

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, A.C.
Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Tabasco
Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Tabasco



VI Convención Anual y Simposio Internacional

*Promoción de la Salud: prioridad social
del profesional sanitario*



MEMORIA DE PONENCIAS



23, 24 y 25 de Octubre 2008
Villahermosa, Tabasco. México

VI Convención Anual y Simposio Internacional
Promoción de la Salud: prioridad social del profesional sanitario

MEMORIA DE PONENCIAS

Compiladores:
Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez
M en C. Elizabeth Carmona Díaz

No esta permitido la reproducción total o parcial de esta obra ni su tratamiento o transmisión por cualquier medio o método, sin autorización escrita por la Editorial.

© DERECHOS RESERVADOS
Primera edición 2008 por:
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
Av. Universidad S/N, Zona de la Cultura,
Villahermosa, Tabasco. México.

ISBN: 978-968-9024-30-9

Esta obra fue realizada en octubre de 2008, en las instalaciones de la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco con un tiraje de 200 ejemplares.

HECHO EN MÉXICO-----MADE IN MEXICO

Contenido

I Conferencias Magistrales

El enfoque social de la mercadotecnia sanitaria

Dra. Cs. Nery Suárez Lugo (Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba)

La mercadotecnia al servicio de un proyecto de calidad en salud

Mtro. Antonio Heras Gómez (Secretaría de Salud, México)

Promoción de la Salud: Una esperanza de cambio social...siempre y cuando

Mtro. Enrique Hernández Guerson (ISP-Universidad Veracruzana, México)

Marketing y Salud Pública ¿Es posible?

Dr. Camilo Torres Serna

(Universidad del Valle, Universidad Libre de Cali – Colombia)

Filosofía de servicio en la asistencia sanitaria

Dr. Camilo Torres Serna (Universidad del Valle, Universidad Libre de Cali – Colombia)

Mercadotecnia para hospitales públicos

Dr. en C. Heberto R. Priego Álvarez (Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México)

La Globalización , el consumo y la salud.

Dra. Cs. Nery Suárez Lugo (Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba)

Marketing y nuevas tecnologías sociales en la educación ambiental

Dr. Héctor M. Cappello

(CRIM-Universidad Nacional Autónoma de México)

El manejo de la sexualidad en la mercadotecnia

Dr. Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson (IMESEX, México)

Cultura alimentaria en Mesoamérica y sus repercusiones en el consumo global

Dr. Antonio Garrido Aranda (Universidad de Córdoba, España)

Dra. Montserrat Gispert Gruells (Facultad de Ciencias-UNAM, México)

Marketing, responsabilidad social, empresarial y desarrollo sustentable

Lic. Carlos Jesús Gómez Flores (Fundación Mundo Sustentable)

II Mesas de Trabajo

Mesa de Trabajo 1

Mercadeo Social y Promoción de la salud

<i>Impacto de las acciones de promoción y control en la prevención del dengue</i>	20
M. en C. Argeo Romero Vázquez (SSA, Tabasco)	
Experiencias en el Seguro Popular en Tabasco: periodo 2002-2006.	23
Dr. Baldemar Hernández Márquez (DAEA-UJAT, México).	
Conocimiento sobre autoexploración mamaria en mujeres del municipio de Jalapa Tabasco 2006	24
M.A.P.S María Elena Lora (SSA, Tabasco)	

Mesa de trabajo 2

Marketing Odontológico

<i>Estrategias de posicionamiento para el consultorio dental</i>	25
M. en C. Manuel Higinio Morales García (DACS-UJAT, México)	

Mesa de trabajo 3
Mercadotecnia en Nutrición.

<i>Mercadotecnia de consultorios nutricionales</i>	27
M. en C. Elena Esther Hurtado Barba (DACS-UJAT, México).	
<i>Comercialización de Empresas de Restauración Colectiva</i>	28
Lic. Nut. María Teresa Torres Fiorentini (DACS-UJAT, México)	
<i>Mercadotecnia y calidad en los servicios de alimentación</i>	31
Lic. Nut. Guadalupe Sandoval Rivera (DACS-UJAT, México)	
<i>El papel del nutriólogo en la restauración colectiva comercial</i>	32
M.A. Aída Morales Vera (Universidad del Valle de México, UJAT)	
<i>Mercadeo social y nutrición comunitaria.</i>	33
Lic. Nut. Marcela Castillo Hipólito (DACS-UJAT, México).	
<i>Mercadotecnia en los servicios de restauración colectiva</i>	34
Lic. Nut. Adriana G. Sandoval Rivera (DACS-UJAT, México)	

Mesa de trabajo 4
Mercadotecnia y formación de recursos humanos para la salud

<i>Experiencia docente en mercadotecnia sanitaria en la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba</i>	37
Dra. En Cs. Nery Suárez Lugo (ENSP. Cuba)	
<i>Lla mercadotecnia social como eje en la formación de competencias del egresado de medicina</i>	38
M. en C. Juan Manuel Muñoz Cano (DACS-UJAT, México)	

Mesa de trabajo 5

Marketing hospitalario

El reto de mantener en alto la motivación laboral hospitalaria frente a catástrofes hidrometeorológicas.	41
Dr. Evaristo López Sanchez (PEMEX, Tabasco)	
Práctias para evitar la manifestación, propagación y disminuir la incidencia de las infecciones nosocomiales en un hospital regional de alta especialidad del sureste mexicano.	43
Dr. Argeo Romero Vázquez (SSA, Tabasco)	

Mesa de trabajo 6

Marketing, Educación Ambiental y Sustentabilidad Parte I

<i>Modelo de Investigación participativa en el ejido “El Caobanal” Huimanguillo</i>	47
<i>M. en E. Eduardo Puente Pardo y Dr. Eduardo S. López-Hernández</i>	
<i>División Académica de Ciencias Biológicas</i>	
<i>Aportes y dilemas en la producción y consumo de transgénicos</i>	48
<i>Dr. Julio Álvarez Rivero</i>	
<i>(DACA-UJAT, México)</i>	

Mesa de trabajo 7

Mercadotecnia para los profesionales de la salud

Leyes de la mercadotecnia aplicada a profesionales de la salud	49
Mtro. Gustavo Vargas Merino (ISP-Universidad Veracruzana, México)	
Mercadotecnia en el ejercicio profesional de la salud	50
Dr. en C. Heberto R. Priego Álvarez (DACS-UJAT, México)	

Mesa de trabajo 8
Mercadotecnia en enfermería

La importancia de la mercadotecnia en la profesión de enfermería	52
Mtra. María Elena Lara Gallegos (DACS-UJAT, México)	
Enfermera empresaria	53
Dra. En Enf. Valentina Rivas Acuña (DACS-UJAT, México)	
Calidad percibida en los cuidados de enfermería	56
Lic. Enf. Aurora Ara Cham, M. em C. Elizabeth Carmona Díaz (DACS-UJAT)	

Mesa de trabajo 10
Mercadeo de terapias tradicionales y emergentes

<i>La actualidad del psicoanálisis como terapia alternativa</i>	57
Mtra. Cynthia del C. Gómez Gallardo (DACS-UJAT, México)	
<i>Vigencia de la medicina psicosomática y la Psicoterapia</i>	58
Dr. Gonzalo Mauro Manzanilla Soler (DACS-UJAT, México)	
El arte como vehículo de las emociones en la psicoterapia guestalt	63
M.P.G. Minerva Camacho Javier, (DACEA-UJAT, México)	
Dra. Deyanira Camacho Javier (SEP, Tabasco)	
M.P.G. Olga Beatriz Sánchez Rosado (DACEA-UJAT, México)	
Manejo integral del ser	64
M.P.H. Maria Adriana Garcia Correa (DACS-UJAT)	

Mesa de trabajo 11

Investigación mercadológica en Salud

<i>Mercadotecnia en el ejercicio profesional de la enfermería. Análisis de su aplicabilidad en el estado mexicano de Tabasco</i>	66
Dr. en C. Heberto R. Priego Álvarez, Mtra. María Elena Lara Gallegos (DACS-UJAT, México).	
<i>Empoderamiento de la mujer en la prevención del cáncer del cáncer cervicouterino en Oxholón-Umán, Yucatán</i>	70
M. en C. José Liborio Marín Cupul (SSA, Yucatán)	
<i>La importancia de la epidemiología en la segmentación del mercado sanitario</i>	71
M. en C. Silvia Gpe. Garrido Pérez (SSA, Tabasco)	
<i>Evaluación de la estrategia de mercadotecnia social del condón en Cuba.</i>	72
Dra. Cs. Nery Suárez Lugo (ENSP, Cuba)	

Mesa de trabajo 12

Marketing Gerontológico

<i>El perfil gerontológico de Tabasco</i>	73
Dr. Ramiro Guerrero (INAPAM, Tabasco)	
<i>Manejo del adulto mayor en el centro de día “Casa Azul”</i>	74
M.G. Elsy Quevedo (Centro de día “Casa Azul” Tabasco)	
<i>Programa Estatal de Gerontología</i>	75
M.G.S Nicomedes de la Cruz Damas (DIF, Tabasco)	
<i>Programas de preparación para la Jubilación</i>	76
Dr. Marco Francisco Iris Sánchez (DACS-UJAT, México)	
<i>Centro de atención integral para la atención del adulto mayor</i>	77
M.G.S. Guadalupe Domínguez Sosa (IMSS, Tabasco)	
<i>Formación de cuidadores del adulto mayor</i>	78
M.G.S Nicomedes de la Cruz Damas (ISSSTE, Tabasco)	
<i>Promoción y rehabilitación en geriatría</i>	79
Ponente: Dra. Leticia Guerrero Pérez (Universidad del Valle, Campus Villahermosa)	

Mesa de trabajo 13
Marketing de tecnologías para la salud

<i>Planeación mercadológica de las tecnologías de la información y comunicación en salud</i>	81
M.S.I. Juan Antonio Córdova Hernández (DACS-UJAT, México)	
<i>Educación en ambientes virtuales, una visión desde la mercadotecnia</i>	82
Mtra. María Teresa Pinto Blancas	
Lic. Enf. Ricarda García Tejedo	
M.S.P. Laura Carrillo Hernández	
M.B. Leticia Figueroa Silva(DACS-UJAT, México)	
<i>TIC aplicada en el aprendizaje médico</i>	84
M.S.I. Juan Antonio Córdova Hernández (DACS-UJAT, México)	
Est. Lidia Pérez Alonso	
(DACS-UJAT, México)	

Mesa de trabajo 14
Marketing, cultura y consumo sanitario

<i>Sociedad, cultura y consumo de productos de salud</i>	85
Dra. Rosa María Romo López (DACSyH-UJAT, México)	
<i>Actitudes hacia el consumo sanitario de la llamada “generación” (jóvenes de 18 a 25 años)</i>	86
M. A. Juan Carlos Mandujano Contreras (DACEA-UJAT, México)	
<i>Medicina psicosomática, tradiciones y costumbres</i>	88
Dr. Gonzalo Mauro Manzanilla Soler (DACS-UJAT, México)	

Mesa de trabajo 15

Marketing, Educación Ambiental y Sustentabilidad Parte II

Mercadotecnia y sustentabilidad para una comunidad diferente. M. en A. Rita Elena López Fuentes. (DIF, Tabasco).	92
Marketing y política pública estatal de adaptación al calentamiento global M. en C. Leticia Rodríguez Ocaña (DACEA-UJAT)	93
La educación ambiental, la sustentabilidad y el derecho. Dra. en Der. Amb. Gloria Castillo Osorio (DACSyH-UJAT)	94
Lic. en Der. Areanna Hernández Jiménez (DACSyH-UJAT)	
Proyecto para disminuir el uso de las bolsas de plástico en un supermercado de Comalcalco.	96
Córdova Granel Carlos Valentín División (DACBiol-UJAT)	
Manejo de llantas de desecho en Comalcalco, Tabasco Pérez Córdova José Ignacio (DACBiol-UJAT)	96

Mesa 16.

Calidad, mercadotecnia interna y mercadotecnia relacional parte II

Calidad de la atención médica en el usuario diabético en unidades de atención primaria de Tabasco.	97
Dra. María Isabel Avalos García, Dra. Yadira Gpe. Páyro Ramos, Dra. Hilcia Bautista Castro, Dr. Carlos Tarecena López (SSA, Tabasco)	
Generando una Red a favor de la calidad: Red SI CALIDAD.	99
Ing. Luis Carlos Lozano Fortin, Lic. Claudia Serrano, Lic. Omar Aguilar (SSA, México)	
El impacto del "Premio Tabasco a la Calidad" en la prestación de los servicios de salud.	100
Lic. María Gpe. Aguirre Aguilar (SSA, Tabasco)	

III Carteles

Karla Georgina Sobrino López <i>Mercado Laboral De Los Licenciados En Nutrición De La División Académica De Ciencias De La Salud (Dacs) En El Estado De Tabasco. 2007</i>	102
Elsa Córdoba Heredia <i>Nivel De Ansiedad En El Usuario Preoperatorio Del Hospital General De Zona Número 46 Doctor Bartolomé Reynes Berezaluce Del Instituto Mexicano Del Seguro Social</i>	103
Janyf Rosalia Alonso Benites <i>Prevalencia de Síndrome de Fragilidad en adultos mayores no institucionalizados de Emiliano Zapata, Tabasco, México.</i>	104
Heberto Romeo Priego Alvarez <i>Monitoreo De Calidad En El Cis-Casa Blanca Del Issste</i>	105
Heberto Romeo Priego Alvarez <i>Diagnostico Nutricio Y Acciones De Mejora En La Salud Nutricional De La Derechohabiencia De La C.M.F. Casa Blanca Del Issste En Villahermosa Tabasco.</i>	107
Luis Carlos Lozano Fotún <i>Generando una Red a favor de la calidad: Red SICALIDAD</i>	109
Probiodeg S.A De C.V.: Elaboracion De Jabon Líquido A Base De Aceites Y Antioxidantes Naturales ¹ elizabeth Ramon Garcia, ² mario Jose Romellon Cerino, ³ antonina Del C. Tun Perez, ⁴ luis Roberto Vazquez Magaña, ⁵ sergio Ivan Angles Falconi	111
Problemas De Calidad En El Cessa No. 1 De Villahermosa, Tabasco, México	113
Ana Karina Pinto Guillen (DACS-UJAT)	
<i>Mercadotecnia Social Para Incidir En Una Buena Nutricion</i>	114
Georgina Gallegos De La Cruz (DACS-UJAT)	

I. Conferencias Magistrales

El enfoque social de la mercadotecnia sanitaria

Dra. Cs. Nery Suárez Lugo. nerysl@infomed.sld.cu (Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba)

Acortar la distancia entre la formulación de políticas públicas que tributen a la salud y la realidad que dé respuesta a la equidad, acceso a la salud y calidad en los servicios, constituye un reto de la salud pública y uno de los temas más sensibles de la agenda de los organismos internacionales que abogan por el derecho a la vida. El paradigma actual ve la salud como producto de la acción social y el bienestar del ser humano como su resultante, requiere por tanto del apoyo de las ciencias sociales, sustentado en el desarrollo de las ciencias médicas y el avance tecnológico. No hay más opción que preparar a los profesionales sanitarios para fomentar salud además de para curar las enfermedades. Entre esas nuevas ciencias, la mercadotecnia, en su enfoque social, constituye una herramienta con una amplia gama de aplicación en la actividad sanitaria que no se limita a la promoción de salud y fomentar estilos de vida saludables, sino que abarca la calidad de los servicios de salud, el uso racional de medicamentos y el planteamiento y contribución para solucionar los distintos problemas de salud pública que se generan. La alta competitividad a que conduce la globalización, requiere de la mercadotecnia como una herramienta que oriente al desarrollo hacia el bienestar, hacia el consumo ético y el desarrollo sustentable. La mercadotecnia constituye una tecnología en función de la gestión sanitaria, ya que ofrece la posibilidad de detectar y dar respuesta a las necesidades de salud a partir de la investigación, la evaluación y análisis de la demanda sanitaria, la satisfacción de trabajadores y pacientes, así como realizar esta identificación para anticipar y satisfacer ambos requerimientos, demostrando que es un instrumento de utilidad para el cambio de la organización en función del cumplimiento cabal de los objetivos sanitarios a la

Mercadotecnia para hospitales públicos

Dr. en C. Heberto R. Priego Álvarez (Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México)

Los hospitales públicos presentan un número cada vez mayor de problemas que pueden ser comprendidos y resueltos con acciones mercadotécnicas. La mercadotecnia externa puede atraer clientes hacia los servicios, así como orientar su mejor uso; puede desincentivar un consumo excesivo haciendo *demarketing* (p.e. en el caso de saturación de los servicios de urgencia por una demanda de urgencias no verdaderas); permite conocer la imagen que tienen los consumidores sobre los servicios hospitalarios, y puede influir sobre ella creando una imagen institucional propia y un posicionamiento positivo con una clara diferenciación de los servicios; al igual que ayuda a traer recursos externos. La mercadotecnia interna procura la motivación del personal; ayuda a hacer un mejor uso de los recursos existentes y permite el desarrollo de una filosofía de calidad. Clarificando conceptos, habría que entender que la **mercadotecnia hospitalaria** es la gestión de un intercambio entre el hospital y los ciudadanos (usuarios potenciales y reales) para conseguir el bienestar deseado. Esta orientación tiene como clave la determinación de las necesidades y valores de la población objetivo (mercado meta), a fin de conseguir el deseado nivel de satisfacción. Pero esta adaptación no se estructura en base a logotipos y eslóganes, no basta con crear servicios de información al usuario. No es suficiente con llenarnos la boca con la palabra cliente. Es necesario dar un vuelco, un cambio, una reorientación.

La gerencia de hospitales requiere, como se ha mencionado, una nueva orientación basada en el mercado que se puede estructurar en varias líneas:

1. La necesidad de que el hospital cambie de orientación hacia un modelo más sensible, más cercano al cliente, buscando un intercambio de servicios y programas basados en los valores y contravalores que percibe el usuario.
2. Acercarse a los pacientes y familiares en función de un estudio de las preferencias, necesidades, expectativas de los usuarios, con el fin de

satisfacerlas, valorando en ellas la realidad percibida en función de las necesidades personales y las experiencias anteriores.

3. Establecer estrategias diferentes en función de públicos distintos. Lo que implica segmentar el mercado, teniendo en cuenta, entre otras variables, los horarios de transporte de la gente que se desplaza para consultas externas y que procede de sitios distintos; las necesidades de los pacientes en función de la edad, el nivel socioeconómico.
4. Responder a las necesidades de los clientes mediante un conjunto de actividades que tengan en cuenta el servicio, no en sí mismos, sino en función de cómo lo percibe el cliente y cómo se pone a disposición de los posibles usuarios. En ello, habría que valorar las fases del proceso por las que pasa el usuario para obtener un servicio de calidad.
5. Integrar a los profesionales en el proyecto, reequilibrando los poderes para mejorar la gestión de recursos humanos, utilizando un estilo diferente de gestión, jugando con la comunicación interna como uno de los elementos fundamentales.
6. Romper con el aislamiento hacia fuera de los servicios sanitarios, intentando implementar la frase de que, además de hacerlo bien, hay que hacerlo saber.

Todo lo anterior conlleva a un proceso de sensibilización y una clara orientación clientelar, en la que se debe estar atentos a las necesidades de los clientes y ser concientes de ellas; es decir, estar cerca del usuario, pendiente del antes y después de entrar en nuestro hospital.

MERCADOTECNIA APLICADA A LA ODONTOLOGÍA

Dr. Galo Beltrán Citelly (Ecuador)

El desarrollo científico y tecnológico de los últimos tiempos ha permitido mejorar en forma sustancial las técnicas y procedimientos de la atención odontológica y otorgar a la población usuaria servicios de calidad y eficiencia, con mayor seguridad y sin el temor ancestral del paciente de tener que soportar el suplicio de un tratamiento largo y doloroso. Sin embargo, muchas personas no están aprovechando debidamente los beneficios que ofrecen estos avances. Existe una notoria apatía para promoción y difusión de los servicios odontológicos, lo cual repercute en una pobre respuesta de los diferentes estratos sociales de los países latinoamericanos a la salud oral. Los servicios odontológicos son parte de la satisfacción de la necesidad más primaria que existe como es la salud, entendida como el bienestar físico, psíquico y social del individuo; para el logro de tales propósitos es conveniente emplear las herramientas de la mercadotecnia. Por otra parte el marketing odontológico ayuda a rediseñar el ejercicio profesional, logrando impartir un criterio empresarial: lo que sin duda hace evolucionar la prestación de los servicios y le imprime a la profesión una cultura de empresa con filosofía de servicio al cliente. Baste recordar que la misión primordial de un consultorio odontológico es la de ofrecer un producto que cree clientes satisfechos, saludables y mejor calidad de vida.

II. Mesas de Trabajo

Mesa de Trabajo 1:

Mercadeo Social y Promoción de la salud

Impacto de las acciones de promoción y control en la prevención del dengue

M. en C. Argeo Romero Vázquez (SSA, Tabasco) a.romero@saludtab.gob.mx

Palabras clave: *dengue; promoción; control.*

Introducción. El dengue es una enfermedad vírica febril, producida por un arbovirus de la familia *Flaviviridae*, con genoma ARN. Se le conocen cuatro serotipos (Den-1, Den-2, Den-3 y Den-4). La enfermedad se puede presentar en tres formas clínicas: dengue clásico (DC), dengue hemorrágico (DH) y síndrome de choque por dengue. El dengue es endémico en las áreas tropicales y subtropicales del mundo. El principal vector en América Latina es el *Aedes (Stegomyia) aegypti*, aunque también desempeñan un importante papel el *Aedes (Stegomyia) Albopictus* y *Aedes Mediovittatus*¹. La transmisión del dengue en México es por el mosquito *Aedes (Stegomyia) aegypti*, que se reproduce en criaderos o recipientes ubicados en el interior o exterior de las casas donde vive la población. La Organización Mundial de la Salud refiere que dos quintas partes de la población mundial vive en riesgo de ser infectada por dengue y más de 100 países han sido afectados por epidemias de DC y DH², estando en riesgo de padecerla dos billones y medio de personas, estimándose que anualmente ocurren más de 50 millones de casos de DC y DH, donde las tasas de ataque llegan hasta 64 por 1,000 habitantes³ hospitalizándose más de 500,000 casos y ocurriendo entre 25,000 a 50,000 defunciones⁴. El control de la enfermedad es costoso y las epidemias ocasionan un importante impacto negativo en el desarrollo socioeconómico de los países⁵. Considerando que la promoción de la salud, juega un papel importante al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables se planteo lo siguiente: **Objetivo.** Evaluar el impacto de las acciones de promoción y control para la prevención del dengue, en Villa Benito Juárez García, Macuspana, Tabasco, México. **Metodología.**

Se realizó un estudio de intervención cuasiexperimental, descriptivo, de enero a julio del 2002. Entrevistando a 383 personas antes y después de las acciones, así como exploración entomológica en su domicilio. La probabilidad de presentar diferencias estadísticas se estimó a través de pruebas de Chi-cuadrado (χ^2) y ($p < 0.05$).

Resultados. Recibió plática de dengue, (χ^2 14.1), recibió difusión (χ^2 10.9), conoce el temefos en granos de arena al 1% (χ^2 16.7), le informaron de la campaña de descacharrización (χ^2 34.5), enterándose el 50.6% a través de mensajes con uso de volantes. El 75.7% refirió la importancia de eliminar los recipientes para evitar el incremento del mosquito transmisor del dengue. El conocimiento sobre la prevención del dengue de las personas entrevistadas incrementó a 47.9%, el número de recipientes disminuyó 14.1%. Se observó la reducción de los índices larvarios: índices de casa positiva 2%, índice de recipiente positivo 0.5% e índice de Breteau 2%.

Discusión. En el estudio del dengue es importante la higiene doméstica, ya que los mosquitos se reproducen en el interior y exterior de la vivienda en recipientes grandes o pequeños que contengan agua, principalmente artificiales y algunos naturales los cuales son acumulados y descuidados por sus propietarios, además debemos incluir los factores sociales, culturales que crean las condiciones para que los mosquitos, larvas y los virus se desarrollen, encontrando estos factores predominantemente en el ámbito familiar^{6,7} Las actividades de promoción de la salud a través de pláticas educativas y mensajes a la población para modificar su conducta en relación al dengue, explicándoles como evitar el crecimiento a través de la eliminación de los recipientes que no utilizan, voltear, tapar, cepillar una vez por semana, etcétera. Otra medida fué la difusión principalmente para estimular la participación de los residentes en las actividades de descacharrización (limpieza). Los trípticos y volantes utilizados fueron muy importantes principalmente para los residentes que no saben leer porque a través de las figuras se les explicó las medidas de prevención del dengue.

Conclusiones. Se observó la aceptación de las distintas intervenciones por la población, notando incremento del conocimiento, control del número de recipientes y reducción de los índices larvarios, demostrando que las acciones de salud, en las estrategias realizadas impactan a corto plazo.

Bibliografía:

1. Bisset J. Uso correcto de insecticidas: control de la resistencia. Rev Cubana Med Trop 2002;54(3):202
2. OPS, OMS. Plan continental de ampliación e intensificación del combate al *Aedes aegypti*. CD4016 anexo A Washington, D.C. 1997:6
3. OPS, OMS. Reunión de ministros de los países Andinos y Cuba para la prevención y control del dengue Guayaquil Ecuador Junio de 2001:23
4. Valdés L, Mizrahi J, Guzmán M. Impacto económico de la epidemia de dengue 2 en Santiago de Cuba, 1997. Rev Cubana Med Trop 2002;54(3):220
5. Rodríguez-Cruz R. Estrategias para el control del dengue y del *Aedes aegypti* en las Américas. Rev Cubana Med Trop 2002;54(3):189
6. Méndez-Galván JF, Rivas-Gutiérrez L, Capetillo-Pazos M, Narváez M, Canto- Celis S, Pacheco-Can G, et al. Evaluación de cuatro estrategias de promoción y comunicación en un programa de eliminación de criaderos para el control del *Aedes aegypti*. En: Memoria de la 3ra reunión de evaluación del programa de participación comunitaria en dengue. (Secretaría de Salud de México, eds.) Mérida, Yucatán, Julio de 1996.
7. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana de emergencia NOM-EM-001-SSA2, para la vigilancia, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector, 1999:28

Experiencias en el Seguro Popular en Tabasco: periodo 2002-2006.

Dr. Baldemar Hernández Márquez¹ (DAEA-UJAT, México).

Este trabajo es el resultado de una investigación que se inició desde el año de 2002 que se concluyó en el 2006, y que se presenta en éste artículo de manera global, en donde se analizan los costos y beneficios del Seguro Popular en Tabasco en el periodo 2002-2006, con fin de encontrar su eficiencia económica que permita ubicar el punto de equilibrio, con el número de familias afiliadas de la población abierta² que deban atenderse sin que se descapitalice, en base a un Modelo de Atención Médica, que permita mejorar la calidad del servicio y se logre una vida sana de la población más vulnerable, que se empobrece más cuando se enferma y ocurre directamente al gasto de bolsillo, ya que no cuenta con un trabajo permanente que le ayude a tolerar sus gastos, por lo que tiene que endeudarse, lo que le provoca un mayor empobrecimiento, pasando a formar parte del grueso de la población marginada que actualmente suman más de 40 millones de personas, que constituyen los grandes cinturones de miseria, uno de los aspectos más conflictivos de los actores políticos de los grandes problemas nacionales.

¹Doctor en Ciencias Políticas y Sociales por la Universidad Complutense de Madrid.
Profesor Investigador de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

²Se entiende por población abierta a las familias que no pertenecen a ningún Sistema de Seguridad Social por no contar con un empleo permanente. En Tabasco 7 de cada 10 personas constituyen la población abierta.

Conocimiento sobre autoexploración mamaria en mujeres del municipio de Jalapa Tabasco 2006 M.A.P.S María Elena Lora (SSA, Tabasco)

INTRODUCCIÓN: Con el aumento de las enfermedades crónicas degenerativas, es cada vez más necesario el autocuidado, estrategia explícita, permanente y continua que utilizan las personas para prevenir enfermedades, como el cáncer mamario (CaMa) enfermedad que afecta a las mujeres de todo el mundo; en México es problema prioritario de salud pública. La prevención del CaMa, es mediante técnicas de tamizaje como la autoexploración mamaria (AEM); método sencillo que permite la detección temprana. **OBJETIVO:** Determinar el conocimiento sobre autoexploración mamaria en mujeres de 15 a 49 años, de Jalapa, Tabasco, México, diciembre 2006. **METODOLOGÍA:** Investigación de tipo descriptivo y transversal se realizó en 308 mujeres. Se exploraron las variables sociodemográficas: edad, ocupación, escolaridad. Variables de conocimiento de la AEM, concepto del cáncer mamario, práctica y frecuencia de la autoexploración y medios de obtención de información, a través de un cuestionario autoadministrado. **RESULTADOS:** El 89.9% de las entrevistadas conocen qué es el método de la AEM, y sobre el momento en que debe iniciar la práctica de la autoexploración el 62%, la frecuencia con que se debe realizar y el momento del ciclo menstrual para realizar la autoexploración en un 71% y 46.8 % respectivamente. El 52.6% conoce la técnica correcta, el 66.6% practican la autoexploración. El 89.6% sabe que es el cáncer mamario y el 80.2% adquiere la información del personal médico y paramédico. **CONCLUSIÓN:** La edad promedio de 28 años, amas de casa, nivel de estudios de secundaria. Las mujeres jóvenes realizan la técnica correcta de auto exploración mamaria .A mayor escolaridad, mayor es el conocimiento.La población estudiada mayoritariamente conoce qué es el método y que su práctica es mensual sin embargo, solamente un poco mas de las dos cuartas partes la aplican mensualmente y utilizan la técnica adecuada.Los principales medios de información fueron el profesional médico y paramédico.

Palabras claves: Conocimiento/autoexploración mamaria/mujeres.

Mesa de trabajo 2:
Marketing Odontológico

Estrategias de posicionamiento para el consultorio dental

M. en C. Manuel Higinio Morales García (DACS-UJAT, México)

Manuel Higinio Morales García. Cirujano Dentista. Maestro en Ciencias en Salud Poblacional. Profesor investigador División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

DIRECCIÓN PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA: Calle Tulipanes 211. Fracc. Lago Ilusiones. C.P. 86040 Villahermosa, Tabasco, México. Correo electrónico: moralesgarciamh@hotmail.com

Literalmente, el Posicionamiento es el lugar que ocupa un producto o servicio en la mente del consumidor y es el resultado de una estrategia mercadológica especialmente diseñada para proyectar la imagen específica de ese producto, servicio, idea, marca o hasta de una persona, por ejemplo, ¿hemos acaso pensado en cual es el posicionamiento de nuestro presidente, de nuestros profesores, de nuestros amigos?, En este sentido el cerebro humano buscará clasificar los productos por categorías y características a fin de que sea más fácil y rápida la recopilación, clasificación y posterior recuperación de la información, igual que como funcionan los archivos, las bibliotecas y las computadoras, de la misma manera desechará o eliminará aquella información que le haya provocado alguna mala experiencia o que la relacione con esta. En el ámbito de la salud el consumidor sanitario puede clasificar con relación a su experiencia o percepción ciertas características de un servicio y poder establecer juicios que en determinado momento definirán la decisión de una compra o una recompra. Bajo este enfoque resulta importante emplear las herramientas metodológicas que permitan diseñar una adecuada estrategia de posicionamiento en los consultorios dentales que contribuyan a una apropiada percepción del usuario de los servicios odontológicos en este contexto es importante considerar que en muchas ocasiones no es la competencia realmente quien podría afectar la productividad de un consultorio o clínica odontológica sino el propio enemigo en repetidas

ocasiones, son los responsables de dirigir estas entidades cuyas formas de trabajo no se centran en un esquema de innovación y liderazgo permanente.

De esta manera la ponencia involucra todos aquellos aspectos relacionados con la concepción del posicionamiento sus características y algunas reglas importantes que deben seguirse para la construcción y la planeación de una estrategia adecuada cuyo impacto se vea reflejado en la percepción del usuario. Se abordaran aspectos de las diversas formas de uso del posicionamiento centrado en las características de un productos o servicio, de la misma manera se enfatizará su importancia de la constante actualización de este aspecto.

Mesa de trabajo 3:

Mercadotecnia en Nutrición.

Mercadotecnia de consultorios nutricionales

M. en C. Elena Esther Hurtado Barba, Lic. Nut. Tanya Elisa Palafox Álvarez
(DACS-UJAT, México).

El dar asesoría nutricional es la función principal de los nutriólogos dedicados al cuidado nutricional centrado al cliente. El hecho de que la mayor parte de los egresados se ubica en el campo de la nutrición clínica existe una saturación de egresados, es por ello que para lograr el posicionamiento en el mercado del profesional en nutrición es necesario llevar a cabo en conjunto con las estrategias de marketing exitosas y un sistema de publicidad que permita lograr éxito en dicha actividad. La publicidad es una estrategia de comunicación que se utiliza para la divulgación de información o la promoción de ideas, productos o servicios de salud que carácter social o comercial realizada por patrocinador identificado ya sea público o privado, con el fin de atraer a los posibles compradores o usuarios. Para mantener y mejorar el servicio es necesario establecer un sistema de aseguramiento de calidad, como etapa inicial en el proceso de avance hacia la calidad total. El **Objetivo** de la Investigación es el de establecer el grado de conocimiento de los Licenciados en Nutrición egresados de la UJAT dedicados a la consulta nutricional privada sobre la mercadotecnia sanitaria y determinar los niveles de aplicabilidad en el ejercicio profesional de la nutrición clínica, tomado una **muestra** de tipo ex post. El presente estudio es de tipo **Descriptivo-Transversal**, siendo sujetos de estudio los egresados que estén dedicados al área clínica en el ejercicio privado de la profesión y que laboren en el Estado de Tabasco, el **instrumento** a utilizar para la obtención de resultados será un cuestionario auto contestado que consta de 4 apartados en los que se recabarán datos socio demográficos, los campos de aplicación de la nutrición, la aplicación de la mercadotecnia que nos permitirá conocer con que tipos de medios de comunicación se promociona, y la publicidad que aplica para la captación y retención de clientes, así como también el costo que tiene fijado para el servicio que brinda, lo que nos dará cumplimiento a nuestro objetivo.

Mercadotecnia en la Comercialización Empresarial de la Nutrición

Pasante de Lic. En Nutrición María Teresa Torres Fiorentini

Palabras Claves: Mercadotecnia. Nutrición. Comercialización Empresarial.

La Mercadotecnia se define como el “conjunto de principios y prácticas que buscan el aumento del comercio, especialmente de la demanda y estudio de los procedimientos y recursos tendentes a esta fin”. De acuerdo a lo anterior, la Mercadotecnia en Salud se entiende como la “Orientación administrativa que procura un proceso de intercambio entre clientes y profesionales, con el objeto de solventar necesidades, satisfacer deseos y expectativas en materia de salud” (Priego-Alvarez, 1995), adquiere vital importancia para la mejor prestación de los servicios. La Mercadotecnia en Salud cuenta con dos dimensiones que son: Social y Comercial. La primera procura la mejoría en la calidad de vida bajo un enfoque ético y colectivo. En la segunda media un interés netamente económico. La nutriología es una ciencia multidisciplinaria del siglo XX; su juventud se debe a que fue necesario primero contar con teorías científicas que explicaran, en lo macro, la alimentación y, de manera celular, la nutrición. La licenciatura en Nutrición de la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco inició sus actividades en 1990. Tres de los objetivos fundamentales de la mercadotecnia se vinculan con los propósitos nutricionales: Maximización en la satisfacción de los consumidores (comensales), Maximización en el consumo (producción y comercialización de servicios nutricionales), y Mejoras en la calidad de vida y en la salud nutricional (mercadeo social). El campo de nutrición al que se enfocará esta investigación es el de comercialización empresarial que es la creación de empresas y comercios que ofrecen productos, bienes y servicios del área de alimentación y nutrición, con la finalidad de generar la creación de empleos y para satisfacer necesidades de la población. Además de diseñar estrategias empresariales y de mercadotecnia para la promoción y difusión del ejercicio profesional en sus diversos campos. Este campo según la AMNFEN nace como un departamento de servicio y apoyo a la enseñanza y la investigación, a la maestría en Salud Pública y a las 7 áreas de formación de la Licenciatura en Nutrición: Nutriología Básica, Alimentos, Servicios de Alimentación, Nutriología Clínica: Salud, Nutriología Clínica: Enfermedad, Nutriología Comunitaria y Desarrollo Integral Profesional

Bibliografía:

1. Priego Álvarez, Heberto. *Mercadotecnia en Salud: Aspectos básicos y operativos*. 2da. Edición. Villahermosa, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco / Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, A.C. 2002.
2. Coronel Núñez, Samuel, et als, (1996), *Los nutriólogos en México*. Seguimiento Nacional de Egresados México, AMMFEN-Trillas. Pp. 54 – 57.
3. Coronel Núñez Samuel et als. *Los Nutriólogos en México: Un estudio de mercado laboral*. 2da. Edición. México D.F.: AMMFEN, Trillas, 2005.
4. Díaz Rafael, Coronel Samuel, Galván Marcos. La formación de licenciados en nutrición. En: Vázquez-Martínez Domingo, Cuevas-Álvarez Leonardo, Crocker-Sagástume René C. (Coordinadores). *La formación de personal de salud en México*. México, D.F. Programa Colaborativo de Recursos Humanos en Salud, 2005: 137-162.
5. Lamata F, Conde J, Martínez B, Horno M. *Marketing Sanitario*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
6. Suárez Lugo, Nery. *Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria*. La Habana, Cuba: Edit. Ciencias Médicas, 2007.
7. UAEM. Asignatura de Mercadotecnia y comercialización de los alimentos. Programa de Estudios de la Licenciatura en Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de México. www.dep.uaemex.mx/mapas/docs/m1depnut.pdf. (11 de mayo de 2008).
8. UAZ. Asignatura de Mercadotecnia y comercialización de los alimentos. Programa de Estudios de la Licenciatura en Nutrición. Universidad Autónoma de Zacatecas. www.uaz.edu.mx/oferta.nsf/d077c63fd95715e38625700c005b6671/8241e61ab30061b88625741f00577431?OpenDocument - 12k
9. UNE. Asignatura de Producción y mercadotecnia alimenticia. Programa de Estudios de la Licenciatura en Nutrición. Universidad de Especialidades (Incorporada a la Universidad de Guadalajara) www.universidad-une.com/lic_nutricion_udg.htm - 25k
10. UVM. Curso de Mercadotecnia aplicada a la salud en programas de Nutrición y alimentación. Programa de Estudios de la Licenciatura en

- Nutrición. Universidad del Valle de México Campus Querétaro.
http://www.emagister.com.mx/curso_licenciatura_nutricion-cursos-2323309.htm (11 de mayo de 2008).
11. Priego Álvarez, Heberto. Mitos y Realidades en la Mercadotecnia de servicios de salud. Salud en Tabasco. 2001.
 12. Kotler, Philip, Fundamentos de Mercadotecnia, Prentice Hall, 1.985
Wilensky, Alberto, Marketing estratégico, Ed. Tesis, 1.987
Saporosi Gerardo, Clínica Empresarial, Ediciones Macchi, 1997.
 13. Modulo sobre Iniciativa Empresarial, del curso Creación de Empresas, [programa](#) Desarrollo Empresarial de Coomeva ([Cooperativa](#) medica y de profesionales de Colombia), facilitador Sr. Oscar Donneys
 14. La esencia de [la Administración](#) Estratégica, Prentice Hall Hispanoamericana S.A.
 15. El plan de empresa, Alfaomega Marcombo, Boixareu Editores
 16. Arinze, B. "Market planning with computer models: A case study in the software industry." Industrial marketing management, Volume: 19, Issue: 2 (May 1990), pp: 117-129
 17. Cornish, S. L. "Product Innovation and the Spatial Dynamics of Market Intelligence: Does Proximity to Markets Matter?" Economic Geography. Volume: 73, Issue 2 (April 1997), pp: 143-165.
 18. Davis, R.E. (1993). Experience: The role of market research in the development of new consumer products. Journal of product innovation management. Volume: 10, pp: 309-317
 19. Mullins, J.W. (1998). New product development in rapidly changing markets: an exploratory study. Journal of product innovation management. Volume: 15, pp: 224-236
 20. Berry, T. (2004): Hurdle: The book on business planning - Millennium Edition. Eugene, OR: Palo Alto Software.
 21. Burns, A.C., & Bush, R.F. (2001). Marketing research. London: Prentice-Hall
 22. Ilar, D.; Kienhuis, H.; Kubr, T.; Marchesi, H.(1998). Starting Up: achieving success with professional business planning, McKinsey & Company, inc Switzerland.

Mercadotecnia y calidad en los servicios de alimentación

Lic. Nut. Guadalupe Sandoval Rivera (DACS-UJAT, México)

Palabras claves: Mercadotecnia. Sanitaria. Restauración colectiva.

Introducción. La mercadotecnia sanitaria es entendida como la orientación administrativa que procura un proceso de intercambio entre clientes y profesionales con el objeto de solventar necesidades, satisfacer deseos y expectativas en materia de salud, esto nos lleva a aplicar la mercadotecnia en los servicios de restauración colectiva para asegurar la administración y optimización de los recursos, sin perder de vista el objetivo, que consiste en proporcionar regímenes alimentarios acorde a las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de individuos y colectividades. Dentro de los objetivos fundamentales de la mercadotecnia se encuentran: Maximización en la satisfacción de los consumidores (comensales), maximización en el consumo producción y comercialización de servicios nutricionales, y mejoras en la calidad de servicio. Partiendo de estas premisas y considerando que a los profesionales de la nutrición se les exigen conocimientos especializados y técnicas adquiridas en el desarrollo de su profesión, resulta actualmente imprescindible la incorporación de nuevas disciplinas científicas como es el caso de la mercadotecnia en salud. En México, aún es escaso el conocimiento y la utilización de la mercadotecnia, y pocas universidades incluyen dentro de su plan de estudios materias relacionadas al tema. **Objetivo:** Establecer el grado de conocimiento sobre mercadotecnia sanitaria y determinar los niveles de aplicabilidad de la misma, en el ejercicio diario de los egresados de la DACS-UJAT, relacionados con los servicios de restauración colectiva. **Metodología:** Se está desarrollando un estudio prospectivo, descriptivo, transversal, mediante la aplicación de un cuestionario mixto donde la población de estudio serán egresados de la licenciatura en nutrición de la DACS-UJAT. De donde se realizará una muestra aleatoria, estratificada ex-post por año de egreso universitario. En el instrumento de recolección de los datos se controlarán las variables socio-demográficas, antigüedad de ejercicio profesional, institución(es) laborales de adscripción, porcentaje destinado a campo profesional, y si efectúa ejercicio liberal. Para fundamentar las acciones mercadológicas a estudiar se diseñó una Matriz de

campos profesionales asociados a las líneas de investigación y enfoque mercadotécnico **Resultados:** Las variables de interés se calcularán en el Statistical Package For Social Sciences obteniéndose las frecuencias relativas y de significancia estadística mediante la prueba Ji-2.

El papel del nutriólogo en la restauración colectiva comercial

M.A. Aída Morales Vera (Universidad del Valle de México, UJAT)

Entre las diferentes opciones que puede elegir un nutriólogo recién Licenciado en el Estado de Tabasco, se encuentran demandas de trabajo en Nutrición Comunitaria en los municipios (Salud Pública y Desayunos escolares) en Nutrición Clínica (Hospitales municipales de segundo nivel y Hospitales de segundo y tercer nivel en la ciudad de Villahermosa) y en Nutrición Administrativa (servicios de restauración colectiva en centros asistenciales o en hospitales municipales de segundo nivel o en empresas de servicios de alimentación y hotelería en plataformas de Pemex), estas expectativas tienen enorme competencia y el egresado de la Licenciatura se enfrenta ante un mercado de trabajo saturado conocido y ante los nuevos retos de la nutrición con visión mundial que es un mercado desconocido y que está iniciando en México y no propiamente en manos de Nutriólogos.

Esto obliga al egresado que creía haber terminado sus estudios a continuar estudiando una especialidad o un posgrado para poder incursionar en los nuevos mercados de trabajo. ¿Cuáles son esos mercados?

- Consultorios de especialidades trabajando **asociados** con médicos pediatras gineco-obstetras, cardiólogos, geriatras, médicos internistas y psicólogos.
- Industrias alimentarias y agroindustrias.
- Laboratorios de análisis y control de alimentos.
- Fábricas de envases alimentarios.
- Asesoramiento culinario, confección de menús y capacitación para la formación de manipuladores de alimentos, en restaurantes, hoteles, comedores colectivos, colegios, guarderías y empresas de *catering*.

- Clínicas de estética e imagen personal.
- Gimnasios.
- Clubes deportivos.
- Empresas empaquetadoras y distribuidoras de productos comestibles.
- Asesoría-consultoría a empresas de restauración colectiva comercial.
- Consultorio en farmacias y establecimientos de dietética.
- Docencia en Formación Profesional y en la Universidad.
- Entre otros.

Mercadeo social y nutrición comunitaria.

Lic. Nut. Marcela Castillo Hipólito (DACS-UJAT, México).

La mercadotecnia es aquella actividad humana dirigida a satisfacer necesidades, carencias y deseos a través de procesos de intercambios, la Mercadotecnia en Salud o Sanitaria conlleva por un lado la de ser una especialidad dentro del estudio del "Marketing" dedicada a la descripción, investigación, métodos de medición y sistemas de análisis de la demanda sanitaria, así como la satisfacción de los pacientes; y por otra parte la de ser entendida como un proceso de gestión responsable de identificar, anticipar y satisfacer los requerimientos de los pacientes de forma adecuada y provechosa. El objetivo es determinar la aplicación de la mercadotecnia en los programas de nutrición comunitaria en los que laboran los egresados de nutrición de la UJAT. Material y método es un estudio descriptivo transversal, el universo siendo sujetos de estudio los egresados que están dedicados en el área comunicada, la muestra es de tipo expost, el instrumento consta de 4 apartados: datos socio demográficos, campos de aplicación de la nutrición, aplicación de la mercadotecnia y mercadotecnia aplicada en nutrición comunitaria, éste dará respuesta al objetivo que nos hemos trazado. El mercadeo social se plantea como una de las herramientas más efectivas para la difusión de las campañas preventivas; se define como "el diseño, la implementación y el control de programas destinados a influir en la conducta del individuo en las formas que el mercadotécnico considere beneficiosas para el individuo o sociedad. La nutrición comunitaria se caracteriza por la evaluación y atención

nutricional de grupos con características comunes. Las actividades prioritarias incluyen el diagnóstico y planificación alimentaria e investigación epidemiológica, así como la orientación alimentaria para prevenir, tratar, controlar y rehabilitar problemas de salud pública. Su objetivo mejorar el estado nutricional y de salud de los individuos y grupos de población de una comunidad. Las actuaciones se basan en la epidemiología, nutrición, las ciencias de la alimentación humana y las ciencias de la conducta. Los profesionales que desarrollan su labor en este campo participan en la confección y puesta en marcha de políticas y programas de actuación encaminados a fomentar hábitos alimentarios saludables.

Mercadotecnia en los servicios de restauración colectiva

Lic. Nut. Adriana G. Sandoval Rivera (DACS-UJAT, México)

Palabras claves: Mercadotecnia, Mercadotecnia Sanitaria. Restauración colectiva.

Introducción. Se entiende por mercadotecnia como el conjunto de actividades que se basan en la identificación de las necesidades no satisfechas, el desarrollo de productos y servicios, la asignación de precios, y la distribución de bienes de ahí deriva la mercadotecnia sanitaria como la orientación administrativa que procura un proceso de intercambio entre clientes y profesionales con el objeto de solventar necesidades, satisfacer deseos y expectativas en materia de salud, esto nos lleva a aplicar la mercadotecnia en los servicios de restauración colectiva para asegurar la administración y optimización de los recursos, sin perder de vista el objetivo, que consiste en proporcionar regímenes alimentarios acorde a las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de individuos y colectividades, tomando como base la calidad en el servicio. Dentro de los objetivos fundamentales de la mercadotecnia se encuentran: Maximización en la satisfacción de los consumidores (comensales), maximización en el consumo producción y comercialización de servicios nutricionales, mejoras en la calidad de servicio, la evaluación del servicio, para lo cual se requiere de investigación y acciones mercadológicas para su buen funcionamiento. Otras actividades que se integran son la asesoría y consultoría externas y la capacitación del personal que labora en estos servicios. Partiendo de estas premisas y considerando que a los

profesionales de la nutrición se les exigen conocimientos especializados y técnicas adquiridas en el desarrollo de su profesión, resulta actualmente imprescindible la incorporación de nuevas disciplinas científicas como es el caso de la mercadotecnia en salud, lo cual hace notoria la participación de la Mercadotecnia en este campo profesional para el logro de tales propósitos. El Estudio Nacional de Egresados de las Licenciaturas de Nutrición promovido por el AMMFEN determinó que la práctica profesional dominante en los nutriólogos mexicanos es la nutrición clínica con un 43%, ello es debido a la formación universitaria que reciben, lo que nos lleva a considerar que en México, aún es escaso el conocimiento y la utilización de la mercadotecnia, y pocas universidades incluyen dentro de su plan de estudios materias relacionadas al tema.

Bibliografía:

1. Priego Álvarez, Heberto. Mercadotecnia en Salud: Aspectos básicos y operativos. 2da. Edición. Villahermosa, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco / Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, A.C. 2002.
2. Priego Álvarez, Heberto. Mitos y Realidades en la Mercadotecnia de servicios de salud. Salud en Tabasco. 2001.
3. Lamata F, Conde J, Martínez B, Horno M. Marketing Sanitario. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
4. Suárez Lugo, Nery. Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria. La Habana, Cuba: Edit. Ciencias Médicas, 2007.
5. Coronel Núñez, Samuel, et als, (1996), Los nutriólogos en México. Seguimiento Nacional de Egresados México, AMMFEN-Trillas. Pp. 54 – 57.
6. Coronel Núñez, Samuel. La formación de los nutriólogos y la nutrición comunitaria en México, Tesis de doctorado, centro para el Perfeccionamiento de la Educación Superior, Universidad de la Habana, Cuba, 1999: 75 – 79.
7. Coronel Núñez Samuel et als. Los Nutriólogos en México: Un estudio de mercado laboral. 2da. Edición. México D.F.: AMMFEN, Trillas, 2005.
8. Coronel Núñez, Samuel, et als, (1996), Los nutriólogos en México. Seguimiento Nacional de Egresados México, AMMFEN-Trillas. Pp. 54 – 57.
9. Díaz Rafael, Coronel Samuel, Galván Marcos. La formación de licenciados en nutrición. En: Vázquez-Martínez Domingo, Cuevas-Álvarez Leonardo, Crocker-Sagástume René C. (Coordinadores). La formación de personal de salud en

México. México, D.F. Programa Colaborativo de Recursos Humanos en Salud, 2005: 137-162.

10. Guerrero-Ramos. Administración de alimentos a colectividades y servicios de salud. México: Edit. Mc Graw_Hill, 2006.

11. Campos Ana Rosa y Sáenz Lenin. "Administración de servicios de alimentación de Hospitales".- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.- Guatemala, Guatemala. 1987. 12. Reay Julia .- "Restaurantería Básica, Administración del Servicio de Alimentos" .- Editorial Trillas.- México, D. F. 1997.

13. Sala Vidal, Y.- Montañés Biñana J.- Reixach Coll M. (1998) .- "Restauración Colectiva" .- Editorial Masson.- Barcelona, España.

14 Lowenberg, M., et als, Los alimentos y el hombre, México: Limusa, 1985.

15. Perfil de las competencias profesionales en nutrición humana y dietética. Documento de consenso. Pamplona, España a 24 de febrero de 2003.

16. Quintín, J. "Nutrición normal", en Revista de Dietética, México, Tomo I (3° edición). 1977:1-18.

17. UAEM. Asignatura de Mercadotecnia y comercialización de los alimentos. Programa de Estudios de la Licenciatura en Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de México. www.dep.uaemex.mx/mapas/docs/m1depnut.pdf. (11 de mayo de 2008).

18. UAZ. Asignatura de Mercadotecnia y comercialización de los alimentos. Programa de Estudios de la Licenciatura en Nutrición. Universidad Autónoma de Zacatecas.

www.uaz.edu.mx/oferta.nsf/d077c63fd95715e38625700c005b6671/8241e61ab30061b88625741f00577431?OpenDocument - 12k

19. UNE. Asignatura de Producción y mercadotecnia alimenticia. Programa de Estudios de la Licenciatura en Nutrición. Universidad de Especialidades (Incorporada a la Universidad de Guadalajara) www.universidad-une.com/lic_nutricion_udg.htm - 25k

20. UVM. Curso de Mercadotecnia aplicada a la salud en programas de Nutrición y alimentación. Programa de Estudios de la Licenciatura en Nutrición. Universidad del Valle de México Campus Querétaro.

http://www.emagister.com.mx/curso_licenciatura_nutricion-cursos-2323309.htm
(11 de mayo de 2008).

Mesa de trabajo 4:

Mercadotecnia y formación de recursos humanos para la salud

Experiencia docente en mercadotecnia sanitaria en la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba

Dra. En Cs. Nery Suárez Lugo (ENSP. Cuba)

Introducción. El sector salud no escapa a las exigencias de los tiempos actuales, más aún en las condiciones de los países en vías de desarrollo donde los recursos son cada vez más escasos y se requiere de su máximo aprovechamiento para lograr una mayor eficacia, efectividad, eficiencia y equidad. Las instituciones de salud deben contar con profesionales de alta calificación, capaces de utilizar las diferentes tecnologías modernas cuyo empleo está comprobado facilita la realización del trabajo con mejores resultados. **Metodología.** Los programas que se presentan fueron elaborados y evaluados por un grupo de expertos y rediseñados dando respuesta a las observaciones realizadas por los mismos a partir de un análisis realizado de las competencias requeridas para los profesionales, funcionarios y directivos de salud, que adecua la teoría a la realidad y su forma de actuar en ella. **Resultados y discusión.** La Escuela Nacional de Salud Pública ofrece las siguientes modalidades de formación de recursos humanos en mercadotecnia: Curso Corto Mercadotecnia en Salud, Módulos de los Diplomados de Gerencia en Salud, Sistemas locales de salud y Economía de la Salud, Módulos de las Maestría Salud Pública, Economía de la Salud, Gerencia en Salud, Atención Primaria de Salud, Promoción de Salud, Geriatria. Diplomados Gestión de Mercadotecnia y Mercadotecnia. Como proceso formativo se encuentran en constante construcción y tienen la flexibilidad de adaptarse a cada momento y las peculiaridades del entorno en que se desarrollan. **Conclusiones:** Estos programas han sido aplicados con resultados satisfactorios en la formación postgraduada de recursos humanos en salud en Bolivia, Cuba, México, Nicaragua, Panamá y la República Bolivariana de Venezuela.

La mercadotecnia social como eje en la formación de competencias del egresado de medicina

M. en C. Juan Manuel Muñoz Cano (DACS-UJAT, México)

Centro de Investigación, División Académica de Ciencias de la Salud, Avenida Méndez 2838-A, Tamulté, Villahermosa, Tabasco, 86150, México.

juan.munoz@dacs.ujat.mx

Educación para la salud, mercadotecnia social, estilo de vida saludable

Introducción. El estilo de vida centrado en el consumo es el principal factor de las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad a causa de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus tipo 2 asociada a obesidad y al síndrome metabólico. Este mismo estilo de vida fomenta actitudes que promueven problemas de salud pública como el embarazo en adolescentes y la epidemia de sida. La educación para la salud fomenta la construcción de un estilo de vida saludable. Ya que la salud es el estado de bienestar físico, social y mental, el sustento en la filosofía del constructivismo permite fomentar la responsabilidad personal en la salud. Esto permitiría disminuir la prevalencia de deterioro neurológico y la enfermedad de Alzheimer, entidades asociadas al envejecimiento. Por su parte, el papel de las universidades es el de contribuir a que la sociedad construya este estilo de vida para disminuir los riesgos en la salud (1,2). Sin embargo, las acciones individuales, aunque importantes, no son suficientes. Para que sea significativo hace falta una acción social adecuada que deben verse reflejadas en el cambio de actitudes, intereses, sentimientos y creencias. Para poder incrementar estos cambios son necesarias las herramientas de la mercadotecnia social, la aplicación de conocimientos y metodologías de la mercadotecnia tradicional a los temas sociales (3), pues ésta “vende” aquellas para el beneficio del individuo, el grupo y la sociedad (4). Para transformar la educación médica en un proceso capaz de abrir nuevas perspectivas para la educación para la salud de la sociedad, se realizaron cambios en el currículum de la escuela de medicina de la UJAT, a fin de transitar a la práctica de la medicina hacia el primer nivel de atención, la prevención, la promoción de la salud y la inserción de la ciencia como sustento de las mejores prácticas.

Metodología. En el 2003 se organizó una comisión docente para elaborar una propuesta de flexibilidad curricular, que aunque aprobada en el Consejo Universitario, no se llevó a cabo ante la negativa de un grupo de profesores. Una vez elaborado el Modelo Educativo (5), y ante la necesidad de adoptarlo en la escuela de medicina, se designó a una nueva comisión docente para realizar un análisis pedagógico del programa vigente, y establecer la propuesta de mejora. La comisión elaboró un proyecto que fue aprobado en reunión de Consejo Universitario en 2006, iniciando su aplicación en agosto de ese año. Los profesores de la comisión han continuado al frente del trabajo de evaluación curricular, acreditación, investigación educativa, y organización de trabajo de grupos de trabajo. **Resultados y discusión.** Se ha observado que la instrumentación del modelo educativo, no sólo en la División, ha planteado diversos problemas. No se puede perder de vista que la transformación curricular no sólo es la instalación de un programa con base en la movilidad y la flexibilidad y que los profesores que se opusieron en el 2003 continúan en activo. Esto constituye también un obstáculo para la transformación de la evaluación hacia el desempeño de las competencias en el terreno, ya que el examen estructurado de la manera tradicional, hacia la memorización y repetición carente de significado está vigente. La aplicación de nuevos instrumentos es un proceso incipiente, sin embargo, ya se realiza y deberá continuarse en este sentido, que también fue una observación de los verificadores del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM). Por último, el programa educativo 2006, a pesar de estar en la parte inicial de un proceso de apropiación, fue relevante para que la Universidad obtuviera la acreditación de la licenciatura de médico cirujano por el COMAEM en noviembre del 2007, con un alto puntaje de indicadores aprobados.

Bibliografía.

1. White Jane V, Broadhurst Cynthia B. 2004. Applying the American Diabetes Association's Nutrition Recommendations to Health Care Institutions. Clinical diabetes 22(1):37-38
2. Astrup Ame. 2005. Super-sized and diabetic by frequent fast-food consumption? The Lancet 365:4-5

3. Escalante-Izeta E, Bonvecchio A, Théodore F, Nava F, Villanueva MA, Rivera-Dommarco JA. Facilitadores y barreras para el consumo del complemento alimenticio del Programa Oportunidades. *Salud Publica Mex* 2008;50:316-324
4. Velázquez Sánchez RM, Domínguez Hernández ML, Cuevas Castellanos J. 2003. La mercadotecnia social y el modelo de socialización del consumidor en el consumo de agua de los adolescentes. *Hitos de ciencias económico-administrativas*. 2003, 9(24):67-74
5. Zapata Vázquez MI, Frías Olán MC, Cruz Romero R, López Días LC, Yanes García M, Sanlúcar Estrada E, Caballero Domínguez S, Ángeles Gutiérrez O. Modelo educativo. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Villahermosa, 2005, 86 pp

Mesa de trabajo 5:

Marketing hospitalario

El reto de mantener en alto la motivación laboral hospitalaria frente a catástrofes hidrometeorológicas.

Dr. Evaristo López Sánchez (PEMEX, Tabasco)

Durante las pasadas inundaciones del año 2007, en los meses de Octubre y Noviembre, el Hospital Regional de Pemex de la Cd. De Villahermosa, Tabasco fuimos afectados en toda la planta baja de la Unidad Médica, interrumpiéndose la atención médica de los servicios de Urgencias, Consulta Externa, Ginecología-Labor, Pediatría, Hemodiálisis, Quimioterapia, Laboratorio Clínico y Radiodiagnóstico, archivo clínico, informática, Patología, Farmacia, Medicina Preventiva y Oficinas del cuerpo de gobierno, en un tiempo menor de una hora, ya que en días previos se evacuó la Torre de Hospitalización y se realizaron actividades para salvaguardar la integridad de equipo electro médico, electrónico y de computo que fueran posible su movilización a pisos superiores, 45 minutos posteriores a la evacuación del inmueble, se estableció un centro de atención y clasificación de pacientes brindándose atención de urgencias, consulta externa y medicina preventiva. Adecuándose a los espacios asignados Farmacia y Ultrasonografía. Posteriormente por facilidad de acceso y de espacio físico fue desplazado este centro de atención temporal a instalaciones de Pemex-Gas, a un área que se adecuó específicamente para consultorios. Fue necesario la coordinación y el apoyo del personal de confianza y sindicalizado bajo el Liderazgo de la dirección del hospital a cargo del Dr. Evaristo Lopez Sánchez, para establecer las estrategias y la logística para dar respuesta inmediata a las necesidades de nuestra derechohabiente sin que con esto demeritara la calidad de la atención, estableciéndose mecanismos especiales para hacer frente a esta situación tales como: Traslado Aeromédico a través de helicópteros y Líneas Aéreas comerciales requiriéndose en una sola ocasión vuelo especial chárter a la Cd. De México con pacientes y familiares con tratamientos críticos como: Cuidados Intensivos, Hemodiálisis, Embarazos de Alto riesgo, Quimioterapia y otros para continuar su tratamiento en el Hospital de Alta especialidad de Picacho. Realizándose

traslados terrestres cuando las condiciones lo permitieron. Esta evacuación fue de un promedio de 120 pacientes. Fue necesario trasladar durante los días que duro la inundación por medio de lanchas y vehículos con el personal del hospital mobiliario y equipo médico, así como insumos para dar continuidad a la atención médica en los lugares asignados. Preocupados por la calidad de la atención brindada a los derechohabientes fue necesario la subrogación de los servicios de hospitalización y quirófanos en hospitales privados de esta ciudad reconocidos por su calidad, pero dada la capacidad de estos hospitales se tuvo que establecer una división por especialidades ya que el proceso de atención seguía a cargo del personal de nuestra unidad, por lo cual en el Hospital Air se quedaron las especialidades de medicina interna, Terapia intensiva y en el Hospital Ceracom las especialidades quirúrgicas, como Cirugía, Trauma, Ginecología y Pediatría. Los estudios de laboratorio y Rayos X, procedimientos y estudios muy específicos fueron realizados por unidades subrogadas. En los meses de Diciembre y Enero se establece un convenio de subrogación con el Hospital Angeles de Villahermosa, mismo donde hasta el día de hoy se continúa brindando la atención médica de los servicios de hospitalización, urgencias, consulta externa y de especialidades. Cabe mencionar que el servicio de Hemodiálisis y las áreas administrativas fueron establecidos en un edificio sobre la calle de paseo Tabasco, donde brinda los servicios de apoyo administrativo a toda la región. La coordinación de las autoridades locales que por experiencias previas en este tipo de eventos y casos de desastres anteriores fue de suma importancia para establecer una línea de mando que diera respuesta a cada problema que se presento. Existiendo el apoyo incondicional de personal tanto de confianza como sindicalizado que aun estando afectados en sus bienes personales, continuaron apoyando en forma continua a las tareas que les fueran asignadas. La comunicación fue uno de los factores claves para el éxito logrado como fue el no tener una sola pérdida humana o personal lesionado durante todas las actividades realizadas que por si mismos son de muy alto riesgo, no descuidándose la salud y la seguridad de los trabajadores. Los resultados obtenidos de cero muertes, cero accidentes durante la contingencia y posterior fue determinado por el apoyo de nuestras autoridades en la Cd. De México, que en todo momento y circunstancia otorgaron las facilidades y

los mecanismos para poder desarrollar las actividades que se establecieron de manera local y nacional.

Prácticas para evitar la manifestación, propagación y disminuir la incidencia de las infecciones nosocomiales en un hospital regional de alta especialidad del sureste mexicano.

Argeo Romero Vázquez. Secretaria de Salud. Departamento de Epidemiología, Centro Administrativo de Gobierno, paseo Tabasco 1504, Tabasco 2000. C.P.86035, a.romero@saludtab.gob.mx Palabras clave: *infección nosocomial; incidencia; servicio.*

Introducción. Los informes publicados en todo el mundo muestran que entre 5 y 10% de los enfermos que se hospitalizan, adquieren por lo menos un episodio de infección durante su estancia en el nosocomio¹. Las infecciones nosocomiales (IN) están dentro de las principales causas de defunción y causa incremento de la morbilidad en los pacientes hospitalizados y son una pesada carga para el paciente y el sistema de Salud Pública. La prevención de las IN constituye una responsabilidad de todos los proveedores de atención de salud. Los programas de control de infecciones² comprenderán actividades de vigilancia y prevención de las IN, así como capacitación al personal. En el cumplimiento con las prácticas de atención de los pacientes, se promoverá la formulación y mejoras de las técnicas de atención de enfermería y el examen permanente de las normas de atención de enfermería aséptica, en sitios especializados³. La desinfección del equipo empleado para el paciente, retira los microorganismos sin completa esterilización para prevenir su transmisión de un paciente a otro. Se logran distintos grados de desinfección con diferentes productos o procesos, esos grados se clasifican como desinfección de alto nivel, de nivel intermedio o de bajo nivel⁴. En la desinfección de alto nivel, se destruirán todos los microorganismos, con excepción de contaminación excesiva por esporas bacterianas⁵. Las tasas de incidencia de IN en los pacientes de un hospital es un indicador de calidad y seguridad de atención. Esa tasa es un primer paso indispensable para puntualizar los problemas y prioridades locales y evaluar la

eficacia de la actividad de control de infecciones, en sí, es un proceso eficaz para reducir la frecuencia de las infecciones nosocomiales^{6,7}. **Objetivo.** Determinar la incidencia de las infecciones nosocomiales, consecuencia de las practicas para evitar su manifestación y propagación, en un Hospital Regional de Alta Especialidad del sureste mexicano, ocurridas de enero a junio del año 2006. **Metodología.** Estudio cohorte, prospectivo, longitudinal y analítico. Se analizaron 347 IN de 6545 egresos hospitalarios. Previa capacitación al personal de salud en el cuidado y manejo de los pacientes. Desinfección de alto nivel de equipo de inhaloterapia (micronebulizadores, mascarillas, ventiladores y accesorios, etcétera), registró en el documento de base para la detección de flebitis en acceso venoso periférico de dispositivos invasivos considerando instalación, retiro y motivo de retiro. Se realizó un análisis bivariante de asociación de las IN y las variables sociodemográficas (sexo, edad y servicios) Se calculo Riesgo Relativo (RR) con su correspondiente intervalo de confianza al 95%. La significación estadística se evaluó por medio de la prueba Chi-cuadrado de Pearson, $p < 0.05$. En cuanto a los sitios de infección y germen se observo los porcentajes más frecuentes. **Resultados.** La incidencia de las IN fué de 5.3 por 100 egresos, letalidad de 4.03% y mortalidad atribuible a IN de 5.6%. Los rangos de edad con mayor riesgo fueron; 60-64 RR 1.83 (IC95% 1.09-3.06) y 65 y mas años de edad RR 1.58 (IC95% 1.03-2.44). Los servicios que resultaron con más riesgo de ocurrencia de IN fueron Cirugía plástica, Neurocirugía, Neumología, Traumatología y Terapia intensiva de adultos. En general la flebitis, bacteriemia relacionada a tratamiento intravenoso y la infección relacionada a catéter concentraron el 90% de las IN. Los gérmenes mayormente aislados fueron *Escherichia coli*, *Estafilococo coagulasa negativo*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus epidermidis*. **Discusión.** La incidencia de las IN fué inferior a lo reportado por otros estudios^{8,9}, debido a que los responsables han estado capacitando al personal de salud en el cuidado y manejo de los pacientes, desinfección de alto nivel de equipo de inhaloterapia. En el periodo estudiado predominaron las flebitis con menos letalidad que la neumonía y la infección de herida quirúrgica profunda. La flebitis fue más frecuente por la búsqueda activa, registrándola en el documento que sirvió de base para la detección de flebitis en acceso venoso periférico de dispositivos invasivos considerando instalación, retiro y motivo de retiro. **Conclusión.** Políticas activas de

desinfección de los equipos de inhaloterapia, capacitación al personal explican una baja incidencia de las IN, lo que permitirá contener los costos de la institución.

Bibliografía:

1. Navarrete-Navarro S, Rancel-Frausto MS. Las infecciones nosocomiales y la calidad de la atención médica. *Salud Publica Mex* 1999;41(supl1):s64-s68.
2. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-002-ssa-2003, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. México 2003: 5
3. OMS, Programa de control de infecciones. En: OMS. Prevención de las infecciones nosocomiales Guía práctica. 2da edición, Malta: Organización Mundial de Salud, 2003:9-15.
4. Alvarado CJ, Reichelderfer M and the 1997, 1998, 1999 APIC Guidelines Committes. APIC guideline for infection prevention and control in flexible endoscopy. *Amer J Infect Control*, 2000, 26:138-155.
5. OMS, Prevención de las infecciones nosocomiales. En: OMS. Prevención de las infecciones nosocomiales Guía práctica. 2da edición, Malta: Organización Mundial de Salud, 2003:30-37.
6. Gaynes RP. Surveillance of nosocomial infections. In: *Hospital infections*, fourth edition. Bennet and Brachman, eds. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1998:65-84.
7. Lee TB et al. Recommended practices for surveillance. *Am J Infect Control*, 1998, 26:277-288.
8. Ponce de León S, Rancel-Frausto MS, Elías-López JI, Romero-Oliveros C, Huerta-Jiménez M. Infecciones nosocomiales: tendencias seculares de un programa de control en México. *Salud Publica Mex* 1999;41(supl 1):s5-s11.

9. Tinoco JC, Salvador-Moysen J, Pérez-Prado MC, Santillana-Martínez G, Salcido-Gutiérrez L Epidemiología de las infecciones nosocomiales en un hospital de segundo nivel. Salud publica Mex 1997;39:25-31.

Mesa de trabajo 6:

Marketing, Educación Ambiental y Sustentabilidad Parte I

Modelo de Investigación participativa en el ejido “El Caobanal” Huimanguillo

M. en E. Eduardo Puente Pardo y Dr. Eduardo S. López-Hernández

División Académica de Ciencias Biológicas

Con el propósito de promover la organización social de la comunidad local se aplicó un modelo de investigación participativa. Mediante la participación de la comunidad, durante dos reuniones se elaboró una lista de problemas de donde se eligió el más prioritario de resolver, siendo éste la organización y operación de una biblioteca comunitaria. El equipo académico de la UJAT realizó un trabajo inicial de registro y clasificación de libros mediante el programa excel, posteriormente se expusieron los resultados en una reunión ejidal y se solicitó la colaboración de la comunidad para la continuación de los trabajos. Los ejidatarios ofrecieron materiales rústicos para habilitar parcialmente la biblioteca. Se organizó un comité local propuesto por la comunidad para integrarse al equipo académico y darle seguimiento al proyecto. Al parecer este modelo de investigación participativa será capaz de promover la organización de la sociedad local para la solución de sus problemas.

Aportes y dilemas en la producción y consumo de transgénicos

Dr. Julio Álvarez Rivero, Dr. Eusebio Martínez Moreno, Dr. Rodolfo Osorio Osorio.
(pejelagarto0927@hotmail.com) (DACA-UJAT, México)

Aunque la población mundial asegura FAO, tiene segura la alimentación en los próximos años, lo cierto es que la producción la controlan las transnacionales, y allí puede radicar la diferencia de estar consumiendo alimentos sin conocer sus propiedades y contenidos nutricionales. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) ha iniciado el estudio de medidas para prevenir el posible riesgo derivado de los alimentos transgénicos. Sin embargo, no se ha llegado a un acuerdo en la propuesta europea de establecer un sistema por el que se indiquen todos los ingredientes de cada alimento desde su origen hasta el momento del consumo. Las controversias actuales sobre el daño que producen los productos transgénicos han crecido y tiene de los dos grupos, quienes la defienden y sus retractores, presentamos aquí una revisión de algunas de estas posiciones.

Mesa 7.

Mercadotecnia para los profesionales de la salud

Leyes de la mercadotecnia aplicada a profesionales de la salud

Mtro. Gustavo Vargas Merino (ISP-Universidad Veracruzana, México)

multiplex_xalapa@hotmail.com (228) 8421700 Ext. 13311

Introducción. Una de las preguntas que tienen que ver con conceptos éticos es la de si el profesional sanitario debe promocionarse mercantilmente, reduciendo el acto médico a un producto comercial. ¿El acto médico es un producto negociable o es sólo la acción que busca el bien específico del paciente? No obstante estas consideraciones, hay que tomar en cuenta que el individuo, motivo de los esfuerzos médicos, es más que nada un cliente y no sólo un paciente como tradicionalmente se le ha considerado. Siendo así, el cliente paga (o prepaga) por el servicio que recibe, lo que significa que existen varias opciones para solicitar el servicio, es decir, existe competencia y donde hay competencia se hace estrictamente necesaria la mercadotecnia. **Metodología.** Mediante un meta análisis de la publicación de Ries y Trout “Las 22 Leyes Inmutables de la Mercadotecnia” se ha realizado una revisión a la aplicación sobre varios casos prácticos de publicidad médica con la finalidad de ver cuáles leyes se han desobedecido en su elaboración. **Resultado y discusión.** Se ha encontrado que la enorme mayoría de la publicidad médica revisada incumple no sólo con las leyes de mercadotecnia, sino también con los lineamientos básicos de estética, orden y jerarquía informativa. Aquellos pocos esfuerzos, que visualmente se diferencian del resto, gracias tal vez a la contratación de algún servicio profesional de diseño gráfico, en su mayoría, carecen de conceptos mercadológicos de importancia. **Conclusiones.** No obstante que prácticamente todos los profesionales sanitarios se han visto en la necesidad de intentar vender su servicio mediante el uso de publicidad, la enorme mayoría de ellos lo hace de tal manera que pareciera suficiente tan sólo con pagar una inserción en algún medio publicitario. Estos profesionales no hacen ningún esfuerzo para diferenciarse de la competencia con algún concepto mercadológico poderoso; simplemente se

conforman con anunciar una lista de los servicios que ofrecen. Desconocen seguramente que estos esfuerzos dejan de vender significativamente, pues de la misma forma “el competidor de la siguiente calle”, oferta esos mismos servicios.

Bibliografía.

Ries, Al, Trout Jack, Las 22 leyes inmutables de la mercadotecnia, México: Mc. Graw Hill, 1996

Ries Al, Trout Jack, Posicionamiento; la batalla por su mente, México: Mc. Graw Hill, 2002.

Mercadotecnia en el ejercicio profesional de la salud

Dr. en C. Heberto R. Priego Álvarez (DACS-UJAT, México)

Los cambios producidos en las últimas décadas en el entorno competitivo, tanto empresarial como profesional, han condicionado la necesidad de un nuevo enfoque de la mercadotecnia, caracterizado por la profundización y fortalecimiento de las relaciones directas con los clientes. El marketing ha evolucionado de un paradigma genérico o pasivo a uno denominado “relacional”. El **Marketing relacional** ha sido definido como “el proceso social y directivo de establecer y cultivar relaciones con los clientes, creando vínculos con beneficios para cada una de las partes –prestadores de servicios de salud y consumidores sanitarios. De hecho, se basa no sólo en la transacción (intercambio), sino en la implicación personal que pueda darse en general entre la Institución de salud y sus usuarios, como la existente a nivel individual entre el profesional de la salud y/o prestador de servicios sanitarios con los pacientes, a través de la construcción de relaciones consistentes, duraderas y relevantes. Por consiguiente, habrá que considerar en una estrategia mercadológica relacional los siguientes puntos: (1) Que las elecciones de los clientes no están basadas en realidades sino en percepciones, por lo que se requiere obtener ventaja competitiva (ser percibido de manera distinta), lo que permite el flujo de pacientes, pero sobretodo alcanzar su satisfacción, (2) el cumplimiento de los propósitos estratégicos de las instituciones de salud solo se logran mediante el cultivo de una relación directa, permanente, relevante y fructífera tanto para el consumidor sanitario como para la

organización, y finalmente que (3) El éxito se basa en la integración del cliente al servicio y que mediante el trato personalizado se mantiene una relación favorable para ambos. Las diferentes acciones e iniciativas desarrolladas por una empresa hacia sus diferentes públicos o segmentos, dirigidas a conseguir su satisfacción en el tiempo, mediante la oferta de servicios o productos ajustados a sus necesidades o expectativas, incluida la creación de canales de relación estables de intercambio de comunicación y valor añadido, con el objeto de garantizar un clima de confianza, aceptación y aportación de ventajas competitivas que impida la fuga hacia otros competidores son parte de la **Mercadotecnia Relacional**. La mercadotecnia relacional y la mercadotecnia interactiva (relación de intercambio que se da entre los clientes externos e internos) de una empresa de servicios de salud dependerá de una cultura organizacional que oriente el mercado a través de un intercambio constante y de una implicación personal entre la empresa y sus empleados, entre los empleados entre sí y la organización, y entre los empleados y los clientes. Con relación al Marketing de servicios profesionales cabe apuntar que la universidad no prepara a sus graduados para salir a relacionarse con el cliente y que la inserción laboral y el reconocimiento profesional pasa a ser un problema personal de cada egresado. Algunos de los “pecados originales” que vienen de la universidad, sea estatal o privada son: a) La disociación entre teoría y práctica, b) La escasa o nula formación comercial o de marketing en la universidad, c) El prejuicio acerca de la acción de mercadotecnia vista como poco ética o contraria a la práctica profesional de la salud, d) La nebulosa existente entre los egresados universitarios acerca de su futura inserción profesional, sumada a la escasa capacidad de reacción por parte de las instituciones educativas que los forman.

Mesa de trabajo 8:***Mercadotecnia en enfermería******La importancia de la mercadotecnia en la profesión de enfermería***

Mtra. María Elena Lara Gallegos (DACS-UJAT, México)

Para los profesionales de la salud, una de sus ventajas es el hecho de la prestación de servicios a seres humanos, para la cual tiene que planearse, ejecutarse y evaluarse pensando en las necesidades del cliente. La mercadotecnia es un proceso que procura el intercambio entre los clientes y profesionales; y al mismo tiempo es una herramienta que se utiliza para ayudar a la sensibilización en el trato de los usuarios para aumentar la calidad de los servicios, ayuda a la investigación de estados carenciales en los servicios. En la actualidad los Hospitales están considerados que la atención prestada al cliente se considera un proceso-servicio, donde la meta es la calidad de la atención al cliente. El profesional en Enfermería desde sus inicios se ha formado para proporcionar atención directa al cliente en el área hospitalaria o comunitaria, las actividades de Enfermería están consideradas como actividades dependientes dentro del equipo de salud. En la actualidad el profesional de Enfermería desarrolla actividades más allá de la atención directa y participa activamente en la planeación y evolución de los cuidados de Enfermería en cualquiera de las áreas de atención directa del cliente; su actuación dentro del equipo de salud es para alcanzar objetivos comunes para mantener la salud óptima del cliente. Hace falta que el profesional de Enfermería se compromete activamente en la gestión de servicios proyectos y programas de acuerdo a las necesidades de la población para el logro de la calidad de la atención. El profesional de Enfermería debe estar de acuerdo en su posición dentro del equipo de salud para establecer estrategias de marketing de acuerdo a las características de la población y la optimización de los recursos de la institución. La mercadotecnia es un elemento clave que debe utilizar para señalar el comportamiento de las organizaciones sanitarias en donde la gestión es necesario para el logro de la calidad, el profesional de Enfermería tiene una importante participación por ser la que proporciona atención directa al cliente y ser reconocida dentro del equipo de salud por su compromiso ante la resolución de problemas emergentes y prevalentes en el estado y país, mostrando su capacidad en el manejo y de dominio del entorno que interfiere en el logro de la salud del ser humano, su familia y la comunidad.

Enfermera empresaria

Dra. En Enf. Valentina Rivas Acuña (DACS-UJAT, México) Av. Gregorio Mendez No. 2838-A Col. Tamulte, Villahermosa, Tabasco. C.P. 86150 Fax: 993 – 3511132 E-mail: valentina.rivas@ujat.mx Palabras clave: Enfermera empresaria, ejercicio profesional independiente, practica empresarial.

Introducción. La enfermera empresaria se ha definido como la enfermera que es propietaria de un negocio que ofrece servicios de enfermería de atención directa, de formación, de investigación y servicios administrativos o consultivos. Los datos estadísticos sobre las enfermeras empresarias son difíciles de obtener y comparar, no obstante, en general se estima que entre el 0.5% y el 1.0% de las enfermeras en activo son empresarias. Desde hace decenios, las enfermeras han desarrollado *iniciativas empresariales* como el ejercicio independiente de la enfermería, residencias hospitalarias y agencias de consultoría que son propiedad de enfermeras e *iniciativas empresariales internas* como una unidad de rehabilitación, un servicio de urgencias, un servicio de consulta clínica o telefónica dirigidos por enfermeras. El ámbito general del sector salud permite una amplia diversidad de actividades en las que las enfermeras tienen la posibilidad de llegar a ser profesionalmente autónomas y expertas. La práctica empresarial implica que las enfermeras sean propietarias de productos y servicios como; servicios de enfermería, productos e instrumentos para los cuidados de salud (desarrollo, evaluación y venta), servicios jurídicos, atención de salud, consultas sobre política general y publicaciones sobre atención de salud o política general (1). Las enfermeras empresarias hacen uso de la libertad del ejercicio profesional independiente, para explorar planteamientos innovadores para la prestación de los cuidados de salud, aplicando técnicas de promoción y prevención y capacidades de tratamiento en distintos grados. El marco legal en nuestro país para el ejercicio libre de la profesión se establece en el Artículo 5º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Artículo 24 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional Relativo al Ejercicio de las Profesiones, el Artículo 164 Título Quinto de la Ley Federal del Trabajo y el Artículo 33 de la Ley de Profesiones (Comision Nacional de Arbitraje Medico (2). Aplicando procedimientos de la enfermería se hace más fácil convertir la formación, la capacidad y la experiencia de la

enfermería en una actividad empresarial. En primer lugar se precisa de una evaluación de la personalidad, de la experiencia de enfermería y de las necesidades de atención de salud para establecer qué opciones de actividad empresarial son posibles. Después se elabora un plan tomando en cuenta: ¿Quiénes son los clientes?, ¿Quiénes son los competidores?, Lo que los clientes demandan a esa actividad empresarial, ¿Cuáles son los costos iniciales?, ¿Qué estructuras empresariales se necesitan?, ¿Cuándo se necesitarán los servicios o productos? Y ¿Qué ventajas tendrá esta empresa sobre sus competidores?, sin olvidar la puesta en marcha, la viabilidad y la evaluación en general de la empresa. Las diversas funciones y servicios que asume la enfermera empresaria están directamente relacionadas con los aspectos profesionales y empresariales del ejercicio de la profesión (1). La enfermera empresaria requerirá de la mercadotecnia para la venta y posicionamiento positivo del otorgamiento profesional de los cuidados. La mercadotecnia puede definirse como filosofía de actuación que orienta la actividad de toda la organización y se basa en que esta debe satisfacer las necesidades y deseos del consumidor, lo cual constituye su razón de ser y todas las decisiones de la entidad se han de tomar pensando en el consumidor (3,4). La actividad empresarial de las enfermeras aunque incipiente promete avances futuros en la atención de salud, se reconocen las contribuciones que hacen las enfermeras empresarias en los sistemas de salud e incluso en el diseño de políticas de salud por la cuidadosa preparación de quienes ejercen la profesión (1). **Conclusiones.** La enfermera profesional como empresaria tiene una amplia variedad de actividades en las que se tiene la posibilidad de llegar a desempeñar una práctica independiente debido a sus niveles de preparación y entrenamiento recibidos durante su formación profesional así como a su capacidad para desempeñarse en diversos ambientes laborales. La actividad empresarial de las enfermeras promete avances futuros en la atención de la salud.

Bibliografía

1. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). (2004.). Directrices sobre la enfermera empresaria/empresaria que presta servicios de enfermería. CIE: Ginebra, Suiza.

2. Comision Nacional de Arbitraje Medico(CONAMED)/Secretaria de Salud (2006). Carta de los derechos generales de las enfermeras y enfermeros. Recuperado en Abril de 2007. de: http://www.e-salud.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Carta_de_los_Derechos_Generales_de_las_Enferm

3. Priego A. H.R., Lara, G. M.E. (2006). Mercadotecnia en el ejercicio profesional de enfermería. Horizonte Sanitario. 5 (1), 8-11.

4. Marcel H. N., (2002). Enfermería y marketing social. Trabajo presentado en el III congreso estudiantil virtual de ciencias médicas. Cuba. Recuperado el 27 de Abril del 2007 de:

http://fcmfajardo.sld.cu/cev2002/conferencias/enfermeria_nilda_marcel.htm

Calidad percibida en los cuidados de enfermería

Lic. Enf. Esp. Aurora Ara Chan, M. en C. Elizabeth Carmona Díaz. (DACS-UJAT)

elizadiaz1@hotmail.com

La calidad de la atención es la que se percibe por los usuarios, esta se define como la acción que lleva a cabo la enfermera para tomar decisiones sobre cuando y como llevar a cabo sus actividades. **Objetivo:** Identificar la percepción de la calidad de atención de enfermería del paciente postquirúrgico en el Hospital de alta especialidad “Dr. Juan Graham Casasús” en junio 2008. **Metodología:** El diseño de estudio fue descriptivo y transversal, con un universo de 41 pacientes postquirúrgicos, en el turno matutino en junio del 2008, empleándose un cuestionario de 11 preguntas. **Resultados:** Se obtuvo que el 78% de los pacientes percibieran la calidad de atención de enfermería como Buena, el 20% como Regular y el 2% como Mala. Del total de pacientes encuestados el 68% de ellos fueron intervenidos por primera vez, el 20% reporta tener dos intervenciones, el 10% tres intervenciones y el 2% de los encuestados más de tres cirugías. Del total de los pacientes intervenidos de más de una cirugía, el 62 % corresponde al total de dos cirugías, el 31% de tres cirugías y el 8% a más de 3 cirugías. El 100% de los pacientes con más de una cirugía en sus intervenciones pasadas la calidad de atención de enfermería fue Buena. **Conclusión:** La percepción de la calidad de atención en enfermería en el paciente postquirúrgico en el HAEJGC fue Buena, y además es un derecho del paciente.

Mesa de trabajo 10

Mercadeo de terapias tradicionales y emergentes

La actualidad del psicoanálisis como terapia alternativa

Mtra. Cynthia del C. Gómez Gallardo (DACS-UJAT, México)

Introducción. Sigmund Freud dio inicio a la formulación del psicoanálisis a partir de la última década del siglo XIX, su trabajo teórico concluyó hasta su muerte en Londres. La teoría psicoanalítica es un conjunto complejo de conceptos articulados que han sido formulados a través de un trabajo teórico realizado a partir de un dispositivo experimental muy particular y específico: la situación analítica. Se trata de una teoría que da cuenta de la constitución y dinámica de la subjetividad, es hoy en día reconocida como una formulación conceptual respecto del sujeto. Los estudiosos del psicoanálisis dividen la obra freudiana en tres épocas, en cada uno de estos periodos de tiempo el fundador del psicoanálisis construyó, escribió y publicó, los conceptos fundamentales de su obra; que hoy en día, continúan vigentes para todo aquel que se forme académicamente en este campo de la subjetividad. A). la formulación del inconsciente , b) la posición subjetiva y c) el aparato psíquico. No es posible pensar el psicoanálisis como separado de su práctica, todo su desarrollo se ha generado y se continúa generando a partir de la clínica y el dispositivo de la transferencia despliega.

Discusión. La situación analítica se ubica en dos objetivos: I.- teórico, el análisis, donde la meta es llegar a saber, donde los lugares que se despliegan son de analizado y analista y II.-el objetivo práctico, no teórico, la cura, en función de ésta, las personas que se encuentran en la situación son: paciente y terapeuta. Este dispositivo técnico constituye la tierra fértil para que se despliegue un discurso muy particular al que se le llama teóricamente, las formaciones del inconsciente, las cuales son el resultado a su vez de cierta elaboración que se sujeta a ciertas condiciones destacándose de entre ellas el proceso de la represión; esto permite a su vez conocer los procesos que rigen su formación y aislar la posición subjetiva, la cual nos indica la travesía edípica del paciente y nos permite percatarnos de la modalidad del aparato psíquico. Lo aparente del discurso y comportamiento del paciente son el resultado de una transacción de un impulso o pulsión que tiende a la satisfacción de un deseo inconsciente y el proceso de la represión, desviación, sustitución transformación en contrario,

sublimación, que inconscientemente el analizado impone a sus pulsiones. El discernimiento de estos procesos transaccionales nos permite conocer la relación del sujeto con la realidad exterior y el manejo que hace de su mundo pulsional esto nos permite definir la posición del analizado en tanto sujeto deseante y sometido a la ley. Ambas son el resultado de su proceso histórico de constitución subjetiva y de la forma de resolución del complejo de Edipo. **Conclusiones.** La vida moderna supone la posibilidad de la plenitud, de la completad, vivimos rodeados de bienes, servicios y objetos que se producen con esa consigna: “todo lo que necesitas está aquí”. La psicología se ha prestado a ese engaño, todo depende de ti, sí te lo propones lo pueden lograr, la voluntad es lo que apremia, querer es poder. Los problemas son grandes en tanto tú así los percibes. La promesa del éxito y la vida plena en tanto nos lo proponemos. La cura psicoanalítica es el único dispositivo de cura emocional en el cual se reconoce una falta fundamental que no será colmada nunca, es la desembocadura de la trama edificada. Ofrecer a un paciente la posibilidad de pasar de la posición de la frustración a una posición de aceptación de los límites de la vida misma continua siendo la apuesta del psicoanálisis de hoy y de antaño, posibilitar al sujeto un cambio de lugar y posición frente a los límites y finitud de la vida, ahí precisamente radica la vigencia del psicoanálisis como terapia alternativa.

Vigencia de la medicina psicosomática y la Psicoterapia

Dr. Gonzalo Mauro Manzanilla Soler (DACS-UJAT, México)

En fechas recientes (9 de Abril 2005) **La Delegación en Tabasco del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)** a través de la **Doctora Nancy Pulido Díaz** explicó a la comunidad médica “...que el 10% de la consulta dermatológica es solicitada por derechohabientes con problema de **alopecia areata**, haciendo énfasis que este padecimiento es por deficiencia inmunológica y que en su aparición contribuyen algunos factores como **la dermatitis atópica** que se presenta con **alergias** como **el asma y la fiebre; vitiligo (despigmentación de la piel) y el stress** padecido, incluso hasta cuatro meses antes de que se desarrolle la enfermedad; es asintomática, no causa prurito, dolor o ardor y que paulatinamente se desarrolla **la pérdida del cabello** en áreas muy específicas: el vello dermatológico, cejas, pestañas, bigote axilas y pubis; **la causa es desconocida** y puede afectar a niños, jóvenes y adultos, desencadenando por lo

general problemas de orden estético y por ello el afectado acude más al servicio

de dermatología.” La especialista del Seguro Social **hizo mención que el**

tratamiento por lo general es a base de lociones irritantes que estimulan el

folículo piloso, esteroides, ungüentos y ciertos medicamentos que causan

hiperpigmentación y puede lograr que crezca el cabello; concluyó brillantemente

que estos tratamientos sin control médico pueden atrofiar la piel lo que causaría a

su vez **TRASTORNOS EMOCIONALES EN LA PERSONA.** Todo lo antes

expuesto por una especialista profesional de la Medicina Humana, sin duda alguna representa el criterio general del

La Nutrióloga **Leticia García Mayo**, Coordinadora de Nutrición del IMSS y **Eligio Sedano**, Titular del consultorio de Nutrición de la Unidad de Medicina Familiar 39; advirtieron (Tabasco Hoy 22 Feb. 2006) *"...que cada tres meses acuden más niñas con edades de 15 a 17 años con padecimientos de Bulimia y/o Anorexia; lo preocupante es el incremento de casos y que además de las mujeres, ahora varones también se convierten en víctimas de estas enfermedades"* Ambos especialistas coinciden que entre las causas más directas, *"...es la imitación de patrones de conducta de personajes famosos, con figuras muy delgadas y la identifican a través de los medios de comunicación"*. Indicaron que las características de estos jóvenes con frecuencia establecen comentarios, críticas destructivas y dañinas contra sus amistades y hasta de ellas mismas que deterioran su autoestima. Las secuelas de la Anorexia, será la úlcera gástrica y de la Bulimia, las vórices esofágica, hernia hiatal, además de un alto riesgo de muerte. El mismo enfoque médico biológico y la ignorancia total de la necesidad del **PSICOTERAPEUTA** y la importancia de la **PSICOTERAPIA**.

médico que simple y llanamente ignora y rechaza de manera contundente el principio de la **MEDICINA PSICOSOMATICA**; que con control o sin control médico, van a causar **TRASTORNOS EMOCIONALES** y no hacen ninguna referencia del **PSICOTERAPEUTA**, mucho menos del **PSICOLOGO CLINICO**. En el ámbito de la **Medicina Humana**; tenemos que decirlo, la **PSIQUIATRIA** ha dado motivos de antagonismos un tanto cuanto absurdos; a la **MEDICINA PSICOSOMATICA** en los tratados de **Psiquiatría Clínica** la reduce a un simple capítulo de estudio; el **Psiquiatra vs. Psicólogo Clínico; Organicismo vs.**

Psicoterapia; Psicología vs. Sociología; Psiquiatría Clínica vs. MEDICINA PSICOSOMATICA; Salud Mental vs. Patología Mental. Sin embargo, existe amplia empatía profesional y personal entre los diferentes especialistas de la **Medicina Humana**, así mismo entre la Enfermera y el Psiquiatra; con la Nutrióloga hospitalaria; hasta con el Fisioterapeuta en Rehabilitación; con el Radiólogo; el Técnico del Laboratorio Clínico e increíblemente, le otorgan mayor credibilidad **TERAPEUTICA A LOS MAESTROS EN EDUCACIÓN ESPECIAL DE PERSONAS CON DEFICIENCIA MENTAL**; desde luego calificándolos a nivel **AUXILIAR TECNICO**, en cambio al **PSICOLOGO CLINICO** con postgrado y doctorado ¡ni en cuenta! En los casos muy excepcionales la participación **PSICOTERAPEUTICA DEL PSICOLOGO CLINICO**, pretenden condicionarlo a la supervisión de un Médico, independientemente de la especialización de éste, cuando **LA UNICA DIFERENCIA** en la formación académica y profesional es la prohibición en el uso de los fármacos, previamente determinado por el consenso de **STATUS. LA ÚNICA COINCIDENCIA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL ES QUE LA Medicina Humana** considera al individuo como **LA UNIDAD BIO-PSICO-SOCIAL** por excelencia, adjudicándose este principio que tiene su origen en el ámbito de la **Salud Mental de la PSICOLOGÍA CIENTIFICA**. Descalifica las teorías de la **PSICOLOGÍA CIENTIFICA** en el proceso que genera y desarrolla el

principio psíquico o en la función **PSICOSOMATICA**; negando la referencia a los genes y por ende a la herencia, por la simple razón en el criterio de la **PSIQUIATRIA CLINICA**, que lo circunscribe al campo de la **BIOLOGÍA** y el desarrollo de los organismos celulares vivientes, es decir; solo es aceptable en el funcionamiento del **SOMA** del ser humano. La **Medicina Humana** a través del método científico y la investigación ha perfeccionado su campo de acción con **LAS ESPECIALIDADES; LA BIOTECNOLOGÍA Y LOS PSICOFÁRMACOS**; así mismo en el ámbito de la ciencia la **MEDICINA PSICOSOMATICA** es una especialización que analiza y estudia las diferentes **ETIOPATOGENIAS** que tienen un origen de tipo **AFECTIVO Y EMOCIONAL** que impactan las funciones de los diferentes sistemas orgánicos del ser humano, por lo que haré referencia a **la Teoría de James-Lange** sobre las emociones que nos describe la conexión que existe entre las emociones y los cambios neurofisiológicos, se le identifica como la **TEORIA BIOLOGICA DE LA EMOCION**. Las investigaciones de estos autores nos dicen que entre las emociones diferentes existe una correlación con las reacciones físicas diferentes. Esto provocó que en el sentido opuesto algunos investigadores concluyeran que en estados emocionales muy diferentes ocurren los mismos cambios viscerales (Cannon 1929). Estudios e investigaciones posteriores han señalado algunas diferencias sutiles que las emociones logran distinguir, (Ax, 1953; Schacter, 1957; Singer, 1962) y han demostrado sin evidencias convincentes, que cuando las personas no entienden la causa real de **su excitación emocional** clasifican sus afectos; ajustándolos a las señales externas, es decir; existe una influencia social y ambiental que pueden estar en conflicto con las sensaciones viscerales propias. El uso de los Psicofármacos de alguna manera confirman la **TEORÍA BIOLÓGICA DE LA EMOCIÓN**. Es posible controlar estados emocionales específicos, **inhibiendo o estimulando procesos neurofisiológicos** mediante la ingesta de determinados fármacos, como podemos constatarlo en las crisis que a menudo experimenta los enfermos mentales hospitalizados. **Los canales sensoriales del Tálamo** y los resultados de las investigaciones realizadas por **Walter Bradford Cannon (1929)** en esta estructura anatómica, son los testimonios de que en esa zona se desencadenan sensaciones intensamente afectivas, manifestándose en diferentes formas. Otros estudios han puesto de relieve de que los mecanismos nerviosos para **LA EXPRESIÓN EMOCIONAL** residen en **los centros subcorticales** y que estos centros están listos para descargar de manera instantánea y vigorosa **EL**

PROCESO EMOCIONAL liberado de la contención cortical cuando reciben el estímulo adecuado.

La **descarga Talámica** produce cambios corporales casi simultáneamente con **LA EXPERIENCIA EMOCIONAL**, esto quiere decir; que **las perturbaciones Talámicas dan resplandor y color** a los que identificamos como **ESTADOS COGNITIVOS**. Estos son los principios de **LA TEORIA TALAMICA DE LAS EMOCIONES**, compatible en algunos aspectos con la Teoría de James-Lange, coincidiendo en que los cambios viscerales son el resultado de **LA EXPRESIÓN EMOCIONAL**. **LA PSICOTERAPIA** también ha demostrado la posibilidad de estabilizar **LOS ESTADOS EMOCIONALES Y AFECTIVOS** del ser humano, nadie puede negar que **Freud, Charcot y Breuer** con sus investigaciones

El Dr. José Pinetti, especialista del Hospital del Niño "Rodolfo Nieto Padrón" declaró (Tabasco Hoy, 22 Feb. 2006) sobre el incremento del **Vitiligo o Manchas Blancas en la piel**; en la consulta diaria, por lo que se ha convertido en una de las **DIEZ** principales causas de consulta dermatológica en dicho hospital. Describe las características del **Vitiligo**, hace mención de teorías que causan el padecimiento (herencia, stress) la confusión respecto a otros padecimientos (mal del pinto; lunares) y la gravedad de la enfermedad que suele registrarse en cara; miembros y región genital del niño, en un lapso de tres meses.

La pregunta es muy simple ¿por qué no se hace mención del **PSICOTERAPEUTA**? El **negar sistemáticamente la labor profesional del PSICOLOGO CLINICO**; que en situaciones muy excepcionales participa, se le califica como simple técnico. El médico al ignorar a la **MEDICINA PSICOSOMATICA**; el concepto de **UNIDAD BIO-PSICO-SOCIAL** queda tan solo como un enunciado académico, que no se lleva a la praxis profesional.

clínicas sobre la histeria, utilizando la hipnosis, marcan el inicio metodológico de la conversión de **lo PSIQUICO A LO SOMATICO**. De esta manera se desarrolló el **proceso Psicoanalítico** en todas sus versiones, que hacen referencia de escudriñar la profundidad del inconsciente (**Jung, Fenichel, Adler, Rank, Reich, Fromm, A. Freud Lacan, Dávila, Césarman, Cueli**) además las diferentes corrientes **PSICOTERAPEUTICAS** que van de la **Fisiología Experimental a la Funcional Norteamericana; del Conductismo Ruso al Factorialismo; de la Gestalt Alemana al Neoconductismo Norteamericano; del Psicodrama al Análisis Transaccional**. Es importante considerar la evaluación de los **Rasgos de la PERSONALIDAD** a través de las pruebas (test) mentales (proyectivas y cuantitativas) que se aplican en los **LABORATORIOS DE PSICOMETRÍA**. Son de vital importancia para definir el diagnóstico del estado emocional y mental del paciente, además de la entrevista clínica del **PSICOTERAPEUTA** cuya valoración siempre ha de enmarcar el riesgo **EMOCIONAL Y MENTAL** que el paciente representa a su entorno familiar y a su propia integridad. **LA MEDICINA PSICOSOMATICA** en el ámbito científico de la Salud Humana, es la disciplina por excelencia que integra **los signos etiopatogénicos** de la **INESTABILIDAD EMOCIONAL** con la valoración clínica y el diagnóstico del Médico en cada una de sus especialidades:

Úlcera gástrica	Gastroenterología
Colitis ulcerosa	Proctología
Asma bronquial	Neumología
Hipertensión	Cardiología
Coronopatías	Cardiología
Psoriasis y Vitiligo	Dermatología
Causalgias y Miembro fantasma	Trauma- Neurología
Migraña	Neurología
Bulimia y Anorexia	Gastro-Neuro-Psiquiatría
Diabetes Mellitus	Endocrinología
Pseudociestis	Ginecología
Impotencia-Eyacuación prematura	
Frigidez- Dispareunia	Urología-Gineco
Pacientes poliquirúrgicos	Cirugía- diferentes especialidades.

Tenemos que hacer mención de padecimientos que la Psiquiatría se adjudica, como es la **Histeria de Conversión**; el **Síndrome Münchausen** que en **TODOS LOS CASOS** requieren del **PSICOLOGO CLINICO Y LA PSICOTERAPIA**. El comentario final es la propuesta de **UN CONTENIDO TEMATICO ACADEMICO DE LA MATERIA EN MEDICINA PSICOSOMATICA** que contemple una visión **INTEGRAL** de la Medicina Humana, en cada una de sus especialidades y la **PSIQUIATRIA** con una relación más acorde, dinámica y profesional con el **PSICOLOGO CLINICO Y LA PSICOTERAPIA**, en beneficio de **LA RECUPERACION Y ESTABILIDAD EMOCIONAL DEL PACIENTE**.

El arte como vehículo de las emociones en la psicoterapia gestalt

M.P.G. Minerva Camacho Javier, (DACEA-UJAT, México)

Dra. Deyanira Camacho Javier (SEP, Tabasco)

M.P.G. Olga Beatriz Sánchez Rosado (DACEA-UJAT, México)

La importancia del presente trabajo radica en el análisis objetivo y serio sobre el arte como vehículo de expresión de las emociones humanas, por lo que el objeto de esta investigación es la revisión histórica del arte y su vinculación con la psicología, en un intento de esbozar más claramente una zona de aplicación de la gestalt en el trabajo base de la psicoterapia; realizando un análisis completo del todo, descomponiéndola en partes integrantes, para recrear nuevamente la totalidad de esas partes y tratar de plasmar el proceso que las rigen. Y sin embargo hablar sobre el arte, requiere de mucho tiempo de formación experimental para llegar a comprender la esencia de las expresiones artísticas y su significado en cada ser humano, además el impacto que provoca en uno mismo, el reconocimiento de la capacidad de expresión, tanto en el rol de terapeuta como en el rol de paciente. Así es como el contacto provoca que la creatividad emane de esa capacidad psicobiológica que poseemos, para generar acciones motivadas hacia la transformación, partiendo de las propias experiencias, pues la creatividad está implícita en todo aquello que el ser humano realiza para expresarse, como Freud plantea, "se tienen que dar ciertas condiciones para que se dé esa máxima creativa". De Norman Shub se toma el fundamento teórico en el proceso de "darse cuenta". Con esto se pretende que el paciente se descubra en cada etapa de una forma diferente y menos traumática, ayudándolo a clarificar sus estados emocionales, permitiéndole identificar, asimilar y ser responsable de su propio proceso curativo; facilitando y descubriendo a la vez, nuevas formas creativas para el terapeuta. Es importante hacer hincapié en la figura artística que el terapeuta debe poseer, conociendo y practicando las técnicas del arte en sus diversas manifestaciones, que le ayuden a ser un profesional en el darse cuenta, para lograr pasar de sensaciones a emociones más rápidas y claramente, logrando hacer fluir al paciente en todo su proceso conscientemente. Los procesos artísticos son las formas más auténticas, honestas y reenergizantes que existen para sentirse un ser humano vivo.

Manejo integral del ser.

M.P.H. María Adriana García Correa (DACS-UJAT)

Hablar del ser, es una cuestión de evolución, ya que, desde que nace, se es un ser y al ganar un lugar en el mundo se vuelve individuo, sin embargo su fin es convertirse en persona y para ello, lo tiene que aprender a través de un proceso. Dicho proceso se camina junto a la experiencia de la vida misma ¿cómo entonces hacerlo? Solo trascendiéndose a si mismo. Llega un momento en el que el ser humano está preparado para conocer su mente, y de la misma forma que el ojo no se ve a sí mismo, con lo que para conocerlo hay que trascenderlo, de la misma forma para conocer la mente hay que trascender a la propia mente. Este aspecto, la mente, toma hoy una nueva visión, ya que se ha determinado como factor condicionante de las enfermedades, por ejemplo, ¿cuáles son las conductas que presenta el ser para el desarrollo de patologías? Incógnitas como esta, dan paso al creciente estudio de la Psicología Médica, y el empleo de técnicas alternativas en el manejo de la enfermedad, en la búsqueda de respuestas. Con los avances de la modernidad del ya viejo siglo 20, se comenzó a aceptar la idea de que el hombre se veía afectado no solo por su cuerpo físico, sino por sus emociones, por su forma de pensar, por sus sentimientos, comienzan entonces a ser creíbles o aceptables tendencias como el pensamiento positivo, la risoterapia, la psicología de cualquier tipo. Estos descubrimientos ya se conocían desde los inicios de la humanidad. Si nos centramos por ejemplo, en filosofías energéticas/espirituales/metafísicas el ser humano es una agrupación de algunas “partes” que lo componen, y muchas veces a esas “partes” se les llamó por simplicidad “cuerpos” Y visto con ojos holísticos, no es solo la suma superpuesta de esas partes sino las interrelaciones entre ellas. Se puede asumir entonces, que el bienestar del ser, es la armónica o correcta interrelación de sus partes y la dolencia, (enfermedad) es la interrelación no-armónica entre ellas. Una clasificación aceptada de esas partes o cuerpos, es la que se denomina Cuerpos Sutiles, compuesto por: cuerpo físico: tejidos biológicos, cuerpo humano (no es propiamente considerado como Cuerpo Sutil, pero se nombra como complemento de los próximos) cuerpo etérico (energético): energía (ectoplasma) alrededor del cuerpo físico, lo que se dice que holismo cuerpo emocional: controla las emociones, estados de ánimo. Cuerpo mental: relacionado al pensamiento, al intelecto. Cuerpo astral: donde se localizan las percepciones extrasensoriales (lo

sensorial se refiere al cuerpo físico), cuerpo espiritual (celestial): conceptualización de creencias superiores. Dios, divinidades cuerpo causal: contiene las impresiones de vivencias pasadas (vidas pasadas y renacimiento; entonces, el bienestar de una persona comprende un correcto funcionamiento no solo de sus cuerpos de forma individual, sino de la relación entre ellos, provocando que se afecten entre sí y los efectos se reflejen en uno o más de ellos. En este mundo de tercera dimensión, solo estamos conscientes cuando este desequilibrio o desarmonía se refleja en el cuerpo físico, produciendo, por ejemplo, una enfermedad, por lo que se tiende solo a dar atención a ese nivel, olvidando que el problema se gestó desde el nivel energético.

Mesa de trabajo 11

Investigación mercadológica en Salud

Mercadotecnia en el ejercicio profesional de la enfermería. Análisis de su aplicabilidad en el estado mexicano de Tabasco

Dr. en C. Heberto R. Priego Álvarez, Mtra. María Elena Lara Gallegos (DACS-UJAT, México).

Introducción: El empleo de la mercadotecnia sanitaria en el ejercicio profesional de enfermería es cada vez más creciente (Tilbury y Fisk, 1989; Souto de Moura, 2003). Actualmente se presupone que se realiza marketing externo en el rol de educadoras (promoción de la salud) y marketing interno en las actividades de gestión (desarrollo de la filosofía de calidad y competitividad laboral), pero no

existe plenamente evaluaciones empíricas que así lo fundamenten, aunque empiezan a aparecer ciertos aportes específicos del uso de la mercadotecnia en la labor de enfermería (Rodríguez-Chirino y Sánchez de la Guardia, 2006). **Objetivo:** Establecer el grado de conocimiento de las enfermeras(os) tabasqueños sobre la mercadotecnia sanitaria y determinar los niveles de aplicabilidad en su ejercicio profesional. **Metodología:** Se efectuó un estudio exploratorio prospectivo transversal mediante la aplicación de un cuestionario mixto a personal de enfermería en funciones en el Estado Mexicano de Tabasco. La población en estudio se tomó del listado de las 1,800 enfermeras(os) afiliados al Colegio de Enfermeras de Tabasco, A.C. de donde se realizó un muestreo aleatorio inicialmente simple ((n = 318 informantes) y estratificado ex-post por nivel de dominio (*perfiles académico-profesionales*: Nivel I. Enfermera no profesional (Auxiliar de enfermería), Nivel II. Enfermera Técnica, Nivel III. Enfermera Técnica Especializada, Nivel IV. Licenciada en Enfermería, Nivel V. Enfermera Especialista (Licenciada en enfermería con estudios de posgrado). Se controlaran las variables socio-demográficas (Apartado I) de edad, sexo, antigüedad de ejercicio profesional, institución(es) laborales de adscripción, porcentaje destinado a cada rol elemental de enfermería (funciones: *asistenciales* - cuidados directos o indirectos dirigidos a la persona, familia o comunidad-, *administrativas*, *docentes* o de *investigación*), y si efectúa o no ejercicio liberal. El instrumento de recolección de los datos contó también con otros apartados esenciales: II. Conocimientos sobre Mercadotecnia Sanitaria y III. Aplicabilidad de la Mercadotecnia en el ejercicio profesional (en sus dimensiones social y comercial así como su uso a nivel externo e interno). La manipulación y el cálculo de los estimadores de las variables de interés se efectuó con DYANE versión 2 (Diseño y análisis de encuestas en investigación social y de mercados) obteniéndose las frecuencias relativas y de significancia estadística mediante la prueba de la Ji-cuadrada. **Resultados y Discusión:** Los informantes (profesionales de la enfermería en activo y afiliados al colegio de Enfermeras de Tabasco) fueron en su mayoría mujeres (82% del total de la muestra), lo que sin duda obedece a que la profesión de enfermería es mayoritariamente femenina. El 65% de los enfermeros tenían entre 31 y 50 años de edad. Un 40 % eran licenciados en enfermería y un 12% eran licenciados con estudios de posgrado. Su conocimiento sobre mercadotecnia resultó ser nulo en el 35% y básico e intermedio en el 29%. La mercadotecnia se asoció a la enfermería

preponderantemente a un sentido comercial (81%) y su uso mayormente identificado fue hacia los aspectos mercadológicos externos (53%) a pesar de que sólo el 18% de los informantes manifestó realizar actividades de enfermería en forma independiente o por su propia cuenta. Las enfermeras(os) tabasqueños consideran que la mercadotecnia estaría mas orientada a mejorar la imagen de la profesión de enfermería y a la venta de servicios (cuidados) de forma privada, aspecto en el que difieren sensiblemente de los países de economía central como Cuba, donde obviamente el empleo de la mercadotecnia en enfermería se centra en su aplicación social y en particular en su rol de educadores (Marcel-Hechevarría, 2002; Rodríguez-Chirino et al, 2006). Sin duda, el ejercicio liberal de la enfermería requerirá de esfuerzos mercadológicos para la venta y posicionamiento positivo del otorgamiento profesional de los cuidados, así como de la orientación de las escuelas de enfermería sobre la incorporación de éstos nuevos saberes en la formación y ámbito laboral de las(os) enfermeras(os) mexicanos (Priego-Álvarez y Lara-Gallegos, 2006); que sin duda ayudaran a romper ciertos mitos (p.e. lo antiético del uso de la mercadotecnia en la salud) y convertirse en realidades para la mejor prestación de los servicios (Priego-Álvarez, 2002). Se ha determinado que el rol de la enfermería profesional debe cambiar, de un rol pasivo y dependiente, a un rol que proyecte la capacidad intelectual, habilidad y actitud con la que enfermería puede contribuir en la solución de los problemas de salud (Comisión Interinstitucional de Enfermería SSA, 2005). Si bien es cierto es que en el ámbito laboral, el rol de otorgadora de cuidados en el hospital es el principal espacio donde se desempeñan las enfermeras mexicanas, actualmente se intenta privilegiar la práctica profesional en la comunidad, la industria y el ejercicio libre (Souto de Moura, 2003), siendo “preciso establecer un fundamento epistemológico a los saberes de la profesión, lo que implica argumentar, analizar y establecer el proceso que emplea la enfermería cuando retoma los conocimientos de otras áreas y cómo al referirlos a la profesión, o sea, al hacerlos suyos a través del *proceso de enfermería*, se convierten en saberes propios” (Maricela Sánchez et als, 2005). **Conclusiones:** El conocimiento sobre la mercadotecnia y su aplicación en el ejercicio profesional de la enfermería tiende a ser limitado en las enfermeras(os) tabasqueños, quienes restringen su empleo solo a mejorar la imagen profesional de los enfermeros y a la venta de servicios (otorgamiento de cuidados privados), olvidándose de que las herramientas mercadológicas también apoyan fuertemente a los restantes roles elementales de

la enfermería (educación para la salud, gestión y/o coordinación de servicios, e investigación de su práctica), a la par que su uso a nivel interno contribuye al desarrollo de la filosofía de calidad.

Bibliografía:

Comisión Interinstitucional de Enfermería. *Perfiles de enfermería*. México, D.F : Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud. 2005.

Dozal-Molina Rosa María, Sánchez-Gándara Maricela, Padilla-Gutiérrez Laura Margarita, Cárdenas-Becerril Lucila. *Perfiles profesionales de enfermería en México. Niveles técnico y licenciatura*. Veracruz, Ver: Fundación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A.C. 2004.

Doheny M. *The discipline of nursing an introduction*. 3rd. Ed. USA: Apleton & Lange, 1992.

Lynch Marieta. *Marketing Nursing facilities and "OBRA 87"*. Newspaper. Share Medical Center. http://www.smcok.com/newspaper/october/obra_101302.htm 13 de octubre de 2002.

Marcel Hechevarría, Nilda. *Enfermería y marketing social*. III Congreso estudiantil virtual de Ciencias Médicas 2002. Facultad de Ciencias Médicas "Cmdte. Manuel Fajardo". La Habana, Cuba. <http://www.cev2002@infomed.sld.cu> 16 de mayo del 2002

Priego Álvarez, Heberto. Mitos y Realidades en la Mercadotecnia de servicios de salud. *Salud en Tabasco*. 2001.

Priego-Álvarez Heberto, Lara-Gallegos María Elena. Mercadotecnia en el ejercicio profesional de enfermería. *Horizonte Sanitario*. 2006;5(1):6-9.

Rodríguez-Chirino Mirta Walda, Sánchez de la Guardiã Dália. *Aplicaciòn del marketing em salud, a un proyecto de desarrollo de la ozonoterapia en el hospital provincial Saturnino Lora de Santiago de Cuba*. http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEpluZAZEyyIhL._MIME.php 10 de noviembre de 2006.

Sánchez Maricela, Cárdena Lucila, Carmona Beatriz. *La formación y el ejercicio profesional en enfermería*. En: Vázquez-Martínez Domingo, Cuevas-Álvarez Leonardo, Crocker-Sagástume René C. (Coordinadores). *La formación de personal de salud en México*. México, D.F. Programa Colaborativo de Recursos Humanos en Salud, 2005.

Souto de Mouro, Gisela Maria Schebella. Enfermería y marketing: una introducción al tema. *Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre*. 2003 ago; 24(2):147

Tilbury Mary Sayre, Fisk Trevor A. *Marketing and nursing: a contemporary view*. Owings Mills, Md.: National Health Pub. 1989.

Verde-Flota Elizabet. *Una nueva visión de la atención de enfermería*. En: *Las profesiones en México. Enfermería*. México: UAM-Xochimilco, 1991.

Empoderamiento de la mujer en la prevención del cáncer del cáncer cervicouterino en Oxholón-Umán, Yucatán

M. en C. José Liborio Marín Cupul (SSA, Yucatán)

Introducción. A mediados de los años 80 las teóricas y activistas feministas presentes en las agencias de desarrollo internacional, propusieron y adoptaron un nuevo enfoque, el enfoque GED (Género en el Desarrollo). Se trata de un nuevo modelo de desarrollo centrado en la persona, sostenible e igualitario que exige una redistribución del poder a todos los niveles y en todos los sectores. El enfoque GED adopta así el empoderamiento de las mujeres, entendido como aumento de poder para, poder con y poder desde (en contraposición al poder sobre), como estrategia y objetivo del desarrollo (1). Debido a que en nuestro país el perfil epidemiológico muestra incremento en la incidencia del cáncer cervico uterino, se considera un problema de salud pública (2). En el 2007, en Yucatán la tasa de mortalidad por cáncer cervico uterino fue de 15.3 x 100,000 mujeres de 25 y más años con un total de 76 defunciones (3). En las comunidades del Estado de

Yucatán son escasas las investigaciones relacionadas con empoderamiento femenino respecto a la salud. Desde una perspectiva de género y con la finalidad de conocer el rol social actual de las mujeres en la comunidad indígena de Oxholón, Umán, Yucatán, es pertinente responder si, ¿Existe empoderamiento en las mujeres con respecto a la salud, que contribuya a prevenir el riesgo de padecer cáncer cervico uterino? Objetivo General: Determinar el empoderamiento que tienen las mujeres de 15 a 64 años de la comunidad de Oxholón, Yucatán, en la prevención del cáncer cervico uterino. Metodología. Se diseñó (expresamente para esta investigación) y aplicó un instrumento multidimensional, mediante entrevista estructurada de aplicación directa que consistió en un formulario de 49 preguntas, que involucraron las cuatro dimensiones de variables del constructo en estudio. Para determinar el empoderamiento de las mujeres en la prevención del cáncer cervico uterino, se consideró a ésta patología como evento trazador (□tracer□), tomando en cuenta diferentes factores de riesgo y se efectuó un análisis factorial ponderando las variables sujetas a medición e identificándolas de acuerdo a los parámetros: variables de protección (autonomía y autocuidado) y variables de riesgo (escaso autocuidado y dependencia) derivando en la construcción de una escala para fines de este estudio. Resultados y discusión. Se encontró empoderamiento en un 25.38% de las mujeres y aquellas sin empoderamiento fueron el 74.62 % de las participantes en el estudio. Lo encontrado coincide con lo reportado por investigadores que han abordado el tema de empoderamiento, como Sayavedra y nos confirma que persisten entre las mujeres de las comunidades de nuestro estado, condiciones que impiden el acceso de éstas a los elementos que aseguren una distribución más equitativa de los recursos y el poder. Conclusiones. No se encontró empoderamiento que les permita prevenir el riesgo de padecer cáncer cervico en aproximadamente las tres cuartas partes de las mujeres. Se coincide con otros investigadores y se pone de manifiesto que falta mucho por hacer para propiciar el empoderamiento de la mujer capaz de convertirlas en el sustrato dinamizante de un mejor mañana que les brinde el lugar protagónico en el desarrollo de sus pueblos. La metodología utilizada en esta investigación pudiera emplearse para posteriores estudios en comunidades indígenas, rurales y marginadas del territorio nacional. Agradecimiento. A las mujeres de Oxholón, por su tiempo y cooperación en este trabajo de investigación. Bibliografía. 1. FMP (Federación de Mujeres Progresistas). Poder y empoderamiento, 2005. Madrid: 2007. 2. Secretaría de

Salud. Programa de Acción: cáncer cervicouterino. SSA, México, 2002. 3. Servicios de Salud de Yucatán. [citado 10 Feb 2008]. Disponible en <http://salud.yucatan.gob.mx/>

La importancia de la epidemiología en la segmentación del mercado sanitario

M. en C. Silvia Gpe. Garrido Pérez (SSA, Tabasco)

La mercadotecnia de los servicios de salud paulatina e históricamente ha segmentado el mercado sanitario en un sin número de características de la población, considerando la organización de la atención y los recursos de la institución. En los últimos años, la epidemiología ha matizado a la mercadotecnia social con un enfoque basado en los riesgos sanitarios y en los principales problemas de salud que sufre la población integrando a la planeación su biología, los estilos de vida, el medio ambiente y la organización de la atención de acuerdo a las necesidades de la población y los recursos presentes. La epidemiología ha derivado en una nueva forma de realizar la planificación, administración y mercadotecnia de los servicios de salud en los que no solo se consideran los problemas históricos de salud en control, sino aquellos asociados a la globalización y cambios climáticos. La nueva mercadotecnia epidemiológica incluye la canalización y optimización de los recursos a problemas de salud basado en los riesgos sanitarios de orden mundial, nacional, estatal y local en los que se contribuye al análisis, identificación de necesidades y problemas, determinando prioridades, adaptando los servicios de salud ofrecidos a las necesidades de la población, lo que con lleva a la administración de los servicios de salud en forma equitativa, apropiada, efectiva y eficiente.

Evaluación de la estrategia de mercadotecnia social del condón en Cuba.

Dra. Cs. Nery Suárez Lugo (ENSP, Cuba)

Introducción: La estrategia de mercadotecnia social para promover el uso del condón en la prevención de las ITS/VIH/SIDA pretende lograr el posicionamiento de una idea y una práctica: conducta sexual protegida, con un producto tangible, el condón masculino y debe acompañarse con un algoritmo y metodología de investigación que permita evaluarla. Se presenta la metodología elaborada y

puesta a prueba en Cuba en el año 2004, que como investigación de mercados de salud, tiene el objetivo de identificar calidad y disponibilidad de condones, accesibilidad económica y geográfica, uso y barreras, conocimientos, actitudes y prácticas en la población, productores, proveedores y comercializadores.

Metodología Se trata de un estudio transversal que permite obtener una instantánea de la situación existente en el momento de la toma de información, mediante una encuesta de distribución realizada en los puntos de ventas tradicionales y no tradicionales y la conformación del perfil del consumidor mediante la encuesta, grupos focales y entrevistas a informantes claves de la población joven y grupos de riesgo. **Resultados y discusión.** Se constató que no se expresa una cultura de calidad sobre el condón en proveedores, distribuidores y comercializadores, que la cantidad de condones ofrecidos no cubre las necesidades y que los jóvenes de menos de 20 años señalaron considerar alto el precio del condón, entre otros resultados. **Conclusiones.** La metodología de evaluación y los instrumentos diseñados y utilizados, permitieron evaluar la estrategia y pueden ser tomados como referencia para otros estudios de esta naturaleza.

Mesa de trabajo 12:

Marketing Gerontológico

El perfil gerontológico de Tabasco

Dr. Ramiro Guerrero (INAPAM, Tabasco)

Objetivo: Definir el perfil del adulto mayor residente en Tabasco, México, con enfoque gerontológico. **Diseño:** Observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo. **Material y Métodos:** Población de estudio 35,745 adultos mayores, afiliados al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), delegación Tabasco. No se tomó muestra. Fuente de información: base de datos de la Encuesta de Adultos Mayores (EAM) 2004-2006, proporcionada por el INAPAM. Se estudiaron variables sociodemográficas, sanitarias y de preferencias personales. **Análisis:** Estadísticas descriptivas, software Microsoft Excel 2003. **Resultados:** Algunos adultos mayores se encuentran incapacitados para trabajar (11.9%), los que laboran lo hacen en el campo (10.5%). Casi todos tienen ingresos (99.8%): por apoyo familiar (46%), empleo (22.3%), o jubilación (12.9%).

Analfabetismo presente en la quinta parte de la población (21.0%). La mayoría viven acompañados (88.9%): por cónyuges (57.3%), hijos (45.9%), y/o nietos (16.2%). Viven en casas propias (87.1%), con los servicios básicos (94.3%). Las enfermedades más frecuentes: osteodegenerativas (50.4%), y oftalmológicas (39.2%), además de: hipertensión arterial, diabetes mellitus y neoplasias. Mayormente son derechohabientes del Seguro Social, (51.0%), pero los servicios de la Secretaría de Salud son más usados (28.7%). Fomentan los valores: salud (81.2%), familia (72.4%), y amor (45.9%); la convivencia con la familia es la actividad más frecuente de tiempo libre (72%). **Conclusiones:** Las características citadas integran el perfil gerontológico del adulto mayor de Tabasco. Los resultados de esta serie, difieren parcialmente con los reportados aisladamente por otros organismos nacionales, y con algunos autores extranjeros.

Manejo del adulto mayor en el centro de día “Casa Azul”

(Centro de día “Casa Azul” Tabasco)

Mtra. en Geriátrica Elsy del Carmen Quevedo Tejedo Y. Mtro. en Infectología

Alejandro Jiménez Sastré

Azul “Centro de día para Adultos Mayores”, es un Modelo de Atención Gerontológico, el cual se encuentra clasificado entre los denominados Centros de Atención Diurna, por el tipo de actividades que ahí se realizan y el horario que es de 7:30 am a 16:45 pm. Fue inaugurado el 13 de Mayo del 2002, y está constituido por un equipo interdisciplinario de profesionales que poseen la experiencia necesaria para proporcionar atención al Adulto Mayor basados en valores, con sentido de solidaridad familiar y conciencia de grupo. Mantiene el nombre de “Centro de día” por cuestión publicitaria, su giro es de asistencia social privada, estando registrados ante secretaría de salud que es quien norma los servicios que se proporcionan en el centro en base a la Norma Oficial Mexicana para la atención de Adultos Mayores y la de Servicios de Alimentación. Nuestro objetivo principal es sustituir a la familia del adulto mayor durante un horario que

le permita realizar sus actividades cotidianas sin que tenga que preocuparse por su familiar, este tipo de cuidados ofrece una alternativa para que el paciente permanezca unas horas al día en un lugar en donde pueda ser asistido, estimulado física, social y mentalmente y disfrute de la compañía de otros adultos mayores mientras su familia realiza sus actividades laborales o personales. Manejamos con los programas obligados según la Norma Oficial Mexicana y además contamos con un programa de manejo especializado en el paciente con Enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades similares que incluye actividades encaminadas a la atención, cuidado, estimulación neuropsicológica, reinserción social y actividades preventivas. Las finalidades de Azul Centro de Día para Adultos Mayores son: I.- Proporcionar atención multidisciplinaria al Adulto Mayor para mejorar su calidad de vida y dignificar esta etapa de la vida. II.- Contribuir a la satisfacción de las necesidades de la comunidad Adulta Mayor y orientar a sus familias en sus cuidados.

Programa Estatal de Gerontología

M.G.S Nicomedes de la Cruz Damas (DIF, Tabasco)

A iniciativa de la presidenta del patronato Dif Tabasco, Sra. Maria Teresa Calles de Granier se crea el programa estatal de Atención gerontológica, con el propósito de dar respuestas a los adultos mayores y sus familiares que buscan ayuda a sus crisis de envejecimiento, dichas crisis se crean en una familia cuando el adulto mayor pierde empoderamiento o funcionalidad para sus actividades de la vida cotidiana, los familiares empiezan notar que es necesario dedicar mayor tiempo a sus necesidades por lo que si este evento que se presenta es deterioro mental la catástrofe es mayor en cuanto a la crisis que se inicia en su red de apoyo, buscando como alternativa la institucionalización en la residencia del anciano casa del árbol, es ahí donde la coordinación estatal de atención gerontológica inicia sus trabajos de apoyo social, medico y psicológico, realizando una investigación y mejorando su red de apoyo para que finalmente el adulto mayor permanezca en su domicilio; por otro lado se llevan acabos líneas de acción en materia preventiva del proceso de envejecimiento en adultos mayores y sus familiares y en el

personal que trabaja con ellos de los diferentes Dif municipales y particulares a través de cursos, talleres y conferencias programadas, poniéndole especial interés en los trabajos de detecciones de alteraciones de la memoria en adultos mayores. Estos eventos se llevan cabo en coordinación con los Dif municipales a grupos de 200 a 300 adultos mayores a través de la aplicación de la prueba del minimental que no es una prueba diagnóstica pero si representa una evidencia su alteración, esto nos permite crear grupos de adultos mayores e iniciar trabajos de apoyo cognitivo para mejorar su calidad de vida y concentración a través de terapias cognitivas y dirigidas profesionalmente. Por otro lado se ha iniciado la capacitación del promotor gerontológico en los 17 Dif municipales para crear una red de apoyo gerontológico entre el sistema Dif estatal y municipal intercambiando información y capacitación actualizadas por parte de personal calificado en geriatría y gerontología.

Programas de preparación para la Jubilación

Dr. Marco Francisco Iris Sánchez (DACS-UJAT, México). Médico Cirujano, Maestro en Gerontología Social. Profesor investigador en la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. mfyris@hotmail.com

La jubilación tiene una visión económica y especial del cuidado del anciano que durante siglos había sido realizada por la familia, sin ningún tipo de remuneración y entendida como un deber. La jubilación nace con la llegada de la revolución industrial, cuando al ser humano se le valora por el trabajo que ha realizado al servicio de una institución, y esta se siente obligada a compensarle ante el resto de la sociedad. En su origen nació como una recompensa a los trabajadores de más de cincuenta años, los antecedentes nos remontan a 1796 y especialmente a Países Europeos como los Países Bajos. En Francia los primeros en obtenerlos fueron los militares y funcionarios públicos; luego los mineros y otras labores consideradas peligrosas, así se crean los primeros

sistemas de seguridad social. La jubilación laboral representa una más de las etapas de vida del adulto mayor, constituye el fin de la vida laboral y el inicio de la vejez teórica. A vivir como jubilado se aprende actualmente como autodidacta. Dada la globalidad de la condición de jubilado, no solo al abandono del trabajo sino a los hábitos vitales: salud, relaciones familiares y sociales y por supuesto situación económica, resulta rentable para el individuo y la sociedad el proporcionar algún tipo de preparación para el nuevo estado vital como es la jubilación. Los cambios que sufren los jubilados son de tipo personal, familiar, social y económico. Mediante “charlas”, el jubilado, adquiere conocimientos que mitigaran el impacto del cese laboral y lo capacitan para conocer el proceso de jubilación. Desde varios años antes se debe iniciar el proceso de preparación para la jubilación mediante los cursos o talleres, llamados pre-jubilatorios, los cuales tienen una duración de 6 a 8 horas, hasta 40 horas o más. La jubilación viene a marcar el cierre de una etapa, y como todo cierre, puede ser majestuoso o problemático.

Centro de atención integral para la atención del adulto mayor

Guadalupe Domínguez-Sosa*; *Dirección postal: Juan de la Barrera # 145, Col. Centro, Villahermosa, Tabasco, C.P. 86000. Correo electrónico: guadalupeDOMINQUEZSOSA@hotmail.com. Palabras clave: Adulto mayor; atención integral; modelos de atención

Introducción. La inversión de la pirámide poblacional, tiene múltiples implicaciones. Una de las principales, es el aumento de la demanda de servicios médicos, por portadores de enfermedades crónico-degenerativas, cuya prevalencia y complicaciones por la perpetuación de estilos de vida no saludables, aumenta progresivamente. Es importante para los sistemas de salud, establecer diagnósticos sobre la calidad de sus servicios al adulto mayor en todos los niveles, pues ellos ocupan la mayor proporción de sus recursos. **Objetivo.** Determinar la calidad de los servicios de salud al adulto mayor en las unidades médicas de tercer nivel del Estado de Tabasco, y proponer una estrategia que mejore la

calidad del servicio. **Metodología.** Diseño: transversal, descriptivo. Universo: adultos mayores, cuidadores, y profesionales de la salud, residentes en Tabasco, México. Muestra polietápica: 1) Método aleatorizado simple.- Adultos mayores; 2) Por conveniencia.- Un cuidador y un profesional de la salud por cada anciano. Se evaluó la calidad de la atención médica, mediante un cuestionario que determinó calidad y calidez de los servicios, $\alpha=0.88$ ($p<0.05$). Variables: satisfacción con los servicios, evolución de la enfermedad en tratamiento/control, tiempo de espera, espacio entre citas médicas, e información proporcionada por el personal médico y paramédico. Se incluyeron individuos de ambos sexos, sin deterioro cognitivo, de los Hospitales “Dr. Gustavo A. Roviroso” y “Dr. Juan Graham Cassasus” (SSA). Período Octubre-Diciembre 2007. Análisis: estadísticas descriptivas, y valor z ($p=0.05$), estimadas con SPSS® 10.0. **Resultados y discusión.** 150 adultos mayores, cuidadores y profesionales de la salud. Los tres grupos manifestaron insatisfacción significativa ($p<0.05$) con la calidad de la atención brindada, por deficiencias en las dos dimensiones estudiadas (calidad y calidez), en 40-60%. Deficiencias percibidas: 2-4 consultas por el mismo padecimiento, tiempos de espera >1 hora, lapso entre citas subsecuentes >1 mes, falta de comunicación, relación médico-paciente-familia deficiente. **Conclusión.** Los servicios de salud son percibidos como deficientes por todos los sujetos implicados en el proceso, en proporción significativa, es necesario desarrollar intervenciones que mejoren calidad y calidez de los servicios, subrayando la deficiencia en la relación médico-paciente-familia detectada en esta serie. Se propone una estrategia, basada en un modelo de atención gerontológico integral a nivel estatal.

Formación de cuidadores del adulto mayor

M.G.S Nicomedes de la Cruz Damas (ISSSTE, Tabasco)

En los últimos años los avances en la ciencia y la medicina, aumentaron la esperanza de vida modificando la estructura de las edades de la población. Cada vez es mayor el número de personas mayores de 60 años que requieren una atención especial. Ante estos indicadores y con el fin de dar respuesta a las demandas de la población el ISSSTE crea en el 2003, la Escuela Nacional sobre Estudios y Atención al Envejecimiento (ENEAE), que tiene como propósito conjuntar las capacidades institucionales, ayudada por la comunidades y las

familias afrontando algunas de las necesidades importantes de las personas envejecidas y quienes conviven con ellas. El Instituto impulsa un gran movimiento para facilitar la reintegración social de los ancianos y mejorar su calidad de vida, al ofrecer servicios de capacitación a la población abierta encargada de cuidar a sus adultos mayores en sus propias familias. El cuidador primario es el familiar, amigo o persona remunerada, que atiende la mayor parte de las necesidades del mayor, para el desarrollo de sus actividades de la vida diaria. El estado funcional del adulto guarda estrecha relación con el desempeño de este cuidador. El cuidado de personas de edad avanzada, requiere de mucho más que disposición y buenas intenciones, necesita prepararse, conocer como mínimo las acciones y medias preventivas comunes, que favorecen el bienestar y funcionalidad del anciano. La EEAE no es un edificio específico, es un sistema educativo que permite que las familias sepan actuar responsable y efizcamente ante las necesidades de salud e integración de sus ancianos y que las instituciones de salud cuenten con el personal necesario para atenderlos. En Tabasco, inició operaciones en 2004 en la Cmf de Medicina Familiar de Casa Blanca con el “Curso Básico para el cuidado de personas envejecidas” dirigido a derechohabientes. En 2005 el Programa se abre al público en general y se implementa un “Diplomado en Gerontología” y el “Curso para formación de instructores” paralelamente al Curso Básico, realizándose también dos jornadas gerontologicas, capacitando a 2687 cuidadores.

Promoción y rehabilitación en geriatría

Dra. Leticia Guerrero Pérez (Universidad del Valle, Campus Villahermosa)

Medica Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Coordinadora de la Licenciatura de Fisioterapia de la Universidad del Valle de México Campus Villahermosa, Tabasco.

Objetivo: Construir Parques Geriátricos que tiene como objetivo prevenir Síndromes Disfuncionales Discapacitantes en los Adultos Mayores con el uso del tiempo libre, la Sociabilización., el fomento del ejercicio físico y mental, el tener un espacio propio y de exclusividad con atención de profesionales de la medicina (Gerontólogo, Fisioterapeuta, Nutriólogo, Psicólogo, médico) así como un voluntariado y la Integración Familiar. **Diseño:** Propuesta. **Método:** Conformación

de los Parques Geriátricos con equipos diseñados especialmente para actividades físicas propias de Adultos Mayores, con capacidad rehabilitadora osteo-muscular. Rampas y andadores.- Para aquellos quienes la caminata es su interés. Un área para juegos de mesa.- Para la realización de ejercicios mentales, un mini golf.- Donde se puedan divertir en forma individual o en equipo y practicar una actividad física y mental al mismo tiempo. Áreas para la lectura.- En un lugar cerrado o abierto, para quienes disfrutan del buen hábito de leer. Un salón de usos múltiples.- Para aquellos a quienes les gusta la música y el baile, pero también para uso de la práctica del Tai-Shi. El área sería en un lugar cerrado con su equipo de sonido y espejos alrededor para verse mientras practican, Una cafetería o área nutricional.- Donde se expendan con precios accesibles, alimentos elaborados bajo supervisión de nutriólogos, con los requerimientos nutricionales adecuados para la dieta propia del adulto mayor. Áreas de sanitarios.- incluidos sus accesorios para discapacitados. Área de servicio medico.- Contando con un consultorio médico, uno para psicoterapia, un consultorio nutricional. **Conclusión:** Desde la perspectiva de lograr un envejecimiento activo, éste proyecto será viable en cuanto la mayor sumatoria de voluntades sobre todo políticas se agreguen por el bien de una nación. La cultura de la prevención de enfermedades y su rehabilitación temprana, incorpora al individuo de manera rápida a sus actividades de la vida diaria, ofreciéndole bienestar y condiciones de menor fragilidad por lo que este proyecto se haya fuertemente vinculado en las políticas internacionales establecidas a través de la OMS. Por lo que es sumatoria a un envejecimiento exitoso.

Mesa de trabajo 13:***Marketing de tecnologías para la salud******Planeación mercadológica de las tecnologías de la información y comunicación en salud***

M.S.I. Juan Antonio Córdova Hernández (DACS-UJAT, México)

El presente trabajo de investigación propone rediseñar la red de comunicaciones de la División Académica de Ciencias de la Salud, bajo el siguiente esquema: análisis, diseño, implementación y mantenimiento, utilizando cableado estructurado categoría 6 dicho cableado debe soportar aplicaciones de voz digitales y analógicas, datos y dispositivos de bajo voltaje de vídeo y conexiones con otras redes de área local de la División así como enlaces hacia otras redes publicas; redes estatales de educación, sector salud y gobierno Además el sistema deberá cubrir su capacidad y funcionalidad con un mínimo de componentes, ser flexible y capaz de incluir innovaciones tecnológicas cuando se

requieran o estén disponibles, al mismo tiempo que evolucionan las nuevas tecnologías, la necesidad de una infraestructura balanceada y el exceso en la infraestructura de cableado se volverá más crucial. Todas las instalaciones de cableado estructurado son importantes para la División Académica de Ciencias de la Salud, y deberán estar certificadas, El sistema de cableado estructurado, debe apegarse estrictamente a estándares y normas de diversas asociaciones, como ANSI/EIA/TIA 568-A que regulan los componentes del cableado, la forma en que debe tenderse el cableado horizontal, vertical, área de trabajos, cuarto de equipos y las acometidas. Palabras Claves: Cableado Estructurado; horizontal, vertical, área de trabajo, cuarto de equipos y acometidas, estándares y normas ANSI/EIA/TIA 568-A.

Educación en ambientes virtuales, una visión desde la mercadotecnia

Mtra. María Teresa Pinto Blancas

Lic. Enf. Ricarda García Tejedo

M.S.P. Laura Carrillo Hernández

M.B. Leticia Figueroa Silva

(DACS-UJAT, México)

Palabras claves: *Internet, nuevas tecnologías, mercadotecnia*

El comportamiento de los consumidores dentro de un ambiente global, transforma sus hábitos de consumo de bienes y servicios, a partir de la interacción de factores psico-sociales que condicionan su conducta. Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (NTIC), ofrecen a los consumidores, la posibilidad de ampliar y diversificar su comportamiento de consumo. Este trabajo destaca aspectos de interés, como el uso de la Internet desde una óptica pedagógica inmersa en una función de mercadotecnia en el contexto de las instituciones educativas. Bajo esta premisa el Sistema de Educación a Distancia (SEAD) de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, oferta servicios

orientados a satisfacer necesidades y demandas que sectores específicos requieren para resolver problemas. La División Académica de Ciencias de la Salud (DACS) responde a la necesidad de profesionalizar al personal de enfermería, a través de la Licenciatura en Enfermería. Curso Complementario, como oportunidad de cobertura educativa. Se argumenta como la educación a distancia ha venido a posesionarse como una modalidad educativa de gran potencial, se enfatiza la importancia de planear acciones en mercadotecnia garantizando el acceso de los usuarios para satisfacer sus necesidades en materia de educación, mediada por la tecnología y el uso de la Internet, como medio de gestión del conocimiento, además representa un servicio público cooperativo y disponible en términos económicos y accesibles a millones de personas, sin embargo por si mismo no siempre constituye un recurso didáctico valioso que contribuya a resolver el rezago en materia de educación. Se sustenta el uso de la Internet como herramienta para el aprendizaje bajo los principios de tres teorías: *del constructivismo, de la conversación, y del conocimiento situado*, propuesto por Borrás, I. (1996). Herramienta que también provoca nuevas actitudes o cambios entre los actores del proceso educativo constituyendo un nuevo paradigma para el proceso de enseñanza y de aprendizaje. El SEAD-DACS, ha impactado en diversas dimensiones del proceso de educación, como la profesionalización de un segmento del gremio de enfermería, concluyendo que este proceso educativo ligado al proceso mercadológico y utilizando como herramienta la Internet, satisface necesidades de consumo.

TIC aplicada en el aprendizaje médico

M.S.I. Juan Antonio Córdova Hernández

Est. Lidia Pérez Alonso

(DACS-UJAT, México)

Las Ciencias de la Salud y la medicina en particular, son uno de los campos del saber más evolucionados y beneficiados por el uso de las modernas tecnologías de la información. La medicina ha sufrido una gran mejoría en los últimos años gracias a la implementación y modernización de la tecnología, esto ha dado pautas para que hoy en día se puedan realizar todo tipo de intervenciones quirúrgicas con el menor grado de invasión y molestia de parte del paciente, no sólo reduciendo los riesgos, sino también de la manera de pensar del ser humano.

La calidad de vida ha progresado mucho a causa de la tecnología médica, no sólo desde el punto de vista físico, sino que ha dado fin a numerosas enfermedades fatales, ha llevado esperanza a millones de personas en todo el mundo con necesidades físicas urgentes, como el transplante de un órgano. Pensemos en aquellos pacientes que hace cincuenta años no tenían una herramienta tecnológica contra las enfermedades como el cáncer, ahora se puede combatirlo abiertamente y lo más satisfactorio es que poseen grandes posibilidades de curarse. En un futuro, la tecnología permitirá el descubrimiento de tratamientos contra enfermedades que en la actualidad son incurables. El campo biomédico es uno de los ejemplos más ilustrativos de cómo el progreso científico está teniendo lugar en nuestros días y se nota con los avances de trascendencia social. Los científicos se han ocupado en investigaciones para la incorporación de los avances tecnológicos en la práctica de la medicina, ante tal utilización progresiva se ve en un futuro un cambio radical de la ciencia médica. Cabe destacar que la tecnología aplicada en medicina es de suma importancia para las nuevas generaciones ya que se ha incorporado la búsqueda de diferentes medios tecnológicos que permitan una mejor calidad de vida. La medicina ha representado una serie de avances tecnológicos y desarrollos constantes, que han resultado en la transformación de la práctica médica. Debemos tener en cuenta que las grandes maquinarias y la gran tecnología día a día estarán presentes en la mente del hombre para el beneficio propio. Entonces nos hacemos la pregunta: ¿Qué es mejor? la máquina o el hombre? PALABRAS CLAVES: Medicina, tecnologías de la información, biomedicina, calidad de vida.

Mesa de trabajo 14***Marketing, cultura y consumo sanitario******Sociedad, cultura y consumo de productos de salud***

Dra. Rosa María Romo López (DACSyH-UJAT, México)

Las actuales tendencias globalizadoras de transnacionalización económica, han sentado las bases de una serie de factores complejos que están provocando un cambio de estilo de vida, creando una nueva cultura que abarca todas las expresiones sociales y de la vida ordinaria, encaminada cada vez más hacia una necesidad intrínseca de consumir. Esta transformación ha afectado de una manera por demás dinámica y profunda a los diversos sectores que componen nuestra sociedad, a partir de una diversificación de las posibilidades de elección por parte del posible comprador. Los intereses de este consumo han ido modificándose al paso del tiempo y por lo mismo, ramificándose hacia diversos aspectos de la vida del ser humano, llegando a tocar necesidades básicas como la salud, a partir de un proceso en el cual, junto a la cada vez mayor toma conciencia respecto a la necesidad de lograr un entorno ecológico menos deteriorado a la par

de una vida sana, ha llevado al individuo a fundarse la idea de consumir alimentos de origen natural y medicinas llamadas alternativas elaboradas con hierbas o plantas, y en la mayoría de los casos llamadas naturistas. El individuo inmerso en esta sociedad de consumo, intenta reponer su salud con curas que tengan como características principales el ser rápidas y efectivas, aunque no siempre las más económicas. El consumo de estos medicamentos ha ido en aumento paulatino, a consecuencia de las nuevas tendencias del marketing en salud implementado por algunas empresas dedicadas a fabricarlos, con el cual se pretende que el producto que se oferta para restablecer la salud, se oriente siempre hacia el cliente (paciente) y hacia un mercado (la comunidad), basándose primordialmente en la satisfacción de los consumidores (pacientes). Este proceso de consumo, ha sido reforzado por estrategias de mercadotecnia comercial intensivas que se muestran en los medios masivos de comunicación, promoviendo el desplazamiento a lo comercial de una parte de las dolencias propias del ser humano que se encuentran relacionadas con el estilo de vida actual, incitando además un consumo poco racional de estos productos, ocasionando con ello, no un restablecimiento de la salud, sino un deterioro.

Actitudes hacia el consumo sanitario de la llamada “generación” (jóvenes de 18 a 25 años)

M. A. Juan Carlos Mandujano Contreras (DACEA-UJAT, México)

juancarlosmandujano@hotmail.com

Palabras clave: Consumo sanitario, Generación "Y", Marketing Sanitario

Introducción. Dentro de las herramientas de la Mercadotecnia la Segmentación de mercados ocupa un papel primordial, ya que permite al mercadologo poder acercarse a la parte del mercado que pueda interesarse por sus productos o servicios y por ello los estudia y conforme a una clasificación establece el perfil de su consumidor meta, para llevar a cabo la segmentación de mercado se puede hacer bajo los denominados criterios de segmentación que es la división del mercado en grupos homogéneos y equitativos¹, cada uno con diferentes necesidades y preferencias. de ahí que se obtenga la segmentación por Geografía, por Demografía, por Psicografía, y por Comportamiento², dentro de la

segmentación demográfica se clasifica a los clientes potenciales por edad, sexo, estructura familiar, ingreso, clase social, y raza. En dicha segmentación se han identificado bajo la agrupación de edades las llamadas “Generaciones” entre las que destacan los BABY BOOMERS, nacidos entre 1946 y 1964, la Generación X nacidos entre 1965 y 1976 y la Generación Y. Se les considera miembros de esta a las personas nacidas entre 1977 y 1994, es decir aquellos que actualmente promedian edades entre los 15 y 25 años y cuya forma de respuesta ante los estímulos de mercadotecnia son a las formas de diversión, lo interactivo y las experiencias, atender a esta generación es considerado complicado ya que se encuentra preparada tecnológicamente, sus miembros desean productos y servicios novedosos que sean aceptados por sus amigos, pero en cuanto se populariza el consumo lo abandonan.³

Objetivo del Trabajo. Construir un marco teórico de Investigación que permita analizar las características de consumo sanitario de la Generación “Y” en Tabasco para un mejor mercadeo de productos y servicios sanitarios.

Metodología. Para llevar a cabo este trabajo se hizo una investigación documental, revisando la literatura del tema, así como la documentación en fuentes secundarias de investigación.

Resultados y discusión. La actitud del consumidor es lo que hace que este prefiera un determinado producto frente a otro similar, es decir la actitud es la representación de lo que gusta o disgusta al consumidor, se denomina actitud favorable a la preferencia de adquirir un producto, aunque se debe entender que una actitud favorable no necesariamente culmina en una compra. La medición de las actitudes implican 2 tipos de actitudes que son la Actitud hacia el Objeto y la Actitud hacia el comportamiento, la formación de la actitud se nutre de la cantidad y calidad de información que reciba el consumidor, y de las creencias que el consumidor tenga, es decir en juicios subjetivos respecto de la relación de entre dos o más cosas, las creencias sobre los atributos sobresalientes de un producto proporciona una base cognoscitiva sobre la cual se elaboran las actitudes, otra forma con la que generan las actitudes es como resultado de las emociones respecto al objeto de la actitud, la emoción se puede definir como un estado afectivo o como una reacción, pudiendo ser positivas o negativas, abrumadoras o inexistente.

Conclusiones. La Generación “Y” se desarrolla más aprisa que otras generaciones, ya que ha tenido una cantidad de información y tecnología a su alcance que le ha permitido transitar de la infancia a la juventud con gran rapidez, Son muy sensibles a los problemas globales como la pobreza, la guerra, la

ecología, el altruismo y la orientación sexual, reconocen los valores tradicionales pero expresa su deseo de autonomía a sus necesidades personales independientemente de las tendencias. Se estima que actualmente los miembros de la generación “Y” en México son 28.807 millones lo que representa el 27% de la población nacional y en el Estado de Tabasco suman una cantidad poco mayor al medio millón de habitantes. El Consumo Sanitario Es el proceso de adquisición, aplicación o utilización de los bienes y servicios sanitarios a fin de obtener de ellos una satisfacción o utilidad⁵. La acción de los consumidores en el proceso de compra o uso de los productos de salud, se refleja en una posición consumista o consumerista, la actitud consumista refleja una visión acrítica e irreflexiva en la adquisición y un uso indiscriminado en los productos de salud, en el caso del consumerista en salud este asume una posición concienzuda y reflexiva y obtiene un reconocimiento médico e institucional de su autonomía, valores, creencias y preferencias en materias de la salud.⁶ Los modelos de investigación de medición de la actitud más aceptados son el Modelo Fishbein de actitud multiatributo y el Modelo de punto ideal de actitud multiatributo.

Bibliografía.

- 1.-Solomon M. y Estuart E.(2001) Comprensión e Identificación de los Mercados, En: *Marketing Personas Reales Decisiones Reales*. Ed. Printece Hall, Colombia 2da. Edición;8:203-209.
- 2.-Kotler P. y Armstrong G.(2001) Segmentación de Mercados, En: *Marketing*. Ed. Printece Hall, México 8va. Edición;7:203-208.
- 3.- Fisher L. y Espejo J.(2004) Comportamiento del consumidor, En: *Mercadotecnia*. Ed. Mc Graw Hill, México 3era. Edición;5:116-117.
- 4.-Blackwell R. y Miniard P.(2001) Intenciones, actitudes, creencias y emociones de los consumidores, En: *Comportamiento del Consumidor*. Ed. THOMSON, Argentina 9na. Edición;10:289-295.
- 5.-Rubio-Cebrian S.(1995)Glosario de Economía de la Salud. Madrid, Díaz de Santos

6.-Priego-Álvarez H.(2005)Implicación y Conocimiento en la actitud del usuario durante el proceso de consumo sanitario *Salud en Tabasco*. Vol 11(003), pp. 400-403.

Medicina psicosomática, tradiciones y costumbres

Dr. Gonzalo Mauro Manzanilla Soler (DACS-UJAT, México)

Es de vital importancia esclarecer el concepto de **HOLISTICO** con lo que se identifica actualmente a la **MEDICINA ALTERNATIVA** o **NATURISTA**. Originalmente la **Filosofía, el método por excelencia**; comparte **el principio holístico** con la **Psicología Filosófica** como disciplina integradora **del tratado del alma y el estudio del espíritu**, este **principio holístico** prevaleció poco más de un milenio; hasta la época del **Renacimiento**, en que **Renée Descartes** expone su tesis **Discurso por el método**, en dónde encontramos la propuesta del **método científico** y posteriormente **Emmanuel Kant**, nos aporta su excepcional visión cognitiva en la **Crítica de la Razón Pura** y el **Análisis del Juicio**; así través del tiempo, las investigaciones anatómicas y neurofisiológicas de grandes talentos como **Sherrington; Lombroso; Ramón y Cajal, Hernández Peón**; entre otros tantos científicos e investigadores sustentaron y definieron las diferentes especialidades de la **Medicina Humana**, rescataron a la **Psicología Filosófica** de la penumbra del **principio holístico** exponiéndola a la luz del conocimiento científico y la metodología para ubicarla en la ciencia, a la cual siempre debió pertenecer como **Psicología Científica**; sería muy extenso enumerar a los genios **desde Charcot, Braüier, Freud, Fenichel, Jung y muchos más**; que proyectaron a esta **disciplina clínica**, en el marco de la **Salud Humana** y muy especialmente en la **Salud Mental**. Actualmente existen grupos financiados por entidades religiosas (**Catolicismo; Protestantes; Testigos de Jehová; Mormones; Islámicos; especialmente los denominados Cristianos**) que anteponen el credo, el dogma y la fe por encima de las investigaciones y estudios de la ciencia humana, generando una corriente definida como **Cientificismo** siendo tal su poder y presencia a nivel mundial que han generado nuevas teorías y conceptos acordes a sus intereses dogmáticos, políticos, económicos, religiosos, sectarios y etnolingüísticos. **¿Qué podemos opinar de la nueva Teoría de la Evolución Humana en relación con la Teoría de la Eva Africana y la**

Mitocondria originaria de la humanidad? ¿Es la Programación Neurolingüística lo que pregonan? ¿La Cienciología o Dianética es un principio religioso o científico? ¿La Terapia de la Gestalt de Pearl integrada al Yoga, la Meditación y la Espiritualidad Hindú es funcional? ¿La aplicación de la Salud Alternativa en qué se sustenta? Son demasiadas las dudas y las preguntas por lo que debemos recordar la década de los '30 cuando **“la justicia” norteamericana** encarceló a maestros que impartían en sus clases de secundaria **la Teoría de la Evolución de Darwin** y qué decir del **Silva Mind Control (Control Mental)** cuyo autor era Técnico en Electrónica e impartiendo clases en su taller **“descubre el potencial de la mente humana”**. **Respecto a la Cienciología o Dianética (1950)** es el gran negocio como principio sectario dogmático para superar los conflictos emocionales, según su autor **L. Ronnald Hubbard** que aprovechó inventar esta falacia, a través de su indiscutible método de enseñanza **el saber como saber**; aplicado en 1943 al Ejército Americano urgido de capacitar a los soldados en el manejo de armas y prepararlos para la Segunda Guerra Mundial. Es pertinente hacer mención que en estas **fechas (Abril. 2006) en la ciudad de Villahermosa**, inicia oficialmente sus actividades con edificio propio; la iglesia de **Cienciología o Dianética**. El éxito vigente de las tendencias **del Esoterismo, la Nigromancia, los Talismanes, la Magia Negra, La Magia Blanca, el Satanismo, la Sanación, el Yoga, el Tai'Chí, el Ayurveda, la Herbolaria, la Brujería o Chamanismo**; se debe a que el pensamiento mágico de origen primitivo, prevalece en un mundo en crisis de valores morales; familiares; de grupo y comunitario; además de la globalización (economía) y la guerra santa del Medio Oriente vs. Occidente encabezada por el gobierno Norteamericano, apoyando a Israel, el genocidio de Palestina, la invasión de Afganistán y de Irak. Debemos considerar el enorme conflicto espiritual que han ocasionado las diferentes iglesias y en lo político, las tendencias partidistas e intereses de grupo que en Tabasco han desencadenado confrontaciones familiares y divisiones en las comunidades; en medio de la inseguridad de la vida cotidiana. Podemos encontrar a través de los medios de comunicación (Radio, TV, Prensa, Volantes, Revistas y Carteles) propuestas de **psíquicos, brujos, lectores de cartas (tarot)** que al texto dicen: **“...no se le darán falsas promesas” “...absoluta seriedad y discreción” “...el bien y el mal si existen” “...resultados garantizados” “...hermano mío, apoya tus manos al aparato de radio que soy el representante del Espíritu Santo y de Jesús” “...hable a**

nuestra línea psíquica y mis psíquicos le van ayudar” al mismo tiempo, aparece un **“cintillo”** con los números telefónicos. **Tabasco** no es ajeno a estas expectativas que causan un enorme daño económico, psicológico y biológico a las personas que recurren a estos **“servicios”** al tomar y beber pocimas de **hierbas “curalotodo”**, medicamentos caducos, lectura de cartas con la promesa del regreso del ser amado, baños espirituales y otras tantas charlatanerías; provocando **reacciones psicosomáticas en el ser humano**, las grandes preguntas serían: **¿y qué hacen al respecto las autoridades de justicia en el estado? ¿y las autoridades de Salud?**. A propósito de la Secretaría de Salud en Tabasco, a través de la Dirección de Calidad y Enseñanza en Salud y el Departamento de Formación de Recursos Humanos; mediante oficio No. 5038, con fecha 27 de Octubre del 2003; comunican que en la Primera Reunión Nacional de Educación en Salud, la nueva denominación de la Coordinación de Atención Médica y Regulación Sanitaria es Coordinación de Carreras Afines a la Salud en 3 áreas: Carreras de Atención a la Salud (Sustituye a la Carrera de Atención Médica) Carreras de Regulación Sanitaria y Carreras de Apoyo. Con lo que pretenden lograr que los **alumnos egresados** de las **instituciones educativas** que requieran **su Servicio Social de los niveles Técnicos o de Licenciatura tomen nota** y se comprometan a elaborar su **Programa Académico**; finalmente hacen mención, que es de acuerdo a lo establecido en la **Ley y Norma del Servicio Social**. En el primer Anexo de la distribución de las carreras según el área, el de **Atención a la Salud a nivel técnico** en el listado encontramos **Licenciado (¿?) en PROGRAMACION NEUROLINGUISTICA** con el **número progresivo 26 y la clave de registro 19, Y NO** encontramos, en ninguna parte del listado **Licenciado en PSICOLOGÍA**, lo cual es una referencia muy grave para las instituciones universitarias de Tabasco que tienen escuelas de **PSICOLOGÍA** desde hace 15 años, formando académica y profesionalmente **PSICOLOGOS CLÍNICOS** para atención de la Salud Mental. Sería interesante que de acuerdo a lo antes expuesto, la Secretaría de Salud en el Estado; nos informara y de ser posible demostrar, en que universidad del país o extranjera; se imparte profesionalmente la licenciatura en Programación Neurolingüística.(¿¿??) **Tabasco** aún conserva parte de su **tradición y “el costumbre”** que desde siempre ha sido factor determinante y competitivo en la **praxis médica y psicológica**; he aquí algunos **padecimientos psicosomáticos** propios de nuestra cultura ancestral: **El Sujto; El Incordio; El Empacho; La Danza del**

Carricoche y los Mezquinos; El Paladeo (Güergüero), El Tutupiche y el frijol, El Mal de Ojo, El Calentamiento de Cabeza, La Maledicencia, La Posesión, El Novenario y el Recogimiento, El Cabo de Año y otras. Es innegable el factor social y cultural; es por ello que, debemos continuar intentando conservar nuestra identidad, esmerarnos en mejorar la calidad indiscutible de los servicios médicos, de la **Medicina Psicosomática y Psicoterapéuticos**, tanto en lo institucional como en lo privado.

Mesa de trabajo 15:

Marketing, Educación Ambiental y Sustentabilidad Parte II

Mercadotecnia y sustentabilidad para una comunidad diferente.

M. en A. Rita Elena López Fuentes. (DIF, Tabasco).

ANTECEDENTES DEL DESARROLLO SUSTENTABLE EN LA COMUNIDAD

La experiencia y realidad cotidiana que viven las familias en las comunidades en lo referente a sus actividades productivas sean hortalizas o aves de traspatio, se encauzan hacia cultivos orgánicos. Esto es para fortalecer su producción a través de insumos de origen natural y orgánico dándole mayor valor nutritivo a sus hortalizas y aves de traspatio. Al ser cambiados los insumos agroquímicos por los orgánicos, los grupos comunitarios se empoderan de una nueva vida de desarrollo sustentable en la que se cuida el medio ambiente adquiriendo una cultura ecológica que protege su presente sin comprometer el futuro de las nuevas

generaciones. **JUSTIFICACION** La importancia de una campaña publicitaria sobre desarrollo sustentable en las comunidades orienta y concientiza a la familia comunitaria al cuidado de su medio ambiente para legar a sus próximas generaciones una cultura ecológica que les permita conservar sus recursos naturales y medio ambiente libre de contaminación. Los medios de comunicación con mensajes que edifiquen una conciencia social comprometida, para la conservación de flora y fauna y ríos limpios, en nuestras comunidades lograra, que los grupos comunitarios sean los protagonistas de una generación diferente que se comprometa a dejar a las nuevas generaciones un legado de cultura ecológica que deje atrás los intereses egoístas e individualistas que han contaminado nuestro entorno ambiental por una generación que tenga como fin consolidar una cultura de vida que ame la naturaleza. La contaminación y el cambio climático son el resultado del abuso irresponsable de la utilización de nuestro medio ambiente por lo cual el desarrollo sustentable es la única oportunidad de rescatar un entorno ambiental habitable sin contaminación.

OBJETIVO Difundir y concientizar a través de los diversos medios de comunicación a los grupos de desarrollo comunitario para que en ellos se de el empoderamiento de un estilo diferente de vida en el cual se de una cultura ecológica que cuide el medio ambiente y no comprometa el futuro de las nuevas generaciones. **MISION** Impulsar a los grupos de desarrollo comunitario para que adquieran habilidades y hábitos a través de la información y prevención que les permita vivir dignamente mediante un desarrollo sustentable que los oriente a mejorar sus niveles de vida. **VISION** Consolidar a los grupos de desarrollo comunitario como agentes multiplicadores de una cultura ecológica que a través del desarrollo sustentable conserve y vivifique la naturaleza y el medio ambiente.

UTILIDAD Para el rescate de nuestro deteriorado medio ambiente es necesario sumar voluntades que comprometan a gobierno y sociedad. No podemos actuar unilateralmente ni mantener una actitud indiferente y pasiva ante la aniquilación por contaminación de nuestros ríos flora, fauna y los trastornos climáticos, que ha provocado nuestra inconsciencia y la falta de cultura cívica y ciudadana al arrojar la basura a las calles que ocasionan problemas en el alcantarillado de la ciudad; provocando inundaciones por aguas negras que provocan enfermedades gastrointestinales y de la piel en la ciudadanía afectada. Por otro lado se requiere la participación comprometida de las autoridades municipales para el funcionamiento de los carcamos de una manera eficiente para prevenir

inundaciones. Es por eso que nosotros proponemos la campaña publicitaria denominada “por que lo amo lo cuido” con el objetivo de incidir en las comunidades marginadas a través de la estrategia de desarrollo comunitario “Comunidad DIFerente” en las nuevas generaciones para hacer conciencia en el cuidado del medio ambiente.

Marketing y política pública estatal de adaptación al calentamiento global

M. en C. Leticia Rodríguez Ocaña (DACEA-UJAT)

La evidencia científica y los pronósticos elaborados a través de complejos sistemas de simulación ambiental, señalan que el calentamiento global es el problema ambiental más grave al que nos enfrentamos en este siglo. Sin duda alguna el fenómeno de Cambio climático es condicionante de gran parte de la población mundial, los efectos que este provoca y (provocará) son sentidos y (serán sentidos) de forma distinta en los sectores de la sociedad, manifestaciones crudas como las inundaciones, las sequías colocan a la sociedad en un estado de vulnerabilidad alto. En México debemos analizar y poner en práctica medidas que nos permitan adaptarnos a un clima cambiante, y que reduzcan nuestra vulnerabilidad a las variaciones negativas del clima. Por su parte los gobiernos desde sus políticas públicas han insertado el tema ambiental como un eje transversal, y el de cambio climático esta tomando este mismo énfasis debido a que este es un problema de seguridad estratégica, nacional y mundial. El poder de la comunicación puede ser enfocada en la promoción de estilos de vida más sustentables. Mitos y realidades de lo que funciona y lo que no funciona en las comunicaciones del desarrollo sustentable. En nuestro Estado el establecimiento de las políticas públicas y de la agenda estatal ante el fenómeno del cambio climático, se concibe como una estrategia transversal que involucra a los tres órdenes de gobierno y a todos los sectores sociales, económicos y productivos. Sin embargo, la política pública Estatal frente a esta temática no ha incluido una de comunicación diferenciada para concientizar y crear una cultura acorde con los retos que impone el cambio climático. El marketing es una herramienta estratégica que puede ayudar a comunicar mensajes efectivos y diferenciados hacia una amplia variedad de públicos acerca de este tema que es el asunto ambiental más complejo visto desde la agenda de la política internacional.

La educación ambiental, la sustentabilidad y el derecho.

Dra. en Der. Amb. Gloria Castillo Osorio (DACSyH-UJAT)

Lic. en Der. Areanna Hernández Jiménez (DACSyH-UJAT)

Actualmente son diversos los problemas ambientales en los que nos encontramos inmersos, lo cual supone una modificación o nuevas perspectivas desde las cuales ubicar a la educación, específicamente a la educación ambiental la cual busca lograr un cambio de cultura y de mentalidad con respecto al comportamiento que debemos tener para con nuestro medio ambiente, por lo que no debemos hacer planteamientos simples e individuales, sino hacer una verdadera reflexión sobre la dimensión de estos problemas y esto como guías educadores nos llevará a plantearnos cuestionamientos más allá de los aspectos conceptuales, que sean integrales con el entorno que nos rodea y con miras a lograr una conciencia protectora de éste, con acciones de fomento sustentable y perdurable. Preguntas que nacen de esas reflexiones son: ¿el deterioro ambiental puede dañar la salud de la población, o únicamente se pone en peligro a la naturaleza?; ¿será que la contaminación disminuye nuestra calidad de vida? La cual encontramos plasmada en nuestra constitución general, específicamente en el artículo cuarto, cuando indica que: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, así como a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar, principios que encontramos también en el artículo séptimo de la Ley General de Educación, en el que se señala que la educación que imparta el Estado, tiene como fines el desarrollo de actitudes solidarias en los individuos, para crear conciencia sobre la preservación de la salud; al igual que la de inculcar los conceptos y principios fundamentales de la ciencia ambiental, el desarrollo sustentable así como de la valoración de la protección y conservación del medio ambiente como elementos esenciales para el desenvolvimiento armónico e integral del individuo y la sociedad. Haciendo referencia al desarrollo sustentable también denominado perdurable o sostenible, definido como la satisfacción de las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las necesidades de las del futuro; tiene como objetivo la explotación moderada de nuestros recursos naturales, utilizándolos de forma racional, fomentando su preservación y conservación, procurando un equilibrio en los sectores: ambiental, económico y

social, con el apoyo de las tecnologías, de forma que el medio ambiente pueda recuperarse en parte, por las afectaciones de la actividad humana. Por lo que, debemos preguntarnos si este desequilibrio que le originamos a la naturaleza traerá consecuencias graves para las generaciones futuras? Cuántos de nosotros nos hemos preguntado si contaminamos y de qué manera lo estamos haciendo y cómo podemos remedirlo? Los problemas ocasionados al medio ambiente, es una responsabilidad de todos.

Proyecto para disminuir el uso de las bolsas de plástico en un supermercado de Comalcalco.

Córdova Granel Carlos Valentín División (DACBioI-UJAT)

El uso de las bolsas de plasticos que a diario se dan en casi todos los establecimientos de nuestro país (México), se han convertido en un grave problema ambiental, ya que afectan a diversas especies marinas, provocan inundaciones, afean el paisaje, se generan en grandes cantidades, y que tardan más de 100 años en biodegradarse, entre otros problemas; además de que no existe ninguna ley que regule el uso de estas. El siguiente proyecto va dirigido a unos de los supermercados más grandes en Comalcalco Tabasco, donde son utilizadas diariamente; además se puntualizarán alternativas para dejarlas de usar por la comunidad consumidora.

Manejo de llantas de desecho en Comalcalco, Tabasco

Pérez Córdova José Ignacio (DACBioI-UJAT)

Debido al incremento del parque vehicular de la ciudad se han ocasionado problemas para la disposición de las llantas de desecho generadas ya que parte de éstas tienen como destino final los patios de las viviendas donde son susceptibles de acumular agua lluvia, lo que genera un serio problema de salud pública al ser un medio propicio para la proliferación de mosquitos transmisores de enfermedades como el dengue. Las llantas que se desechan anualmente se abandonan en barrancas, tiraderos, terrenos baldíos, azoteas, mientras que en otros países representan procesos industriales que generan fuentes de trabajo y utilidades. Las plantas cementeras aprovechan las llantas usadas por su valor calorífico, equivalente al del carbón, para así, producir cemento.

Mesa de trabajo 16:

Calidad, mercadotecnia interna y mercadotecnia relacional Parte II

Calidad de la atención médica en el usuario diabético en unidades de atención primaria de Tabasco.

Dra. María Isabel Avalos García, Dra. Yadira Gpe. Páyro Ramos, Dra. Hilcia Bautista Castro, Dr. Carlos Tarecena López (SSA, Tabasco) Fax (con clave lada): 019933 571601 Correo electrónico: isaavalos67@hotmail.com

Palabras clave: Calidad, diabetes

Introducción. La garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos es una de las Funciones Esenciales de la Salud Pública para el ámbito de las autoridades sanitarias nacionales. La organización mundial de la salud en su constitución afirma que toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable e incluye la calidad de atención como objetivo del macroproyecto de salud para todos, define como requisitos de la calidad en salud: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del usuario, impacto final en la salud de la

población. La diabetes mellitus constituye uno de los mayores retos de la salud pública del siglo XXI.¹ Actualmente es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes, una de las cinco primeras causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados y epidemia en muchas naciones en desarrollo. En México 49,855 personas mueren al año por esta causa. Cada hora mueren cinco personas por diabetes. La prevalencia en la población de 20 a 69 años es de 10.7%. En la población mayor de 50 años, la prevalencia supera 20%¹. Los costos directos e indirectos de la enfermedad son de 330 y 100 millones de dólares anuales. La presencia de complicaciones microvasculares y macrovasculares, incrementa el costo del tratamiento de los pacientes en más de 3 y media veces. Esto obliga a mejorar en la prestación de los servicios ante los crecientes daños a la salud. Los sistemas de salud han de responder a la necesidad de cambio y ser capaces de adoptar nuevas estrategias, no sólo para satisfacer la creciente demanda de los diabéticos, sino para modificar las tendencias de este padecimiento que puede prevenirse. El objetivo de este trabajo fue evaluar la calidad de la atención médica en el paciente diabético, para lograrlo se determinó el conocimiento y la actuación médica en cumplimiento de la NOM 015, se exploró el conocimiento, estilos de vida, control metabólico y satisfacción de los paciente con la atención médica recibida . **Metodología.** Se realizó estudio observacional, descriptivo, transversal de 3 regiones del estado de Tabasco durante el 2006. Se obtuvo muestra proporcional de unidades de atención primaria, a partir de muestreo probabilístico aleatorio, se seleccionaron pacientes (n=610), médicos (n=395) y expedientes (n=610) para el estudio. La información se obtuvo a partir de cuestionario auto administrado para evaluar el conocimiento de los médicos, 1 entrevista a pacientes para identificar conocimientos, estilos de vida y satisfacción con la atención recibida y 1 guía de auditoria médica del expediente clínico para evaluar la congruencia clínico- diagnóstica y diagnóstico-terapéutica y control metabólico de los pacientes. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS 15.0 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva expresada a través de tablas y gráficos. **Resultados y discusión.** Los principales resultados permitieron observar que más de 2 terceras partes del personal médico no conocen cual es la definición operacional de un caso de diabetes, desconocen sobre la edad de riesgo para realizar una detección oportuna de la enfermedad. Se encontró además la falta de conocimiento sobre acciones de prevención y tratamiento específico en la mitad de éstos. La auditoria

médica demostró que en el 51% de los expedientes no hay congruencia clínico diagnóstica y en el 54% no hay congruencia diagnóstico terapéutica, el 71.7% y 75% de los pacientes no han sido referidos a medicina interna y oftalmología respectivamente, el 85% manifiesta que el médico no revisó sus pies en la última consulta. Los pacientes con 10 años y más de evolución de su padecimiento fue de 53.45%, se consideran pacientes controlados según la NOM 015 solo el 34.4%, con cifras elevadas de triglicéridos 65.43% y colesterol 26.51%, los pacientes que no practican ejercicio físico fueron el 94.26%, no asisten a grupo de ayuda mutua el 90.2%, llevan dieta inadecuada el 70%. Saben sobre prevención y manejo correcto de síntomas más de 70% de los diabéticos. Refieren que el médico le explica sobre su padecimiento 97.28%, recomendarían al médico que los atendió el 95.70%, están satisfechos con la atención que reciben 94.38%. **Conclusiones.**

1) La dimensión técnica de la calidad, a través del conocimiento y actuación del médico en cumplimiento de la NOM-015-SSA2-1994, en la prevención, tratamiento y control del paciente con diabetes mellitus tipo II se encontró por debajo de lo esperado. **2)** El nivel de conocimiento de los diabéticos en el autocuidado de su salud difiere del estilo de vida que presentaron (sobrepeso, obesidad, sedentarismo, dieta inadecuada y dislipidemias). **3)** Nuestros resultados revelan una población diabética con deficiente control metabólico **4)** La satisfacción del usuario diabético fue elevada y difiere con la actuación médica en la atención que recibieron para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de su padecimiento.

Resulta evidente que la satisfacción de los usuarios es insuficiente para demostrar la calidad de la atención médica.

Generando una Red a favor de la calidad: Red SI CALIDAD.

Ing. Luis Carlos Lozano Fortin, Lic. Claudia Serrano, Lic. Omar Aguilar (SSA, México)

El trabajo plantea la utilidad de la gestión de redes para generar clientela y alianzas a favor de una estrategia de sensibilidad, promoviendo la importancia de la mejora continua, así como la calidad y seguridad del paciente en los establecimientos de salud. Utilizando la mercadotecnia interior para situar la

calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud, se pretende establecer el interés de los integrantes del nivel operativo de las organizaciones por mejorar la calidad, logrando así el motivar a las autoridades centrales para que identifiquen la necesidad de adoptar la estrategia dentro de las políticas de su organización; consolidando así la institucionalización de la calidad, evitando la resistencia al cambio y promoviendo la asociación a los proyectos SICALIDAD. Construir una red denominada SICALIDAD donde por difusión y adhesión se vinculan progresivamente actores de esa red, que a su vez difunden en el seno de las instituciones la información que se proporciona en ésta. Se mide el grado de difusión y adopción de la estrategia, con un análisis cuantitativo de la evolución de la red SICALIDAD, de acuerdo con la periodicidad definida por la publicación de los Boletines SICALIDAD. Así como un análisis comparativo con propuestas exitosas que se han difundido en otros estados o instituciones y el incremento de asociación a los proyectos SICALIDAD. Asimismo, un medidor de impacto es la gente que desea adherirse a la Red. Después de un año y medio se ha logrado un incremento considerable en la suscripción a la Red SICALIDAD. La red independientemente de la difusión del boletín tiene otras funciones: a) difundir noticias, lineamientos y convocatorias, b) se retroalimenta y recibe peticiones, ampliaciones y sugerencias, c) genera un vínculo entre los integrantes de la Red SICALIDAD, que permite desarrollar un sentido de pertenencia. Con la Red SICALIDAD se ha logrado establecer un contacto con los gestores de calidad en salud que progresivamente han adoptado dentro de sus instituciones el compromiso por establecer en su agenda la calidad y mejora continua de los servicios de salud, fortaleciendo alianzas interinstitucionales y compartiendo experiencias en pro de la mejora de la calidad.

El impacto del "Premio Tabasco a la Calidad" en la prestación de los servicios de salud.

Lic. María Gpe. Aguirre Aguilar (SSA, Tabasco)

La implantación de un Sistema de Calidad en la Secretaría de Salud es contribuir al logro de los objetivos del Sistema de Salud en el Estado, determinando la

calidad como atributo permanente de los servicios de salud, para elevar los niveles y estándares óptimos requeridos y percibidos por la población. El sector salud en el Estado de Tabasco, se encuentra implementando el Modelo de Gestión de Calidad, constituido por ocho criterios: usuarios, liderazgo, satisfacción del personal, administración y mejora de procesos, planeación, información, impacto social y valor creado (resultados). El Premio Tabasco a lo largo de su implantación a marcado el rumbo en la entidad logrando con esto; Promover, apoyar y conducir las estrategias y acciones encaminadas a elevar la Calidad en los Servicios de Salud que se brindan a la población. El esfuerzo de los trabajadores de las instituciones más los conocimientos aplicados han dado el fruto de Galardonar a Tabasco en Premios de Calidad en Salud a nivel nacional. Los premios que se han logrado es un trabajo conjunto de las áreas directivas y operativas y sobre todo con el constante desempeño y mejora continua de los procesos, así como con la profesionalización del personal de salud. El impacto del Premio Tabasco en las instituciones del sector se ha reflejado en el impulso de la cultura de la calidad para el establecimiento de un Sistema de Gestión en los servicios de salud y en la creación de proyectos que generen mejoras al interior de los procesos de atención además de garantizar la satisfacción de los usuarios que demandan servicios oportunos y de calidad. Los indicadores utilizados para medir el impacto del Premio Tabasco consisten en; número de unidades participantes en el proceso, numero de personal formado para la implantación del Modelo de Gestión, ejercicios de análisis y revisión de procesos claves en las unidades y presentación de proyectos de mejora en Foros de Calidad en el estado y a nivel nacional. De estos se ha identificado; unidades participantes 30%, personal capacitado 20%, análisis de procesos claves 10% y proyectos presentados en Foros 15%. Crear una cultura de calidad, implica transformar el pensamiento de los involucrados, los logros enlistados de manera objetiva reflejan intervenciones, pero se concluye que se requieren mayor numero de estas y el diseño de indicadores que permitan percibir el nivel de cultura de calidad en nuestra institución.

III. Carteles

1. MERCADO LABORAL DE LOS LICENCIADOS EN NUTRICIÓN DE LA DIVISION ACADEMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD (DACS) EN EL ESTADO DE TABASCO. 2007

Dra. Karla Sobrino López

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasus

El estudio que a continuación se presenta fue llevado a cabo en diversas instituciones públicas y privadas; en la ciudad de Villahermosa, Tabasco y tiene como objetivo conocer la situación del Mercado Laboral de los Licenciados en Nutrición de la División Académica de Ciencias de la Salud (DACS) 2007. En este estudio observacional de tipo descriptivo fueron entrevistadas 31 instituciones tanto públicas como privadas. Para la recolección de los datos se utilizó como instrumento un cuestionario elaborado por la AMMFEN, que contenía varios apartados: el primero de datos generales, requisitos, desempeño profesional, salarios y prestaciones y recomendaciones. Obteniendo los siguientes resultados: al relacionar las variables con los campos clínicos, comunitario y servicios de alimentación, se observó que el 70% de las instituciones se ubican en las públicas, y del giro de estas más de la mitad en el área de salud el que mayor porcentaje capta de todos los casos es el área clínica, asociado a que la formación de este profesional y su currículo están enfocados casi con el 90% en

toda su formación académica al campo clínico. Los resultados obtenidos de este estudio aportan elementos para el diseño de nuevos planes de estudios y la revisión de los ya existentes, para lo que es necesario tomar en cuenta que las instituciones de educación superior deben considerar en las reestructuraciones curriculares las exigencias del mercado laboral, sin perder de vista otros campos profesionales potenciales, que mejore y amplíe las posibilidades de inserción laboral de los profesionales de la nutrición.

2. NIVEL DE ANSIEDAD EN EL USUARIO PREOPERATORIO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 46 DOCTOR BARTOLOMÉ REYNES BEREZALUCE DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Lic. Enf Esp. Elsa Córdova

Resumen Introducción: La ansiedad es un fenómeno humano normal que únicamente debe ser considerado como una patología cuando compromete o atenta contra el bienestar general o la eficiencia personal. Y se manifiesta principalmente en el usuario preoperatorio, pues desde el momento de saber de su requerimiento de esta, se generan fuertes reacciones emocionales que pueden tener un efecto negativo en el proceso de cicatrización, mayor percepción del dolor, baja adherencia a las recomendaciones terapéuticas y presencia de complicaciones postquirúrgicas. Objetivo General: Determinar el nivel de ansiedad del usuario preoperatorio del Hospital General de Zona Número 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Metodología: Descriptivo Transversal. Se aplicó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo en una muestra por conveniencia de 37 usuarios preoperatorios, con análisis de los datos con SPSS 12.0 Resultados: Mostraron que los usuarios en el preoperatorio en su mayoría son mujeres, casados, predominaron con estudios de secundaria y preparatoria, la edad fluctuante en ambos géneros es entre 29-41 años, en forma general tienen ansiedad baja y pocos ansiedad media y alta, que el género femenino mostró

niveles de ansiedad baja y el género masculino importante nivel de ansiedad media. Usuarios con estudios de primaria con considerable nivel de ansiedad medio, no así los que cuentan con estudios de secundaria, preparatoria y profesionales se manifestó el nivel de ansiedad bajo y que los usuarios de Cirugía General mostraron niveles importantes de ansiedad medio. Conclusión: Los resultados muestran que los usuarios preoperatorio en forma general tienen ansiedad baja y pocos ansiedad media y alta, Estos resultados podrán no ser relevantes, pero aun cuando los niveles detectados sean bajos y medios, es necesaria la implementación de estrategias dirigidas a disminuir su ansiedad en el preoperatorio ya que cualquier usuario que ingresa a un hospital presenta angustia y ansiedad por el simple hecho de saberse enfermo y más aun cuando se le informa que será sometido a un procedimiento anestésico-quirúrgico, en ocasiones le puede generar una sensación de riesgo para su vida y partes vitales de su cuerpo. Palabras clave: Ansiedad- preoperatorio

3. PREVALENCIA DE SÍNDROME DE FRAGILIDAD EN ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS DE EMILIANO ZAPATA, TABASCO, MÉXICO.

Janyf Rosalia Alonso Benites (DACS-UJAT)

Prevalencia de Síndrome de Fragilidad en adultos mayores no institucionalizados de Emiliano Zapata, Tabasco, México □ Objetivo.- Determinar la prevalencia de Síndrome de Fragilidad, en adultos mayores no institucionalizados, usuarios de los servicios de consulta externa del Hospital General de Emiliano Zapata, Tabasco, México. Material y métodos.- Diseño: observacional, prospectivo, transversal, analítico. Universo: 2,375 adultos mayores. Muestra: probabilística simple, estimada con error máximo aceptable 5%, porcentaje estimado de la muestra 10-90%, y nivel de confianza 90% ($p=0.1$), 94 adultos mayores. Criterios de inclusión: cualquier sexo, sin deterioro cognitivo, con o sin enfermedad(es) diagnosticada(s), que aceptaron participar en el estudio, y firmaron consentimiento informado. Variables: edad, sexo, nivel socioeconómico, ocupación, estado civil, lugar de residencia, estado nutricional, enfermedad(es), funcionalidad para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), síndrome de fragilidad. Análisis: tasa de prevalencia $\times 100$ adultos mayores, medidas de tendencia central y de preferencia, razón de posibilidades (OR) con 95% de confianza ($pd0.05$); realizado

con el software Microsoft® Excel® 2003 para Windows®. Resultados.- 94 adultos mayores, 63% femeninos y 37% masculinos. Edad media 69.4 ± 7.1 años. Comorbilidad presente en 85%. Riesgo nutricional elevado 86.17%. Dependencia para las ABVD 9.6%. Prevalencia de Síndrome de Fragilidad 97.87×100 adultos mayores. No se encontró asociación significativa con factores sociodemográficos. Factor protector: buen estado nutricional OR 0.01 (IC95 0.00, 0.33). Factor de riesgo: riesgo nutricional OR 91.00 (IC95 3.03, 2729.55). No se encontró asociación con funcionalidad para las ABVD. Conclusiones.- La prevalencia de Síndrome de Fragilidad en esta serie, es mayor a la reportada por otros autores nacionales y extranjeros. El estado nutricional tiene influencia importante sobre este síndrome.

4. MONITOREO DE CALIDAD EN EL CIS CASA BLANCA DEL ISSTE

Dr. Heberto R. Priego Álvarez * Dra. Marlene Nangucé **

* Profesor Investigador DACS-UJAT

** Médico Adscrito a la CMF Casa Blanca, ISSSTE

El CIS (Centro Integral de Servicio) es un modelo que se adelanta a las quejas, nos mantiene en el cambio y transforma la cultura de servicio asegurando que la organización tenga como prioridad al usuario. Entre sus objetivos se destaca la toma de decisiones en función de las necesidades del usuario, así como plasmar la realidad del servicio y la opinión de nuestro cliente externo (el derechohabiente que demanda atención). Para implantar el Modelo ISSSTE-CIS en la Clínica de Medicina Familiar *Casa Blanca* del ISSSTE en Villahermosa, Tabasco, México se requirió de sensibilización previa y capacitación a los clientes internos (profesionales y trabajadores de la unidad médica). El período de arranque del programa oficialmente fue en el mes de octubre del 2006.

OBJETIVO: Valorar los cambios obtenidos en la CMF Casa Blanca en atribuibles a la implantación del modelo ISSSTE-CIS.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio longitudinal con base a los registros del CIS establecidos, mismos que fueron la Encuesta de Servicio aplicada a los derechohabientes (calidad percibida en la atención) y medición de los tiempos de espera (estancia total y por servicios); que se sumaron a los servicios medibles de agendación de citas vía telefónica (citas otorgadas y

satisfacción del usuario con los servicios prestados en el archivo clínico y en la consulta), mismos que se aplican mensualmente en la unidad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: 1. Oportunidad de la atención El resultado más sorprendente se registra en el tiempo de estancia total del tiempo de permanencia del usuario desde su llegada a la unidad hasta el surtimiento de su receta médica, mismo que para agosto del 2006 se estimaba en 3:16 hrs. a 0:53 hrs. a julio del 2007, lo que representa una disminución de tiempo de un 17% en la permanencia innecesaria del paciente en la unidad. Actualmente el tiempo de espera previo a la consulta externa es de 27 min. en el que se incluye la atención proporcionada en el área de somatometría. Al respecto cabe señalar que el 67% de los pacientes registran menos de 15 min. en espera de su consulta externa. El tiempo promedio en el surtimiento de la receta médica en el área de farmacia disminuyó de 8 min. (registrado en septiembre del 2006) a 4 min. (según reporte de julio del 2007).

2. Percepción de la calidad Durante el periodo comprendido del 01 de agosto del 2005 al 29 de septiembre del 2006 (fase previa a la implantación del modelo ISSSTE-CIS) se realizaron 134 encuestas de salida a derechohabientes demandantes de atención y posteriormente en un segundo periodo (01 de octubre del 2006 al 31 de julio del 2007) se ha venido monitoreando los mismos indicadores de calidad percibida mediante la aplicación de 333 cuestionarios a igual número de usuarios, en los que se aprecia mejora sensible en los rubros de calidad percibida (Tabla I). Al análisis de la tabla se observan diferenciales positivos que reflejan incremento en los niveles de satisfacción de un 27% en los tiempos de espera, un 25% en la calidad del servicio en consulta médica, de un 16% en el trato que recibió del personal médico, y de un 22% con el servicio que le brindó algún trabajador en especial.

CONCLUSIONES: Las acciones implementadas en como parte del modelo ISSSTE-CIS han contribuido sensiblemente a los procesos de mejora continua. El monitoreo de los tiempos de espera y encuestas de satisfacción de los usuarios ha servido para la toma de decisiones internas, encaminadas a satisfacer las necesidades y expectativas de la derechohabiente. Igualmente importante ha sido procurar la satisfacción de las necesidades de los clientes internos (profesionales y trabajadores de la salud), ya que no es posible satisfacer las necesidades de los clientes externos sin previamente considerar la sensibilización y apoyos a los clientes internos.

5. DIAGNOSTICO NUTRICIO Y ACCIONES DE MEJORA EN LA SALUD NUTRICIONAL DE LA DERECHOHABIENCIA DE LA C.M.F. CASA BLANCA DEL ISSSTE EN VILLAHERMOSA TABASCO.

Dr. Heberto R. Priego Álvarez* *Profesor Investigador DACS-UJAT

El CIS (Centro Integral de Servicio) es un modelo que se adelanta a las quejas, nos mantiene en el cambio y transforma la cultura de servicio asegurando que la organización tenga como prioridad al usuario. Entre sus objetivos se destaca la toma de decisiones en función de las necesidades del usuario, así como garantizar que los servicios se brinden con calidad y provocar canales obligados de participación y comunicación.

OBJETIVO: Para implantar el Modelo ISSSTE-CIS en el área de nutrición se requirió realizar UN *Diagnóstico Nutricio* en colaboración con la División Académica de Ciencias de la la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco,

MATERIAL Y METODOS: Se efectuó un muestreo aleatorio de 900 derechohabientes que demandaron atención médica durante los meses de abril y mayo del año 2007. Para la recolección de los datos se efectuaron entrevistas personales, registrándose los datos en un cuestionario mixto que contenía 3 apartados: ficha de identificación, hábitos alimentarios y otro de actividad física, grado de información nutricional y enfermedades previamente diagnosticadas. Se asoció esta información con las características nutricionales, se determinó la frecuencia y tipos de alimentos que consume la población derechohabiente adscrita a la Clínica, se estableció el Índice de Masa Corporal (IMC) su estado

nutricio y se pudo asociar con patologías diagnósticas y la actividad física del informante. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** Más de la tercera parte de la población encuestada manifestó estar enfermo, siendo las principales patologías la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial ambas altamente relacionadas con la alimentación. Un 62 % registró sobrepeso -inclusive un 37% llega a la obesidad-, lo anterior está dado por la sobreingesta de hidratos de carbono y el estilo de vida con actividad física leve -el 67% no realiza actividad física o tienen trabajos de oficina mayores a las 8 horas-. En cuanto a los hábitos alimentarios, la dieta habitual de la población derechohabiente se basa principalmente en hidratos de carbono (tortilla y pan), proteínas (carne roja y leche); las frutas, verduras y leguminosas son menos consumidas por la población. Los lípidos son básicamente aceites vegetales con los que preparan sus alimentos. **CONCLUSIONES:** Los resultados de esta investigación aportó una gran cantidad de datos revelantes sobre la alimentación de nuestros derechohabientes, permitiendo incrementar y ampliar los planes de acción con el **vínculo trabajo social-nutrición** en la clínica como son: 1. Difundir por medio de periódicos murales la información obtenida de la investigación y temas sobre alimentación adecuada en las diferentes patologías. 2. Proporcionar pláticas en pasillos sobre temas de nutrición y alimentación. 3. Se aumentaron y se mejoraron los grupos de ayuda mutua efectuando más talleres de alimentación y de actividad física, 4. Se incentivaron a los médicos que refieran a los pacientes que necesiten o pidan el servicio la elaboración de trípticos de información sobre la alimentación adecuada para las diferentes patologías de acuerdo a las normas oficiales mexicanas en la referente a la buena alimentación, siendo el compromiso fundamental de la Clínica Médica Familiar del ISSSTE Casa Blanca la satisfacción plena de las necesidades de salud de la derechohabiencia, procurando la recuperación y mantenimiento de la salud.

6. GENERANDO UNA RED A FAVOR DE LA CALIDAD: RED SICALIDAD

Luis Carlos Lozano Fotún (SSA-Tabasco)

Introducción La Secretaría de Salud siguiendo las recomendaciones de la OPS sobre la importancia de contar con una política y estrategia regional para garantizar la calidad de la atención sanitaria(1), así como los resultados de la consulta realizada en el Foro Ciudadano de Calidad en Salud 2007 y siendo conciente de que existe un bajo nivel de desempeño en materia de calidad en muchos de los establecimientos de salud en México, ha establecido la estrategia □Situación la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud□, que está instrumentada por el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) (2), con 12 proyectos para la asociación de unidades médicas que proporcionan servicios de salud(3), recibiendo asesoría y apoyo para conseguir la calidad técnica y seguridad del paciente, calidad percibida y calidad de la gestión en las organizaciones e institucionalización de la calidad. El objetivo del trabajo es plantear la utilidad de la gestión de redes para generar □clientela□ y □alianzas□ a favor de una estrategia de sensibilidad, planteando la importancia de la mejora continua, así como la calidad y seguridad del paciente en los establecimientos de salud. Metodología Utilizando la mercadotecnia interior para situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud, se pretende establecer el interés de los integrantes del nivel operativo de las organizaciones por mejorar la calidad, logrando así el motivar a las autoridades centrales para que identifiquen la necesidad de adoptar la estrategia dentro de las políticas de su organización; consolidando así la institucionalización de la calidad, evitando la resistencia al cambio y promoviendo la asociación a los proyectos SICALIDAD. Construir una

red denominada SICALIDAD donde por difusión y adhesión se vinculan progresivamente actores de esa red, que a su vez difunden en el seno de las instituciones la información que se proporciona en ésta. La metodología para medir el grado de difusión y adopción de la estrategia, es un análisis cuantitativo de la evolución de la red SICALIDAD, de acuerdo con la periodicidad definida por la publicación de los Boletines SICALIDAD. Así como un análisis comparativo con las propuestas exitosas que se han difundido y replicado en otros estados o instituciones y el incremento de la asociación a los proyectos SICALIDAD. Asimismo, un medidor de impacto es la gente que desea adherirse a la Red y que se muestra en el crecimiento de la Grafica 1. Resultados y discusión Después de un año y medio se ha logrado un incremento considerable en la suscripción a la Red SICALIDAD, debido a que en la primera publicación del boletín en marzo del 2007 se contaba solo con 49 contactos y en la publicación del Boletín 14 se tenía 7,994 inscritos a la Red. Grafica 1. Evolución en la adhesión a la red SICALIDAD en la difusión del Boletín La red independientemente de la difusión del boletín tiene otras funciones: a) difundir noticias, lineamientos y convocatorias, b) se retroalimenta y recibe peticiones, ampliaciones y sugerencias, c) genera un vínculo entre los integrantes de la Red SICALIDAD, que permite desarrollar un sentido de pertenencia. Figura 1. Boletín SICALIDAD No. 14 Conclusiones Con la Red SICALIDAD se ha logrado establecer un contacto con los gestores de calidad en salud que progresivamente han adoptado dentro de sus instituciones el compromiso por establecer en su agenda la calidad y mejora continua de los servicios de salud, fortaleciendo alianzas interinstitucionales y compartiendo experiencias en pro de la mejora de la calidad. Bibliografía 1. OPS-OMS. 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana y 59.a Sesión del Comité Regional. Washington, 2007 2. Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012 3. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Instrucciones 56/2007 y 79/2008

7. PROBIODEG S.A DE C.V.: ELABORACION DE JABON LÍQUIDO A BASE DE ACEITES Y ANTIOXIDANTES NATURALES¹ELIZABETH RAMON GARCIA, ²MARIO JOSE ROMELLON CERINO, ³ANTONINA DEL C. TUN PEREZ, ⁴LUIS ROBERTO VAZQUEZ MAGAÑA, ⁵SERGIO IVAN ANGLES FALCONI 1bioleliza_ramgar@hotmail.com, 2mjrcerino@hotmail.com, 3mromellon@yahoo.com.mx, 4x_factor46@hotmail.com, 5sergio_falcorp@hotmail.com Fax: 01 (993) 353-02-50 Tels: 01 (993) 353-02-59, 353-26-49^{1,2,3,4,5} Instituto Tecnológico de Villahermosa. Carretera Villahermosa-Frontera km. 3.5 Cd. Industrial C.P. 86010. Apdo. postal 424. Villahermosa, Tabasco. Palabras claves: *jabón, antioxidantes, compuestos naturales*

INTRODUCCION

Las fábricas de la industria del jabón, habrían de internacionalizarse a partir del siglo VII a raíz de la expansión musulmana hacia Occidente, pues los árabes difundieron una emulsión obtenida con “aceite, agua y ceniza” y una “masa jabonosa que asociaba cal y lejía de sosa vegetal”. Italia y España fueron los primeros países europeos en montar jabonerías de exportación en el siglo XVII en Málaga, Sevilla, Alicante y Cartagena. De ese período datan asimismo las variedades de jabón que hoy persisten: de olor o de tocador, medicinal y mágico. Es así que durante estos períodos la industria del jabón comenzó a un paso fuerte, por lo mismo las personas empezaron a preocuparse por su higiene, esto conllevó a la necesidad de fabricar jabón, no solamente de forma casera o artesanal, sino en el concepto de fábrica por la demanda del mismo. En el mercado actual se encuentran diferentes tipos de jabones líquidos, pero no se encontró ninguno con las características de contener antioxidantes para la piel, lo

que conllevo a la necesidad de realizar un producto a partir de aceites vegetales, como son el aceite de coco, el de oliva y la manteca vegetal. **OBJETIVO** Satisfacer las necesidades de la población femenina, elaborando productos a base de compuestos naturales que proporcionen beneficios para el cuidado de la piel de las manos. **METODOLOGIA** El desarrollo de este trabajo de investigación se llevó a cabo en el laboratorio de fisicoquímica del Instituto Tecnológico de Villahermosa; situado al sur de la Ciudad, sobre la carretera Villahermosa-Frontera, km 3.5 Ciudad Industrial.

Las técnicas fisicoquímicas utilizadas para el desarrollo de esta investigación fueron las siguientes:

- Extracción de aceites (Método Soxhlet)
- Saponificación
- Obtención de antioxidante (Cultivo de bacterias)

Durante el proceso se obtuvieron 800 ml de aceite de coco a partir de 1400.3 g de copra, en el equipo Soxhlet; posteriormente se utilizó 3200 µl de acetato de alfa – tocoferol obtenido de cápsulas, se realizó la saponificación con los diferentes aceites de los cuales se obtuvieron un total de 176 ml de jabón, y se obtuvo el jabón líquido, adicionando, agua destilada, aromatizantes y antioxidantes.

RESULTADOS Y DISCUSION El índice de saponificación obtenido para el aceite de coco fue el más alto con 250 gr, la manteca obtuvo 193 gr y el aceite de oliva extra virgen obtuvo 190 gr, gracias a este rendimiento, se obtiene un jabón con mejores características para uso humano (Mujeres). A pesar de que era adecuado el uso exclusivo del aceite de coco para la saponificación se decidió mezclar los dos aceites y la manteca, aumentando la efectividad de la saponificación y un mayor rendimiento al obtener el jabón. La saponificación fue más rápida debido a la gran proporción de las sales de potasio de los ácidos del aceite de coco, que tienen un elevado porcentaje de ácido láurico, mirístico y oléico en forma de éster.

CONCLUSIONES Se concluyó que mediante los métodos utilizados para la elaboración del jabón líquido con antioxidantes, que eliminan radicales libres a nivel celular, se obtuvo un alto rendimiento de saponificación, en los siguientes aspectos: Consistencia del jabón, Color, Suavidad y pH (Potencial de Hidrógeno). Obteniendo así un jabón con altas expectativas a nivel biotecnológico para la piel de las manos femeninas, dado que para la obtención del mismo, se innovó en la

forma de obtención del acetato alfa-tocoferol (Vitamina E) mediante cultivos microbianos. **BIBLIOGRAFIA** Thornton, R. T. R. 1990. Derivados funcionales de los ácidos carboxílicos. *Morrison y Boyd Química Orgánica Nueva Edición*. Addison W. Ed. Iberoamericana, México. 825-855.

8. PROBLEMAS DE CALIDAD EN EL CESSA NO. 1 DE VILLAHERMOSA, TABASCO, MÉXICO

Ana Karina Pinto Guillen (DACS-UJAT)

Introducción. □Calidad□ significa llegar a un estándar más alto, buscando siempre la perfección. Es el resultado de una actitud enérgica y comprometida de esfuerzos sinceros de una ejecución talentosa. Deming y Juran consideraron al paciente como cliente y a la atención como producto. La efectividad, eficacia, eficiencia, equidad, aceptabilidad, accesibilidad, adecuación de servicios y la calidad técnico-científico serán las bases para determinar si el CESSA No. 1 tiene problemas de calidad. Objetivos: Describir cuales son los programas que implementa la institución para la evaluación de la calidad. Además del grado de calidad en la atención medica con el que cuenta. Metodología: Esta investigación pretende hacer una aportación de carácter teórico, que consta de dos puntos de impacto: el conceptual, revisión sistemática de información; y el operacional, mediante la inspección de dimensiones abarcadas por la SSA para evaluar la calidad, realizando encuestas a los pacientes y personal médico después de una consulta. Resultados y discusión: Las instalaciones son amenas, los recursos materiales están disponibles; pero el trato digno médico-paciente según el CESSA No. 1 es de 98.9% de satisfacción, en cambio los valores encontrados en esta investigación ofrecen una gran variación 71.42%. La diferencia entre la concepción del paciente y la institución es muy extensa. Conclusiones: Actualmente la institución invierte en la ampliación de sus instalaciones y servicios. La implementación de cursos de capacitación en el ámbito de relaciones humanas, debiese ser una de las tantas prioridades de la institución, para así

crear una mayor visión tanto del prestador de servicios hacia el usuario, como del usuario hacia el prestador de servicios. Este es el principal problema de calidad en esta institución, y que desde el punto de vista del paciente y de la mayoría de los prestadores de servicio, es una prioridad.

9. MERCADOTECNIA SOCIAL PARA INCIDIR EN UNA BUENA NUTRICION

Georgina Gallegos De La Cruz (DACS-UJAT)

Se refiere a elementos sobre el origen del enfoque social de la mercadotecnia relacionada con la incidencia de una buena nutrición. Explicando buenas razones a los profesionales de esta rama, para abordar estrategias propias del mercado y aportar información valiosa al consumidor, con el objetivo de mejorar el bienestar personal y el de la sociedad. Aplicando estrategias en campañas de mercadotecnia social, comercializar ideas, emplearlas a beneficio de causas sociales, proyectar mensajes en revistas, radio, prensa, televisión, parabuses y demás. En síntesis las capacidades y habilidades de la mercadotecnia social facilitará adoptar actitudes efectivas, necesaria para influir positivamente en la labor de la nutrición.