guerra de papeles. Los pacientes y parientes suelen pedir más, pero los directivos dicen no. No se les anima y autoriza a dar un buen servicio. Esto daña el clima interno con bastante rapidez, que, a su vez, lleva de forma casi inmediata a un deterioro de la calidad percibida por los pacientes en el servicio. En este punto, los anuncios en televisión que presentan a enfermeras que nos dicen: «nos preocupamos por usted» no tienen un efecto positivo significativo en los clientes o clientes potenciales. Lo saben bien, o pronto descubrirán cuál es la verdad, y no volverán. Además, crearán una cantidad importante de comunicación «boca-a-boca» negativa⁷⁸⁹.

MODELO ESTRATÉGICO

Como el marketing es un proceso dinámico, para desarrollar y mantener relaciones a largo plazo (lo que en un contexto estratégico De Val llama “estabilidad periódica”) tienen que cooperar entre sí las actividades del marketing tradicional, y las actividades y recursos del marketing interactivo. Esta cooperación, anudada por el reconocimiento de las tres etapas que conforman el ciclo de vida de la relación con los clientes, ofrece la posibilidad de construir un modelo estratégico en tres etapas (Tabla 11):

Tabla 11. Las tres etapas de la creación de un modelo estratégico.

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

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

Por lo que afecta a los servicios de salud, la línea de continuidad de las estrategias de marketing obedece al siguiente esquema (Fig. 25):

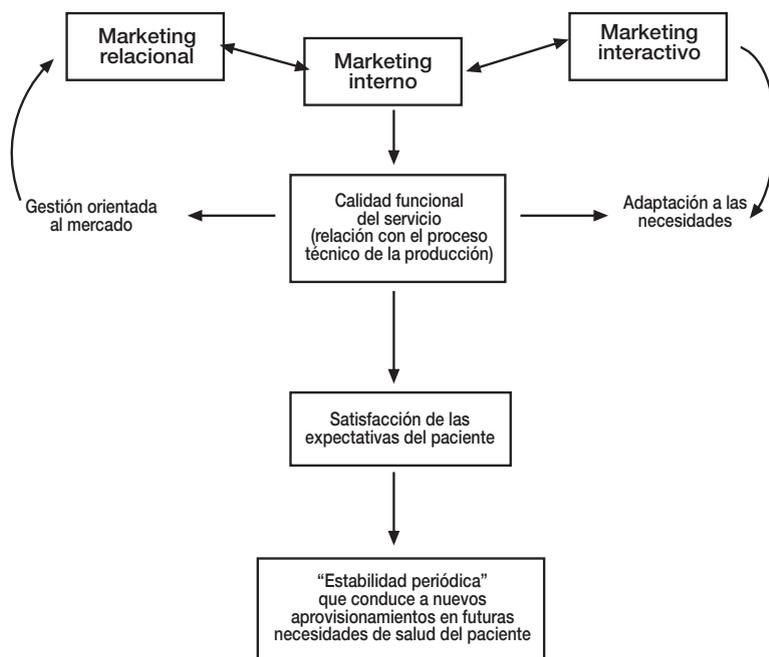


Figura 25. Continuidad de las estrategias de marketing.

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

Eficiencia en los costes

Es indiscutible que los servicios sanitarios deben gestionarse eficientemente, pero una estrategia de marketing basada sólo en la eficiencia (como medio de mejorar la competitividad) puede caer en el gravísimo error de no tener en cuenta que todo ahorro inicial en costes resulta siempre marginal a la larga. En una organización, como es el caso de cualquier institución sanitaria, donde los costes fijos se sitúan entre el 60 y el 70 por 100 de los costes totales es muy fácil caer en la tentación de “meter la tijera” por el renglón de personal y eso, si no es que obedece a una racionalización de plantilla por haberse constatado fehacientemente que está sobredimensionada, repercute siempre no sólo en el ambiente laboral sino también en la utilización de la tecnología (que deja de ser gestionada con el cuidado apropiado) y la funcionalidad del servicio, provocándose así el curso de acción que quedó plasmado en la figura 24.

Aquí no vale ese “saber hacer” que es típico del sector industrial. Las medidas que se tomen en los servicios sanitarios para mejorar la eficacia interna y la productividad suelen tener el riesgo cierto de impactar negativamente en la eficacia externa y la calidad percibida. Son varios los autores que coinciden en decir una misma cosa y decirlo casi con las mismas palabras: La calidad de los servicios percibida por el cliente es lo que lleva al beneficio⁹⁰⁻⁹². De aquí que sea extremadamente importante comprender en sus exactos términos el concepto de calidad, los aspectos que realmente influyen en ella y los que lo hacen en la estructura del servicio provisto.

Todos los costes no son iguales y no todos tienen la misma incidencia en los efectos de interrelación entre eficacia interna y externa cuando se trata de decidir alguna suerte o tipo de ahorro. Nadie es tan insensato como para no recomendar mejoras en la productividad y en la utilización de los recursos, pues eso es –o debe ser– objetivo prioritario en las decisiones directivas. Sin embargo, en la gestión de servicios de salud la estrategia tendente a lograr una eficiencia en costes, antes que por recortes de personal, debe transitar por cuestiones tales como la utilización

de la tecnología, el desarrollo de los procesos y la adaptación de estructuras. El gestor de servicios sanitarios, si es que persigue recortar costes, tiene ante sí un campo al que usualmente no le presta la debida atención: analizar seriamente los costes que se generan por la burocracia innecesaria, por la excesiva rigidez de las estructuras organizativas y consagración de escalafones, por las algunas veces escandalosos excesos de personal “*staff*” (directores y directores adjuntos, subdirectores, asesores, supervisores, coordinadores, técnicos y similares de cualquier índole o razón), por las tántas veces alucinantes rutinas administrativas u operativas que sólo cabe calificar de innecesariamente complicadas y que exigen fuertes dosis de tiempo, etc.

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

Aumento de la productividad

Difícilmente puede negarse que, dada la estructura de costes que presentan los servicios sanitarios, no haya que plantear estrategias conducentes a aumentar la productividad. Ahora bien, la experiencia dicta que en los servicios de salud se confunde sistemáticamente productividad con aumento de actividad y eso puede explicar por qué en el mundo sanitario acostumbra a tenerse el convencimiento (totalmente equivocado) de que las mejoras en la productividad influyen –o pueden influir– negativamente en la calidad.

La productividad, que en cierto sentido es una forma de enjuiciar la rentabilidad, presenta tres aspectos: funcional, financiero y económico.

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

to de los fondos requeridos y la magnitud de las ganancias que pudieran obtenerse con otras inversiones en alternativa.

Evidentemente, la productividad se encuadra en el análisis marginal de la función de producción, gracias al cual, y ante las variaciones que pueden darse en el volumen de producción, puede conocerse qué sucede con los resultados obtenidos*. Tradicionalmente, en el sector industrial se mide la productividad mediante “mediciones internas” relativas al producto (cosa que poco, o nada, tiene que ver con la calidad); pero la enorme dependencia del personal que caracteriza a la empresa de servicios lleva a que las mediciones de productividad tengan que relacionarse con la eficacia interna de la actuación de los empleados.

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

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

Una estrategia basada en la productividad impone previamente dos cosas:

- Tener muy claro que una buena calidad es sólo la percibida o que pueden percibir los pacientes como buena.

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

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

Una estrategia que persiga aumentar la productividad mejorando simultáneamente la calidad (esto es, la satisfacción del paciente) puede construirse desde varias perspectivas. Adoptar sólo una de ellas o echar mano de varias a la vez, dependerá de las metas o de la programación que se haya planteado. Dichas perspectivas, son:

- Revitalizar las habilidades técnicas del personal, pues si estas no son suficientes tendrán su reflejo en repetición de actividades (duplicaciones de exploraciones y/o tratamientos, reintervenciones, listas de espera, etc.) con perjuicio de la productividad y resentimiento de la calidad técnica.
- Mejorar el comportamiento del personal, pues si este no es bueno o correcto será fuente de numerosos impactos negativos en el aspecto funcional del servicio prestado y los pacientes reaccionarán en más de una ocasión creando problemas que ralentizarán el proceso del servicio con reclamaciones que habrá que investigar con trabajo extra y en perjuicio de la productividad; o, en caso contrario, si el comportamiento es excesivo se dedicará a cada paciente un tiempo tan dilatado que la productividad también quedará perjudicada.
- Perfeccionar el conocimiento y manejo de las tecnologías, pues en el mundo de la medicina son cada vez más complicadas y eso incrementa la posibilidad (también la desmotivación que acompaña a la inseguridad o a la falta de adecuado conocimiento) de ralentizamientos en el proceso productivo del servicio, produciéndose tiempos muertos e incomodidades de toda suerte y laya que perjudican tanto a la productividad como a la calidad técnica y la calidad funcional.
- “Industrializar” lo que pueda ser industrializable, pues en los servicios sanitarios hay operaciones en las que la tecnología puede reemplazar a las personas sin que por eso deje de ofrecerse un servicio personalizado (utilización, por ejemplo, de autoanalizadores, procesos informáticos, tele-diagnóstico, transmisión de imágenes, etc.).
- Mejorar las habilidades de participación de los pacientes, pues muchas veces estos no saben exactamente qué es lo que deben hacer o decir, a dónde dirigirse, cómo rellenar impresos, etc., y esto siempre se traduce en percepciones negativas del aspecto funcional del servicio. Informar bien a los pacientes hace que se sientan más seguros, cometan menos errores y requieran menos atención por parte del personal.
- Sincronizar la oferta con la demanda, pues en los servicios sanitarios es crónico el desajuste entre una y otra, rebasando sistemáticamente aquella a esta debido a criterios de crecimiento en cantidad (muchas veces injustificadamente o, al menos,

con no suficiente justificación) que impulsan los avances técnicos y el progreso de la ciencia médica en un marco de rotundo desequilibrio económico y propiciando en multitud de ocasiones la existencia de recursos desocupados. Cuando tal cosa sucede, la productividad, la calidad técnica y la calidad funcional se resienten de manera muy importante.

Comunicación e imagen

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

COMUNICACIÓN E IMAGEN

Sabido es que los consumidores de servicios se encuentran con más dificultades que los compradores de bienes para identificar y seleccionar el producto porque no les es fácil comprender los servicios en sí mismos, llegar a conocer claramente la oferta y proceder, en suma, a la evaluación del producto⁹³. Ahora bien, esa dificultad es más acusada aún por lo que toca a los servicios de salud. Esta cuestión es de gran entidad, pues hace que el servicio sanitario se vea afectado por tres factores asociados que de una manera u otra repercuten directamente en la eficacia externa:

- Ante el más mínimo asomo de quiebra en la salud, el individuo tiende a obviar una ponderada consideración de su necesidad y, con tanta desorientación como anarquía de comportamiento, se provoca en él una transformación radical de su acervo experimental en ansiedad por lograr el aprovisionamiento. (Cosa esta que, además, se fomenta inconsciente o conscientemente a través de los “logros científicos” que continuamente se publican, lo que recientemente ha dado lugar a que, en un diario nacional de gran difusión, se escriba lo siguiente: “Deberíamos unirnos y, dado que somos legión multimillonaria, convertirnos en un grupo de presión capaz de hacer desistir a los médicos, escritores o habladores, de seguir acobardando a media Humanidad con tanta dedicación extraclínica a los problemas de la salud. Porque lo mismo que la instrucción y las prácticas militares se hacen en los cuarteles y otros espacios vedados a la curiosidad pública, la medicina y la cirugía no deberían salir del ámbito específicamente sanitario”).
- Esto hace que se produzca una gran inconsistencia en la calidad percibida, inconsistencia que precisamente es la que impide a conformar mayoritariamente la percepción cualitativa sobre aspectos funcionales antes que técnicos, por la incapacidad de valoración que existe respecto a estos.
- Pero eso no obsta para que también permanezca latente en el individuo la velada –pero real– conciencia de riesgo percibido que acompaña a todo acto de aprovisionamiento cuando, al ser la producción simultánea al acto de consumo, se carece de posibilidad de valoración de alternativas entre servicios.

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

LA COMUNICACIÓN DE MARKETING

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

Como suele suceder en tantas ocasiones, el diccionario resulta de ayuda inapreciable para, en este caso, perfilar adecuadamente el concepto de la comunicación como función clave del marketing, puesto que en él se concitan las actividades de publicidad y promoción (tales actividades, ¿acaso no consisten en “hacer a otro partícipe de lo que uno tiene” o “descubrir, manifestar o hacer saber a uno alguna cosa?”), los efectos que produce lo que dicen los empleados, cómo lo dicen y cómo se comportan (¿no son esos efectos la consecuencia lógica de “conversar, tratar con alguno de palabra o por escrito” y del “trato o correspondencia entre dos o más personas?”), y los que también provoca a los clientes la impresión que les produce tanto el estado en que estén las instalaciones, máquinas y otros recursos físicos como su funcionamiento (¿cabe negar que la consideración de estos extremos influye en la construcción de cualquier parecer?).

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

La publicidad y la promoción son elementos del marketing tradicional y siempre giran en torno a promesas o abstracciones que, desde el punto de vista del cliente, no puede saber si son verdad o si responden o no a la realidad. No hay duda de que resultan un arma valiosa para la génesis de expectativas e incluso para acrecentar la esperanza, pero no constituyen prueba alguna de validez. La validez de las promesas hay que comprobarla y únicamente se puede confirmar cuando el cliente se enfrenta con la realidad, pues esta es la que comunica lo que de verdad existe o hay tras la información que se ha suministrado ya que conecta inmediatamente con la percepción de la calidad del servicio. De aquí que la comunicación sea el

campo preferente de actuación del marketing interactivo, puesto que “los esfuerzos de comunicación de marketing, como publicidad y ventas, principalmente, tienen un impacto en el servicio *esperado*, mientras que los efectos de comunicación de las interacciones comprador-vendedor de la función del marketing interactivo influyen en el servicio *experimentado*”⁹⁴. Esto se puede visualizar por medio de la figura 26.

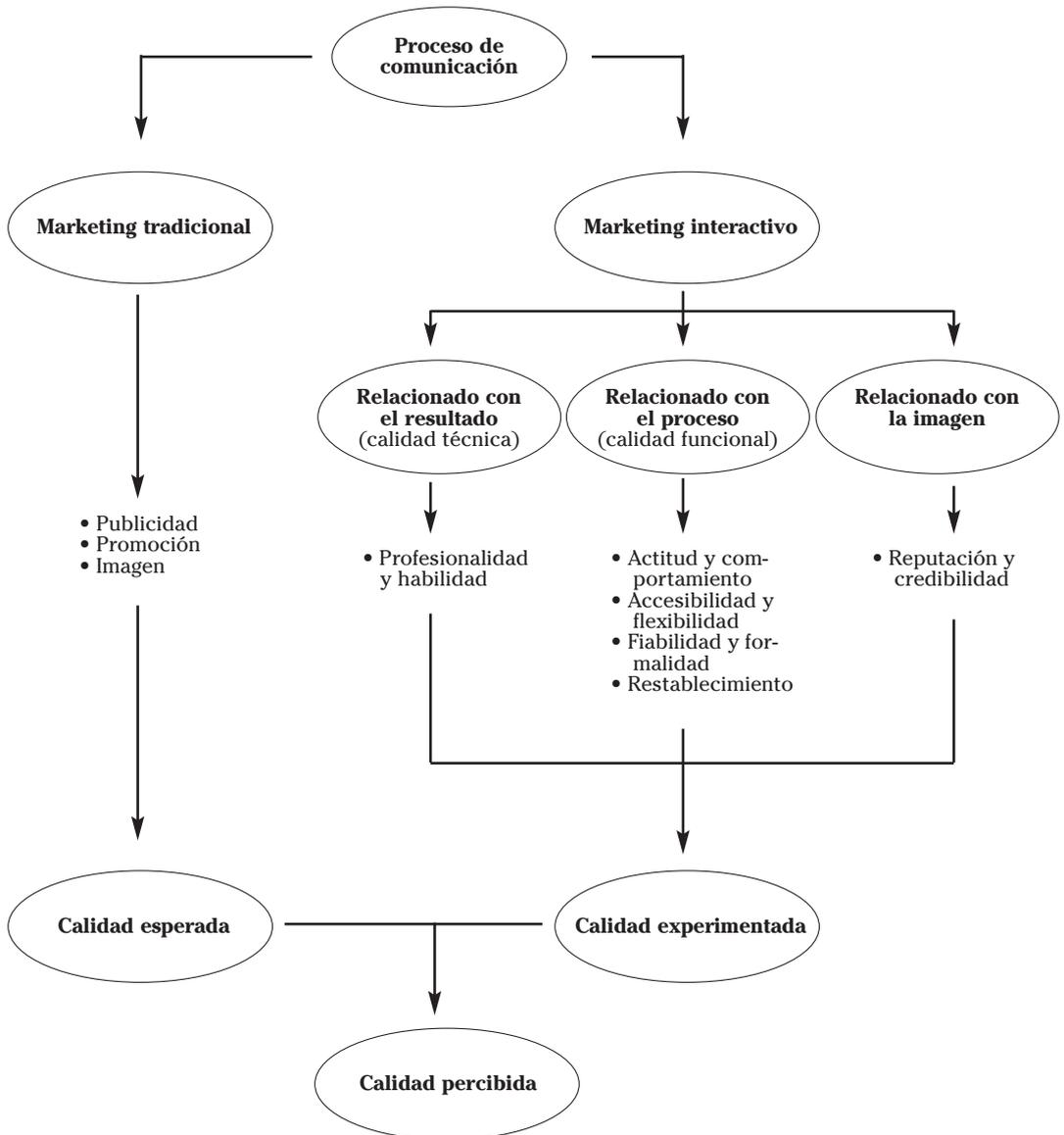


Figura 26. Esquema del proceso de la calidad percibida.

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

- Profesionalidad y habilidad. Los pacientes, de una manera u otra, siempre se dan cuenta de si el servicio, los empleados, sistemas operativos y recursos físicos tienen los conocimientos y habilidades necesarios para resolver sus problemas de salud de forma profesional y eficaz.
- Actitud y comportamiento. Los pacientes, como secuela de la pérdida del necesario equilibrio entre ellos y el medio, son extremadamente sensibles a que los empleados (médicos, enfermeras y cualquier clase de personas que tienen contacto con ellos) no sólo se ocupen sino que se preocupen por ellos y muestren interés en la resolución de su necesidad de salud de forma agradable y espontánea.
- Accesibilidad y flexibilidad. Los pacientes, que no son ajenos a la condición de clientes de un servicio, tienen el convencimiento de que el agente proveedor, su sede, horario de trabajo, empleados y sistemas operativos, están ahí para facilitarles el acceso a los servicios y, aunque no lo manifiesten, demandan que todo eso esté preparado para ajustarse de forma flexible tanto a sus necesidades reales o sentidas como a sus gustos o deseos.
- Fiabilidad y formalidad. Los pacientes, que precisamente por serlo tienen los resortes de la sensibilidad muy despiertos, necesitan comprobar que, se trate de lo que se trate o suceda lo que suceda, pueden confiar en que el proveedor del servicio, sus empleados o sistemas, cumplirán las promesas que se les hayan hecho y que actuarán en todo momento teniendo presentes sus intereses.
- Restablecimiento. Los pacientes, tarde o temprano, siempre se dan cuenta de que “algo va mal” o de que ha surgido “alguna complicación impredecible” y es entonces cuando necesitan confiar ciegamente en que el proveedor del servicio va a tomar medidas correctoras de manera activa e inmediata. Esa confianza les enciende el sentimiento de que son dueños de un control que en principio sintieron haber perdido, pero tiene como secuela que les impulsa a situarse en una posición nueva y agudizadamente crítica donde no todo lo que se haga pueden interpretarlo como aceptable para ellos.
- Reputación y credibilidad. Los pacientes acuden al servicio sanitario porque creen que se puede confiar en dicho servicio, que puede ofrecerles un nivel adecuado de actuación y, lo que es más importante, que van a encontrar un conjunto de valores susceptibles de ser compartidos entre ellos y el proveedor del servicio.

Esto lleva de la mano a indicar que, lógicamente, cada uno de esos extremos reclama un tipo diferente de comunicación. Si la correspondiente al marketing tradicional es de corte impersonal y generalmente de carácter masivo (publicidad, folletos, notas de prensa...), la del marketing in-

teractivo es eminentemente personalizada (interpersonal) porque se produce y desarrolla en la interrelación agente provisor del servicio-usuario o paciente. Es esta una comunicación que ha de ser y estar convenientemente planificada a lo largo de todo el proceso productivo, teniendo como referente no descuidar en ningún momento los efectos indirectos que pueden suscitarse por la manera en que los pacientes pueden percibir la información que se les suministra, los aspectos físicos del proceso, la tecnología utilizada, el aspecto de las instalaciones, los sistemas y circuitos empleados, el nivel de conocimientos que dejan traslucir quienes prestan la asistencia, etc.

En el proceso de comunicación el marketing tiene suficiente experiencia acumulada sobre la fortísima influencia que tiene un elemento que se incrusta en él y que casi siempre provoca unos efectos mucho más taxativos que la comunicación personal y la masiva o directa. Se trata de lo que comúnmente se conoce como “comunicación boca-a-boca” o mensaje oral sobre la organización, su credibilidad y formalidad, su forma de operar, sus servicios, etc., que una persona, otro paciente (o un amigo o familiar de este) e incluso cualquiera, comunica a otra. A los oídos del receptor, un emisor que quizás no ha tenido experiencias personales con la organización (o, si las ha tenido, con mayor fundamento) y aparece como independiente de ella siempre es aceptado como una fuente bastante objetiva de información y hasta mucho más creíble⁹⁴.

Alejandro Manzoni, en su relato “I promessi sposi”, escribió que, “si reina la desconfianza entre los hombres, una de las principales causas es la facilidad con que las palabras descubren los defectos ajenos”, observación esta que puede complementarse con lo que Plutarco puso en labios de Teseo (“Vidas paralelas. Biografía de Teseo y Rómulo”): “Las orejas son como las ventosas, que atraen todo lo malo”. Ciertamente, el efecto exponencial de la comunicación “boca-a-boca” es mucho más rápido para lo que atañe a las experiencias negativas y se expande con más amplitud que para lo que concierne a las positivas. El efecto multiplicador se ha comprobado que puede ser, por término medio, cualquier número entre tres y treinta. Esto es, las malas experiencias se comunican –al menos– a un número de personas que oscila entre un mínimo de tres y un máximo de treinta, lo que justifica que los tratadistas de marketing abunden en un mensaje tan claro como rotundo: no juegue con la comunicación “boca-a-boca”, intente capitalizarla⁹⁵.

Formas de comunicación

Sustancialmente, y en concordancia con el ámbito externo e interno, hay dos formas de comunicación: la realizada a través de medios y la originada por las interrelaciones entre personas. Para los servicios de salud pueden sintetizarse de la siguiente manera (Tabla 12):

Tabla 12. Formas de comunicación.

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

Nunca será suficiente el hincapié que pueda hacerse para alertar sobre la trascendencia de la comunicación interna a través de medios por medio de rótulos e indicadores permanentes identificadores de dónde se hallan los diferentes servicios. En una institución sanitaria pocas cosas puede haber tan frustrantes como el deambular de un sitio para otro en búsqueda del servicio al que hay que dirigirse. Sólo es superado por las deficientes comunicaciones internas a través de las personas (personal de contacto y auxiliar) que prestan el servicio, de quienes se espera una información fluida y un trato amable.

Sea cual sea la forma de la comunicación, ha de responder siempre a una estrategia que debe respetar unos principios generales. Grande Esteban indica los siguientes⁹⁶:

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

- Realismo. Debe existir una correspondencia entre los objetivos que se desean alcanzar y los medios con los que se cuenta. Esta idea ha de tenerse siempre muy presente, pues afecta a la planificación de medios y soportes publicitarios.
- Declinación. Consiste en que la estrategia de comunicación debe ser adaptable a los distintos tipos de comunicación que puedan desarrollarse y compatible con ellos.
- Aceptabilidad interna. La estrategia de comunicación y sus mensajes deben ser aceptados por los empleados de la institución proveedora del servicio sanitario en sus distintos niveles, ya que, al ser simultánea la producción del servicio y el consumo, ellos son las auténticas fuentes de comunicación. Esto lleva a que los empleados deben estar informados en todo momento de los objetivos de comunicación que se pretenden, compartirlos y sentirse motivados para colaborar a conseguirlos.

Requerimientos básicos del programa de comunicación

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

Identificar el tipo de pacientes

Dentro de la asistencia sanitaria no todas las instituciones son iguales. Unas se desenvuelven en el ámbito generalizado de la Atención Primaria, otras cubren el ámbito de especialidad y, entre ellas, las hay de atención general de procesos agudos y/o crónicos, monográficas (traumatológicas, rehabilitadoras, obstétricas, geriátricas, pediátricas, etc.), mayoritariamente de investigación clínica... El tipo de paciente que accede a cada una de ellas requiere una forma de comunicación diferenciada que impide orientarla indiscriminadamente.

Uno de los componentes básicos de la misión del marketing es identificar el mercado en que va a desenvolverse la empresa y, en el caso de los servicios de salud, esto viene dado por su nivel, diseño y adaptación a las patologías que se atienden. En base a ello se fijan los distintos atributos de los servicios, prioridades y objetivos, en conexión con el ámbito geográfico, sexo, edad, características sociodemográficas, criterios psicográficos (estilos de vida, actitudes y personalidad de los pacientes) y tecnología. Esto, en cierto modo, determina las estrategias de marketing que pueden adoptarse, pues marca la pauta sobre el tipo diferenciado, indiferenciado o concentrado que vaya a desarrollarse.

Fijar los objetivos

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

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

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

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

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

Desarrollar los aspectos que conforman el “mix” de comunicación

El programa de comunicación debe fijar con total claridad los siguientes aspectos⁹⁶:

- El contenido de lo que tiene que decirse, de acuerdo con los objetivos de la comunicación.
- La estructura de lo que se diga, o cómo decirlo, para asegurar una homogeneidad en la comunicación.
- El estilo de lo que se dice, con el fin de impactar lo mejor posible al segmento objetivo de que se trate.
- Los medios que van a emplearse y que pueden ser cualquiera de los ya mencionados en este capítulo. En el servicio sanitario, documentos tales como planes terapéuticos e instrucciones, altas médicas, volantes e impresos manejados durante el proceso, son medios preciosos para conseguir efectos complementarios.

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

Pautas para la gestión de la comunicación

En el trabajo titulado “Líneas maestras para la publicidad de los servicios”⁹⁷, George y Berry dieron cuenta de seis pautas fundamentales –a las que Grönroos añadió dos más⁹⁴– para la gestión de la comunicación, que resultan de exacta aplicación al contexto de la comunicación de marketing en los servicios sanitarios. Veamos cuales son esas pautas.

Esfuerzos de comunicación directa dirigida a los empleados

Las comunicaciones planificadas para llegar a los diversos tipos de pacientes, consistentes en promocionar los recursos o los hallazgos investigadores y científicos, tanto humanos como materiales con que cuenta una institución, son también tenidas en cuenta por todos los empleados de la misma (George y Berry califican a estos como un “segundo público”) y constituyen una forma preciosa de incrementar, en el plano interno, no sólo el papel que dichos empleados juegan en ella sino también de aumentar su motivación. Por ejemplo: dar cuenta de cuestiones tales como que el facultativo “X” ha sido nominado “mejor geriatra del año”, que el pediatra “Y” ha sido distinguido con un premio nacional o internacional por sus aportaciones a la diagnosis de una determinada enfermedad infantil, que el cirujano “Z” ha desarrollado una nueva y revolucionaria técnica quirúrgica, que la enfermera “L” ha recibido el reconocimiento general por sus trabajos sobre como protocolizar una mejor atención a los pacientes que sufren una determinada patología, o los logros conseguidos por el Servicio “M” en tal o cual aspecto de tratamiento, son una suerte de comunicaciones cuyo esfuerzo vale la pena porque no impactan sólo a los usuarios sino también a los compañeros de profesión colaborando eficazmente a aumentar su motivación.

Capitalizar la comunicación “boca-a-boca”

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

Proporcionar indicios tangibles

El servicio que no proporciona indicios tangibles se torna aún más abstracto, por lo que se impone hacer un mayor esfuerzo por concretarlo. En este sentido comunicar todo aquello que posibilite al paciente adquirir un cierto “dominio” sobre el servicio es fundamental.

Hacer que se comprenda el servicio

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

Continuidad de la comunicación

La comunicación es un esfuerzo que ha de tener continuidad a lo largo del tiempo. No es suficiente con dar información de manera intermitentemente o sólo cuando va a procederse a hacer una exploración o una prueba complementarias. El proceso productivo del servicio sanitario es especialmente difícil de comprender por parte de los pacientes y requiere de una información no sólo continuada, sino también clara y concreta (aunque resulte repetitiva). ¿De verdad puede creer alguien que se está informando bien a un paciente que padece una enfermedad obstructiva de la vía aérea superior, diciéndole: “Vamos a someterle a una técnica de imagen porque, como la vía superior se extiende desde la nariz y la boca hasta la carina traqueal, la obstrucción que usted padece puede responder a múltiples etiologías y lo que queremos descartar es que se trate de una discinesia ciliar primaria. Claro que, para su tranquilidad, puedo adelantarle que esa es una patología muy poco frecuente”?

Prometer lo posible

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

Observar los efectos de la comunicación a largo plazo

La comunicación que debidamente programada se lleve a cabo puede ofrecer visos de eficacia a corto plazo, pero es posible que se de-

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

Ser conscientes de los efectos que tiene la ausencia de información

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

LA IMAGEN

Hay una cosa cierta: así como los productos se adquieren por sus características tangibles, en los servicios, y muy concretamente en los sanitarios, no existen características de búsqueda. Como certeramente señala Grande Esteban, lo que realmente “resulta muy importante es la imagen de la empresa o del entorno donde se produce el servicio”⁹⁶.

En óptica geométrica se denomina “imagen” de un punto luminoso (fuente) al punto en el que se encuentran, después de haberse reflejado o refractado en un sistema óptico, los rayos luminosos procedentes de la fuente o las prolongaciones de los mismos. Este concepto es de cabal aplicación a la imagen de las organizaciones de servicios, pues ellas hacen el papel de fuente y su imagen, tras haberse reflejado en el sistema que conforma sus actividades, es el punto (la opinión) en el que se encuentran. Por eso dice Grönroos que “la imagen de una organización (internacional, nacional o local) representa los valores que los clientes actuales, los clientes potenciales, los clientes perdidos y otros grupos de personas tienen en relación con la organización”⁹⁴.

Kotler la define como “el conjunto de ideas, creencias e impresiones que una persona tiene sobre un objeto, sobre algo que existe en su mente”⁹⁸, por lo que en muchos aspectos ejerce una importante influencia

en las percepciones que se hacen los clientes sobre la comunicación y las operaciones de la empresa.

Importancia del papel que juega la imagen

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

Comunica expectativas

La imagen tiene un impacto propio en las expectativas y colabora a proyectar en sentido positivo o negativo la información generada tanto por la comunicación de marketing como por la transmisión “boca-a-boca”. Si la imagen con que cuenta la organización es positiva, facilita que esta se comunique con mayor eficacia porque hace a las personas más receptivas a la comunicación “boca-a-boca” que sea favorable (y viceversa). La existencia de una imagen de carácter neutro no garantiza en ningún momento ausencia de perjuicio, pues resta eficacia a los efectos de la comunicación de marketing y a la expandida “boca-a-boca”.

Filtra y enmarca la realidad de la empresa

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

Influye en las actitudes de los empleados

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

tración. Esto tiene un reflejo incuestionable en las actitudes y actuaciones de los mismos, influyendo de manera directa en sus relaciones con los clientes y, a la postre, en la calidad.

Articulación de la imagen

La imagen se articula siempre en torno a la realidad, por lo que cualquier estrategia para desarrollo o mejora de la imagen tiene necesariamente que estar basada en la realidad porque, en caso contrario, puede contribuir muy eficazmente a deteriorarla aún más. Bernstein abunda en esto al señalar que “si la imagen es falsa y nuestra actuación es buena, es culpa nuestra ser malos comunicadores; pero, si la imagen es cierta y refleja nuestra mala actuación, es culpa nuestra ser malos directivos”⁹⁹.

Cuando una imagen responde a problemas que puedan tenerse con la calidad técnica y/o la funcional, lo primero que hay que hacer es atajar y solucionar esos problemas. Intentar “camuflarlos” o “desactivarlos” esforzándose en transmitir que “todo va bien” o lanzándose a una de esas campañas de imagen global con las que se pretende hacer un arreglo cosmético en la situación dará resultados desastrosos porque lo comunicado no encajará con la realidad y esta siempre gana. En efecto, como se habrán creado mayores expectativas aún y las experiencias seguirán siendo las mismas, la calidad resultará todavía más afectada y la imagen definitivamente deteriorada.

Si la mala imagen responde a un problema real, sólo puede restaurarse aplicando medidas reales; si no responde a la existencia de problemas, el problema estará entonces en la comunicación, y eso sólo puede mejorarse mejorándola.

EL PLAN DE MARKETING

CUESTIONES PREVIAS

Antes de abordar en líneas generales la construcción de un plan de marketing es conveniente comentar unas cuestiones previas.

Tarea de marketing es planificar y controlar la actividad dentro de la empresa proyectándola hacia el cliente, cosa que debe ser impulsada por la Dirección de acuerdo con las diferentes particularidades del negocio. Eso supone analizar amenazas y oportunidades, establecer estrategias, desarrollar programas, hacer previsiones de beneficios y pérdidas, y dar a la información y el control la crítica importancia que tienen.

Realmente, la labor del directivo empresarial no es fácil, pues –entre otros cometidos– ha de dominar el arte de saber distinguir y separar lo controlable de lo incontrolable. Esta es una cuestión tan importante que en uno de los libros clásicos sobre la materia se incluye una llamada “Oración del Administrador”, que dice lo siguiente: “Dios mío, concédeme la fortaleza necesaria para aceptar con serenidad las cosas que no pueden ser cambiadas. Dame valor para cambiar las cosas que pueden y deben ser cambiadas. Y otórgame sabiduría para distinguir las unas de las otras”¹⁰⁰.

No hay ejecutivo que pueda escapar a tener que hacer frente a cuestiones más o menos incontrolables que actúan en el entorno social, político y económico en el que se desenvuelve la empresa. Por fortuna, siempre tendrá a su disposición algunos medios que sí son controlables y que puede utilizar para tratar de adaptarla a ese entorno; pero, de todas formas, no cabe engañarse: la adaptación de la empresa a su entorno no es tarea sencilla ni mucho menos puede llevarse a cabo de esa forma “pretendidamente pasiva” que se desprende de algunos tratados de economía. El camino por el que discurre esa labor es un orden dinámico, creativo y exige notables esfuerzos porque, en el fondo, se trata de algo tan insólito como procurar que encajen dos piezas que no son semejantes (Fig. 27):

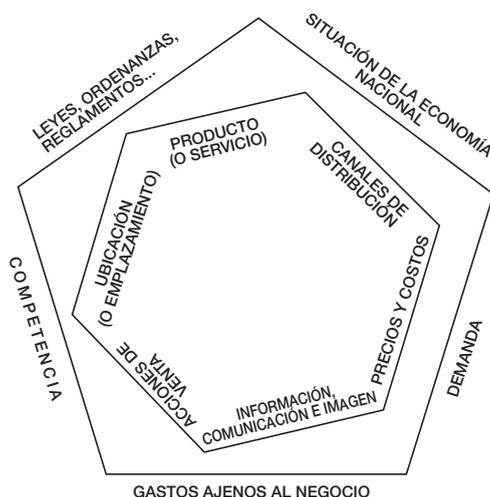


Figura 27. Dificultades de adaptabilidad de la empresa a su entorno.

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

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

El asunto, realmente, es complejo (cualquier predicción o previsión que se haga va siempre arropada de una considerable incertidumbre) y el único bálsamo con que se cuenta para resolver y controlar los problemas es la experiencia acumulada, la información y el sentido común. Como no hay labor directiva que esté exenta de problemas, y los problemas suelen tener la virtud de sucederse tan imprevisible como continuamente, saber reconocerlos o identificarlos con rapidez y a tiempo tiene sus dificultades (sobre todo en las grandes empresas), y de aquí la ineludible necesidad de contar con un buen sistema de control.

La institución sanitaria es una empresa de servicios en la que el control es –o debería ser– análogo al que se ejerce en cualquier empresa industrial para asegurar la calidad. ¿Cómo es ese tipo de control? Por ejem-

plo, supongamos que una empresa industrial trata de vigilar la calidad de cierto componente cuya principal característica es que el diámetro de un vástago tiene que ser exactamente de un centímetro, admitiéndose algunas pequeñas diferencias (las máquinas –como los hombres– nunca trabajan con precisión absoluta) que en ningún caso pueden sobrepasarse porque los vástagos resultarían inservibles y que la tolerancia máxima es de 1,01 cm. y la mínima de 0,99 cm. El proceso de control consiste en verificar aleatoriamente (cada media hora, por ejemplo) los vástagos que salen de esa línea de producción, comprobando sus medidas y anotando la mayor desviación existente en los diámetros comprobados. Eso proporciona una gráfica como la siguiente (Fig. 28):

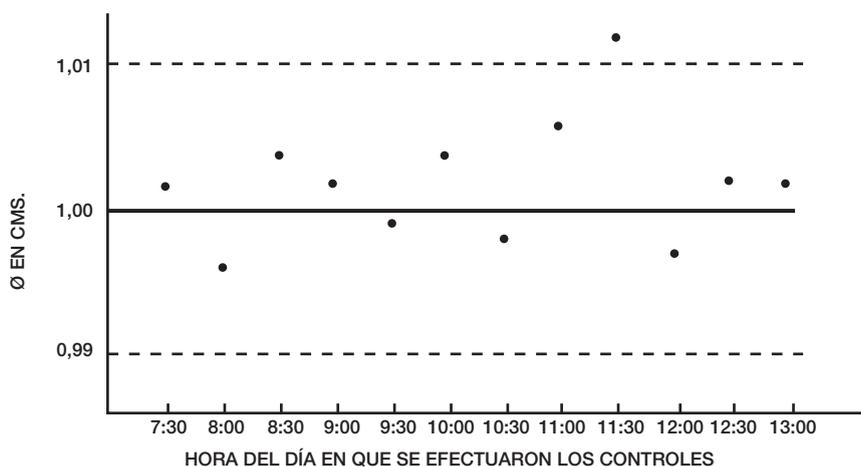


Figura 28. Gráfica de un proceso de control.

La raya gruesa representa el diámetro de 1 cm. que deben tener los vástagos y las de trazo discontinuo los límites de la tolerancia máxima y mínima, indicándose la hora en que se ha hecho la verificación y quedando reflejadas las anotaciones en unos puntos que testifican los resultados obtenidos. Puede verse que a las 11,30 horas se ha detectado algo anormal y, en consecuencia, se habrá tenido que reajustar la máquina; pero hasta ese momento el operario habrá podido dedicarse a realizar otras tareas, con la seguridad –como así ha sido– de que, si se producía alguna serie defectuosa, sería inmediatamente informado para proceder rápidamente a la corrección oportuna.

Un tipo de control como este podría resultar muy útil en una institución sanitaria. Facilitaría que su Director pudiera dedicarse con más tranquilidad a futuros planes o a determinados asuntos de su competencia, ya que con un buen sistema de información y control podría tener la

completa seguridad de que va a ser llamada su atención en tiempo y modo para proceder a hacer los ajustes necesarios. Por ejemplo, si uno de los parámetros de ese control está dedicado a vigilar la presión de urgencias en un hospital (como se sabe, es el porcentaje de ingresos provenientes de urgencias sobre ingresos totales en el hospital) y que, para un buen funcionamiento del centro, se ha estimado que esa presión no debe sobrepasar el 15 por 100, con una tolerancia de ± 2 por 100 porque sobrepasando estos límites hay riesgo de caer en ineficiencias debido a sobrecargas de trabajo, procediendo de la misma forma que la utilizada en el ejemplo anterior para el control del diámetro de los vástagos, se daría la siguiente gráfica (Fig. 29):

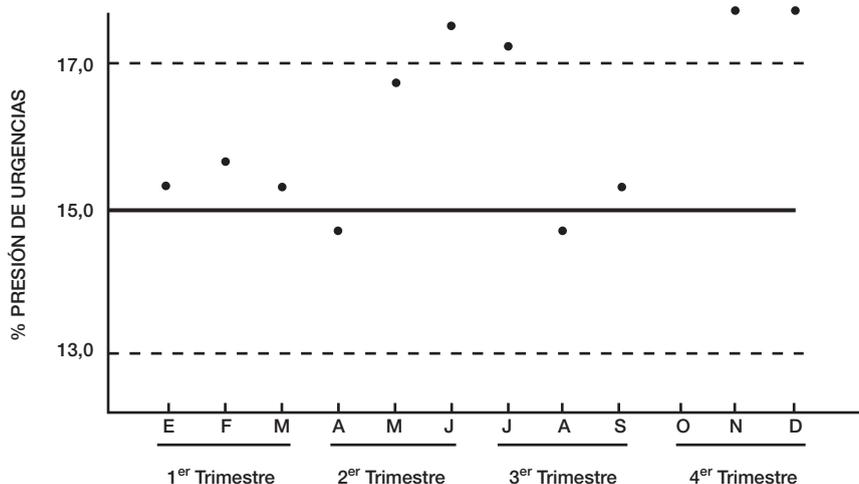


Figura 29. Aplicación del tipo de control a la empresa hospitalaria.

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

La misión de estos ejemplos no ha sido otra que la de poner de relieve la necesidad de contar con una buena información y un correcto control para detectar los problemas que pueden surgir en el dintorno, y que siempre –de una manera u otra– dificultan el encaje de este con el entor-

no. Pero hay también otras cuestiones que pueden entorpecerlo. Se trata de la trampa que normalmente se esconde tras el beneficio como criterio en la toma de decisiones, la forma en que puede afrontarse el problema de la incertidumbre y el concepto que se tenga de la idea de estrategia.

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

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

Se ha repetido hasta la saciedad que el objetivo del servicio sanitario, sobre todo si corresponde al sector público, es la rentabilidad social antes que la económica; pero eso no quita para declarar también, e insistentemente, la necesidad de proporcionar al usuario “la máxima satisfacción”. Semejante dualidad, que tropieza inevitablemente con el principio de escasez de los recursos, abona multitud de confusiones en cuanto a los verdaderos fines de esa actividad porque, si se sigue a pies juntillas lo de proporcionar la máxima satisfacción como criterio exclusivo o primordial (cosa que se traduce normalmente en dar esa máxima satisfacción “cueste lo que cueste”, excelsitando así la rentabilidad social con olímpico desprecio de la económica), la empresa sanitaria puede entrar inevitablemente en la bancarrota como cualquier otra empresa. Esto no puede coger de nuevas, pues ya hay preocupantes indicios acerca de esto y a la vista está la tremenda escalada de gastos en que incurren las instituciones públicas dentro de una dinámica que parece carecer de límites. Enarbolar la bandera de la rentabilidad social y de la máxima satisfacción, olvidándose de que toda actividad tiene que reportar un beneficio es un grave error porque lo único que no tiene límites es la disposición del usuario a obtener el máximo beneficio para él. ¿Alguien puede poner en duda que, si se oferta un precioso chalé en el mejor enclave de la Costa del Sol al precio de un apartamento de 40 m² en un suburbio, puede haber por ahí alguien que lo rechace?

El criterio del beneficio es esencial en el desempeño eficaz de la labor directiva en cualquier empresa, pero la trampa consiste en creer que para ello el control de las actividades ha de hacerse exclusivamente en función del coste y no en relación con los ingresos, lo que como criterio práctico de decisiones lleva a tener que plantearse de forma muy clara cuáles son los objetivos de la empresa y cuáles los sociales.

Objetivos de la empresa sanitaria

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

Objetivos sociales de la empresa sanitaria

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

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

El problema de la incertidumbre

Es incuestionable que la incertidumbre que lleva aneja la consideración del beneficio como criterio de decisión es el problema final, pues la Dirección de un centro sanitario tiene que acabar decidiendo entre varias alternativas de acción y eso obliga a tener que convivir con futuribles (que siempre son inescrutables y están llenos de sorpresas). Puede que hayan de prestarse servicios que no estaban previstos inicialmente, dejen de prestarse otros que sí lo estaban o que la actividad desarrollada no alcance el volumen que sí estaba previsto. También puede ocurrir que los costos difieran de los esperados porque las posibilidades de una sorpresa son ilimitadas.

Ahora bien, como en cualquier otra, en la empresa sanitaria la incertidumbre puede ser de dos clases y hay que saber distinguir entre ellas. Una es la que se produce en el dintorno de la institución, como lastre inevitable del funcionamiento; la otra es la que se presenta como fruto de la incidencia que ejercen las múltiples facetas de carácter económico, político y social del entorno, que son características de una economía dinámica y que influyen tanto sobre los costos como los servicios prestados. Si para la primera se dispone de recursos que pueden ser controlables, para la segunda no cabe más que el pronóstico y enfocarlas conceptualmente echando mano de las probabilidades.

Una distribución de probabilidades es una relación de las proporciones de tiempo en que se puede esperar que ocurra cierta consecuencia o resultado, y esto vale tanto para lo controlable como para lo incontrolable. Así, por ejemplo, si la actividad de las consultas es uno de los factores a considerar, la distribución de probabilidades consistirá en la proporción de veces que puede esperarse se alcance una posible cifra de consultas, expresándose a menudo ese concepto en razón de la casualidad de lo que puede ocurrir. Esta idea de la distribución de probabilidades se puede visualizar esquemáticamente y con sencillez tal como se hace en la figura 30. Se trata de un diagrama en el que se representa una distribución normal y las áreas que corresponden a las diferentes partes de la curva (tanto por ciento) indican las probabilidades del número de consultas que se ha estimado pueden celebrarse. Suponiendo se ha calculado que el número normal –o aceptable– de consultas es de 50.000 al año, existen 68 probabilidades entre 100 de que oscilen entre 45.000 y 55.000; y 95 probabilidades entre 100 de que oscilen entre 40.000 y 60.000.

Por tanto, si se tiene una lista de espera de 1.000 pacientes (cosa inaceptable a todas luces), esperar que va a poderse absorber –por ejemplo– en tres meses porque “se ha tocado a rebato” reclamando un esfuerzo mayor de “productividad” y ordenando las citaciones, es lo mismo que decir que existen 25 entre 100 probabilidades de lograrlo. No hay que engañarse: para solucionar ese problema habrá que poner en juego otros enfoques, otros medios y recursos, que conduzcan a una mayor probabilidad.

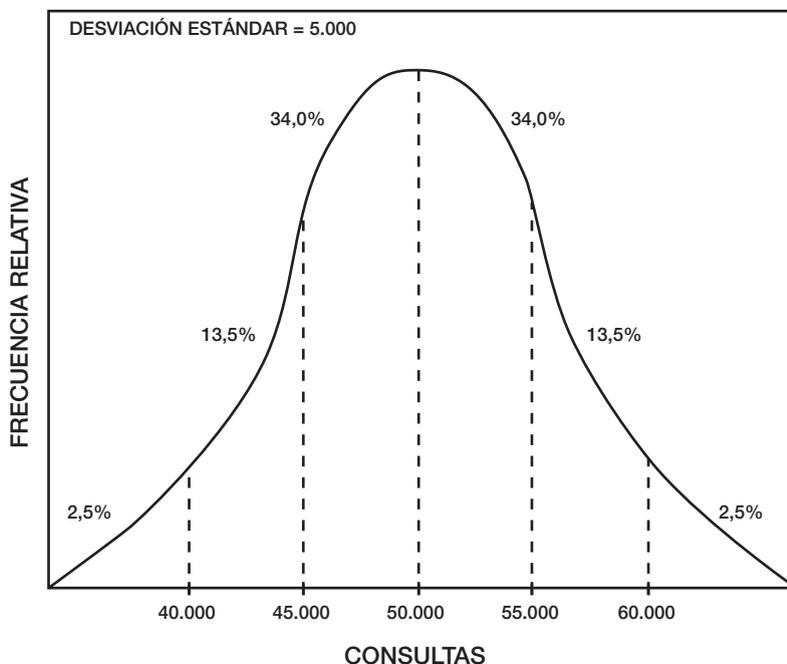


Figura 30. Distribución de probabilidades en función de la cantidad y la frecuencia relativa.

El concepto de estrategia

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

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

Ahora bien, lo que aquí interesa resaltar es la existencia de diferentes niveles estrategia, y que estos se relacionan jerárquicamente entre

sí y con las metas de la organización. De Val los expone de una manera tan clara y exacta como precisa⁸⁸:

- a) Estrategia a nivel de empresa que, al tener en consideración el “rôle” y la misión que juega toda estrategia, integra la totalidad de la organización como sociedad en el entorno.
- b) Estrategia a nivel corporativo que, al concebir la actividad empresarial como una cartera de negocios en base a diferentes combinaciones producto-mercado que facilitan a la organización el despliegue de sus recursos, alcanza al cometido del sistema, al despliegue de recursos, y a la ventaja competitiva y sinergias producidas entre productos relacionados, centros o actividades. En este sentido, las decisiones políticas más relevantes son el diseño de la estructura de organización, los procesos y las fuentes financieras.
- c) Estrategia a nivel de negocio que, centrada en la industria en particular o en un determinado segmento de producto-mercado, lo más importante que aporta es las ventajas competitivas que se pueden lograr y las sinergias. Normalmente, las principales decisiones políticas se vinculan a la línea de productos, desarrollo del mercado, distribución, recursos financieros, mano de obra, investigación y desarrollo, y elección entre las alternativas de sistemas de diseño de manufactura.
- d) Estrategia a nivel funcional que, restringida a las áreas funcionales de la empresa, persigue maximizar los recursos productivos (por lo que, asimismo, vela por generar sinergias).

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

¿QUÉ ES UN PLAN DE MARKETING?

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

dencia o evidentemente”), la lengua inglesa comenzó a utilizarla en el siglo XVII haciendo referencia a las formas diseñadas en una sola dimensión (como los mapas y los planos) para terminar asociándola con el correr del tiempo a la idea de «documentos formalizados»¹⁰².

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

Pues bien, si el marketing es un enfoque de la gestión empresarial, el plan de marketing es un instrumento de gestión que consiste en un documento donde se recoge de manera detallada, ordenada y fácilmente comprensible, el conjunto de acciones de marketing que se pretenden llevar a cabo para alcanzar unos objetivos deseados, en un ambiente de mercado⁸⁷. No obstante, y en base a lo indicado anteriormente, hay que llamar la atención sobre el hecho de que “plan de marketing” y “planificación de marketing” no son conceptos idénticos, pues ésta se engloba en aquél constituyendo una de sus fases. Grande Esteban lo subraya certeramente con estas palabras: “El marketing recoge y analiza la información. Tras ello hace sus recomendaciones a la dirección de la empresa, que procede a desarrollar un proceso de planificación estratégica que fija objetivos y asigna los recursos. A continuación se preparan los planes de marketing y entra en acción el marketing operativo. Finalmente, se evalúan los resultados y se reinicia el proceso”⁸⁷.

Esta cuestión de no identidad conceptual entre plan y planificación de marketing puede apreciarse con mayor concreción en la tabla 13.

Tabla 13. Fases, contenido y efectos del Plan de marketing.

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

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

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

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

- El *entorno político* por lo que atañe concretamente a la concepción del bienestar social y su previsible reflejo en las prestaciones y modelo sanitario, tendencias a mejorar la calidad y a diferenciar servicios básicos, para identificar así las consecuencias que eso puede tener en el funcionamiento del servicio y su proceso productivo.
 - El *entorno económico*, para identificar la evolución general de precios, salarios y empleo, por su incidencia en las estrategias de crecimiento, estabilidad o mantenimiento, así como por las consecuencias que pueden derivarse del crecimiento y desarrollo económicos sobre la demanda cualitativa y cuantitativa de los servicios (si la renta de una región es importante a la hora de valorar la demanda potencial de servicios, aún lo es más su distribución). Está suficientemente demostrada la incidencia que una coyuntura económica adversa ejerce sobre los servicios sanitarios a causa de la elevación en las tasas de paro y secuelas que eso comporta.
 - El *entorno demográfico*, pues el volumen absoluto de la población, distribución según edad y sexo, tasa de natalidad, densidad o concentración, influyen muy directamente sobre la demanda.
 - El *entorno sociocultural*, ya que la cultura y los valores de una sociedad influyen no sólo en el proceso productivo sino también en el desarrollo y la adopción de nuevos servicios, o los frenan. Por ejemplo: la pérdida de valores y la mayor permisividad social inciden sobre el reclamo de servicios adicionales como el aborto y/o la eutanasia, la vida más ilustrada y cómoda lo hace sobre mayores exigencias de confort, etc.
 - El *entorno tecnológico*, por ser el detonante que más contribuye a poner en marcha nuevos servicios, remodelarlos o tener que mejorar las prestaciones de los ya existentes.
 - El *entorno legal*, que, entre otras cosas, es una contundente fuerza motriz de regulaciones en la forma de acceso al trabajo y la contratación laboral, fijación de derechos e imposición de obligaciones.
- **Analizar la competencia** en el sentido no tradicional de posicionamiento o cuota de mercado y estrategias de “mix” de marketing, sino en el de valoración de la calidad del servicio en su aspecto funcional y oferta de servicios diferenciados en relación a otras instituciones sanitarias.

- **Analizar el mercado** con miras a prever futuras demandas derivadas del análisis demográfico, sociocultural y tecnológico realizados, prestando especial atención a los proveedores para calibrar debidamente la capacidad y calidad de sus suministros, seriedad en el cumplimiento de plazos de entrega, precios y conflictos que con ellos hayan podido suscitarse.
- **Analizar la propia institución**, valorando objetivamente sus puntos fuertes y puntos débiles relativos a las áreas de marketing, finanzas, producción y organización, con especial atención a las siguientes facetas:
 - *Área de marketing*: calidad que se provee e imagen total de la misma, eficacia de los servicios prestados y actividades promocionales que se desarrollan.
 - *Área financiera*: rentabilidad, liquidez y solvencia de la institución.
 - *Área de producción*: posibilidad de conseguir apalancamientos operativos o economías de escala, capacidad de innovación tecnológica, y capacitación de los recursos humanos en relación a la prestación de los servicios y nivel de conocimientos técnicos para asumir nuevas tecnologías.
 - *Área de organización*: puntos fuertes y puntos débiles de la organización, con especial consideración a las actitudes y disposición del elemento humano para colaborar entre secciones y grupos, para comunicarse, para desencadenar alguna suerte de conflictividad social y para orientarse hacia los pacientes en su calidad de consumidores o clientes.
- **Analizar las oportunidades y amenazas**, valorando las ventajas competitivas de la institución en cuanto a servicios que oferta, calidad y costes de los mismos.
- **Formular objetivos** que sean compatibles con los generales de la institución y que, preferentemente, persigan:
 - Mejorar la accesibilidad.
 - Satisfacer mejor las necesidades, deseos y gustos de los pacientes.
 - Innovar los aspectos funcionales del proceso productivo.
 - Alcanzar una determinada cuota de rentabilidad.
 - Mejorar la imagen de la institución.

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

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

CONOCIMIENTO DEL MERCADO

No es posible diseñar estrategias de marketing si no se conoce y comprende debidamente el mercado. En principio esto puede parecerle a alguien que no tiene mayor sentido por el hecho de que, en la mayoría de los países occidentales, el servicio de asistencia sanitaria ha sido detráido del mercado al haber asumido el Estado entre sus funciones la de asegurar esa asistencia en condiciones de igualdad a todas las personas. Al margen de que más que de igualdad debería hablarse de equidad, eso sólo es cierto si se contempla el mercado como mecanismo de asignación de recursos en un marco competitivo que conduce a la eficiencia económica por cumplimiento del óptimo paretiano* y, en consecuencia, se discurre por la senda de una preocupación que nace por una voluntad de querer remediar lo que el mercado no puede ofrecer por sí mismo.

Ahora bien, el conocimiento al que aquí nos referimos no es el que se practica para proceder después a la elaboración de estrategias comerciales efectivas orientadas sustancialmente a estimular y captar la demanda. Es un conocimiento que enlaza directamente con la idea de análisis objetivo de aquella información que sea relevante para la identificación y solución de los problemas que pueden plantearse en la aplicación del campo del marketing a los servicios de salud.

* Vilfredo Pareto fue un ingeniero italiano con grandes conocimientos de matemáticas y ciencias físicas que, tras veinte años de ejercicio profesional, se interesó por los aspectos económicos de los problemas políticos contemporáneos desarrollando en una primera fase de sus estudios la aplicación de las matemáticas a la economía, lo que le valió acceder a la cátedra de Economía de la Universidad de Lausanne (donde no sólo continuó sino que impulsó el método del equilibrio general y la tradición matemática existente ya en ella y conocida como "Escuela de Lausana"). Su principal contribución al pensamiento económico se halla en su "Manuale di Economia Politica" (publicado en 1906), donde argumenta que la utilidad no es mensurable. Se centra en la escala de preferencias personales y no intersubjetivas, introduciendo el concepto de curva de indiferencia y entrando en los problemas de optimización del sistema económico. Para él, la configuración óptima del sistema está constituida por un conjunto de magnitudes no comparables, de forma que no es posible aumentar una de esas magnitudes sin disminuir otra (o sea, que no es posible mejorar la situación de una persona sin que, al mismo tiempo, empeore la de otra persona).

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

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

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

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

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

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

Objetivos del conocimiento del mercado de servicios sanitarios

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

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

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

- Calidad percibida de los servicios que se proveen.
- Opinión de los pacientes sobre la provisión de los servicios en sus aspectos técnico y funcional.
- Tipología de los pacientes.

Investigación sobre la demanda

Ciertamente, huelga aquí cualquier suerte de investigación acerca del volumen de mercado potencial porque evidentemente se trata de una “potencialidad de carácter universal” (todos los seres humanos son “potencialmente” usuarios del servicio sanitario). Ahora bien, el concepto de demanda puede acotarse en base a tres dimensiones principales: la dimensión “servicio”, la dimensión “paciente” y la dimensión “tiempo”. Esta delimitación da lugar a varias posibles investigaciones, entre las que pueden destacarse:

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

Investigación sobre los servicios

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

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

Investigación sobre los soportes y medios de comunicación

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

instituciones sanitarias. Las investigaciones que, entre otras, pueden realizarse son:

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

Investigación sobre el entorno tecnológico, económico y jurídico

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

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

Diseño de la investigación

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

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

Identificación de lo que se quiere investigar

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

- Las opiniones, percepciones, preferencias, actitudes, comportamiento de los clientes del mercado externo (pacientes) y/o del mercado interno (empleados).
- Otros aspectos determinados y que, por ser conocidos sólo de una manera parcial, se requiere profundizar más en ellos.
- Ciertas hipótesis que se quiera o necesite contrastar.

- Variables concretas que pueden influir en la calidad percibida, en las opiniones de los pacientes, en la imagen de la institución...
- Etc.

Determinación del tipo de diseño

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

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

Especificación de las hipótesis del estudio

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

Definición, clasificación y medida de las variables del estudio

Una variable es una magnitud cuyos valores están determinados por las leyes de probabilidad* y permite hacer tanto operativos como suscepti-

* Más concretamente, en estadística se dice que en una seriación, dependiendo de que a los diversos valores cuantitativos estén ligadas frecuencias o probabilidades, hay que distinguir entre variables estadísticas y variables causales o aleatorias, que se designan con los símbolos *v.e.X* y *v.a.X*. La denominación de variable se refiere al hecho de que el fenómeno o carácter varía y, en general, puede asumir más de un valor. De aquí que tanto la *v.e.* como la *v.a.* simple pueda ser *discreta* o *continua* (según que los valores asumidos por la variable misma sean en número finito o infinito, numerable o no). Lo que para los menos iniciados en estadística importa resaltar aquí es que, gracias a la introducción del concepto de variable, toda seriación estadística se puede tratar como una función matemática.

bles de medida los problemas básicos que se vayan a investigar. En función de lo que miden, las variables se pueden clasificar en cuatro grupos:

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

A MODO DE RESUMEN

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

El error de semejante apreciación era evidente: pero, en honor a la verdad, si se hace un simple ejercicio consistente en considerar algunas acciones lejanas en el tiempo, podrá constatarse que el marketing nunca ha sido ajeno al campo de la sanidad. ¿Acaso no se llevaron a cabo en tiempos pretéritos campañas informativas dirigidas a grandes grupos de población para aconsejar –o disuadir– sobre ciertos hábitos de higiene, de alimentación, de estilos de vida?*. Ya en 1978, en la conferencia de Alma-Ata se concedió especial importancia a la educación sanitaria llevada a cabo por medio de técnicas de marketing, para prevenir y controlar los problemas de salud (sobre todo por lo que atañe a las actividades en Atención Primaria). No cabe duda de que, ante las experiencias preconizadas por Wiebe, indicando que se podía lograr mayor eficacia si las campañas se llevaban a cabo utilizando los mismos esquemas y técnicas que los usados en el “marketing comercial”, en esa conferencia pesó con fuerza la necesi-

* Por ejemplo: aproximadamente de 1840 a 1890 se procedió a la provisión de agua corriente en las casas, a la construcción de alcantarillados, erradicación de basuras y suciedad, tras oportunas campañas de información para hacer ver que eran focos principales de infección; de 1890 a 1910 se produjo una información y lucha contra los gérmenes causantes de las enfermedades; desde 1910 en adelante se viene potenciando la prevención de las enfermedades utilizando estrategias tales como la educación del personal sanitario y los exámenes médicos regulares, etc.

dad de acometer un estudio y replanteamiento del entonces llamado “marketing social”.

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

La aplicación del marketing a los servicios de salud se sitúa en un marco estratégico que impone tener que precisar la misión y orientación de la empresa sanitaria, definir sus objetivos con claridad y velar por el mantenimiento de una estructura equilibrada para llevar a cabo sus actividades. Los derroteros por los que camina la atención sanitaria avisan cada vez con más fuerza al sector público que va a tener que entrar por los derroteros de la competencia entre sus instituciones, y entre estas y las del sector privado, por lo que van a tener que desarrollar sólidamente las proposiciones que pueden llevarles a alcanzar ventajas competitivas. Eso implica que las empresas sanitarias, sean públicas o privadas, van a tener que entrar en una fase de serio autodiagnóstico para comprobar el nivel de competitividad que poseen los servicios que proveen y, en este sentido, tomar conciencia de que cuando se trata de competir las ventajas son de dos clases: estructurales y funcionales. La ventaja competitiva estructural proviene del tamaño, de la organización, de la financiación (o ejecución presupuestaria), de la tecnología o de los condicionantes del entorno en el que se opera. La ventaja competitiva funcional depende exclusivamente de las decisiones que se tomen a nivel de la propia institución y por eso es por lo que entran aquí en juego las decisiones sobre costes (lograr que sean menores que los de otra institución), sobre capacidad para diferenciar los servicios y “tangibilizarlos”, sobre comunicación e imagen, etc.

Dada la situación en la que actualmente se halla el panorama del gasto sanitario (sobre todo en el sector público) es primordial atacar la obtención de ventajas competitivas en el dominio de los costes. Puede resultar suicida no prestar la debida atención a que la empresa sanitaria –como empresa de servicios que es– tiene una fuerte intensidad de mano de obra y que eso le hace ser una empresa con muy elevado valor añadido, lo que

necesariamente le obliga a tener que preocuparse con empeño en lograr reducciones en los costes (que lógicamente corresponden al valor añadido), a volcarse en mejorar constantemente tanto los métodos de trabajo como el propio proceso productivo, a evaluar escrupulosamente el coste-utilidad, coste-eficacia y coste-beneficio de la tecnología, a controlar rigurosamente los gastos generales, a analizar la rentabilidad de los servicios que oferta, etc.

Nadie puede discutir que en las organizaciones sanitarias del sector público concurre el aspecto de no ser lucrativas, pero eso no es excusa para que en ellas deba aplicarse también un enfoque de marketing idéntico al del sector de los negocios. Este aserto se basa en que la diferencia entre marketing lucrativo y marketing no lucrativo está en los mercados a que se dirige. En este sentido, las instituciones del sector público (abrumadoramente mayoritarias en el sistema sanitario español) tienen que dirigir sus esfuerzos de marketing a dos mercados: el de los contribuyentes (que son los que las financian aportando recursos vía cotizaciones, impuestos y tasas, facilitan con ello puestos de trabajo o, en otro sentido, suministran los aprovisionamientos) y el de los pacientes que acceden a ellas. El primero de esos mercados reclama un marketing no lucrativo, pero el segundo en nada se diferencia del de cualquier compañía de negocios que tiene que dirigirse a sus clientes (aunque respondan al término de paciente, como en el caso de otros receptores de servicios no lucrativos responden –por ejemplo– al de feligrés (caso de la Iglesia), miembro (caso de un Club o un Casino), estudiante (caso de una Escuela, un Instituto o una Universidad), etc.).

Esto lleva a concretar que el marketing de servicios de salud tiene que proyectarse en dos vertientes: impulsar el interés y la satisfacción de las necesidades de salud activamente, y aumentar la eficacia de sus actividades. Los profesionales del sector sanitario rara vez se percatan de que “están manejando un negocio” como otro cualquiera y que en su desempeño, y aunque no se trate de obtener utilidades, han de emplear las técnicas de la organización y gestión de empresas utilizando los instrumentos disponibles para el logro de la eficacia porque “la titularidad de esos elementos no es de nadie y su don principal es la universalidad para la administración de recursos escasos”¹⁰³. En este contexto es como mejor resalta con toda su trascendencia e importancia el marketing interno y su clara definición de objetivos, estrategias y tácticas.

En cuanto al marketing externo, la idea central gira siempre en torno al servicio que se provee y que considerado desde la óptica de “producto” es susceptible de estrategias de “mezcla de productos” (por ejemplo: desde hace unos años algunas cadenas de hospitales de Estados Unidos están agregando “nuevos productos” consistentes en programas propios de seguros médicos y servicios médicos a domicilio) y sobre todo de diferenciación en los aspectos funcionales del proceso productivo.

Por lo que se refiere a decisiones sobre la variable precio, aunque en sentido estricto este se refiere a la cantidad de dinero que hay que pagar por el suministro del servicio y ya hemos dicho que eso carece de estricta aplicación en las instituciones del sector público (por el momento), hay que tener en cuenta que el coste no sólo es de índole monetaria. Hay también costes psíquicos y de oportunidad. El coste psíquico es el de la ansiedad que puede acompañar a la provisión de una atención sanitaria y el de oportunidad se corresponde con la privación de otros beneficios que no se pueden obtener por tener que dedicar tiempo y esfuerzo a la “adquisición” del bien salud. La institución sanitaria cuyos costes o precios estén más minorados contará siempre con una clara ventaja competitiva. No nos engañemos con la inexistencia de precio por el hecho de proveer el servicio sanitario “gratuitamente” (léase “no abono de cantidad dineraria alguna en el momento de la provisión”). También, por ejemplo, son gratuitos los servicios que proporciona Alcohólicos Anónimos y, sin embargo, se cobran un precio: el de la participación activa de los alcoholizados que quieren salir de ese su infierno particular y que, entre otras cosas, se materializa en la fuerte decisión por ayudarse a sí mismos. ¿Se ha pensado alguna vez en el muy elevado precio psicológico que puede estar pagando un fumador empedernido por no poder fumar en la sala de espera de una consulta o en el interior de un recinto sanitario? ¿Se tiene en cuenta el precio –y este sí que es monetario y de oportunidad– que paga un paciente al que se le obliga a hacer varios viajes para completar las exploraciones complementarias requeridas para hacer un diagnóstico, citándole un día para el estudio radiológico, otro para la obtención de muestras analíticas y otro más para una nueva consulta con los resultados? Recuérdese que, a lo largo de este trabajo, se ha repetido varias veces la ineludible necesidad de que la organización tiene que estar debidamente preparada para afrontar las exigencias del marketing y que este puede fracasar estrepitosamente por la inadecuación o los defectos de aquella.

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

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

satisfacción de las necesidades gracias a una buena y constante comunicación con los pacientes, con los proveedores, con los propios empleados y con el público en general.

Pondremos punto final dando cuenta de algo que quizá pueda sorprender a más de uno: Hipócrates fue el primero en atisbar la necesidad del marketing en el suministro de la atención sanitaria. Piénsese, si no, que quiso decir cuando escribió estas palabras: “No basta que el médico haga por su parte cuanto debe hacer, si por la suya no concurren al mismo objeto el enfermo, los asistentes y demás circunstancias exteriores”¹⁰⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. FOX WM. Investigación de mercados. Fondo de Cultura Económica. México, 1961: 11.
2. CORELLA JM. La gestión: conceptos, necesidad, requisitos y control de la misma. En: La gestión de servicios de salud. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1996: 117-125.
3. GRÖNROOS CH. Gestión de marketing o gestión orientada al mercado. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1994: 123-150.
4. WHITNEY RA. Nuevas técnicas de marketing en USA. Congreso de Especialistas en Marketing. París, 1964.
5. RUIZ BENÍTEZ D. La función de marketing en la empresa moderna. CESEA. Madrid, 1970: 6.
6. SARGENT JR. El concepto de marketing total. Administración de Empresas (H. B. Maynard). Editorial Reverté, S.A. Barcelona, 1973. Sección 8, Capítulo 1: 3.
7. VECIANA JM. Anatomía de la empresa. CESEA. Madrid, 1970: 5.
8. MAZUR P. The Standards We Raise. Ed. Rusell Sage. New York, 1953: 196.
9. DRUCKER PF. Las fronteras del porvenir. Ed. McGraw-Hill Book Company. Buenos Aires, 1967: 238.
10. JACKSON BB. Build Customer Relationships That Last. Harvard Business Review. Noviembre-Diciembre, 1985.
11. GUMMESSON E. Organizing for Marketing and Marketing Organizations. Congram y Friedman, Eds. New York, 1990: 277.
12. CLARK C. The new assignments. Sloan, Inc. 1948: 83.
13. THUNDER A. The process of Services. EQM. New York, 1963: 102.
14. LARREA P. Calidad de Servicio. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1991: 133.
15. GRÖNROOS CH. La naturaleza y calidad de los servicios. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1994: 25-48.
16. CORELLA JM. El "producto" sanitario. En: La gestión de servicios de salud. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1996: 155-196.
17. AHICART C. La medición del producto hospitalario. En Los grupos relacionados con el diagnóstico, de Mercé Casas. Ed. Masson. Barcelona, 1991: 5.
18. DI FENIZIO F. Economía Política. Editorial Bosch. Barcelona, 1955: 117.
19. GUITTON H. El objeto de la Economía Política. Ed. Rivièrè, 1951: 100.
20. SCHMOLLER G. Principios de Economía Política General. 2ª parte. Imprenta Clarasó. Barcelona, 1920: 17.

21. VON STACKELBERG H. Principios de Teoría Económica. Instituto de Estudios Políticos. Madrid, 1954: 19.
22. VECIANA JM. Política de Mercado. CESEA. Madrid, 1970: 19.
23. LAUFENBURGER H. Le commerce et l'organisation des marchés. Ed. Sirey, 1968: 81.
24. ARROW KJ. La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas. ICE. Junio, 1981: 27-50.
25. CORELLA JM. Los servicios de salud en el marco de los esquemas económicos. En: La gestión de servicios de salud. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1996: 25-81.
26. KEYSER T. Strategies for Enhancing Service Quality. Journal of Services Marketing, nº 2. 1988.
27. GRÖNROOS CH. El imperativo del sector servicios: la nueva competencia que plantea la economía de servicios. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1994: 1-24.
28. ARTELLS JJ. Economía de la Salud. Curso de Economía de la Salud. Servicio Regional de Salud. Pamplona, 1985.
29. BLANCO A, SENLLE A. Desarrollo de directivos y calidad total en la Organización. ESIC. Madrid, 1988: 51.
30. TAKENCHI H. La calidad es algo más que hacer un buen producto. Harvard Business Review. Ed. Deusto. Bilbao, 1983.
31. SASSER WC. The incline of quality. Harvard Business School Bulletin. 1983.
32. ISHIKAWA K. Guide to Quality Control. Tokyo, 1972: 82.
33. FREIDSON E. Patients' views of medical practice. Ed. Russell Sage. New York, 1961: 164.
34. VUORI HV et al. The doctor-patient relationship in the light of patients' experiences. Soc Sci Med 1972; 6.
35. VUORI HV. Capítulo III. En: El control de calidad en los servicios sanitarios. Ed. Masson, S. A. Barcelona, 1991: 40-61.
36. GREENE R. Assuring quality in medical care. The state of the art. MA, Ballinger, Cambridge, 1976: 21.
37. SENLLE A, BLANCO A. Desarrollo de directivos y calidad total en la Organización. ESIC. Madrid, 1988: 156.
38. VAN ETTINGER J, SITTING, J. More... through quality. International Quality Centre. Rotterdam, 1965: 7.
39. BROWN CR, FLEISHER DS. The bi-cycle concept—relating continuing education direct to patient care. New Eng J Med 1971, 284 (Suppl.): 92.
40. RHEE S et al. Influence of client / colleague dependence on physician performance in patient care. Medical Care nº 18, 1980.
41. Competence in the medical professions: a strategy. Department of Health, Education and Welfare. Washington. Diciembre, 1977.
42. DE VAL I. Formas de organización. En: Organizar: acción y efecto. ESIC. Madrid, 1997: 163-185.

43. Locker D, Dunt D. Theoretical and Methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Sci Med* 1978; 12: 283-291.
44. INSALUD. Estudio sobre la satisfacción de los enfermos en los hospitales del Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Atención Hospitalaria. Madrid, 1985.
45. HEADEY B, HOLMSTROM E, WEARNING A. Well-being and ill-being: Different dimensions. *Soc Indicator Res*, 1984: 115-139.
46. FOX JG, STORMS DM. A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Soc Sci Med* 1981; 15: 557-564.
47. LINDER-PELZ S. Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of live hypotenses y Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982; 16: 577-589.
48. MERKEL WT. Physician perception of patient satisfaction. *Med Care* 1984: 476-493.
49. UHLMANN RF, INUI TS, CARTER WB. Patient requests and expectations. *Med Care* 1984; 22: 681-685.
50. LINN LS, DI MATTEO BL, COPE DW. Consumer values and subsequent satisfaction ratings of physician behavior. *Med Care* 1984; 22: 804-812.
51. WARE JE et al. The measurement and meaning of patients satisfaction: A review of the literature. *Health Med Serv Rev*, 1978: 1-15.
52. McCUSKER J. Development of scales to measure satisfaction and preferences regarding long-term and terminal care. *Med Care* 1984; 22: 476-493.
53. STEWART MA, WANKLIN J. Direct and indirect measures of patient satisfaction with physicians' services. *J Community Health* 1978; 3: 195-204.
54. COHEN A. The consumer's view: retarded mothers and the social services. *Soc Work Today* 1971; 1.
55. LEBOW JL. Consumer assessments of the quality of medical care. *Med Care* 1974; 12: 328.
56. STIMSON G, WEBB B. *On Going to See the Doctor*. Ed. Routledge & Kegan Paul. Londres, 1975: 284.
57. FRIEDSON E. *Patient's Views of Medical Practice*. Tavistock Publications. Londres, 1986.
58. DE VAL I. La cultura empresarial. En: *Organizar: acción y efecto*. ESIC. Madrid, 1997: 307-314.
59. SHAKESPEARE W. *Cimbelino*. Acto V, escena V.
60. KERVASDOUÉ J. ¿Están las políticas de salud adaptadas a la práctica de la medicina? *Sociología del Trabajo*. Septiembre, 1979: 250.
61. ELLUL J. *Le Système technicien*. Ed. Calmann-Lévy. Paris, 1987: 197.
62. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Estadísticos 1994 de referencia del sistema de registro de pacientes (GDRs). Sevilla, 1996.
63. C.E.A.S. *La Asistencia Sanitaria en las Zonas Rurales*. Madrid, 1979: 4-14.

64. CARNICERO GIMÉNEZ DE AZCÁRATE J. La prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud y en la Comunidad Foral de Navarra. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Informes Técnicos, 13. Pamplona, 1997.
65. HESKETT JL. *Managing in the Service Economy*. Harvard Business School Press. Cambridge, Mass. 1986: 124.
66. KOTLER PH. Capítulo 14. En: Dirección de Marketing. Análisis, Planificación, Gestión y Control. Prentice Hall International (UK) Ltd., 1992: 432-515.
67. BERRY LL. Big Ideas in Services Marketing. *J Consumer Marketing*. Primavera de 1986: 49.
68. QUINTANILLA PARDO I. Capítulo VIII. En: Recursos humanos y marketing interno. Edic Pirámide, S.A. Madrid, 1991: 176-198.
69. GRÖNROOS CH. La gestión de marketing interno: un prerrequisito para un marketing externo eficaz. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1994: 215-234.
70. KOTLER PH. Capítulo 1. En: Dirección de Marketing. Análisis, Planificación, Gestión y Control. Prentice Hall International (UK) Ltd., 1992: 1-63.
71. TANNENBAUM R et al. *Leadership and Organization*. Ed. Mac Graw-Hill, 1961.
72. LIKERT R. Un nuevo método de gestión y dirección. Editorial Deusto. Bilbao, 1965.
73. GELINIER O. Tareas y funciones de Dirección General. Ed. TEA. Madrid, 1965: 171.
74. Instituto Internacional de Estudios de Ginebra. Participative Management Project, Research Planning. Memorandum, número 2. Ginebra, 1970.
75. GRANDE ESTEBAN I. Capítulo II. En: Marketing de los servicios. ESIC. Madrid, 1996: 75-98.
76. GRÖNROOS CH. La gestión de la cultura de servicios: el imperativo de los servicios internos. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1994: 235-250.
77. BOWEN DE, SCHNEIDER B. Services Marketing and Management: Implications for Organizational Behavior. *Research in Organizational Behavior*, 10. 1988.
78. SCHNEIDER B. The Service Organization: Climate Is Crucial. *Organizational Dynamics*. Otoño, 1980.
79. BERRY LL. Delivering Excellent Service in Retailing. *Retailing Issues Letter* (publicación de Arthur Andersen & Co. y Center for Retailing Studies). Nº 4, 1988: 2.
80. SCHNEIDER B, BOWEN DE. New Service Design, Development, and Implementation and the Employee. En la edición de W.R. George y C.E. Marshall *Developing New Services*, auspiciada por la American Marketing Association. Chicago, 1984.
81. TANSIK DA. The Effects of Customer Induced Uncertainty on the Design of Service Systems. Informe de investigación presentado en la Academy of Management National Meeting. Anaheim, California. Agosto, 1988.
82. KOTLER PH. *Marketing Management*. Prentice-Hall. Englewood Cliffs., N. J., 1988: 193.

83. GRANDE ESTEBAN I. Capítulo VII. En: Marketing de los servicios. ESIC. Madrid, 1996: 168-197.
84. WILLIAM H et al. Service Companies: Focus or Falter. Harvard Business Review. Julio-Agosto 1989: 77-85.
85. DRUCKER P. La nouvelle pratique de la direction des entreprises. Les Editions d'Organization. Paris, 1976: 144.
86. ASENJO MA. Planificación de servicios sanitarios y gestión asistencial. I Master de Dirección de Servicios de Salud. Universidad Pública de Navarra. Pamplona, 1993.
87. GRANDE ESTEBAN I. Capítulo XII. En: Marketing de los servicios. ESIC. Madrid, 1996: 266-300.
88. DE VAL I. La estrategia. En: Organizar: acción y efecto. ESIC. Madrid, 1997: 241-251.
89. GRÖNROOS CH. La estrategia de servicios y los principios de su gestión. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1994: 91-121.
90. ALBRECHT K. At America's Service. Down Jones-Irwin. Homewood, Illinois, 1988; Carlzon, J. Moments of Truth. Ballinger. Cambridge, Massachussets, 1987.
91. GRÖNROOS CH. Strategic Management and Marketing in the Service Sector. Marketing Science Institute. Cambridge, Massachussets, 1983.
92. NORMANN R. Service Management. Ed. John Wiley. New York, 1984.
93. GRANDE ESTEBAN I. Marketing de los servicios. ESIC. Madrid, 1996: 255.
94. GRÖNROOS CH. Gestión total de la comunicación de marketing y la imagen. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1994: 151-168.
95. GEORGE WR, BERRY LL. Guidelines for the Advertising of Services. Business Horizons. Julio-Agosto, 1981.
96. GRANDE ESTEBAN I. Capítulo XI. En: Marketing de los servicios. ESIC. Madrid, 1996: 235-265.
97. GEORGE WR, BERRY LL. Guidelines for the Advertising of Services. Business Horizons. Julio-Agosto, 1981.
98. KOTLER PH. Capítulo 16. En: Dirección de Marketing. Análisis, Planificación, Gestión y Control. Prentice Hall International (UK) Ltd., 1992: 610-697.
99. BERNSTEIN D. Company Image & Reality. Holt, Rinehart y Winston. Eastbourne, 1985. Prefacio.
100. CULLITON JW. The Management of Marketing Costs. Harvard University Press. Boston, 1948: 69.
101. HOWARD JA. Marketing Management. Richard D. Irwin, Inc. Chicago, 1966: 94.
102. DE VAL I. Administración de empresas. En: Organizar: acción y efecto. ESIC. Madrid, 1997: 71-89.
103. CORELLA JM. Prólogo. En: La gestión de servicios de salud. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1996: 3.
104. HIPÓCRATES. Los Pronósticos. Libro II.