PA-ABJ-475

MERCADEO SOCIAL DE LA SALUD

Renata Seidel

Por qué es necesario, y cómo se hace

"Las necesidades, preferencias, creencias, recursos y opciones alternativas del consumidor definen el Mercadeo"

Suele reconocerse como punto de partid de la historia del Mercadeo Social el año 1952, cuando G.D. Wiebe planteó la famosa pregunta: "¿Por qué no se puede vender la hermandad igual que se vende el jabón?"[1] El Sr. Wiebe no estaba proponiendo empaquetar la hermandad, colocarle una etiqueta con su respectivo precio, y hacerse rico —aunque esas son las connotaciones que acostumbramos relacionar con la palabra "vender". Tanto es así que muchos asociamos con el concepto del Mercadeo la imagen algo deshonrosa de un vendedor de la Avenida Madison, que habla rápidamente y presiona al cliente inocente para que entregue el dinero que tanto trabajo le costó, a cambio de un producto de cuestionable calidad.

Pero el interrogante del Sr. Wiebe fue más escrupuloso. Si se puede convencer a la gente para que gaste dinero en prácticamente cualquier producto comercial, ¿por qué no se le podrá convencer para que haga cosas que inherentemente le harán bien? Y para ir aun más al grano, ¿por qué será **necesario** "vender" a las personas las **cosas** que les representan un valor casi inestimable para ellos mismos y para la sociedad —y que incluso son gratuitas en muchos casos? La respuesta, por supuesto, es que muchos "bienes" sociales, al parecer sencillos, no son ni gratuitos ni sencillos. La hermandad es un ejemplo obvio. Todos sabemos cuántos son los sacrificios que nuestras sociedades, nuestras familias y nosotros como individuos **no** estamos dispuestos a hacer por este bien universal. La salud es un bien social más problemático, precisamente por lo que parece más sencilla. La mayoría de los gobiernos declaran que sus ciudadanos tienen el derecho a la buena salud, e invierten varios valores en dicho objetivo. Es más, los avances tecnológicos —en vacunas, terapia mediante la rehidratación oral, anticonceptivos inocuos, y por el estilo— nos han motivado a declarar que "la salud para todos hasta el año 2000" deberá ser posible. Un nuevo énfasis sobre la atención primaria a la salud, el que comenzó hace diez años en Alma Ata, ha priorizado la prevención y los servicios comunitarios básicos, ha ampliado las actividades en la educación para la salud, y ha hecho más accesible la atención a la salud para quienes más la necesitan. El acceso no es universal todavía, y el dominio de las causas socioeconómicas básicas de las enfermedades sigue siendo un objetivo tan complicado como la "hermandad". Pero ese es tema de otro momento. El interrogante fundamental en **este** artículo es por qué —incluso cuando están disponibles los servicios y productos útiles— suele ser necesario "vendérselos" a los clientes en potencia.

No hace falta más que examinar nuestro propio comportamiento para darnos cuenta de que la **información** correcta no siempre constituye motivación suficiente para adoptar prácticas positivas en materia de salud. Las personas fuman aunque saben que eso puede matarles. La pandemia del SIDA continúa su difusión incluso entre quienes comprenden cómo puede evitarse el contagio. Hay gente sentada en sus automóviles sin ponerse cinturón de seguridad todos los días. Quizá podamos especular sobre algunos de los motivos por la persistencia de estas conductas autodestructivas en materia de salud. Pero ¿quién podrá determinar por qué un padre de familia no se decide a llevar a su hijo para la vacuna que podría salvarle la vida? O ¿por qué una familia optaría por su cuarto o quinto hijo cuando disponen de poca comida para los tres primeros — pero sí disponen de servicios anticonceptivos? El Mercadeo ofrece una alternativa a la especulación.

Los valores culturales, necesidades económicas, exigencias familiares, y varios niveles de costos y beneficios personales influyen en las decisiones relacionadas con la salud, en grados que van mucho más allá de lo obvio. El Mercadeo es especialmente útil en el campo social, ya que ofrece un sistema para investigar el punto de vista del cliente, o consumidor. A menudo pensamos que el Mercadeo es sinónimo de la publicidad, y otras varias técnicas para apoyar o exagerar el punto de vista del vendedor. Pero el Mercadeo exitoso considera al cliente como el centro de la toma de decisiones. Las necesidades, preferencias, creencias, recursos y opciones alternativas del consumidor definen el Mercadeo. El Mercadeo ayuda a identificar las complicadas comparacio-

Renata Seidel *es Editora Técnica Principal del Proyecto HEALTHCOM en la Academia para el Desarrollo Educativo (AED) en Washington, D.C.*

nes evaluativas de un intercambio, e investiga los puntos significativos de resistencia que podrían impedir que un cliente tome alguna acción. Además, ofrece métodos para desarrollar mensajes apropiados y comunicárselos al consumidor.[2]

"VENDER LO INVISIBLE"

El Mercadeo Social aplicado a la salud pública consiste, entonces, en diferentes etapas de investigación y desarrollo de estrategias, diseñadas para promover la adopción de comportamientos beneficiosos para la salud de un grupo determinado. Se vale de varias disciplinas, incluidas la sociología, sicología, antropología, y análisis del comportamiento. Culmina en intervenciones con los consumidores, utilizando los medios de comunicación social, teoría de la instrucción, e incentivos para lograr objetivos específicos a corto y largo plazo. La "publicidad" representa únicamente un elemento menor de este proceso, aunque suele ser el más visible.

En los programas de salud pública, el Mercadeo Social puede exigir la promoción de un producto y también de una idea o práctica. El enfoque de un programa podría abarcar desde un producto convencional —como un preservativo que se venderá en tiendas de abarrotes— hasta prácticas complejas como la preparación de alimentos especiales para un niño durante y después de episodios diarréicos. Tanto es así que el Mercadeo Social casi siempre comienza con la promoción de una actitud relacionada con la salud, ya que los puntos de resistencia a una práctica al parecer inapreciable, suelen radicarse en creencias o valores fuertemente sostenidos. Construye sobre esa nueva actitud para hacer las recomendaciones de un producto o servicio y para ofrecer las instrucciones para su uso eficaz. El éxito de un programa de Mercadeo se mide muchas veces mediante una encuesta "CAP" antes y después, para determinar los cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas del público. El Mercadeo Social reconoce que puede ser fácil probar las nuevas conductas una sola vez, pero más difícil mantenerlas durante más tiempo, y por eso se enfoca en un cambio **sostenido** en el comportamiento.

Philip Kotler describe el Mercadeo Social como "el diseño, ejecución y control de programas que procuran aumentar la aceptación de una idea o práctica social dentro de un grupo beneficiario".[3] Otros han puesto la importancia primordial en los motivos del encargado del mercadeo. Por ejemplo, Alan Adreasen dice que el Mercadeo Social es "un esfuerzo planificado para influir en cualquier comportamiento humano cuando los motivos del agente del cambio sean, a nivel general más abnegados que egoistas".[4] El Mercadeo Social no difiere en teoría ni práctica del Mercadeo Comercial; sin embargo, si plantea algunos retos especiales:[5]

- Los productos (y prácticas) socialmente beneficiosos suelen ser mas complejos que los comerciales;
- Suelen ser más controversiales;
- Sus beneficios suelen ser menos inmediatos;
- Los canales de distribución para productos sociales son más difíciles de utilizar y controlar;
- El mercado de productos sociales es difícil de analizar;
- Los públicos destinatarios para los productos sociales suelen tener recursos muy limitados;
- La medida de las "ventas" exitosas, o sea la adopción de productos sociales, es más estricta que para las comerciales.

El Mercadeo Social de la Salud puede promocionar un producto como también una idea o práctica

El Mercadeo Social no se aplicó sistemáticamente hasta principios de la década del 70. Muchos de los usos mas innovadores del Mercadeo en salud pública se han dado en el mundo en desarrollo durante las dos últimas decadas.

LOS PRIMEROS PASOS

Los pasos importantes del Mercadeo Social son: 1) definición del problema y establecimiento de objetivos, 2) segmentación del público destinatario, 3) investigación de mercado, 4) desarrollo de estrategias y diseño de materiales/mensajes, 5) intervención y 6) control y evaluación. El primer paso puede parecer demasiado obvio. Pero si un objetivo es demasiado amplio (por ejemplo "reducir la mortalidad infantil por enfermedad diarréica"), las actividades de mercadeo careceran del enfoque específico requerido para que sean eficaces. Si el objetivo es demasiado restringido (por ejemplo, "diseñar un anuncio para promover una vacuna de la marca X"), el Mercadeo se verá privado de su base para la investigación. La tarea de refinar un objetivo en prácticas de salud —en terminos del público destinatario, los pasos específicos requeridos, y el mantenimiento previsto de las conductas—

constituye la fuerza motriz de todo el programa de Mercadeo.

La investigación comienza con la segmentación del público destinatario.[6] Es decir el proceso que identifica a los subgrupos y determina cuáles medios de comunicación son más comunes y apropiados para cada uno. Un programa uniforme de comunicación inevitablemente llegaría a algunos grupos, ofendería a otros, y sería incomprensible para otros más. Los especialistas en el Mercadeo utilizan los resultados de la investigación demográfica, socioeconómica y epidemiológica para determinar:

- El **público destinatario primario** para la promoción de salud – el programa espera que las personas efectivamente apliquen las nuevas prácticas de salud;
- Los **públicos secundarios** para el programa – quienes influyen en los publicos primarios (por ejemplo, trabajadores de atención médica, familiares y amigos, y figuras públicas populares);
- El **público terciario** – responsables de la toma de decisiones, fuentes de apoyo financiero, y otras personas influyentes que pueden hacer que el programa tenga exito.

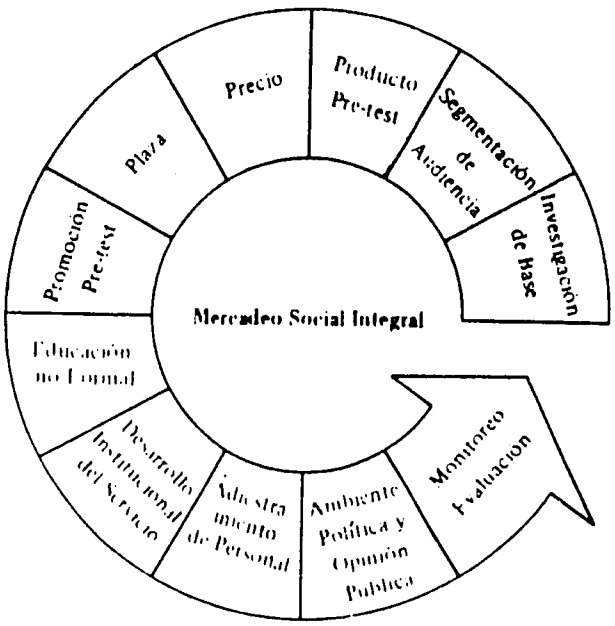
En Honduras, una campaña en pro de la lactancia materna buscó el apoyo de los hombres, porque sus criterios sobre lo que constituye una "buena madre" influyen profundamente en las percepciones de las propias mujeres. Las cuñas radiales iniciales presentaron a hombres conversando sobre la importancia de la lactancia, y materiales impresos reforzaron la imagen de una madre amorosa y amada. Luego se enfocó la campaña más específicamente en las madres, mediante los materiales impresos y un curso radial.

A veces el papel del público secundario es inicialmente el más importante. En México, un proyecto de comunicación para la supervivencia infantil inició sus actividades promocionales con un público secundario –los médicos– por su influencia sobre las opiniones de las madres. El objetivo del programa fue introducir y promover un nuevo producto de rehidratación oral para la deshidratación diarréica. La investigación demostró que los médicos y trabajadores de la salud no daban mayor importancia a las sales de rehidratación oral (SRO), aunque habían estado disponibles en México durante muchos años. El programa ofreció un curso de capacitación clínica con la información más actualizada sobre el manejo de la diarrea, y proporcionó instrucciones sobre cómo establecer unidades de rehidratación oral en los hospitales. También creó un video de capacitación para estudiantes de medicina. Luego de lograr el apoyo de la comunidad médica, el nuevo producto de SRO se lanzó a nivel nacional mediante una campaña dirigida hacia las madres.

La política de un determinado programa puede significar que debe darse atención especial a que se mantenga informado un **público terciario** sobre los logros del programa. Las implicaciones sociales, culturales y a veces religiosas de los programas de salud pública –que decir de sus requerimientos económicos– exigen que las actividades reciban un apoyo firme de toda una gama de líderes públicos. Es más, la prensa puede concientizar al público sobre un determinado objetivo de salud, y aumentar la legitimidad de las actividades promocionales.

El Mercadeo Social concibe al consumidor, o público primario, como el centro de un proceso que entraña cuatro variables: **producto, precio, posicionamiento** y **promoción**[7] La **investigación** de mercado se enfoca en cada variable de esta mezcla de mercadeo y ayuda a conformar una estrategia para asegurar que su interacción sea coordinada. (**Nota del Editor**: Las definiciones de estos conceptos están indicados en el artículo "Origen y Futuro del Mercadeo Social" de Marco Polo Torres, que se publica en esta entrega de Chasqui).

Modelo de Mercadeo Social



TRES EJEMPLOS DEL EXITO DE LA INVESTIGACION DE MERCADO

Dos amplias categorías de investigación ayudan a planificar los elementos de la **mezcla de mercado**, como ya se la describió.[8] Estos son 1) técnicas cuantitativas: para contar y medir, –incluyéndose una variedad de encuestas e indicadores disponibles al público como registros clínicos y datos de ventas; y 2) técnicas cualitativas: para investigar opiniones, prácticas y creencias– incluyéndose análisis por grupos de enfoque, entrevistas intensivas, estudios etnográficos, y observaciones conductuales.

A continuación, se describen los esfuerzos realizados en el Perú en el área de la nutrición infantil, y cuáles fueron las técnicas utilizadas para realizar la investigación de Mercadeo.

En el Perú, se desarrolló un alimento de destete llamado SANQUITO, en base a una receta tradicional que contiene harina de trigo y azúcar. Los estudios cuantitativos y cualitativos de 2.500 madres examinaron sus prácticas en alimentación infantil, definiciones locales de las enfermedades, papeles femeninos en el trabajo, y el concepto del niño saludable.[9] Los grupos de enfoque y pruebas de recetas proporcionaron la base para una nueva receta fortificada con harina de arveja, zanahórias, y aceite –ingredientes que comúnmente se en-

cuentran en los hogares y que las madres consideran que son buenos para la diarrea. Los estudios clínicos trataron sobre las cuestiones de digeribilidad, absorción, y efecto sobre la producción de heces. SANQUITO se posicionó como un producto para uso durante y luego de los episodios de diarrea para fortalecer al niño e impedir la pérdida de peso y palidez — problemas que se identificaron como los que preocupaban especialmente a las madres. El nuevo producto requiere de la mitad del tiempo para prepararlo, a comparación de las comidas tradicionales para destete, y tiene una consistencia seca que facilita que se lo lleve al campo.

SANQUITO fue promovido entre las madres de grupos socioeconómicos bajos, principalmente mediante demostraciones en mercados públicos y a traves de aproximadamente dos mil Clubes de Madres. Dramas radiales apoyaron las actividades de contacto personal. Además, una popular cantante local promovió el producto con una canción nueva, y una fotografía de ella dando SANQUITO a un niño pequeño apareció en un calendario de amplia distribución. SANQUITO se promovió también entre un importante público de médicos y trabajadores de salud. Luego de una intervención de seis meses, los resultados preliminares muestran altos niveles de conciencia de SANQUITO entre las madres encuestadas, y una sustancial primera prueba del alimento fortificado.

DESARROLLO DE ESTRATEGIAS,MENSAJES Y MATERIALES

Por supuesto que un programa de Mercadeo Social no siempre cuenta con la oportunidad de desarrollar productos nuevos para un público destinatario. A menudo el programa se ve limitado a crear el empaquetamiento, o los materiales de instrucción, o establecer una "posición del producto" apropiada para el público, para un artículo que ya existe. En este sentido, pocos programas de Mercadeo Social son "puros". La siguiente etapa del Mercadeo, por tanto, es la más conocida. Tiene que ver con el desarrollo de estrategias para promover un producto. La selección de los medios, y el diseño de mensajes y materiales promocionales, también dependen fuertemente de la investigación con el público destinatario.

La selección de un medio de comunicación se determina por dos variables: alcance y frecuencia. **Alcance** es el número de integrantes del público destinatario que ven o escuchan un mensaje durante un período establecido. El alcance de un medio se determina mediante la investigación cuantitativa de grupos destinatarios apropiados. **Frecuencia** es el número promedio de veces que el público destinatario ve o escucha un mensaje específico durante ese período. Por supuesto que un tercer factor es el costo relativo de los diferentes medios. Los planificadores podrán suplementar los medios que tienen el alcance y frecuencia necesarios, con canales que sean culturalmente apropiados para un público determinado y especialmente potentes.

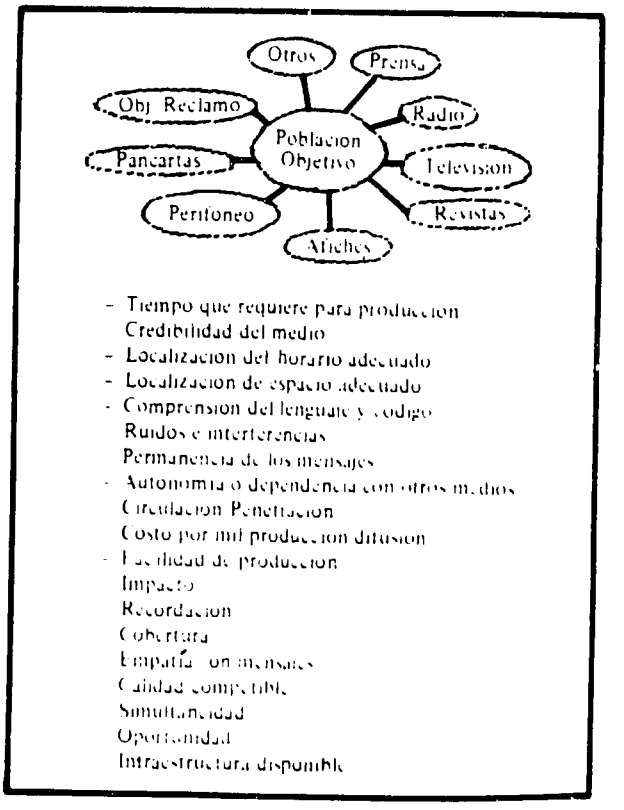
Los mensajes deben ser consistentes de un medio a otro. Es más, deben desarrollarse no solamente para el consumidor, sino **con** el consumidor, mediante cuidadosas pruebas previas.

Un programa mexicano que utiliza los métodos del Mercadeo Social para apoyar la prevención del SIDA, ayudará a ilustrar esta etapa.

CONSIDA, el Comité Nacional sobre el SIDA, está ejecutando un proyecto para promover el uso del preservativo por quienes están en condiciones de alto riesgo de contraer el SIDA. Recientemente, el programa diseñó materiales promocionales dirigidos hacia las trabajadoras sexuales femeninas. La investigación de consumidoras en base a grupos de enfoque con 300 mujeres, encontró que una combinación de dos estrategias tendría éxito. Las trabajadoras sexuales que sean madres, reaccionaron en forma positiva ante un mensaje que hacía énfasis en la protección de sus hijos futuros. Otro grupo reaccionaba más positivamente ante la imagen de una mujer moderna y progresista, y el mensaje: "Es para la protección de los dos". Tonos muy distintos resultaron eficaces para los dos mensajes. El primero fue comunicado mediante un tono suavemente cómico, y el segundo con imágenes muy sofisticadas.

Entonces, el diseño del mensaje trata no solo sobre el contenido objetivo, sino con la creación de un atractivo apropiado para el público (emocional, racional, educativo, científico o tradicional), una imagen clara (urbana, moderna, tradicional, sofisticada, folclórica) y un ánimo o tono definido (humorístico, serio, familiar, científico). A menudo se asocia un producto también con un "auspiciante" determinado — como la cantante popular en el Perú que promovió SANQUITO. Aun-

Variables que intervendrán en la Selección de Medios



que el ejemplo presentado se relaciona con materiales impresos, la importancia de las pruebas previas se aplica igualmente a los medios de radiodifusión y televisión.

UN "MEDIO" ESPECIAL: COMUNICACION INTERPERSONAL

Aunque tendemos a pensar en la promoción de productos como publicidad —y de la publicidad como materiales impresos, radiales o televisivos— los esfuerzos de Mercadeo Social usualmente ponen énfasis sobre la comunicación interpersonal sistemática. Esta es especialmente importante en las áreas en donde los "medios masivos" alcanzan únicamente un porcentaje de las masas. A menudo, los mensajes y servicios consiguen poca credibilidad si solamente se difunden a través de los medios masivos; su credibilidad está basada sobre su verificación por los líderes de opinión locales y grupos de apoyo. Además, el impacto de los mensajes puede multiplicarse cuando una combinación de medios —impresos, radiales, televisivos, interpersonales— se integran y coordinan para reforzarse.

Un esfuerzo de Mercadeo Social y de prevención del SIDA en Uganda también depende fuertemente de la comunicación interpersonal con la población destinataria. El Ministerio de Salud, Programa de Control del SIDA (PCS), está trabajando con la Federación de Empleadores de Uganda (FEU) para alcanzar tanto a hombres como mujeres en sus lugares de trabajo. La FEU incluye organizaciones miembros cuyos números de empleados varían entre 20 y 5.000. Un proyecto piloto está trabajando inicialmente en dos compañías pequeñas, dos medianas y dos grandes. La investigación de fondo del consumidor mostró que, el público destinatario, consideraba que la ausencia de una fácil comunicación entre los sexos, constituía un obstáculo para la adopción de prácticas que pueden prevenir el SIDA. Por tanto, el proyecto está capacitando a expertos en el SIDA —por lo menos un hombre y una mujer por sitio de trabajo— para trabajar en forma separada con los empleados masculinos y femeninos, proporcionando información sobre el SIDA y promoviendo comunicación entre las parejas, así como prácticas seguras. Estos compañeros educadores se apoyan en materiales impresos y un video de capacitación.

INTERVENCION — COORDINAR LA MEZCLA DE MEDIOS

Un programa de Mercadeo Social no consiste solamente en un evento para los medios de comunicación o en un esfuerzo de capacitación. El programa deberá asegurar que los mensajes alcancen a un público destinatario en las etapas apropiadas, y que los productos y servicios estén disponibles a medida que se incremente su demanda. La intervención en sí es la culminación de varias estrategias sobre el producto, el comportamiento, la distribución y capacitación, la estrategia creativa y del mensaje, y la estrategia de canales de medios. Varios ejemplos a continuación mostrarán el desafío que puede plantear esta sincronización.

El diagrama muestra el complejo diseño de una intervención en materia de terapia de rehidratación oral, TRO, en Honduras. El programa tuvo lugar entre los años 1980 y 1982 y estaba dividido en cuatro diferentes ciclos de mensaje, programados en consonancia con el mayor índice de diarrea. El público primario incluyó a madres y abuelas rurales, y a los trabajadores en atención médica primaria llamados **guardianes**. El público secundario incluía a trabajadores de atención médica, padres con hijos menores de cinco años, maestros y alumnos rurales, y promotores regionales de salud. El tono de la intervención era serio, y procuró apoyar lo que ya hacían las madres, a la vez que añadía varios componentes nuevos a la forma de "ser buena madre". Se presentó la TRO como el último adelanto de la ciencia moderna, y como remedio para la pérdida de apetito y ayuda en la recuperación.

La Fase I enfatizó la capacitación directa a trabajadores de salud y profesionales médicos. La Fase II, durante el primer período de alta incidencia diarréica, se convirtió en una campaña masiva basada en los medios de comunicación social y dirigida hacia las madres y abuelas rurales. Los mensajes se enfocaban en el diagnóstico de la deshidratación, administración de TRO, y algunos conceptos preventivos. La Fase III pasó su enfoque a la prevención, mientras que reforzaba ciertos mensajes de tratamiento. La Fase IV, durante el segundo tiempo de máxima incidencia de diarrea, volvió a dar énfasis en el tratamiento de la TRO.

El programa alcanzó a diferentes grupos de públicos a través de distintas combinaciones de medios[10] La radio fue el medio principal de contacto inicial con la mayoría de las madres rurales. Materiales impresos sencillos como afiches y panfletos gráficos suplementaron cuñas radiales extensas y radionovelas. El contacto interpersonal para madres mediante **guardianes**, alcal-

CAMPAÑA DE TRO EN HONDURAS

	OCT 1980 ETAPA I JUN 81	JUL 81 ETAPA II [illegible] 81	[illegible] 81 ETAPA III ABR 82	MAY 82 ETAPA IV [illegible] 82
SECUENCIAS DE MENSAJES	Deshidratación Atención infantil especial Leche materna lo mejor	LITROSOL Para la deshidratación Disponible en Centro Identificado con bandera Administrar a los bebés para todos los casos de diarrea	Dar alimentos durante la diarrea Instrucción en el sobre	Litrosol para todos los episodios Síntomas de deshidratación
RADIO — CUÑAS	6.450	5.424	8.577	2.801 [illegible] 9.611
MEDIOS IMPRESOS GRAFICOS — CARTELES DISTRIBUCION	37.000	18.600	17.400	5.000
PROSPECTOS		80.000		75.000

des locales, clínicas rurales, y hospitales infantiles en Tegucigalpa, incrementaron la credibilidad de los mensajes. Se llegó a los **guardianes** mediante un esfuerzo intensivo preliminar de capacitación que fue apoyado por reuniones regulares bimensuales, emisiones radiales, y materiales impresos sencillos. El programa alcanzó a públicos secundarios como médicos, enfermeras y promotores de salud mediante los medios impresos y notas regulares en los noticieros. Durante un lapso de dos años, el programa difundió más de 20.450 cuñas radiales conjuntamente con la distribución de 200.000 materiales impresos y 150.000 paquetes de TRO.

Dentro de los seis meses del inicio de la difusión, una encuesta de 286 madres en la Región de Salud I mostró que el reconocimiento de LITROSOL, el nuevo producto para TRO, había subido hasta aproximadamente el 75 por ciento. Más de la tercera parte de las madres reportaban haber utilizado LITROSOL para tratar la diarrea por lo menos una vez. Al final de la campaña, este porcentaje subió al 63 por ciento. Dos años después del inicio de la intervención, la proporción de muertes por diarrea entre niños menores de cinco años se redujo en un 40 por ciento.[11] Una repetición de la encuesta en 1987 reveló que la conciencia de la TRO ha continuado en ascenso, a medida que la intervención evolucionó de un proyecto piloto a un programa nacional. La proporción de madres que alguna vez utilizaron TRO ha subido al 85 por ciento.

MONITOREO Y EVALUACION

Ningun programa, por cuidadosamente que se lo haya diseñado, procederá exactamente según lo planificado. El Mercadeo Social se vale del monitoreo extenso a mitad de proyecto para detectar fallas y omisiones en los mensajes o productos, y para perfeccionarlos oportunamente. Un ejemplo de un importante "descubrimiento" a mitad de proyecto demuestra la importancia del monitoreo.

Las campañas nacionales por la supervivencia infantil del PREMI en el Ecuador, combinaron vacuna, distribución de paquetes de SRO, y control del crecimiento para niños de hasta dos años de edad. Cada una de las cuatro campañas requirió de extensas promociones a nivel nacional. Un punto sobresaliente de la promoción fue el diploma de vacuna. Cada madre cuyo hijo cumpliera el ciclo de tres vacunas durante la campaña, recibió un diploma firmado por el Ministro de Salud. Calendarios, afiches y cuñas radiales y televisivas promovieron el diploma, conjuntamente con el mensaje de que "todo niño necesita tres visitas para protección completa". Aproximadamente 153.000 madres recibieron diplomas el día de la movilización. Sin embargo, el monitoreo del programa mostró que muchas veces las mujeres traían a niños mayores para la vacuna, pero no a sus hijos menores de un año. Esa es la edad más vulnerable a las enfermedades prevenibles por la vacuna. Por esta razón, se modificó el diploma para motivar a las madres a traer a sus hijos menores. Cualquier madre cuyo hijo estaba vacunado antes de que cumpliera un año recibía una estrella dorada en su diploma. El programa también cambió su logotipo para dar énfasis en el nuevo grupo destinatario de edad más tierna. Mientras que el logotipo original representaba a un niño y una niña de edad escolar, la imagen modificada añadió a Carlitos, su hermanito menor de un año. Con el tiempo, Carlitos llegó a ser el protagonista de una caricatura regular en el periódico y de un cuaderno escolar.

El monitoreo mide los resultados a mitad del programa. Una evaluación global al final del proyecto determina si efectivamente se cumplieron los objetivos del programa. No es suficiente saber que se emitieron los programas radiales, se distribuyeron los productos, se capacitaron trabajadores de salud, ni incluso que se escucharon los programas o que éstos motivaron a la acción. El objetivo final es que la gente cambie su comportamiento, y mejore —como resultado del cambio— la salud propia y la de sus hijos. El principal instrumento de investigación utilizado en las evaluaciones sumativas de programas de Mercadeo Social, suele ser una encuesta en gran escala, aplicada tanto antes como después de la intervención, para medir los cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas del grupo con relacion al problema respectivo de salud. Sin embargo, esta técnica no necesariamente es la única ni la mejor. Por ejemplo, los datos de clínicas pueden suministrar información sobre ciertas practicas de salud. Sin embargo; todo programa necesita contar con alguna medida de su éxito para justificar la inversión por los financiadores, así como por los consumidores.

Pongamos contentos fuertes y sanos a todos los niños Ecuatorianos

CONCLUSIONES

Aunque este artículo comenzo con alabanzas para el Mercadeo por su enfasis en las necesidades y prácticas del consumidor, parece apropiado concluir señalando las limitaciones y defectos de este enfoque.

El enfoque primario del Mercadeo Social es una evaluacion de las necesidades del consumidor, y la **promoción de prácticas** beneficiosas para su salud. Esto debe equilibrarse, en el campo de la salud pública, por la **provisión de productos y servicios.** El Mercadeo Social, y la creación de demanda por parte del consumidor, no es apropiado si no están disponibles las vacunas, si los centros de salud frecuentemente pasan cerrados, si las tecnologías son poco confiables, etc. Es decir, los productos deben ser apropiados, los servicios deben estar disponibles, y las estructuras básicas deben estar operando antes de que digamos a los consumido-

res que la responsabilidad de la buena salud cae sobre sus hombros.

Además, los especialistas en Mercadeo Social deben tener cuidado de no esperar que los consumidores superen los límites de sus ambientes. Es posible, por ejemplo, que coloquemos una carga imposible sobre una mujer al esperar que trabaje todo el día en los campos, amamante a cada niño hasta los seis meses de edad, cocine alimentos especiales cuando se enfermen, camine muchos kilómetros hasta el centro de salud local registrar el crecimiento del niño, y así sucesivamente. Seguramente ella tiene derecho a recibir información correcta sobre las prácticas valiosas en materia de salud. Pero quienes apoyan los programas orientados hacia el consumidor, deben tener también la responsabilidad de considerar los **beneficios**, así como el precio del cambio●

REFERENCIAS

1. Solomon, Douglas S. "A Social Marketing Perspective on Campaigns." in Rice, Ronald E. and W.J. Paisley, (eds.). **Public Communication Campaigns.** Beverly Hills, CA Sage Publications (1981). p. 282.
2. Manoff, Richard K. **Social Marketing: New Imperative for Public Health.** New York Praeger. (1985) p 107.
3. Kotler, Philip, and Alan R. Andreasen. **Marketing for Nonprofit Organizations.** Englewood Cliffs, New Jersey Prentice-Hall, Inc., (1975) Revised edition in 1987 published as **Strategic Marketing for Nonprofit Organizations.**
4. Andreasen, Alan R **Social Marketing: Its Potential Contribution in the Public Sector.** Special report series. Washington, DC Academy for Educational Development (1988) p. 6
5. Rasmuson, Mark R., R. E. Seidel, W.A. Smith, and E.M. Booth. **Communication for Child Survival.** Washington, DC: Academy for Educational Development, (1988) p 10.
6. **Ibid.**, p 40
7. **Ibid.**, p. 11.
8. **Ibid.**, p 30.
9. Verzosa, Caby **Working with Mothers to Promote Improved Nutrition.** Unpublished document (1988) p. 1-13
10. HEALTHCOM Project. **Lessons from Five Countries.** Washington, DC Academy for Educational Development. (1985). p 9
11. Foote, Dennis R., et al. **The Mass Media and Health Practices Evaluation in Honduras: A Report of the Major Findings.** Report from Stanford University to the United States Agency for International Development Prepared by Applied Communication Technology Menlo Park, CA 1985 p. v-viii.

MERCADEO VS

1. ¿La Comunicación Social y el Mercadeo Social se complementan?

Sí. Las dos son muy buenas metodologías de acción social.

2. ¿Cuáles son sus puntos de complementación?

- Buscan fines y objetivos de bienestar social similares, pero lo hacen por caminos diferentes.
- El Mercadeo Social no enfrenta el conflicto social para lograr el cambio de comportamiento.
- La Comunicación Social cuando busca el cambio no se sorprende de encontrar el conflicto social.
- Se complementan cuando enfrentan males y cambios nacionales que necesitan respuestas rápidas (Mercadeo Social), pero con arraigue en la base (Comunicación Social).
- El Mercadeo Social le brinda a la Comunicación Social instrumentos ágiles/funcionales y bien probados para detectar fallas en la estructura de la eficacia del mensaje.
- El Mercadeo Social le brinda a la Comunicación Social una sistematización de la metodología en las fases de pre-ensayo, y evaluación de mensajes.
- La Comunicación Social, en cambio, complementa al Mercadeo Social en su "desconexión" con las necesidades sentidas de los destinatarios. El problema radica en la dinámica del proceso: El Mercadeo Social identifica las necesidades apriori y con los técnicos (representantes del gobierno); mientras que la Comunicación Social arranca con la concientización/priorización de la base.
- La complementariedad ideal se da cuando los objetivos de cambio, la participación de la agencia donante, el equipo de trabajo institucional y la comunidad destinataria, participan en igualdad de condiciones para diagnosticar, producir y comunicar los contenidos/mensajes e implementar el proceso de comunicación.

3. ¿Cuál de las dos metodologías es propia para sociedades pobres?

Debido a que el Mercadeo Social es generalmente auspiciado por una Agencia Internacional (se ejecuta a través de una Institución Gubernamental o por una empresa de Mercadeo Social), y que enfatiza el uso de medios masivos de comunicación (radio, cine, TV, prensa), y requiere de una intervención larga (promedio de 2-3 años), es que tiene mayor validez en países en desarrollo intermedio.

En estos países también se dan políticas gubernamentales/nacionales, que desean logros con el apoyo de la comunicación, cuentan con un mínimo de equipo humano institucional y una red de distribución de productos y servicios que responden al incremento de la demanda. Por ello se hace más factible el Mercadeo Social, si además hay una red de apoyo comunitario y seguimiento de la intervención a nivel grupal y una capacidad mínima instalada de evaluación.

Dado que los países pobres no tienen estos elementos o los tienen muy poco desarrollados (lo que los hace insuficientes para el Mercadeo Social), se recomienda que en ellos se utilice la metodología de la Comunicación Social. Las probabilidades de éxito son mucho mayores, pues hay más garantía de que se prolongue la intervención, dado que su punto de arranque es la toma de conciencia crítica del grupo beneficiario que inicia y sostiene el proceso de comunicación. La dinámica radica en ese grupo no en el agente externo (agencia, gobierno) que básicamente ofrece mensajes construidos para comportamientos puntuales y para procesos de prácticas repetidas.