

00681

129.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**División de Estudios de Posgrado e
Investigación de la Facultad de
Contaduría y Administración**

T E S I S

**PARA EL GRADO DE DOCTOR EN
Administración - Organizaciones**

T E M A:

**"PLAN DE INCORPORACION Y DESA-
RROLLO DE LA MERCADOTECNIA
HOSPITALARIA EN MEXICO"**

REALIZADO POR:

LUIS ALFONSO PEREZ ROMERO

A S E S O R:

Dr. Javier Cervantes Aldana

257568



México, D. F.
**TESIS CON
SELLA DE ORIGEN**

1998



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TEMA DE TESIS DE DOCTORADO

**“PLAN DE INCORPORACIÓN Y DESARROLLO DE
LA MERCADOTECNIA HOSPITALARIA EN
MÉXICO”**

PAGINACIÓN

DISCONTINUA

AGRADECIMIENTOS

Es prácticamente imposible realizar un trabajo de esta naturaleza sin la participación e involucramiento de muchas personas.

Agradezco en primer lugar a todos aquellos que han sido mis alumnos a nivel licenciatura en Mercadotecnia y los de maestría en Administración y Mercadotecnia, a quienes considero la fuente inagotable y motivadora para realizar mis actividades de mercadotecnia con gran amor, compromiso y reto visionario.

Agradezco de manera muy profunda a todos los que han contribuido en mi formación profesional a nivel de Doctorado:

- *Dr. Javier Cervantes Aldana: “Su apoyo y visión en mercadotecnia fueron fundamentales para la confianza de realizar un trabajo importante para el contexto hospitalario mexicano”*
- *Dra. Nadima Simón: “Por la confianza y su apoyo en el tratamiento estadístico de este trabajo doctoral”*
- *Dr. Danilo Diaz: “Por su visión y apoyo para los futuros Doctores de este país”*
- *Dr. Pablo Cesar: “Gracias por contribuir en la forma y mejora de este trabajo”*
- *Dr. Alejandro Purón: “El fondo y la forma de un trabajo son puntos de apoyo que usted sabe muy bien aportar, gracias por ello”*
- *Dr. Marco Antonio Deschamps: “Gracias por los espacios de reflexión y dedicación para que este trabajo mejorara en el fondo y la forma”*
- *Dr. Jorge Ruiz de Esparza: “Su experiencia en la vida hospitalaria de México, fueron pilares de confianza para atreverme a desarrollar el tema. Gracias”*

En el primer apartado se narra el contenido de manera general de la obra y se menciona la justificación del tema de investigación.

En el primer capítulo se desarrolla el marco teórico de la investigación, que es el sustento teórico de la misma, iniciando con los principales antecedentes de la mercadotecnia y de la mercadotecnia hospitalaria en el mundo y en México; posteriormente se revisa de manera muy detallada el significado de la mercadotecnia y los componentes del concepto de mercadotecnia contemporánea; también se mencionan algunas de las principales críticas y beneficios de la mercadotecnia, así como la efectividad de la misma en donde se identifican los principales atributos para medir la orientación y la efectividad de la mercadotecnia hospitalaria y se incorpora un cuestionario realizado por autores reconocidos en la materia para medir el grado de efectividad de la mercadotecnia en las organizaciones no lucrativas y de hospitales.

En el marco teórico también se incorpora el modelo de la calidad de los servicios mencionados por Kotler¹ y creo que es de mucha importancia para el desarrollo de la presente investigación ya que los hospitales están clasificados en el rubro de instituciones de servicio. En este marco teórico se menciona la clasificación hospitalaria proporcionada por la Asociación Mexicana de Hospitales sin la cual no podríamos clasificar a los hospitales en pequeña, mediana y alta complejidad: clasificación obligada para este trabajo ya que está dirigido a los hospitales de mediana y alta complejidad de México, clasificación que coincide con el tercer y segundo nivel de atención médica. Esta asociación proporcionó el documento "Los Hospitales de México - 1996, Privados y Gobierno", documento que contiene un censo de los hospitales de la República mexicana con indicadores precisos para clasificarlos según los requerimientos del presente proyecto.²

En el capítulo dos del presente trabajo, se encuentran todas las fases del desarrollo de la investigación: desde la metodología, planteamiento del problema, objetivos, identificación de variables, marco muestral, instrumento o cuestionarios, diseño estadístico, etc.

El capítulo tres se maneja el proceso de codificación y tabulación con el apoyo del paquete estadístico SPSS, análisis y resultados.

El capítulo cuatro comprende las conclusiones principales de este trabajo de investigación y punto de partida para desarrollar el plan de incorporación y desarrollo de la mercadotecnia hospitalaria en México.

El capítulo cinco comprende el contenido del plan de incorporación y desarrollo de la filosofía de la mercadotecnia en las instituciones de salud en México.

Se presenta la fuente bibliográfica y hemerográfica revisada para el desarrollo del marco conceptual de la investigación y sin la cual esta obra no hubiera podido ser. Son los paradigmas en los cuales se apoya el presente trabajo de tesis de Doctorado.

Se anexa el cuestionario aplicado en esta investigación y los originales de las corridas estadísticas, para que el lector pueda dirigirse a ellos y ver con más detalle los resultados estadísticos de donde emanaron los análisis correspondientes.

Elaborado por:
Luis Alfonso Pérez Romero

Vo.Bo. del Asesor:

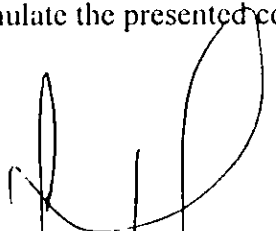
Dr. Javier Cervantes Aldana

¹ Kotler, Philip., Dirección de la Mercadotecnia: Análisis, Planeación, Implementación y Control, Prentice-Hall Hispanoamericana, 1993, pp. 843


² La Asociación Mexicana de Hospitales, Los Hospitales de México Privados y Gobierno, 1996

The Study is comprised of five chapters:

- The first part explains the general themes behind the investigation and provides justification for such a sensitive analysis.
- The first chapter consists of the development of the main theory of the investigation, beginning with the fundamental principles of marketing, hospital (health care) marketing, and hospital marketing in Mexico. The principles of marketing will be explained a step further by an elaboration of the significance of marketing followed by a conceptualized description of contemporary marketing. Critical concepts of the philosophy of marketing will be presented along with its benefits. For example, the ability to identify the principle attributes that will measure the marketing orientation and its effectiveness in the hospital environment. This identification will be incorporated with a questionnaire to measure the effectiveness of marketing in hospitals and non-profit organizations. The main theory also incorporates the model of quality based on Kotler.¹ This is important because during the development of the present investigation Mexican hospitals had been classified as service institutions by the Association of Mexican Hospitals. Therefore, the hospitals under investigation could not be classified as small, medium, or high complexity. Accepted classification for this study will be hospital of medium and high complexity; a classification that coincides with secondary and tertiary level care hospitals. Moreover, the Association included a census for hospitals located in the Mexican Republic with precise indicators that classified hospitals as presented in this analysis.²
- The second chapter, all the phases of development of the investigation are presented: methodology, presentation of the issues and questions that will be resolved, objectives, identification of variables, sample size, method of measurement, statistical design, etc.
- The third chapter explains the process codification and tabulation and its appropriate aspects using statistical analysis software (e.g. SPSS). The actual analysis and results are also included.
- Chapter fourth elaborates on the relevant points that construct the development and incorporation of hospital marketing in Mexico. This is followed by the predetermined conclusions of the investigation.
- The five chapter contains the plan to incorporate and develop the philosophy of marketing in the Mexican health care institutions.
- Presents the bibliography with all the periodicals and resources that contributed or was utilized in any way to support this doctoral thesis.
- Annexed questionnaire applied in the investigation along with the original statistics used to formulate the presented conclusions.



LUIS ALFONSO PÉREZ ROMERO
Candidato a Doctor



Dr. JAVIER CERVANTES ALDANA
Asesor de la tesis de Doctorado.

¹ Kotler, Philip., *Dirección de la Mercadotecnia: Análisis, Planeación, Implementación y Control*. Prentice-Hall Hispanoamerica, 1993, PP. 843

² La Asociación Mexicana de Hospitales, *Los Hospitales de Mexico- Privados Y Gobierno*, 1996.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	3
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO:	
I.A. MERCADOTECNIA BÁSICA	5
I.A.1 Evolución de la mercadotecnia	7
I.A.2 Concepto de Mercadotecnia	9
I.A.3 El proceso de la mercadotecnia	13
I.A.4 ¿Qué es la mercadotecnia?	16
I.A.5 Definición de la mercadotecnia	17
I.A.6 Críticas de la mercadotecnia	18
I.A.7 Beneficios asociados con la mercadotecnia	18
I.A.8 Funciones del departamento de mercadotecnia	19
I.A.9 Organización de la mercadotecnia	22
I.B. MERCADOTECNIA DE SERVICIOS Y ORGANIZACIONES NO LUCRATIVA	28
I.B.1 Tipos de mercadotecnia en el servicio	30
I.B.2 Modelos de la calidad en el servicio	32
I.C. MERCADOTECNIA HOSPITALARIA	33
I.C.1 Orientación de las instituciones en el mercado	34
I.C.2 Hospitales en México	38
I.D. ANÁLISIS ORGANIZACIONAL	42
I.D.1 Medio cambiante	42
I.D.2 Objetivos y valores	43
I.D.3 Tecnología	44
I.D.4 Estructura	45
I.D.5 Sistema psicosocial	48
I.D.6 Sistema administrativo	50
I.D.7 Incorporación de la mercadotecnia	53
I.E. ORIENTACIÓN Y EFECTIVIDAD DE LA MERCADOTECNIA	55
I.E.1 Instrumento de medición de la efectividad de la mercadotecnia	55
I.F. PLANEACIÓN DE MERCADOTECNIA	59
I.F.1 Pasos para formar una planeación	61
CAPÍTULO II	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN:	
II.A. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN	63
II.B. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	63
II.B.1 Variable dependiente	64
II.B.2 Variables independiente	64
II.B.3 Unidad de análisis	64
II.B.4 Variables exógenas	64
II.C. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	65
II.C.1 General	65
II.C.2 Específicos	65
II.D. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	66
II.D.1 Variable dependiente	66
II.D.2 Variables independientes	66
II.D.3 Variables de estado	66
II.D.4 Variables de actitud hacia la mercadotecnia	67
II.D.5 Variables propias de la administración	67
II.D.6 Variables exógenas	67
II.E. HIPÓTESIS GENERAL	68
II.E.1 Hipótesis específicas	68

II.F. MENSURABILIDAD DE VARIABLES	70
II.F.1 Variable dependiente	70
II.F.2 Variables independientes	70
II.G. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	72
II.G.1 Atributos e ítems	72
II.H. DISEÑO DE LA MUESTRA	79
II.H.1 Muestra de hospitales privados del segundo y tercer nivel	79
II.H.2 Marco muestral y procedimiento muestral	80
II.I. TRABAJO DE CAMPO	80
II.J. CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN	80
II.K. ANÁLISIS ESTADÍSTICO UTILIZADO	81
II.K.1 Estadística descriptiva	81
II.K.2 Estadística inferencial	81
II.L. CONFIABILIDAD INTERNA	83
II.M. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	85
CAPÍTULO III	
ANÁLISIS Y RESULTADOS	86
III.A. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	86
III.B. ANÁLISIS INFERENCIAL	90
III.B.1. Análisis de Ji cuadrada	90
III.B.2. Análisis de varianza	96
III.B.3. Análisis de covarianza	101
III.B.4. Análisis discriminantes	106
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIONES	110
CAPÍTULO V	
PLAN DE INCORPORACIÓN Y DESARROLLO DE LA MERCADOTECNIA HOSPITALARIA EN MÉXICO	114
BIBLIOGRAFÍA	125
ANEXOS	130

INTRODUCCIÓN

La mercadotecnia es una herramienta de la gerencia actual de los hospitales en México y América-Latina. En los países desarrollados esta disciplina tiene dos décadas operando en la administración hospitalaria, siendo en los Estados Unidos, Illinois, Chicago, en donde se nombró por primera vez en la estructura orgánica de un hospital a un Vicepresidente de mercadotecnia.

La administración actual de los hospitales está viviendo el momento de ver cómo incorporar y desarrollar la filosofía de la mercadotecnia en sus hospitales. Ya se pasó la etapa de si es necesaria o no la mercadotecnia en estas instituciones.

El presente trabajo está compuesto por cinco capítulos:

En el primer capítulo se desarrolla el marco teórico de la investigación, que es el sustento teórico de la misma, iniciando con los principales antecedentes de la mercadotecnia básica, mercadotecnia de servicios y mercadotecnia hospitalaria en el mundo y en México; se describe de manera muy detallada el concepto y la evolución de la mercadotecnia y se presenta el análisis realizado para definir la mercadotecnia con sus respectivos componentes del concepto de mercadotecnia contemporánea; también se mencionan algunas de las principales críticas y beneficios de la mercadotecnia, así como la efectividad de la misma en donde se identifican los principales atributos para medir la orientación y la efectividad de la mercadotecnia hospitalaria; se incorpora un cuestionario realizado por un grupo de estudiosos de la mercadotecnia dirigidos por Philip Kotler, autor de una gran variedad de libros y artículos de la mercadotecnia en diversos ámbitos, que mide el grado de efectividad y orientación de la mercadotecnia en las organizaciones no lucrativas y de hospitales.

En el marco teórico también se incorpora el modelo de la calidad de los servicios elaborado por Parasuraman y Kotler, modelo seleccionado como el de mayor aplicabilidad para el presente trabajo y se considera de mucha importancia para el desarrollo de la investigación ya que los hospitales están clasificados en el rubro de instituciones de servicios. Se describe la evolución de la mercadotecnia y su estructura para empresas que comercializan con productos tangibles y descripción de las estructuras para los hospitales. En este marco teórico se menciona la clasificación hospitalaria proporcionada por la Asociación Mexicana de Hospitales sin la cual no podríamos clasificar a los hospitales en pequeña, mediana y alta complejidad: clasificación obligada para este trabajo ya que está dirigido a los hospitales de mediana y alta complejidad de México, clasificación que coincide con el tercer y segundo nivel de atención médica. Esta asociación proporcionó el documento "Los Hospitales de México - 1996, Privados y Gobierno", documento que contiene un censo de los hospitales de la República mexicana con indicadores precisos para clasificarlos según los requerimiento del presente proyecto.

En el capítulo dos del presente trabajo, se encuentran todas las fases del desarrollo de la investigación: desde la metodología, planteamiento del problema, objetivos, hipótesis, identificación de variables, diseño muestral, instrumento o cuestionarios, diseño estadístico, pruebas de validez y confiabilidad del instrumento medición (cuestionario).

El objetivo de la investigación es: "Conocer las variables de estado de las instituciones hospitalarias, tamaño, antigüedad, clasificación socioeconómica; variables de estado de los directivos como edad, profesión, puesto y antigüedad; las variables de actitud (cognoscitivo, afectivo y conductual) hacia la mercadotecnia y las variables propias de la administración que influyen en la orientación y el grado de efectividad de la mercadotecnia hospitalaria en los hospitales de segundo y tercer nivel de México. Con base en lo anterior se dará una propuesta de solución para que se incorpore y desarrolle la mercadotecnia en los hospitales mexicanos".

También se especifica en este capítulo las pruebas de mitades partidas y coeficiente alfa de Cronbach, para definir el grado de confiabilidad del instrumento de medición y pruebas de validez de contenido con su respectiva correlación.

El capítulo tres maneja el proceso de codificación y tabulación con el apoyo del paquete estadístico (SPSS) análisis y resultados. Con la aplicación y análisis respectivo de las pruebas estadísticas relacionadas con los enunciados hipotéticos del capítulo anterior: prueba de Ji cuadrada, análisis de Anova y Covarianza, análisis discriminante y las diversas pruebas de correlación y coeficiente de confiabilidad.

El capítulo cuatro comprende las conclusiones principales de este trabajo de investigación y punto de partida para desarrollar el plan de incorporación y desarrollo de la mercadotecnia hospitalaria en México.

Se rechazaron las hipótesis centrales de la investigación y se construyeron las bases para la elaboración de la propuesta de incorporación y desarrollo de la mercadotecnia en los hospitales de México.

El capítulo cinco comprende el contenido del plan de incorporación y desarrollo de la filosofía de la mercadotecnia en las instituciones de salud en México. Esta propuesta se elaboró con el fundamento teórico y los resultados de la investigación de campo realizada en los principales hospitales.

Se presenta una amplia fuente bibliográfica y hemerográfica revisada para el desarrollo del marco conceptual de la investigación y sin la cual esta obra no hubiera podido ser. Son los paradigmas en los cuales se apoya el presente trabajo de tesis de Doctorado.

Se cuenta con un apartado de anexos: el cuestionario aplicado en esta investigación y los originales de las principales "corridas" estadísticas, para aquel lector que tenga interés en consultar estas fuentes y ver con más detalle los resultados estadísticos de donde emanaron los análisis correspondientes.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

México, es un país que se encuentra en un proceso de transición hacia el desarrollo, por lo que es muy importante ver y analizar lo que está aconteciendo en los países desarrollados, ya que son estos los que van a la vanguardia en varios aspectos importantes en el mundo: tecnología, modelos administrativos, medidas económicas, salud y otros aspectos de importancia para una Nación.

Desde 1930, se consolidó en la gran mayoría de las empresas de los Estados Unidos de Norteamérica, la mercadotecnia como parte filosófica del proceso administrativo, la cual ha ido tomando cada vez más importancia al grado de tener un crecimiento de manera exponencial en las tres últimas décadas (70,80 y 90).

La mercadotecnia de servicios y la mercadotecnia social en las instituciones públicas, privadas y sin ánimo de lucro que persiguen un fin social (asociaciones civiles sin fines de lucro, y asociaciones altruistas) han tenido una gran aceptación en los países desarrollados, especialmente en Estados Unidos de Norteamérica, Francia, Alemania y España en la década de los 70, 80 y lo que va de la década de los 90(1997).

México, no se ha quedado tan rezagado en el conocimiento y aplicación de la mercadotecnia. La infiltración de las empresas transnacionales en el aparato productivo y económico del país, las cuales cuentan con amplio conocimiento, logística de operación (Coca-cola, Pepsi, IBM, McDonalds, Ford, y General Motors entre otras) y con sus modelos administrativos y programas de mercadotecnia muy específicos y controlados desde la casa matriz en su país de origen, están impactando en el estilo doméstico de la comercialización de productos y servicios. Este fenómeno de la economía internacional ha marcado otra directriz de la comercialización en las empresas nacionales. Existe un aprendizaje implícito proporcionado por las grandes transnacionales ubicadas en México, con sus estrategias de publicidad y promoción, presentación de sus productos, estrategias de los canales de distribución y estrategias de precio, influyen en las empresas nacionales para desarrollar programas de mejoras en sus estrategias de comercialización.

Cada una de las estrategias no están ocultas, pues, se es testigos de ellas ya que formamos parte de la sociedad a la que estas organizaciones pretenden servir; por lo que de manera implícita los directivos de las empresas nacionales están aprendiendo a cómo hacer mercadotecnia, pues, cada una de las anteriores estrategias mencionadas (producto, precio, plaza y promoción), son entre algunas de las herramientas básicas de la mercadotecnia como disciplina.

En estos tiempos una gran mayoría de las empresas lucrativas de productos de consumo y productos industriales poseen un departamento de mercadotecnia de manera formal o con auxilio de staff.

Fue hasta principio de los 70s en Estados Unidos con Philip Kotler, que se aplicaron los principios de la mercadotecnia en instituciones no lucrativas, con el nombre de "Mercadotecnia social", y estamos a mediados de la década de los 90s y todavía no hay en México, institución social alguna (Hospitales Públicos, Asociaciones de Beneficio Social como Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Conasida, Sedesol y asociaciones altruistas de la sociedad Mexicana) que laboren con un departamento formal de mercadotecnia en su proceso administrativo o staff. Estas instituciones realizan actividades de mercadotecnia de manera aisladas como publicidad, promoción e investigaciones de mercados.

En el marco teórico de la investigación se menciona que las empresas necesitan de una presión para incorporar y desarrollar la mercadotecnia, presión hecha en la mayoría de los casos por modificaciones en los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales entre otros. Es importante recalcar que hay empresas que se han quedado rezagadas en la aplicación de la mercadotecnia en su sistema administrativo en México. Hospitales Privados, Públicos, y de Seguridad Social, Universidades Públicas y Privadas, Instituciones Gubernamentales de Servicio Público (Comisión Nacional de Electricidad, Telmex, Institutos Nacionales y las Comisiones Nacionales e Internacionales) y las Instituciones Altruistas o Asociaciones Civiles sin Ánimo de Lucro. Instituciones que estuvieron operando bajo otro sistema económico y político totalmente diferente al actual: globalización, nulos o escasos subsidios por parte del gobierno, política de libre mercado y problemas propios del crecimiento y desarrollo.

El tema es de suma importancia y de gran aplicación en el contexto actual de la administración hospitalaria ; se identificaron las variables que pueden influir en el grado de orientación y efectividad de la mercadotecnia en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención médica, para dar propuestas de incorporación y desarrollo de la mercadotecnia hospitalaria en México.

Este trabajo se considera oportuno y muy dirigido a un sector que está sufriendo cambios muy rápidos en el contexto macro y micro; en el aspecto macro nos encontramos ante la situación de los hospitales que se enfrentan a nuevas modalidades de la atención de la salud en el mundo (Seguros Médicos, HMOs, Home Care, Medicalcare, Médica Movil y franquicias en los primeros niveles de atención, entre otras), que contribuyen a un cambio del comportamiento del prestador del servicio y de los usuarios. También se enfrentan ante un mercado más competido y de subrogaciones de la seguridad médica social (IMSS, ISSSTE, PEMEX: debido al elevado costo de operación, en donde conviene mejor la subrogación que el incurrir en un costo extra para la prestación del servicio sin maltratar el servicio de calidad y calidez que estas instituciones por mandato presidencial deben ofrecer- debidamente estipulado el Plan Nacional de Desarrollo del 95 al 2000-) hacia los hospitales privados de México. En el contexto micro se puede ver las tendencias de los modelos administrativos y cambios en los procesos que se presentan a medida que se suscitan cambios en el entorno por medio de los modelos utilizados por los hospitales líderes en el mercado hospitalario del mundo: Programas de calidad, cambios en la estructura orgánica, modelos de administración más participativa, programas de identidad e imagen corporativa, evaluación del clima organizacional, medidas del desempeño como productividad e indicadores de morbi-mortalidad por institución.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES DE LA MERCADOTECNIA:

I. A.- MERCADOTECNIA BÁSICA:

La mercadotecnia se aplica siempre que una unidad social (individuo o empresa) trata de intercambiar algo de valor con otra unidad social, de ahí que la esencia de la mercadotecnia se presenta en el proceso de transacción o intercambio. La mercadotecnia consta de actividades tendientes a generar y facilitar intercambios cuya finalidad es la de satisfacer necesidades o deseos humanos.

El intercambio es una de las tres formas en que las personas pueden satisfacer sus necesidades o deseos, por lo que este proceso debe cumplir con las siguientes condiciones:

- Tienen que intervenir dos o más unidades sociales y las partes deben tener necesidades que satisfacer.
- Las partes deben participar voluntariamente.
- Las partes deben aportar algo de valor en el intercambio y estar convencidas de que se beneficiarán con él.
- Las partes tienen que estar en la posibilidad de comunicarse entre sí.¹

Es importante entender el grado de valor de cada una de las partes, pues, sin esta connotación de valor en el intercambio vemos que el proceso no se puede llevar a cabo.

Existen tres categorías que pueden satisfacer los deseos de la otra parte:

1. Bienes: los cuales son objetos que pueden satisfacer ciertos deseos.
2. Servicios: Son acciones que una persona o más pueden realizar para satisfacer las necesidades de la contraparte.
3. Dinero.

El análisis del flujo de intercambio consiste en que las unidades sociales que estén involucradas en intercambio deben realizar un diagrama que refleje el intercambio real o potencial, ejemplos de intercambio² :

¹ Stanton, William J, et al, Fundamentos de Marketing, México, Editorial McGraw-Hill, (10 Edición), 1996, 885 pp.

² Philip Kotler, Marketing For Non Profit Organizatios, Edit. Prentice Hall, 4 edición, 1987. USA

a.- TRANSACCIÓN COMERCIAL

Bienes o servicios
Vendedor _____ Comprador

Dinero

b.- TRANSACCIÓN LABORAL

Salario y beneficios complementarios
Empresario _____ Empleado

Servicios productivos

c.- TRANSACCIÓN CÍVICA

Servicios de protección
Policía _____ Ciudadanos

Impuestos y cooperaciones

d.- TRANSACCIÓN DE CARIDAD

Sentirse bien
Caridad _____ Donante

Dinero, servicios

e.- TRANSACCIÓN RELIGIOSA

Servicios Religiosos
Iglesias _____ Miembros

Contribuciones

Las empresas comerciales con ánimo de lucro tuvieron sus inicios con la mercadotecnia a principios del siglo XX a raíz de la creación de la investigación de mercados como herramienta que daba ayuda a la toma de decisión. La Curtis Publishing Company, en 1911, instaló el primer departamento de investigación de mercadotecnia (denominado investigación comercial), posteriormente se fundaron departamentos de investigación de mercados en U.S. Rubber, en 1916 y Swift and Company, en 1917. Estos departamentos se consideraron como adjuntos al departamento de ventas.³

³ Philip, Kotler, Dirección de la Mercadotecnia, Análisis, Planeación, Implementación y Control, México, Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A., 1993, 843 pp.

La tarea principal era recopilar información para facilitar las labores al departamento de ventas, cómo el vender más. Con el paso del tiempo, los departamentos de investigación de mercados aceptaron responsabilidades adicionales, como análisis de ventas y administración de mercadotecnia. Posteriormente las compañías comenzaron a combinar la investigación de mercados, publicidad, servicio a los clientes y otras funciones hasta dar cuerpo al departamento de mercadotecnia de manera formal.

La mercadotecnia se ha consolidado en los últimos años en los países desarrollados como una disciplina importante dentro del proceso administrativo de las organizaciones comerciales. Esta tendencia también la estamos viendo en los países que se encuentran en vía de desarrollo como algunos países Latinoamericanos (México, Argentina, Brasil, Chile, Venezuela y Colombia entre otros.)

La mercadotecnia se extendió a las compañías con ánimo de lucro de artículos envasados para el consumidor en primera instancia, después a compañías de artículos duraderos y por último a compañías de equipo industrial.

Los principales puntos que influyeron para que las instituciones se inclinaran por la mercadotecnia señalados por Kotler en su libro "Dirección de la Mercadotecnia", son:

- a.- Descenso de ventas
- b.- Crecimiento lento
- c.- Modificación de patrones de compra
- d.- Creciente competencia
- e.- Incremento en gastos de ventas

La incorporación y desarrollo de la filosofía de la mercadotecnia en las organizaciones se vio afectada por una ley denominada "de lento aprendizaje", sostenida por la percepción y actitud errónea hacia la mercadotecnia por parte de sus directivos.

I.A.1.- Evolución de la mercadotecnia:

La mercadotecnia se puede remontar desde el momento en que se presentó el trueque como medio de intercambio entre los seres humanos, facilitando así la relación entre las personas que tenían necesidades y deseos que satisfacer a cambio de algo de valor que se poseía en ese momento. Algunos se convirtieron en detallistas, mayoristas y vendedores ambulantes. Fue hasta finales de la década de 1800, con la Revolución Industrial, que el comercio tomó mayor importancia e impacto. Desde esa fecha a la actual la mercadotecnia ha pasado por tres etapas sucesivas de desarrollo, siendo estas más notorias en los grandes centros del crecimiento y desarrollo económico mundial:

I.A.1.a- Etapa de orientación a la producción: si nos ubicamos a finales del siglo XVIII, es comprensible que en esa época lo más importante era orientarse a la producción, debido a que la demanda por productos y servicios excedía por mucho a la poca oferta existente en ese momento, podemos mencionar como ejemplo a Henry Ford, en la Unión Americana, con su famoso auto "Modelo T", producido en serie con una

orientación a la producción, esto es, contrató a personal que pudiera producir el "Modelo T", en el menor tiempo y costo posible; de ahí, que en esa época, el que quisiera comprar un auto no tenía más elección que el "Modelo T". En los primeros años del siglo XIX, así como Henry Ford, daba nacimiento a la gran empresa conocida hoy como FORD Motor Company, muchas de las grandes empresas de hoy vivieron con el pensamiento orientado a la producción.² Para la década de 1930 y 1940, el mundo ya había sido testigo del crecimiento Industrial, más empresas se fueron formando y por consiguiente la capacidad de oferta, llevando con esto a otro cambio de orientación en los negocios, ya no era suficiente orientarse a una buena producción con costos bajos que beneficiaran al consumidor final con productos duraderos y a bajos precios, sino el de fortalecer una fuerza de ventas para estar más cerca del consumidor, dando así origen a la otra etapa de la evolución de la mercadotecnia.

I.A.1.b.- Etapa de Orientación a las Ventas: La depresión económica y mayor presencia de la oferta en el mercado llevó a las empresas a principios de los 30 a replantear su situación, debido a que el problema principal no estaba orientado a producir, sino en cómo vender la producción. El tener un buen producto no era garantía de tener éxito en el mercado. Los oferentes se dieron cuenta que necesitaban realizar esfuerzos especiales para vender sus productos en un ambiente en donde el público tenía la oportunidad de seleccionar entre muchas opciones. Esta etapa se caracterizó por el desarrollo de técnicas de ventas y actividades promocionales con el fin de vender los productos que la empresa fabricaba. Los directivos empezaron a mirar con respeto y a dar un gran apoyo al área de ventas; la preocupación no solo era la producción, sino también las ventas. El esfuerzo desmedido por vender llevó al desarrollo de técnicas poco éticas que con el tiempo esta función adquirió una reputación negativa a los ojos de muchos. Esta etapa se prolongó hasta los años 50, época en que surgió la era de la mercadotecnia.

I.A.1.c.- Etapa de orientación a la mercadotecnia: la gran demanda de bienes de consumo observada inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial, llevó a las empresas a producir grandes cantidades de bienes que eran adquiridos rápidamente. Para los 50s, se presentó el fenómeno de equilibrio entre oferta y demanda, afectando las cantidades de producción de las empresas y así muchas empresas se dieron cuenta de que la capacidad de producción era excesiva. Con el propósito de vender las empresas recurrieron a las agresivas actividades de ventas y promocionales, pero con un consumidor que ya había sido engañado y perturbado con políticas poco éticas. A la par se estaba suscitando en el mundo cambios que llevaron a cambiar al consumidor, haciéndolo más conocedor, menos ingenuo y más difícil de persuadir y además contaba con más opciones para seleccionar.

Muchas empresas reconocieron que era preciso identificar las necesidades y deseos de los consumidores para orientar las actividades de la empresa a atenderlas de la mejor manera posible, dando así el paso de la evolución de las empresas hacia la mercadotecnia, esto es, tener una orientación hacia el mercado, teniendo como eje central de las actividades de la empresa al consumidor sin descuidar el crecimiento y éxito de la empresa.

⁴ Stoner, James, A.F., et al, Administración, México, Editorial Prentice-Hall, (6 Edición), 1996, 687 pp.

Las empresas definen de manera muy distinta su negocio en función de la etapa de evolución del mismo: una empresa orientada a la producción puede definir su negocio en el tipo de fabricación del mismo (una orientación hacia la empresa), mientras que una empresa orientada hacia la mercadotecnia define su negocio en función de su mercado meta o consumidor final (una orientación hacia afuera de la empresa).³

I.A.2.- Concepto de mercadotecnia:

El concepto de la mercadotecnia se funda en la orientación al cliente, actividades de mercadotecnia debidamente coordinadas, alcanzar los objetivos de desempeño de la organización y lograr así la finalidad fundamental de satisfacer al consumidor y que la empresa alcance el éxito organizacional:

I.A.2.a.- Orientación al cliente: la organización y sus empleados deben orientar la planeación y operación hacia satisfacer las necesidades y deseos de los clientes.

I.A.2.b.- Actividades de mercadotecnia coordinadas: todas las actividades mercadológicas deben coordinarse. La mezcla de mercadotecnia (Producto, Precio, Plaza y Promoción) se debe diseñar y combinar de modo coherente.

I.A.2.c.- Alcanzar los objetivos de desempeño organizacional: una mercadotecnia orientada al cliente y coordinada es fundamental para que las organizaciones alcancen sus objetivos.

I.A.2.d.- Finalidad de la mercadotecnia: la finalidad de la mercadotecnia es la de satisfacer al consumidor y que la empresa logre el éxito organizacional, esto es, que las dos partes se beneficien en este proceso de intercambio.⁴

I.A.2.1.- Componentes del concepto de mercadotecnia:

Para Cravens, David W., el concepto de mercadotecnia está formado por tres componentes:

- a.- Se inicia con las necesidades y carencias del cliente. (Orientación hacia el cliente).
- b.- Se debe desarrollar la estrategia de mercadotecnia integral a nivel organizacional.
- c.- Logro de metas.⁷

Para Kotler, el concepto de mercadotecnia está formado por cuatro componentes:

- a.- Enfoque hacia el mercado.
- b.- Orientación hacia el cliente.
- c.- Esfuerzo coordinado de mercadotecnia.
- d.- Rentabilidad.⁸

³ Stanton, William J, et al, Op Cit, p. 10

⁶ Stanton, William J, et al, Op Cit p.12

⁷ Cravens, David W., y otros, Administración en Mercadotecnia, Edit. CECSA, 1a. Edición México, 1993 pp6-7

⁸ Kotler, Phillip., Dirección de la Mercadotecnia, Edit. Prentice-Hall, 7a. edición, México, 1993 pp18-26

Para Stanton, el concepto de mercadotecnia debe contener los siguientes componentes:

- a.- Orientación al Cliente.
- b.- Actividad de mercadotecnia coordinada.
- c.- Logros de los objetivos de desempeño de la organización.
- d.- Lograr satisfacción del cliente y el éxito organizacional.⁹

Zikmund, menciona en su obra titulada "Mercadotecnia", los siguientes componentes de la mercadotecnia:

- a.- Orientación al consumidor.
- b.- Recalcular las utilidades a largo plazo.
- c.- Integrar y coordinar funciones de mercadotecnia y otras funciones de la corporación.¹⁰

Se puede concluir que los componentes de la mercadotecnia, mencionados por los cuatro pensadores contemporáneos de la mercadotecnia, con palabras más o palabras menos, en esencia tienen los mismos significados, lo que nos refleja la unificación de criterios y conceptos de los principales autores de la mercadotecnia actual.

Para fines de tener mayor precisión en esta investigación se consideran los componentes mencionados por Kotler, ya que en éstos tienen de manera explícita los mencionados por los cuatro autores:

a.- Enfoque hacia el mercado: ninguna empresa puede operar en todos los mercados ni satisfacer todas las necesidades. Por lo que las empresas operan mejor cuando definen cuidadosamente su mercado objetivo y preparan programas de mercadotecnia a la medida de cada mercado meta.

Mercado meta se define como: Es el grupo de clientes reales o potenciales dentro de un mercado de productos en particular, hacia el cual una organización dirige sus metas de mercadotecnia.

b.- Orientación al cliente: Requiere que la empresa defina cuidadosamente las necesidades y deseos desde el propio punto de vista del cliente, ya que la venta debe lograr la satisfacción del cliente. Debe dirigir sus esfuerzos al mercado meta.

c.- Mercadotecnia coordinada: capacitar a todos los empleados de la institución para que apoyen conjuntamente al cliente:

- Coordinación de las áreas funcionales de mercadotecnia: son todas las áreas propias del departamento de mercadotecnia como publicidad, investigación de mercados, fuerza de ventas, etc.

- Debe haber coordinación de la mercadotecnia con todos los departamentos funcionales de la institución: Finanzas, Producción, Recursos Humanos, Ventas, Compras, etc.

⁹ Stanton, William J., y otros, Fundamentos de Marketing, Edit. McGraw-Hill, 9a edición 1992 pp10-11

¹⁰ Zikmund William, y D'amico Michael, Mercadotecnia, Edit. CECSA, 1a. Edición 1993, México, pp20-22

d.- Rentabilidad: El propósito del concepto de mercadotecnia es ayudar a las organizaciones a alcanzar sus metas. En empresas privadas lucrativas, su meta principal son las utilidades.

Una empresa lucrativa debe hacer dinero satisfaciendo las necesidades de sus clientes.

I.A.2.1.a.- Principios básicos de economía para comprender el concepto de mercadotecnia:

- ✓ Por un lado se encuentran las personas con sus necesidades, deseos y preferencias, dando así origen a la demanda.
- ✓ En la contraparte se encuentran las empresas que ofrecen productos y/o servicios, que conforman la capacidad de oferta.
- ✓ El encuentro de estas dos fuerzas en el espacio generan el mercado.
- ✓ Objetivo de Mercadotecnia: facilitar el proceso de intercambio y actuar en el mercado en beneficio de las partes involucradas (el cliente y la oferta).
- ✓ Función básica: influir en el mercado de manera favorable para el cliente y la empresa.(Ver Fig. 1)
- ✓ Enfoque de la mercadotecnia: Como mentalidad: tener presente al consumidor. Poner al cliente en el centro de las decisiones.
- ✓ Como conjunto de técnicas: aplicación de técnicas que permiten descubrir y generar mercados para los productos, satisfaciendo las necesidades de los consumidores de una manera rentable para la empresa.

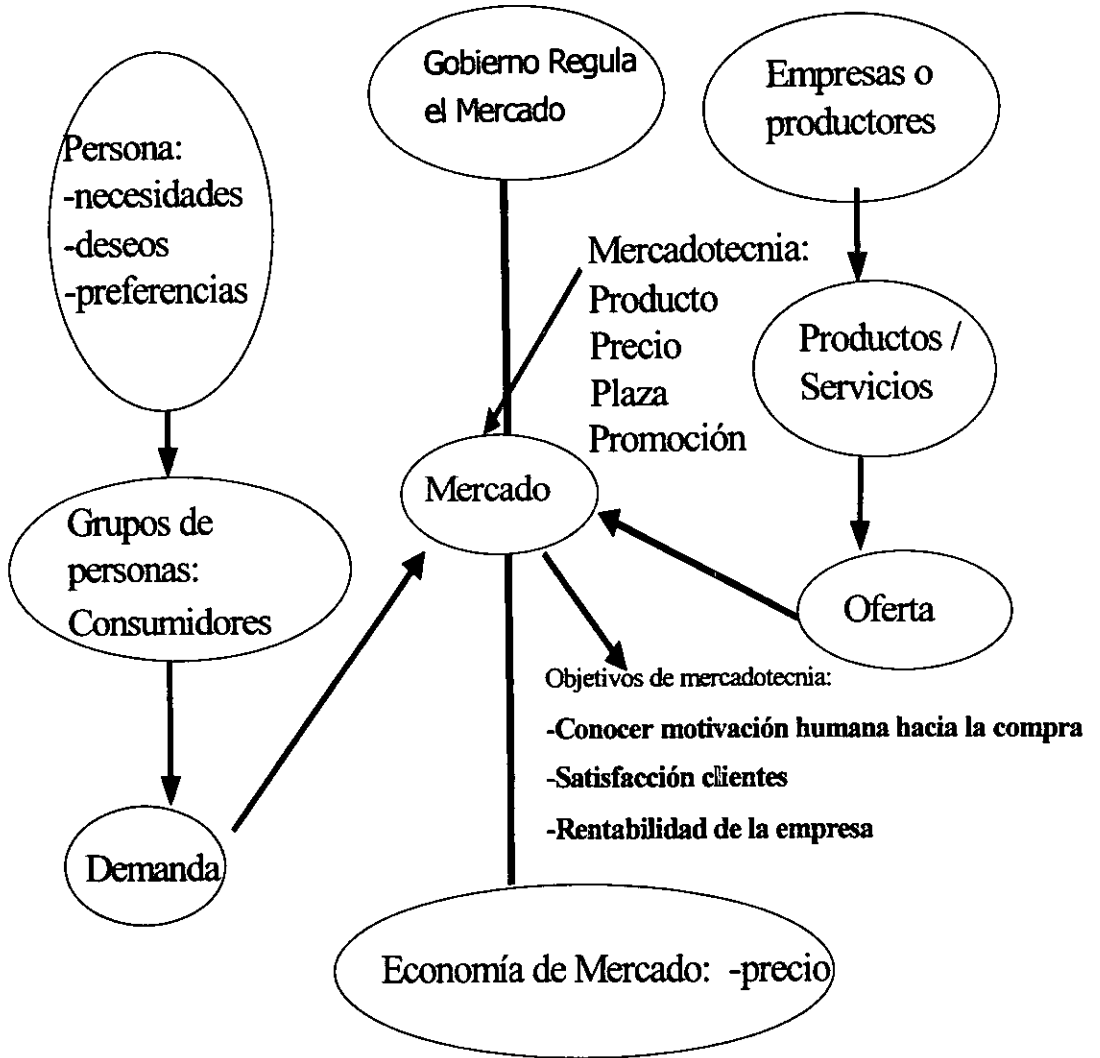


Figura No. 1

I.A.3.- El proceso de la mercadotecnia:

Lamb, propone un proceso de mercadotecnia el cual se considera adecuado para entender de manera integral, sistémica, dinámica y armónica la filosofía de la mercadotecnia, en donde se observa la multifactorialidad de la mercadotecnia. Se le hicieron pequeñas modificaciones al modelo propuesto por Lamb y sus colaboradores, para su mejor entendimiento y aplicabilidad del mismo. El proceso está compuesto de las siguientes etapas, todas interconectadas entre sí:

I.A.3.a.-Misión, visión y objetivos de la organización con sus respectivas estrategias: es prioridad de los directores generales de las empresas señalar la razón de ser de la organización, sus valores, sus principales objetivos corporativos debidamente acompañados de estrategias que marque la directriz de las áreas funcionales y señalar hacia donde se pretende llevar la organización.

I.A.3.b.-Análisis de oportunidades en el mercado: es importante realizar un análisis de las principales oportunidades que se presentan en el mercado para orientar todas las fortalezas hacia ellas, sin perder de vista las amenazas y debilidades para potencializar nuestras fortalezas. Estos cuatro rubros son conocidos como análisis SWOT o DOFA (debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas). Para su mejor comprensión las fortalezas y debilidades se buscan y se analizan hacia adentro de la organización, en qué somos fuertes para sacar el máximo provecho de nuestra fortaleza y en qué somos débiles para prepararnos y mejorar todos estos puntos, las oportunidades y amenazas se buscan y se analizan hacia fuera de la organización.

I.A.3.c.-Mercadotecnia estratégica: se inicia con el análisis y entendimiento de los objetivos y estrategias de la empresa, para de ahí formular:

- a) **Objetivos de la mercadotecnia:** Enunciar de manera clara, concisa y alcanzable los objetivos con sus respectivas metas. Estos objetivos se deben formular en función del pensamiento de la mercadotecnia: el consumidor o cliente, la mezcla de la mercadotecnia, el mercado y la organización.
- b) **Estrategia del mercado meta:** para ello se requiere realizar los siguientes análisis: análisis de la planeación estratégica de la compañía, realizar un análisis de la situación, estudio de la competencia, definir el posicionamiento y la ventaja diferencial, seleccionar el mercado meta y medir la demanda, estudiar el comportamiento del consumidor meta, analizar la participación de la compañía versus tasa de crecimiento de la industria(conocida como la matriz del Boston Consulting group, "BCG"), la matriz de negocios de General Electric es otro modelo que contribuye a clasificar las unidades estratégicas del negocio en función de la posición del negocio y lo atractivo del mercado, el modelo de estrategias genéricas de Porter me permite tener una visión más integral de la situación, debido a que se estudia la competencia, proveedores, costos, definición de nichos del mercado y estrategias de diferenciación y estudio de la matriz del crecimiento de productos y mercados, entre otras técnicas que permita tener un estudio más completo de la situación de la mercadotecnia.
- c) **Diseñar la mezcla de mercadotecnia:** esta mezcla se debe diseñar en función de los principales hallazgos y de los objetivos antes mencionados, la mezcla debe tener de

manera específica acciones en cada uno de sus rubros: producto, precio, plaza y promoción.

I.A.3.d.-Implementación: desarrollar un plan que contenga: Objetivos, estrategias, tácticas, cronograma, responsable y presupuesto.

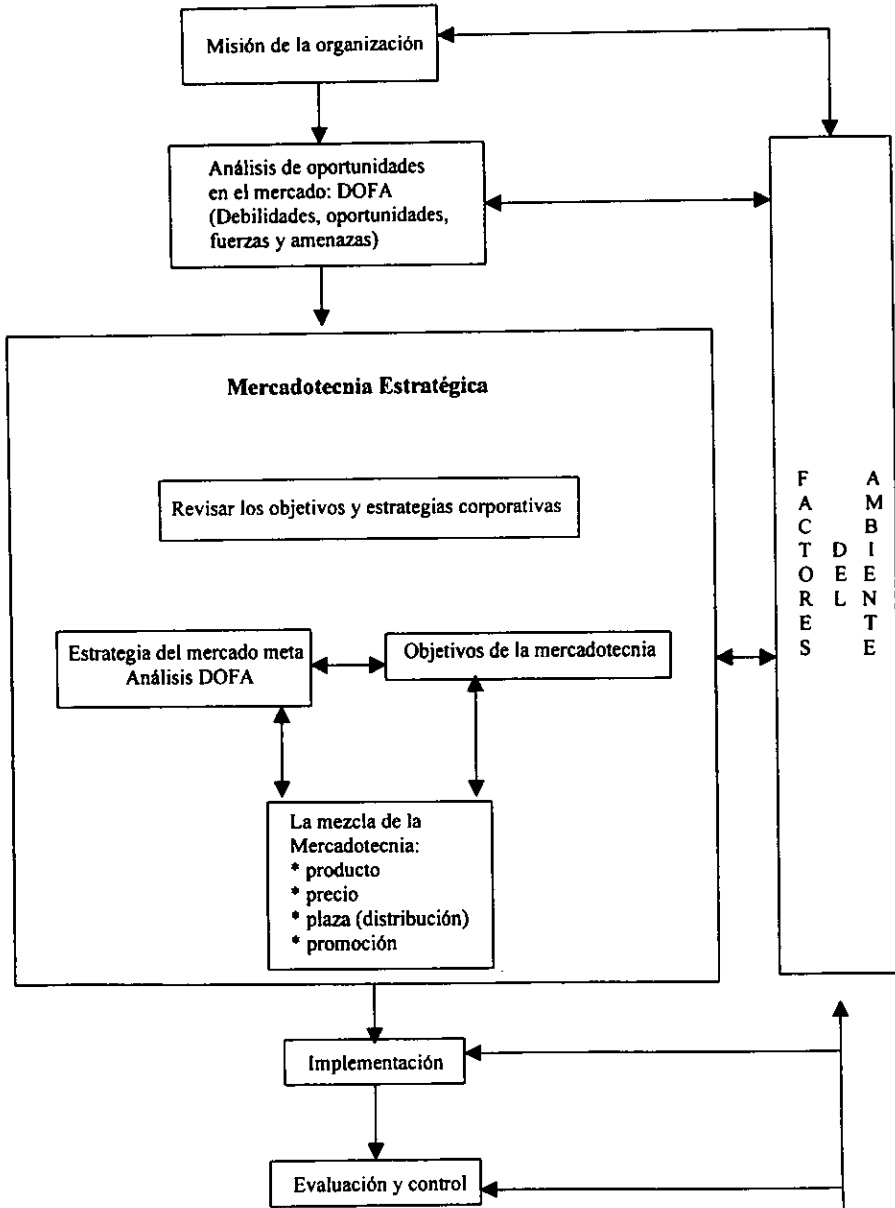
I.A.3.e.-Evaluación y control: definir los instrumentos necesarios para la evaluación que permita incorporar los resultados en el modelo de control, es recomendable desarrollar varios instrumentos de medición que nos permita tener un monitoreo constante del plan de mercadotecnia.

I.A.3.f.-Factores del ambiente: nos movemos en un ambiente de constantes cambios en las diferentes fuerzas que lo conforman, como son: políticas y legales, tecnológicas, condiciones económicas, demográficas, la competencia y factores socioculturales. Cada una de estas fuerzas afectan de manera directa o indirectamente a los diversos planes estratégicos de las compañías, por lo que es recomendable vigilar y cuantificar la magnitud de estos cambios y ver que tanto pueden afectar al plan de mercadotecnia de manera inmediata o a mediano y largo plazo.

Estas fuerzas afectan a todas las etapas del proceso, desde el objetivo corporativo hasta los objetivos de cada una de las áreas funcionales de la organización, de ahí su gran importancia de tener una vigilancia estrecha de cada una de estas seis fuerzas.¹¹

¹¹ Lamb, Charle, et al, Principles of Marketing, Edito South-Western, 1992 pp 22 a 31

Figura. No.2
El Proceso de la Mercadotecnia



I.A.4.- ¿Qué es la mercadotecnia?

- ✓ La expresión marketing significa cualquier acción iniciada en las empresas, dirigida a influir en los mercados.
- ✓ Se usó en USA para actividad de penetrar el mercado (to go into de market) y su uso fue generalizándose progresivamente.
- ✓ Marketing: es un extranjerismo con traducción al español como "Mercadotecnia" y "Mercadeo".

La mayor parte de las personas consideran a la mercadotecnia como sinónimo de venta y promoción, ya que están frecuentemente bombardeados por comerciales de radio, televisión, telemarketing, correo, anuncios en prensa, etc.; mercadotecnia no es simplemente una actividad periférica de las instituciones actuales, sino una parte fundamental y esencial para el servicio efectivo de las necesidades humanas, que para sobrevivir y tener éxito las organizaciones deben conocer sus mercados, obtener sus recursos necesarios, convertir los recursos en productos, servicios o ideas apropiadas y finalmente distribuirlos de manera eficiente.

La mercadotecnia se encuentra todavía en el proceso de las conceptualizaciones. Para algunos mercadotecnia es el conjunto de las actividades mercantiles, el ajuste entre empresa y el consumidor o usuario, es publicidad, es investigación de mercados, es el proceso de intercambio, medios para satisfacer necesidades y deseos, etc.

Podemos ver que todo se centra en el proceso de intercambio, el cual ocurre cuando hay por los menos dos partes que poseen algo de valor para cada una de ellas; por lo que la finalidad de la mercadotecnia es el de facilitar y eficientizar el proceso de intercambio de manera tal que cada una de las partes queden satisfechas.

La mercadotecnia como disciplina empresarial, consiste en el estudio sistemático de la generación de demanda, motivación de clientes, consideraciones especiales y temporales que influyen en las transacciones económicas, los esfuerzos de intercambio y su resultado en compradores y vendedores en el mercado.¹²

Ralph Alexander, en una publicación de la Asociación Americana de Mercadotecnia (AMA) definió en 1960 a la mercadotecnia como "El desempeño de las actividades comerciales que dirige el flujo de bienes y servicios del productor al consumidor o usuario".¹³

La definición de administración de la mercadotecnia aprobada por la Asociación Americana de Mercadotecnia en 1985, es: "La administración de la mercadotecnia es el proceso de planear y ejecutar la concepción, fijación de precios, promoción y distribución

¹² Naghi, Namakforoosh Mohammad, *Mercadotecnia Social*, Edit. Limusa, 2 Edición México, 1985

¹³ Ralph S. Alexander, *Marketing Definition Glossary Of Marketing Terms*, American Marketing Associations, 1960

de ideas, mercancías y servicios para crear intercambios que satisfagan objetivos individuales y organizacionales.¹⁴

En 1986, la Asociación Americana de Mercadotecnia definió a la mercadotecnia como "Es el proceso de planificación y realización del concepto, fijación de precios, promoción y distribución de ideas, artículos y servicios que lleven a crear intercambios que satisfagan los objetivos individuales y de la organización".¹⁵

Kotler, una de las máximas autoridades en la mercadotecnia contemporánea define a la mercadotecnia como: "La mercadotecnia es un proceso social y administrativo mediante el cual grupos e individuos obtienen lo que necesitan y desean a través de la creación, ofrecimiento e intercambio de productos de valores con otros"

Esta definición se basa en los siguientes conceptos: necesidades, deseos y demandas. Productos, valor, costo y satisfacción; intercambio, transacciones y relaciones; mercados, mercadotecnia y expertos en mercadotecnia.¹⁶

Podemos analizar cronológicamente como ha ido evolucionando el concepto de mercadotecnia, de ser definido de manera simplista como "La actividad que dirige el flujo de bienes y servicios del productor al consumidor"; definición muy criticada por que no mencionaba las actividades que se realizaban antes y después de efectuarse una transacción. Hasta encontramos con las definiciones de la American Marketing Association, en 1985 y 1986: "Es el proceso de planear y ejecutar el concepto, fijación de precios, promoción y distribución (conocida como la mezcla de la mercadotecnia o las cuatro Ps. de la mercadotecnia: producto, plaza, precio y promoción.) de ideas, artículos y servicios que lleven a crear intercambios que satisfagan los objetivos individuales y de la organización".

En la definición reciente de Kotler, de 1993, menciona a la mercadotecnia como una actividad humana en un proceso social y administrativo en donde grupos e individuos obtienen lo que necesitan por medio del intercambio de productos de valores con otros. Vemos en esta reciente definición que todavía se sigue conservando la esencia del intercambio en la definición de la mercadotecnia.

El concepto de mercadotecnia, sostiene que la clave para alcanzar las metas en las organizaciones consiste en determinar las necesidades y deseos de los mercados meta, y entregar los satisfactores deseados de forma más eficaz y eficiente que los competidores.

I.A.5.- Definición de la mercadotecnia:

Ante la revisión bibliográfica sobre la definición de mercadotecnia, considero que la definición debe ser muy explícita, de manera tal, que quede claro ante los neófitos y los

¹⁴ Kotler, Philip. Dirección de la Mercadotecnia, Análisis, Planeación, Implementación y Control, Edit. Prentice-Hall, 7 a. Edición México, 1993 pp. 12-13

¹⁵ AMA Board Approves New Marketing Definition "Marketing News, Marzo 1, de 1986, P.1. Publicado por la AMA

¹⁶ Kotler, Philip. Dirección de la Mercadotecnia, Edit. Prentice-Hall, 7a. Edición, México, 1993 pp.5

estudiosos de esta disciplina, por lo que he decidido definir la mercadotecnia de la siguiente manera:

“ES UNA DISCIPLINA DE LAS CIENCIAS ECONÓMICO-ADMINISTRATIVAS QUE ESTUDIA E INCIDE EN LOS PROCESOS DE INTERCAMBIO EN BENEFICIO DE LAS PARTES INVOLUCRADAS”.

I.A.6.- Críticas de la mercadotecnia:

Las principales críticas de la mercadotecnia son:

- 1.- La mercadotecnia genera gastos.
- 2.- Las actividades de mercadotecnia son entrometidas.
- 3.- La mercadotecnia es manipulativa.
- 4.- La mercadotecnia engaña.

I.A.7.- Beneficios asociados con la mercadotecnia:

Kotler, señala que el principal beneficio es que las instituciones que aplican mercadotecnia, llegan a sus objetivos de manera más eficiente, por lo que la mercadotecnia es la disciplina aplicada más concerniente con el manejo de la eficiencia y la eficacia; la mercadotecnia debe producir tres beneficios principales para la organización y su público:

- 1.- **Mejorar la satisfacción del mercado meta:** Nos ayuda a medir y a satisfacer las necesidades de los consumidores, gracias a ello tiende a mejorar el nivel de servicio al cliente así como su completa satisfacción.
- 2.- **Ayuda a la mejor atracción de los recursos de mercadotecnia:** se refiere a las estrategias de mercadotecnia de los donadores quienes gracias a ellos las instituciones pueden sobrevivir económicamente hablando.
- 3.- **Mejorar la eficiencia en actividades de mercadotecnia:** Aquí se encarga de coordinar y administrar el desarrollo del producto, precio, publicidad y distribución.¹⁷

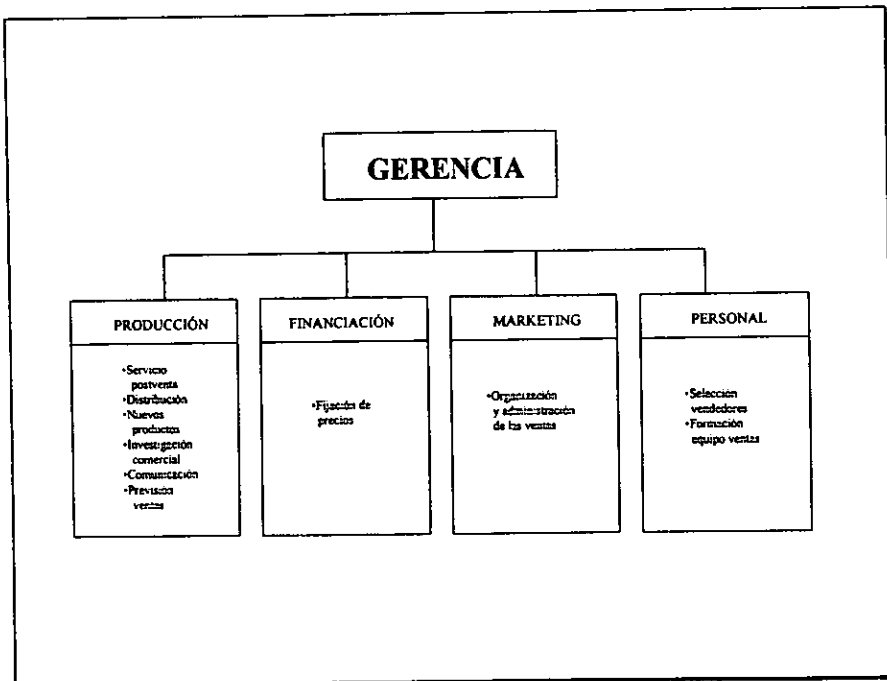
¹⁷ Philip Kotler, Marketing For Non Profit Organizations, Editorial Prentice-Hall, 4 Edición, USA, 1987

1.A.8.- Funciones del Departamento de Mercadotecnia:

Las funciones de la mercadotecnia se han ido modificando con el paso del tiempo. En una empresa orientada a la producción las funciones de la mercadotecnia se limitaban a la organización y administración de las ventas. El departamento de personal se encargaba de la selección y formación de vendedores, el departamento de financiación se encargaba de fijar los precios, el departamento de producción de la transformación y otras actividades de naturaleza comercial.¹⁸ Véase el cuadro No.1

EVOLUCIÓN DE LAS FUNCIONES DE MERCADOTECNIA

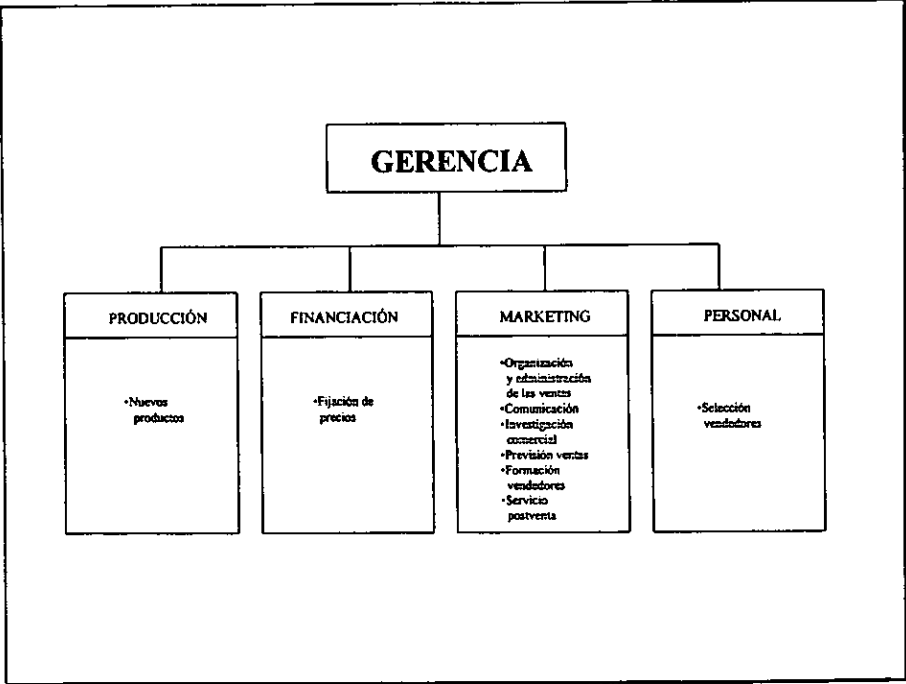
Cuadro No.1



En las empresas orientadas a la venta, parte de las funciones hasta entonces propias de otros departamentos son asumidas por el de mercadotecnia, llevando con esto al departamento a ocupar un lugar muy importante en la investigación, pronósticos y planeación de estas empresas.¹⁹ Ver cuadro No. 2

EVOLUCIÓN DE LAS FUNCIONES DE MERCADOTECNIA

Cuadro No.2

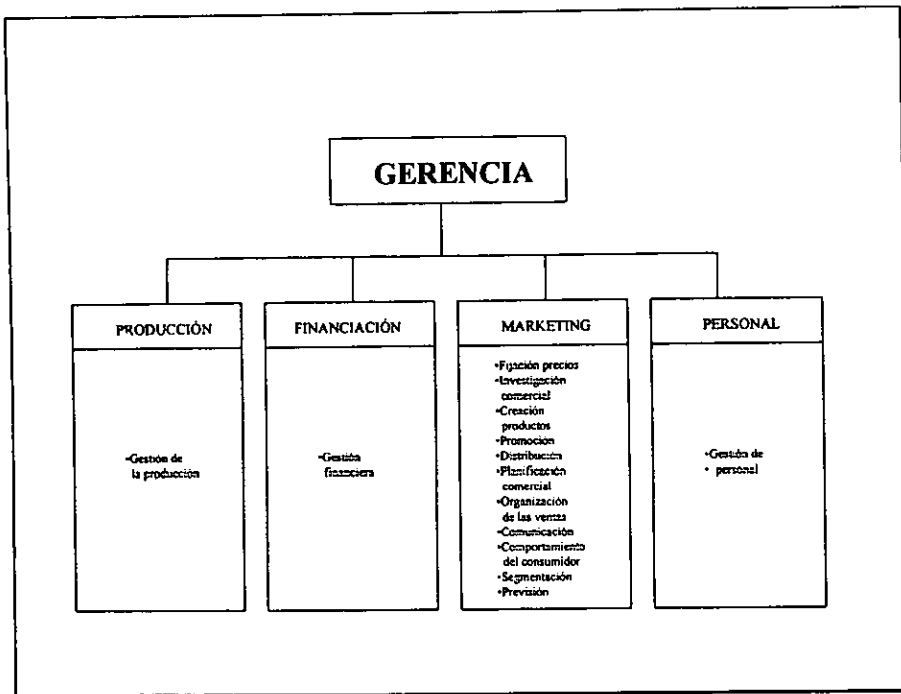


¹⁸ Grande, Ildefonso, Dirección de Marketing, México, McGraw-Hill, 1992, pp. 401

Una empresa orientada a la mercadotecnia, los departamentos de producción, finanzas y personal se ocupan de la gestión de la empresa dentro de sus áreas de competencia. El departamento de mercadotecnia va ampliando sus funciones y grados de compromiso y responsabilidad con la empresa.²⁰ Ver cuadro No.3

EVOLUCIÓN DE LAS FUNCIONES DE MERCADOTECNIA

Cuadro No.3



¹⁹ Grande, Ildefonso, Op Cit, p 17

²⁰ Grande, Ildefonso, Op Cit, p 17

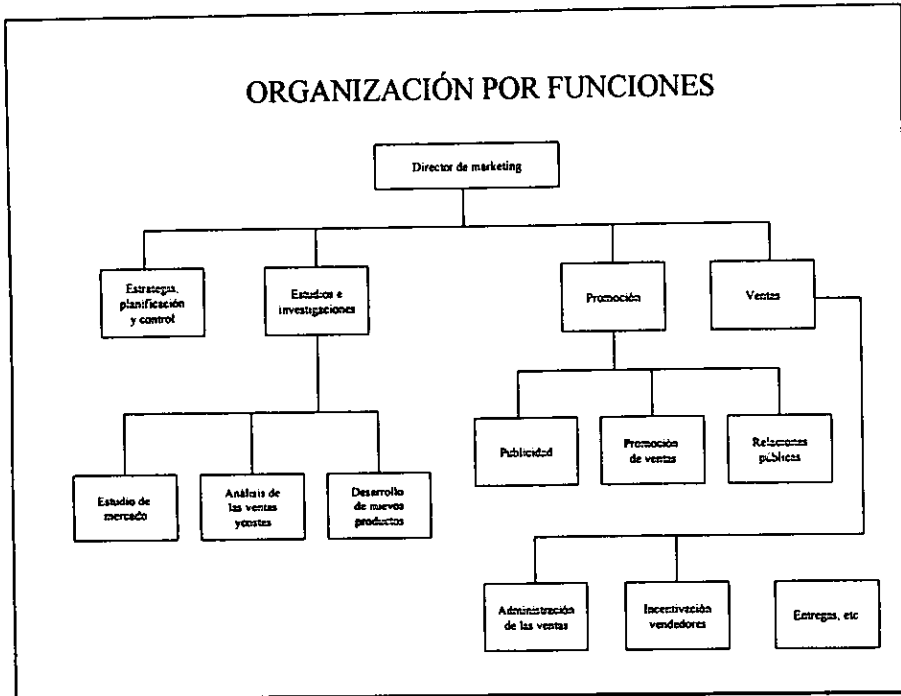
I.A.9.- Organización de Mercadotecnia:

Las formas más habituales de organización del departamento de mercadotecnia están en función de: si es una organización funcional, organización por productos, organización por mercados o territorios, organización por clientes y organización mixta.

I.A.9.a.- Organización funcional: es una forma de organización muy adecuada para una empresa que trabaje con pocos productos escamente diferenciados y que actúa en mercados homogéneos y no muy extensos. Consiste en aislar cada una de las actividades de la mercadotecnia y en crear las correspondientes secciones o subdepartamentos especializados en función de las siguientes Ps. de la mezcla de mercadotecnia (producto, plaza, promoción). Los encargados de cada una de las áreas son responsables de las actividades que les son encomendadas, pero carecen de visión sistémica e integral sobre la actividad general del departamento.²¹ Ver cuadro No. 4

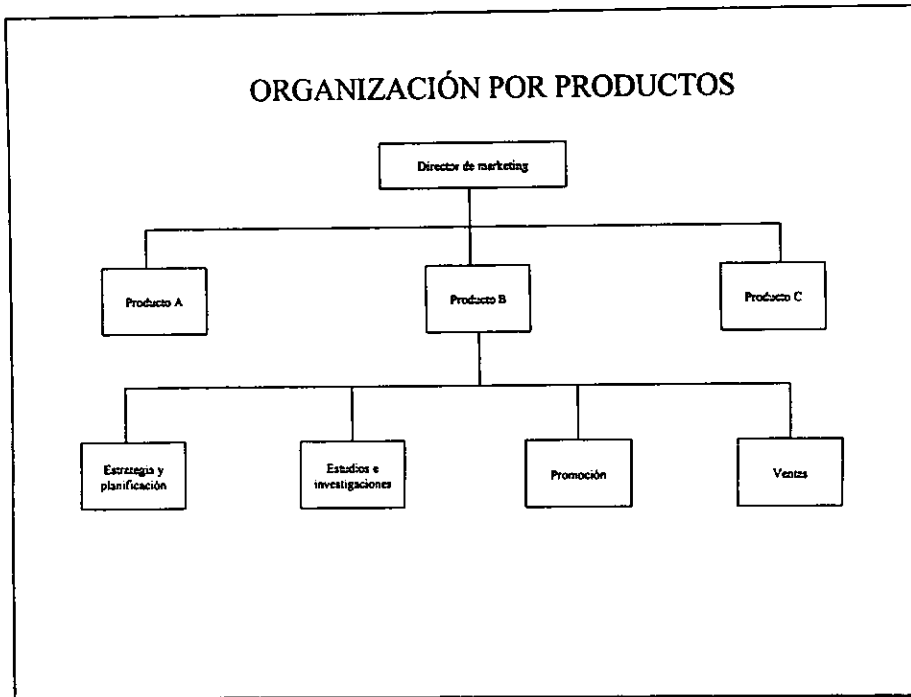
²¹ Grande, Ildefonso, Op Cit, pp. 26 a 28

Cuadro No. 4



I.A.9.b.- Organización por productos: cuando las empresas venden productos altamente diferenciados, con canales de distribución y clientes muy distintos se crea una estructura organizacional por productos, adoptando para cada uno de ellos una especialización por funciones. Se puede presentar la multiplicidad de funciones que pueden afectar la eficiencia y encarecer las actividades de la mercadotecnia. El responsable de cada marca o producto tiene presupuesto y libertad para realizar las diversas funciones de estudios e investigaciones, promoción, ventas, estrategias y planificación. Ver cuadro No.5.

Cuadro No. 5



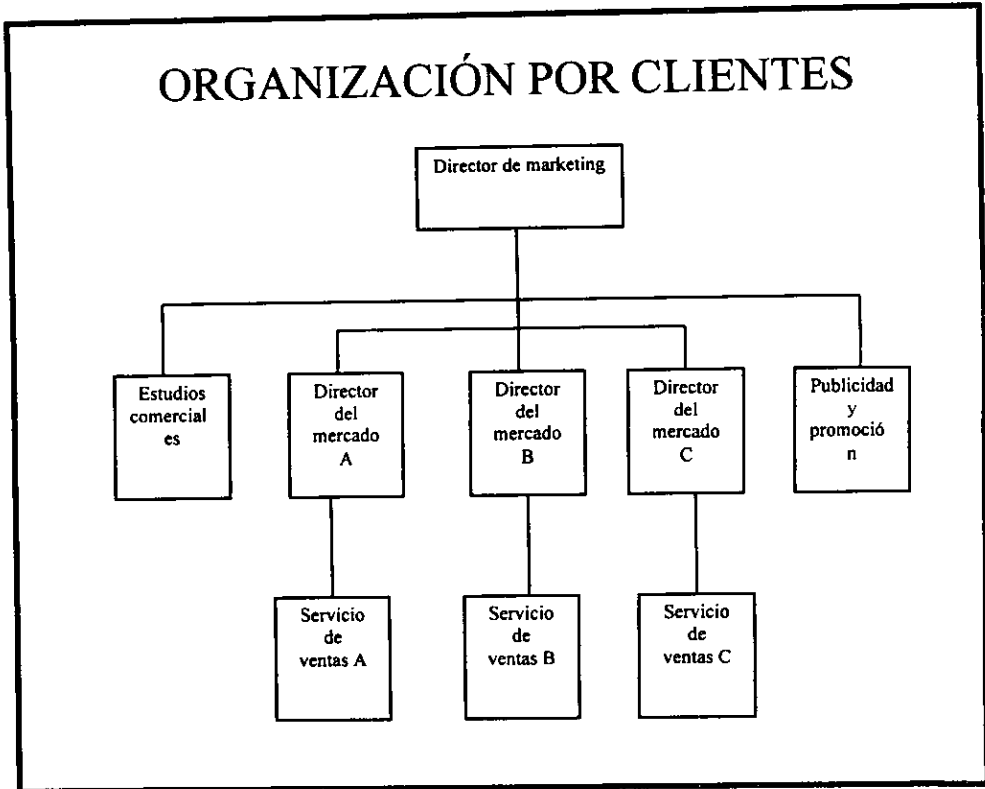
I.A.9.c.- Organización por mercados o territorios: cuando los productos son bastante homogéneos pero se realizan actividades en áreas geográficas extensas y heterogéneas se debe adoptar una organización por mercados o territorios. Las razones de adopción de este tipo de organización se fundamenta en que las características de los consumidores, nivel socioeconómico, demografía, cultura y gustos, pueden variar de territorio a territorio. Las empresas se desempeñan mediante direcciones regionales que tienen como responsabilidad el realizar las diversas funciones de la mercadotecnia con su respectivo apoyo en estudios comerciales, de publicidad y promoción. Ver cuadro No. 6

Cuadro No.6



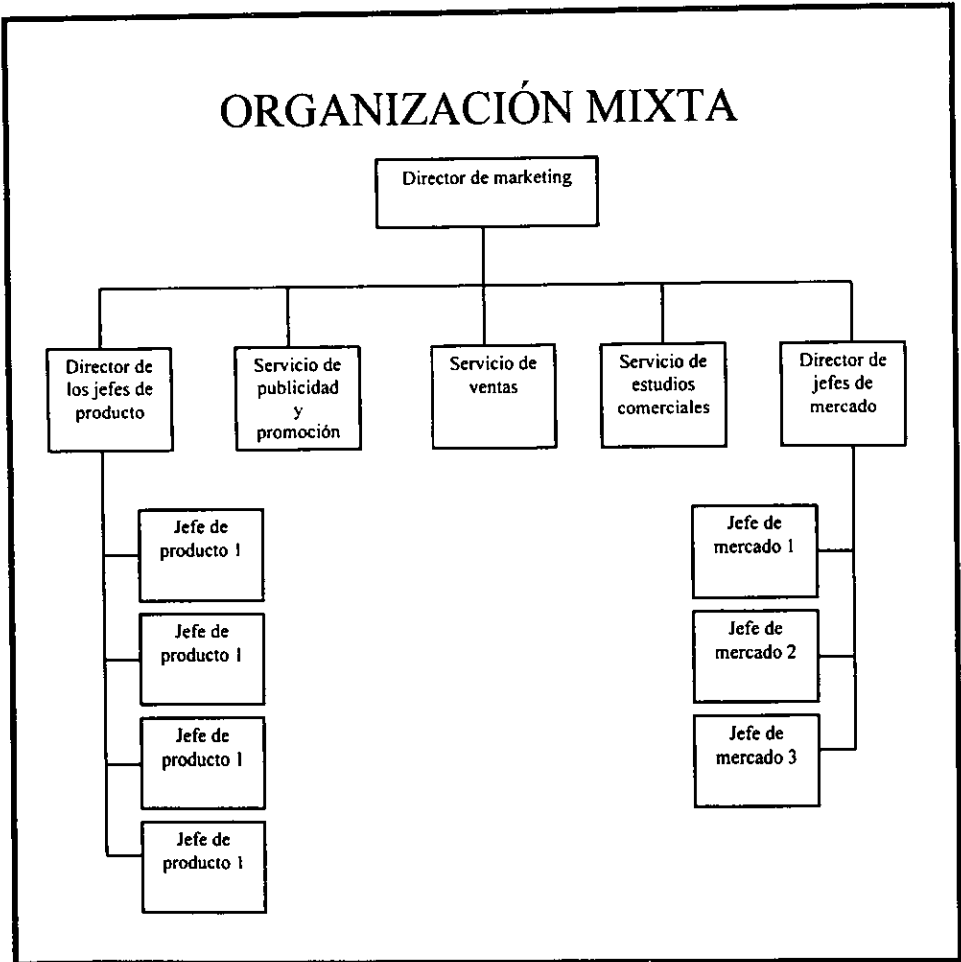
I.A.9.d.- Organización por clientes: este tipo de organización se adopta cuando se venden productos que son homogéneos a grupos de consumidores que son heterogéneos. Los consumidores se caracterizan por rasgos muy bien diferenciados que exigen a la empresa una especialización de sus recursos y orientados a ofrecer los productos o servicios solicitados por estos. Este tipo de organización contribuye a identificar al cliente y tener un adecuado perfil del mismo. Los responsables de los submercados determinados por el tipo de clientela controlan primordialmente a la fuerza de ventas y las actividades de comunicación. Otras, como planificación, desarrollo e investigación comercial no son ejecutadas por este nivel. Ver cuadro No. 7

Cuadro No. 7



I.A.9.e.- Organización mixta: esta estructura de organización, es una combinación de las ya expuestas en las gráficas anteriores. Es un modelo muy complejo que se diseña de manera tal que se adecúe a las necesidades de la mercadotecnia. Se puede observar en este modelo una gran carga de subdepartamentos que contribuyen a la sobrecarga de la nomina de la empresa. Ver cuadro No. 8.

Cuadro No. 8



I. B.- MERCADOTECNIA DE SERVICIOS Y ORGANIZACIONES NO LUCRATIVAS:

Ultimamente la mercadotecnia se ha estado aplicando en las instituciones de servicios y más recientemente en instituciones no lucrativas o gubernamentales: hospitales, escuelas, universidades, museos, asociaciones civiles sin ánimo de lucro (alcohólicos anónimos, neuróticos anónimos y Cruz Roja entre otras).

La mercadotecnia de servicios también ha tenido un crecimiento exponencial en los últimos años en los países desarrollados, como Francia, país en donde se dio inicio a la mercadotecnia de servicios en los principios de los setentas, Estados Unidos, España y entre otros.

Las universidades preocupadas por incrementar los alumnos inscritos en cada periodo se están inclinando cada día más por poner en práctica las ideas de la mercadotecnia. Práctica que confunde el conocimiento sencillo, claro y puro de la disciplina de la mercadotecnia, ya que la ven como la gran salvadora de las ventas en las empresas.

La mercadotecnia no tiene dueño ni etiqueta empresarial y organizacional, sus principios y filosofía es aplicable a cualquier tipo de organización en donde exista una transacción de cualquier naturaleza.²²

- **Iglesia:** da tranquilidad espiritual y regocijo a cambio de voluntad y donativos. Por lo que necesitan realizar estudios sobre sus principales seguidores (¿De dónde vienen?, ¿De qué estrato socioeconómico provienen?, ¿De qué edad son?, ¿De qué sexo son?, ¿A qué se dedican?, ¿Cuál sería el mejor horario para ofrecerles el servicio?, ¿Cuál es su estado civil y a qué vienen?. Estos son algunos de los interrogantes de la mercadotecnia, de interés para las Iglesias).

- **Escuelas públicas:** ofrece cursos educativos y formación de personas útiles para la sociedad a cambio de la percepción de colegiaturas y de la asignación del presupuesto anual que proviene de los impuestos y de otros ingresos económicos de un país.

- **Escuelas privadas:** también ofrecen cursos educativos y formación de personas útiles para la sociedad a cambio de las colegiaturas y donativos que permitan la operación óptima y eficiente.

- **Hospitales públicos:** ofrecen servicios específicos de atención en salud para colaborar con personas sanas que contribuyan a la sociedad a cambio de una módica suma denominada cuota de recuperación y al presupuesto anual que proviene de la percepción de los impuestos y de otros ingresos de un país.

²² Philip Kotler, Marketing For Non Profit Organizations, Editorial Prentice-Hall, 4 Edición, USA, 1987

- **Hospitales privados:** de igual manera que en los públicos, ofrece servicios específicos de atención en salud a cambio del dinero del usuario, producto del precio que los hospitales cobran por los servicios proporcionados.

- **Instituciones de Beneficio Social:** en este apartado entran todas las organizaciones sin ánimo de lucro que persiguen como fin el modificar o cambiar un comportamiento o actitud nociva de un segmento específico de la población y contribuir de ésta manera con el logro del bienestar bio-psico-social de la población, a cambio de la buena voluntad del segmento al que se están dirigiendo. En este tipo de organizaciones es muy importante el desarrollo de dos tipos de mercadotecnia:

1.- La mercadotecnia dirigida a optimizar la labor de la empresa y a satisfacer de la mejor manera las necesidades de sus usuarios meta. Mercadotecnia para saber como distribuir mejor sus escasos recursos satisfaciendo de la mejor manera las necesidades de sus usuarios sin descuidar el bienestar de la organización.

2.- La mercadotecnia dirigida a los donadores quienes son los que dan el ingreso suficiente para que la organización sobreviva en un medio económico como el actual. Mercadotecnia para saber como percibir mayores ingresos y tener donadores satisfechos y fieles.

Para fines de ilustrar más el marco teórico voy a mencionar la evolución de la mercadotecnia en los Bancos citada por Kotler. La mercadotecnia llegó a los Bancos a fines de los años 50s, no en forma de concepto de mercadotecnia sino en la de concepto de publicidad y promoción, posteriormente los bancos se dieron cuenta que lo difícil no es traer clientes sino el de retenerlos o el de tener clientes leales, por lo que se vieron en la necesidad de modificar la presentación y capacitación a sus empleados para *agradar y complacer al cliente*. Esto llevó a que todos los bancos que quisieran permanecer en el mercado ofrecieran un servicio muy amigable.

En vista de que la competencia reaccionaba de manera muy rápida a las estrategias de mercadotecnia, se vieron en la necesidad de replantear para encontrar una ventaja diferencial y no de ver a la mercadotecnia de manera tan limitada; por lo que se le da inicio a la mercadotecnia como innovación y en base a su misión y objetivos, llegan los bancos a la conclusión que no se concretan al negocio de los ahorros, sino que se encuentran en el negocio de satisfacer las necesidades financieras, variadas y cambiantes de los clientes. Por lo que los bancos empezaron a pensar en innovación continua de nuevos y valiosos servicios al cliente: tarjetas de crédito, diversos tipos de cuentas, préstamos bancarios, etc. el Bank of América, ofrecía en la década de los 80s alrededor de 350 productos financieros a sus clientes.

Después de que todos los bancos se anuncian, sonríen y realizan innovaciones, se ven todos iguales y llegan a comprender que ningún banco es mejor para todos los clientes, ninguno puede ofrecer todos los productos, por lo que cada banco debe escoger según sus fortalezas y debilidades su posicionamiento (El posicionamiento es un esfuerzo por distinguir al banco de sus competidores dentro de dimensiones reales con el objeto de convertirse en el banco preferido para cierto segmento del mercado) en el mercado.

Hoy existe un concepto más elevado de la mercadotecnia bancaria, que representa a la mercadotecnia moderna. Instalaciones de sistema de análisis de mercado, planeación de mercadotecnia y control.²³

I.B.1.- Tipos de mercadotecnia en el servicio:

Las organizaciones de servicio deben practicar la mercadotecnia de manera global e integral tomando en cuenta los tres tipos de mercadotecnia en las instituciones de servicio. (Ver figura. 3)

- I.- Mercadotecnia interna.
- II- Mercadotecnia interactiva.
- III.- Mercadotecnia externa.²⁴

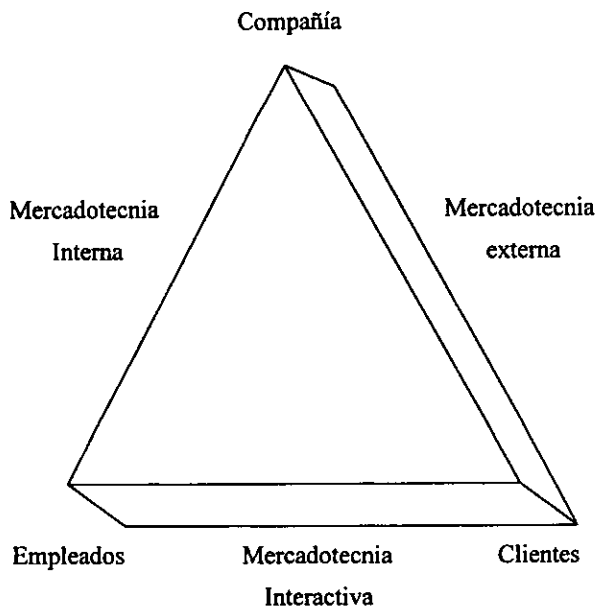


Figura No. 3

Tres tipos de mercadotecnia en la industria de servicios.

²³ Philip Kotler, Dirección de la mercadotecnia, México, 4 Edición, Diana, 1988, pp.867.

²⁴ Armstrong, Gary, Kotler, Philip, Mercadotecnia, México, 6 Edición, Prentice-Hall, 1996 pp. 762 a 791

I.B.1.a.- Mercadotecnia externa:

La mercadotecnia externa describe el trabajo normal hacia el exterior de toda organización, para dar a conocer el servicio, precio, comunicación, distribución y promoción hacia a los usuarios, es todo aquello que los usuarios actuales y potenciales pueden ver:

Compañía = (Mercadotecnia externa) = Clientes

I.B.1.b.- Mercadotecnia interna:

La mercadotecnia interna describe el trabajo de la compañía para entrenar y motivar a sus clientes internos, es decir: sus empleados y personal de apoyo que contribuyen en la entrega del servicio para que se ofrezca la mejor satisfacción al cliente: Por lo que se debe tener una orientación hacia el cliente para evitar que gran parte del servicio se ofrezca de la manera inadecuada y correr el riesgo de perder a clientes actuales y potenciales de la institución. No es visible para los usuarios del servicio:

Compañía = (Mercadotecnia interna) = Empleados

I.B.1.c.- Mercadotecnia interactiva:

La mercadotecnia interactiva describe la habilidad del empleado en el manejo del contacto con el cliente, en la mercadotecnia de servicios la calidad está relacionada con la persona que entrega el servicio, esto es especialmente cierto en los servicios profesionales, en donde el cliente juzga la calidad del servicio no sólo por su calidad técnica, sino también por su calidad funcional, por ejemplo: el cirujano mostró responsabilidad, inspiró confianza, etc.

Los profesionistas no deben suponer que satisfacen totalmente a sus usuarios por el simple hecho de proporcionar un buen servicio técnico, por lo que todo profesional debe dominar las técnicas de la mercadotecnia interactiva. Al igual que en la mercadotecnia interna esta no es visible para el usuario, ya que se refiere a todos los esfuerzos internos de las instituciones para ofrecer de la mejor manera sus servicios.²⁵

Empleados = (Mercadotecnia interactiva) = Clientes

²⁵ Kotler, Philip, Dirección y Administración de la Mercadotecnia, Edit. Prentice Hall, México, 1991

I.B.2.- Modelo de la calidad del servicio:

Zeithaml, y Leonard L. Berry, han conceptualizado un modelo de la calidad del servicio y las implicaciones para futuras investigaciones en donde se destacan los principales requerimientos para que se entregue la calidad del servicio esperado.

El modelo identifica cinco brechas que enmarcan los motivos de entrega de un servicio sin éxito.²⁶

- a.- Brecha I, entre las expectativas del consumidor y la percepción de la administración: Los administradores no siempre perciben correctamente lo que los clientes quieren o la forma en que los clientes juzgan a los componentes, por ejemplo: el administrador de un hospital puede pensar que los pacientes juzgan el servicio del hospital por la calidad de los alimentos, en tanto que a los pacientes puede importarles más la sensibilidad de las enfermeras y del cuerpo médico.
- b.- Brecha II, entre las percepciones de la administración y las especificaciones de la calidad del servicio: La administración podría no establecer normas de calidad o no ser éstas muy claras o bien ser claras pero no realistas pero la administración podría no estar totalmente comprometida para llegar a este nivel de calidad, por ejemplo: La administración de un hospital puede creer que los teléfonos se contesten inmediatamente de haber sonado, pero no proporciona operadores eficientes, ni hace mucho al respecto cuando el servicio baja la calidad.

Es importante señalar que las especificaciones de calidad estarán sujetas a la percepción del administrador, sin tomar en cuenta la percepción global de los jefes de departamentos sobre las normas de calidad.
- c.- Brecha III, entre las especificaciones de la calidad del servicio y la entrega del servicio: Muchos factores afectan la entrega del servicio, el personal podría estar mal capacitado o en estados de ánimos inadecuados para dar el servicio, carga de trabajo excesiva, fallas en el equipo, grados de tensión o estrés, etc., ejemplo: La enfermera que tiene que entregar su turno o guardia hace que esté más preocupada y afanada por entregar el turno que por el prestar en esos momentos el servicio con los mismos estándares de calidad, el médico abrumado por la carga de trabajo y en fin todo aquel personal que no se encuentra emocionalmente equilibrado para dar un buen servicio dentro de cualquier institución prestadora de servicios.
- d.- Brecha IV, entre la entrega del servicio y la comunicación externa: Las expectativas del consumidor se ven afectadas por la promesa de la comunicación externa o publicidad creadas por el prestador del servicio, por ejemplo, el hospital que comunica a la población que ofrecen instalaciones limpias y trato amable, deben ser congruentes con lo que externan y evitar que posibles usuarios se encuentren con las instalaciones sucias y descuidadas, así como con personal molesto y desinteresado por el servicio.

²⁶ Kotler, Phillip, Op Cit, p. 280

e.- Brecha V, entre el servicio esperado y el servicio percibido: Esta brecha tiene lugar cuando se presentan una o más de las brechas anteriores. Nos aclara el porqué los prestadores de servicio tienen dificultad para entregar la calidad del servicio esperado.

I. C.- MERCADOTECNIA HOSPITALARIA:

Los hospitales también preocupados por incrementar el número de usuarios por servicios específicos (práctica insana), se están preocupando cada día más por la disciplina de la mercadotecnia. El Hospital Evanston, de Evanston, Illinois (Chicago, U.S.A.) nombró a principios de los 70 al primer vicepresidente de mercadotecnia en el mundo para un hospital²⁷

En México, al inicio de los noventa en 1993, el Hospital ABC o Inglés, incorpora en su estructura de la organización el departamento de mercadotecnia²⁸, siendo el primer y único hospital en México, que en estos momentos cuenta con un departamento formal de mercadotecnia. Esta acción la podemos ver como una gran presión ejercida por la apertura comercial entre Estados Unidos, Canadá y México (el tratado trilateral de libre comercio "TLC"). Otros hospitales privados como el hospital Angeles del Pedregal o Humana, han estado laborando en los últimos años con grupos de Staff expertos en mercadotecnia, el cual ha sido de gran utilidad para el diseño de nuevas formas de hacer tangible los servicios que se ofrecen, desarrollo y evaluación de las campañas publicitarias que se planean año con año, estrategias de selección de medios de comunicación entre otras actividades de la mercadotecnia hospitalaria externa.

Con el deseo imperante de las organizaciones por operar con la filosofía de la calidad total, como medio para poder sobrevivir en estos tiempos de turbulencia y cambios constantes, ha hecho de la mercadotecnia de servicios una técnica muy útil para conocer las necesidades y deseos de la población objetivo, y buscar la mejor manera de satisfacerlos.

En recientes investigaciones de carácter exploratorio dirigida a los directivos de los hospitales de México, D.F., me he encontrado con una percepción errónea de lo que es la mercadotecnia. En su gran mayoría utiliza el concepto de mercadotecnia como sinónimo de publicidad; todos los encuestados manifestaron tener un conocimiento de nulo a deficiente de la disciplina de la mercadotecnia, pero a pesar de ello en su gran mayoría sí está de acuerdo en trabajar con los principios de la mercadotecnia.

El nivel de conocimiento de los encuestados hacia la mercadotecnia es nulo y su disposición para con ella es bastante alto, por lo que veo una gran oportunidad para explorar de manera cuantitativa y cualitativa a los directivos de los hospitales y de ahí desencadenar una serie de medidas o procesos para la incorporación y desarrollo de la mercadotecnia en los hospitales de México, D.F., y área conurbada.

²⁷ Kotler, Phillip, Dirección de la Mercadotecnia, México, 4 Editorial Diana, 1988, 867 pp.

²⁸ Publicación interna del Hospital ABC. México, 1995

Las instituciones de salud pública como las instituciones de seguridad social, no son ajenas a los cambios del medio en el que están sumergidas. El problema en este segmento del mercado hospitalario es más agudo, pues la ignorancia de los principios de la mercadotecnia es muy grande y la negativa hacia la mercadotecnia lo es aún mayor; se consideran organizaciones honestas en donde no puede operar la mercadotecnia, ¡no se pueden ni deben ver como mercaderes de la salud!, ¡no se puede comerciar con la salud!, ¡la mercadotecnia no aplica en el Sector Público!, ¡ah! pero si aplica y muy bien en el Sector Salud privado y entre otras afirmaciones que lo único que hace es reforzar la negativa del personal que está involucrado con la toma de decisión de este sector hacia la mercadotecnia como filosofía o disciplina en pro de la nueva administración hospitalaria sin importar nivel de atención ni clasificación.

Los hospitales en estos tiempos reconocen que tienen que enfrentarse a problemas mercadológicos y que sus clientes o usuarios, donadores y otros, les recuerdan su dependencia del mercado.

Estas organizaciones enfrentan cambios de actitudes y necesidades por parte de los clientes, incremento de la competencia tanto pública como privada y también problemas macroeconómicos. En estos tiempos los administradores están forzados a fijarse en la mercadotecnia, observar en como esta disciplina los puede auxiliar para poder así mantener a las instituciones con vida en un ambiente de constante cambio.

I.C.1.- Orientación de las instituciones en el mercado:

Existen tres tipos de orientación de las instituciones en el mercado:

I.C.1a.- Orientación al producto: Son todas aquellas instituciones que tienen como actividad primordial el de realizar todos sus esfuerzos hacia la eficiencia del producto en el proceso de la producción y la distribución.

Para el caso de un hospital nos encontramos con hospitales que cuentan con los mejores especialistas de la región y por tener este calificativo no se preocupan por los cambios en el mercado, ya que el uso de un hospital privado se debe en gran parte por los pacientes canalizados por los médicos; estadísticas recientes mencionan que el 70% de los pacientes que usan un hospital son canalizados por el propio médico, luego entonces, el cliente principal de un hospital privado es el médico. (por lo que debe realizar actividades de mercadotecnia para allegarse de los médicos más prestigiados de la región y garantizar en estos tiempos la productividad y rentabilidad de sus hospitales).

El entorno hospitalario mexicano se comporta en su gran mayoría como se mencionó anteriormente, pero nos encontramos con variantes que están modificando las estadísticas:

Contratación de hospitales con grandes corporaciones o grupos: hay hospitales privados en México que del 50 al 60 % de sus usuarios provienen de estos tipos de convenios. Importando en estas transacciones la buena imagen de la institución para atraer a las organizaciones dentro de un mercado hospitalario competitivo. (convenios con Bancos y otras firmas de prestigio en el país).

- Los seguros de Gastos Médicos Mayores: este fenómeno se ha acrecentado en los últimos años y vemos que un gran porcentaje de los usuarios de un hospital se debe a terceros. Se calcula que el sector atiende el 36% de la demanda efectiva y dispone del 28% de las camas de hospital en México. (estadísticas proporcionadas por el documento "El ejercicio profesional del médico ante la apertura comercial", expuesto por el Presidente de la Comisión Mexicana de Certificación Hospitalaria, Dr. Antonio Hurtado B, en el Foro Trinacional de Certificación Hospitalaria).

- Las nuevas modalidades de atención médica: hemos visto que en estos tres últimos años se ha incrementado la oferta de nuevas modalidades de los cuidados de la salud en México, consecuencia de lo que está pasando con su vecino del norte desde hace ya muchos años: Hom-Care: Cuidados de los pacientes en sus casas. Se calcula que más del 60 % de los hospitales de Estados Unidos proveen al menos algún nivel de servicio a domicilio. (Kettelhot, Michael C./1992). En México, no se cuenta con estadísticas pero ya están funcionando las nuevas modalidades como lo es el mismo Home-Care, Medi-Care, Médica Movil, DRGs, etc.

I.C.1.b.- Orientación a las ventas: Son aquellas que ven como actividad principal para tener más mercado a la fuerza de ventas.

En un hospital por la característica misma del servicio no ha sido bien visto tener un departamento de venta de sus productos, por lo que la forma tradicional de vender es a través de sus propios médicos.

I.C.1.c.- Orientación a la mercadotecnia: Lo vital es determinar las necesidades y deseos de los mercados meta, así como satisfacerlos a través del diseño, comunicación, precio, y productos o servicios adecuados, viables y competitivos.²⁹

Burns, Jhon, en su artículo publicado en 1992, y que forma parte de la bibliografía de este trabajo afirma que el 71 % de los hospitales de Estados Unidos sostienen que sus ventas se deben a la mercadotecnia, el 55 % afirma que utiliza algún paquete de base de datos utilizando sistemas de recolección de información de las necesidades de los pacientes y encontró que los hospitales han visto que es más redituable invertir en investigaciones de mercados y estrategias de mercadotecnia que involucre directamente al paciente y no tanto en publicidad comercial; Gregory J. Brad, en su investigación de 1992, nos dice que las organizaciones dedicadas a la salud en Estados Unidos, gastan más de 2000 millones de dólares al año en mercadotecnia; Parry, Mark, también en 1992, encontró que en los hospitales en donde se ha aplicado la mercadotecnia se ha visto que hay un crecimiento en

²⁹ Philip Kotler, Marketing For Non Profit Organizations, Editorial Prentice - Hall, 4 Edición, USA, 1987

la responsabilidad de los médicos y crecimiento en la responsabilidad de todos los empleados del hospital; Kettlehot, Michael C, en 1992, nos menciona que el entorno de los hospitales ha cambiado en las dos últimas décadas:

- Cambios en las necesidades de los usuarios.
- Cambios tecnológicos.
- Cambios en competidores.
- Cambios económicos.
- Cambios en regulaciones legales.

En México, aparte de los cambios mencionados por Kettlehut, nos encontramos ante los cambios que se están dando por la apertura comercial entre Estados Unidos, México y Canadá:

- Incorporación o autorización para entrar al país 40 firmas de seguros (incrementando en un 100 % la oferta que existía anteriormente)
- Alianzas estratégicas de hospitales de Estados Unidos con México: La empresa Ren de USA, se asoció en 1993, con el complejo Médica Sur, México, D.F., y se encuentra en pláticas con la clínica Mayo de Rochester.³⁰

Proyecto "Diseño para el cuidado de la Salud", se va a afiliarse La Clínica Baylor con el Hospital de Saltillo, Coah, México y los recursos médicos de Dallas con Doctores Auxiliares de Monterrey, México.

De igual manera se encuentran los hospitales privados de México, D. F., como el ABC, Angeles del Pedregal y Español.

La mercadotecnia hospitalaria debe proporcionar:

- a.- Medios para programar nuevos servicios.
- b.- Incrementar el uso de programas existentes.
- c.- Identificación de los usuarios reales y potenciales.
- d.- Información oportuna para la toma de decisión.
- e.- Ofrecer los servicios requeridos por el mercado meta.
- f.- Lineamientos para proporcionar estos servicios.
- g.- Análisis de competencia: Participación y posicionamiento de hospitales.
- h.- Programas de capacitación para el desarrollo de la mercadotecnia interna e interactiva.

Goldman, Robert L., en una publicación realizada en 1993, mencionó los siguientes principios éticos en mercadotecnia hospitalaria:

- Se debe ver primero el bienestar del paciente.
- Evitar servicios innecesarios.
- Mantener altos estándares de honestidad y precisión.
- Ser responsable con el público.

³⁰ Periódico de circulación nacional "el Financiero", 28 de Sept. de 1993, México

Weinberg y Lovelock, han identificado cuatro características principales de las organizaciones no lucrativas al aplicar los principios de mercadotecnia:

1.- Público múltiple: Las organizaciones no lucrativas tienen cuando menos dos tipos de público:

- a.- Cliente o usuario
- b.- Donadores

Para cada uno de estos clientes se requiere un programa de mercadotecnia de manera individual.

2.- Objetivos múltiples: Las organizaciones no lucrativas tienden a perseguir varios objetivos importantes de manera simultánea.

3.- Servicio en vez de bienes tangibles: La mayoría de las organizaciones no lucrativas, están encaminadas a proporcionar servicio en vez de productos. Los servicios tienen la característica de ser intangibles, inseparables, variables y sin uso posterior, por lo que estas organizaciones deberán tener en mente estas características de los servicios al crear cualquier plan o estrategia de mercadotecnia.

4.- Están sujetos a presión pública: Las organizaciones no lucrativas de un país estarán en presiones públicas ya que es de gran interés a nivel político.

Los hospitales están aplicando mercadotecnia que les permite solucionar problemas que se les presenta:

- Dónde localizar una nueva unidad de cuidados hospitalarios.
- Cómo saber si es o no bueno otorgar cierto servicio.
- Qué programas son atractivos para su personal y para la clientela.
- Identificar a sus clientes por variables demográficas, por servicios a ofrecer, entre otras.
- Conocer la competencia.
- Desarrollo de programas de calidad para mejorar el servicio.
- Estudio y pronóstico de la demanda por servicios.

I.C.2.- Hospitales en México.

I.C.2.a.- Clasificación hospitalaria:

El reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica, clasifica a los servicios de salud en tres tipos: de Atención Médica, de Salud Pública y de Asistencia Social.

Para fines de esta investigación vamos a estar centrados en la Atención Médica, definida como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

El artículo 69 del reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica expedido en abril de 1986, en el capítulo IV contiene las disposiciones para la prestación de servicios hospitalarios, definiendo a los hospitales "como todo establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que tenga como finalidad la atención de enfermos que se internen para su diagnóstico, tratamiento de formación y desarrollo de personal para la salud y de investigación. Este reglamento desacuero al grado de complejidad y poder de resolución clasifica a los hospitales en: Generales, de Especialidades e Institutos Nacionales (Art. 70)

El sistema Nacional de Salud de México, está compuesto por las instituciones públicas, las de seguridad social y las del sector privado. Las de seguridad social tienen una cobertura a nivel nacional del 50 % de la población, proporcionando sus servicios a derechohabientes que cotizan por ley al contar con un empleo; su financiamiento se genera por medio de las aportaciones de cuotas de los empleadores, empleados y de una participación de los gobiernos Federal o Estatal.

Las instituciones públicas proporcionan servicios a población no asegurada que generalmente no cuenta con una relación formal de trabajo, con una cobertura a nivel nacional del 30% de la población. Su financiamiento proviene del estado por medio de la recaudación fiscal.

La Secretaría de Salud, coordina las acciones del sector público, que son plasmadas en un programa sectorial de mediano plazo, denominado Programa Nacional de Salud, el cual se elabora cada seis años y forma parte del Plan Nacional de Desarrollo 1995 al 2000.³¹

Los establecimientos del sector privado atienden a todo tipo de población sea asegurada o no, existiendo una amplia gama de opciones que varían desde lo más simple, hasta aquellas que requieren de alta especialidad y sofisticada tecnología. El financiamiento se debe gracias al usuario, pero en los últimos años se ha incrementado significativamente la participación de terceros, como ocurre con los seguros de gastos médicos mayores; se estima que este sector atiende el 36 % de la demanda efectiva y dispone el 28 % de las camas de hospital.

³¹ Zedillo Ponce de Leon, Plan Nacional de Desarrollo 1995 al 2000

El modelo mexicano de atención a la salud está estructurado en tres niveles de atención, correspondiendo, a las unidades hospitalarias el segundo y tercer nivel de atención. Este modelo incluye un esquema de regionalización y descentralización que contribuye especialmente las unidades enlazadas por medio de un sistema de referencia y contrarreferencia, permitiendo así la estructuración de redes de servicios capaces de proporcionar atención médica integral.³²

La Comisión Mexicana de Certificación Hospitalaria, consideró necesario establecer una clasificación de estándares hospitalarios de acuerdo a tres categorías, diferenciadas por el grado de complejidad de las unidades en: baja, mediana y alta; todo esto debido a la gran diversidad de instituciones en el sector privado, predominando las de baja complejidad.

En un censo realizado en los meses de Abril-Agosto de 1993, bajo la coordinación de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, con el apoyo de las Secretarías de Salud de las entidades federativas descentralizadas y los Servicios de Coordinación de Salud de las no descentralizadas, se obtuvo: se censaron 2165 unidades hospitalarias distribuidas en todo el territorio nacional y que suman un total de 28 000 camas. El 70 % de estas unidades corresponden a las de baja complejidad, el 20 % a las de mediana complejidad y tan solo el 10 % corresponde a las de alta complejidad.

La clasificación por grado de complejidad está dada por el número de camas, grado de especialización de los recursos humanos, la tecnología de apoyo disponible y las características de organización:

I.C.2.b.- Baja Complejidad:

RECURSOS MATERIALES

a.- Menos de 20 camas, un quirófano y una sala de expulsión.

SERVICIOS MÉDICOS

b.- Servicios Médicos: no requiere de una área de urgencias con local específico y personal especializado las 24 horas.

c.- Especialidades: se requiere de medicina general y atención de partos.

d.- Unidades Especiales: no se requiere de unidades especiales.

e.- Laboratorios: debe tener laboratorios de Hematología, Química Clínica y Parasitología.

f.- Patología Quirúrgica: no se requiere.

g.- Imagenología-Radiología: estudios simples de ultrasonido.

RECURSOS HUMANOS

h.- Recursos Humanos: requiere de médicos generales y especialistas.

i.- Enfermeras: tituladas 0 - 10 % y auxiliares de 90 - 100 %

³² Documento elaborado por el Dr. Antonio Hurtado B., Presidente de la Comisión Mexicana de Certificación Hospitalaria y expuesto en el Foro Trinacional de Certificación Hospitalaria. 1994

- j.- Personal de laboratorio: técnico laboratorista
- k.- Personal de radiología: técnico en radiología.

SERVICIOS GENERALES

- l.- Ceye: debe tener olla de presión y esterilizador eléctrico.
- m.- Servicios alimentarios: debe tener una cocina
- n.- Proceso de datos: debe contar con equipo electromecánico.

ORGANIZACIÓN

- o.- Estructura: debe tener un director general, un comité de defunciones, de infecciones intrahospitalarias y de credenciales, así como el de higiene laboral -
- p.- Formalización: No se requiere de los manuales de organización o de procedimientos.

I.C.2.c.- Mediana complejidad:

RECURSOS MATERIALES

- a.- De 21 a 80 camas, 2 quirófanos y 1 sala de expulsión.

SERVICIOS MÉDICOS

- b.- Requiere de un local de urgencias específico, personal especializado y servicio las 24 horas.
- c.- Requiere de las cuatro especialidades básicas: Pediatría, Ginecología, Cirugía y Medicina Familiar.
- d.- Debe tener área de terapia intensiva.
- e.- Debe contar con laboratorio de microbiología además de los anteriores.
- f.- Debe realizar estudios con medios de contraste y tener Tomógrafo Axial Computarizado.(conocido como TAC)

RECURSOS HUMANOS

- h.- Debe tener médicos generales, especialistas, con subespecialidades y contar el programa universitario de residencia.
- i.- Enfermeras:
 - Tituladas entre 11 - 40 %
 - Auxiliares 60 - 89 %
- j.- Debe contar con personal de laboratorio y químico.
- k.- Debe contar con técnico en radiología y médico radiólogo

SERVICIOS GENERALES

- l.- Casa de máquinas: debe tener un generador de vapor y planta eléctrica de emergencia.
- m.- Ceye: debe tener autoclave eléctrica y / o vapor.
- n.- Servicio alimentario: debe contar con cocina y dietista.

- o.- Proceso de datos: es necesario equipo electromecánico y microcomputadoras.
- p.- Estructura: debe contar con un Consejo de Administración o Patronato. Director General, Director o Subdirector Administrativo, Director o Subdirector Médico, Enseñanza e Investigación, Jefatura de Servicios Clínicos, Jefatura de Departamentos Administrativos, Comités: de Ética, de Defunciones, de Infección Intrahospitalaria, de Credenciales, de Seguridad e Higiene Laboral y de Auditoría Médica.
- q.- Formalización: se requiere de los manuales de organización.

I.C.2.c.- Alta complejidad:

RECURSOS MATERIALES

- a.- Debe contar con 80 y más camas, tener 2 quirófanos y 2 salas de expulsión.

SERVICIOS MÉDICOS

- b.- Igual que el anterior.
- c.- Debe tener las especialidades básicas y subespecialidades.
- d.- Debe contar con unidades especiales de terapia intensiva, cuidados coronarios, terapia intermedia, otras.
- e.- Debe contar con estudios especiales además de los mencionados en los de media complejidad.
- f.- Igual que la anterior.
- g.- Debe contar con Ultrasonido, TAC, Medicina Nuclear y Resonancia Magnética.

RECURSOS HUMANOS

- h.- Debe contar con médicos internos además de los anteriores.
- i.- Enfermeras:
 - Tituladas del 41 - 100 %
 - Auxiliares del 0 - 59 %
- j.- Igual que en el anterior.
- k.- Igual.

SERVICIOS GENERALES

- l.- Debe contar con planta eléctrica de emergencia y calderas.
- m.- Ceye: debe contar con autoclave eléctrico y / o de vapor y autoclave de gas.
- n.- Debe tener además nutrióloga.
- o.- Debe contar además con un equipo de cómputo centralizado.

ORGANIZACIÓN

- p.- Estructura: además de los anteriores debe contar con Gerencias y Comités de Tejidos.
- q.- Formalización: Debe tener los manuales de organización y manuales de procedimientos.

Para fines prácticos de la investigación se anexa el original del cuestionario proporcionado por la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.

I.D.- ANÁLISIS ORGANIZACIONAL

I.D.1.-Medio cambiante

Debido a que el ritmo de cambio ha estado acelerándose en el siglo XX, los administradores de las principales instituciones, tienen que estar conscientes de las tendencias, estar alertas ante posibles avances sustanciales que pudieran afectar sus operaciones.

Los grandes avances en la ciencia médica y la tecnología a finales del siglo XIX y principios del siglo XX revolucionaron el papel y las funciones del hospital. Dejó de tratarse de un lugar para que los enfermos y los pobres fueran a morir; se convirtió en la institución primordial para el tratamiento. Desde el inicio del siglo XX, el hospital ha adoptado un papel mucho más relevante en cuanto a ofrecer tratamiento y servicio médico a la sociedad en general. La tecnología y la estructura así como los sistemas administrativo y psicosocial, están también firmemente influidos por el patrón histórico de desarrollo.

Hay muchos tipos de hospitales. De los 209 privados que existen en México, D.F. y área metropolitana en 1996, 151 (72%) son hospitales con menos de 20 camas censables, 45 (22%) son hospitales que reportan de 20 a 100 camas censables y 13 (6%) son hospitales que reportan más de 100 camas.

Históricamente, los servicios de atención a la salud estuvieron muy individualizados y atendieron con especial interés estrechas interacciones interpersonales, la relación médico-enfermera-paciente. Más recientemente, lo anterior ha sido transformado en un **proceso organizacional**.

El otorgamiento de servicios de salud al pueblo estadounidense se ha convertido cada vez más en un proceso organizacional, en contraposición con uno individual. El carácter cambiante de la atención a la salud en los 10 últimos años refleja esta tendencia. Mayores porcentajes de médicos y profesionales de la salud son empleados por organizaciones; muchos más consumidores se dirigen a las organizaciones más que a los practicantes individuales para obtener servicios de salud y ha habido un crecimiento tremendo en la utilización de salas de emergencia de los hospitales. Además, las organizaciones de corte individual, tales como hospitales, clínicas, casas de asistencia y departamentos de salud, se encuentran envueltas en mayores relaciones organizacionales en las que deben no solo vincularse entre sí, sino con un creciente número de agencias externas."

El crecimiento de los programas de seguro médico, mayor participación del gobierno federal, desarrollos en la tecnología médica, profesionalización del personal de los servicios de salud y cambios en las normas sociales y los requerimientos legales han sido fuerzas importantes en la reforma del cuidado de salud.

³³ Stephen M. Shortell, "Organization Theory and Health Services Delivery," in Stephen M. Shortell and Montague Brown (eds.), *Organizational Research in Hospitals*, an INQUIRY book, Blue Cross Association, Chicago, Ill., 1976, p.1.

El gobierno federal ha apoyado el desarrollo de Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), tales como el Plan Permanente Kaiser, en California; el Plan de Seguro para la Salud, en Nueva York, y el Grupo de Cooperativa para la salud, en Washington. Estas organizaciones representan un avance importante con respecto al tradicional enfoque de pago por el servicio. "Las principales características de una HMO son el agrupamiento de instalaciones, médicos y otro tipo de personal de salud en una sola entidad organizacional que ofrece una gama total de servicios médicos para una población específicamente enrolada por una cuota fija."³⁴ Una ventaja de este arreglo es que hay un firme incentivo para practicar la medicina preventiva más que simplemente ofrecer atención médica para los enfermos graves.

I.D.2.-Objetivos y valores:

La mayoría de las organizaciones tienen a la supervivencia como uno de sus objetivos básicos. Sin embargo, pueden ser distinguidas por objetivos de segundo nivel, como son las utilidades o el servicio. Las organizaciones complejas, tienen objetivos múltiples que varían en importancia relativa.

La preocupación por la atención y el tratamiento del paciente permea el sistema de valores y los objetivos múltiples del hospital, aún cuando haya limitaciones de tecnología, economía y habilidades organizacionales. El proceso educativo para la mayoría de los participantes profesionales en el hospital subraya el cuidado del paciente. Los estándares de conducta prescritos por grupos profesionales específicos refuerzan este valor; por ejemplo, el Juramento Hipocrático de los médicos, el compromiso de Florence Nightingale de las enfermeras, y el código de ética del Colegio Norteamericano de Administradores de Hospitales. Códigos similares de otros grupos que operan en hospitales también dan preeminencia a la atención del paciente. Este valor dominante desempeña una función vital al unificar las actividades de los participantes en el sistema de hospital y ayuda a explicar la forma en que puede operar efectivamente. Hace que los participantes desempeñen sus tareas altamente especializadas hacia un fin común, con lo que surge una coordinación voluntaria de actividades.

Las metas operativas de los hospitales han estado sometidas a cambios constantes conforme los límites de sus actividades se han extendido. Con la creciente tecnología en la parte final del siglo XIX y la primera parte del XX se ha asignado mayor importancia al tratamiento. El hospital se convirtió en el taller del médico, donde éste ordena servicios "a la carta" para los pacientes. Gradualmente, el hospital ha cambiado de ser un lugar donde los médicos podrían practicar su arte, para incluir objetivos más amplios. "El hospital empezó a surgir como un centro de salud profesional, con responsabilidad institucional para un programa coordinado e identificable de servicios de atención al paciente, incluyendo control de calidad, educación e investigación."³⁵ Los objetivos y los límites de las actividades del hospital se expandieron para incluir más interés en la calidad del cuidado, en la coordinación de las diversas actividades del médico y del personal del hospital, y en la participación de programas educativos y de investigación. Cada vez más, los médicos

³⁴ Jonathon S. Rakich, Beaufort B. Longest, and Thomas R. O'Donovan, *Managing Health Care Organizations*, W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1977, p. 13.

³⁵ Robert M. Sigmund, "Professional Education for Tomorrow's Hospital Administrators: As Viewed by a Hospital Planner," *Hospital Administration*, Summer 1966, p. 27.

orientados a la práctica hospitalaria (primordialmente especialistas) se volvieron más importantes comparados con los médicos orientados a la práctica clínica (primordialmente médicos generales). Para estos médicos especialistas, el hospital más que el consultorio privado se convirtió en la institución primaria para sus actividades.

I.D.3.-Tecnología:

Las labores básicas y su tecnología relacionada determinan mucho el carácter de la organización. La forma se basa en la función, y la interacción interpersonal resulta afectada tanto por los procesos de flujo de trabajo como por la estructura de la organización. En esta sección se consideran dos aspectos de la tecnología: operativa y administrativa. Se analizarán los hospitales en términos de la tecnología utilizada 1) para realizar las tareas básicas y 2) para planear, coordinar y controlar las actividades.

A lo largo de la historia inicial del hospital, el burdo conocimiento técnico limitó severamente sus actividades. La medicina no adelantaba lo suficiente para cumplir con sus objetivos de tratamiento y curación efectiva de los pacientes; la preocupación estaba en un cuidado de custodia. El desarrollo de la tecnología médica cambió fundamentalmente los objetivos alcanzables del hospital y consecuentemente la estructura organizacional y otros subsistemas. El desarrollo de la teoría de virus de la enfermedad, los rayos X, la asepsia, los análisis patológicos, la anestesiología y las técnicas quirúrgicas, han tenido todos una profunda influencia en el hospital. La revolución tecnológica produjo cambios fundamentales en la estructura y los objetivos.

Como los médicos eran quienes controlaban y usaban la nueva tecnología, el rol del personal médico en el hospital aumentó apreciablemente como resultado de estos cambios tecnológicos. El médico y la comunidad en general desarrollaron un mayor interés en el hospital. Éste se convirtió en la institución primaria dentro de la comunidad que pudo acumular la tecnología médica (conocimiento, destreza y equipo especializado) necesaria para el tratamiento de los pacientes.

En el hospital moderno el personal médico es la fuente primordial de tecnología. Los médicos tienen el conocimiento para desempeñar las tareas con base en un entrenamiento y especialización intensivos. Las enfermeras representan una fuente de conocimiento y realizan muchas de las funciones técnicas en el hospital. También existe un creciente número de especialistas que no son parte del personal médico o de enfermeras. El químico, el bacteriólogo, el terapeuta físico, el radiólogo, el dietista, la trabajadora social y muchos otros participantes están altamente calificados y aplican su conocimiento técnico en el ámbito hospitalario. El creciente número de estos especialistas ha creado una situación organizacional más compleja.

Con mayores complejidades ha habido una creciente necesidad de mejores técnicas de organización y administración. En la organización pequeña y menos complicada, tales técnicas eran relativamente sencillas. En el hospital moderno son necesarios enfoques más perfeccionados para la coordinación de actividades.

No solamente los aspectos de conocimiento de la tecnología se tornan más avanzados y especializados, sino también los aspectos físicos de la tecnología (instalaciones, maquinaria y equipo), son más costosos y complejos. El hospital moderno enfrenta el problema de obtener y financiar equipo recién desarrollado de diagnóstico y tratamiento. Con tecnología poco avanzada un maletín negro contenía todo el equipo de un médico. Ahora los médicos requieren instalaciones muy alejadas de sus propios medios de adquisición. El hospital se ha convertido en la fuente central para la acumulación del equipo necesario y las instalaciones para el cuidado y tratamiento de paciente.

I.D.4.-Estructura:

Dividir el trabajo e integrar los resultados es un aspecto fundamental de todas las organizaciones: desde sociedades de dos personas hasta burocracias grandes y complejas. La estructura organizacional del hospital general típico difiere sustancialmente del diseño de otras organizaciones de gran escala. El hospital establece una relación única entre la autoridad formal del puesto, representada por la jerarquía administrativa y la autoridad de conocimiento, representada por los médicos practicantes y otros profesionales. Esto crea una estructura un tanto difusa y desacostumbradamente formal. Además, existen variaciones en la estructura entre los hospitales debido a las diferencias en sus medios y sus tecnologías; "La suposición básica es que hay una mayor necesidad de flexibilidad interna cuando la organización opera en un medio altamente complejo, diverso, inestable e incierto, que cuando no está operando en un medio así."³⁶ Los hospitales con un medio y tecnología estables y relativamente siempre serán más efectivos con el diseño estable-mecanicista, mientras que los hospitales con un medio dinámico y complejo, así como su tecnología, serán más adaptables con el diseño adaptable-orgánico.

Sin embargo, hay grandes variaciones entre las subunidades del hospital. Muchas actividades de rutina (de limpieza, mantenimiento y parte de la atención a los pacientes) podrían lograrse de mejor manera con un diseño estable-mecanicista, mientras que las actividades no estructuradas e innovadoras (unidades de cuidados intensivos, servicios de emergencia y actividades de investigación) podrían requerir la forma adaptable-orgánica. Por tanto, el hospital efectivo no sigue un diseño estructural básico; incluye diversas formas, dependiendo de la naturaleza del medio, la tarea y la tecnología.

Una diferenciación importante de actividades ocurre debido a la distinción entre la organización administrativa y el personal médico. Las funciones y las relaciones del personal médico con otros segmentos del hospital se basan en la situación legal del médico. El hospital como organización no puede practicar la medicina solamente los médicos tienen permiso legal para ejercerla en pacientes. El personal médico está en gran medida autogobernado y tienen como foco central los aspectos terapéuticos del tratamiento del paciente. Dicho personal en la mayoría de los hospitales generales es una estructura autónoma con un director médico, un comité ejecutivo y varios comités funcionales.

Un alto grado de diferenciación y especialización crea problemas de coordinación en el hospital. Dos problemas clave son el sistema de autoridad dual y el alto grado de

³⁶ Shortell, Op. Cit., p.9.

especialización y profesionalización. La coordinación por medio de la jerarquía organizacional es difícil. Sin embargo, los hospitales hacen un gran uso de la coordinación por medio de reglas y procedimientos administrativos. Estos medios de coordinación son más efectivos para los eventos programables y rutinarios.

Sin embargo, debido a los diversos problemas asociados con el cuidado y tratamiento de los pacientes, es imposible depender exclusivamente de los procedimientos administrativos para la coordinación. En consecuencia, uno de los medios primarios de integración es la coordinación voluntaria y la disposición de los diversos participantes a trabajar juntos para enfrentar efectivamente acontecimientos poco usuales y no rutinarios. Una fuerza básica que asegura la coordinación voluntaria es el sistema general de valores que pone la preponderancia al bienestar del paciente.

Una forma de ver esta relación es en términos de los tres subsistemas organizacionales. El consejo de fideicomisarios desempeña un papel estratégico, relacionando al hospital con su medio social y ayudándole a obtener los recursos necesarios para sus operaciones. El administrador tiene un papel estratégico y un papel coordinador de negociar e integrar los diversos recursos y las actividades de los participantes en la organización.

El personal médico tiene el papel técnico primario en términos de tratamiento del paciente.

La forma matricial es utilizada frecuentemente en los hospitales. La existencia tanto de coordinación jerárquica (vertical) mediante la departamentalización y la cadena formal de mando, y simultáneamente una coordinación lateral (horizontal) a lo largo de departamentos (el equipo de cuidado al paciente) da lugar a lo que se denomina organización matricial. El médico es el administrador del proyecto que integra las actividades de enfermeras, dietistas, terapeutas físicos, trabajadoras sociales y otros profesionales.³⁷

Los hospitales han estado expandiendo sus áreas de operación de muchas otras maneras. Por ejemplo la sala de emergencias del hospital a diferencia del médico privado se ha convertido en la fuente de atención médica primaria para muchas otras personas. A fin de responder a esta necesidad, muchos hospitales han desarrollado programas de atención primaria para atender a pacientes que no sean casos de emergencia tanto en el hospital como en unidades satélites. En contraste con la sala de emergencia donde la demanda no urgente ha sido un creciente problema, los programas de atención primaria están diseñados para el cuidado de rutina y las cuotas se fijan a fin de ser competitivos con los programas de los consultorios privados.

³⁷ Kast, Fremont, Rosenzweig, James, Administración en las organizaciones, enfoque de sistemas y de contingencias, México, 4 edición, Mcgraw-Hill, 1990, pp.754

I.D.4.a.- Organización para mercadotecnia: Berkowitz, sugiere dos tipos de organización para la mercadotecnia en hospitales: la organización orientada al producto y la orientada al mercado.³⁸ Estos modelos de organización coinciden con los enunciados en los gráficos 2 y 3 de este trabajo.

I.D.4.a.1.- Organización orientada al producto: los hospitales organizan el departamento de mercadotecnia en función de sus servicios que ofrecen. Son hospitales con la creencia de ser los mejores, preocupados por tener los mejores médicos de la zona, alta tecnología y desarrollo de servicios en función de sus amplias fortalezas.³⁹ Ver cuadro No. 9

Cuadro No. 9



³⁸ Berkowitz, Eric, *Essentials of Health Care Marketing*, USA, An Aspen Publication, 1996, pp. 409

³⁹ Berkowitz, Eric, *Op Cit*, p. 25

I.D.4.a.2.- Organización orientada al mercado: en esta estructura organizacional podemos ver un preocupación por identificar primero a los mercados y en función de ello se debe reestructurar la organización para ofrecer el servicio demandado. Varios hospitales estudian primero la capacidad de respuesta del mercado hacia los servicios a ofrecer y en función de ello ofrecen sus principales servicios.⁴⁰ Ver cuadro No. 10

Cuadro No. 10



I.D.5.-Sistema psicosocial:

La gente se compromete en la interacción social para realizar actividades organizacionales. Los recursos humanos son necesarios a pesar del uso de tecnología moderna. El conocimiento sobre relaciones interpersonales y patrones de comunicación ayuda a entender la dinámica de grupos y la efectividad del liderazgo en situaciones diferentes.

El paciente es obviamente uno de los principales individuos en el hospital; simultáneamente, es el cliente y el producto del hospital. Los pacientes ingresan al hospital sin quererlo, en el mejor de los casos, con una cierta cantidad de temor y miedo.

⁴⁰ Berkowitz, Eric, Op Cit, p 27

Quizá una motivación dominante es poder salir del hospital por su propio pie tan rápidamente como sea posible. El estatus externo del paciente con respecto a la organización tiene poco que ver con su estatus en el hospital.

Las definiciones de *rol* prescriben que los pacientes actúen de una manera muy pasiva y de respuesta en el hospital. Están allí para aliviarse y deben cooperar con todos los profesionales de ese lugar; el personal del hospital, no los pacientes, tiene la competencia técnica para curar o aminorar los males. Por ello es muy interesante que haya una creciente conciencia de que podría haber ventajas terapéuticas en dejar que el paciente adopte un rol más activo en la estructura social del hospital. Una mayor participación del paciente se está cristalizando en hospitales mentales y de larga permanencia. Existen barreras importantes a la creación de un rol más activo socialmente para el paciente en el hospital general, donde la estancia dura un tiempo relativamente corto.

El personal médico tiene una posición de estatus alto dentro de la organización del hospital. Legalmente, es el único que puede prescribir cuidado terapéutico y tratamiento. Los médicos tienen un gran carisma. Este elevado estatus social se siente en el sistema del hospital. Y es mayormente reforzado por el grado de especialización, de conocimiento y de competencia técnica que requiere la práctica.

La dinámica de grupo dentro del personal médico es muy compleja. Aunque muchos médicos participan en la práctica independiente, deben coordinar sus actividades hospitalarias con otros colegas, enfermeras, varios departamentos de servicio, y con el personal paramédico. Esto requiere el desarrollo de efectivas relaciones de grupo. Los patrones de liderazgo están determinados más por las características y el carisma personal del médico, que por la posición formal de éste en la organización.

El cuerpo de enfermeras tiene la difícil pero importante función de coordinar la relación entre las funciones de cuidado del hospital y las funciones de curación del médico. Existe la gran tradición de que el médico tiene autoridad directa e inmediata sobre la enfermera en los aspectos técnicos del tratamiento del paciente. Por otra parte, la enfermera es un miembro de tiempo completo de la organización administrativa, que en la jerarquía depende de la jefa de enfermeras, de la supervisora de enfermería y del director de enfermería, y hasta del administrador. Para el paciente, la enfermera es la representante primaria del hospital y está estrechamente relacionada con su atención y tratamiento. El médico quizá vea al paciente una vez al día, pero las enfermeras están continuamente interactuando con este último.

El puesto oficial del personal de enfermería, como se muestra en el organigrama tradicional, no reconoce realmente el poder e influencia que tiene en la organización del hospital. El personal de enfermería desempeña un papel vital en las dinámicas de grupos del hospital. Debido a su asociación de tiempo completo con el hospital, su familiaridad con las reglas y los procedimientos establecidos, su habilidad para desarrollar relaciones informales con otros participantes, y su estrecha asociación tanto con los pacientes como con los médicos, las enfermeras se convierten en una fuerza central de influencia y liderazgo informal en toda la organización. La enfermera frecuentemente funge como la

intermediaria para el subsistema técnico, representado por el médico, y el subsistema coordinador, representado por el personal administrativo.

El administrador tiene un creciente rol en el sistema hospitalario. Históricamente esta función era primordialmente operativa y limitada al mantenimiento. Los administradores ofrecían las facilidades para manejar el aspecto de "hotel" del hospital, y su status era bajo, comparado con el del personal médico. Sin embargo, con las crecientes complejidades, la mayor necesidad de coordinación de las actividades del hospital, el desarrollo de sistemas de multiunidades y la creciente demanda de equipo moderno y su uso efectivo, el rol del administrador se ha extendido.

Hacer una mayor elaboración del rol del administrador generalmente ha creado un conflicto sustancial con las otras fuentes de poder en la organización, particularmente con el personal médico. Éste tiene el deseo de un mayor grado de autonomía debido a su profesionalismo y una firme orientación hacia el cuidado individual del paciente. En contraste, el administrador del hospital se ve forzado a considerar la utilización óptima de los recursos para todos los pacientes y para todos los grupos de interés. El administrador de un hospital debe estar preparado para vivir en un rol más bien ambiguo e incierto, que requiere el uso de la sugerencia y la persuasión más que la de la autoridad del punto. El estilo de liderazgo democrático-participativo es generalmente más efectivo en este caso.

I.D.6.-Sistema Administrativo:

El sistema administrativo en un hospital es complejo. La diversidad de la base de poder en la estructura de autoridad crea una dispersión de las decisiones de planeación y control en la organización. El consejo de fideicomisarios tiene la autoridad legal y decide cuestiones financieras amplias. Tradicionalmente era el punto focal para las interacciones y la planeación a largo plazo con la comunidad y representaba el nivel estratégico en el sistema organizacional. El personal médico, por otra parte, tiene el conocimiento técnico y la autoridad referente al tratamiento de los pacientes. El administrador y su personal están a cargo del funcionamiento del hospital y deben participar en la planeación y el control organizacional. Por tanto, el sistema administrativo incluye a una *tríada* (junta de tres personas) responsables de las decisiones de planeación y control en ciertas esferas de la organización general.

Además, varios segmentos establecen procedimientos hospitalarios, que varían desde procedimientos quirúrgicos establecidos por el personal médico hasta métodos administrativos establecidos por el administrador. Estos procedimientos hospitalarios ofrecen la base para el control sobre actividades relativamente programadas.

Sin embargo, muchas de las funciones en el hospital no son rutinarias, y es difícil establecer controles bien definidos para esas actividades. En ciertas áreas el control depende primordialmente de una coordinación voluntaria de los participantes mismos.

La función de planeación en el hospital es realizada de muchas maneras. El personal médico tiene un papel vital en la planeación relacionada con el tratamiento del paciente. El administrador está comprometido en una planeación estratégica y comunitaria más amplia.

Esta persona está encargada del financiamiento y abastecimiento de las instalaciones y la planeación de su utilización efectiva. Obviamente, el administrador debe depender del personal médico para los insumos técnicos relacionados con los planes. Sin embargo, la planeación estratégica del sistema hospitalario se está convirtiendo en una de las funciones administrativas más importantes.

El administrador tendrá también un creciente papel en la planeación y la coordinación interhospitalaria y en las relaciones con el medio.

El hospital general es una organización un tanto especial, diferente de otros tipos de instituciones. El análisis del hospital general ha destacado que tiene muchos problemas organizacionales y de administración. En las dos décadas recientes son pocos los otros tipos organizacionales que han enfrentado medios tan dinámicos, tecnologías cambiantes, rediseños estructurales y ajustes psicosociales. Es entendible que haya dificultades en el desarrollo de sistemas administrativos que puedan responder efectivamente a estos cambios rápidos.

I.D.6.a.- Requerimientos para el éxito organizacional de mercadotecnia: este modelo propuesto por Berkowitz, en su publicación "Essentials of Health Care Marketing", es muy adecuado para el soporte teórico de esta investigación. Identifica 4 áreas de oportunidad de desarrollo para el éxito organizacional en los hospitales. A su vez estas áreas son identificadas como condicionantes para el desarrollo y efectividad de la orientación de la mercadotecnia. Estas áreas son:

I.D.6.a.1.- Presiones o fuerzas para orientarse al mercado: si las empresas no se sienten presionadas debido a que se encuentran en monopolio o oligopolio, difícilmente podrán aplicar la disciplina de la mercadotecnia. En el Sector Salud mexicano, podemos ver que en hospitales públicos y de Seguridad Social, la demanda excede la capacidad instalada, por lo tanto no visualizan presión alguna por aplicar la mercadotecnia en su estructura organizativa. También podemos mencionar el caso de empresas mexicanas como Telmex, quienes operaron en México como la única oferta del servicio de telefonía, luego entonces, en esa época no tenían la presión de trabajar con mercadotecnia; en este momento Telmex se encuentra operando bajo otro ambiente de mercado y tienen una gran presión por aplicar la filosofía de la mercadotecnia en su modelo administrativo.

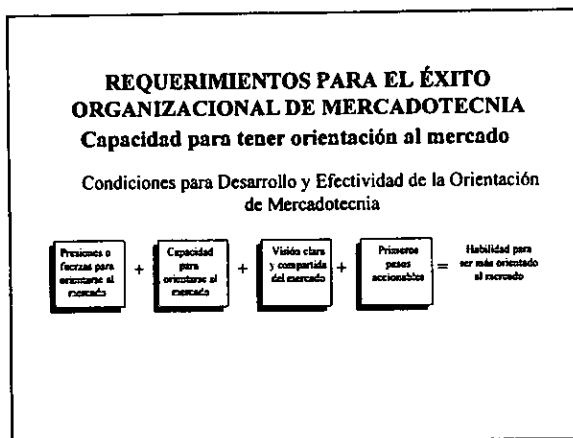
I.D.6.a.2.- Capacidad para orientarse al mercado: toda empresa que tenga una gran presión por aplicar la disciplina de la mercadotecnia, debe desarrollar planes de capacitación y desarrollo de su personal para que conozcan y apliquen esta filosofía empresarial. La empresa debe tener una gran capacidad para que todas sus áreas funcionales se orienten hacia el mercado. Se tiene que capacitar al personal y colaborar en el desarrollo de ciertas habilidades en las cuales las empresas deben operar en la actualidad. Toda la organización debe estar capacitada y comprometida con la aplicación y desarrollo de la mercadotecnia.

I.D.6.a.3.- Visión clara y compartida del mercado: la presión y la capacidad de respuesta, no son factores únicos del éxito organizacional de la mercadotecnia, se tiene que definir la visión de manera clara y compartida del mercado. La empresa se debe orientar hacia las tendencias del mercado, en función de satisfacer las necesidades, deseos y expectativas del usuario de los servicios.

I.D.6.a.4.- Primeros pasos accionables: se refiere en este apartado en definir objetivos, estrategias, tácticas, mezcla de mercadotecnia en función de las cuatro Ps. (Producto, Precio,

Plaza y Promoción), planes claros de acción, con sus tiempos y movimientos que permitan tener la guía adecuada del plan de mercadotecnia semestral o anual. Si los hospitales cumplen con estos cuatro requerimientos, se puede decir que tienen una gran habilidad para ser más orientados al mercado.⁴¹ Ver cuadro No.11

Cuadro No. 11

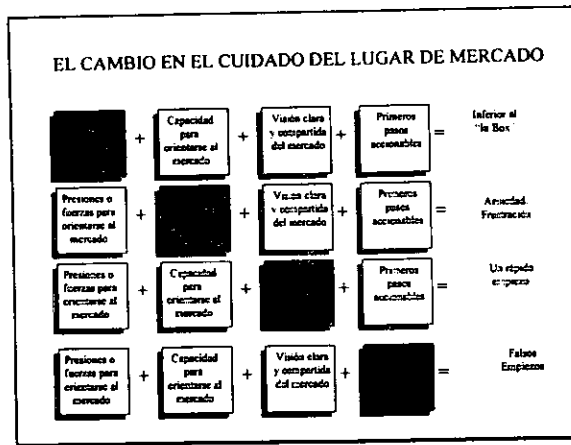


Cuando alguna de las cuatro condiciones se omite o simplemente no se desarrolla, se puede observar dificultad en el desarrollo y efectividad de la orientación de la mercadotecnia hospitalaria, por ejemplo, si falta la presión, los planes de mercadotecnia tendrán poca importancia y su calidad en cuanto a contenido será inferior a lo básico; cuando no se desarrolla la capacidad necesaria de respuesta se genera ansiedad y frustración; cuando no se tiene una visión clara y compartida del mercado, se puede observar un rápido inicio pero con un gran riesgo de caída rápida de los planes de mercadotecnia; y cuando no existe un plan adecuado de mercadotecnia puede llevar al equipo de trabajo a tener falso inicios.⁴¹ Ver cuadro No. 12

⁴¹ Berkowitz, Eric, Op Cit, p 28

⁴¹ Berkowitz, Eric, Op Cit, p 31

Cuadro No. 12



I.D.7.- Incorporación de la mercadotecnia en instituciones de salud: Naidu, Kleimenhagen y Pillari, en una investigación publicada en 1992 en el "Health Care Manage Rev, encontraron que existen departamentos en los hospitales que realizan actividades de mercadotecnia, como el de Relaciones Públicas y Planeación, situación que ha confundido a los directivos de los hospitales debido a que las actividades de Publicidad y Relaciones Públicas las toman como equivalentes de mercadotecnia.⁴²

La Sociedad de Planeación y Mercadotecnia para Instituciones de Salud, en un estudio comparativo de 1985, 1987 y 1988, concluyeron:

- El número de hospitales con funciones de mercadotecnia formal van en incremento, para 1992, el 77 % de los hospitales en Estados Unidos, cuentan con un Departamento de Mercadotecnia bien establecido.
- Los hospitales pequeños no prefieren un Departamento formal de Mercadotecnia, a cambio solicitan el apoyo de profesionistas para realizar las actividades de mercadotecnia. Situación muy similar en México.
- La mercadotecnia se ha enfocado principalmente hacia la promoción. Con esa práctica de la mercadotecnia se está reforzando aún más la confusión de los directivos de los hospitales hacia la mercadotecnia.

También identificaron tres puntos de discusión del cómo se debe incorporar la mercadotecnia en instituciones de salud:

⁴² Naidu, G.M., et al, Organization of marketing in U.S. hospitals: An empirical investigation, U.S., Health Care Manage Rev, 1992 (4), P. 29-43

I.D.7.a.- No asignar o delegar a alguien la organización de la mercadotecnia: algunas de las actividades de mercadotecnia se realizan por los departamentos de planeación, Relaciones Públicas y de Calidad, de ahí que algunos directivos prefieren no asignar responsable para las actividades de mercadotecnia.

I.D.7.b.- Asignar las actividades de mercadotecnia a un departamento ya establecido (Relaciones Públicas o Planeación): en la práctica algunos hospitales prefieren incorporar y desarrollar la mercadotecnia hospitalaria con el apoyo de Departamentos ya establecidos en la estructura de la organización como el de Planeación o de Relaciones Públicas. En México, se ha visto una tendencia similar a la de Estados Unidos, siendo el Departamento de Planeación el que más actividades de mercadotecnia realiza.

I.D.7.c.- Crear un nuevo departamento denominado mercadotecnia: este departamento se debe desarrollar con personal altamente calificado para estudiar el mercado, productos y territorios.⁴³

⁴³ Naidu, G.M., et al, Op Cit., p. 30

I.E.- ORIENTACIÓN Y EFECTIVIDAD DE LA MERCADOTECNIA:

Kotler, propone un instrumento o cuestionario para medir la orientación y efectividad de la mercadotecnia en una organización, él considera que una organización orientada a la mercadotecnia, contribuye enormemente a su efectividad.

La efectividad de la mercadotecnia para Kotler, está reflejada en cinco atributos que están orientados hacia la mercadotecnia y que se pueden puntualizar en grados:⁴⁴

- 1.- Filosofía orientada hacia el consumidor
- 2.- Organización integral de la mercadotecnia
- 3.- Información adecuada para la mercadotecnia
- 4.- Orientación estratégica
- 5.- Eficiencia operacional.

I.E.1.- Instrumento de medición de la efectividad de la mercadotecnia:

I.E.1.a.- Filosofía del consumidor:

- 1.- ¿Reconoce la administración la importancia de designar en la organización el servir las necesidades y deseos de los consumidores?

Puntuación.

- 0 La administración piensa primeramente en términos de ofrecimiento de los servicios existentes así como de los nuevos a cualquier persona con interés de comprarlos.
 - 1 La administración piensa en términos de servir una gran variedad de mercados y necesidades con igual efectividad.
 - 2 La administración piensa en términos de servir necesidades y deseos de mercados bien definidos y de acuerdo a su importancia.
- 2.-¿La administración desarrolla diferentes ofertas y planes de mercado para diferentes segmentos del mercado?
- 0 No.
 - 1 Algunas.
 - 2 Gran Variedad.
- 3.-¿La administración toma un panorama amplio de su público (miembros, donadores, público en general, competidores, etc.) en la planeación y ejecución dentro de la organización?
- 0 No. La administración se concentra en las ventas y atención a actuales miembros.
 - 1 Algunos. La administración toma un amplio panorama de su público aunque los mayores esfuerzos se van hacia las ventas y atención de los actuales miembros.
 - 2 Sí. La administración toma un panorama amplio de su público y continuamente revisa nuevas oportunidades para servirles de una mejor forma.

⁴⁴ Philip Kotler, Marketing For Non Profit Organizations, Editorial Prentice - Hall, 4 Edición, USA, 1987 p.p. 420

I.E.1.b.- La organización de mercadotecnia integral:

4.-¿Existe una integración de la mercadotecnia y control de alto nivel de las funciones mayores que afecten al público diverso?

- 0 No. Diversas funciones de mercadotecnia no están integradas en el alto nivel y existe un conflicto por considerarlas improductivas.
- 1 Algunos. Existe una integración y control formal de las mayores funciones de mercadotecnia, pero poco satisfactorias en cuanto a cooperación y coordinación.
- 2 Sí. Las funciones de mercadotecnia están integradas de manera efectiva.

5.-¿ Los directores de mercadotecnia trabajan bien con los demás directivos del resto de los departamentos del hospital?

- 0 No
- 1 Algunos
- 2 Sí

6.- ¿Qué tan bien organizado está el proceso de desarrollo de nuevos servicios?

- 0 El sistema está definido de mala manera y tiene un manejo muy pobre.
- 1 El sistema existe formalmente pero presenta rezagos en la sofisticación.
- 2 El sistema está perfectamente estructurado y es efectivo.

I.E.1.c.- Información de mercadotecnia adecuada:

7.-¿Cuándo fue que se realizaron los últimos estudios de mercado para consumidores, influencias de compra, canales y la conducta de la competencia?

- 0 Muchos años atrás. (más de tres)
- 1 Algunos años atrás, (de 1 a 3)
- 2 Recientemente.

8.-¿Qué tan bien sabe la administración de las necesidades y el tamaño del mercado, así como los segmentos del mismo?

- 0 Casi nada.
- 1 Algunos cuantos.
- 2 Muy bien.

9.-¿Qué esfuerzos se realizan para medir la efectividad de los costos de los diferentes desembolsos de mercadotecnia?

- 0 Poco o prácticamente nada de esfuerzo.
- 1 Algo de esfuerzo.
- 2 Esfuerzo sustancial.

I.E.1.d.- Orientación estratégica de la mercadotecnia:

10.- ¿Cuál es la extensión de la planeación formal de mercadotecnia?

- 0 La administración hace poco o realmente nada de planeación de mercadotecnia.
- 1 La administración desarrolla un plan anual de mercadotecnia.
- 2 La administración desarrolla un detallado plan anual de mercadotecnia así como también un plan cuidadosamente diseñado que actualiza.

11.- ¿Cuál es la calidad de la estrategia actual de la estrategia de mercadotecnia?

- 0 La estrategia no es clara.
 - 1 La estrategia es clara y representa una continuación de las estrategias tradicionales.
 - 2 La estrategia es clara, innovadora, basada en datos congruentes y bien razonados.
- 12.- ¿Cuál es la contingencia de pensar y planear?

- 0 La administración hace poco o nada en cuanto a la planeación y a la contingencia de pensar.
- 1 La administración realiza algo de contingencia pero muy poco en cuanto a la planeación.
- 2 La administración formalmente identifica las contingencias más importantes y las desarrolla en cuanto a pensar y planear.

I.E.1.e.- Eficiencia operativa de la mercadotecnia:

13.- ¿Qué tan bien está implementando el pensamiento mercadológico en el alto nivel, su comunicación y su implementación hacia los niveles más bajos?

- 0 Pobrementemente.
- 1 Ocasionalmente.
- 2 Frecuentemente.

14.- ¿La administración está haciendo un trabajo efectivo con los recursos de mercadotecnia?

- 0 No. Los recursos de mercadotecnia son inadecuados para realizar el trabajo.
- 1 Algunos. Los recursos de mercadotecnia son adecuados pero no se emplean óptimamente.
- 2 Sí. Los recursos de mercadotecnia son adecuados, se desarrollan y emplean eficientemente.

15.- ¿La administración muestra una buena capacidad para reaccionar rápida y efectivamente hacia los desarrollos específicos?

- 0 No. La información de mercado no es frecuente y la administración es lenta a reaccionar hacia los desarrollos.
- 1 Algunas veces. La información que recibe la administración es escasa y el tiempo de reacción hacia el desarrollo varía.
- 2 Sí. La organización ha instalado sistemas de información de mercadotecnia que presenta información muy precisa y que tiene una respuesta muy rápida.

PUNTUACIÓN:

0-5 = NINGUNA

6-10 = POBRE

11-15 = REGULAR

16-20 = BUENA

21-25 = EXCELENTE

26-30 = SUPERIOR

La respuesta apropiada es checada por cada pregunta, se almacenan y se suman: el total puede ser entre 0 y 30. Por lo que la puntuación anterior muestra el nivel de efectividad de la mercadotecnia.

Este instrumento ha sido probado en diferentes organizaciones con directivos de empresas de servicios en Estados Unidos y Canadá, se han encontrado varias organizaciones lucrativas que tienen rangos entre 26 y 30 puntos, muchas organizaciones llegan a rangos muy bajos, lo que nos indica que hay mucho que hacer en la mercadotecnia.

El atributo más bajo del total almacenado dentro de los cinco atributos, indica cuál o cuáles de estos necesitan más atención.⁴⁵

Para fines de esta investigación en México, los atributos del cuestionario se elaboraron con el auxilio de la escala Likert: (ver anexo de cuestionario)

Las evaluaciones de cada uno de los cinco atributos se explica con detalle en el capítulo III de este trabajo.

⁴⁵ Philip Kotler, Marketing For Non Profit Organizations, Edition Prentice Hall, 4 Edición, 1987 pp 24-26

I.F.- PLANEACIÓN DE MERCADOTECNIA

Mc Donald, en su artículo titulado "Ten Barriers to marketing planning", menciona que el propósito general de la planeación de mercadotecnia y su principal foco, es la identificación y creación de la ventaja competitiva.

La planeación de mercadotecnia a parte de ayudar a las instituciones a adaptarse a la turbulencia, complejidad del entorno, mayor competencia, mayores presiones y a la vertiginosa velocidad del cambio tecnológico, también nos ayuda a: asegurar relaciones consistentes, para desarrollar especificidad, a forzar una aproximación organizada, informar, obtener recursos, recibir reportes, ganar compromiso, poner objetivos y estrategias en otras.

Un estudio reciente de compañías británicas y japonesas, concluyeron que un 87% de las compañías británicas todavía utilizan la maximización de utilidades como su objetivo a corto plazo, mientras que un 80% de las compañías japonesas tienen como objetivo la ampliación y crecimiento en la participación del mercado, y esto como un objetivo principal a corto plazo.⁴⁶

La contribución de mercadotecnia a los negocios exitosos, debe centrarse en el análisis de futuras oportunidades para encontrar bien definidas las necesidades del consumidor y poder así ofrecer productos y servicios que satisfacen mejor que los de la competencia.

Tomando en cuenta la larga experiencia, investigación y enseñanza de Malcolm H.B. McDonald, ha identificado diez principales barreras para la preparación e implementación de la mercadotecnia.

1.- Confusión entre táctica y estrategias: anteriormente las compañías estaban más centradas en la táctica que en la estrategia; en estos momentos las compañías que ven más allá del año fiscal, han tenido mejores resultados que aquellos que solo veían a corto plazo. Un plan estratégico, debería de cubrir los siguientes tres a cinco años, y solo cuando se ha planeado y desarrollado bien, implantar el plan operacional de mercadotecnia a un año. Nunca desarrollar el plan de un año primero y extrapolarlo.

2.- Aislar la función de la mercadotecnia de las demás operaciones: Para el propósito de la planeación de mercadotecnia, debe la corporación centrarse en la atención y valoración del consumidor satisfecho y colocarlo lo más cerca posible de la planeación de mercadotecnia, o de lo contrario todos los esfuerzos de mercadotecnia no tienen razón de ser.

3.- Confusión entre función de la mercadotecnia y el concepto de la mercadotecnia: en estos tiempos todavía impera la profunda ignorancia de la disciplina de la mercadotecnia, la confunden con ventas, con publicidad, con gerencia de productos y con el servicio al consumidor.

⁴⁶ Malcolm H.B. McDonald, "Ten Barriers to Marketing Plannin", Vol 4 No. 2 Spring 1990, The Journal of Service Marketing. USA.

4.- Barreras organizacionales: el poder de la mercadotecnia va muy de la mano con el tema de la forma organizacional o estructura organizacional. La típica organización es aquella que esta basada alrededor de las funciones corporativas: personal, finanzas, producción, operaciones de distribución y mercadotecnia.

Las unidades estratégicas deben cumplir con las siguientes características:

- Tienen segmentos comunes y competidores para casi todos sus productos.
- Es un competidor en un mercado externo.
- Es una unidad, discreta, separable e identificable.
- Tiene un gerente con control de las áreas críticas para alcanzar el éxito.

Las unidades estratégicas no son necesariamente lo mismo que las unidades operaciones.

Organizar las actividades de la empresa alrededor de grupos de consumidores, si es posible, en vez de alrededor de las actividades funcionales y tener una planeación de mercadotecnia hecha en las unidades estratégicas de negocio.

5.- Deficiencia de un análisis interno: frecuentemente se encuentran quejas como la falta de un buen análisis, deficiencia de información o en ocasiones demasiada información. Para que tenga lugar un análisis efectivo de mercadotecnia:

- El análisis de mercadotecnia debe ser una actividad requerida.
- Los gerentes no deben esconderse tras términos vagos como pobres condiciones económicas.
- Los gerentes deben incorporar herramientas de mercadotecnia en sus análisis.

6.- Confusión entre proceso y resultado: este tipo de confusión es muy común; en la mayoría de los casos los planes son muy grandes para poder ser puestos en práctica.

El análisis SWOT (análisis DOFA), en donde primero se analizan de manera interna las fuerzas y debilidades, para posteriormente identificar las oportunidades y amenazas del medio externo; es una fuerte herramienta analítica para objetivos, estrategias y presupuestos que raramente es utilizada.

El análisis SWOT (análisis DOFA), debe:

- Ser enfocado a segmentos específicos de crucial importancia para el futuro de la organización.
- Ser conciso e interesante.
- Enfocarse en factores claves solamente.
- Una lista de oportunidades y amenazas externas.
- No debe existir una lista de puntos irrelevantes.

De la información externa e interna viene la inteligencia de mercadotecnia la cual describe el plan de mercadotecnia: posición en el mercado, estudio de los competidores, los objetivos que se requieran alcanzar en un periodo dado, estrategias de mercadotecnia, recursos requeridos y que resultados se esperaran.

7.- Deficiencia en conocimientos y habilidades: en investigaciones recientes se llegó a la conclusión que casi dos terceras partes de los practicantes de mercadotecnia de las mejores

empresas de Inglaterra, no sabían la diferencia entre objetivo corporativo, objetivo de mercadotecnia y objetivo de publicidad.

8.- Deficiente acercamiento a una planeación de mercadotecnia sistemática: Las organizaciones requieren diferentes clases de sistema de planeación. Este rango de sistemas muy informales hasta aquellos con un alto grado de formalidad dependen del tamaño de la organización.

Un sistema de planeación de mercadotecnia es esencial para asegurar que las cosas pasen cuando se suponen que deben de pasar.

9.- Fallas en la prioridad de objetivos: es muy común encontrar empresas con varios objetivos y estratégicas. Esto sucede por efecto del principal objetivo de mercadotecnia que guía a otros sub objetivos y estos sub objetivos a otros más.

Se debe asegurar que todos los objetivos sean prioritarios de acuerdo a su impacto en la organización y la urgencia de que los recursos sean colocados correctamente.

10.- Cultura corporativa hostil: mientras el proceso de planeación de mercadotecnia es universalmente consistente, la forma en que este proceso es manejado debe ser congruente con la actual cultura organizacional de abajo hacia arriba, directivos y no directivos, coordinación, etc.,.

La alternativa debe intentar cambiar la cultura organizacional para hacerla más tratable en el proceso particular de planeación.

La planeación de mercadotecnia no será efectiva sin el apoyo activo y participación de los líderes de la organización, aunque se tenga su apoyo, el tipo de planeación de mercadotecnia debe ser apropiado para el ciclo de vida organizacional. Este ciclo debe ser medido antes que el intento se haya hecho y de que se introduzca una planeación de mercadotecnia⁴⁷

I.F.1.- Pasos para formar una planeación:

1.- Formar un grupo de personas para elaborar la planeación: Se debe identificar a las personas adecuadas que formarán parte del grupo que se dedicará a la planeación. A este grupo deben pertenecer gerentes, miembros profesionales del staff y supervisores de departamentos; no debe haber más de 20 personas y en las juntas se deben incluir a todos los participantes.

2.- Clarificar la misión y objetivos: para establecer un plan estratégico, primero se debe establecer la misión de la organización y se deben identificar las metas; por lo que la primera tarea para el grupo de planeación es tener conciencia sobre la misión y de clarificarla.

⁴⁷ Malcom H. B. McDonald, "Ten Barriers to Marketing Planning". Vol 4 No. 2 Spring 1990, The Journal of Service Marketing USA.

Se debe proporcionar la información básica de la organización que necesiten, incluyendo la misión original y los servicios que ofrece. Después de esto los miembros del grupo deben presentar la misión por escrito.

3.- Determinar el status de la empresa: Se debe analizar cuidadosamente la situación en la que se encuentra la empresa por dentro y por fuera: esto se hace por medio del análisis SWOT (DOFA). Primero se analizan las fuerzas y debilidades. Para lograrlo se puede recurrir a los archivos financieros y a toda las fuentes secundarias-internas de la organización. También se deben de identificar las oportunidades y amenazas del ambiente externo, se deben revisar los factores económicos, la competencia y todos los demás que la afecten.

4.- Identificar los proyectos estratégicos: Se deben identificar las acciones y los proyectos estratégicos. Sin importar el tamaño de las empresas, se requiere partir del plan inicial para crear una serie de planes funcionales, cada uno dirigido hacia un área operacional específica. Cada plan debe ser claro y contener de manera breve las acciones individuales que se deben cumplir. Para cada acción se debe incluir la fecha de inicio y terminación.

5.- Monitoreo y continuación: un plan estratégico requiere revisarlo y hacerle modificaciones según sea necesario, se puede hacer revisándolo dentro de las juntas que se lleven a cabo.⁴⁸

⁴⁸ Nelson, Richard, S., "Planning By a Nonprofit Should Be Very Businesslike", Vol. 8, No. 6., Nonprofit World, Nov/ Dec 1990, USA

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

II.A.- MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó una investigación transversal y Ex-post-facto, auxiliado con el método Empírico-Hipotético-Deductivo-Cuantitativo, utilizando las dos fuentes de información principales en una investigación:

II.A.1.-Fuentes secundarias de información: en este apartado de la investigación se consultaron en su gran mayoría las fuentes estadísticas, hemerográficas y bibliográficas:

1. Consulta de la literatura que hay sobre el tema tanto nacional como internacional; específicamente libros de autores reconocidos en el medio de la mercadotecnia.
2. Consulta de los bancos de información de revistas específicas de la mercadotecnia hospitalaria o de servicio en general: Journal of Health Care Marketing, Journal of Marketing, Marketing News, Revistas Periódicas o Clase del CICH, etc; haciendo especial énfasis en las revistas con no más de 6 años de antigüedad de haber sido publicadas.
3. Consulta de los bancos de información propios de los hospitales Mexicanos.

II.A.2.-Fuentes primarias de información: por medio de un cuestionario estructurado compuesto de preguntas abiertas, dicotómicas y de opción múltiple, el cual se aplicó en entrevista personal.

Para esta parte de la investigación se realizó un censo de todas las instituciones hospitalarias de segundo y tercer nivel en México, D.F., y área conurbada; con el fin de encuestar a los directivos de las mismas:

1. Director General.
2. Director Administrativo.
3. Director Médico.

II.B.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las últimas décadas, las organizaciones de servicios se han interesado por la aplicación y desarrollo de los principios de la mercadotecnia, así como en las organizaciones no lucrativas. ¿Cuáles variables de estado o identificación de las instituciones hospitalarias (Institución Pública o Privada, ubicación geográfica, tamaño: camas censables, número de médicos, número de enfermeras, antigüedad en el medio, nivel socioeconómico y nivel de atención), así como las variables de estado de los directivos (edad, escolaridad, profesión, antigüedad y jerarquía en la organización), variables de actitud hacia la mercadotecnia (nivel cognoscitivo, de percepción y conducta o preferencia), variables propias de la administración (objetivos, planeación estratégica, planeación a corto, medio y largo plazo) y variables del entorno económico, político y legal influyen en el grado de orientación y efectividad de la mercadotecnia en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención en México D.F., y área metropolitana?.- Y con base a lo anterior se dará una propuesta de incorporación y desarrollo de la mercadotecnia hospitalaria en México.

II.B.1.- VARIABLE DEPENDIENTE:

GRADO DE ORIENTACIÓN Y EFECTIVIDAD DE LA MERCADOTECNIA HOSPITALARIA

II.B.2.- VARIABLES INDEPENDIENTES:

VARIABLES DE ESTADO O DE IDENTIFICACIÓN DE LAS INSTITUCIONES:

Tamaño: camas censables, nivel socioeconómico y antigüedad.

Nivel de atención.

VARIABLES DE ESTADO O DE IDENTIFICACIÓN DE LOS DIRECTIVOS.

Edad, escolaridad, profesión, antigüedad en el puesto y nivel jerárquico en la organización

VARIABLES DE ACTITUD HACIA LA MERCADOTECNIA.

Nivel cognoscitivo, nivel de percepción, conducta y preferencia.

VARIABLES PROPIAS DE LA ADMINISTRACIÓN:

Objetivos, planeación estratégica, planeación a corto, medio y largo plazo.

II.B.3.- UNIDAD DE ANÁLISIS:

Directivos de los hospitales de segundo y tercer nivel de atención en México, D.F., y área metropolitana: Director General, Director Adjunto, Director Administrativo y Director Médico.

II.B.4.- VARIABLES EXÓGENAS:

VARIABLES DEL ENTORNO: económico, político, legal, social y cultural..

II.C.- OBJETIVOS

II.C.1.- GENERAL:

Conocer las variables de estado de las instituciones hospitalarias, tamaño, antigüedad, clasificación socioeconómica; variables de estado de los directivos como edad, profesión, puesto y antigüedad; las variables de actitud(cognoscitivo, afectivo y conductual) hacia la mercadotecnia y las variables propias de la administración que influyen en la orientación y el grado de efectividad de la mercadotecnia hospitalaria de los hospitales de segundo y tercer nivel en México, D. F., y área conurbada. con base a lo anterior se dará una propuesta de solución para que se incorpore y desarrolle la mercadotecnia en los hospitales de México.

II.C.2.- ESPECÍFICOS:

II.C.2.a.- Conocer el grado de actitud que tienen los directivos de los hospitales de segundo y tercer nivel de atención hacia la disciplina de la mercadotecnia hospitalaria y cómo influye ésta en la orientación y el grado de efectividad de la mercadotecnia hospitalaria en México.

II.C.2.b.- Conocer las variables de estado de las instituciones y de los directivos de éstas que influyen en el grado de orientación y efectividad de la mercadotecnia hospitalaria en México.

II.C.2.c.- Conocer las variables propias de la administración que influyen en el grado de orientación y de efectividad de la mercadotecnia hospitalaria.

II.C.2.d.- Dar una propuesta de incorporación y desarrollo de la mercadotecnia hospitalaria en México, D.F., y hospitales del área conurbada de México.

II.D.- IDENTIFICACION DE VARIABLES

II.D.1.- VARIABLE DEPENDIENTE:

GRADO DE ORIENTACIÓN Y EFECTIVIDAD DE LA MERCADOTECNIA HOSPITALARIA:

Una organización orientada a la mercadotecnia, contribuye enormemente a su efectividad. La efectividad está reflejada en cierto grado que exhibe cinco atributos por su orientación hacia la mercadotecnia.

- 1.- Filosofía del consumidor
- 2.- Organización integral de mercadotecnia
- 3.- Información adecuada para la mercadotecnia
- 4.- Orientación estratégica
- 5.- Eficiencia operacional

II.D.2.- VARIABLES INDEPENDIENTES:

VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN MÉXICO D.F., Y ÁREA CONURBADA:

El reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica expedido en Abril de 1986, define a un hospital como: "Todo establecimiento Público o Privado, cualquiera que sea su denominación, que tenga como finalidad la atención de enfermos que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación". Pueden también tratar enfermos ambulatorios y efectuar actividades de formación y desarrollo de personal para la salud y de investigación (Art. 69).

El reglamento de acuerdo al grado de complejidad y poder de resolución clasifica a los Hospitales en Generales, de Especialidades e Institutos (Art. 70).

Tomando en cuenta las características propias del entorno Mexicano, la Comisión Mexicana de Certificación de Hospitales, consideró necesario establecer una clasificación de estándares de acuerdo a tres categorías, diferenciadas por el grado de complejidad de las unidades hospitalarias en baja, mediana y alta complejidad. (Ver el marco teórico de esta investigación).

- Giro y nivel de atención: es importante identificar para fines de esta investigación el giro de las instituciones hospitalarias en México:
 - Privados: Beneficencias y Sociedades Anónimas.
 - Segundo y tercer nivel de atención.

II.D.3.- VARIABLES DE ESTADO O DE IDENTIFICACIÓN DE LOS DIRECTIVOS:

- Escolaridad: grado escolar máximo de los directivos.
- Edad: años cumplidos de los encuestados
- Profesión: título profesional del encuestado.
- Antigüedad en el puesto: años de estar laborando para la institución en ese puesto.
- Nivel jerárquico en la organización: ver si se encuentra en los niveles alto o medio de la administración de la organización.

II.D.4.- VARIABLES DE ACTITUD HACIA LA MERCADOTECNIA:

- Nivel cognoscitivo: se pretende saber qué tanto conocen los directivos de los hospitales a la mercadotecnia.
- Nivel de percepción: se pretende conocer como es que los directivos de los hospitales perciben a la mercadotecnia.
- Conductual y preferencia: se pretende saber como es que los directivos prefieren incorporar y desarrollar la mercadotecnia en sus hospitales en caso de que la conducta hacia ésta sea favorable o de intención de uso.

II.D.5.- VARIABLES PROPIAS DE LA ADMINISTRACIÓN:

- Objetivos: saber si formulan objetivos a corto, medio y largo plazo y que queden de manera explícitas en el presente trabajo.
- Planeación: identificar los hospitales que realizan planeación a corto, medio y largo plazo.
- Planeación estratégica: identificar si los hospitales realizan este tipo de planeación.
- Estructura: identificar la forma de la estructura orgánica de las instituciones: vertical u horizontal.

II.D.6.- VARIABLES EXÓGENAS:

Son todas aquellas variables que pueden modificar los resultados de la investigación pero que no se pueden manejar por la naturaleza misma de cada una de las variables involucradas:

- Económicas: esta es una variable propia del momento económico por el que atraviesa en su momento el país y por ende cada una de las organizaciones, y que están sujetas a medidas internacionales y políticas nacionales e internacionales, ejemplo: Inflación, desempleo, ciclo económico, devaluación e índice de confianza del consumidor entre otras.
- Políticas: son medidas propias de cada país y es una de las variables no controlables que más afectan al sector salud y educación.
- Legales: también son propias de cada país, que tienen como finalidad el legislar o normar en su momento apropiado.

Cómo podemos ver las tres anteriores variables están en constantes cambios o modificaciones y están sujetas a muchas presiones; para fines de la investigación no se pretende medir el comportamiento de éstas pero sí hacer un análisis de la probable repercusión en el comportamiento presente de las instituciones hospitalarias.

II.E.- HIPÓTESIS GENERAL

Ho: No hay diferencia significativa entre instituciones de segundo y tercer nivel de atención médica hospitalaria, el nivel socioeconómico al que están dirigidas, variables propias de identificación, la actitud (Cognoscitivo, afectivo y conductual) y la preferencia hacia la mercadotecnia versus el grado de efectividad de la mercadotecnia hospitalaria:

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

II.E.1.- Ho: No hay diferencia significativa entre las variables de estado o identificación de las instituciones hospitalarias de México, D.F., y área conurbada con la orientación y el grado de efectividad de la mercadotecnia hospitalaria.

II.E.1.a.- No hay diferencia significativa entre institución de segundo y tercer nivel de atención médica hospitalaria versus la orientación y efectividad de la mercadotecnia.

II.E.1.b.- No hay diferencia significativa entre el nivel socioeconómico versus la orientación y efectividad de la mercadotecnia.

Ha: Sí hay diferencia significativa entre las variables de estado o de identificación de las instituciones y el grado de orientación y efectividad de la mercadotecnia hospitalaria en México.

II.E.2.- Ho: No hay diferencia significativa entre las variables de estado de los Directivos y el grado de efectividad de la mercadotecnia hospitalaria en México.

II.E.2.a.- No hay diferencia significativa entre la edad de los Directivos y el grado de orientación y efectividad de la mercadotecnia hospitalaria en México.

II.E.2.b.- No hay diferencia significativa entre la profesión de los Directivos y el grado de orientación y efectividad de la mercadotecnia hospitalaria en México.

II.E.2.c.- No hay diferencia significativa entre la escolaridad de los Directivos y el grado de orientación y efectividad de la mercadotecnia hospitalaria en México.

II.E.2.d.- No hay diferencia significativa entre la antigüedad de los Directivos y el grado de orientación y efectividad de la mercadotecnia hospitalaria en México.

Ha: Sí hay diferencia significativa entre las variables de estado de los directivos y el grado de orientación y efectividad de la mercadotecnia en los hospitales de México.

II.E.3.- Ho: No hay diferencia significativa entre las variables de actitud hacia la mercadotecnia y el grado de orientación y efectividad de la misma en los nosocomios.

II.E.3.a.- No hay diferencia significativa entre el nivel de conocimiento hacia la mercadotecnia versus la orientación y efectividad de la mercadotecnia hospitalaria en México.

II.E.3.b.- No hay diferencia significativa entre la percepción hacia la mercadotecnia versus la orientación y efectividad de la mercadotecnia hospitalaria en México.

II.E.3.c.- No hay diferencia significativa entre el nivel preferencia o conducta hacia la mercadotecnia versus la orientación y efectividad de la mercadotecnia hospitalaria en México.

Ha: Si hay diferencia significativa entre las variables de actitud hacia la mercadotecnia y el grado de orientación y efectividad de ésta.

II.E.4.- Ho: No hay diferencia significativa entre las variables propias de la administración y el grado de orientación y efectividad de la mercadotecnia hospitalaria en México.

II.E.4.a.- No hay diferencia significativa entre las instituciones que llevan programas de planeación a corto, medio o largo plazo versus el grado de orientación y efectividad de la mercadotecnia hospitalaria en México.

II.E.4.b.- No hay diferencia significativa entre las instituciones que realizan planeación estratégica versus el grado de orientación y efectividad de la mercadotecnia hospitalaria en México.

Ha: Sí hay diferencia significativa entre las variables propias de la administración y el grado de orientación y efectividad de la mercadotecnia hospitalaria en México.

II.F- MENSURABILIDAD DE VARIABLES

II.F.1.- VARIABLE DEPENDIENTE:

La variable dependiente para este trabajo es la orientación y el grado de efectividad de la mercadotecnia hospitalaria, la cual se encuentra medida con la escala intervalar debidamente validada según la importancia de los incisos que componen a cada uno de los conceptos a medir. Se encuentra explicada en detalle en el marco teórico del presente trabajo.

II.F.2.- VARIABLES INDEPENDIENTES:

II.F.2.a.- VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN DE LAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS

:

1. Giro privado (beneficencia): se va a medir con la escala nominal.
2. Nivel de atención: número de especialidades, número de equipo de diagnóstico electrónico, número de camas, número de quirófanos, número de servicios de subespecialidad. En México se conoce la siguiente clasificación de niveles de atención hospitalaria:
 - Alta complejidad. (Tercer nivel de atención)
 - Mediana complejidad. (Segundo nivel de atención).
 - Pequeña complejidad (Primer nivel de atención)

Esta información se obtiene de la Asociación Mexicana de Hospitales, quienes tienen ya clasificados a los hospitales bajo este criterio, por lo que no es necesario incluirla como preguntas en el cuestionario.

3. Nivel socioeconómico: se va a medir con auxilio de la escala nominal.
4. Antigüedad de la institución en el medio: es el tiempo en años que tiene la institución en funcionamiento, se mide con la escala de razón.

II.F.2.b.- VARIABLES DE ESTADO O DE IDENTIFICACIÓN DE LOS DIRECTIVOS:

1. Escolaridad: se va a medir con la escala nominal.
2. Edad: con la escala de razón, ya que se le pregunta directamente la edad en años cumplidos.

3. Profesión: nominal.
4. Antigüedad en el hospital: se mide con la escala de razón.
5. Cargo en la organización: se mide con el apoyo de la escala nominal.

II.F.2.c.- VARIABLES DE ACTITUD HACIA LA MERCADOTECNIA

1. La escala que se utilizó para medir este apartado del cuestionario es la Likert.
2. Nivel cognoscitivo.
3. Nivel de percepción
4. Conductual
5. Preferencia

II.F.2.d.- VARIABLES PROPIAS DE LA ADMINISTRACIÓN:

Esta parte del cuestionario también se mide con el apoyo de la escala Likert.

- a.- Objetivos
- b.- Planeación
- c.- Planeación estratégica

II.G.- INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

El instrumento de medición que se utilizó en este trabajo está fundamentado en el cuestionario utilizado por Kotler (ver cuestionario en el anexo) para medir la efectividad de la mercadotecnia en instituciones no lucrativas. Este instrumento de medición fue elaborado tomando en cuenta cinco variables de las cuales se elaboraron 14 preguntas acompañadas de respuestas con puntuaciones previas que llevan a tener una evaluación de la efectividad y orientación de la mercadotecnia en instituciones no lucrativas; esta ponderación a las respuestas dada por Kotler, genera algo de polémica, de ahí que se tomaron las cinco variables mencionado por Kotler, y se procedió a utilizar la escala de Likert para elaborar las preguntas que midieran a cada uno de los siguientes atributos:

- 1.- Filosofía del consumidor.
- 2.- Organización integral.
- 3.- Información adecuada para la mercadotecnia.
- 4.- Orientación estratégica.
- 5.- Eficiencia operacional

II.G.1.- ATRIBUTOS E ÍTEMS:

Con estos puntos se puede dar inicio a la primera etapa del plan, aplicando un cuestionario altamente válido y confiable (ha sido probado en varios momentos por los autores del instrumento) que integre los atributos o variables comprendidas en la medición de la orientación y nivel de desempeño de la mercadotecnia hospitalaria.

II.G.1.a.- NIVEL COGNOSCITIVO:

1. El nivel de conocimiento que tengo de la mercadotecnia es:
2. La mercadotecnia como disciplina administrativa es aplicable en el sector salud de México.
3. La mercadotecnia engaña al usuario.
4. Los directivos de este hospital comprenden los principios de la mercadotecnia.

II.G.1.b.- COMPORTAMIENTO HACIA LA MERCADOTECNIA:

5. Me agradaría que en este hospital se trabajara con los principios de la mercadotecnia.
6. Daría mi voto para que en este hospital se incorpore y desarrolle la filosofía de la mercadotecnia.
7. Considero que la mercadotecnia hospitalaria se debe implementar en este hospital con un departamento bien establecido dentro del organigrama del hospital.
8. Creo conveniente trabajar la mercadotecnia hospitalaria en esta institución con apoyo staff.
9. Los principios de la mercadotecnia son comunicados e implementados hacia los niveles más bajos de este hospital.

II.G.1.c.- FILOSOFÍA DEL CONSUMIDOR

10. La dirección reconoce la importancia de estructurar la organización para atender las necesidades y deseos del mercado elegido.
11. La dirección desarrolla diferentes ofertas y planes de mercadeo para diversos sectores del mercado.
12. La dirección analiza un panorama amplio de su público (usuario actual y potencial, donadores, público en general, competidores, etc.) en la planeación y ejecución dentro de la organización.
13. Frecuentemente se realizan estudios de mercado para consumidores, influencias de compra, canales de distribución y conducta de la competencia.
14. La dirección conoce bien las necesidades y el tamaño del mercado, así como los sectores del mismo.

II.G.1.d.- ORGANIZACIÓN INTEGRAL:

15. Existe integración y control de los directivos en las funciones de mercadotecnia que afectan a públicos diversos.
16. Las actividades de mercadotecnia se realizan tomando en cuenta a los directivos de los departamentos del hospital.
17. El proceso de desarrollo de nuevos servicios se encuentra bien organizado.

II.G.1.e.- EFICIENCIA OPERACIONAL:

18. Se realizan esfuerzos para medir la efectividad de la mercadotecnia.
19. Se realizan análisis de costos en publicidad o promoción y se relacionan con la efectividad.
20. La dirección de este hospital desarrolla un cuidadoso plan de mercadotecnia (precios, servicios, publicidad).
21. La estrategia de mercadotecnia es clara, innovadora, basada en datos congruentes y bien razonados.
22. La dirección formalmente identifica las contingencias más importantes y las desarrolla en un proceso de planeación.

II.G.1.f.- INFORMACIÓN ADECUADA PARA LA MERCADOTECNIA:

23. La dirección ha instalado sistemas de información del mercado hospitalario que poseen datos suficientes precisos y de fácil acceso.

II.G.1.g.- MERCADOTECNIA INTERNA E INTERACTIVA:

24. Existen programas de capacitación interna para ofrecer servicios de calidad en todas las áreas del hospital.
25. Existen programas de capacitación acerca de la calidad dirigidos a las personas que prestan el servicio final (médicos, enfermeras, camilleros y recepcionistas), los cuales tienen contacto directo con el paciente y sus familiares.
26. Se tienen programas de capacitación con orientación a satisfacer al usuario final.
27. La dirección conoce muy bien la ubicación geográfica, demográfica, sociográfica, psicográfica y conductual de sus usuarios actuales.

II.G.1.b.- MERCADOTECNIA EXTERNA:

28. Se realizan investigaciones de los principales competidores del Hospital.
29. La dirección cuenta con un plan de comunicación en medios para darse a conocer entre sus usuarios actuales y potenciales.
30. Ordene según su importancia de uso los medios que más se utilizan en el hospital para dar a conocer los servicios (1 a la de mayor uso y 5 la de menor uso).
- a.- Radio
- b.- T.V.
- c.- Prensa.
- d.- Folletería
- e.- Otros: ¿Cuáles? _____

En la anterior escala podemos realizar un análisis similar al realizado por Philip Kotler, en su propuesta de cuestionario, previamente analizada en la página 34 de este documento.

1) **EVALUACIÓN INTEGRAL:** nos da un panorama global de la situación del marketing hospitalario.

PUNTUACIÓN: individual para cada hospital analizado

SUMA ALGEBRAICA (Escala Likert: + 2 = Excelente, + 1 = Buena, -1 = Mala y -2 = Muy mala):

-29= MALA	29= BUENA
-58= MUY MALA	58= EXCELENTE

b) **SUMA ORDINAL** (Escala Likert: 1 = Excelente, 2 = Buena, 3 = Regular, 4 = Mala y 5 = Muy mala) :

29= EXCELENTE	116= MALA
58= BUENA	145= MUY MALA
87= REGULAR	

2) **EVALUACIÓN PARCIAL:** nos da una evaluación por cada uno de los atributos contemplados en la investigación para poder identificar y diagnosticar la situación específica del marketing hospitalario:

PUNTUACIÓN: se reporta una evaluación por cada uno de los atributos contemplados en el cuestionario.

• **NIVEL COGNOSCITIVO:**

a) **SUMA ALGEBRAICA:**

-4= MALA	+4= BUENA
-8= MUY MALA	+8= EXCELENTE

b) **SUMA ORDINAL:**

4= EXCELENTE	16= MALA
8= BUENA	20= MUY MALA
12= REGULAR	

• **COMPORTAMIENTO HACIA LA MERCADOTECNIA:**

a) **SUMA ALGEBRAICA:**

-5= MALA	+5= BUENA
-10= MUY MALA	+10= EXCELENTE

b) SUMA ORDINAL:

5= EXCELENTE

10= BUENA

15= REGULAR

20= MALA

25= MUY MALA

FILOSOFÍA DEL CONSUMIDOR :

a) SUMA ALGEBRAICA:

-5= MALA

-10= MUY MALA

+5= BUENA

+10= EXCELENTE

b) SUMA ORDINAL:

5= EXCELENTE

10= BUENA

15= REGULAR

20= MALA

25= MUY MALA

EFICIENCIA OPERACIONAL:

a) SUMA ALGEBRAICA:

-5= MALA

-10= MUY MALA

+5= BUENA

+10= EXCELENTE

b) SUMA ORDINAL:

5= EXCELENTE

10= BUENA

15= REGULAR

20= MALA

25= MUY MALA

ORGANIZACIÓN INTEGRAL:

a) SUMA ALGEBRAICA:

-3= MALA

-6= MUY MALA

+3= BUENA

+6= EXCELENTE

b) SUMA ORDINAL:

3= EXCELENTE

6= BUENA

9= REGULAR

12= MALA

15= MUY MALA

INFORMACIÓN ADECUADA PARA LA MERCADOTECNIA:

a) SUMA ALGEBRAICA:

-1= MALA

-2= MUY MALA

+1= BUENA

+2= EXCELENTE

b) SUMA ORDINAL:

1= EXCELENTE

2= BUENA

3= REGULAR

4= MALA

5= MUY MALA

MERCADOTECNIA INTERNA E INTERACTIVA:

a) SUMA ALGEBRAICA:

-4= MALA

-8= MUY MALA

+4= BUENA

+8= EXCELENTE

b) SUMA ORDINAL:

4= EXCELENTE

8= BUENA

12= REGULAR

16= MALA

20= MUY MALA

MERCADOTECNIA EXTERNA:

a) SUMA ALGEBRAICA:

-3= MALA

-6= MUY MALA

+3= BUENA

+6= EXCELENTE

b) SUMA ORDINAL:

3= EXCELENTE

6= BUENA

9= REGULAR

12= MALA

15= MUY MALA

II.G.1.i- CUERPO DEL CUESTIONARIO O PREGUNTAS:

1. El nivel de conocimiento que tengo de la mercadotecnia es:
2. La mercadotecnia como disciplina administrativa es aplicable en el sector salud de México.
3. La mercadotecnia engaña al usuario.
4. Me agrada que en este hospital se trabajara con los principios de la mercadotecnia.
5. Daría mi voto para que en este hospital se incorpore y desarrolle la filosofía de la mercadotecnia.
6. Considero que la mercadotecnia hospitalaria se debe implementar en este hospital con un departamento bien establecido dentro del organigrama del hospital.
7. Creo conveniente trabajar la mercadotecnia hospitalaria en esta institución con apoyo staff.
8. La dirección reconoce la importancia de estructurar la organización para atender las necesidades y deseos del mercado elegido.
9. La dirección desarrolla diferentes ofertas y planes de mercadeo para diferentes sectores del mercado.
10. La dirección analiza un panorama amplio de su público (usuario actual y potencial, donadores, público en general, competidores, etc.) en la planeación y ejecución dentro de la organización.
11. Existe integración y control de los directivos en las funciones de mercadotecnia que afectan a públicos diversos.
12. Las actividades de mercadotecnia se realizan tomando en cuenta a los directivos de los departamentos del hospital.
13. El proceso de desarrollo de nuevos servicios se encuentra bien organizado.
14. Frecuentemente se realizan estudios de mercado para consumidores, influencias de compra, canales de distribución y conducta de la competencia.
15. La dirección conoce bien las necesidades y el tamaño del mercado, así como los sectores del mismo.
16. Se realizan esfuerzos para medir la efectividad de la mercadotecnia.
17. Se realizan análisis de costos en publicidad o promoción y se relacionan con la efectividad.
18. La dirección de este hospital desarrolla un cuidadoso plan de mercadotecnia (precios, servicios, publicidad).
19. La estrategia de mercadotecnia es clara, innovadora, basada en datos congruentes y bien razonados.
20. La dirección formalmente identifica las contingencias más importantes y las desarrolla en un proceso de planeación.
21. Los directivos de este hospital comprenden los principios de la mercadotecnia.
22. Los principios de la mercadotecnia son comunicados e implementados hacia los niveles más bajos de este hospital.
23. La dirección ha instalado sistemas de información del mercado hospitalario que poseen datos suficientes precisos y de fácil acceso.
24. Existen programas de capacitación interna para ofrecer servicios de calidad en todas las áreas del hospital.
25. Existen programas de capacitación acerca de la calidad dirigidos a las personas que prestan el servicio final (médicos, enfermeras, camilleros y recepcionistas), los cuales

- tienen contacto directo con el paciente y sus familiares.
26. Se tienen programas de capacitación con orientación a satisfacer al usuario final.
 27. La dirección conoce muy bien la ubicación geográfica, demográfica, sociográfica, psicográfica y conductual de sus usuarios actuales.
 28. La dirección cuenta con un plan de comunicación en medios para darse a conocer entre sus usuarios actuales y potenciales.
 29. Ordene según su importancia de uso los medios que más se utilizan en el hospital para dar a conocer los servicios (1 a la de mayor uso y 5 la de menor uso).
 - a.- Radio
 - b.- T.V.
 - c.- Prensa.
 - d.- Folletería
 - e.- Otros: ¿Cuáles? _____
 30. Se realizan investigaciones de los principales competidores del Hospital.

En el anterior cuestionario podemos realizar un análisis similar al realizado por Philip Kotler en su propuesta de cuestionario.

PUNTUACIÓN: individual para cada hospital analizado

a) SUMA ALGEBRAICA:

-29= MALA

29= BUENA

-58= MUY MALA

58= EXCELENTE

b) SUMA ORDINAL:

29= EXCELENTE

116= MALA

58= BUENA

145= MUY MALA

ESTO
 SALA
 TERC
 DE
 DEPART

II.H.- DISEÑO DE LA MUESTRA:

II.H.1.- MUESTRA DE HOSPITALES PRIVADOS DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL

Del total de hospitales registrados en el documento "Los hospitales de México privado y gobierno de 1996", publicado y aprobado por la Asociación Mexicana de Hospitales, hemos encontrado de los 209 hospitales privados de México, D.F. y área conurbada que el 6%(13 hospitales) se encuentran clasificados en el tercer nivel de atención y un 22% (45 hospitales) se encuentran clasificados en el segundo nivel de atención y el 72% (151 hospitales) restante son hospitales pequeños considerados en el primer nivel de atención hospitalaria.

Para este estudio se tomaron en cuenta unicamente los hospitales privados por lo que la muestra quedó conformada de la siguiente manera:

a.- Censo de los hospitales del tercer nivel de atención ubicados en la zona metropolitana.

b.- Muestra del 90 % de los hospitales clasificados en el segundo nivel atención ubicados en la zona metropolitana con un margen de error del 5 %. Se utilizó la siguiente fórmula para determinar "n":

$$n = \frac{p(1-p)}{(E^2/Z^2) + P(1-P)/N}$$

P= Proporción de los encuestados. Para fines de esta investigación se trabajará con una proporción igual a .5, siendo este el valor en donde la muestra es más grande.

E= Error es igual a .05. Error mínimo aceptado para la muestra de 40.

Z= 1.96. Es el valor de Z con un nivel de confianza del 95 %.

N= 45. El total de la población.

n = Tamaño de la muestra⁴⁹

$$n = \frac{.5(1-.5)}{(.05^2/1.96^2) + .5(1-.5)/45}$$

$$\frac{.25}{(.0025/3.8416) + .25/45}$$

$$\frac{.25}{(.0006507) + .0055555}$$

$$\frac{.25}{.0062062}$$

$$n = 40$$

⁴⁹Ronald M. Weiers, Investigación de Mercados, Editorial Prentice Hall, pp. 123, México 1986

II.H.2.- MARCO MUESTRAL Y PROCEDIMIENTO MUESTRAL:

El marco muestral que se utilizó para la presente investigación es el documento publicado y comercializado por la Asociación Mexicana de Hospitales, "Los hospitales de México privado y gobierno de 1996". De cuyo marco muestral nos remitimos a seleccionar los hospitales privados de la zona metropolitana ubicados en el segundo y tercer nivel de atención hospitalaria.

En los del tercer nivel de atención no hubo necesidad de un procedimiento muestral debido a que se realizó un censo.

En los del segundo nivel de atención se procedió a realizar también un censo, pero los hospitales que no quisieron contestar el cuestionario quedaron fuera de la muestra. Afortunadamente y para el bien de la investigación el cuestionario fue contestado por el 90 % del total de hospitales del segundo nivel; por lo que consideramos que el margen de error es muy bajo (del 5 %).

Una vez seleccionado el hospital, se levantó la información por medio de un cuestionario estructurado aplicado con entrevista personal a los directivos de estos:

- a.- Director General.
- b.- Director Médico.
- c.- Director Administrativo.

III.I.- TRABAJO DE CAMPO

La prueba de campo se realizó durante los meses de Diciembre de 1996 a Enero de 1997. El procedimiento fue a través de la entrevista personal a cada uno de los directivos de los hospitales seleccionados, por lo que esta actividad se desarrolló durante las horas hábiles. Proceso que incomodó a los encuestados, pero hubo una excelente colaboración e interés por conocer los resultados de la presente investigación; por lo que nos comprometimos hacerles llegar un resumen ejecutivo de los principales hallazgos a los directivos que así lo solicitaron.

Para aplicar este campo se tuvo que realizar en promedio tres visitas por cada director a encuestar en diferentes días durante el periodo antes mencionado.

II.J.- CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN

Se utilizó la técnica de la post-codificación, esto es, una vez aplicado el cuestionario se procedió a darle un código a cada uno de los formato de respuestas, para tabularlos con el

auxilio del paquete estadístico SPSS- PC, versión profesional para Windows.

II.K.- ANÁLISIS ESTADÍSTICOS UTILIZADOS

Las técnicas estadísticas utilizadas en esta investigación fueron seleccionadas de acuerdo a los objetivos de la investigación y a las hipótesis enunciadas en este trabajo:

II.K.1.- Estadísticas descriptivas:

Se utilizaron las técnicas estadísticas propias para describir el comportamiento de la muestra: medidas de centralidad como la media y mediana (dependiendo de la escala de medición) y medidas de dispersión como la desviación estándar.

II.K.2.- Estadística Inferencial:

A pesar de que se obtuvo un censo de los hospitales del tercer nivel de atención ubicados en la zona metropolitana y un 90 % de los hospitales del segundo nivel, la estadística inferencial que se utilizó nos sirve para clasificar e inferir el comportamiento de los hospitales en México:

1.- Iniciamos con un análisis estadístico de Ji cuadrada univariada para inferir el comportamiento de cada una de las variables involucradas en esta investigación, pues, a pesar de tener hipótesis muy genéricas, tuvimos que realizar esta técnica para ver el comportamiento de las variables de manera aislada e independiente.

2.- La segunda prueba estadística que se realizó en este trabajo es el análisis estadísticos Ji cuadrada bi-variada para ver el comportamiento de las variables cuando realizamos los cruces de variables adecuados.

3.- La tercera prueba estadística que se realizó en este trabajo es la prueba de ANOVA, para reafirmar las diferencias que empezamos a notar en las dos técnicas antes usadas. Para ello se tomaron como variable independiente la clasificación socioeconómica (bajo, medio y alto), nivel de atención hospitalaria (segundo y tercer nivel), la profesión, sexo y edad de los encuestados.

La intención de esta técnica estadística es la de identificar el comportamiento de la variable dependiente en cada uno de los grupos formados como variables independientes.

4.- El análisis obligado a realizar posteriormente es el de Covarianza, ya que pretendemos conocer el comportamiento de las variables dependientes con la interacción de un grupo de variables independientes.

5.- El análisis estadístico que cierra de manera integral o grupal los resultados aislados de las anteriores técnicas es el análisis discriminante, técnica estadística para conocer las

variables que marcan la diferencia entre los hospitales de segundo y tercer nivel de atención y la profesión de los encuestados agrupados en ciencias médicas y ciencias económico administrativas.

Con esta técnica estadística se cierra el análisis realizado en la presente investigación y nos ayuda a definir el comportamiento de los hospitales en México ante la orientación y el desempeño de la mercadotecnia hospitalaria.

6.- Se realizaron pruebas estadísticas propias para la prueba de validez y confiabilidad del instrumento de medición: correlaciones entre las variables para identificar el comportamiento entre las variables que miden lo mismo, (validez de contenido). Prueba Alfa de Cronbach, (Ver página 84 de este documento) para encontrar el grado de confiabilidad del instrumento de medición y la prueba de correlación de mitades partidas para definir el comportamiento de la correlación de cada una de las mitades analizadas.⁵⁰

⁵⁰De La Garza, García, Jorge, Análisis de la información mercadológica, a través de la estadística multivariante, editorial, Alhambra, 1995, México.

III.- CONFIABILIDAD INTERNA

La confiabilidad es una prueba obligada en toda investigación para determinar si el instrumento de medición tiene un grado de confianza y si es posible recomendarlo como un instrumento confiable.

Se utilizaron dos procedimientos para calcular la confiabilidad del instrumento de medición utilizado en esta investigación:

Método de mitades partidas: El conjunto de ítems (o reactivos) es dividido en dos mitades y las puntuaciones son comparadas entre si, para ver si son similares los resultados. Un reactivo con baja puntuación en una mitad tenderá a tener también una baja puntuación en la otra mitad, siempre y cuando estos reactivos estén midiendo lo mismo.

Primera mitad:

Número de la variable	Nombre de la variable	Media
V3	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MERCADOTECNIA	2.8831
V6	ME AGRADARIA TRABAJAR CON MERCADOTECNIA	1.8182
V8	SE DEBE TRABAJAR CON UN DPTO. DE MERCADOT.	2.2857
V10	ESTRUCTURAR LA ORGANIZACION	1.8701
V11	PLANES PARA DIFERENTES SEGMENTOS	1.9221
V12	ESTUDIA UN PANORAMA AMPLIO DE SU PUBLICO	2.0000
V13	INTEGRACION Y CONTROL EN FUNCIONES MERCAD	2.5584
V16	SE REALIZAN ESTUDIOS DE MERCADO	3.3506
V18	SE MIDE LA EFECTIVIDAD DE LA MERCADOTECNIA	3.3766
V20	SE DESARROLLA UN PLAN DE MERCADOTECNIA	2.8961
V23	SE COMPRENDEN LOS PRINCIPIOS DE MERCADOTEC	2.2597
V26	PROGRAMAS DE CAPACITACION-CALIDAD	2.2597
V31	PROMOCION EN RADIO	4.5844
V33	PROMOCION EN PRENSA	3.5844

Segunda mitad:

Número de la variable	Nombre de la variable	Media
V4	LA MERCADOTECNIA SE APLICA EN EL SECTOR SALUD	1.5325
V7	DOY MI VOTO PARA TRABAJAR CON MERCADOTECNIA	1.8442
V9	SE DEBE TRABAJAR CON STAFF	2.2208
V13	INTEGRACION Y CONTROL EN FUNCIONES DE MERCADOT	2.5584
V14	LAS ACTIV DE MKT TOMAN EN CUENTA A LOS DPTOS	2.3766
V16	SE REALIZAN ESTUDIOS DE MERCADO	3.3506
V17	SE CONOCEN LAS NECESIDADES Y EL TAMAÑO DEL MERC2.5844	2.5844
V19	SE ESTUDIAN LOS COSTOS RELACIONADOS CON MKT	3.2208
V21	LA ESTRATEGIA DE MKT ES CLARA	2.2468
V24	SE COMUNICAN LOS PRINCIPIOS DE MKT	2.8312
V27	PROGRAMAS DE CAL-PRESTADORES DEL SERV	2.0130
V29	CONOCE LA UBICACION DE SU CLIENTE	2.3377
V32	PROMOCION EN TV	4.8701
V34	PROMOCION EN FOLLETOS	2.0260

En los dos grupos de variables podemos observar un comportamiento casi similar en la comparación de medias y desviaciones estándar. Se puede ver que aquellas variables con

puntuaciones bajas en promedios, desviación estándar y correlación son coincidentes en los dos grupos, y lo mismo podemos observar en aquellas variables con puntuaciones altas. De éste modo se puede comprobar que la prueba de confiabilidad de mitades partidas es positiva y nos lleva a corroborar un alto grado de confiabilidad del cuestionario aplicado en ésta investigación.

2. Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach: para fines de corroborar la confiabilidad del instrumento de medición se aplicó el procedimiento para calcular el coeficiente Alfa de la siguiente manera:

$$\alpha = \frac{N\Pi}{1 + \Pi(N - 1)}$$

N = Número de items o reactivos.

Π = Promedio de la correlación entre items o reactivos.

Los procedimientos estadísticos para la prueba Alfa son con la técnica de correlación de Pearson, por lo que las variables analizadas están medidas en escala intervalar.⁵¹ Alfa de Cronbach para la primera mitad de variable.

$$\alpha = \frac{.247271429 (14)}{1 + .247271429 (13)} = \frac{3.4617999}{4.2145285}$$

$$= 0.82$$

Este coeficiente es aceptable por lo que el instrumento tiene un alto grado de confiabilidad, en la primera mitad de las variables.

b) Alfa de Cronbach para la segunda mitad de variable

$$\alpha = \frac{.14858387 (14)}{1 + .14858387 (13)} \quad \alpha = \frac{2.0801741}{2.93159032258} \quad \alpha = 0.71$$

Este coeficiente es aceptable por lo que el instrumento tiene un alto grado de confiabilidad, en la segunda mitad de las variables.⁵²

⁵¹Sampiere, Hernandez, Roberto, et al, Metodología de la investigación, México, McGraw-Hill, 1991, p. 416 a 418

⁵²Sampiere, Hernandez, Roberto, et al, Op Cit., p. 248 a 250

II.M.- VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

La validez pretende definir si las preguntas diseñadas en el cuestionario realmente miden lo que se quiere medir en función de cada una de las variables involucradas, de los objetivos y las hipótesis enunciadas en la presente investigación.

La prueba de validez que se utilizó para este instrumento de medición es la de Contenido, ya que las preguntas están fundamentadas con un cuestionario elaborado y aplicado por Philip Kotler en las instituciones de servicio para medir la efectividad de la Mercadotecnia. Las variables tienen diversas dimensiones o facetas que la componen, por lo que se correlacionan las puntuaciones de los ítems relacionados entre sí, y esperamos correlaciones altas entre aquellos ítems que miden una misma dimensión:

VARIABLES	CORRELACIÓN
V6 ME AGRADARIA TRABAJAR CON MKT vs. V7 DOY MI VOTO PARA TRABAJAR CON MERCA	.7023
V8 SE DEBE TRABAJAR CON UN DPTO. DE MKT vs. V9 SE DEBE TRABAJAR CON STAFF	.5141
V10 ESTRUCTURAR LA ORGANIZACION vs. V11 PLANES PARA DIFERENTES SEGMENTOS	.5883
V11 PLANES PARA DIFERENTES SEGMENTOS vs. V12 ESTUDIA UN PANORAMA AMPLIO DE SU PUBLICO.5404	
V18 SE MIDE LA EFECTIVIDAD DE LA MKT vs. V19 SE ESTUDIAN LOS COSTOS RELACIONADOS	.6483
V16 SE REALIZAN ESTUDIOS DE MERCADO vs. V17SE CONOCEN LAS NECESIDADES Y EL TAMAÑO	.3075
V20 SE DESARROLLA UN PLAN DE MKT vs. V21 LA ESTRATEGIA DE MKT ES CLARA	.4378
V23 SE COMPRENDEN LOS PRINCIPIOS DE MKT vs. V24 SE COMUNICAN LOS PRINCIPIOS DE MERCAD	.4881
V26 PROGRAMAS DE CAPACITACION-CALIDAD vs. V27 PROGRAMAS DE CAL-PRESTADORES DEL SERV	.7155

En la anterior relación de variables podemos ver que las correlaciones son coincidentes entre las variables analizadas, esto es, correlaciones altas y bajas respectivamente, ejemplo:

Las dos primeras variables tienen una correlación de .7023, considera aceptable. Estas dos variables están midiendo el mismo atributo pero con distinta forma de cuestionar. Lo mismo podemos observar en los reactivos subsecuentes.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y RESULTADOS

→ III. A.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Para fines de representatividad la muestra está compuesta por 53 hospitales ubicados en la zona metropolitana:

13 del tercer nivel de atención.

40 del segundo nivel de atención

Se reportan 24 más debido a que se encuestaron algunos subdirectores de los mismos hospitales.

Por niveles socioeconómicos tenemos 18.2% del nivel socioeconómico alto. 57.1% del nivel socioeconómico medio y 24.7% del nivel socioeconómico bajo.

Análisis de identificación y clasificación hospitalaria:

La edad de los encuestados se encontró distribuida de la siguiente manera: 44% de 30 a 40 años, 27.3% de 41 a 50 años y 29% con más de 51 años.

En cuanto al sexo de los encuestados se registró 22% femenino y 78% masculino; lo que concuerda con el predominio de los hombres en los puestos directivos de los hospitales en México.

La profesión de los encuestados estuvo distribuida de manera casi uniforme entre Ciencias Médicas con 48% y Ciencias Económico - Administrativas con el 52%, lo sorprendente de estos porcentajes es el incremento de personas que ocupan puestos directivos con estudios en Ciencias Administrativas, creo que vamos en el rumbo correcto y zapatero a sus zapatos y terminar con la frase popular "se pierde a un gran médico y se gana a un pésimo administrador".

El cargo de los encuestados se comportó así: 23% Director de Área Médica, 53% Director de Área Administrativa, 21% Director General y 3% Jefe de Mercadotecnia.

En cuanto a la antigüedad, encontramos 39% de 1 a 3 años, 18% de 4 a 7 años, 7% de 8 a 10 años y 36% con más de 11 años de antigüedad.

Entrando en materia de análisis sobre la mercadotecnia hospitalaria en México se encontró de manera colectiva lo siguiente:

- El nivel de conocimiento de la mercadotecnia en este sector no es bueno por lo que se debe hacer gran esfuerzo para que los directivos conozcan los principios de la mercadotecnia; del total de los encuestados tan solo el 32.5% poseen conocimientos adecuados de esta disciplina.
- El 96.1% manifestaron estar de acuerdo a totalmente de acuerdo en que la mercadotecnia sí aplica en el sector salud. Del mismo modo encontramos que el 75% está en desacuerdo de que la mercadotecnia engaña. Con estos dos cuestionamientos podemos ver de manera indirecta que hay una actitud favorable hacia la mercadotecnia hospitalaria.
- Anteriormente vimos que el nivel cognoscitivo es inadecuado, ahora vamos a explorar sus preferencias y probable comportamiento hacia la mercadotecnia: 90% de los encuestados sí les agrada trabajar con los principios de la mercadotecnia en su hospital, 7.8% están indecisos y tan sólo 2.6% no les agrada. Al momento de interrogarlos sí dan su voto para trabajar con la filosofía de la mercadotecnia en su hospital, contestaron: 84% sí darían su voto, 9.1% está indeciso y un 6.5% no daría su voto. Con estos dos cuestionamientos podemos concluir con un gran margen de confianza de que los directivos de los hospitales actualmente ven con buenos ojos a la mercadotecnia; la actitud y el comportamiento hacia la mercadotecnia son muy favorables, el problema es tal vez el cómo se podría trabajar con el marketing en los hospitales de México.

Para tratar de dar respuesta al cómo se debe trabajar con mercadotecnia, se incluyeron dos cuestionamientos: 60% de los encuestados manifestaron que se debe trabajar con un departamento de mercadotecnia dentro del hospital, 22% está indeciso y 18% se manifestó en contra de iniciar con un departamento de mercadotecnia dentro de la estructura orgánica. Al momento de interrogarlos sobre trabajar con un grupo staff, se encontró que el 71% está de acuerdo, 20% indeciso y 9% en desacuerdo; podemos concluir que hay un gran interés por trabajar con mercadotecnia hospitalaria y que la manera más adecuada sería la de nombrar a una persona de tiempo completo con conocimientos en el sector hospitalario y en marketing para que sea apoyado por un grupo confiable de staff. Trabajar con staff tiene menos votos en contra, debido a que este sector confía en las personas que saben y que generalmente están fuera de su estructura organizativa. No hay que olvidar que la estructura organizativa de los hospitales en México es matricial, en donde se combinan la estructura vertical con la dirección y la departamentalización y la horizontal en los niveles intermedios para poder así tener más control dentro del proceso de tratamiento y mejora de los pacientes entre los diferentes departamentos involucrados.

- Hay una preocupación de la dirección por estructurar la organización para atender las necesidades y deseos del mercado elegido: 87% manifestó la importancia por estructurar a la organización, 6.5% está indeciso y 6.5% se manifestó en desacuerdo. Con este cuestionamiento podemos ver la preocupación real de los hospitales por identificar a sus clientes y ofrecerles servicios médicos con involucramiento total de la organización.

Siguiendo con el anterior inciso, los directivos de los hospitales están desarrollando diferentes ofertas y planes para distintos sectores del mercado: 88% sí está desarrollándolas y un 12% no está haciendo nada. Con estas cifras podemos ver que los hospitales en estos tiempos se están preocupando por ofrecer el servicio adecuado a las personas adecuadas. También podemos reforzar este punto con el cuestionamiento de que la dirección analiza un panorama amplio de su público: el 79% sí analiza este panorama (usuario actual, potencial, donadores, público en general y competidores), 14% está indeciso y 7% no estudia un panorama amplio de su público.

A nivel operativo, si existe integración y control de los directivos en las funciones de mercadotecnia que afectan a públicos diversos, encontramos que el 53% sí realiza estas funciones de integración y control, 27% estuvo indeciso y el 20% restante no realiza estas actividades de integración y control. Del mismo modo y con cifras muy similares se encontró que el 69% de los encuestados manifestaron que las actividades de mercadotecnia se realizaron tomando en cuenta a los directivos de los departamentos del hospital, 10% estuvo indeciso y 21% se manifestó en desacuerdo.

Un porcentaje similar que el anterior podemos observar en el inciso de si el desarrollo de nuevos servicios se encuentra bien organizado: 66% manifestó estar bien organizado, 20% indeciso y 14% restante está en desacuerdo.

En estos tres últimos puntos: integración y control de mercadotecnia, las actividades de mercadotecnia toman en cuenta a los directivos y bien organizado el proceso de nuevos servicios, nos lleva a reflexionar de que en algunos hospitales se realizan mejor estas actividades que en otros. Información que más adelante quedará definida cuando realicemos el análisis de cruce de variables.

El 65% de los encuestados no realizan estudios de mercado, el 31% sí realiza estos estudios y el 4% restante contestó indeciso. Algo similar sucedió en los porcentajes con el cuestionamiento de si miden la efectividad de la mercadotecnia: 57% no la miden, 9% indeciso y 34% sí realiza esfuerzos para medir esta efectividad.

Podemos ver en estos tres incisos que se realizan pocas actividades de mercadotecnia externa y que a su vez no se mide su efectividad.

Los análisis de costos en publicidad y promoción y su relación con la efectividad se encontró: 38% que sí realiza estas actividades, 10% indeciso, 52% que no las realiza. Lo que va de la mano con la no medición de la efectividad del marketing.

Hasta el momento podemos ver que los directivos no saben como aplicar la filosofía de la mercadotecnia.

En el cuestionamiento de si la dirección desarrolla un cuidadoso plan de mercadotecnia, se encontró que el 49% sí desarrolla este plan, 42% no lo desarrolla y 9% contestó indeciso. Se puede afirmar que un gran porcentaje de los encuestados no sabe cómo se realiza un plan de mercadotecnia, sin embargo, una gran mayoría, 68% sí realiza

un proceso de planeación para contingencias, contra un 12% que no la realiza y 20% de indecisos.

En el cuestionamiento de si comprenden y se comunican los principios de mercadotecnia se encontró: 64% si lo comprende, pero se comunican en un 43% predominando un 57% entre indecisos y que no comunican estos principios. Se reafirma que el nivel de conocimiento de la mercadotecnia es muy bajo.

En la mercadotecnia interna de la organización encontramos que el 77% si cuenta con programas de capacitación en calidad, contra un 14% que no tiene y 9% indecisos, mientras que un 78% cuenta con programas de capacitación de calidad hacia las personas que prestan el servicio final, contra un 13% que no tiene estos programas. Vemos un interés y preocupación de los hospitales por aplicar los principios de calidad en su organización; atributo que viene a contribuir en mucho al desarrollo e implementación del marketing interno e interactivo.

En la mercadotecnia externa podemos ver que el 88% realiza planes para diferentes segmentos, pero con una orientación al producto y a las fortalezas de la Institución. El 62% conoce las necesidades y el tamaño del mercado, un 31% no lo conoce; el 64% conoce a su vez la ubicación de sus clientes versus un 14% que no la conoce.

Lo anterior muestra que los hospitales se están preocupando cada día más por identificar a su cliente. Siguiendo con este enfoque de mercadotecnia externa, vemos que el 44% si realiza investigaciones de los principales competidores, contra un 45% que no realiza estos estudios. Actividades propias de la mercadotecnia externa.

Siguiendo con el enfoque de mercadotecnia externa, encontramos que el 60% cuenta con un plan de comunicación y medios para dar a conocer sus servicios y fortalecer su imagen. De los medios de comunicación, el más utilizado fue la folletería o promoción en folletos (73%), prensa (34%), y con menor porcentaje revistas, radio y televisión.

→ III. B.- ANÁLISIS INFERENCIAL

Para este análisis se realizaron las técnicas de ji cuadrada, análisis de varianza, análisis discriminante y análisis de covarianza.

→ III.B.1.-En el análisis de la Ji cuadrada univariada, se encontró:

- III.B.1.a.- NIVEL COGNOSCITIVO HACIA LA MERCADOTECNIA: se rechazaron 4 hipótesis que miden el nivel cognoscitivo hacia la mercadotecnia.
- a) Nivel de conocimiento de la mercadotecnia: se rechaza la hipótesis nula debido a que el nivel de conocimiento hacia la mercadotecnia es de bueno a muy bueno en un 32.5%, 44.2% es considerado de regular y 23.4% de malo a muy malo. La proporción de conocimiento bueno a muy bueno es muy baja por lo que se puede afirmar que el nivel de conocimiento hacia la mercadotecnia es por consiguiente también bajo.
 - b) La mercadotecnia no aplica en el Sector Salud: Se rechaza la hipótesis nula debido a que el 96 % contestó que la mercadotecnia si aplica en este Sector.
 - c) La mercadotecnia engaña: también se rechazó Ho., debido a que la gran mayoría de los hospitales, el 76% consideran que la mercadotecnia no engaña.
 - d) No se comprenden los principios de la mercadotecnia: se rechazó debido a que una mayoría considerable de los hospitales en México(64%), si comprenden estos principios.
 - e) No se comunican estos principios hacia los diferentes niveles del hospital: no se rechaza esta hipótesis debido a que una proporción del 43% si comunican y 57% se comparte entre indeciso y que no se comunican.

Ante estas variables podemos inferir que los directivos de los hospitales en México, carecen de un buen conocimiento de la mercadotecnia, acentuándose más esta situación en los niveles jerárquicos más bajos de los hospitales, pero la consideran una disciplina que no engaña y que puede ser aplicable al Sector Salud mexicano.

- III.B.1.b.-ACTITUD HACIA LA MERCADOTECNIA: se rechazaron las 4 hipótesis que miden la actitud.
- a) No me agradaría trabajar con la mercadotecnia: casi la totalidad de la muestra (90%) contestó que si le agradaría trabajar con la mercadotecnia en su hospital.
 - b) No daría mi voto para trabajar con la mercadotecnia: una gran mayoría de los hospitales (85%) si darían su voto para trabajar con la mercadotecnia en su organización.
 - c) No se debe trabajar con un departamento de mercadotecnia: el 60% de los hospitales consideran que con un departamento dentro de su estructura orgánica sería suficiente para trabajar con los principios de la mercadotecnia hospitalaria.

d) No se debe trabajar con apoyo staff: los hospitales se inclinan más por el apoyo staff (72%) que por el de abrir un departamento, aunque las dos ideas para trabajar con la mercadotecnia no les desagradan.

Podemos ver que la actitud hacia la mercadotecnia hospitalaria en los hospitales de México, es muy positiva pero al momento de actuar e incorporar la mercadotecnia en su ámbito de trabajo, les ocasiona incertidumbre y dificultad para decidir la mejor alternativa para incorporar sus principios.

→ **III.B.1.c.-ORIENTACIÓN HACIA EL CLIENTE Y EL MERCADO:** en este apartado del análisis consideramos una agrupación de 7 variables:

- a) Los directivos no reconocen la importancia de estructurar la organización para atender el mercado: la gran mayoría de los hospitales en México, el 87% si consideran importante estructurar la organización para atender el mercado.
- b) La dirección del hospital no desarrolla ofertas diferentes: la mayoría de los hospitales en México, el 88% si desarrollan ofertas de servicios para diferentes segmentos del mercado, por lo que se rechazó esta hipótesis de nulidad.
- c) La dirección no estudia un panorama amplio de su público: el tener ofertas diferentes ha llevado a los hospitales a estudiar un panorama amplio de su público, siendo esta una de las actividades más que realizan los hospitales en México; el 80% si estudia un panorama amplio de su público.
- d) No se conocen las necesidades ni el tamaño del mercado: se rechazó la hipótesis y encontramos que la gran mayoría de los hospitales en México (62%) si conocen las necesidades y el tamaño del mercado.
- e) No se conoce la ubicación de los clientes: podemos observar que una gran mayoría de los hospitales (88%) consideran que si conocen la ubicación de sus pacientes.
- f) No se estudia a la competencia: no se rechazó la hipótesis y podemos afirmar que no es costumbre de los hospitales en México el de analizar constante y metódicamente a la competencia.
- g) No se cuenta con planes de comunicación en medios para darse a conocer: un poco más de la mitad de los hospitales en México (60%) realizan las actividades de comunicación en medios.

Podemos observar de estas 7 variables analizadas en la ji cuadrada univariada que los directivos de los hospitales en México, si conocen la procedencia y ubicación de sus pacientes, conocen muy poco las necesidades y el tamaño del mercado, cuentan con un pequeño plan de comunicación en medios y no acostumbran a estudiar el comportamiento de manera objetiva de la competencia.

→ **III.B.1.d.-MERCADOTECNIA INTERNA E INTERACTIVA:** se aplicaron 4 reactivos que miden las actividades u orientación de la mercadotecnia interna e interactiva.

- a) No se tienen programas de capacitación en calidad: la mayoría de los hospitales en México (77%) si cuentan con programas de capacitación en calidad.

- b) No se tienen programas de calidad al personal que ofrece el servicio: sucede lo mismo que en el punto inmediatamente anterior. El 78% si cuenta con programas de calidad dirigidos al personal que ofrece el servicio.
- c) No se tienen programas de capacitación orientados a satisfacer al usuario: aunque en menor proporción pero si hay hospitales que cuentan con estos programas de capacitación. El 68% cuenta con estos programas de capacitación.

Podemos ver que los hospitales en México, realizan muchas actividades para trabajar con la filosofía de la calidad en varios niveles de la organización; podemos comprobar que los hospitales realizan actividades de mercadotecnia interna de una manera implícita acobijados por los principios de la calidad total y sistemas de costeo, aunque carecen de sistema de información acordes a sus necesidades.

→ **III.B.1.d.-ACTIVIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA MERCADOTECNIA:** se analizaron 7 reactivos que midieron estas actividades.

- a) No hay interés por estructurar la organización para atender las necesidades y deseos del mercado elegido: si existe un interés por estructurar la organización, así como el interés por trabajar con los principios de la mercadotecnia, pero no saben el cómo estructurar la organización. El 87% si tiene interés por estructurar la organización.
- b) La dirección no desarrolla planes para diferentes segmentos: encontramos que la gran mayoría de los hospitales (87%) si desarrollan planes para diferentes segmentos del mercado.
- c) La dirección no estudia una panorama amplio de su público: se pudo observar que los hospitales si estudian un panorama amplio de su público (80%). Variable que tiene mucha relación con el cuestionamiento anterior.
- d) No se realizan actividades de integración y control en funciones de mercadotecnia: los hospitales si realizan actividades de integración y control de mercadotecnia, aunque no de manera explícita. El 53% si realiza actividades de integración y control.
- e) Las actividades de mercadotecnia se realizan sin tomar en cuenta a los directivos de los departamentos del hospital: se rechaza esta hipótesis, debido a que el 69% si toma en cuenta a los directivos de los departamentos del hospital para las actividades de mercadotecnia.
- f) No está bien organizado el proceso de nuevos servicios: el 66% consideran que si tienen bien organizado el proceso de nuevos servicios.
- g) No se desarrolla un cuidadoso plan de mercadotecnia: menos de la mitad de los hospitales realizan planes de mercadotecnia, 49% si realiza planes, 42% no realiza estos planes y un 9% se manifestó indeciso. Los directivos de los hospitales en México, carecen de conocimientos, habilidades y elementos necesarios para desarrollar planes de mercadotecnia.

Las actividades de la administración de la mercadotecnia, se están realizando bajo otros nombres y de manera implícita los hospitales laboran con las funciones de la mercadotecnia, sin tener claro que esas son algunas de las actividades de la

mercadotecnia hospitalaria. No consideramos difícil integrar las funciones actuales de los hospitales relacionadas con la filosofía de la mercadotecnia para tener una mayor y objetiva orientación de la mercadotecnia hospitalaria en México.

→ **III.B.1.e.-INDICADORES DE DESEMPEÑO:** se analizaron dos reactivos que miden de manera directa a estos indicadores.

a) No se mide la efectividad de la mercadotecnia: efectivamente los hospitales en México, no miden la efectividad de la mercadotecnia, porque no saben el cómo hacerlo.

b) No se realizan análisis de costos en publicidad o promoción y se relacionan con la efectividad: también vemos que los hospitales no están capacitados para desarrollar estas actividades, por lo que se corrobora una vez más la dificultad que existe en estas instituciones para aplicar los principios de la mercadotecnia.

La gran dificultad de los hospitales es la de aplicar los principios de la mercadotecnia de manera tal que les permita tener indicadores de desempeño que orienten estas actividades. (Ver cuadro No.13)

Para el análisis de ji cuadrada se presentará a continuación el cuadro resumen que facilita la comprensión de la técnica.

CUADRO RESUMEN DE LA JÍ CUADRADA UNIVARIADA
Cuadro No. 13

H₀	Se Rechaza	No se Rechaza	Valor de la chi square	Signifi- cancia	Observaciones
I. NIVEL COGNOSCITIVO HACIA LA MERCADOTECNIA					
1.- No hay diferencia significativa en el nivel de conocimientos de la mercadotecnia. Variable 3	X		52.03	.0000	Si hay diferencía debido a que el nivel que más predominó es REGULAR con 44%, BUENO 30% y POCO con 21% los rubros de MUY BUENO y MUY POCO fueron ocupados con 2.6% cada uno
2.- La mercadotecnia no aplica en el sector salud. Variable 4	X		20.71	.0004	Observamos que el 96% contestó que la mercadotecnia s aplica en este sector.
3.- La mercadotecnia engaña. Variable 5	X		46.63	.0000	El 76% considera que la mercadotecnia no engaña.
II.					
4.- No se comprenden los principios de la mercadotecnia. Variable 23	X		47.03	.0000	64% SI, 27% +- y 9% NO
5.- No se comunican estos principios hacia los diferentes niveles del hospital. Variable 24		X	9.46	.0504	43% SI, 25% +- y 32% NO
III. y IV. ACTITUD HACIA LA MERCADOTECNIA					
A) No me agradaría trabajar con mercadotecnia. Variable 6	X		85.05	.0000	90% SI, 8% indeciso y 2% NO
B) No daría mi voto para trabajar con mercadotecnia. Variable 7	X		63.60	.0000	85% SI, 9% +- y 6% NO
C) No se debe trabajar con un departamento de mercadotecnia. Variable 8	X		20.71	.0004	60% SI, 22% +- y 18% NO
D) No se debe trabajar con un staff. Variable 9	X		63.60	.0000	72% SI, 20% +- y 8% NO
V. ORIENTACIÓN HACIA EL CLIENTE Y EL MERCADO					
A) La dirección no reconoce la importancia de estructurar la organización para atender el mercado. Variable 10	X		73.87	.0000	87% SI, 8% y 7% NO
B) La dirección no desarrolla ofertas diferentes. Variable 11	X		70.57	.0000	88% SI y 8% NO
C) La dirección no estudia un panorama amplio de su público. Variable 12	X		69.67	.0004	80% SI y 7% NO
D) No se conocen las necesidades ni el tamaño del mercado. Variable 17	X		53.47	.0000	62% SI y 31% NO
E) No se conoce la ubicación de los clientes Variable 29	X		31.15	.0000	88% SI y 8% NO
F) No se estudia a la competencia. Variable 36		X	6.93	.1395	
G) No se cuenta con planes de comunicación en medios para darse a conocer Variable 30	X		35.87	.0000	60% SI y 25% NO
H) Mezcla de medios: orden de importancia de uso:					
RADIO	4				
TV	5				
PRENSA	3				
FOLLETERÍA	1				
REVISTAS	2				

VI. MERCADOTECNIA INTERNA E INTERACTIVA					
A) No se tienen programas de capacitación en calidad. Variable 26	X		59.87	.0000	77% SI y 14% NO
B) No se tienen programas de calidad al personal que ofrece el servicio. Variable 27	X		47.33	.0000	78 % SI y 13 % NO
C) No se tienen programas de capacitación orientados a satisfacer al usuario. Variable 28	X		35.60	.0000	68 % SI y 15 % NO
VII. ACTIVIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA MERCADOTECNIA					
A) No hay interés por estructurar la organización para atender las necesidades y deseos del mercado elegido. Variable 10	X		73.87	.0000	87% SI, 8% y 7% NO
B) La dirección no desarrolla planes para diferentes segmentos. Variable 11	X		70.57	.0000	88% SI y 8% NO
C) La dirección no estudia un panorama amplio de su público. Variable 12	X		69.67	.0004	80 % SI y 7 % NO
D) No se realizan actividades de integración y control en funciones de mercadotecnia Variable 13	X		48.42	.0000	53% SI y 19% NO
E) Las actividades de mercadotecnia se realizan sin tomar en cuenta a los directivos de los departamentos del hospital Variable 14	X		43.08	.0000	69 % SI y 21% NO
F) No está bien organizado el proceso de nuevos servicios Variable 15	X		41.89	.0000	66 % SI y 14 % NO

→ III.B.2.- ANÁLISIS DE VARIANZA

Se realizó esta técnica estadística para comparar la variable dependiente en las diferentes categóricas de la independiente y definir el grado de diferencia entre las variables involucradas.

Para fines prácticos de entender esta técnica se han tomado variables dependientes contra una serie de variables categóricas e independientes o la relación de una variable contra una serie de variables:

- III.B.2.a.-CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS CONTRA: (variable independiente).
- a) NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE SE TIENE DE LA MERCADOTECNIA: el nivel de conocimiento de la mercadotecnia es considerado adecuado en un 32.5% y va en proporción directa al nivel socioeconómico de los hospitales; el de clase socioeconómica alta posee un mayor nivel de conocimientos de la mercadotecnia, seguido por el de clase media y en el último lugar de nivel de conocimientos se encuentra el de clase baja.
 - b) LA MERCADOTECNIA COMO DISCIPLINA ADMINISTRATIVA ES APLICABLE AL SECTOR SALUD DE MÉXICO: vimos en el análisis univariado que la mercadotecnia como disciplina administrativa si es aplicable al Sector Salud de México, por lo que se observa el mismo comportamiento que en las variables anteriores, esto es, la clasificación socioeconómica marca diferencias entre el grado de aplicabilidad de la mercadotecnia. Los hospitales de mayor nivel socioeconómico consideran en mayor grado que la mercadotecnia si aplica en el Sector Salud mexicano, seguidos de los que ocupan el segundo nivel y ocupa el último lugar los hospitales que se encuentran en el nivel socioeconómico bajo.
 - c) LA MERCADOTECNIA ENGAÑA AL USUARIO: los más inclinados a que la mercadotecnia no engaña son los del nivel socioeconómico alto, seguidos de los hospitales de nivel bajo y en este caso ocupa el último lugar los de nivel socioeconómico medio.
 - d) LA DIRECCIÓN RECONOCE LA IMPORTANCIA DE ESTRUCTURAR LA ORGANIZACIÓN PARA ATENDER LAS NECESIDADES Y DESEOS DEL MERCADO ELEGIDO: el comportamiento es similar a las variables mencionadas en los dos primeros incisos, esto es, los hospitales de mayor nivel socioeconómico si reconocen la importancia de estructurar la organización para atender las necesidades y deseos de su mercado elegido, seguido de los hospitales que se encuentran clasificados en el segundo nivel y ocupando de nueva cuenta el último lugar los hospitales de nivel socioeconómico bajo.
 - e) LA DIRECCIÓN DESARROLLA DIFERENTES OFERTAS Y PLANES DE MERCADEO PARA DIFERENTES SECTORES DEL MERCADO: los ubicados en el nivel medio elaboran más planes para diferentes segmentos,

seguidos de la clase alta y quedando otra vez en el último lugar los de niveles bajos.

- f) LA DIRECCIÓN ESTUDIA UN PANORAMA AMPLIO DE SU PÚBLICO(USUARIO ACTUAL Y POTENCIAL, DONADORES, PÚBLICO EN GENERAL, COMPETIDORES, ETC.) EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN: los ubicados en el nivel alto estudian en mayor grado un panorama amplio de su público, seguidos del nivel medio y en el último lugar de nueva cuenta los ubicados en los niveles bajos.
- g) EXISTE INTEGRACIÓN Y CONTROL DE LAS FUNCIONES DE MERCADOTECNIA QUE AFECTAN A PÚBLICOS DIVERSOS: de igual manera se repite el comportamiento de los hospitales clasificados por los niveles socioeconómicos. Los de niveles altos realizan aunque en menos grados la integración y control de las funciones de mercadotecnia, seguidos por los de niveles medios y quedando en la última posición los de nivel bajo.
- h) FRECUENTEMENTE SE REALIZAN ESTUDIOS DE MERCADO: el comportamiento es similar al anterior. Predomina aunque en menor grado de aplicación de estudios de mercados los hospitales de nivel alto, seguido de los hospitales de nivel medio y bajo posteriormente.
- i) LA DIRECCIÓN CONOCE BIEN LAS NECESIDADES Y EL TAMAÑO DEL MERCADO: se vuelve a repetir el comportamiento que se ha estado observado en los anteriores incisos. Primer lugar aunque con menor grado los del nivel alto, seguido de los hospitales ubicados en el nivel medio y bajo respectivamente.
- j) SE REALIZAN ESFUERZOS PARA MEDIR LA EFECTIVIDAD DE LA MERCADOTECNIA: en este rubro los hospitales en México, no tienen procedimientos claros para medir la efectividad de la mercadotecnia, siendo más notorio en los hospitales que se encuentran ubicados en el nivel socioeconómico bajo.
- k) LA DIRECCIÓN DE ESTE HOSPITAL DESARROLLA UN PLAN DE MERCADOTECNIA: el comportamiento se vuelve a repetir, ocupando el primer lugar los hospitales de nivel socioeconómico alto, seguido del medio y bajo respectivamente.
- l) SE COMUNICAN LOS PRINCIPIOS DE LA MERCADOTECNIA: la variable tiene el mismo comportamiento en función de los niveles socioeconómicos que se han venido observando a lo largo del análisis de esta técnica. Los principios de la mercadotecnia se comunican más en los hospitales clasificados en los niveles altos, seguidos de los ubicados en nivel medio y posteriormente los de nivel bajo.
- m) SE CUENTA CON SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL MERCADO HOSPITALARIO: en este atributo podemos ver que el comportamiento se modifica un poco en los niveles superiores, ya que podemos observar que los del nivel medio en mayor proporción si cuentan con sistemas de información, seguidos de los hospitales clasificados en el nivel alto y vuelve a ocupar el último lugar los hospitales ubicados en el nivel bajo.

- n) **EXISTEN PROGRAMAS DE CAPACITACION INTERNA PARA OFRECER SERVICIOS DE CALIDAD:** en el análisis de esta variable podemos ver el comportamiento similar a los niveles de ubicación, esto es, los de mayor nivel cuentan en mayor grado de programas de capacitación interna para ofrecer servicios de calidad, seguidos de los hospitales que se encuentran en el segundo y tercer nivel respectivamente.
 - o) **EXISTEN PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN ACERCA DE LA CALIDAD DIRIGIDO A LAS PERSONAS QUE PRESTAN EL SERVICIO FINAL:** el comportamiento de esta variable es similar a la variable inmediatamente anterior.
 - p) **SE CUENTA CON PLAN DE COMUNICACIÓN EN MEDIOS:** las instituciones ubicadas en el nivel medio si cuentan en mayor proporción con planes de comunicación en medios, seguidos de los ubicados en niveles altos y bajos posteriormente.
 - q) **SE ESTUDIA LA COMPETENCIA:** el comportamiento está en función de los niveles socioeconómicos, esto es, a mayor nivel existe mayor preocupación por analizar a la competencia.
 - r) **ANTIGÜEDAD EN LAS INSTITUCIONES:** se puede observar claramente que en los de niveles altos el personal directivo tiene menos tiempo de antigüedad en la institución, seguidos de los niveles medios y ocupando el lugar de mayor antigüedad en las instituciones los hospitales ubicados en los niveles bajos.
 - s) **PROFESIÓN DE LOS ENCUESTADOS:** La profesión de los entrevistados es determinante para el comportamiento observado en los anteriores cuestionamientos: en los niveles altos existe un predominio de los directivos con estudios en ciencias económico-administrativas, mientras que en los niveles más bajos existen administrativos con estudios en ciencias médicas.
- **III.B.2.b.-PROFESIÓN DE LOS ENCUESTADOS VERSUS:** (variable independiente).
- a) **PLANES PARA DIFERENTES SEGMENTOS:** Podemos observar que la profesión es determinante para realizar planes en diferentes segmentos. Los que tienen más estudios en las ciencias económico-administrativas si realizan más planes.
 - b) **SE CONOCEN LAS NECESIDADES Y EL TAMAÑO DEL MERCADO:** Los directivos con estudios en mayor grado de las ciencias económico administrativas que laboran en los hospitales de México, conocen más las necesidades y el tamaño del mercado, que los que cuentan con mayor grado de estudios en ciencias médicas.
 - c) **SE DESARROLLA UN PLAN DE MERCADOTECNIA:** Vemos el mismo comportamiento que en la anterior variable, esto es, los de mayor grado en estudios económicos administrativos si desarrollan planes de mercadotecnia.(Ver cuadro No.14)

CUADRO RESUMEN DEL ANÁLISIS DE VARIANZA

Cuadro No.14

Ho	Se Rechaza	No se Rechaza	F calculada	Signifi- Cancia	Observaciones
1.- No hay diferencia significativa entre la clasificación socioeconómica y el nivel de conocimiento de la mercadotecnia.	X		2.6953	.0742	Si hay diferencia, debido a que el nivel que marca la diferencia es el ALTO con un promedio de 2.4286 (1 es considerado como muy bueno, en una escala del 1 al 5)
2.- No hay diferencia significativa entre la clasificación socioeconómica y si la mercadotecnia se aplica en el sector salud.	X		2.6087	.0804	Si hay diferencia, debido a que el nivel que más predominó es ALTO con un promedio de 1.1429
3.- No hay diferencia significativa entre la clasificación socioeconómica y si la mercadotecnia engaña.	X		2.6378	.0782	Si hay diferencia, debido a que el nivel que más predominó es ALTO con un promedio de 4.4286
4.- No hay diferencia significativa entre la clasificación socioeconómica y si estructura la organización.	X		3.2600	.0440	Si hay diferencia, debido a que el nivel que más predominó es ALTO con un promedio de 1.5714
5.- No hay diferencia significativa entre la clasificación socioeconómica y si tiene planes para diferentes segmentos.	X		8.9018	.0003	Si hay diferencia, debido a que el nivel que más predominó es ALTO con un promedio de 1.7143
6.- No hay diferencia significativa entre la clasificación socioeconómica y si estudia un panorama amplio de su público.	X		4.1200	.0201	Si hay diferencia, debido a que el nivel que más predominó es ALTO con un promedio de 1.6429
7.- No hay diferencia significativa entre la clasificación socioeconómica y su integración y control en funciones de mercadotecnia.	X		5.6776	.0051	Si hay diferencia, debido a que el nivel que más predominó es ALTO con un promedio de 2.2143
8.- No hay diferencia significativa entre la clasificación socioeconómica y si se realizan estudios de mercado.	X		3.8839	.0249	Si hay diferencia, debido a que el nivel que más predominó es ALTO con un promedio de 2.6429
9.- No hay diferencia significativa entre la clasificación socioeconómica y si se conocen las necesidades y el tamaño.	X		3.1568	.0483	Si hay diferencia, debido a que el nivel que más predominó es ALTO con un promedio de 2.0714
10.- No hay diferencia significativa entre la clasificación socioeconómica y si se mide la efectividad de la mercadotecnia.	X		2.7888	.0680	Si hay diferencia, debido a que el nivel que más predominó es ALTO con un promedio de 3.1429
11.- No hay diferencia significativa entre la clasificación socioeconómica y si se desarrolla un plan de mercadotecnia.	X		4.8889	.0101	Si hay diferencia, debido a que el nivel que más predominó es ALTO con un promedio de 2.4286
12.- No hay diferencia significativa entre la clasificación socioeconómica y si se comunican los principios de mercadotecnia.	X		3.7082	.0292	Si hay diferencia, debido a que el nivel que más predominó es ALTO con un promedio de 2.5714
13.- No hay diferencia significativa entre la clasificación socioeconómica y si tiene un sistema de información.	X		6.2737	.0030	Si hay diferencia, debido a que el nivel que más predominó es ALTO con un promedio de 2.9286
14.- No hay diferencia significativa entre la clasificación socioeconómica y los programas de capacitación - calidad.	X		3.4399	.0373	Si hay diferencia, debido a que el nivel que más predominó es ALTO con un promedio de 1.7857

15.- No hay diferencia significativa entre la clasificación socioeconómica y los programas de calidad - prestadores del servicio.	X		3.0566	.0530	Si hay diferencia, debido a que el nivel que más predominó es ALTO con un promedio de 1.7143
16.- No hay diferencia significativa entre la clasificación socioeconómica y la cuenta con plan de medios.	X		5.4572	.0062	Si hay diferencia, debido a que el nivel que más predominó es ALTO con un promedio de 2.5714
17.- No hay diferencia significativa entre la clasificación socioeconómica y si se estudia la competencia.	X		6.3585	.0028	Si hay diferencia, debido a que el nivel que más predominó es ALTO con un promedio de 2.2857
18.- No hay diferencia significativa entre la clasificación socioeconómica y su antigüedad en el hospital.	X		16.9000	.0000	Si hay diferencia, debido a que el nivel que más predominó es ALTO con un promedio de 1.5000
19.- No hay diferencia significativa entre la profesión de los encuestados y los planes para diferentes segmentos	X		3.8923	.0522	Si hay diferencia, debido a que la ciencia que más predominó es la ECONÓMICA
20.- No hay diferencia significativa entre la profesión de los encuestados y si se conocen las necesidades y el tamaño.	X		3.5689	.0627	Si hay diferencia, debido a que la ciencia que más predominó es la ECONÓMICA
21.- No hay diferencia significativa entre la profesión de los encuestados y si se desarrolla en un plan de mercadotecnia.	X		3.977	.0692	Si hay diferencia, debido a que la ciencia que más predominó es la ECONÓMICA
22.- No hay diferencia significativa entre la profesión de los encuestados y su edad de los encuestados.	X		4.4813	.0376	Si hay diferencia, debido a que la ciencia que más predominó es la ECONÓMICA con 1.6750
23.- No hay diferencia significativa entre la profesión de los encuestados y su antigüedad en el hospital.	X		11.6010	.0011	Si hay diferencia, debido a que la ciencia que más predominó es la ECONÓMICA con 1.9500.
24.- No hay diferencia significativa entre el sexo de los encuestados y si se estructura la organización.	X		5.7925	.0186	Si hay diferencia, debido a que el promedio del MASCULINO es 1.7500.
25.- No hay diferencia significativa entre el sexo de los encuestados y si se estudia la competencia	X		3.3823	.0699	Si hay diferencia, debido a que el promedio del FEMENINO es 2.4706.
26.- No hay diferencia significativa entre la edad de los encuestados y la clasificación socioeconómica.	X		2.4792	.0908	Si hay diferencia, debido a que el promedio de 30 a 40 es 1.8824.
27.- No hay diferencia significativa entre la edad de los encuestados y si se comprenden los principios de mercadotecnia.	X		2.6818	.0752	Si hay diferencia, debido a que el promedio de 30 a 40 es 2.1765.
28.- No hay diferencia significativa entre la edad de los encuestados y si se estudia la competencia.	X		4.8433	.0106	Si hay diferencia, debido a que el promedio de 30 a 40 es 2.5294
29.- No hay diferencia significativa entre la edad de los encuestados y la antigüedad en el hospital.	X		13.0076	.0000	Si hay diferencia, debido al promedio de 30 a 40

→ III.B.3.- ANÁLISIS DE COVARIANZA

Una vez observado el comportamiento de las variables en los análisis de Ji cuadrada y Anova, consideramos necesario realizar este análisis para observar el comportamiento colectivo de las variables y definir con más precisión aquellas variables que de manera agrupada marcan la diferencia:

→ III.B.3.a.-No hay diferencia significativa entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados versus las variables de conocimiento, preferencia, conducta, conocimiento del mercado, efectividad, comprensión, programas de capacitación y estudios de la competencia hacia la mercadotecnia: vemos que si existe diferencia, pero se salen de este análisis las variables de si aplica en el Sector Salud, departamento de mercadotecnia bien establecido y la variable del apoyo staff.

Con lo anterior se corrobora lo que se está viendo en el comportamiento de los hospitales de México; quieren trabajar con los principios de la mercadotecnia pero no saben el cómo.

→ III.B.3.b.-No hay diferencia significativa entre el cargo de los encuestados versus las variables de conocimiento, preferencia, conducta, conocimiento del mercado, efectividad, comprensión, programas de capacitación y estudios de la competencia hacia la mercadotecnia: vemos que si hay diferencia entre el cargo de los encuestados versus el conjunto de variables analizadas. Se salen de esta agrupación de variables la de apoyo staff, si aplica en el Sector Salud y de si analizan una panorama amplio de su público usuario.

→ III.B.3.c.-No hay diferencia significativa entre el nivel de atención hospitalaria versus las variables de conocimiento, preferencia, conducta, conocimiento del mercado, efectividad, comprensión, programas de capacitación y estudios de la competencia hacia la mercadotecnia: se puede observar que si existe diferencia entre el nivel de atención y la agrupación de variables. En este caso todas las variables fueron aceptadas por el modelo.

El nivel de atención hospitalaria marca una gran diferencia en el comportamiento de las variables, esto es, que los hospitales de tercer nivel de atención, cuentan con un mayor grado de conocimiento hacia la mercadotecnia, consideran en mayor proporción de que la mercadotecnia si aplica en este sector, consideran que la mercadotecnia no engaña al usuario de los servicios, les gustaría trabajar con los principios de la mercadotecnia y no titubearian para incorporar y desarrollar esta disciplina en su área de trabajo; les daría lo mismo trabajar con un departamento bien establecido o con un apoyo staff y tienen bien clara la orientación hacia el consumidor con el análisis de las necesidades y deseos de este, para ofrecerle diferentes ofertas y planes de mercadeo. (Ver cuadro No.15)

CUADRO RESUMEN DEL ANÁLISIS DE COVARIANZA
Cuadro No.15

Ho	Se Rechaza	No se Rechaza		Signifi- Cancia	Observaciones
I. NIVEL COGNOSCITIVO HACIA LA MERCADOTECNIA					
1.- No hay diferencia significativa entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados versus las variables de conocimiento, preferencia, conducta, conocimiento del mercado, efectividad, comprensión, programas de capacitación y estudios de la competencia hacia la mercadotecnia.	X		pillais .62466 Hotelling .92 Wilks 469	.001 .001 .001	Si hay diferencia entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados Vs el conjunto de variables.
1.1 No hay diferencia significativa entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados versus la variable de conocimiento.	X		9.99068	.000	Si hay diferencia entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados Vs el nivel de conocimiento hacia la mercadotecnia.
1.2 No hay diferencia significativa entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados versus la variable de si aplica en el sector salud.		X	1.42575	.247	
1.3 No hay diferencia significativa entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados versus la variable de si la mercadotecnia engaña.	X		8.70985	.000	Si hay diferencia entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados Vs de si la variable de mercadotecnia engaña.
1.4 No hay diferencia significativa entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados versus la variable de si se trabaja con los principios de la mercadotecnia.	X		7.83137	.001	Si hay diferencia entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados Vs de si se trabaja con los principios de la mercadotecnia.
1.5 No hay diferencia significativa entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados versus la variable de si se incorpora y desarrolla la filosofia de la mercadotecnia.	X		8.58157	.000	Si hay diferencia entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados Vs de si se incorpora y desarrolla la filosofia de la mercadotecnia.
1.6 No hay diferencia significativa entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados versus la variable de si se deba implementar en este hospital con un departamento bien establecido dentro del organigrama del hospital.		X	1.57703	.214	
1.7 No hay diferencia significativa entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados versus la variable de si la mercadotecnia hospitalaria en esta institución fuera con apoyo staff.		X	1.03944	.359	
1.8 No hay diferencia significativa entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados versus la variable de si estructurar para atender las necesidades y deseos del mercado elegido.	X		3.93391	.024	Si hay diferencia entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados Vs de si estructurar para atender las necesidades y deseos del mercado elegido.
1.9 No hay diferencia significativa entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados versus la variable de si desarrolla diferentes ofertas y planes de mercadeo.		X	.63096	.535	
1.10 No hay diferencia significativa entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados versus la variable de si analiza un panorama amplio en la planeación y ejecución dentro de la organización.		X	.25942	.772	

1.11 No hay diferencia significativa entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados versus la variable de si los directivos en las funciones de la mercadotecnia afectan a públicos diversos.	X		2.70776	.074	Si hay diferencia entre el nivel de atención y el cargo de los encuestados Vs de si los directivos en las funciones de la mercadotecnia afectan a públicos diversos.
2.- No hay diferencia significativa entre el cargo de los encuestados versus las variables de conocimiento, preferencia, conducta, conocimiento del mercado, efectividad, comprensión, programas de capacitación y estudios de la competencia hacia la mercadotecnia.	X		pillas 55760 Hotelling .90564 Wilk 49641	.004 .001 .002	Si hay diferencia entre el cargo de los encuestados Vs el conjunto de variables.
2.1.- No hay diferencia significativa entre el cargo de los encuestados versus la variable de conocimiento.	X		9.59580	.000	Si hay diferencia entre el cargo de los encuestados Vs el conjunto de variables
2.2.- No hay diferencia significativa entre el cargo de los encuestados versus la variable de si aplica en el sector salud.		X	1.40485	.252	
2.3- No hay diferencia significativa entre el cargo de los encuestados versus las variable de si la mercadotecnia engaña.	X		2.97178	.058	Si hay diferencia entre el cargo de los encuestados Vs las variable de si la mercadotecnia engaña.
2.4- No hay diferencia significativa entre el cargo de los encuestados versus la variable de si se trabaja con los principios de la mercadotecnia.	X		6.44516	.003	Si hay diferencia entre el cargo de los encuestados Vs la variable de si se trabaja con los principios de la mercadotecnia
2.5- No hay diferencia significativa entre el cargo de los encuestados versus la variable de si se incorpora y desarrolla la filosofia de la mercadotecnia.	X		7.89649	.001	Si hay diferencia entre el cargo de los encuestados Vs versus la variable de si se incorpora y desarrolla la filosofia de la mercadotecnia
2.6- No hay diferencia significativa entre el cargo de los encuestados versus la variable de si se deba implementar en este hospital con un departamento bien establecido dentro del organigrama del hospital.	X		5.82567	.005	Si hay diferencia entre el cargo de los encuestados Vs la variable de si se deba implementar en este hospital con un departamento bien establecido dentro del organigrama del hospital.
2.7- No hay diferencia significativa entre el cargo de los encuestados versus la variable de si la mercadotecnia hospitalaria en esta institución fuera con apoyo staff.		X	1.78742	.175	
2.8- No hay diferencia significativa entre el cargo de los encuestados versus la variable de si estructurar para atender las necesidades y deseos del mercado elegido.	X		3.13721	.049	Si hay diferencia entre el cargo de los encuestados Vs la variable de si estructurar para atender las necesidades y deseos del mercado elegido.
2.9- No hay diferencia significativa entre el cargo de los encuestados versus la variable de si desarrolla diferentes ofertas y planes de mercadeo.	X		3.79617	.027	Si hay diferencia entre el cargo de los encuestados Vs la variable de si desarrolla diferentes ofertas y planes de mercadeo.
2.10- No hay diferencia significativa entre el cargo de los encuestados versus la variable de si analiza un panorama amplio en la planeación y ejecución dentro de la organización.		X	1.06435	.350	

2.11- No hay diferencia significativa entre el cargo de los encuestados versus la variable de si los directivos en las funciones de la mercadotecnia afectan a públicos diversos.	X		4.77617	.011	Si hay diferencia entre el cargo de los encuestados Vs la variable de si los directivos en las funciones de la mercadotecnia afectan a públicos diversos.
3.- No hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus las variables de conocimiento, preferencia, conducta, conocimiento del mercado, efectividad, comprensión, programas de capacitación y estudios de la competencia hacia la mercadotecnia.	X		pillais .9514 Hotelling 19.6 Wilks 0.4854	.000 .000 .000	Si hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus las variables de conocimiento, preferencia, conducta, conocimiento del mercado, efectividad, comprensión, programas de capacitación y estudios de la competencia hacia la mercadotecnia.
3.1.- No hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus la variable de conocimiento.	X		308.97558	.000	Si hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus la variable de conocimiento.
3.2.- No hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus la variable de si aplica en el sector salud.	X		92.93291	.000	Si hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus la variable de si aplica en el sector salud.
3.3- No hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus las variable de si la mercadotecnia engaña.	X		296.50822	.000	Si hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus las variable de si la mercadotecnia engaña.
3.4- No hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus la variable de si se trabaja con los principios de la mercadotecnia.	X		147.04142	.000	Si hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus la variable de si se trabaja con los principios de la mercadotecnia.
3.5- No hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus la variable de si se incorpora y desarrolla la filosofía de la mercadotecnia.	X		126.93036	.000	Si hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus la variable de si se incorpora y desarrolla la filosofía de la mercadotecnia.
3.6- No hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus la variable de si se deba implementar en este hospital con un departamento bien establecido dentro del organigrama del hospital.	X		144.17108	.000	Si hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus la variable de si se deba implementar en este hospital con un departamento bien establecido dentro del organigrama del hospital.
3.7- No hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus la variable de si la mercadotecnia hospitalaria en esta institución fuera con apoyo staff.	X		102.64410	.000	Si hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus staff de mercadotecnia hospitalaria en esta institución como apoyo.

3.8- No hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus la variable de si estructurar para atender las necesidades y deseos del mercado elegido.	X		146.96690	.000	Si hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus la variable de si estructurar para atender las necesidades y deseos del mercado elegido.
3.9- No hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus la variable de si desarrolla diferentes ofertas y planes de mercadeo.	X		127.06629	.000	Si hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus la variable de si desarrolla diferentes ofertas y planes de mercadeo.
3.10- No hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus la variable de si analiza un panorama amplio en la planeación y ejecución dentro de la organización.	X		72.06509	.000	Si hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus la variable de si analiza un panorama amplio en la planeación y ejecución dentro de la organización.
3.11- No hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus la variable de si los directivos en las funciones de la mercadotecnia afectan a públicos diversos	X		113.97145	.000	Si hay diferencia significativa entre el nivel de atención versus la variable de si los directivos en las funciones de la mercadotecnia afectan a públicos diversos.

→ III.B.4.- ANÁLISIS DISCRIMINANTE

Con las técnicas estadística hasta este momento realizadas para esta investigación, nos vimos en la obligación de realizar el análisis discriminante para observar el comportamiento de la totalidad de las variables ante dos variables seleccionadas como dependientes, las cuales nos marcan las diferencias entre dos o más categorías de las variables dependientes:

Nivel de atención hospitalaria en México, se consideró como variable dependiente para este análisis: podemos ver en el cuadro resumen que de los 77 encuestados, 13 pertenecen al tercer nivel de atención y 64 al segundo nivel, con una significancia de .0000 el modelo de discriminación se considera como muy bueno y se procedió a identificar las variables que pertenecen a uno u otro nivel de atención.

Este análisis refuerza aún más las pruebas de anova y covarianza anteriormente realizada, por lo que nos da más seguridad y confianza al momento de concluir la presente investigación y dar la propuesta de incorporación y desarrollo de la mercadotecnia hospitalaria en México, punto medular de la tesis de doctorado.

→ III.B.4.a.- CUADRO RESUMEN DEL ANÁLISIS DISCRIMINANTE

V42 Nivel de atención hospitalaria		
1	13	TERCER NIVEL
2	64	SEGUNDO NIVEL
Total	77	

Step	Action	Entered	Removed	Vars	Wilks'			Label
					In	Lambda	Sig.	
1	V3			9	.63062	.0002		NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MKT
2	V11			2	.89100	.0140		PLANES PARA DIFERENTES SEGMENTOS
3	V12			5	.82360	.0068		ESTUDIA UN PANORAMA AMPLIO DE SU PUB
4	V17			10	.61778	.0002		SE CONOCEN LAS NECESIDADES Y EL TAMAÑO
5	V21			4	.82360	.0068		LA ESTRATEGIA DE MERCADOTECNIA ES CLARA
6	V25			8	.67449	.0005		SE TIENE UN SISTEMA DE INFORMACION
7	V27			9	.64623	.0003		PROGRAMAS DE CALIDAD, PRESTADORES-SERVICIO
8	V29			3	.86575	.0141		CONOCE LA UBICACION DE SU CLIENTE
9	V32			7	.71552	.0012		PROMOCION EN TV
10	V36			6	.75997	.0031		SE ESTUDIA LA COMPETENCIA

 Page 75 SPSS/PC+ 9/25/97

Canonical Discriminant Functions

Fcn	Eigenvalue	Pct of Variance	Cum Pct	Canonical Corr	After Wilks'		Chisquare	DF	Sig
					Fcn	Lambda			
1*	.6187	100.00	100.00	.6182	0	.6178	33.713	10	.0002

Canonical Discriminant Functions evaluated at Group Means (Group Centroids)

Group	FUNC 1
1	-1.72242
2	.34987

→ III.B.4.a.1.- VARIABLES QUE DISCRIMINAN A LOS GRUPOS

HOSPITALES DE TERCER NIVEL

Niveles socioeconómicos A y B.

La estrategia de mercadotecnia es más clara.

El nivel de conocimiento es más alto que en los de segundo nivel, pero sigue siendo bajo.

Utilizan la televisión como medio de promoción.

Utilizan más programas de capacitación para lograr una mayor satisfacción de los usuarios finales.

Estudian a la competencia.

Estudian un panorama amplio de su público.

Tienen más programas de capacitación en calidad.

Desarrollan planes de mercadotecnia.

Desarrollan planes para diferentes segmentos.

Conoce en mayor grado la ubicación de su cliente.

Les agradaría más trabajar con mercadotecnia.

No estarían de acuerdo en trabajar con staff.

Tienen menos antigüedad en el hospital.

Conocen más las necesidades y el tamaño del Mercado.

HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL

Nivel socioeconómico B y C+

La estrategia de mercadotecnia es menos clara.

El nivel de conocimiento es aun menor.

Utilizan otros medios de promoción.

No utilizan programas de capacitación para lograr una mayor satisfacción de los usuarios finales.

Estudian menos a la competencia.

No estudian un panorama amplio de su público.

Tienen menos programas de capacitación en calidad

No desarrollan planes de mercadotecnia.

No desarrollan planes para diferentes segmentos.

Conocen en menor grado la ubicación de su cliente.

Les agradaría menos trabajar con mercadotecnia.

Estarían más de acuerdo en trabajar con staff.

Tienen más antigüedad en el hospital.

→ III.B.4.b.- CUADRO RESUMEN DEL ANÁLISIS DISCRIMINANTE

Profesión de los encuestados: para fines de facilitar la prueba estadística y tener una mayor comprensión de esta variable, se midió de manera categórica en dos grupos: 37 de los encuestados cuentan con estudios en Ciencias Médicas los 40 restantes cuentan con estudios en la ciencias económico administrativas. El modelo tiene un alto grado de significancia por lo que el modelo es considerado como bueno para la discriminación de las variables.

V39 Profesión de los encuestados		
1	37	CIENCIAS MÉDICAS
2	40	CIENCIAS ECONÓMICO ADMINISTRATIVAS
Total	77	

Step	Action		Vars In	Wilks' Lambda	Sig.	Label
	Entered	Removed				
1	V3		1	.94826	.0466	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MKT
2	V17		2	.90813	.0283	SE CONOCEN LAS NECESIDADES Y EL TAMA
3	V25		3	.86754	.0152	SE TIENE UN SISTEMA DE INFORMACION
4	V11		4	.84570	.0157	PLANES PARA DIFERENTES SEGMENTOS
5	V10		5	.81269	.0102	ESTRUCTURAR LA Organización
6	V34		6	.79296	.0105	PROMOCION EN FOLLETOS
7	V24		7	.77555	.0113	SE COMUNICAN LOS PRINCIPIOS DE MKT
8	V21		8	.75158	.0094	LA ESTRATEGIA DE MERCADOTECNIA ES CLARA
9	V9		9	.73385	.0096	SE DEBE TRABAJAR CON STAFF
10	V30		10	.71771	.0102	CUENTA CON PLAN DE MEDIOS
11	V20		11	.70593	.0122	SE DESARROLLA UN PLAN DE MERCADOTECNIA
12	V23		12	.70165	.0106	SE COMPRENDEN LOS PRINCIPIOS DE MKT
13	V18		13	.67198	.0120	SE MIDE LA EFECTIVIDAD DE LA MERCADOTECNIA
14	V7		14	.65952	.0135	DOY MI VOTO PARA TRABAJAR CON MERCADOTENCIA
15	V5		15	.65229	.0107	LA MERCADOTENCIA ENGAÑA
16	V28		16	.63529	.0104	PROGRAMAS DE CAPACITACION-SATISFACER

Page 97 SPSS/PC+ 9/25/97

Step	Action		Vars In	Wilks' Lambda	Sig.	Label
	Entered	Removed				
20	V8		16	.39496	.0000	SE DEBE TRABAJAR CON UN DPTO. DE MKT
21		V11	15	.39894	.0000	PLANES PARA DIFERENTES SEGMENTOS
22	V5		16	.39055	.0000	LA MKT ENGAVA
23	V35		17	.38296	.0000	PROMOCION EN REVISTAS
24	V15		18	.37604	.0000	BIEN ORGANIZADO EL PROCESO DE NUEVOS
25	V31		19	.36777	.0000	PROMOCION EN RADIO

Canonical Discriminant Functions

Fcn	Eigenvalue	Pct of Variance	Cum Pct	Canonical Corr	After	Wilks' Lambda	Chisquare	DF	Sig
1*	.5741	100.00	100.00	.6039	:	0 .6353	30.623	15	.0099

Canonical Discriminant Functions evaluated at Group Means (Group Centroids)

Group	FUNC	1
1		.77751
2		-.71919

→ III.B.4.b.1.- VARIABLES QUE DISCRIMINAN A LOS GRUPOS

ENTREVISTADOS QUE:

ESTUDIARON CIENCIAS MÉDICAS

ESTUDIARON CIENCIAS
ECONÓMICO-ADMINISTRATIVAS

Tienen más antigüedad en el hospital.

Tienen menos antigüedad en el hospital.

Prefieren la folletería como medio de promoción.

No prefieren la folletería como medio de promoción.

No realizan planes para diferentes segmentos.

Realizan planes para diferentes segmentos.

Prefieren menos las revistas como medio de promoción.

Prefieren las revistas como medio de promoción.

La mercadotecnia no aplica en el sector salud.

La mercadotecnia aplica en el sector salud.

El nivel de conocimiento de mercadotecnia es bajo.

El nivel de conocimiento de mercadotecnia es alto.

No comprenden los principios de mercadotecnia

Comprenden los principios de mercadotecnia.

No estudian los costos relacionados con actividades de mercadotecnia.

Estudian los costos relacionados con actividades de mercadotecnia.

Consideran que no se debe trabajar con staff.

Consideran que se debe trabajar con staff.

Conocen más las necesidades y el tamaño del mercado

Realizan planes de mercadotecnia.

Doy mi voto para trabajar con mercadotecnia

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

La muestra de la presente investigación quedó conformada por un censo de los hospitales del tercer nivel de atención y por el 90 por ciento de los hospitales del segundo nivel de atención médica. Ante esto podemos realizar las pruebas estadísticas que nos lleven a tener un comportamiento muy cercano a la realidad y de ahí presentar una propuesta para incorporar la mercadotecnia hospitalaria en México.

Este trabajo arrojó tres conclusiones muy importantes:

- I.- El instrumento de medición(cuestionario) utilizado en esta investigación, arrojó resultados muy altos en las pruebas de validez y confiabilidad, lo que nos lleva a definir este instrumento como un cuestionario que puede ser utilizado para medir la orientación y efectividad de la mercadotecnia hospitalaria de manera individual para analizar a un hospital o de manera colectiva para tener una idea general de la situación hospitalaria de una región, Estado o país de América Latina.

Los cinco atributos que conforman la columna vertebral del cuestionario: filosofía del consumidor, la organización de mercadotecnia integral, información de mercadotecnia adecuada, orientación estratégica y eficiencia operativa, no son los únicos, pero si los más adecuados para el diseño del cuestionario. Con esto queremos decir que en futuras investigaciones se pueden definir otros atributos más que en su momento contemple el trabajo de una manera integral.

- II.- En este apartado de las conclusiones se aclararon todas las relaciones existentes de la orientación y efectividad de la mercadotecnia hospitalaria en México y se rechazaron las gran mayoría de las hipótesis que conforman de manera general las cuatro hipótesis centrales de este trabajo:
 - El nivel de conocimiento de los directivos de hospitales de segundo y tercer nivel privados en México hacia la mercadotecnia no es el adecuado, debido a que el 29.5% de los encuestados tienen un conocimiento bueno y tan solo el 2.6% cuenta con conocimientos muy buenos hacia la mercadotecnia, existiendo en algunos casos hasta una confusión del concepto de la mercadotecnia. Por lo que se considera uno de los atributos en los que más se debe trabajar y dar a conocer con bases sólidas la filosofía de la mercadotecnia aplicada en los hospitales; papel que debe asumir las instituciones que contribuyen en la formación del personal administrativo de los hospitales como la Facultad de Post-grado de Contaduría y Administración de la UNAM, la OMS, la OPS, la Escuela de Salud Pública y organismo privados que contribuyen a la formación de personal calificado y profesional en el ámbito de la salud.

- La actitud que se tiene hacia trabajar con los principios de la mercadotecnia hospitalaria en México, es muy alta. Lo que es un punto a favor para presentar propuestas de capacitación y desarrollo de la mercadotecnia hospitalaria en México; seminarios, diplomados, talleres, consultoría e investigaciones que contribuya a reforzar la actitud positiva hacia la mercadotecnia e ir preparando programas de incorporación y desarrollo Ad hoc a la situación muy particular de cada hospital, ejemplo, no es lo mismo en hospitales en donde cuenta con un departamento de relaciones públicas interno, apoyo staff para el manejo de la publicidad e investigaciones de mercados.
- Comportamiento hacia la mercadotecnia: vemos que en México, existe una sensibilidad muy grande hacia trabajar con la filosofía de la mercadotecnia en los hospitales. Existe un interés muy alto por trabajar con estos principios pero no saben el cómo, de ahí que uno de los resultados centrales de este trabajo es presentar una propuesta de incorporación y desarrollo de la mercadotecnia hospitalaria en México. De los cinco reactivos que miden el nivel de comportamiento podemos ver que sí les agrada trabajar con la mercadotecnia y además darían su voto para que en el hospital se aplique la mercadotecnia, más sin embargo, al momento de cuestionarles del cómo, se encontró que no saben qué es lo mejor, si un departamento dentro del hospital con personal capacitado para ello o la contratación de un staff para que los ayude; también se encontró una gran dificultad o nula participación de los principios de la mercadotecnia en los niveles más bajos de la organización, esto es, que los principios de la mercadotecnia no son comunicados e implementados hacia los niveles más bajos del hospital, porque no saben como hacerlo.
- Filosofía del consumidor: también está compuesto por cinco preguntas del cuestionario que busca medir la orientación de las actividades institucionales hacia el consumidor. Los hospitales del tercer nivel tienden a estructurar la organización para atender las necesidades y deseos del mercado elegido, aunque en un grado muy pequeño, ya que los hospitales en México tienen una orientación hacia la producción y de ofrecer los servicios con altos estándares de calidad, orientación hacia tener los mejores especialistas de la región. Los hospitales del tercer nivel de atención tienen una mayor orientación hacia satisfacer al usuario y hacia el mercado.
- Organización integral: este atributo fue medido con la aplicación de tres preguntas. Las hipótesis se rechazaron, debido a que existe integración y control de las funciones de mercadotecnia, generalmente se toman decisiones de mercadotecnia tomando en cuenta a la mayoría de los directivos del hospital y el proceso de desarrollo de nuevos servicios se encuentra organizado.
- Eficiencia operacional: se midió con cinco preguntas de las cuales encontramos que no se realizan esfuerzos para medir la efectividad de la mercadotecnia, no se realizan análisis de costos en publicidad o promoción, relacionados con su efectividad, desarrollan planes de mercadotecnia, las estrategias de mercadotecnia son claras y por último los hospitales identifican las contingencias más importantes y las desarrolla en un proceso de planeación.
- El sistema de información para la mercadotecnia no es el más adecuado y carece de técnicas de recopilación y manejo de información de fuentes secundarias.

- Mercadotecnia interna e interactiva: para fines prácticos se unieron estos dos conceptos. Los hospitales de estos niveles analizados en este trabajo cuentan con programas de capacitación en calidad en todas las áreas de la institución y para el grupo de personas que prestan el servicio.
- Mercadotecnia externa: Los hospitales del tercer nivel de atención realizan más este tipo de actividades, como investigar a la competencia directa, tienen de manera clara y detallada planes de comunicación en medios y utilizan con mayor frecuencia la comunicación en folletos y prensa.

Como conclusión general de este trabajo podemos enunciar las variables que discriminan a los hospitales de segundo y tercer nivel de atención:

HOSPITALES DE TERCER NIVEL

- Niveles socioeconómicos A y B.
- La estrategia de mercadotecnia es más clara.
- El nivel de conocimiento es más alto que en los de segundo nivel, pero sigue siendo bajo.
- Utilizan la televisión como medio de promoción.
- Utilizan más programas de capacitación para lograr una mayor satisfacción de los usuarios.
- Estudian a la competencia.
- Estudian un panorama amplio de su público.
- Tienen más programas de capacitación en calidad.
- Desarrollan planes de mercadotecnia.
- Desarrollan planes para diferentes segmentos.
- Conoce la ubicación de su cliente.
- Les agrada más trabajar con mercadotecnia.
- No estarían de acuerdo en trabajar con staff.
- Tienen menos antigüedad en el hospital.

HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL

- Nivel socioeconómico B y C+
- La estrategia de mercadotecnia es menos clara.
- El nivel de conocimiento es aun menor.
- Utilizan la folletería como medio de promoción.
- Utilizan en menos programas de capacitación para lograr una mayor satisfacción de los usuarios.
- Estudian menos a la competencia.
- No estudian un panorama amplio de su público.
- Tienen menos programas de capacitación en calidad.
- Desarrollan planes de mercadotecnia en menor grado.
- En menor grado desarrollan planes para diferentes segmentos.
- En menor proporción conocen la ubicación de su cliente.
- Les agrada menos trabajar con mercadotecnia.
- Estarían más de acuerdo en trabajar con staff.
- Tienen más antigüedad en el hospital.

Variables que hacen las diferencia entre la profesión o estudios de los directivos de hospitales

ESTUDIARON CIENCIAS MÉDICAS

- Tienen más antigüedad en el hospital.
- Prefieren la folletería como medio de promoción.
- No realizan planes para diferentes segmentos.
- La mercadotecnia no aplica en el sector salud.
- El nivel de conocimiento de mercadotecnia es bajo.
- No comprenden los principios de mercadotecnia.
- No estudian los costos relacionados con la mercadotecnia.
- Consideran que no se debe trabajar con staff.
- Tienen menos inclinación hacia la mercadotecnia.
- La actitud hacia la mercadotecnia no es tan favorable

ESTUDIARON CIENCIAS ECONÓMICO-ADMINISTRATIVAS

- Tienen menos antigüedad en el hospital.
- Prefieren otros medios de promoción.
- Realizan planes para diferentes segmentos.
- La mercadotecnia aplica en el sector salud.
- El nivel de conocimiento de mercadotecnia es bueno.
- Comprenden los principios de mercadotecnia.
- Estudian los costos relacionados con actividades de mercadotecnia.
- Consideran que se debe trabajar con staff.
- Tienen mayor inclinación hacia la mercadotecnia.
- La actitud hacia la mercadotecnia es favorable.

- III.- Con los resultados arrojados por la presente investigación, se procedió a elaborar el plan de incorporación y desarrollo de la mercadotecnia hospitalaria en México.

Las partes del plan están fundamentadas en los principales hallazgos de la investigación:

- 1.- **La idea:** intención o deseos de trabajar con la filosofía de la mercadotecnia en los hospitales.
- 2.- **Realizar un diagnóstico:** de la orientación y las actividades de la mercadotecnia hospitalaria.
- 3.- **Formar el equipo de mercadotecnia:** con departamento establecido en la estructura orgánica, con el apoyo staff o bien de manera mixta. Es necesario nombrar personas con liderazgo en la organización y con los conocimientos y las habilidades necesarias en la mercadotecnia.
- 4.- **Capacitar al equipo interno:** para el manejo de la mercadotecnia en hospitales, es necesario iniciar con un programa de capacitación en mercadotecnia básica y de servicios hospitalarios.
- 5.- **Revisar el diagnóstico:** una vez capacitado el personal es necesario revisar el diagnóstico con el equipo de trabajo.
- 6.- **Situación actual de la mercadotecnia:** es necesario presentar la información relevantes de los antecedentes sobre el mercado, producto, competencia, distribución y macroambiente.
- 7.- **Análisis de oportunidades y alternativas:** se realizará el estudio de DOFA (debilidades, oportunidades, fuerzas y amenazas), y presentar alternativas.
- 8.- **Objetivos:** definir las metas que se quieren alcanzar de manera mensurable y objetivas, ejemplo: posicionamiento, percepción, satisfacción del cliente y participación en el mercado.
- 9.- **Estrategias de Mercadotecnia:** presentará una propuesta amplia que pretende alcanzar las metas y objetivos fijados.
- 10.- **Documento de acciones:** en función del diagnóstico se debe elaborar un documento que plasme las actividades a realizar.
- 11.- **Ejecutar el programa:** con cronograma de actividades y definir responsables por actividades de mercadotecnia a realizar.
- 12.- **Identificar y aplicar medidas de control y evaluación:** estas medidas deben ser elaboradas por el equipo de trabajo, encaminadas a tener un proceso de mejoramiento constante del proceso.

- d) Situación de la distribución: analizar las redes en los diferentes niveles de atención médica entre los hospitales líderes del mercado y las instituciones públicas del país. Así como definir los diferentes programas de referencia y contrarreferencia entre médicos privados y los principales hospitales de la zona
- e) Situación del micro y macroambiente: se pretende analizar el proceso que interviene entre proveedores y los prestadores del servicio, así como identificar las variables del macroambiente que influyen de manera directa o indirecta en la organización: demográficas, económicas, tecnológicas, politicolegales y socioculturales.

→ **V.A.7.- ANÁLISIS DE OPORTUNIDADES Y ALTERNATIVAS:**

Con base en los resultados del punto anterior se debe identificar las principales debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas, conocido como el análisis DOFA. Se debe iniciar con las variables propias de la institución, como el identificar sus fortalezas y debilidades para fijar alternativas de solución; posteriormente se debe proceder en analizar las variables propias del mercado o externas de la institución como son las oportunidades y amenazas. Ejemplo para los hospitales en cada uno de estos rubros:

- a) Fortalezas: la imagen, la calidad en el servicio, la confianza, el profesionalismo, la alta tecnología, especialista de alto nivel, excelente cuerpo médico, compromiso de sus empleados, etc.
- b) Debilidades: poca credibilidad o confianza, percepciones erróneas fundadas o no del los usuarios, inconsistencia en los servicios de calidad(alta variabilidad en la entrega del servicio), poco compromiso con la sociedad, muy cara, etc.
- c) Oportunidades: cambios en la legislación que permita mayor participación de los hospitales privados en el mercado de salud, cambios en el comportamiento de las variables demográficas, epidemiológicas, etc.
- d) Amenazas: consolidación de la red de las instituciones prestadoras de servicios en salud a nivel privado en los tres niveles de atención hospitalaria, programas de referencia y contrarreferencia entre hospitales de segundo y tercer nivel de atención, incorporación en el mercado mexicano de instituciones de reconocido prestigio internacional, sobre valuación de la moneda mexicana que permita a la clase media alta y alta de México emigrar hacia los Estados Unidos o Canadá a solicitar servicios en salud.

→ **V.A.8.- DEFINIR LOS OBJETIVOS:**

A estas alturas del proceso el equipo de trabajo ya puede definir los objetivos y las metas en funciones de los objetivos corporativos, financieros y de mercadotecnia:

- a) Objetivos corporativos: el equipo de trabajo debe analizar los objetivos corporativos para fijar objetivos acordes a las preocupaciones de la institución, esto es, los objetivos deben tener una directriz para cada uno de los departamentos o áreas de la institución.
- b) Objetivos financieros: toda empresa busca objetivos financieros específicos. Recuperación de la inversión en un tiempo determinado, obtener una tasa de rendimiento sobre la inversión, producir ciertas utilidades netas, etc.
- c) Objetivos de mercadotecnia: objetivos en función de la mezcla de mercadotecnia. Precio para descremar el mercado en ciertos servicios hospitalarios, precio para penetrar el mercado, precio del líder en el mercado, productos y/o servicios

hospitalarios diferenciados para cada segmento del mercado, reposicionar el producto o servicio, paquetes o promociones de servicios por temporada.

→ **V.A.9.- ENUNCIAR LAS ESTRATEGIAS DE MERCADOTECNIA:**

El equipo de trabajo tiene que seleccionar alternativas dentro de una gran multitud de posibles elecciones. Cada objetivo puede alcanzarse de diferentes formas, para ello se debe realizar la elección en función de los parámetros de eficacia y eficiencia.

Es recomendable formular un documento denominado estado de estrategias básicas, presentado en forma de lista, cubriendo las principales herramientas de la mercadotecnia:

- a) Mercado objetivo: conocido también como mercado meta, es el mercado que se está atendiendo.
- b) Posicionamiento: nos dice como es percibida la institución o los servicios por los usuarios actuales y potenciales.
- c) Línea de servicios: mencionar el o los servicios producto del seguimiento y del análisis.
- d) Precio.
- e) Servicio.
- f) Promoción.
- g) Investigación de mercados
bajo una propuesta amplia que pretende alcanzar las metas y objetivos fijados.

→ **V.A.10.- ACCIONES EN FUNCIÓN DEL DIAGNÓSTICO**

Jerarquizar

Planear

Determinar la misión, los objetivos, las estrategias y tácticas.

Análisis SWOT, Michael Porter, BCG (Boston Consulting Group), entre otros

Actividades de mercadotecnia: Diarias semanales y mensuales de acuerdo al formato preestablecido por el equipo responsable de incorporar y desarrollar la mercadotecnia en el hospital.

→ **V.A.11.- PROGRAMA DE ACCIÓN O EJECUTAR:**

En este apartado se pretende dar respuestas a los siguientes cuestionamientos: ¿Qué se hará?, ¿Cuándo se hará?, ¿Quién lo hará?, ¿Cómo lo hará? y ¿Cuánto costará?

- Se elaborarán proyectos específicos para cada una de las áreas involucradas que contemple los siguientes puntos:
 1. Nombre del proyecto central, con sus respectivos objetivos y estrategias.
 2. Nombre del proyecto específico con sus respectivos objetivos, metas, estrategias y tácticas.
 3. Nombre (s) de responsable (s)
 4. Formatos para medidas de control con sus respectivas fechas.
 5. Cronograma de actividades.

→ V.A.12.- CONTROL Y EVALUACIÓN:

La última sección de este plan está encaminado a definir los controles para ir monitoreando el avance del plan. Generalmente las metas se revisan mensual o trimestralmente. Las metas no alcanzadas se deben justificar.

Algunas secciones de control incluyen planes de contingencia, en donde se describen los pasos que se debe implementar ante situaciones adversas que estén ocurriendo o que pudieran ocurrir, ejemplo: alza de los precios por parte del competidor inmediato, devaluaciones, etc. el propósito de la planeación de contingencia es el de preparar al equipo de trabajo para que atiendan dificultades que podrían encontrarse más adelante.

Para ello se requiere definir los formatos Ad hoc que nos permita evaluar de manera global y parcial cada una de las actividades de la mercadotecnia, siguiendo los principales indicadores de la evaluación:

- Tema.
- Definir la escala de evaluación e integrar todos los atributos a medir.
- Resultado esperado contra realizado con el auxilio de una escala comparativa
- Tiempos.
- Reporte de puntos débiles en la evaluación para que se mejore el proceso.

BIBLIOGRAFÍA

- ☞ Abell y Hammond, Planeación Estratégica de la Mercadotecnia, Editorial CECSA, México, 1989.
- ☞ Armstrong, Gary, Kotler, Philip, Mercadotecnia, sexta edición, México, Editorial Prentice-Hall, 1996, pp. 826.
- ☞ Berkowitz, Eric N., Essentials of Health Care Marketing, USA, Editorial An Aspen Publication, 1996, pp. 409.
- ☞ Biblioteca de Manuales Prácticos de Marketing, la Estrategia Básica del Marketing, Editorial Diaz de Santos, Madrid, España.
- ☞ Donnelly, James H., Marketing de servicios financieros, Editorial Diaz de Santos, Madrid 1990.
- ☞ Grande, Ildfonso, Dirección de Marketing, México, Editorial McGraw-Hill, 1994, pp. 401.
- ☞ Guiltinan, Joseph P., et al, Administración de Marketing, Colombia, editorial McGraw-Hill, 1994, pp.576.
- ☞ Kast, Fremont E., Rosenzweig, James E., Administración en las organizaciones, cuarta edición, México, Editorial McGraw-Hill, 1990, pp. 754.
- ☞ Kotler, Philip, Marketing Social, Editorial Diaz de Santos, 1992, Madrid, España.
- ☞ Kotler, Philip, Dirección de la Mercadotecnia, Editorial Diana, México, 1988.
- ☞ Kotler Philip, Marketing for Nonprofit Organizations, Editorial Prentice-Hall, USA 1985.
- ☞ Lamb, Jr. Charles W., et al, Principles of marketing, USA, Editorial South western college publishing, 1992, pp.757.
- ☞ Lamb, Jr. Charles W., et al, Marketing, cuarta edición, USA, Editorial South western college publishing, 1997, pp.693.
- ☞ Lovelock, Christopher H., Mercadotecnia de servicios, Tercera edición, México, Editorial Prentice-Hall, 1997, pp 661.
- ☞ McKenna, Regis, Marketing de relaciones, España, Ediciones paídos 1994, pp.366.

- ☞ Namakforoosh, Mohammad Naghi, *Mercadotecnia Social*, Editorial Limusa, México, 1985.
- ☞ Sampieri, Roberto, et al, *Metodología de la investigación*, México, Editorial McGraw-Hill, 1991, pp. 480.
- ☞ Stanton, William, *Fundamentos de Mercadotecnia*, Editorial McGRAW-HILL, México, 1993.
- ☞ Stanton, William J., et al, *Fundamentos de Marketing*, Décima edición, México, Editorial McGraw-Hill, 1996, pp. 85.
- ☞ Weiers, Ronald M., *Investigación de Mercados*, Editorial Prentice Hall, México, 1986, pp. 540.

ARTÍCULOS

- ☞ Anderson Howard J., Meeting physician's needs helps to build stronger hospital ties, *Medical Staff*.
- ☞ Arrow, Kenneth J., La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas. *ICE*. Junio 1981.
- ☞ Atkings, Mardeen, Stevenson, Brenda, and others, Happy Employees Lead to Loyal Patients., *Journal of Health Care Marketing*, Winter -1996, U.S.A.
- ☞ Benoy, W. Joseph, Internal Marketing Builds Service Quality., *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 16, No. 1, Spring -1996, U.S.A.
- ☞ Berg, Eileen., Hospital signing onto data bases to help set sights as they target potential patients, *Journal of Health Care Marketing*, Vol 21 Iss 48 Dec 1992 PAg 46
- ☞ Berkowitz, Eric N, *Essentials of Health Care Marketing.*, Aspen Publishers Inc., McKinney. Pp 409., 1996, U.S.A.
- ☞ Bezold, Clement; Jonathan, C. Peck y Kurent, Heather, The "Smarter Markets" of the 1990s, The Institute for alternative futures looks at four trends and how they'll affect hospital marketing, *Healthcare Forum Journal*, january/february 1989
- ☞ Boscario, Joseph A., Hospital wellness centers: Strategic implementation, marketing, and management, *Health Care Manage Rev*, 1989, 14(2), 25-29, 1989 Aspen Publishers, Inc.
- ☞ Brady, Timothy S., Mega-Niching: Retail Lessons For Health Care., *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 16, No. 1, Spring - 1996, U.S.A.
- ☞ Burns, John, Health Programs Target Needs of Mature Adults, *Journal: Modern Health Care* Vol. 22 In:27 Jul. 1992 Pg.31
- ☞ Burns, John, Reform concerns cut marketing spending, *Healthcare* Vol. 23 Iss 19, Mayo 10 1993 Pag 8
- ☞ Burns, John., Advertising down, but marketing spending climbs, survey says focus is on targeting, not overviews, *Healthcare*, Vol. 22 Iss 5 Feb. 3 1992 Pag. 44

- ☐ Burns, John., Data base tracking systems can measure actual effectiveness of marketing efforts, *Healthcare*, Vol. 22 Iss 14 April 6, 1992, page 32
- ☐ Coddington, Dean C., Healthcare Reform: Strategic Implications for Hospital, *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 33 Iss 5 Sep/ Oct 1990 pp 51-54
- ☐ Chilingirian, Jon A., New directions for hospital strategic management: The market for the efficient care, *Health Care Manage Rev*, 1992, 17(4), Aspen Publishers, Inc. U.S.A.
- ☐ Eveland, A. Peter, Blakney, Vicki L, and Denver, G.E. Alan, Community Health Assessment Is a Marketing Job New., *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 16, No. 3 Fall-1996, U.S.A.
- ☐ Fife, Ann., The Healthcare Marketing Professional mature an flourishing at the top, *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 32 Iss 1 Jan/Feb 1989 pp 23-25
- ☐ Folland, Sherman; Chao, Paul y Ziegenfuss T. James, Implications of Prospective Payment under DRGs for Hospital Marketing, *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 8 No. 4 (December 1988), pp. 29-36
- ☐ Frieden, Joyce, Hospital marketing efforts target employers, hospital are turning their attention to their biggest private payers: Employers, *business y Health*, July of 1992
- ☐ Goldman, Robert L., Practical applications of healthcare marketing ethics, *Healthcare*, vol 17 Iss 3 Mar. 1993 pp 46-48
- ☐ Grashof, John F, y otros, Health Care Marketing Abstracts, *Journal of Health Care Marketing*, Vol 12 No. 3 (September 1992), pp. 81-85
- ☐ Griffith, Mary Jane, Marketing strategies for different competitive positions, *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 9 Iss Sep 1989 Pag 2-4
- ☐ Kettelhot, Michael C., Strategy Requirements for IS in the turbulent Health Care Enviromental, *Journal of Systems Management*, Vol 43 Iss:6 Date Jun. 1992 Pg 6-18
- ☐ Kowalski, Jamie C., Materials management crucial to overall efficiency, *Health Care Financial Management*,
- ☐ Lazarus, Ian R, Petras, Marketing Management Enhances Costomers Relations, *Journal Health Care Financial Management*, Vol: 46 Iss:10 Date Oct. 92 Pg. 55-60
- ☐ Lazarus, Ian R., Teleservices center puts a new twist on an old concept, *Journal of Health Care Marketing*, Vol 9 Iss 7 Jul 1991 pp 16-17
- ☐ Mackay, Jane., Tailoring Hospital Marketing efforts to physicians needs, *Journal of Health Care Marketing*, Vol 8 Iss 4 Dec 1988 pp 58-62
- ☐ Malhotra, Naresh K., Decisión Support Systems for health care marketing managers, *Journal of Health Care Marketing*, Vol 9 Iss 2 Jun 1989 pp 20-28
- ☐ Marks, Allen P., Thrall Grant Ian, Arno, Michael, Siting Hospitals to Provide Cost-Effective Health Care, *Geo Info Systems*, September 1992, U.S.A.
- ☐ Maynard, Alan, La naturaleza del mercado sanitario y las prioridades de investigación para economistas de la salud, ICE. Junio 1981
- ☐ Mc Stravic, Scott, Marketing or Management Wich Way the Future?., *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 16, No.2, Summer- 1996, U.S.A.
- ☐ McDonald, Malcolm, H. B., Ten barriers to marketing planning, *The Journal of Services Marketing*, Vol. 4 No. 2 Spring 1990. U.S.A.
- ☐ Naidu, G.M., Kleimenhagen, Arno, Pillari, George D., Organization of marketing in U.S. hospitals: An empirical investigation, *Health Care Manage Rev*, 1992, 17(4), Aspen Publishers, Inc. U.S.A.

- ☞ Nelson, Carl W.; Goldstein Arnold S, Health care quality: The new marketing challenge, *Health Care Manage Rev*, 1989, 14(2), pp 87-95, Aspen Publishers, Inc
- ☞ Nelson, Richard S., Planning By a Nonprofit Should Be Very Businesslike, *Nonprofit World*, Vol. 8, No. 6, Nov- Dec- 1990, U.S.A.
- ☞ Nichols, Don., War in hospital markets, *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 9 1 Setp. 28 1992 pp 109-111
- ☞ O'Malley, John F, Telecommunications and health care marketing., *TRENDS*, Dec. 2 1996, page 8, U.S.A.
- ☞ Parrot, Donald L. Whose Business Is Fitness?., *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 16, No. 3, Fall- 1996, U.S.A.
- ☞ Parry, Mark y Parry, Arthur, Hospital must advance beyond advertising to true marketing, *Healthcare* Vol. 17 Iss 1 Winter 1992, Pp 51-61
- ☞ Parry, Mark; Parry Arthur E., Strategy and marketing tactics in nonprofit hospital, *Health Care Manage Rev*. 1992, 17(1), pp51-61, Aspen Publishers. Inc.
- ☞ Pary Malk, Strategy And Marketing. Tactics nonprofit hospital, *Journal: Health Care Management Review* Vol. 17 1992 Pg. 51-61
- ☞ Perry, Linda, Teaching hospitals learning benefits of image advertising, *Modern Healthcare/* June 3, 1991, U.S.A.
- ☞ Rapert, Molly I., Babakus, Emin, Linking Quality and Performance., *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 16, No.3, Fall - 1996, U.S.A.
- ☞ Rapp, A. Melissa and Wotschak Rona, Partnerships: The Prescription for Healthier Communities, *Journal of Health Care Marketing*, Winter -1996, U.S.A.
- ☞ Reddy, Allan C.; Campbell David P., Positioning Hospitals: A Model for Regional Hospital, *Journal of Health Care Marketing*, winter 1993, pp 40-44
- ☞ Richardson, Paul S., Dick, Alan S. & Jain, Arun K., Extrinsic and Intrinsic Cue Effects on Perceptions of Store Brand Quality, *Journal of Marketing*, Vol. 58, October 1994. U.S.A.
- ☞ Rosko, Michael D., Hospital Markups: Responses to Environmental Pressures in Pennsylvania, *Hospital & health services Administration*, 39-1, Spring 1994, U.S.A.
- ☞ Rovira Forns, Joan, La salud y los servicios sanitarios como bienes económicos, *JANO* 7, 18 de abril de 1985, No. 650-H.
- ☞ San Augustine, Andre J., Long, William J., Pantzallis, John, Hospital Positioning: A strategic tool for the 1990s, *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 12, No. 1, March 1992, U.S.A.
- ☞ Sarel, Dan and Marmorstein, Howard, Identifying New Patient Prospects: Efficacy of Usage Segmentation., *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 16, No.1, Spring 1996, U.S.A.
- ☞ Shaver, Mary Louise, You Want to Market a 'What'?, *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 16, No.2, Summer- 1996, U.S.A.
- ☞ Shelton, Christina M., The Bloomington Hospital Public Relations Department, *Modern Healthcare/* September 14 1992
- ☞ Slusarz, Michael J., From Friend Rice To Sushi, *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 16, No. 3. Fall- 1996, U.S.A.
- ☞ Smith Scott M.; Clark Marta, Hospital Image and the Positioning of service centers: An Application in Market Analysis and Satrategy Development, *Journal of Health Care Marketing*, Vol 10, No.3 (September 1990), pp 13-22

- ☐ Speak, Karl D., The Challenge of Health Care Branding, ., Journal of Health Care Marketing, Winter -1996, U.S.A.
- ☐ Thomas, Richard K., Who Needs Health Care Marketing?, Healthcare, June 7, of 1993
- ☐ Toomey, Robert E., Viewpoint: Managerial imperatives, Health Care Manage Rev, 1992, 17(4), Aspen Publishers, Inc. U.S.A.
- ☐ Tucker, Lewis R., Zaremba, Roger A., Organizational control and the status of marketing in multihospital systems, Health Care Manage Rev, 1991, 16(1), Aspen Publishers, Inc. U.S.A.
- ☐ Westbrook, Kevin W., Pedrick, Dennis, and Bush, Victoria, A Quality Toll for Health Insurers., Journal of Health Care Marketing, Winter -1996, U.S.A.
- ☐ Wrenn, Bruce, Differences in Perceptions of Hospital Marketing Orientation between Administrators and Marketing Officers, Hospital & Health Services Administration, 39-3, Fall 1994, U.S.A.
- ☐ Yavas, Ugur, Shemwell, Donald J., Competing for Patients and Profit, Journal of Health Care Marketing, Vol. 16, No.2, Summer- 1996, U.S.A.
- ☐ Zinn, Jacqueline S., Selecting International Markets: Lessons from For-Profit Hospitals, Hospital & Health Services Administration, 39-1, Spring 1994, U.S.A.

ANEXOS

CUESTIONARIO

ANEXO 1

CUESTIONARIO

EL INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY Y LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN DE LA UNAM, ESTÁN REALIZANDO UNA INVESTIGACIÓN EN LOS HOSPITALES DE MÉXICO D.F. Y ÁREA CONURBADA PARA IDENTIFICAR LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE LA MERCADOTECNIA HOSPITALARIA Y PROPONER PLANES DE INCORPORACIÓN Y DESARROLLO DE ESTA DISCIPLINA EN LOS HOSPITALES DE MÉXICO. POR LO QUE SOLICITAMOS A USTED SU MÁS VALIOSA COLABORACIÓN CONTESTANDO DE MANERA HONESTA ESTE CUESTIONARIO.

IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE COMERCIAL: _____

RAZÓN SOCIAL: _____

DOMICILIO: _____

Calle

No.

Col.

C.P.

Delegación o Municipio

ANTIGÜEDAD: _____ AÑOS

CLASIFICACIÓN: a.-)SS _____ b.-)IMSS _____ c.-)ISSSTE _____ d.-)DDF _____
e.-)Privado _____ f.-) Beneficencia _____ g.-)Otros _____

CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:

a.-Población Abierta _____ b.-Población Asegurada _____ c.- Clase alta _____ d.- Clase Media _____

e.- Clase Baja _____

¿QUÉ ES PARA USTED LA MERCADOTECNIA?

MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE A SU JUICIO ES LA CORRECTA. TODAS LAS PREGUNTAS TIENEN LA POSIBILIDAD DE UNA RESPUESTA.

1.- El nivel de conocimiento que tengo de la mercadotecnia es:

- a.- Nulo . ()
b.- Poco. ()
c.- Regular. ()
d.- Bueno. ()
e.- Muy Bueno. ()

2.- La mercadotecnia como disciplina administrativa es aplicable en el sector salud de México.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
b.- De acuerdo. ()
c.- Indeciso. ()
d.- En desacuerdo. ()
e.- Totalmente en desacuerdo. ()

3.- La mercadotecnia engaña al usuario.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
b.- De acuerdo. ()
c.- Indeciso. ()
d.- En desacuerdo. ()
e.- Totalmente en desacuerdo. ()

4.- Me agradaría que en este hospital se trabajara con los principios de la mercadotecnia.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

5.- Daría mi voto para que en este hospital se incorpore y desarrolle la filosofía de la mercadotecnia.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

6.- Considero que la mercadotecnia hospitalaria se debe implementar en este hospital con un departamento bien establecido dentro del organigrama del hospital.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

7.- Creo conveniente trabajar la mercadotecnia hospitalaria en esta institución con apoyo staff.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

8.- La dirección reconoce la importancia de estructurar la organización para atender las necesidades y deseos del mercado elegido.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

9.- La dirección desarrolla diferentes ofertas y planes de mercadeo para diferentes sectores del mercado.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

10.- La dirección analiza un panorama amplio de su público (usuario actual y potencial, donadores, público en general, competidores, etc.) en la planeación y ejecución dentro de la organización.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

11.- Existe integración y control de los directivos en las funciones de mercadotecnia que afectan a públicos diversos.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

12.- Las actividades de mercadotecnia se realizan tomando en cuenta a los directivos de los departamentos del hospital.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

13.- El proceso de desarrollo de nuevos servicios se encuentra bien organizado.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

14.- Frecuentemente se realizan estudios de mercado para consumidores, influencias de compra, canales de distribución y conducta de la competencia.

- a.- Siempre se realizan. ()
- b.- Casi siempre. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- Ocasionalmente. ()
- e.- Nunca se realizan. ()

15.- La dirección conoce bien las necesidades y el tamaño del mercado, así como los sectores del mismo.

- a.- Lo conoce muy bien. ()
- b.- Lo conoce bien. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- Lo conoce poco. ()
- e.- No lo conoce. ()

16.- Se realizan esfuerzos para medir la efectividad de la mercadotecnia.

- a.- Siempre. ()
- b.- Casi siempre. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- Ocasionalmente. ()
- e.- Nunca. ()

17.- Se realizan análisis de costos en publicidad o promoción y se relacionan con la efectividad.

- a.- Siempre se realizan. ()
- b.- Casi siempre. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- Ocasionalmente. ()
- e.- Nunca se realizan. ()

18.- La dirección de este hospital desarrolla un cuidadoso plan de mercadotecnia (precios, servicios, publicidad).

- a.- Siempre. ()
- b.- Casi siempre. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- Ocasionalmente. ()
- e.- Nunca lo desarrolla. ()

19.- La estrategia de mercadotecnia es clara, innovadora, basada en datos congruentes y bien razonados.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

20.- La dirección formalmente identifica las contingencias más importantes y las desarrolla en un proceso de planeación.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

21.- Los directivos de este hospital comprenden los principios de la mercadotecnia.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

22.- Los principios de la mercadotecnia son comunicados e implementados hacia los niveles más bajos de este hospital.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

23.- La dirección ha instalado sistemas de información del mercado hospitalario que poseen datos suficientes precisos y de fácil acceso.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

24.- Existen programas de capacitación interna para ofrecer servicios de calidad en todas las áreas del hospital.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

25.- Existen programas de capacitación acerca de la calidad dirigidos a las personas que prestan el servicio final (médicos, enfermeras, camilleros y recepcionistas), los cuales tienen contacto directo con el paciente y sus familiares.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

26.- Se tienen programas de capacitación con orientación a satisfacer al usuario final.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

27.- La dirección conoce muy bien la ubicación geográfica, demográfica, sociográfica, psicográfica y conductual de sus usuarios actuales.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

28.- La dirección cuenta con un plan de comunicación en medios para darse a conocer entre sus usuarios actuales y potenciales.

- a.- Totalmente de acuerdo. ()
- b.- De acuerdo. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- En desacuerdo. ()
- e.- Totalmente en desacuerdo. ()

29.- Ordene según su importancia de uso los medios que más se utilizan en el hospital para dar a conocer los servicios (1 a la de mayor uso y 5 la de menor uso).

- a.- Radio ()
- b.- T.V. ()
- c.- Prensa. ()
- d.- Folletería ()
- e.- Otros: ¿Cuáles? _____ ()

30.- Se realizan investigaciones de los principales competidores del Hospital.

- a.- Siempre se realizan. ()
- b.- Casi siempre. ()
- c.- Indeciso. ()
- d.- Ocasionalmente ()
- e.- Nunca se realizan. ()

31.- Edad: _____

32.- Sexo: _____

33.- Profesión: _____

34.- Cargo: _____

35.- Antigüedad en el hospital: _____

PRUEBA DE

VALIDEZ

Y

CONFIABILIDAD

PRUEBA DE

VALIDEZ

CORRELATIONS /VARIABLES V3 V4 V5.
The raw data or transformation pass is proceeding

CORRELATIONS /VARIABLES V6 V7.

Correlations: V6 V7

V6	1.0000	.7023**
V7	.7023**	1.0000

N of cases: 77 1-tailed Signif: * - .01 ** - .001

CORRELATIONS /VARIABLES V3 V4.

Correlations: V3 V4

V3	1.0000	.1781
V4	.1781	1.0000

N of cases: 77 1-tailed Signif: * - .01 ** - .001

CORRELATIONS /VARIABLES V3 V5.

Correlations: V3 V5

V3	1.0000	.0516
V5	.0516	1.0000

N of cases: 77 1-tailed Signif: * - .01 ** - .001

CORRELATIONS /VARIABLES V8 V9.

Correlations: V8 V9

V8	1.0000	.5141**
V9	.5141**	1.0000

N of cases: 77 1-tailed Signif: * - .01 ** - .001

CORRELATIONS /VARIABLES V10 V11.

Correlations: V10 V11

V10	1.0000	.5883**
V11	.5883**	1.0000

N of cases: 77 1-tailed Signif: * - .01 ** - .001

CORRELATIONS /VARIABLES V11 V12.

Correlations: V11 V12

V11	1.0000	.5404**
V12	.5404**	1.0000

N of cases: 77 1-tailed Signif: * - .01 ** - .001

CORRELATIONS /VARIABLES V18 V19.

Correlations: V18 V19

V18	1.0000	.6483**
V19	.6483**	1.0000

N of cases: 77 1-tailed Signif: * - .01 ** - .001

CORRELATIONS /VARIABLES V16 V17.

Correlations: V16 V17
V16 1.0000 .3075*
V17 .3075* 1.0000

N of cases: 77 1-tailed Signif: * - .01 ** - .001

CORRELATIONS /VARIABLES V20 V21.

Correlations: V20 V21
V20 1.0000 .4378**
V21 .4378** 1.0000

N of cases: 77 1-tailed Signif: * - .01 ** - .001

CORRELATIONS /VARIABLES V23 V24.

Correlations: V23 V24
V23 1.0000 .4881**
V24 .4881** 1.0000

N of cases: 77 1-tailed Signif: * - .01 ** - .001

CORRELATIONS /VARIABLES V26 V27.

Correlations: V26 V27
V26 1.0000 .7155**
V27 .7155** 1.0000

N of cases: 77 1-tailed Signif: * - .01 ** - .001

PRUEBA DE CONFIABILIDAD

DATA LIST FILE 'a:abc.dat' FIXED /

V1 1
V2 2
V3 3
V4 4
V5 5
V6 6
V7 7
V8 8
V9 9
V10 10
V11 11
V12 12
V13 13
V14 14
V15 15
V16 16
V17 17
V18 18
V19 19
V20 20
V21 21
V22 22
V23 23
V24 24
V25 25
V26 26
V27 27
V28 28
V29 29
V30 30
V31 31
V32 32
V33 33
V34 34
V35 35
V36 36
V37 37
V38 38
V39 39
V40 40
V41 41
V42 42
V43 43.

VARIABLE LABELS

V1 'CLASIFICACION HOSPITALARIA'
V2 'CLASIFICACION SOCIOECONOMICA'
V3 'NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MKT'
V4 'LA MKT SE APLICA EN EL SECTOR SALUD'
V5 'LA MKT ENGAÑA'
V6 'ME AGRADARIA TRABAJAR CON MKT'
V7 'DOY MI VOTO PARA TRABAJAR CON MKT'
V8 'SE DEBE TRABAJAR CON UN DPTO. DE MKT'
V9 'SE DEBE TRABAJAR CON STAFF'
V10 'ESTRUCTURAR LA ORGANIZACION'
V11 'PLANES PARA DIFERENTES SEGMENTOS'
V12 'ESTUDIA UN PANORAMA AMPLIO DE SU PUBLICO'
V13 'INTEGRACION Y CONTROL EN FUNCIONES DE MKT'
V14 'LAS ACTIV DE MKT TOMAN EN CUENTA A LOS DPTOS'
V15 'BIEN ORGANIZADO EL PROCESO DE NUEVOS SERVIC'
V16 'SE REALIZAN ESTUDIOS DE MERCADO'
V17 'SE CONOCEN LAS NECESIDADES Y EL TAMAÑO DEL MERC'
V18 'SE MIDE LA EFECTIVIDAD DE LA MKT'
V19 'SE ESTUDIAN LOS COSTOS RELACIONADOS CON MKT'
V20 'SE DESARROLLA UN PLAN DE MKT'

Correlations:						
	V3	V6	V8	V10	V11	V12
V3	1.0000 (.77) P= .	.3047 (.77) P= .007	.1697 (.77) P= .140	.1810 (.77) P= .115	.1732 (.77) P= .132	.2212 (.77) P= .053
V6	.3047 (.77) P= .007	1.0000 (.77) P= .	.4611 (.77) P= .000	.5027 (.77) P= .000	.3533 (.77) P= .002	.1881 (.77) P= .101
V8	.1697 (.77) P= .140	.4611 (.77) P= .000	1.0000 (.77) P= .	.5477 (.77) P= .000	.2660 (.77) P= .019	.0496 (.77) P= .669
V10	.1810 (.77) P= .115	.5027 (.77) P= .000	.5477 (.77) P= .000	1.0000 (.77) P= .	.5883 (.77) P= .000	.2873 (.77) P= .011
Correlations:						
	V3	V6	V8	V10	V11	V12
V11	.1732 (.77) P= .132	.3533 (.77) P= .002	.2660 (.77) P= .019	.5883 (.77) P= .000	1.0000 (.77) P= .	.5404 (.77) P= .000
V12	.2212 (.77) P= .053	.1881 (.77) P= .101	.0496 (.77) P= .669	.2873 (.77) P= .011	.5404 (.77) P= .000	1.0000 (.77) P= .
V13	.3890 (.77) P= .000	.1774 (.77) P= .123	.2146 (.77) P= .061	.2461 (.77) P= .031	.4929 (.77) P= .000	.4528 (.77) P= .000
V16	.3855 (.77) P= .001	.1123 (.77) P= .331	.2407 (.77) P= .035	.3195 (.77) P= .005	.3697 (.77) P= .001	.4456 (.77) P= .000
Correlations:						
	V3	V6	V8	V10	V11	V12
V18	.3611 (.77) P= .001	.3730 (.77) P= .001	.3076 (.77) P= .007	.3972 (.77) P= .000	.4828 (.77) P= .000	.3908 (.77) P= .000
V20	.2643 (.77) P= .020	.1214 (.77) P= .293	.1609 (.77) P= .162	.1930 (.77) P= .093	.3366 (.77) P= .003	.4734 (.77) P= .000
V23	.2189 (.77) P= .056	.2249 (.77) P= .049	.1588 (.77) P= .168	.4009 (.77) P= .000	.4402 (.77) P= .000	.4521 (.77) P= .000
V26	.0985 (.77) P= .394	.0491 (.77) P= .672	-.1341 (.77) P= .245	.1013 (.77) P= .381	.1286 (.77) P= .265	.2712 (.77) P= .017
Correlations:						
	V3	V6	V8	V10	V11	V12
V31	-.0624 (.77) P= .590	-.1979 (.77) P= .084	-.1318 (.77) P= .253	-.0357 (.77) P= .758	-.0226 (.77) P= .845	.1990 (.77) P= .083
V33	.1357 (.77) P= .239	.2599 (.77) P= .022	.0010 (.77) P= .993	.1592 (.77) P= .167	.1512 (.77) P= .189	.1660 (.77) P= .149
Correlations:						
	V13	V16	V18	V20	V23	V26
V3	.3890	.3855	.3611	.2643	.2189	.0985

	(.77) P= .000	(.77) P= .001	(.77) P= .001	(.77) P= .020	(.77) P= .056	(.77) P= .394
V6	.1774 (.77) P= .123	.1123 (.77) P= .331	.3730 (.77) P= .001	.1214 (.77) P= .293	.2249 (.77) P= .049	.0491 (.77) P= .672
V8	.2146 (.77) P= .061	.2407 (.77) P= .035	.3076 (.77) P= .007	.1609 (.77) P= .162	.1588 (.77) P= .168	-.1341 (.77) P= .245
V10	.2461 (.77) P= .031	.3195 (.77) P= .005	.3972 (.77) P= .000	.1930 (.77) P= .093	.4009 (.77) P= .000	.1013 (.77) P= .381
Correlations:	V13	V16	V18	V20	V23	V26
V11	.4929 (.77) P= .000	.3697 (.77) P= .001	.4828 (.77) P= .000	.3366 (.77) P= .003	.4402 (.77) P= .000	.1286 (.77) P= .265
V12	.4528 (.77) P= .000	.4456 (.77) P= .000	.3908 (.77) P= .000	.4734 (.77) P= .000	.4521 (.77) P= .000	.2712 (.77) P= .017
V13	1.0000 (.77) P= .	.4816 (.77) P= .000	.5454 (.77) P= .000	.4293 (.77) P= .000	.3815 (.77) P= .001	.2472 (.77) P= .030
V16	.4816 (.77) P= .000	1.0000 (.77) P= .	.6011 (.77) P= .000	.5149 (.77) P= .000	.4296 (.77) P= .000	.2125 (.77) P= .064
Correlations:	V13	V16	V18	V20	V23	V26
V18	.5454 (.77) P= .000	.6011 (.77) P= .000	1.0000 (.77) P= .	.4623 (.77) P= .000	.3409 (.77) P= .002	.3039 (.77) P= .007
V20	.4293 (.77) P= .000	.5149 (.77) P= .000	.4623 (.77) P= .000	1.0000 (.77) P= .	.4777 (.77) P= .000	.2331 (.77) P= .041
V23	.3815 (.77) P= .001	.4296 (.77) P= .000	.3409 (.77) P= .002	.4777 (.77) P= .000	1.0000 (.77) P= .	.1998 (.77) P= .081
V26	.2472 (.77) P= .030	.2125 (.77) P= .064	.3039 (.77) P= .007	.2331 (.77) P= .041	.1998 (.77) P= .081	1.0000 (.77) P= .
Correlations:	V13	V16	V18	V20	V23	V26
V31	-.0152 (.77) P= .896	.0225 (.77) P= .846	.0212 (.77) P= .855	-.0652 (.77) P= .573	-.1430 (.77) P= .215	-.0445 (.77) P= .701
V33	.2599 (.77) P= .022	.0708 (.77) P= .541	.3251 (.77) P= .004	.1569 (.77) P= .173	.1374 (.77) P= .233	.2021 (.77) P= .078
Correlations:	V31	V33				
V3	-.0624	.1357				

	(.77)	(.77)
	P= .590	P= .239
V6	-.1979	.2599
	(.77)	(.77)
	P= .084	P= .022
V8	-.1318	.0010
	(.77)	(.77)
	P= .253	P= .993
V10	-.0357	.1592
	(.77)	(.77)
	P= .758	P= .167

Correlations: V31 V33

V11	-.0226	.1512
	(.77)	(.77)
	P= .845	P= .189
V12	.1990	.1660
	(.77)	(.77)
	P= .083	P= .149
V13	-.0152	.2599
	(.77)	(.77)
	P= .896	P= .022
V16	.0225	.0708
	(.77)	(.77)
	P= .846	P= .541

Correlations: V31 V33

V18	.0212	.3251
	(.77)	(.77)
	P= .855	P= .004
V20	-.0652	.1569
	(.77)	(.77)
	P= .573	P= .173
V23	-.1430	.1374
	(.77)	(.77)
	P= .215	P= .233
V26	-.0445	.2021
	(.77)	(.77)
	P= .701	P= .078

Correlations: V31 V33

V31	1.0000	.2970
	(.77)	(.77)
	P= .	P= .009
V33	.2970	1.0000
	(.77)	(.77)
	P= .009	P= .

CORRELATIONS /VARIABLES V4 V7 V9 V13 V14 V16 V17 V19 V21 V24 V27 V29 V32
V34 /OPTIONS 3 5 /STATISTICS 1.

Variable	Cases	Mean	Std Dev
----------	-------	------	---------

V4	77	1.5325	.7709
V7	77	1.8442	.8895
V9	77	2.2208	.9545
V13	77	2.5584	1.0450
V14	77	2.3766	1.1589
V16	77	3.3506	1.3838
V17	77	2.5844	1.1511
V19	77	3.2208	1.4292
V21	77	2.2468	1.1021
V24	77	2.8312	1.2291
V27	77	2.0130	1.1975
V29	77	2.3377	1.0464
V32	77	4.8701	.5701
V34	77	2.0260	1.5726

Correlations:	V4	V7	V9	V13	V14	V16
V4	1.0000 (77) P= .	.1994 (77) P= .082	.0527 (77) P= .649	.0670 (77) P= .562	.1555 (77) P= .177	.1187 (77) P= .304
V7	.1994 (77) P= .082	1.0000 (77) P= .	.3820 (77) P= .001	.2364 (77) P= .038	.3130 (77) P= .006	.1305 (77) P= .258
V9	.0527 (77) P= .649	.3820 (77) P= .001	1.0000 (77) P= .	.1386 (77) P= .229	.1736 (77) P= .131	.1398 (77) P= .225
V13	.0670 (77) P= .562	.2364 (77) P= .038	.1386 (77) P= .229	1.0000 (77) P= .	.4759 (77) P= .000	.4816 (77) P= .000

Correlations:	V4	V7	V9	V13	V14	V16
V14	.1555 (77) P= .177	.3130 (77) P= .006	.1736 (77) P= .131	.4759 (77) P= .000	1.0000 (77) P= .	.2037 (77) P= .076
V16	.1187 (77) P= .304	.1305 (77) P= .258	.1398 (77) P= .225	.4816 (77) P= .000	.2037 (77) P= .076	1.0000 (77) P= .
V17	.0747 (77) P= .518	-.1926 (77) P= .093	-.1429 (77) P= .215	.1955 (77) P= .088	.1287 (77) P= .265	.3075 (77) P= .007
V19	.0471 (77) P= .684	.2241 (77) P= .050	.1374 (77) P= .233	.4450 (77) P= .000	.2669 (77) P= .019	.5857 (77) P= .000

Correlations:	V4	V7	V9	V13	V14	V16
V21	.1685 (77) P= .143	.0532 (77) P= .646	.0476 (77) P= .681	.4615 (77) P= .000	.2868 (77) P= .011	.4343 (77) P= .000
V24	.0406 (77) P= .726	-.0003 (77) P= .998	-.0575 (77) P= .619	.4022 (77) P= .000	.3501 (77) P= .002	.4066 (77) P= .000
V27	.1207 (77) P= .296	-.0598 (77) P= .605	-.0025 (77) P= .982	.4252 (77) P= .000	.3377 (77) P= .003	.2672 (77) P= .019

V29	-.0138 (.77) P= .905	-.0699 (.77) P= .546	.0956 (.77) P= .408	.2464 (.77) P= .031	.1650 (.77) P= .152	.2715 (.77) P= .017
Correlations:	V4	V7	V9	V13	V14	V16
V32	-.0202 (.77) P= .861	-.1442 (.77) P= .211	-.2126 (.77) P= .063	-.0534 (.77) P= .645	-.1441 (.77) P= .211	-.0916 (.77) P= .428
V34	.1621 (.77) P= .159	.1064 (.77) P= .357	-.1266 (.77) P= .273	.0151 (.77) P= .896	-.0271 (.77) P= .815	.0260 (.77) P= .822
Correlations:	V17	V19	V21	V24	V27	V29
V4	.0747 (.77) P= .518	.0471 (.77) P= .684	.1685 (.77) P= .143	.0406 (.77) P= .726	.1207 (.77) P= .296	-.0138 (.77) P= .905
V7	-.1926 (.77) P= .093	.2241 (.77) P= .050	.0532 (.77) P= .646	-.0003 (.77) P= .998	-.0598 (.77) P= .605	-.0699 (.77) P= .546
V9	-.1429 (.77) P= .215	.1374 (.77) P= .233	.0476 (.77) P= .681	-.0575 (.77) P= .619	-.0025 (.77) P= .982	.0956 (.77) P= .408
V13	.1955 (.77) P= .088	.4450 (.77) P= .000	.4615 (.77) P= .000	.4022 (.77) P= .000	.4252 (.77) P= .000	.2464 (.77) P= .031
Correlations:	V17	V19	V21	V24	V27	V29
V14	.1287 (.77) P= .265	.2669 (.77) P= .019	.2868 (.77) P= .011	.3501 (.77) P= .002	.3377 (.77) P= .003	.1650 (.77) P= .152
V16	.3075 (.77) P= .007	.5857 (.77) P= .000	.4343 (.77) P= .000	.4066 (.77) P= .000	.2672 (.77) P= .019	.2715 (.77) P= .017
V17	1.0000 (.77) P= .	.4164 (.77) P= .000	.3308 (.77) P= .003	.4334 (.77) P= .000	.3190 (.77) P= .005	.2710 (.77) P= .017
V19	.4164 (.77) P= .000	1.0000 (.77) P= .	.4077 (.77) P= .000	.3511 (.77) P= .002	.1982 (.77) P= .084	.0639 (.77) P= .581
Correlations:	V17	V19	V21	V24	V27	V29
V21	.3308 (.77) P= .003	.4077 (.77) P= .000	1.0000 (.77) P= .	.4489 (.77) P= .000	.4761 (.77) P= .000	.4174 (.77) P= .000
V24	.4334 (.77) P= .000	.3511 (.77) P= .002	.4489 (.77) P= .000	1.0000 (.77) P= .	.5379 (.77) P= .000	.3928 (.77) P= .000
V27	.3190 (.77) P= .005	.1982 (.77) P= .084	.4761 (.77) P= .000	.5379 (.77) P= .000	1.0000 (.77) P= .	.3955 (.77) P= .000

V29	.2710 (.77) P= .017	.0639 (.77) P= .581	.4174 (.77) P= .000	.3928 (.77) P= .000	.3955 (.77) P= .000	1.0000 (.77) P= .
-----	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------

Correlations:	V17	V19	V21	V24	V27	V29
V32	-.0432 (.77) P= .709	.0034 (.77) P= .977	-.0949 (.77) P= .412	-.0693 (.77) P= .549	-.1131 (.77) P= .327	-.1681 (.77) P= .144
V34	.1005 (.77) P= .384	.1086 (.77) P= .347	.1861 (.77) P= .105	.1521 (.77) P= .187	.1675 (.77) P= .145	-.0694 (.77) P= .549

V4	-.0202 (.77) P= .861	.1621 (.77) P= .159
----	-----------------------------	----------------------------

V7	-.1442 (.77) P= .211	.1064 (.77) P= .357
----	-----------------------------	----------------------------

V9	-.2126 (.77) P= .063	-.1266 (.77) P= .273
----	-----------------------------	-----------------------------

V13	-.0534 (.77) P= .645	.0151 (.77) P= .896
-----	-----------------------------	----------------------------

Correlations:	V32	V34
V14	-.1441 (.77) P= .211	-.0271 (.77) P= .815
V16	-.0916 (.77) P= .428	.0260 (.77) P= .822
V17	-.0432 (.77) P= .709	.1005 (.77) P= .384
V19	.0034 (.77) P= .977	.1086 (.77) P= .347
V21	-.0949 (.77) P= .412	.1861 (.77) P= .105
V24	-.0693 (.77) P= .549	.1521 (.77) P= .187
V27	-.1131 (.77) P= .327	.1675 (.77) P= .145
V29	-.1681 (.77) P= .144	-.0694 (.77) P= .549

V21 'LA ESTRATEGIA DE MKT ES CLARA'
 V22 'SE PLAN DE CONTINGENCIAS'
 V23 'SE COMPRENDEN LOS PRINCIPIOS DE MKT'
 V24 'SE COMUNICAN LOS PRINCIPIOS DE MKT'
 V25 'SE TIENES UN SIST. DE INFORMACION'
 V26 'PROGRAMAS DE CAPACITACION-CALIDAD'
 V27 'PROGRAMAS DE CAL-PRESTADORES DEL SERV'
 V28 'PROGRAMAS DE CAP-SATISFACER AL USUARIO'
 V29 'CONOCE LA UBICACION DE SU CLIENTE'
 V30 'CUENTA CON PLAN DE MEDIOS'
 V31 'PROMOCION EN RADIO'
 V32 'PROMOCION EN TV'
 V33 'PROMOCION EN PRENSA'
 V34 'PROMOCION EN FOLLETOS'
 V35 'PROMOCION EN REVISTAS'
 V36 'SE ESTUDIA LA COMPETENCIA'
 V37 'EDAD DE LOS ENCUESTADOS'
 V38 'SEXO DE LOS ENCUESTADOS'
 V39 'PROFESION DE LOS ENCUESTADOS'
 V40 'CARGO DE LOS ENCUESTADOS'
 V41 'ANTIGUEDAD EN EL HOSPITAL'
 V42 'NIVEL DE ATENCION HOSPITALARIA'
 V43 'CARGO: DIRECTOR GRAL, AREA ADMON Y MEDICA'.

VALUE LABELS

V1 1 'PUBLICO' 2 'PRIV BENEFICENCIA'/
 V2 1 'CLASE ALTA' 2 'CLASE MEDIA' 3 'CLASE BAJA'/
 V3 1 'MUY BUENO' 2 'BUENO' 3 'REGULAR' 4 'POCO' 5 'MUY POCO'/
 V4 1 'TOTAL ACUERDO' 2 'DE ACUERDO' 3 'INDECISO' 4 'EN DESACUERDO'
 5 'TOTAL EN DESACUERDO'/
 V37 1 '30 A 40' 2 '41 A 50' 3 'MAS DE 51'/
 V38 1 'FEMENINO' 2 'MASCULINO'/
 V39 1 'CIENCIAS MEDIAS' 2 'CIENCIAS ECONO-ADMON'/
 V40 1 'JEFE DE MKT' 2 'DIRECC. GENERAL' 3 'DIREC AREA ADMON'
 4 'DIREC AREA MEDICA'/
 V41 1 '1 A 3 ANIOS' 2 '4 A 7 ANIOS' 3 '8 A 10 ANIOS' 4 'MAS DE 11 ANIOS'/
 V42 1 'TERCER NIVEL' 2 'SEGUNDO NIVEL'/
 V43 1 'DIRECTOR GRAL' 2 'DIRECT AREA ADMON' 3 'DIRECT AREA MEDICA'/.

Page 2

SPSS/PC+

9/23/97

CORRELATIONS /VARIABLES V3.V6 V8 V10 V11 V12 V13 V16 V18 V20 V23 V26 V31 V33

The raw data or transformation pass is proceeding

78 cases are written to the uncompressed active file.

/OPTIONS 3 5 /STATISTICS 1.

Variable	Cases	Mean	Std Dev
V3	77	2.8831	.8425
V6	77	1.8182	.8387
V8	77	2.2857	1.1569
V10	77	1.8701	.8484
V11	77	1.9221	.9286
V12	77	2.0000	.9177
V13	77	2.5584	1.0450
V16	77	3.3506	1.3838
V18	77	3.3766	1.3576
V20	77	2.8961	1.3629
V23	77	2.2597	.9515
V26	77	2.2597	1.1631
V31	77	4.5844	.9368
V33	77	3.5844	1.6412

Sheet1

V32	1.0000	-.1723
	(.77)	(.77)
	P= .	P= .134
V34	-.1723	1.0000
	(.77)	(.77)
	P= .134	P= .

ESTADÍSTICA INFERENCIAL

ANÁLISIS

DISCRIMINANTE

V38	.6526401	20.237	.49834
V40	.4655437	2.5987	.38454
V41	.5441411	5.8432	.40547
V43	.4253738	12.223	.44664

----- Variables not in the analysis after step 25 -----

Variable	Tolerance	Minimum Tolerance	F to enter	Wilks' Lambda
V6	.3961661	.3961661	.91408	.36186
V7	.4562134	.4170799	.30590E-02	.36775
V9	.5482908	.4070584	.73053E-01	.36729
V10	.4115538	.4115538	.19311	.35651
V11	.5170235	.3958380	.84428	.35231
V12	.4717046	.4153133	.75253	.36289
V13	.3877873	.3758074	.76702E-01	.36727
V16	.4392408	.3860874	.79887	.36260
V19	.3562741	.3562741	.42505E-02	.36774
V20	.4390008	.3982710	.87536E-01	.36720

----- Variables not in the analysis after step 25 -----

Variable	Tolerance	Minimum Tolerance	F to enter	Wilks' Lambda
V21	.5431302	.4127487	.17880E-01	.36765
V22	.4761321	.4184032	.18580	.36656
V24	.4786451	.4126974	.14802	.36680
V25	.4543998	.4176491	.71276E-02	.36772
V26	.5133139	.4057873	.28764	.36589
V27	.5106329	.4105414	.96690E-01	.36714
V28	.6091090	.4139412	.81996	.36246
V29	.6380380	.4108000	.64840	.36356
V32	.7109357	.4122345	.62694E-01	.36736
V33	.6843789	.4185223	.53293	.36430
V36	.5194972	.4126121	.47349E-02	.36774
V37	.6498270	.4072220	.10229	.36710
V39	.0000000	.0000000		
V42	.5553851	.3831683	.49462E-01	.36745

F level or tolerance or VIN insufficient for further computation.

Summary Table

Step	Action	Vars	Wilks' Lambda	Sig.	Label	
	Entered	Removed	In			
1	V38		1	.79816	.0000	SEKO DE LOS ENCUESTADOS
2	V41		2	.66470	.0000	ANTIGUEDAD EN EL HOSPITAL
3	V43		3	.60718	.0000	CARGO: DIRECTOR GRAL, AREA ADMON Y M
4	V34		4	.58402	.0000	PROMOCION EN FOLLETOS
5	V1		5	.55891	.0000	CLASIFICACION HOSPITALARIA
6	V11		6	.53822	.0000	PLANES PARA DIFERENTES SEGMENTOS
7	V35		7	.51555	.0000	PROMOCION EN REVISTAS
8	V30		8	.49580	.0000	CUENTA CON PLAN DE MEDIOS
9	V4		9	.47482	.0000	LA MKT SE APLICA EN EL SECTOR SALUD
10	V3		10	.45842	.0000	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MKT
11	V23		11	.44666	.0000	SE COMPRENDEN LOS PRINCIPIOS DE MKT
12	V17		12	.43471	.0000	SE CONOCEN LAS NECESIDADES Y EL TAMA
13	V19		13	.42663	.0000	SE ESTUDIAN LOS COSTOS RELACIONADOS
14	V9		14	.41615	.0000	SE DEBE TRABAJAR CON STAFF
15	V40		15	.40844	.0000	CARGO DE LOS ENCUESTADOS
16	V2		16	.40153	.0000	CLASIFICACION SOCIOECONOMICA
17		V9	15	.40713	.0000	SE DEBE TRABAJAR CON STAFF
18	V14		16	.39705	.0000	LAS ACTIV DE MKT TOMAN EN CUENTA A L
19		V35	15	.40263	.0000	PROMOCION EN REVISTAS

Step	Action		Vars	Wilks'		Label
	Entered	Removed		In	Lambda	
20	V8		16	.39496	.0000	SE DEBE TRABAJAR CON UN DPTO. DE MKT
21		V11	15	.39894	.0000	PLANES PARA DIFERENTES SEGMENTOS
22	V5		16	.39055	.0000	LA MKT ENGAÑA
23	V35		17	.38296	.0000	PROMOCION EN REVISTAS
24	V15		18	.37604	.0000	BIEN ORGANIZADO EL PROCESO DE NUEVOS
25	V31		19	.36777	.0000	PROMOCION EN RADIO

Canonical Discriminant Functions

Fcn	Eigenvalue	Variance	Pct of Variance	Cum Pct	Canonical Corr	After Wilks'		Chisquare	DF	Sig
						Fcn	Lambda			
1*	1.7191	100.00	100.00	100.00	.7951	0	.3678	65.519	19	.0000

* marks the 1 canonical discriminant functions remaining in the analysis.

Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

	FUNC 1
V1	.59171
V2	.49683
V3	.31919
V4	-.40468
V5	.20681
V8	.35902
V14	.43738
V15	-.24221
V17	.62721
V19	-.43603
V23	-.36933
V30	-.41586
V31	-.20040
V34	.38602
V35	-.21319
V38	.79687
V40	-.38490
V41	.51988
V43	.81030

Structure Matrix:

Pooled-within-groups correlations between discriminating variables and canonical discriminant functions (Variables ordered by size of correlation within function)

	FUNC 1
V38	.38354
V41	.29996
V43	.28697
V37	.22976
V3	.17816
V2	.17477
V17	.16638
V36	.15060
V6	.14229
V20	.12939
V5	.12566
V13	.11231
V14	.10542
V7	.10172
V29	-.09844
V40	.09209
V30	FUNC 1
	-.08227

V33	.08175
V31	-.07758
V34	.07702
V10	-.07550
V11	.06271
V22	-.05419
V19	.05362
V24	.04099
V42	.04092
V1	-.04053
V23	.02917
V32	.02866
V8	-.02712
V26	-.02352
V25	-.02258
V18	.02220
V4	-.01816
V28	-.01646
V9	-.01625
V21	.01421
V16	-.01209

	FUNC 1
V35	-.01013
V12	.00972
V27	.00470
V15	-.00026

Canonical Discriminant Functions evaluated at Group Means (Group Centroids)

Group	FUNC 1
1	1.34543
2	-1.24453

V30 'CUENTA CON PLAN DE MEDIOS'
V31 'PRONOCION EN RADIO'
V32 'PRONOCION EN TV'
V33 'PRONOCION EN PRENSA'
V34 'PRONOCION EN FOLLETOS'
V35 'PRONOCION EN REVISTAS'
V36 'SE ESTUDIA LA COMPETENCIA'
V37 'EDAD DE LOS ENCUESTADOS'
V38 'SEXO DE LOS ENCUESTADOS'
V39 'PROFESION DE LOS ENCUESTADOS'
V40 'CARGO DE LOS ENCUESTADOS'
V41 'ANTIGUEDAD EN EL HOSPITAL'
V42 'NIVEL DE ATENCION HOSPITALARIA'
V43 'CARGO: DIRECTOR GRAL, AREA ADMON Y MEDICA'.
VALUE LABELS
V1 1 'PUBLICO' 2 'PRIV BENEFICENCIA'/
V2 1 'CLASE ALTA' 2 'CLASE MEDIA' 3 'CLASE BAJA'/
V3 1 'MUY BUENO' 2 'BUENO' 3 'REGULAR' 4 'POCO' 5 'MUY POCO'/
V4 1 'TOTAL ACUERDO' 2 'DE ACUERDO' 3 'INDECISO' 4 'EN DESACUERDO'
5 'TOTAL EN DESACUERDO'/
V37 1 '30 A 40' 2 '41 A 50' 3 'MAS DE 51'/
V38 1 'FEMENINO' 2 'MASCULINO'/
V39 1 'CIENCIAS MEDIAS' 2 'CIENCIAS ECONO-ADMON'/
V40 1 'JEFE DE MKT' 2 ' DIRECC. GENERAL' 3 'DIREC AREA ADMON'
4 'DIREC AREA MEDICA'/
V41 1 '1 A 3 ANIOS' 2 '4 A 7 ANIOS' 3 '8 A 10 ANIOS' 4 'MAS DE 11 ANIOS'/
V42 1 'TERCER NIVEL' 2 ' SEGUNDO NIVEL'/
V43 1 'DIRECTOR GRAL' 2 'DIRECT AREA ADMON' 3 'DIRECT AREA MEDICA'/.

Page 2 SPSS/PC+ 9/25/97

DISCRIMINANT /GROUPS V42 (1,2) /VARIABLES ALL /ANALYSIS /METHOD WILKS MAXMIF
The raw data or transformation pass is proceeding
78 cases are written to the uncompressed active file.

ERROR 442, Text: /
MISSING VARIABLE LIST.
This command not executed.

Page 3 SPSS/PC+ 9/25/97

DISCRIMINANT /GROUPS V42 (1,2) /VARIABLES ALL /ANALYSIS ALL /METHOD WILKS /

This Discriminant Analysis requires 43272 (42.3K) BYTES of workspace.

Page 4 SPSS/PC+ 9/25/97

----- DISCRIMINANT ANALYSIS -----

On groups defined by V42 NIVEL DE ATENCION HOSPITALARIA

78 (unweighted) cases were processed.
1 of these were excluded from the analysis.
0 had missing or out-of-range group codes.
1 had both.
77 (unweighted) cases will be used in the analysis.

Number of Cases by Group

V42	Number of Cases			Label
	Unweighted	Weighted		
1	13	13.0		TERCER NIVEL
2	64	64.0		SEGUNDO NIVEL
Total	77	77.0		

Page 5 SPSS/PC+ 9/25/97

2	V2	2	.72942	.0000	CLASIFICACION SOCIOECONOMICA
3	V21	3	.68556	.0000	LA ESTRATEGIA DE MKT ES CLARA
4	V40	4	.64192	.0000	CARGO DE LOS ENCUESTADOS
5	V3	5	.61560	.0000	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MKT
6	V43	6	.59020	.0000	CARGO: DIRECTOR GRAL, AREA ADMON Y M
7	V32	7	.56456	.0000	PROMOCION EN TV
8	V28	8	.53921	.0000	PROGRAMAS DE CAP-SATISFACER AL USUAR
9	V36	9	.51658	.0000	SE ESTUDIA LA COMPETENCIA
10	V12	10	.48710	.0000	ESTUDIA UN PANORAMA AMPLIO DE SU PUB
11	V26	11	.46195	.0000	PROGRAMAS DE CAPACITACION-CALIDAD
12	V20	12	.45200	.0000	SE DESARROLLA UN PLAN DE MKT
13	V11	13	.44355	.0000	PLANES PARA DIFERENTES SEGMENTOS
14	V29	14	.43294	.0000	CONOCE LA UBICACION DE SU CLIENTE
15	V6	15	.42387	.0000	ME AGRADARIA TRABAJAR CON MKT
16	V20	14	.43061	.0000	SE DESARROLLA UN PLAN DE MKT
17	V9	15	.41852	.0000	SE DEBE TRABAJAR CON STAFF
18	V41	16	.41143	.0000	ANTIGUEDAD EN EL HOSPITAL
19	V37	17	.39801	.0000	EDAD DE LOS ENCUESTADOS

Page 75

SPSS/PC+

9/25/97

Canonical Discriminant Functions

Fcn	Eigenvalue	Variance	Pct	Cum Pct	Canonical Corr	After Wilks' Lambda	Chisquare	DF	Sig
1*	1.5125	100.00	100.00	.7759	:	0 .3980	61.265	17	.0000

* marks the 1 canonical discriminant functions remaining in the analysis.

Page 76

SPSS/PC+

9/25/97

Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

	FUNC 1
V1	.71014
V2	.63958
V3	.39158
V6	.35653
V9	-.37753
V11	-.28193
V12	.52141
V21	-.73331
V26	-.82048
V28	1.03246
V29	.41019
V32	.57694
V36	-.79484
V37	.30485
V40	.52741
V41	-.39567
V43	-.40113

Page 77

SPSS/PC+

9/25/97

Structure Matrix:

Pooled-within-groups correlations between discriminating variables and canonical discriminant functions
(Variables ordered by size of correlation within function)

	FUNC 1
V1	.36399
V40	.21462
V10	-.19116
V11	-.18862
V6	-.18616
V21	-.17906
V32	.16832
V9	-.15524
V36	-.15449
V25	-.15353
V19	-.13525
V22	.13474
V18	-.13159
V31	.13114

V2 .12451
V8 -.12192

Page 78

SPSS/PC+

9/25/97

FUNC 1
V34 -.10587
V7 -.09988
V23 -.09985
V24 -.09575
V38 -.09397
V29 .09250
V17 -.08704
V37 -.07830
V28 -.07015
V43 -.06904
V20 -.06382
V27 .03677
V39 -.03658
V12 .03094
V15 -.02459
V14 -.02262
V16 -.02167
V33 .01684
V3 .01619
V30 -.01441
V5 -.01335
V35 .01057

Page 79

SPSS/PC+

9/25/97

FUNC 1
V26 .00919
V41 .00858
V13 -.00363
V4 .00182

Canonical Discriminant Functions evaluated at Group Means (Group Centroids)

Group FUNC 1
1 -2.69309
2 .54703

COVARIANZA

MANOVA V3 V4 V5 V6 V7 V13 V17 V18 V23 V26 V36 BY V42 (1,2) V43(1,3).
 The raw data or transformation pass is proceeding
 78 cases are written to the uncompressed active file.

NOTE 12167
 The last subcommand is not a design specification--A full factorial model
 is generated for this problem.

77 cases accepted.
 0 cases rejected because of out-of-range factor values.
 1 cases rejected because of missing data.
 6 non-empty cells.

1 design will be processed.

* * ANALYSIS OF VARIANCE -- DESIGN 1 * *

EFFECT .. V42 BY V43
 Multivariate Tests of Significance (S = 2, M = 4, N = 29 1/2)

Test Name	Value	Approx. F	Hypoth. DF	Error DF	Sig. of F
Pillais	.62466	2.55999	22.00	124.00	.001
Hotellings	.92998	2.53631	22.00	120.00	.001
Wilks	.46940	2.54858	22.00	122.00	.001
Roys	.37137				

 Univariate F-tests with (2,71) D. F.

Variable	Hypoth. SS	Error SS	Hypoth. MS	Error MS	F	Sig. of F
V3	11.32322	40.23495	5.66161	.56669	9.99068	.000
V4	1.71585	42.72319	.85792	.60174	1.42575	.247
V5	17.04649	69.47883	8.52325	.97858	8.70985	.000
V6	8.99711	40.78438	4.49856	.57443	7.83137	.001
V7	11.26180	46.58751	5.63090	.65616	8.58157	.000
V13	3.05500	68.77020	1.52750	.96859	1.57703	.214

 Page 4 SPSS/PC+ 9/23/97

* * ANALYSIS OF VARIANCE -- DESIGN 1 * *

EFFECT .. V42 BY V43 (CONT.)
 Univariate F-tests with (2,71) D. F. (CONT.)

Variable	Hypoth. SS	Error SS	Hypoth. MS	Error MS	F	Sig. of F
V17	2.69710	92.11451	1.34855	1.29739	1.03944	.359
V18	13.27153	119.76350	6.63577	1.68681	3.93391	.024
V23	1.05324	59.25913	.52662	.83464	.63096	.535
V26	.72225	98.83722	.36113	1.39207	.25942	.772
V36	10.09606	132.36402	5.04803	1.86428	2.70776	.074

 Page 5 SPSS/PC+ 9/23/97

* * ANALYSIS OF VARIANCE -- DESIGN 1 * *

EFFECT .. V43
 Multivariate Tests of Significance (S = 2, M = 4, N = 29 1/2)

Test Name	Value	Approx. F	Hypoth. DF	Error DF	Sig. of F
Pillais	.55760	2.17887	22.00	124.00	.004

Hotellings	.90564	2.46994	22.00	120.00	.001
Wilks	.49641	2.32527	22.00	122.00	.002
Roys	.43280				

Univariate F-tests with (2,71) D. F.

Variable	Hypoth. SS	Error SS	Hypoth. MS	Error MS	F	Sig. of F
V3	10.87567	40.23495	5.43784	.56669	9.59580	.000
V4	1.69069	42.72319	.84535	.60174	1.40485	.252
V5	5.81621	69.47883	2.90811	.97858	2.97178	.058
V6	7.40456	40.78438	3.70228	.57443	6.44516	.003
V7	10.36276	46.58751	5.18138	.65616	7.89649	.001
V13	11.28541	68.77020	5.64271	.96859	5.82567	.005

Page 6

SPSS/PC+

9/23/97

* * ANALYSIS OF VARIANCE -- DESIGN 1 * *

EFFECT .. V43 (CONT.)

Univariate F-tests with (2,71) D. F. (CONT.)

Variable	Hypoth. SS	Error SS	Hypoth. MS	Error MS	F	Sig. of F
V17	4.63795	92.11451	2.31897	1.29739	1.78742	.175
V18	10.58377	119.76350	5.29188	1.68681	3.13721	.049
V23	6.33684	59.25913	3.16842	.83464	3.79617	.027
V26	2.96330	98.83722	1.48165	1.39207	1.06435	.350
V36	17.80825	132.36402	8.90413	1.86428	4.77617	.011

Page 7

SPSS/PC+

9/23/97

* * ANALYSIS OF VARIANCE -- DESIGN 1 * *

EFFECT .. V42

Multivariate Tests of Significance (S = 1, M = 4 1/2, N = 29 1/2)

Test Name	Value	Approx. F	Hypoth. DF	Error DF	Sig. of F
Pillais	.14309	.92597	11.00	61.00	.522
Hotellings	.16698	.92597	11.00	61.00	.522
Wilks	.85691	.92597	11.00	61.00	.522
Roys	.14309				

Univariate F-tests with (1,71) D. F.

Variable	Hypoth. SS	Error SS	Hypoth. MS	Error MS	F	Sig. of F
V3	.87351	40.23495	.87351	.56669	1.54143	.218
V4	.03342	42.72319	.03342	.60174	.05553	.814
V5	4.47525	69.47883	4.47525	.97858	4.57323	.036
V6	.79136	40.78438	.79136	.57443	1.37764	.244
V7	.12186	46.58751	.12186	.65616	.18571	.668
V13	.01543	68.77020	.01543	.96859	.01593	.900

Page 8

SPSS/PC+

9/23/97

* * ANALYSIS OF VARIANCE -- DESIGN 1 * *

EFFECT .. V42 (CONT.)

Univariate F-tests with (1,71) D. F. (CONT.)

Variable	Hypoth. SS	Error SS	Hypoth. MS	Error MS	F	Sig. of F
V17	.73110	92.11451	.73110	1.29739	.56351	.455

V18	.03293	119.76350	.03293	1.68681	.01952	.889
V23	.04761	59.25913	.04761	.83464	.05705	.812
V26	.55106	98.83722	.55106	1.39207	.39586	.531
V36	.11693	132.36402	.11693	1.86428	.06272	.803

Page 9 SPSS/PC+ 9/23/97

* * ANALYSIS OF VARIANCE -- DESIGN 1 * *

EFFECT .. CONSTANT

Multivariate Tests of Significance (S = 1, M = 4 1/2, N = 29 1/2)

Test Name	Value	Approx. F	Hypoth. DF	Error DF	Sig. of F
Pillais	.95146	108.70791	11.00	61.00	.000
Hotellings	19.60307	108.70791	11.00	61.00	.000
Wilks	.04854	108.70791	11.00	61.00	.000
Roys	.95146				

Univariate F-tests with (1,71) D. F.

Variable	Hypoth. SS	Error SS	Hypoth. MS	Error MS	F	Sig. of F
V3	175.09318	40.23495	175.09318	.56669	308.97558	.000
V4	55.92099	42.72319	55.92099	.60174	92.93291	.000
V5	290.15554	69.47883	290.15554	.97858	296.50822	.000
V6	84.46470	40.78438	84.46470	.57443	147.04142	.000
V7	83.28689	46.58751	83.28689	.65616	126.93036	.000
V13	139.64330	68.77020	139.64330	.96859	144.17108	.000

Page 10 SPSS/PC+ 9/23/97

* * ANALYSIS OF VARIANCE -- DESIGN 1 * *

EFFECT .. CONSTANT (CONT.)

Univariate F-tests with (1,71) D. F. (CONT.)

Variable	Hypoth. SS	Error SS	Hypoth. MS	Error MS	F	Sig. of F
V17	133.16917	92.11451	133.16917	1.29739	102.64410	.000
V18	247.90522	119.76350	247.90522	1.68681	146.96690	.000
V23	106.05406	59.25913	106.05406	.83464	127.06629	.000
V26	100.31990	98.83722	100.31990	1.39207	72.06509	.000
V36	212.47492	132.36402	212.47492	1.86428	113.97145	.000

23360 BYTES OF WORKSPACE NEEDED FOR MANOVA EXECUTION.

Page 11 SPSS/PC+ 9/23/97

This procedure was completed at 9:20:16

Page 12 SPSS/PC+ 9/23/97

DISCRIMINANT /GROUPS V42 (1,2) /VARIABLES ALL.

Since ANALYSIS= was omitted for the first analysis all variables on the VARIABLES= list will be entered at level 1.

This Discriminant Analysis requires 41040 (40.1K) BYTES of workspace.

Page 13 SPSS/PC+ 9/23/97