


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN MERCADEO**



**ROL DEL MARKETING BOCA EN BOCA
EN LA ELECCIÓN DEL MÉDICO ESPECIALISTA
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA,
MUNICIPIO DE GUATEMALA, AÑO 2014**

LIC. JOSÉ MAURICIO SOLÓRZANO MONTERROSO

GUATEMALA, MAYO DE 2016

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN MERCADEO**



**ROL DEL MARKETING BOCA EN BOCA
EN LA ELECCIÓN DEL MÉDICO ESPECIALISTA
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA,
MUNICIPIO DE GUATEMALA, AÑO 2014**

Informe final de tesis para la obtención del Grado de Maestro en Ciencias, con base en el Normativo de Tesis, aprobado por la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Económicas, en el punto séptimo inciso 7.2 del acta 5-2005 de la sesión celebrada el veintidós de febrero de 2005, actualizado y aprobado por la Junta Directiva en el numeral 6.1 punto SEXTO del acta 15-2009 de la sesión celebrada 14 de julio de 2009.

ASESOR:

MBA. RICARDO AUGUSTO REYNOSO GONZÁLEZ

AUTOR:

LIC. JOSÉ MAURICIO SOLÓRZANO MONTERROSO

GUATEMALA, MAYO DE 2016

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
HONORABLE JUNTA DIRECTIVA

Decano: Lic. Luis Antonio Suárez Roldán
Secretario: Lic. Carlos Roberto Cabrera Morales
Vocal II: Lic. Carlos Alberto Hernández Gálvez
Vocal III: Lic. Juan Antonio Gómez Monterroso
Vocal IV: P.C. Oliver Augusto Carrera Leal
Vocal V: P.C. Walter Obdulio Chigüichón Boror

JURADO EXAMINADOR QUE PRACTICÓ
EL EXAMEN GENERAL DE TESIS SEGÚN
EL ACTA CORRESPONDIENTE

Presidente: MSc. Claudia Elizabeth Aquino García
Secretario: Dr. Fernando Alfredo Jerez González
Vocal I: MSc. Anibal Rogelio Sandoval Fabián



ACTA No. 36-2015

En la Sala de Reuniones del Edificio S-11, Escuela de Estudios de Postgrado, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, nos reunimos los infrascritos miembros del Jurado Examinador, el **11 de noviembre** de 2015, a las **18:00** horas para practicar el **EXAMEN GENERAL DE TESIS** del Licenciado **José Mauricio Solórzano Monterroso**, carné No. **100017227**, estudiante de la Maestría en Mercadeo de la Escuela de Estudios de Postgrado, como requisito para optar al grado de Maestro en Mercadeo. El examen se realizó de acuerdo con el normativo de Tesis, aprobado por la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Económicas en el numeral 6.1, Punto SEXTO del Acta 15-2009 de la sesión celebrada el 14 de julio de 2009.

Cada examinador evaluó de manera oral los elementos técnico-formales y de contenido científico profesional del informe final presentado por el sustentante, denominado **"ROL DE MARKETING BOCA EN BOCA EN LA ELECCIÓN DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, MUNICIPIO DE GUATEMALA, AÑO 2014"**, dejando constancia de lo actuado en las hojas de factores de evaluación proporcionadas por la Escuela. El examen fue **APROBADO** con una nota promedio de **72** puntos, obtenida de las calificaciones asignadas por cada integrante del jurado examinador. El Tribunal hace las siguientes recomendaciones: Que el sustentante incorpore las enmiendas señaladas dentro de los 30 días hábiles siguientes.

En fe de lo cual firmamos la presente acta en la Ciudad de Guatemala, a los once días del mes de noviembre del año dos mil quince.

MSc. Claudia Elizabeth Aquino García
Presidente

Dr. Fernando Alfredo Jerez González
Secretario



MSc. Anibal Rogelio Sandoval Fabián
Vocal I

Lic. José Mauricio Solórzano Monterroso
Postulante



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

ADENDUM

El infrascrito Presidente del Jurado Examinador CERTIFICA que el estudiante José Mauricio Solórzano Monterroso, incorporó los cambios y enmiendas sugeridas por cada miembro examinador del Jurado.

Guatemala, 8 de enero de 2016.

(f) _____

MSc. Claudia Elizabeth Aquino García
Presidente



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS
ECONOMICAS
EDIFICIO 5-A
Ciudad Universitaria zona 12
GUATEMALA, CENTROAMERICA

**DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS,
GUATEMALA, DIEZ DE MARZO DE DOS MIL DIECISÉIS.**

Con base en el Punto SEXTO, inciso 6.1, subinciso 6.1.2 del Acta 04-2016 de la sesión celebrada por la Junta Directiva de la Facultad el 14 de marzo de 2016, se conoció el Acta Escuela de Estudios de Postgrado No. 36-2015 de aprobación del Examen Privado de Tesis, de fecha 11 de noviembre de 2015 y el trabajo de Tesis de Maestría en Mercadeo, denominado: "ROL DE MARKETING BOCA EN BOCA EN LA ELECCIÓN DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, MUNICIPIO DE GUATEMALA, AÑO 2014", que para su graduación profesional presentó el Licenciado **JOSÉ MAURICIO SOLÓRZANO MONTERROSO**, autorizándose su impresión.

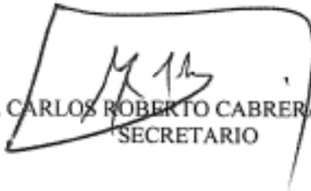
Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



LIC. LUIS ANTONIO SUÁREZ ROLDÁN
DECANO

M.CH



LIC. CARLOS ROBERTO CABRERA MORALES
SECRETARIO



ACTO QUE DEDICO

A DIOS	Infinitas gracias por permitirme culminar mis estudios.
A mi esposa	Celeste, por su paciencia y amor en todo momento.
A mi hijo	José Fernando, para que le sirva de ejemplo en su vida.
A mi ahijado	Carlos Manuel, para que le sirva de inspiración y culmine su carrera Ingeniería.
A mis padres	Fernando y Lucrecia, que me apoyaron en todo momento.
A mi hermana y hermanos	Mónica, Carlos y Jorge les comparto este logro.
A mis sobrinos	Mafer, Mariale, Marre, Jose y David, para que les sirva de ejemplo
A la familia	De León González, por el apoyo y la confianza que brindaron.
A mis compañeros de maestría	Especialmente a Jacobo (Q.E.P.D).
A mis amigos	Especialmente al Grupo Amigos Correctos.
A la Universidad de San Carlos de Guatemala	Casa máxima de estudios, a quien debo mi formación Universitaria

CONTENIDO

RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN	ix
Capítulo 1 Antecedentes	1
Capítulo 2 Marco Teórico y Conceptual	2
2.1. Marketing.....	2
2.2. Boca en boca	3
2.2.1. Definiciones de boca en boca.....	5
2.2.2. Importancia	8
2.2.3. Etapa de generación del boca en boca	11
2.2.4. Proceso de generación del boca en boca.....	12
2.2.5. El boca en boca dentro de marketing	15
2.2.6. Características notables de marketing boca en boca	19
2.2.7. Ventajas del boca en boca.....	19
2.2.8. Desventajas del boca en boca.....	21
2.2.9. Motivos por los que los consumidores emiten comentarios.....	22
2.2.10. Parámetros para medir el boca en boca.....	23
Capítulo 3 Marco metodológico.....	26
3.1. Hipótesis de trabajo.....	26
3.2. Variable	26
3.3. Objetivo general	27
3.4. Objetivos específicos	27
3.5. Diseño utilizado	27
3.6. Universo	28
3.7. Estimación de la muestra	29

3.8. Instrumentos de medición aplicados	30
3.9. Resumen del procedimiento utilizado.....	30
Capítulo 4.....	32
Análisis e interpretación de resultados.....	32
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	
Medios tradicionales de publicidad.....	4
Tabla 2	
Opiniones sobre las actitudes.....	9
Tabla 3	
Confianza en la publicidad.....	10

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	
Boca en Boca.....	13

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1	
Rangos de edad de mujeres embarazadas	32
Gráfica 2	
Edad gestacional en las mujeres encuestadas	33
Gráfica 3	
Consultas recibidas por paciente.....	34

Gráfica 4	
Porcentaje de satisfacción de las pacientes en el consultorio médico.....	35
Gráfica 5	
Forma de enterarse de los servicios del médico.....	36
Gráfica 6	
Fuentes de recomendación del médico gineco obstetra.....	37
Gráfica 7	
Porcentaje de pacientes que recomendó al médico gineco obstetra.....	38
Gráfica 8	
Razón para recomendar al gineco obstetra.....	39
Gráfica 9	
Probabilidad de recomendar al gineco obstetra.....	40

RESUMEN

El presente estudio tuvo como finalidad, analizar el rol de marketing de boca en boca en la elección del médico especialista en Ginecología y Obstetricia en el municipio de Guatemala.

La investigación surgió debido a que los médicos tienen prohibido hacer publicidad para promocionar sus servicios, esta norma se encuentra contenida en el Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. No obstante, esta regulación a la publicidad, existen médicos con alta demanda en sus clínicas y otros todo lo contrario.

Es así como surgió la hipótesis para este estudio: El porcentaje de mujeres en estado de embarazo que elige a su médico gineco obstetra privado a través de las recomendaciones de boca en boca es superior a 50%.

Para verificar esta hipótesis se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo no experimental, el modelo de investigación fue cuantitativo y el método utilizado fue deductivo, además se utilizaron las técnicas de investigación documental y de campo; para recolectar la información se utilizó la técnica de cuestionarios. La muestra utilizada fue de 150 mujeres en estado de gestación que pertenecieran al municipio de Guatemala y para obtener este resultado se consideró que del total de la población del municipio, 525,675 mujeres, 4.1% eran mujeres en estado de embarazo comprendidas entre 15 y 49 años de edad, utilizando como base los parámetros del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Dentro de los resultados más importantes que se obtuvieron se encuentran los siguientes:

- Se comprobó la hipótesis de que el porcentaje de mujeres en estado de embarazo que eligen a su médico gineco obstetra privado a través de las recomendaciones de boca en boca es superior al 50%.
- Se determinó que un alto porcentaje de mujeres en estado de embarazo se enteró de los servicios de su médico privado ginecólogo y obstetra a través de las recomendaciones de boca en boca.
- En el estudio se logró establecer que los familiares, amigas y compañeras de trabajo son quienes generan las recomendaciones de boca en boca sobre los servicios de los médicos privados ginecólogos y obstetras.
- Se determinó que los principales factores que influyen en la difusión del mensaje de boca en boca, sobre los servicios que presta el médico ginecólogo y obstetra son: 1) Atención personalizada, 2) Confiabilidad y 3) Experiencia del médico.
- Otro hallazgo importante de la investigación fue que se estableció que un porcentaje significativo de pacientes se entera de los servicios del médico ginecólogo y obstetra a través de los Seguros Privados.

Con base en los resultados de esta investigación, se logró establecer que el marketing de boca en boca ocupa un lugar fundamental en los servicios médicos, debido a que se determinó que el 69% de pacientes encuestadas indicó haberse enterado por este medio de comunicación de los servicios de su médico privado gineco y obstetra, por lo que es recomendable que los profesionales de la medicina se preocupen por satisfacer las expectativas de sus pacientes con énfasis en los factores: atención personalizada, confianza y experiencia.

INTRODUCCIÓN

La comunicación de boca en boca es considerada como una de las herramientas de mercadeo más antigua (Briceño Trujillo, 2013). Según Arndt (1967) el boca en boca es la comunicación de persona a persona, en la que interviene un receptor y un comunicador, en la que el receptor percibe la comunicación como no comercial, con respecto a una marca, producto o servicio.

En Guatemala existen pocos estudios realizados sobre este tema, la referencia más cercana que se encontró es la investigación que fue realizada en Taiwán denominada *The Role of Medical Word-of-Mouth on Sport Therapists: A Patient Psychological Perspectives* (Liu, Chou, Liu, & Chen, 2013); así como el estudio *Under The Influence: Consumer Trust In Advertising*, (The Nielsen Company, 2013); en ambas investigaciones se demuestra la importancia que tiene el boca en boca en la toma de decisión de compra del cliente, además se indica que las recomendaciones provienen principalmente de familiares y amigos.

De allí se originó la idea de hacer una investigación que permitiera establecer si el boca en boca tradicional es un factor fundamental en la elección que hacen pacientes de un medico médico especialista en ginecología y obstetricia. Cabe aclarar que el boca en boca ha evolucionado con el transcurrir de los años; la primera forma de comunicación de boca en boca, se conoce como boca en boca orgánico y es el que surge de forma natural de las cualidades positivas del servicio y es en éste tipo de comunicación en el que se centra la investigación. También existen, el boca en boca iniciado por una campaña intencionada para hacer que la gente hable, el cual se denomina boca a boca amplificado (Sernovitz, 2013, p. 31), y el boca en boca electrónico en el que las recomendaciones se emiten a través de Internet (Villanueva & Armelini, 2007, p. 8).

Abujatum, Fernández, Lillo, & Navarrete (2011) respecto al boca en boca electrónico señalan:

“Esta nueva forma de comunicación a través de Internet producida íntegramente por los usuarios, es lo que Negroponte y Pattie (1996) bautizaron como *e-WOM* o boca oreja electrónico.” (p.45)

El problema que se identificó y dio origen a este trabajo es que actualmente a los médicos se les prohíbe hacer publicidad para atraer a sus pacientes, lo cual está establecido en el Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, no obstante que no hacen publicidad, hay médicos con alta demanda de atención y otros todo lo contrario.

En ese sentido se plantea la interrogante siguiente: ¿Cuál es el rol marketing de boca en boca en la elección que hacen las mujeres embarazadas de su médico especialista en Ginecología y Obstetricia, en el municipio de Guatemala?

Esta investigación se justificó debido a que con los resultados de este estudio se esperaba aportar información valiosa a los profesionales del país que ofrecen servicios al público en general, y principalmente a los médicos gineco obstetras, debido a que podrán tomar las acciones que les permita atraer pacientes sin contravenir las normas del Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.

El objetivo general de la investigación fue determinar el porcentaje de participación del boca en boca en la elección que hacen las pacientes de su médico ginecólogo y obstetra, a fin de establecer si el boca en boca es una herramienta de mercadeo que pueden utilizar los médicos para atraer pacientes a su clínica privada.

Los objetivos específicos tuvieron como finalidad determinar el porcentaje de participación del boca en boca en la elección del médico gineco obstetra, establecer quién es la persona que genera este tipo de recomendaciones, identificar los factores que influyen en la difusión del mensaje de boca en boca así como determinar la probabilidad que un paciente recomiende a su médico privado a otra persona.

Con esta información se estableció la siguiente hipótesis de trabajo: El porcentaje de mujeres en estado de embarazo que elige a su médico gineco obstetra privado a través de las recomendaciones de boca en boca es superior a 50%.

El trabajo de investigación consta de cinco capítulos, en el capítulo 1 se hace referencia los antecedentes relacionados al problema que afrontan los médicos ante la prohibición de hacer publicidad y se mencionan dos estudios que fueron realizados sobre la comunicación boca en boca que aportan información valiosa para el estudio.

En el capítulo 2, se expone el marco teórico y conceptual, en donde se revisaron distintos conceptos sobre el boca el boca de manera amplia, la importancia de este tipo de comunicación para los consumidores, el proceso de generación, las características que presenta el boca en boca, sus ventajas y desventajas, además se identificó los motivos por los que los consumidores emiten comentarios.

En el capítulo 3, se describe la metodología utilizada para la investigación, hipótesis, variable, objetivos, diseño de la investigación, estimación de la muestra y procedimiento utilizado para la recolección de la información.

En el capítulo 4, se presenta la interpretación de resultados, que incluye la presentación gráfica de los datos que se recolectaron en la investigación de campo.

Finalmente, se presentan las conclusiones, en las cuales se resumen los hallazgos importantes de la investigación, además se plantean recomendaciones con base en los resultados obtenidos en el estudio. Y por último se presenta la bibliografía y anexos de la investigación en la que se encuentra el cuestionario utilizado en la investigación de campo, así como el Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.

Capítulo 1

Antecedentes

El código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos Guatemala, que es el instrumento que contiene un conjunto de normas morales que deben respetar en el ejercicio de la profesión, en el Capítulo IX Publicaciones y Anuncios en Medios, regula lo relativo a la publicidad; indica entre otras cosas que está permitido únicamente ofrecer al público sus servicios utilizando anuncios de tamaño y caracteres discretos como tarjetas de presentación.

De acuerdo a las entrevistas que se realizaron a seis Médicos Especialistas en Ginecología y Obstetricia, en la actualidad es muy difícil atraer pacientes a la clínica más aún cuando se trata de médicos que tienen poco tiempo de ejercer la profesión, razón por la cual la mayoría opta por buscar un trabajo en Instituciones del Gobierno o Privadas que les asegure un ingreso mensual fijo y de acuerdo a las posibilidades económicas brindan atención en una clínica privada.

En función de esa limitación que afrontan actualmente los profesionales de las Ciencias Médicas, se realizó una revisión a los estudios efectuados respecto al boca en boca en los servicios médicos y se encontró una investigación denominada *The Role of Medical Word-of-Mouth on Sport Therapists: A Patient Psychological Perspectives* (Liu, Chou, Liu, & Chen, 2013).

El estudio pretende determinar el papel del boca en boca en pacientes que tienen que elegir al Terapeuta Deportivo, tratan de entender cómo los pacientes buscan al Terapeuta; el estudio fue realizado en Taiwan en salones de Judo y los resultados que obtuvieron les mostraron que eligen al Terapeuta a través de las recomendaciones de boca en boca y principalmente éstas provienen de familiares y amigos.

Al comparar los resultados del estudio que realizó (Liu et al., 2013) con la investigación que efectuó *The Nielsen Company* denominado *Under The Influence: Consumer Trust*

In Advertising, (The Nielsen Company, 2013) se observa similitud en ciertos hallazgos de ambas investigaciones.

The Nielsen Company (2013) que las recomendaciones de boca en boca o *WOM* (*Word of Mouth*), son el medio más influyente y que éstas provienen principalmente de amigos y familiares.

Al observar los resultados de estos dos estudios, surge la idea de efectuar una investigación sobre el marketing de boca en boca aplicada a los servicios que prestan los médicos Ginecólogos y Obstetras de la Ciudad Capital de Guatemala, con la finalidad de determinar sí el boca en boca juega una función determinante al momento que las pacientes en estado de gestación, eligen a su médico especialista que llevará el control del embarazo.

Capítulo 2

Marco Teórico y Conceptual

2.1. Marketing

“El marketing es un proceso social por el cual tanto grupos como individuos obtienen lo que necesitan y desean mediante la creación, oferta y libre intercambio de productos y servicios de valor con otros grupos e individuos” (Kotler & Keller, 2012, p. 5).

La American Marketing Association (2013) al respecto señala que:

“Marketing es la actividad, conjunto de instituciones y procesos para crear, comunicar, entregar e intercambiar ofertas que tienen valor para los consumidores, clientes, socios y la sociedad en general”.

Kotler & Amstrong (2008b) opinan que:

El marketing, más que ninguna otra función empresarial, se ocupa de los clientes (...) es la gestión de relaciones rentables con el cliente. El doble objetivo del marketing consiste en atraer a nuevos clientes generando valor superior y en mantener y hacer crecer el número de clientes actuales proporcionándoles satisfacción (p. 5).

Respecto al uso del término marketing el Diccionario de la Real Academia Española – RAE-, reconoce la palabra Marketing como un anglicismo. La adaptación gráfica de este término propuesta por la RAE es márquetin y recomienda usar con preferencia la palabra española mercadotecnia, además la RAE menciona que en muchos países americanos se utiliza la palabra mercadeo.(Real Academia Española, 2015). Para el presente estudio se utilizará el vocablo Marketing.

2.2. Boca en boca

La comunicación boca en boca o boca oreja como también se conoce (E. Editor Consulting, n.d., p.33), es considerada como uno de los medios de comunicación más efectivos que ha conocido la humanidad y la importancia que ha tenido como herramienta de marketing ha evolucionado en los últimos años.

Las razones que validan esto según el estudio “El boca a boca electrónico” de Villanueva & Armelini (2007) son las siguientes:

- Existe menor interés entre los consumidores por la publicidad tradicional y por los medios masivos de comunicación. Esto se debe a los siguientes factores.
 - a) Crisis en el formato tradicional de publicidad debido a la existencia de nuevos patrones de conducta en las audiencias. Dispositivos como TiVo permiten a los espectadores programar lo que quieren ver, evitando los anuncios.

- b) Las audiencias se encuentran cada vez más fragmentadas, por lo que resulta difícil llegar con un mismo mensaje a una gran cantidad de personas.
 - c) El retorno de la inversión en publicidad en medios masivos ha sido cuestionado por académicos y expertos de la industria (Loddish et al. 1995, Shore et al. 2004).
 - d) Dado que los productos son cada vez más complejos, la gente busca fuentes de información fiable y objetiva antes de realizar la decisión de compra. (p.3)
- Las estrategias de comunicación basadas en fomentar el boca oreja tienen mayor alcance y fiabilidad, explica Villanueva & Armelini (2007) y son menos costosas que las que se basan en publicidad masiva, tal y como se evidencia en la siguiente tabla (p. 3).

Tabla 1
Medios tradicionales de publicidad

Variables	Medios tradicionales (modelo CPM)			Contenidos creados por el usuario (CGM)		
	TV	Publicidad Gráfica	Marketing Directo	Índices de audiencia	Comentarios y críticas	C2C email
Alcance	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto
Confianza	Medio	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto
Coste	Alto	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Medio
Control	Alto	Alto	Alto	Bajo	Medio	Bajo
Fuente:	Villanueva & Armelini (2007). Medios tradicionales de publicidad y medios de comunicación Generada por los individuos (p. 5).					

Abujatum, Fernández, Lillo, & Navarrete (2011) con respecto al comportamiento de consumidor señalan:

Los consumidores generan un cierto rechazo a la publicidad tradicional, debido principalmente a que su confianza en las marcas se ha visto dañada. Esto se explica en parte, por el cansancio y la saturación de los consumidores frente a un constante bombardeo de publicidad y anuncios televisivos, así como también, porque existe una creencia generalizada de que las marcas sólo buscan vender un producto y no crear relaciones a largo plazo. Esto se evidencia en un reciente estudio realizado por (Kotler, 2011) en el cual se supo que el 60% de las personas odia la publicidad y el Marketing, y el 70% cambia de canal o abandona el televisor durante las pausas publicitarias.

2.2.1. Definiciones de boca en boca

Buttle (1998) señala que uno de los primeros en investigar la influencia del boca en boca en el comportamiento del consumidor fue Johan Arndt en 1967 al publicar el estudio denominado *Rol of Product-Related Conversations in the Diffusion of a New Product* publicado en el *Journal of Marketing Research* que pertenece a la *American Marketing Association* (p. 242).

Arndt (1967) refiere que el boca en boca, es la comunicación de persona a persona, en la que interviene un receptor y un comunicador, en la que el receptor percibe la comunicación como no comercial, con respecto a una marca, producto o servicio.

En esta definición se observan dos aspectos fundamentales, el primero, que para que este tipo de comunicación se lleve a cabo se requiere la presencia física de ambas personas y segundo el receptor del mensaje debe percibir al emisor como alguien ajeno a una organización comercial (Abujatum, Fernández, Lillo, & Navarrete, 2011, p. 7).

Entre otros aportes con respecto al surgimiento del marketing boca en boca, Briceño Trujillo (2013) menciona lo siguiente: “El *Word of Mouth* es tal vez la forma más antigua para promover un producto, los primeros estudios sobre *Word of Mouth* datan del año 1954 del autor Whyte (Whyte Jr., 1954). Posteriormente en 1955 fue estudiado por Katz & Lazarsfeld (Katz, 1955), luego de estos estudios se han hecho cientos de trabajos sobre este tema.”

Otra definición que se encontró indica que el boca en boca es darle a la gente un motivo para hablar sobre sus cosas y consiste en que gente real hable entre sí de consumidor a consumidor (C2C), en lugar de hacerlo mediando con los profesionales del marketing” (Sernovitz, 2013, p. 29).

El marketing boca a boca no es publicidad mencionan varios autores, en cambio otros utilizan el término publicidad boca en boca. Para el presente estudio se admite únicamente el término marketing de boca en boca.

“Boca a boca es una comunicación que es independiente, objetiva y desprovista de intereses invertidos. La publicidad es exactamente lo contrario. Juntar los términos revela o una dejadez en la manera de pensar o un atropello deliberado a la claridad” (Silverman, 2012, p. 21).

Arens, Weigod, & Arens (2008) definen el boca en boca de la siguiente manera:

“...la publicidad de boca en boca (*WOM* por sus siglas en Inglés). Aunque la *WOM* es un medio de comunicación, no es un medio publicitario. No está estructurado ni patrocinado en forma abierta, tampoco es pagado” (p. 8).

“El marketing de boca a oído también crea publicidad al hacer que los propios clientes propaguen la información sobre un producto o servicio a las demás personas de sus comunidades” (Kotler & Armstrong, 2008a, p.392).

Stanton, Etzel, & Walker (2007) al respecto señalan que se requiere una “Fuente”, que puede ser comercial o social, agrega que la comúnmente llamada publicidad de boca en boca no tiene cabida técnica en la definición de publicidad, en razón de ello se torna valiosa, debido a que no se paga a quién hace la recomendación, menciona que la publicidad de boca en boca es creíble, porque la persona solo tiene intereses del receptor de la recomendación como motivación para compartir su opinión (p. 555).

Clow & Baack (2010) mencionan sobre ese tema:

El marketing de rumor como también se le conoce al marketing de boca en boca, pone énfasis en que los consumidores transmitan la información sobre un producto. La recomendación de persona a persona goza de niveles más altos de credibilidad que un anuncio. También es más efectiva que las palabras de un portavoz o promotor remunerado (p. 272).

Loudon & Della (1995) opinan que:

La mercadotecnia boca a boca es una herramienta muy poderosa. Explica que cuando se logra que cada uno de sus consumidores divulgue sus precios puede apostar que alcanzará los oídos y las mentes de cuando menos diez nuevas personas a través de ellos (p. 285).

Stanton et al. (2007), aclaran la diferencia entre marketing viral y el de boca en boca:

El así llamado marketing viral o vírico abarca crear una situación en la que los consumidores difunden información acerca de una compañía o marca a otras personas. Sólo difiere de la publicidad de boca en boca porque la compañía estimula intencionalmente el flujo de comunicación (p. 518).

Los clientes satisfechos son en general más exclusivos y leales (Lash, 1990; Anderson y Sullivan, 1993; Reichheld, 1996; Goderis, 1998), más receptivos a

las innovaciones de la empresa proveedora (Cooper, 1993); más dispuestos a comunicar su satisfacción a través de la comunicación informal boca a boca (Swan y Oliver, 1989); menos sensibles al precio y más susceptibles de aceptar un precio mayor que el que cobran los competidores directos (Chamberlin, 1933/1962; Nagle y Holden, 1994; Homburg et al., 2005) (Labim, Gallucci, & Sicurrello, 2009, p. 49).

2.2.2. Importancia

Loudon & Della (1995): señalan:

Es imprescindible que los expertos en marketing manejen el proceso de influencia personal y de la comunicación boca en boca, además, se menciona que existen tres razones fundamentales que explican por qué es tan fuerte este tipo de comunicación:

1. Los consumidores consideran que la comunicación boca en boca es una comunicación verídica y confiable que puede ayudarles a tomar mejores decisiones de compra.
2. A diferencia de los medios masivos, los contactos personales brinda apoyo social y con confieren un sello de aprobación a las compras.
3. La información obtenida está a menudo respaldada por la presión de un grupo social que obliga a aceptar las recomendaciones (p. 285).

Días de Santos (1990) refiere que al analizar las opiniones sobre las actitudes de consumidor de servicios se encontró lo siguiente:

Tabla 2
Opiniones sobre las actitudes

Comportamiento de los compradores de Servicios	Respuesta positiva
Los clientes consideran que es más difícil determinar el valor y la calidad de un servicio que el de un producto tangible	89%
Al comprar servicios los clientes siguen más las indicaciones del vendedor que al comprar productos tangibles	85%
La información boca-a-oido es más importante en el área de servicios	86%
La publicidad tiene más influencia en el sector de los productos tangibles	85%
Para la compra de Servicios el cliente depende más de la opinión de otras personas	83%

Fuente: Días de Santos (1990). Opiniones sobre las actitudes del consumidor de servicios (p. 42).

Con respecto a la influencia de boca en boca, afirma Días de Santos (1990):

La comunicación boca-a-oido, influye más en la elección de una u otra empresa o marca que la comunicación formal de la propia empresa (...) es más creíble el consejo de un amigo que lo que diga la empresa de sí misma. Claro está, la base para alcanzar un alto nivel de referencias positivas radica en la prestación de altos niveles de satisfacción de los clientes atendidos (p. 53).

En tabla 3, se muestra los resultados del estudio realizado recientemente por *The Nielsen Company* relacionado con la confianza del consumidor en la publicidad, en el que se encontró que el 84% de los encuestados indicó que el medio en el que más

confían son las recomendaciones de boca en boca y que estas provienen de amigos y familiares. El estudio fue realizado a 29,000 consumidores de 58 países de Asia-Pacífico, Europa, América Latina, Oriente Medio, África y América del Norte (The Nielsen Company, 2013).

Tabla 3
Confianza en la publicidad

Forma de publicidad	2013 (%)
Recomendación de gente conocida	84
Sitios web de una marca	69
Opiniones de los consumidores en línea	68
Contenido Editorial como artículos de periódicos	67
Anuncios en la televisión	62
Patrocinios de marca	61
Anuncios en periódicos	61
Anuncios en revistas	60
Vallas publicitarias	57
Anuncios en Radio	57
Correos electrónicos	56
Anuncios previos a una película	56
Programas de colocación de productos por televisión	55
Anuncios en motores de búsqueda	48
Anuncios de video en línea	48
Anuncios en redes sociales	48
Anuncios gráficos en legados móviles	45
Anuncios en banners en línea	42
Publicidad vía SMS en móviles	34

Fuente: The Nielsen Company (2013). Bajo la influencia: la confianza de los consumidores en la publicidad.

2.2.3. Etapa de generación del boca en boca

Clow & Baack (2010) señalan que el boca en boca se genera de las siguientes maneras:

- Consumidores a los que verdaderamente les gusta la marca y les cuentan a otros.
- Consumidores a los que les gusta la marca y la empresa los patrocina para que les cuenten a otros.
- Empleados de la empresa o agencias que se hacen pasar por clientes para que les cuenten a otros sobre la marca (p. 272).

“... la situación ideal ocurre cuando a un consumidor le gusta verdaderamente una marca en particular y se lo cuenta a otros. Esto puede tener lugar en persona, o por medio de Internet, en foros de conversación, *blogs* o por correo electrónico” (Clow & Baack, 2010, p. 273).

En cuanto a las etapas del marketing de rumor, Clow & Baack (2010) señalan que puede compararse con un virus y consta de tres etapas: inoculación, incubación e infección. Explica que la etapa de inoculación ocurre durante la introducción de un producto, durante la incubación algunos innovadores o personas que marcan tendencias usan el producto. En la etapa de infección, el uso de producto se generaliza.

Kotler & Armstrong (2008b) con respecto al boca en boca opinan que hay dos grados tipos de canales de comunicación: personales e impersonales.

- **Canales de comunicación personales**

En los **canales de comunicación personales**, dos o más personas se comunican directamente entre sí. Pueden comunicarse cara a cara, por teléfono,

por correo postal o correo electrónico, o incluso a través de un chat por internet. Los canales de comunicación personales son eficaces porque permiten una interacción personal y una retroalimentación (p. 506).

Otros canales pueden ser vecinos, los amigos, los familiares, y los compañeros de trabajo que hablan con los compradores objetivo. Este canal, conocido como canal de **influencia boca-oreja**, tiene un efecto considerable en muchos tipos de productos. La influencia personal tiene un gran peso en los productos caros, arriesgados o muy visibles (p. 506).

- **Canales de comunicación impersonal**

Los **canales de comunicación impersonal** son medios que transmiten mensajes sin establecer un contacto o una retroalimentación directa que incluya los principales medios, ambientes y eventos. Los principales medios incluyen, los medios impresos (periódicos, revistas, correo directo), medios retransmitidos (radio, televisión), medios en expositores (vallas publicitarias, carteles, señales) y la comunicación online (correo electrónico, sitios web) (p. 508).

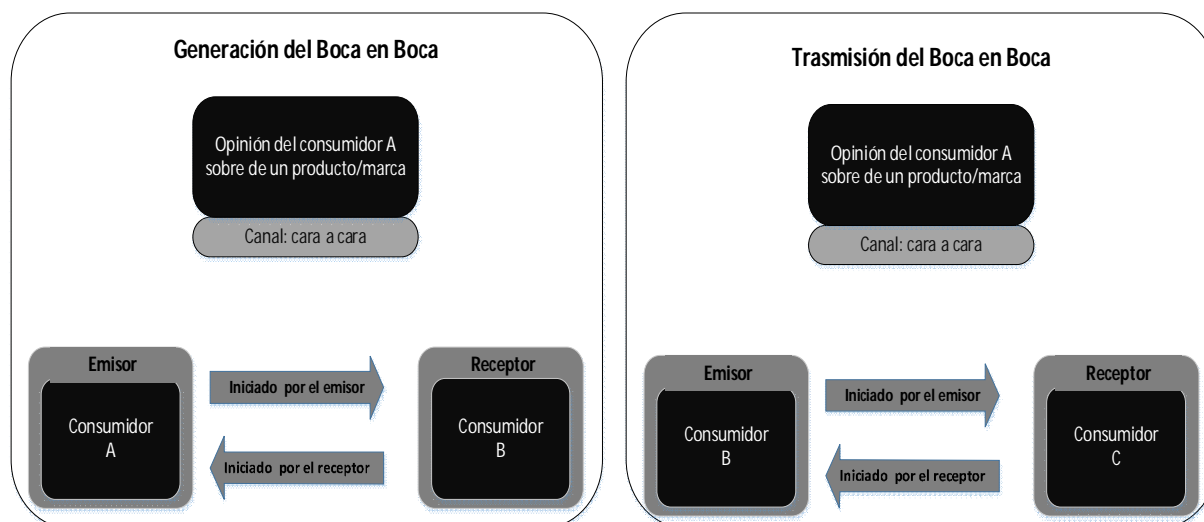
Los niveles más altos de lealtad de los clientes a menudo se relacionan con recomendaciones positivas de boca en boca. Los comentarios favorables ayudan a generar ventas adicionales y atraen clientes nuevos. La mayoría de los consumidores tienen más fe en las referencias personales que en cualquier otra forma de publicidad o promoción (Clow & Baack, 2010, p. 29).

2.2.4. Proceso de generación del boca en boca

El boca en boca es un proceso conjunto que únicamente se produce si el emisor está dispuesto a recomendar un producto y el receptor está motivado a escuchar (Villanueva & Armelini, 2007, p. 11).

En la figura siguiente se observa el proceso:

Figura 1
Boca en Boca



Fuente: López Pérez (2014). Marketing de boca en boca. Cómo conseguir que el consumidor.

López Pérez (2014) describe el proceso de la comunicación de boca en boca:

El boca en boca puede ser iniciado por el Emisor o por el Receptor (Gilly et al., 1998). El proceso (A-B) se inicia por el Emisor cuando un consumidor (Emisor) le cuenta a otros consumidores (los receptores) acerca de un producto o marca. El proceso (B-C) se inicia por el Receptor cuando él pregunta al Emisor sobre el producto o servicio (Gilly et al., 1998). El boca en boca puede ser positivo o negativo y puede ser creado por el Emisor o transmitido por él (Gilly et al., 1998; Esteban y Lehman, 2009). El primer caso (A-B) se llama generación del boca en boca, (Stephen y Lehman, 2009). La etapa transmisión del boca en boca (B-C), se produce cuando el receptor, después de obtener del producto o servicio sobre la experiencia de otros consumidores, decide transmitir la información a otros consumidores (Esteban y Lehman, 2009) (p. 10).

Villanueva & Armelini (2007) a este respecto indican:

Este proceso de comunicación lo pueden iniciar ambos. Si lo hace el emisor, las investigaciones demuestran que sus motivaciones para iniciar el proceso dependen de sus rasgos de personalidad, de su actitud para comunicar, de la implicación con la marca o el producto y de factores contextuales específicos (Murray, 1991; Richins, 1998) (p.12).

Una vez que la conversación se ha establecido indica (Villanueva & Armelini, 2007), el receptor aceptará el consejo del emisor de acuerdo a las siguientes circunstancias:

- La similitud entre emisor y receptor.
- La experiencia y conocimiento del emisor sobre el producto.
- El tipo de riesgo que el receptor percibe (p. 12).

Cuando las personas se enfrentan a un riesgo, normalmente buscan el consejo ajeno para aliviar esta situación. Wanghenheim y Bayón (2004) caracterizan a las situaciones de riesgo en dos categorías: riesgo social y riesgo financiero. El primero surge de las posibles consecuencias negativas para un individuo de no seguir las normas aceptadas socialmente, mientras que el segundo se refiere a las pérdidas financieras que debe afrontar un individuo en caso de una mala compra (p. 13).

Estas dos situaciones de riesgo son la consecuencia de dos clases de influencias interpersonales: normativa e informativa. La influencia normativa surge como consecuencia del intento de un individuo de comportarse de acuerdo a las expectativas de otros en su círculo social. La influencia informativa obedece a la necesidad de buscar información para mejorar el conocimiento que el individuo tiene sobre un cierto producto o servicio (p. 13).

Por tanto, dependiendo de la clase de influencia interpersonal, un individuo puede afrontar un riesgo social o financiero lo que determinará a quién pedirá un consejo. Cuando el receptor del mensaje percibe riesgo social, es más probable que busque un consejo en un amigo o familiar cercano, porque son ellos los que conocen las reglas de desarrollo de su entorno social. Sin embargo, cuando el individuo afronta un riesgo financiero, originado en una influencia informativa, el receptor probablemente preguntará a un experto en el uso de ese producto (líder de opinión) (p. 13).

2.2.5. El boca en boca dentro de marketing

De acuerdo a Kotler & Keller (2012) el boca en boca se introduce en el Marketing mediante el Diseño y Gestión de Comunicaciones Integradas de Marketing; señalan que las comunicaciones de marketing son los medios por los cuales las empresas intentan informar, persuadir y recordar a los consumidores, de manera directa o indirecta, sobre los productos y marcas que venden. De cierta manera, las comunicaciones de marketing representan la voz de la empresa y sus marcas; son los medios por los cuales la empresa puede establecer un diálogo y construir relaciones con sus consumidores. Al fortalecer la lealtad de los clientes, las comunicaciones de marketing pueden contribuir al capital de clientes (p. 475).

Según Tellis & Redondo (2002) el boca en boca es parte de una Estrategia de Comunicación, menciona que la intensidad de las comunicaciones deben variar de uno a otro ciclo de vida, explica que en algunos ciclos se requiere una publicidad intensiva y promoción antes del lanzamiento, por el contrario en otros, se requiere poca o ninguna publicidad. Ir de boca en boca será un medio eficiente, aunque lento, para divulgar el valor de producto (p. 522).

Kotler (2003) conceptualiza al boca en boca de la siguiente manera:

Ningún anuncio o vendedor puede convencer sobre las virtudes de un producto tan persuasivamente como un amigo, conocido, anterior al cliente o experto independiente, agrega que los responsables del marketing anuncian las ventajas de sus nuevos productos con la esperanza que el público los crea y los transmita de boca en boca. La palabra que va de boca en boca es un método de baja tecnología que tiene el cerebro para revisar toda la campaña publicitaria de alta tecnología que viene del mercado (p. 69).

Moteferrer Tirado (2013) señala:

El boca-oído como también se conoce al boca en boca, tiene gran importancia en el comportamiento del consumidor postcompra. Tras la compra efectiva del producto y su instalación o uso, se generan una serie de sentimientos fundamentales en el consumidor que resultan clave en dos aspectos: cara a su comportamiento futuro de compra y cara al boca-oído ejercido por este sobre otros agentes. De hecho, a posteriori, el consumidor tiende a buscar información y opiniones que refuercen su convicción sobre la decisión tomada (p.88)

Sobre la comunicación entre compradores explica Stanton et al. (2007) lo siguiente:

Los mercadólogos reconocen que la publicidad de boca en boca es una fuerza poderosa, ya que es vista como la evaluación objetiva de un tercero que no gana ni pierde nada con la decisión de compra. Por supuesto, esa publicidad puede ser positiva o negativa (p. 659).

Hamilton (2009) sobre el boca en boca explica:

Los medios digitales, marketing en tiendas, marketing “boca-a-boca” y marketing experimental son herramientas poderosas que no sólo son elementos claves para el mix de marketing y de medios de alto impacto del mañana, sino también vehículos de una importancia fundamental para generar una perspectiva del consumidor” (p. 37)

Kotler & Armstrong (2004) respecto a la búsqueda de información de consumidor indica:

Un consumidor interesado puede o no buscar más información. Si el impulso del consumidor es fuerte y tiene a mano el producto que puede satisfacer su impulso, muy probablemente lo comprará. Si no, el consumidor conservará la necesidad en la memoria o llevará a cabo una búsqueda de información relativa a la necesidad (p. 209).

El consumidor puede recabar información de diversas fuentes. Entre éstas se incluyen fuentes personales (familia, amigos, vecinos, conocidos), fuentes comerciales (publicidad, vendedores, distribuidores, envases, expositores), y fuentes experimentales (manejo, examen y utilización del producto). La influencia relativa de estas fuentes de información varía en función del producto y del comprador. Generalmente, casi toda la información que recibe el consumidor proviene de fuentes comerciales (las que controla el especialista de marketing). Sin embargo, las más eficaces son las personales. Las fuentes comerciales suelen informar al comprador, pero las personales suelen legitimar o evaluar los productos. Las personas suelen pedir consejo a otros (amigos, parientes, conocidos, profesionales) sobre determinados productos o servicios. Así, a las empresas les interesa sobremanera crear estas fuentes del boca a boca, que presentan dos ventajas clave (Kotler & Armstrong, 2004)(p. 209).

El boca a boca es el único método promocional de consumidores, por consumidores, y para consumidores. Contar con clientes fieles y satisfechos que alardeen de hacer negocios con uno es el sueño de todo empresario. Los clientes satisfechos no sólo son compradores recurrentes sino que además son vallas publicitarias andantes y parlantes. En segundo lugar, el coste es bajo. Mantener el contacto con clientes satisfechos y convertirlos en creadores del boca a boca supone un coste relativamente bajo para la empresa (Kotler & Armstrong, 2004) (p. 209).

Kerin, Hartley, & Rudelius (2004) señalan:

Las influencias socioculturales, que se derivan de las relaciones formales e informales de un consumidor con otras personas, también ejercen un efecto significativo en el comportamiento del consumidor. Entre ellas están la influencia personal, los grupos de referencia, la familia, la clase social, la cultura y la subcultura (p. 129).

- **Influencia personal**

Es común que en las compras de un consumidor influyan los puntos de vista, opiniones o comportamientos de otros. Dos aspectos de la influencia personal son importantes en el marketing: el liderazgo de opinión y la publicidad verbal (“de boca en boca”) (p. 129).

- **Publicidad verbal**

La influencia que una persona ejerce sobre otra durante una conversación se llama publicidad verbal. Es la fuente de información más poderosa y auténtica para los consumidores porque suele relacionarse con amigos, a quienes se les considera dignos de confianza. Según un estudio reciente, 67% de las ventas de productos en Estados Unidos se basa de manera directa en la publicidad verbal

entre amigos, familiares y colegas. El poder de esta fuente de influencia personal ha hecho que las empresas promuevan la publicidad verbal positiva y retrasen la negativa. Por ejemplo, antes del lanzamiento de nuevos productos, se emprenden campañas publicitarias tentadoras para estimular las conversaciones sobre el producto. Otras técnicas, como los lemas publicitarios, la música y el humor, también estimulan la publicidad verbal. Muchos de los comerciales transmitidos durante el Súper Tazón se crean exclusivamente para iniciar conversaciones al día siguiente sobre los anuncios y el producto o servicio ofrecido. Cada vez más empresas contratan y despliegan personas para generar murmuración: popularidad creada por los consumidores mediante este tipo de publicidad (p. 130).

2.2.6. Características notables de marketing boca en boca

De acuerdo Kotler & Keller (2012), las principales características son:

- **Influyente.** Debido a que las personas confían en quienes conocen y respetan, el boca a boca puede tener mucha influencia.
- **Personal.** El boca en boca puede ser un diálogo muy íntimo que refleje los hechos, las opiniones y experiencias personales.
- **Oportuno.** El boca en boca ocurre cuando las personas así lo desean y cuando están más interesadas, y a menudo es posterior a eventos o experiencias notables o significativas (p. 492).

2.2.7. Ventajas del boca en boca

Abujatum et al. (2011) señala las ventajas del boca en boca:

Primero, se debe decir que el *WOM* constituye una excelente barrera de entrada contra los nuevos competidores (Aquado y Garcia; 2009); puesto que aunque se

puede replicar, es difícil encaminarla hacia objetivos precisos en ventas. Algunas formas de que nuevas y antiguas empresas generen *WOM* es utilizar los siguientes conceptos en sus campañas publicitarias: el tabú, lo inusual, lo estrambótico, lo gracioso, lo singular, y los secretos. Sin embargo es importante asegurarse que no se pierda la conexión entre el anuncio y el producto o marca en cuestión (Hughes M.; 2005) (Abujatum et al. 2011, p. 41).

El *WOM* en la actualidad no es tan solo visible, sino que además tiene la capacidad de influir en un universo mayor de personas, por lo que se transformó en una medida importante para el éxito de un producto, servicio o compañía. De hecho, la comunicación boca oído influye en la decisión de compra del consumidor con más fuerza que los medios tradicionales (Barbosa y Rey; 2008) (Abujatum et al., 2011, p. 42).

Una ventaja que tiene el *WOM* por sobre la publicidad tradicional de Internet, es que evita las molestias provocadas por el spam, y así impulsa a los usuarios a generar más *WOM* (Salvatierra; 2001) (Abujatum et al., 2011, p. 42).

Otra ventaja generada por el *WOM*, es que tiene un bajo costo para las empresas que utilizan este medio para generar mayor conocimiento en los consumidores de su producto o servicio, y además tiene un alto grado de alcance y confianza (Inteliseek; 2004) (Abujatum et al., 2011, p. 42).

Además, la ventaja que tiene una recomendación de un amigo o de otra fuente de confianza para el receptor, es que posee la credibilidad que le falta a un anuncio de tipo tradicional (Jurvetson, 2000)(Abujatum et al., 2011. p. 42).

Por último, y no menos importante, es que a través de los comentarios *WOM* se puede: primero, mejorar el nivel de satisfacción de los clientes atendiendo a las demandas que ellos comuniquen; segundo, obtener nuevas ideas para desarrollar productos; y tercero, generar un incremento en las ventas. Por lo que

no sólo mejoraría la situación financiera de la empresa, sino que también la parte de lealtad o fidelidad de los mismos Villanueva y Armelini (2007).

2.2.8. Desventajas del boca en boca

Abujatum et al. (2011) respecto a las desventajas de boca en boca, opinan:

El *WOM*, como fue mencionado anteriormente, puede conseguir tanto un gran éxito en las ventas en base a la reputación, como también hundir a cualquier marca si los consumidores no se encuentran satisfechos. Lo importante de este medio es la transparencia, ya que los “agentes difusores” deben ser capaces de “humanizar” el producto dando las características reales de éste para no generar falsas expectativas; dando como resultado la credibilidad en la marca y con ello una relación de largo plazo (lealtad de marca) (p. 43).

Los riesgos asociados al *WOM*, explican Abujatum et al. (2011), se puede ver que uno de los más importantes y que afecta mayormente a las empresas, es el menor control que pueden tener éstas respecto a este medio de publicidad, ya que al ser un medio independiente, si no se maneja bien, puede llegar a ser una distorsión tan grande que se puede convertir en un rumor que desprestigie a la empresa. Sin embargo, este riesgo ha podido minimizarse con el paso del tiempo precisamente a través de la medición del *WOM* en las Redes Sociales; tema del que se hablará más adelante (p. 43).

En el estudio de Herr, Kardes y Kim (1991), el efecto del *WOM* se ve reducido cuando el individuo es expuesto previamente a un anuncio negativo del mismo producto, señalan Abujatum et al. (2011), es por eso que existe un riesgo asociado a perder a ese cliente por efecto de este tipo de anuncios. Relacionado a lo anterior, es importante que los emisores del mensaje sean lo más realistas posibles puesto que así no habrá cabida a desilusiones por parte del receptor que no radicarían en la recompra del producto y en una sensación de alerta

frente a este tipo de publicidad, lo cual no es conveniente para las empresas que utilizan este método de Marketing (p. 43).

2.2.9. Motivos por los que los consumidores emiten comentarios

De acuerdo a lo que menciona Abujatum et al., (2011) hay estudios en los que se ha identificado los motivos por los que los consumidores inician el boca en boca y a estos se suma el estudio que realizó Sundaram – Miltra – Webster (1998) denominado *Word of Mouth Communications: a Motivational Analysis*, y opinan que este estudio es el más acertado en la literatura sobre el boca en boca hasta la actualidad, los 8 motivos son los siguientes:

1. **Altruismo positivo:** el acto de hacer algo para otros sin esperar nada a cambio.
2. **Involucramiento del producto:** interés personal en el producto, motivación por parte del agrado resultante de poseer o usar cierto producto.
3. **Auto-esparcimiento:** proyecta la imagen de comprador “inteligente” hacia otros compradores.
4. **Ayuda hacia la compañía:** deseo de ayudar en específico.
5. **Altruismo negativo:** prevenir a otros compradores de experimentar los problemas que el consumidor tuvo con cierto producto de la compañía.
6. **Reducción de ansiedad:** manera de demostrar enojo, ansiedad o frustración.
7. **Venganza:** tomar represalias en contra de una compañía asociada con una mala experiencia de consumo.

8. **Búsqueda de consejos:** obtener consejos en cómo resolver problemas (p. 38).

Sernovitz (2013) refiere que hay tres razones por las que las personas se ven empujadas a compartir opiniones sobre productos o servicios:

- **Queremos parecer listos**

A mucha gente le encanta parecer experta en un tema favorito. Cuando le decimos a la gente lo que debe comprar, demostramos lo que sabemos. Hay personas que lo hacen muy bien y todo el mundo acude a ellas en busca de un consejo. Nos encanta hablar con estas personas cuando vamos a realizar una compra y a ellas les encanta darnos su opinión (p. 38).

- **Queremos ayudar a otras personas**

El deseo de parecer listo suele ir acompañado de un alto nivel de motivación para ayudar a otras personas. Algunas personas son tan apasionadas sobre lo que saben que quieren que todo el mundo disfrute de lo que ellas disfrutaban. Les molesta ver a alguien comprar la marca equivocada o conformarse con un producto inferior (p. 38).

- **Queremos sentirnos importantes**

Algunas personas hablan porque quieren que les pregunten. Les gusta ser consideradas unas expertas. Cuanta más gente les pide consejo, más importantes se sienten (p. 38).

2.2.10. Parámetros para medir el boca en boca

Reichheld (2003), publicó en la revista *Harvard Business Review* para América Latina, el artículo denominado “El único número que necesita mejorar”. De acuerdo a este

estudio hay dos conceptos fundamentales que guardan relación con el boca en boca, la lealtad y el crecimiento. Respecto al primero menciona que es la disposición de un cliente, empleado o amigo, de hacer una inversión o un sacrificio personal para fortalecer una relación. Para un cliente, indica, eso puede significar permanecer con un proveedor que lo trata bien y le brinda suficiente beneficio a largo plazo, aunque no le ofrezca el mejor precio en una transacción particular (p. 4).

Reichheld (2003) aclara que la lealtad del cliente es mucho más que compras reiteradas, que de hecho, quien compra repetidas veces a una misma empresa no es necesariamente leal a ella (...) la verdadera lealtad claramente afecta la rentabilidad. Aunque los clientes regulares no siempre son rentables, su decisión de permanecer con un producto o servicio suele reducir los costos de adquisición de clientes de una empresa. La lealtad también impulsa el crecimiento de los ingresos. Los clientes verdaderamente leales tienden a comprar más a lo largo del tiempo, al aumentar sus ingresos y dedicar una mayor parte de su dinero a una empresa con la que se siente bien (págs. 4,5).

Para Reichheld (2003) el cliente leal habla bien de una empresa a sus amigos, parientes y colegas. De hecho, esa recomendación es uno de los mejores indicadores de lealtad ya que se trata de un sacrificio, por llamarlo así, de ese cliente. Al dar una recomendación no sólo señala que obtuvo un beneficio económico por parte de una empresa, pone en juego su propia reputación. Y sólo arriesgará su reputación si siente una intensa lealtad (p. 5).

Reichheld (2003) explica que al recabar información de 4,000 clientes, elaboraron 14 casos de estudio, para medir la relación entre las respuestas de los clientes y la conducta real de compra y recomendación de esas personas. Indica que esos datos permitieron determinar qué preguntas de las encuestas tenían la correlación estadística más fuerte con las recomendaciones o compras reiteradas, las preguntas seleccionadas fueron: 1) ¿Qué probabilidad hay que usted recomiende [la empresa X] a un amigo o colega?, 2) ¿Hasta dónde concuerda usted en que [la empresa X] merece

su lealtad? Y 3) ¿Qué probabilidad hay que usted continúe comprándole productos o servicios a la [la empresa X]?... otras (p. 6).

Reichheld (2003), señala lo siguiente respecto a las escala de medición:

Se eligió una escala en la que diez equivale a “sumamente probable”, cinco indicaba neutralidad y cero significa “totalmente improbable” de realizar una recomendación. Al examinar las conductas de reincidencia de contra y de recomendación de los clientes en esta escala de cero a diez, se descubrió tres grupos lógicos. Los “promotores”, o clientes con las tasas más altas de recompra y recomendación, dan un nueve o diez en la respuesta de la pregunta de si recomendarían una empresa a un amigo. Los “pasivamente satisfechos” anotaban un siete o un ocho y los “detractores” otorgaban de cero a seis (p. 7).

Kotler & Keller (2012) señalan que el Índice de Promotores Netos es un tipo de encuesta que sigue la línea de pensamiento de Reichheld, en la que se pide a los clientes que califiquen la probabilidad de que hagan recomendaciones de 0 a 10. Posteriormente, se restan los detractores (los que otorgaron puntajes entre 0 y 6) de los promotores (los que otorgaron puntajes entre 9 y 10) para llegar a este Índice, también conocido como *NPS (Net Promoter Score)* (p. 129).

Con base en lo antes descrito, se puede afirmar que la comunicación de boca en boca forma parte de las mezcla de las comunicaciones de marketing y es una de las formas de marketing más antiguas que se conocen; el proceso de generación y transmisión de una recomendación requiere que se cumplan con ciertas características y que como otras estrategias presenta ventajas y desventajas.

Así mismo, como se indicó al inicio, esta investigación se centró en analizar el marketing de boca en boca orgánico o tradicional, debido a que con el transcurrir del tiempo ha evolucionado y se conocen otras formas de comunicación boca en boca, como el amplificado en la que media un campaña publicitaria y el boca a boca

electrónico, conocido también como *eWOM* (*electronic Word of Mouth*) que se realiza a través de Internet.

Capítulo 3

Marco metodológico

3.1. Hipótesis de trabajo

El alcance de la investigación es de tipo descriptivo, por lo que se planteó una hipótesis descriptiva, la cual definen Sampieri Hernández, Fernández Collado, & Baptista Lucio, (1997) así: “Son diseñadas para evaluar la suposición de un investigador respecto al valor de alguna característica de una muestra de individuos u objetos, o de una población; y se basan en información previa” (p.88). En ese sentido la hipótesis de esta investigación fue:

El porcentaje de mujeres en estado de embarazo que elige a su médico gineco obstetra privado a través de las recomendaciones de boca en boca es superior a 50%.

3.2. Variable

Rodríguez Moguel (2005) clasifica los tipos de hipótesis en función del número de variables y del tipo de relación que guardan entre sí, explica que existen hipótesis de una sola variable, hipótesis de dos variables que guardan relación de dependencia e hipótesis de dos o más variables con una relación asociativa. (p. 39)

La hipótesis de esta investigación tiene una sola variable y se identifica a continuación:

El porcentaje de mujeres en estado de embarazo que elige a su médico gineco obstetra privado a través de las recomendaciones de boca en boca es superior a 50%.

Unidad de Observación: mujeres en estado de embarazo Variable: recomendaciones de boca en boca.

3.3. Objetivo general

Determinar si el boca en boca tiene influencia en la elección que hacen las pacientes de un médico especialista en ginecología y obstetricia, en el municipio de Guatemala.

3.4. Objetivos específicos

- Determinar el porcentaje de participación del boca en boca en la elección de un médico gineco y obstetra.
- Identificar quién es la persona que genera el boca a boca en los servicios médicos de ginecología y obstetricia.
- Identificar los factores que influyen en la difusión del mensaje boca en boca de los servicios del médico gineco obstetra.
- Determinar la probabilidad que una paciente recomiende a su médico ginecólogo y obstetra a otra persona.

3.5. Diseño utilizado

En función de los objetivos e hipótesis planteadas, se desarrolló un estudio de tipo descriptivo, el cual consiste en describir situaciones y eventos (Sampieri Hernández et al., 1997, p.71).

Para el estudio se consideró únicamente mujeres embarazadas comprendidas entre 15 y 49 años de la Región Metropolitana, (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2009). En función de este porcentaje y con base en la proyección de población 2014 elaborada por el INE, la muestra estimada fue de 150 encuestas.

El tipo de muestreo que se utilizó para la investigación fue no probabilístico, el cual define Kotler & Armstrong (2004) de la siguiente manera: “El investigador selecciona a

los miembros de la población que más fácil resulta obtener información. El investigador utiliza su propio criterio para seleccionar a los miembros de la población que ofrecen mayor potencial de información” (p. 169).

Para la investigación, se utilizó el enfoque metodológico deductivo, con un modelo cuantitativo, no experimental y se utilizaron técnicas de investigación documental y de campo. En la recolección de información se utilizó la técnica de cuestionarios.

Para comprobar si se acepta o se rechaza la hipótesis planteada, se procedió a obtener información de encuestas dirigidas a mujeres del municipio de Guatemala y para ello se elaboró un cuestionario estandarizado, (anexo I), que permitiera al finalizar la investigación, tabular todos los datos y realizar cuadros y gráficas para exponer los resultados según los objetivos planteados en el presente plan y verificar el planteamiento de la hipótesis realizada tomando en cuenta la variable.

3.6. Universo

De acuerdo a la proyección de población 2014 elaborada por el Instituto Nacional de Estadística –INE-, se estimó que la cantidad de mujeres del municipio de Guatemala es de 525,675 y considerando que el porcentaje de mujeres embarazadas que reporta el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, mediante el Sistema de Información Gerencial para el municipio de Guatemala asciende a 4.1%, mujeres embarazadas entre 15 y 49 años, el tamaño de la población a considerar para la investigación fue de 21,530 mujeres.

Se buscó información para establecer el porcentaje de mujeres en estado de embarazo del municipio de Guatemala que recibe atención en el sector de salud privado, sin embargo, en los estudios consultados únicamente se mencionan cifras de cobertura de servicios de salud a nivel país. Tal es el caso del estudio realizado por el (Centro de Investigaciones Económicas Nacionales, 2010) denominado Sector Salud en

Guatemala, en el que se aportan datos estadísticos del sistema de salud en Guatemala.

3.7. Estimación de la muestra

Rodríguez Moguel (2005) respecto al cálculo de la muestra opina:

“Uno de los problemas más difíciles probabilístico es la estimación del tamaño de la muestra, ya que el objetivo primordial al determinarlo es obtener información representativa, válida y confiable.”(págs. 83,84).

Rodríguez Moguel (2005) refiere que para cada tipo población se utiliza una fórmula distinta, a ese respecto (Torres, Paz, & Salazar, 2006) aportan la fórmula para estimar el tamaño de la población conociendo el tamaño de la población:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Dónde:

N	Tamaño de la población	21,530
Z	Nivel de confianza	1.96
P	Probabilidad de éxito	0.5
Q	Variabilidad de fracaso	0.5
D	Precisión o Error	0.08

$$n = \frac{(21,530)(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.08)^2(21,530) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)} =$$

$$n = \frac{(21,530)(3.8416)(0.25)}{(21,529)(0.0064) + (3.8416)(0.25)} =$$

$$n = \frac{20,677.41}{139.70} = 148.01 \quad n = \mathbf{148}$$

El resultado anterior refleja que el tamaño de la muestra mínima para la investigación fue de 148 mujeres pero se trabajó con una muestra 150 mujeres.

3.8. Instrumentos de medición aplicados

Para llevar a cabo la presente investigación se utilizó la técnica de cuestionarios, Anexo 1, el cual contiene preguntas cerradas y abiertas, las cuales fueron diseñadas para recabar información que permitiera dar respuesta a la hipótesis planteada. Sampieri Hernández, Fernández Collado, & Baptista Lucio, (1997) señalan que las preguntas cerradas contienen categorías o alternativas de respuesta que han sido delimitadas, pueden ser dicotómicas, es decir con dos alternativas de respuesta, o incluir varias alternativas de respuesta, las cuales fueron de vital importancia para la investigación a fin de filtrar datos que permitieran primero, seleccionar a la población objeto de estudio y segundo obtener información que permitiera dar respuesta a la hipótesis planteada para alcanzar los objetivos establecidos en el plan de investigación (p. 161)

3.9. Resumen del procedimiento utilizado

1. Se realizó una amplia revisión bibliográfica para extraer la información sobre los temas de la investigación:
 - a. Marketing
 - b. El boca en boca
 - c. Resultados estadísticos de estudios efectuados sobre el boca en boca
 - d. Proceso del boca en boca
 - e. En boca en boca dentro del marketing
 - f. Ventajas y desventajas del boca en boca
 - g. Motivos por los que se genera el boca en boca

2. Al completar la definición de los temas, se procedió a elaborar la encuesta con finalidad de recabar los datos de la investigación. Antes de aplicarla fue necesario validarla con un grupo de mujeres con la finalidad evaluar si la encuesta era clara y los términos no generaban confusión o sesgo, además se verificó que las tarjetas de medición fueran comprensibles.

Para la escogencia de la muestra en el municipio de Guatemala, se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico, y la modalidad de muestro fue por conveniencia. Los lugares donde se encuestó a mujeres embarazadas fueron: calles, centros comerciales, paradas de autobús, salidas de supermercados, mercados y parques de la ciudad capital.

3. Al realizar las encuestas se pidió la colaboración de las participantes; se le explicó el tema de investigación y objetivo de la investigación, indicándoles que era con fines académicos, además, se le dijo que los cuestionamientos eran fáciles y la encuesta se respondía en periodo de tiempo corto. Se les dieron las instrucciones y luego se fueron realizando las preguntas de la encuesta y anotando las respuestas expresadas por las participantes.
4. Al completar la cantidad de participantes descritos en la muestra del estudio, 150 mujeres del municipio de Guatemala, se realizó la tabulación de los datos utilizando para ello tablas dinámicas de Microsoft Excel, lo que facilitó la elaboración de cuadros y gráficas.

Es importante señalar que para tabular las respuestas de las preguntas Nos. 4 y 9 de la Encuesta, se utilizó la metodología *NPS (Net Promoter Score)*, la cual se describe dentro del Marco Teórico y Conceptual en el numeral, 2.2.10 Parámetros para medir el boca en boca.

5. Al concluir con el análisis de los resultados obtenidos, se realizaron las conclusiones y recomendaciones, además se determinó la aceptación o rechazo de la hipótesis planteada dentro del estudio.

Capítulo 4

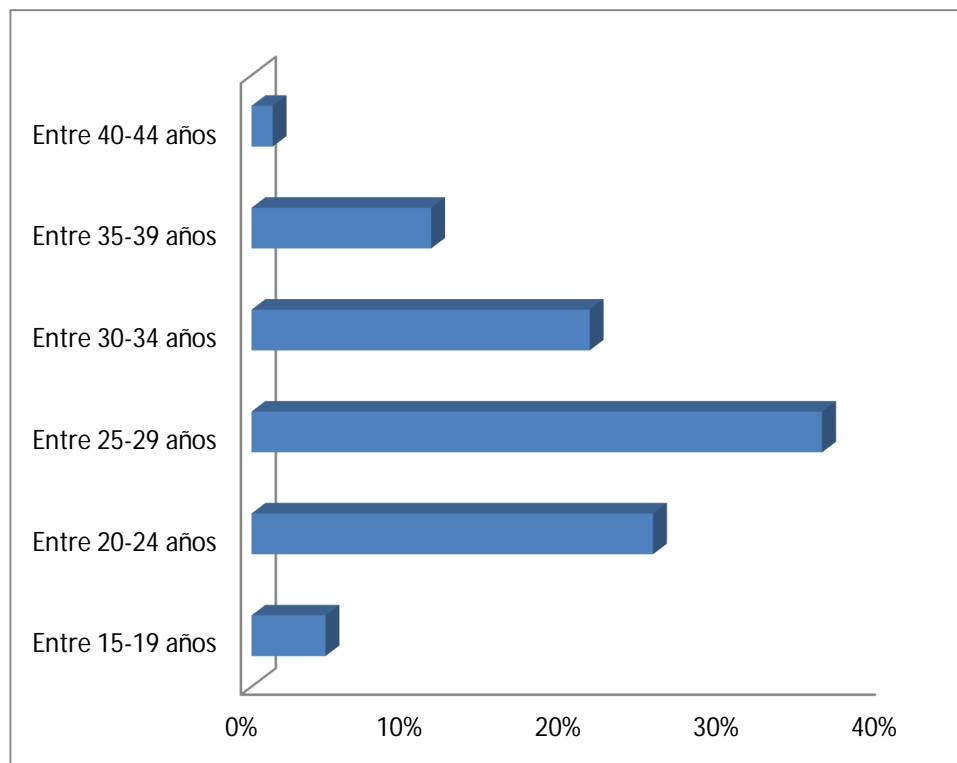
Análisis e interpretación de resultados

Producto del trabajo de campo y posterior a la tabulación de los datos, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Edad de las mujeres encuestadas

Como se mencionó anteriormente, la muestra utilizada para esta investigación contempló mujeres comprendidas entre 15 y 49 años, que es el rango de edad en mujeres embarazadas en el municipio de Guatemala, de acuerdo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. En la gráfica siguiente se puede observar que la mayoría de las personas encuestadas se encuentran entre 20 y 34 años, 61%.

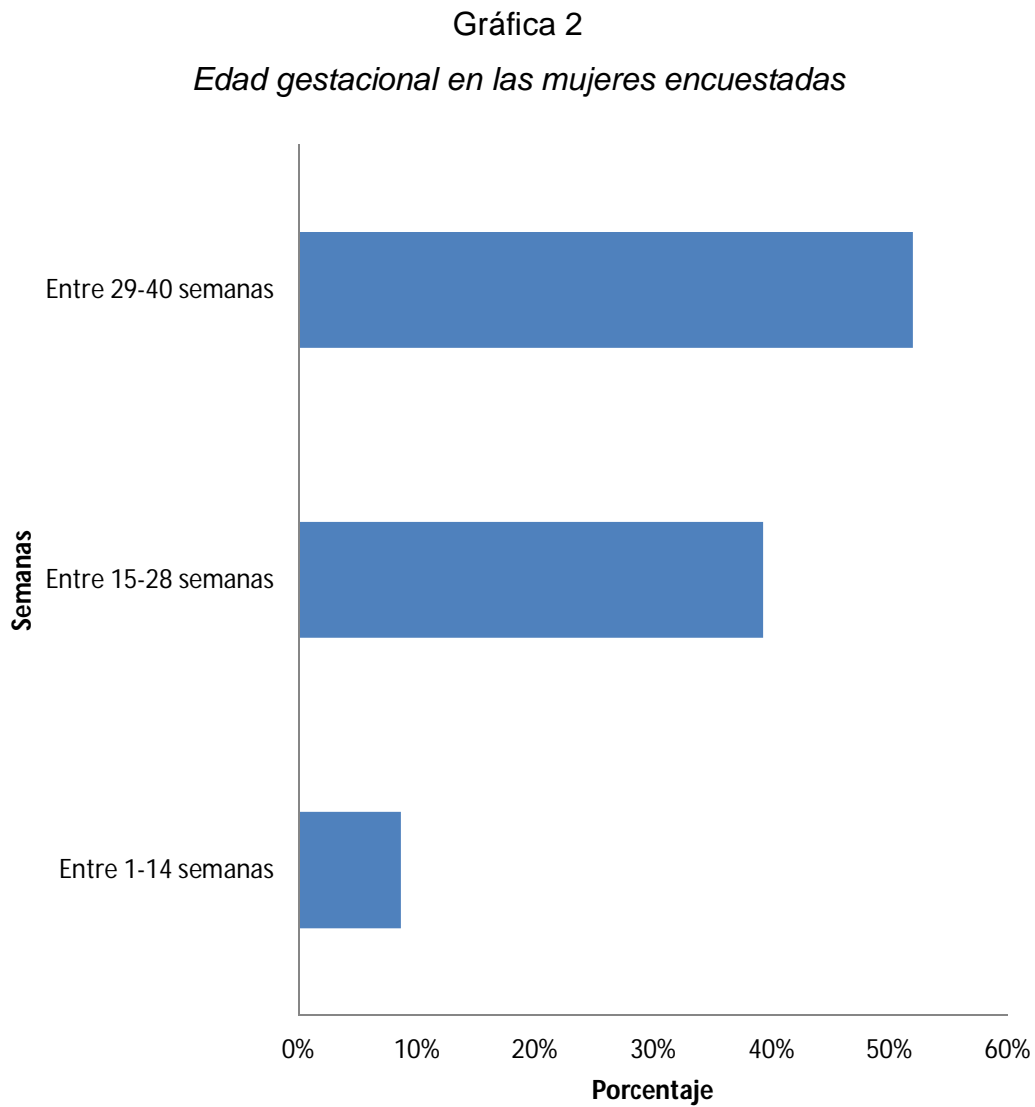
Gráfica 1
Rangos de edad de mujeres embarazadas



Fuente: La gráfica se realizó con base en 150 encuestas.

- **Edad gestacional**

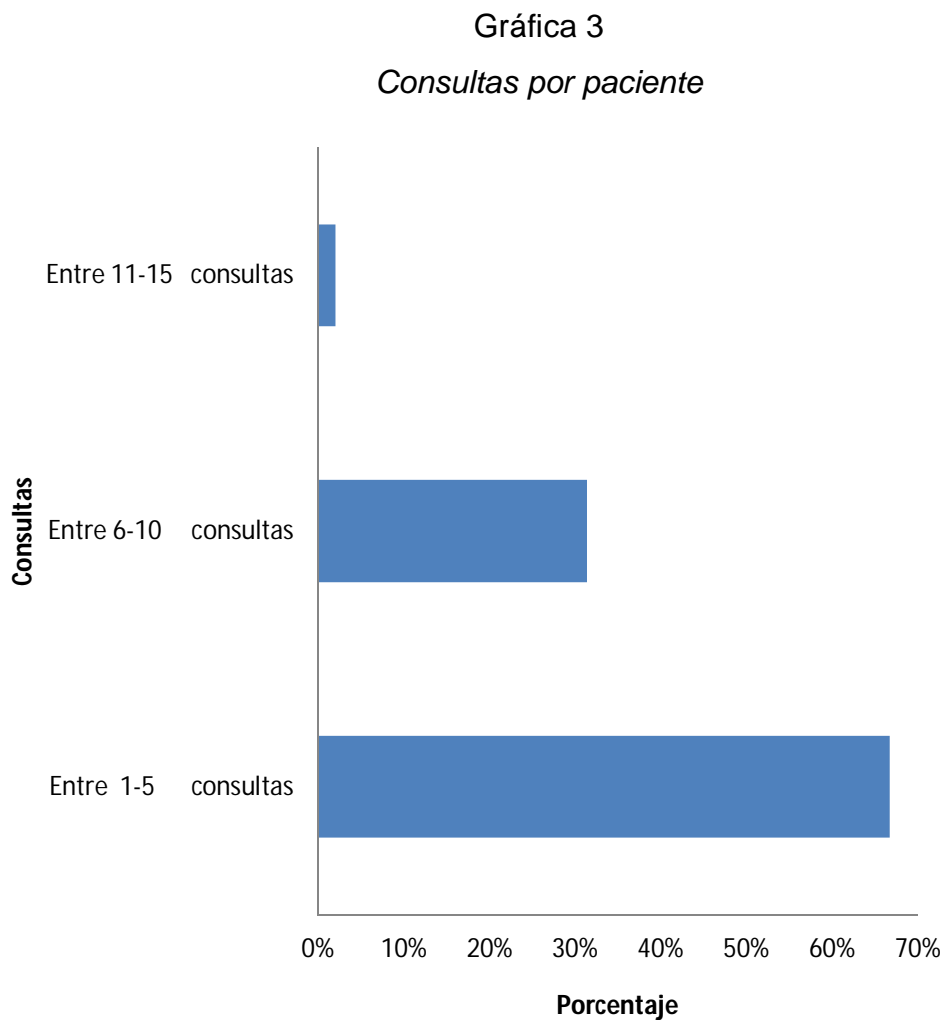
Las mujeres embarazadas que fueron encuestadas tenían entre 29 y 40 semanas de gestación, 52%, situación que favoreció el estudio debido a que la información obtenida fue producto de mayor tiempo en contacto con el médico tratante.



Fuente: La gráfica se realizó con base en 150 encuestas.

- **Consultas recibidas por paciente**

La gráfica siguiente ilustra la cantidad de consultas que han recibido las pacientes con el médico gineco obstetra. Los resultados muestran que la mayor parte de las pacientes encuestadas asistió entre 1 y 5 consultas, lo que representa el 67 % de las pacientes encuestadas.

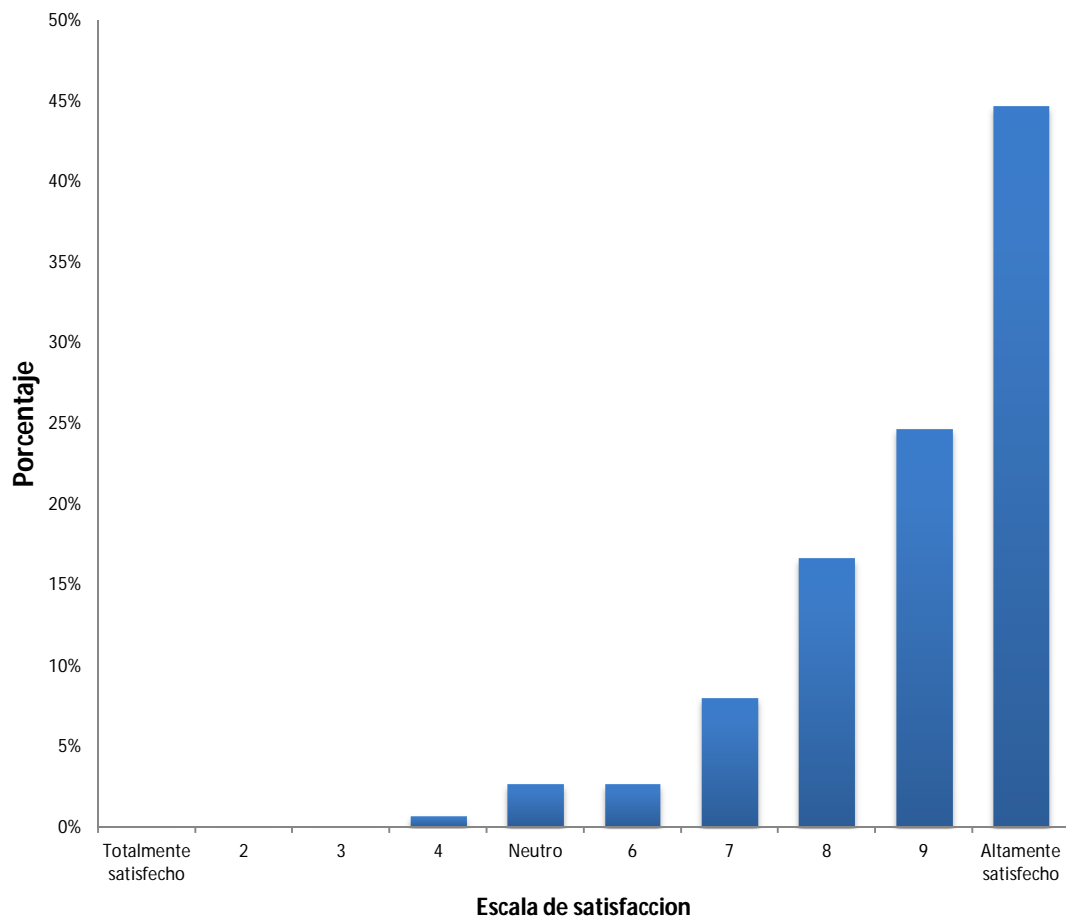


Fuente: La gráfica se realizó con base en 150 encuestas.

- **Satisfacción del paciente**

En la gráfica siguiente se puede apreciar que las pacientes encuestadas se encontraban satisfechas con el servicio recibido por parte del médico privado en 70%, este porcentaje está conformado por las respuestas que dieron 10 y 9 de puntaje y esto indica que son “promotores” o clientes con tasa alta de recompra y recomendación.

Gráfica 4
*Porcentaje de satisfacción de las pacientes
 en el consultorio médico*

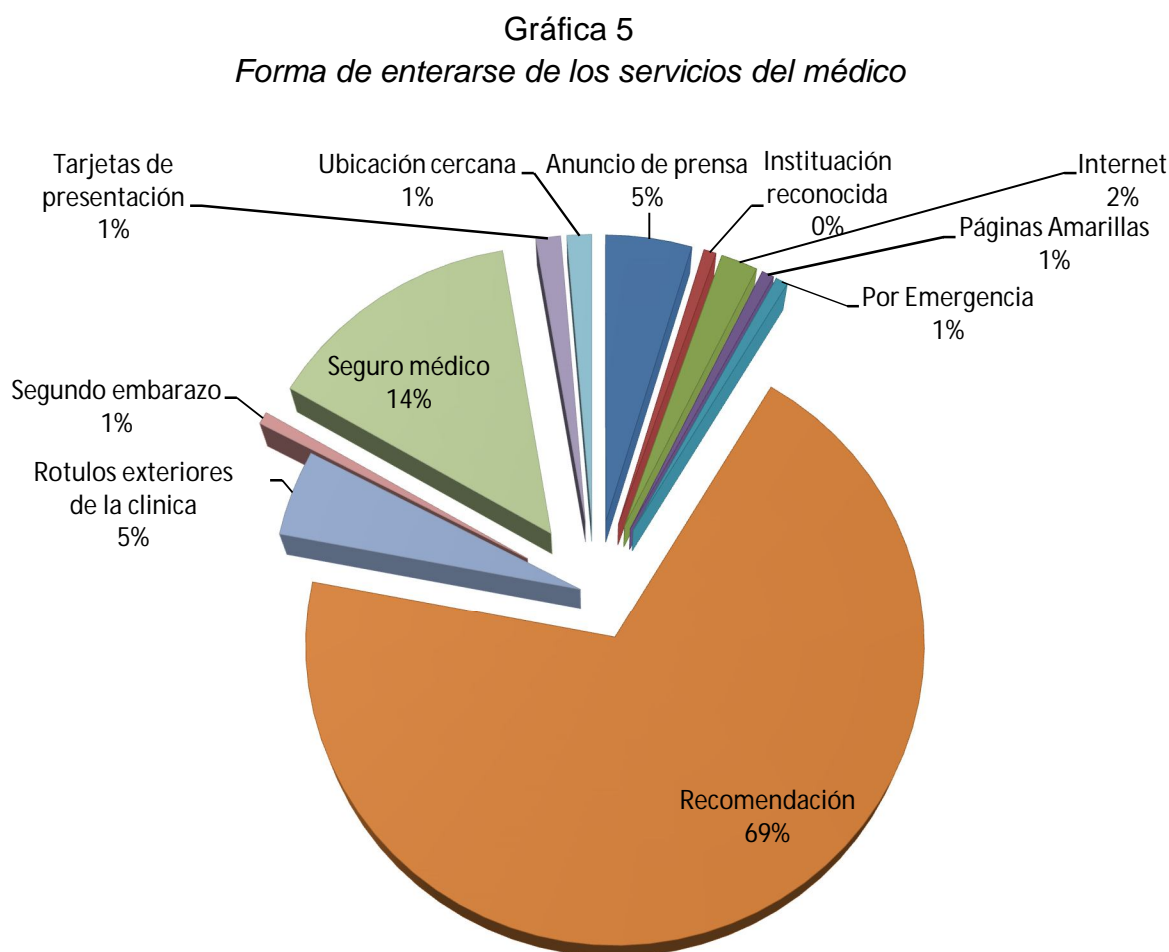


Fuente: La gráfica se realizó con base en 150 encuestas

- **Forma de enterarse de los servicios del médico**

La gráfica anterior muestra que del total de personas evaluadas, el 69% indicó haberse enterado de los servicios del médico gineco obstetra privado por medio de recomendaciones. Este resultado es determinante para la investigación debido que se demuestra que el boca a boca desempeña una función fundamental en la prestación de los servicios médicos.

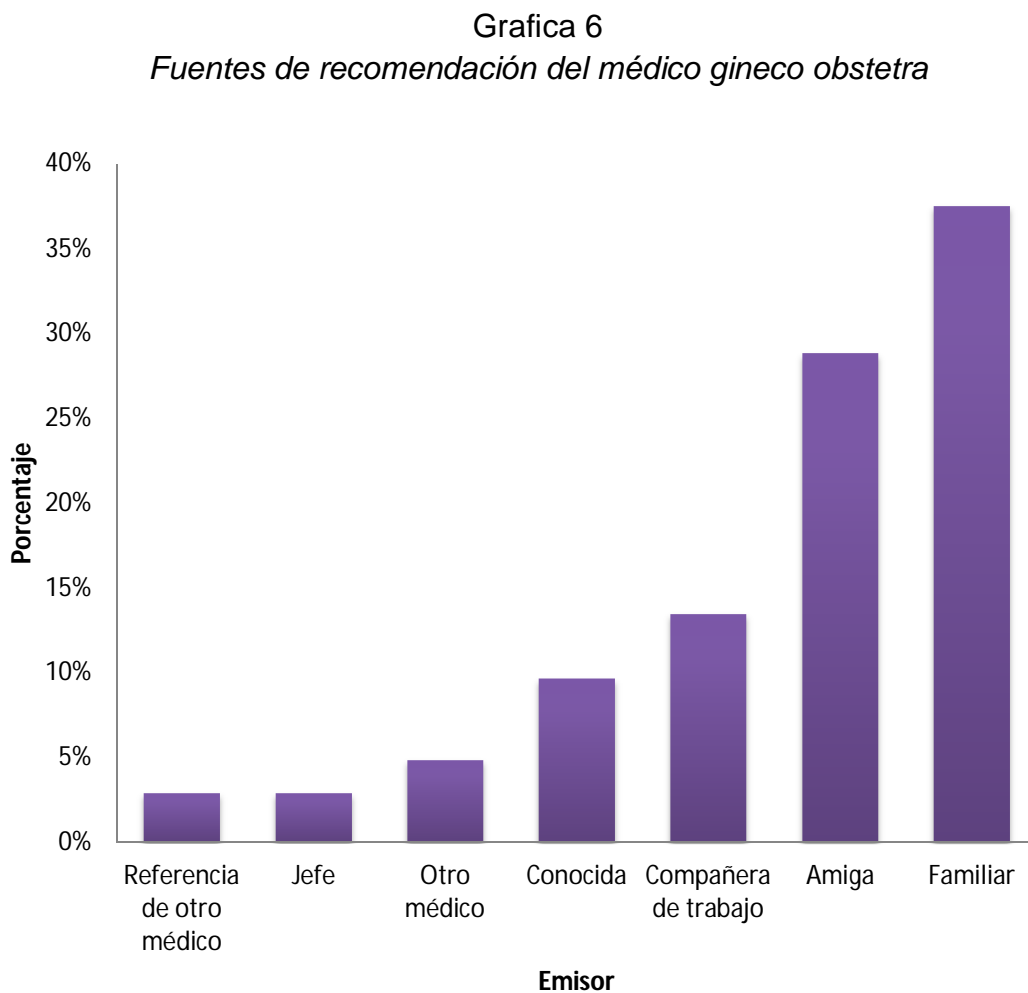
Por otro lado, se puede observar que la modalidad de contratación de servicios médicos a través de los Seguros privados ocupa en segundo lugar en la forma de enterarse de los servicios del médico ginecólogo y obstetra con 14% del total.



Fuente: La gráfica se realizó con base en 150 encuestas

- **Identificación de las fuentes de recomendaciones**

La gráfica siguiente fue elaborada con 104 encuestas debido a que representa únicamente a quienes indicaron que se habían enterado de los servicios de su médico privado a través de recomendaciones; en la misma se observa que los familiares y amigos son los que más influyen en la decisión del paciente al momento de elegir al médico gineco obstetra privado, 38% y 29% respectivamente.



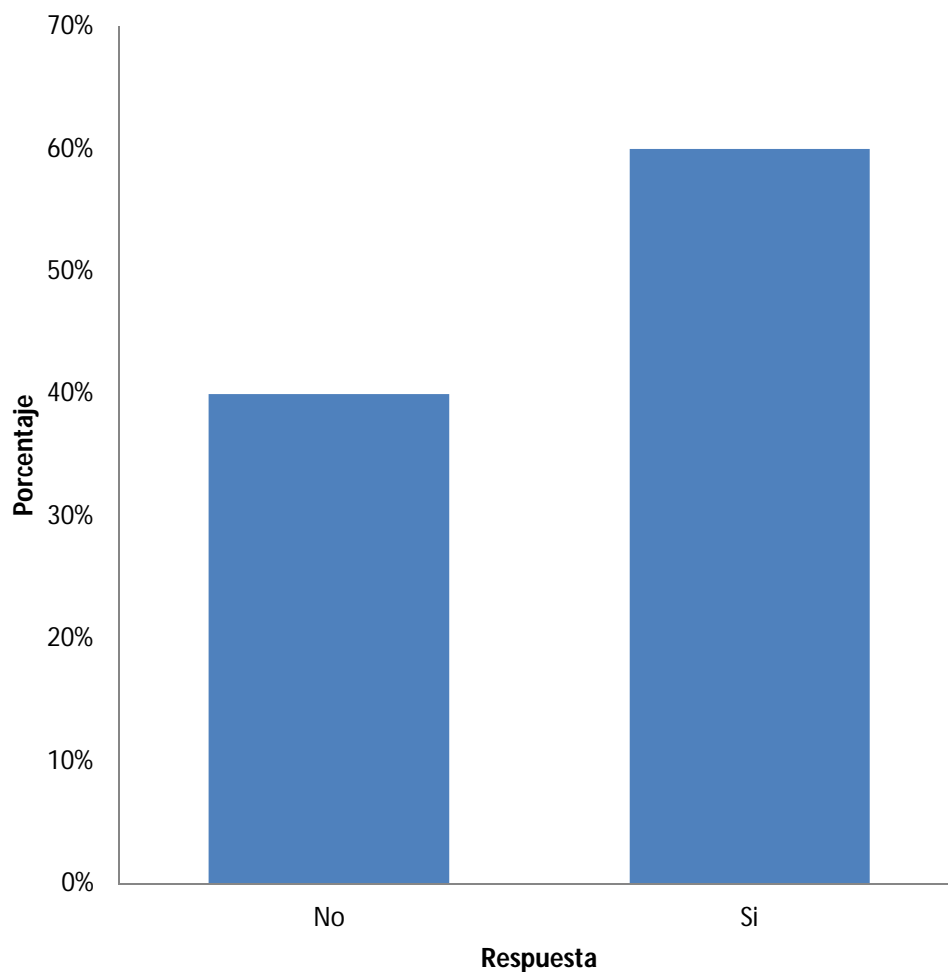
Fuente: La gráfica se realizó con base en 104 encuestas

- **Porcentaje de pacientes que emitió recomendaciones**

Del total de la muestra, el 60% indicó que sí había recomendado a su médico, el resto indicó no haberlo hecho, sin embargo, éstas últimas posteriormente se les preguntó si estarían dispuestas a emitir una recomendación de su médico con la finalidad de evaluar la probabilidad que emita una recomendación, el resultado se muestra más adelante.

Gráfica 7

Porcentaje de pacientes que recomendó al médico gineco obstetra



Fuente: La gráfica se realizó con base en 150 encuestas

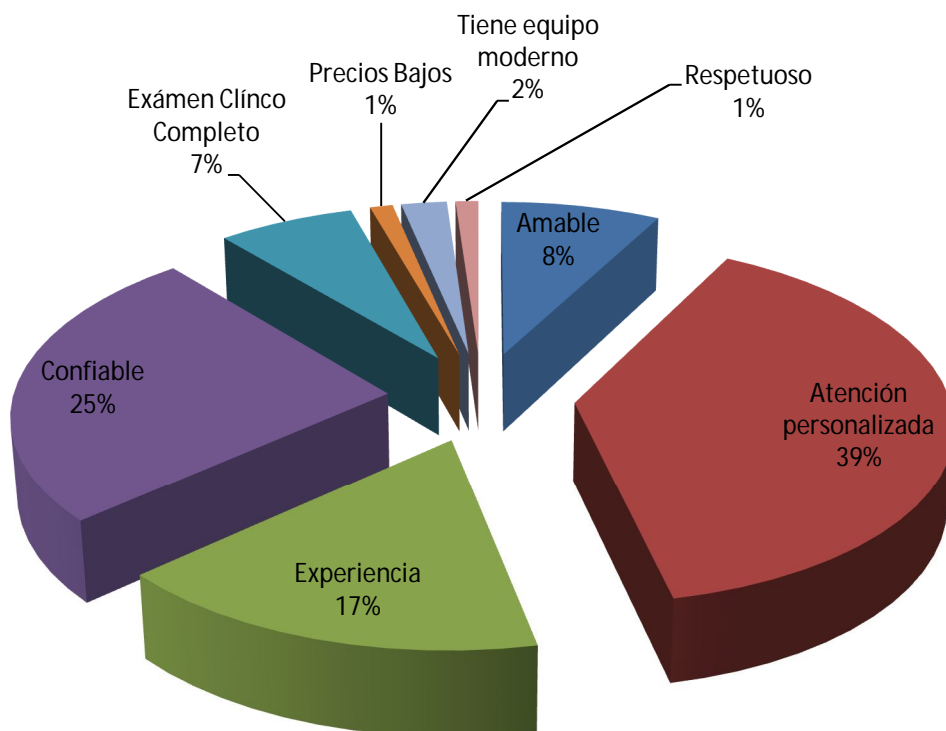
- **Razones para emitir la recomendación del médico**

La atención personalizada que brinda el médico ginecólogo y obstetra a la paciente ocupa el 39%, convirtiéndose en la principal razón para emitir una recomendación, el segundo detonante es la confiabilidad con 25% y el tercero la experiencia con 17%.

Estos datos se obtuvieron de 90 encuestas, que representan a las personas que indicaron que sí habían emitido una recomendación de su médico privado, ver gráfica 7.

Gráfica 8

Razón para recomendar al gineco obstetra



Fuente: La gráfica se realizó con base en 90 encuestas

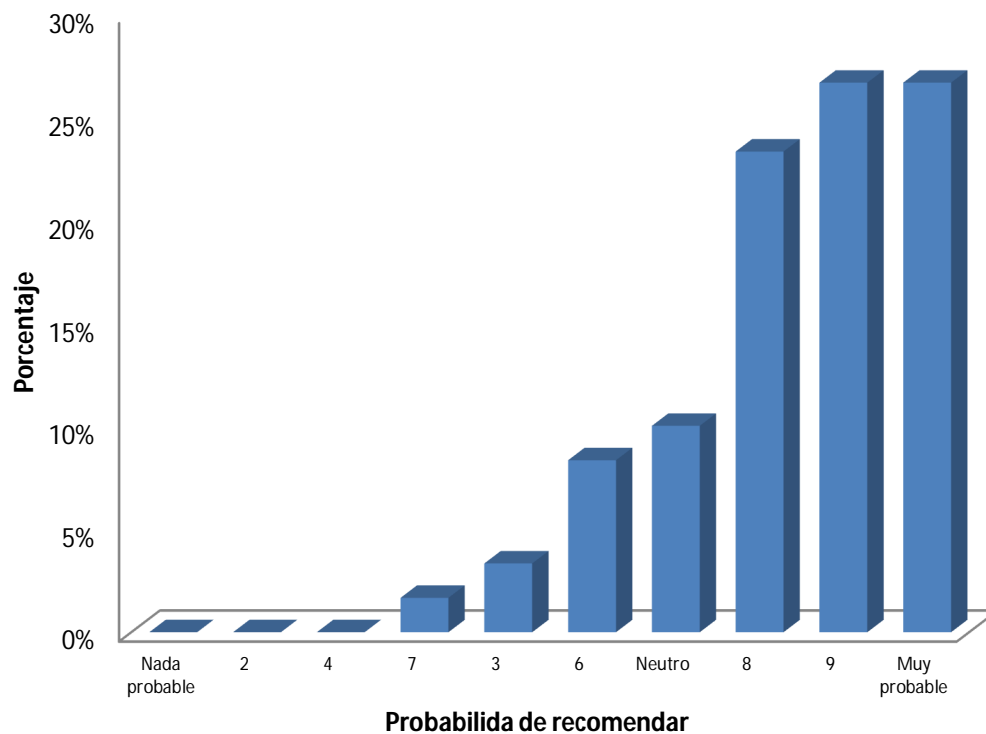
- **Probabilidad de emitir una recomendación**

Se determinó que las personas que indicaron que muy probablemente recomendarían a su médico, fue de 54%, considerando únicamente los puntajes 10 y 9 que son los más representativos para inferir que emitirán una recomendación.

Estos datos se obtuvieron de 60 encuestas, que representan a las personas que indicaron que no habían emitido una recomendación de su médico privado, ver gráfica 7.

Gráfica 9

Probabilidad de recomendar al gineco obstetra



Fuente: La gráfica se realizó con base en 60 encuestas

CONCLUSIONES

- Se comprueba la hipótesis de que el porcentaje de mujeres en estado de embarazo que eligen a su médico gineco obstetra privado a través de las recomendaciones de boca en boca es superior al 50%.
- Se determinó que un alto porcentaje de mujeres en estado de embarazo se enteró de los servicios de su médico privado ginecólogo y obstetra a través de las recomendaciones de boca en boca. Este hallazgo coincide con la investigación, *The Role of Medical Word-of-Mouth on Sport Therapists: A Patient Psychological Perspectives* (Liu et al., 2013) en el que se concluye que los pacientes eligen a su médico terapeuta principalmente a través de las recomendaciones de boca en boca.
- En el estudio se logró establecer que los familiares, amigas y compañeras de trabajo son quienes generan las recomendaciones de boca en boca sobre los servicios de los médicos privados ginecólogos y obstetras. Este resultado concuerda con los obtenidos en los estudios *The Role of Medical Word-of-Mouth on Sport Therapists: A Patient Psychological Perspectives* (Liu et al., 2013) y con el estudio *Under The Influence: Consumer Trust In Advertising*, (The Nielsen Company, 2013), ya que en ambos los familiares y amigos son los que más influyen en la decisión de compra.
- Se determinó que los principales factores que influyen en la difusión del mensaje de boca en boca, sobre los servicios que presta el médico ginecólogo y obstetra son: atención personalizada, confiabilidad y experiencia del médico.
- Dentro de los hallazgos del estudio, se determinó que más de la mitad de las pacientes que no habían emitido ninguna recomendación, muy probablemente recomendarían su médico a otra persona, lo que las convierte en “promotores” con alta tasa de recompra o emisión de recomendaciones.

- Otro hallazgo importante de la investigación fue que se estableció que un porcentaje significativo de pacientes se entera de los servicios del médico ginecólogo y obstetra a través de los Seguros Privados.
- Se determinó que la mayoría de las pacientes al consultarles respecto a la satisfacción en la atención que recibieron del médico privado Ginecólogo y Obstetra, indicaron estar altamente satisfechas, este indicador es congruente con el porcentaje de pacientes que indicó haber emitido una recomendación del médico privado.

RECOMENDACIONES

- Que los médicos ginecólogos y obstetras, consideren la utilización del marketing de boca en boca tradicional para atraer a sus pacientes, ya que no contraviene lo establecido en el Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.
- Que los médicos ginecólogos y obstetras que decidan implementar la estrategia de marketing de boca en boca tradicional, promuevan dentro del servicio a sus pacientes: 1) Atención personalizada 2) Confianza y 3) Experiencia en el trabajo, que son los principales factores, según la investigación, que influyen en la difusión del mensaje de boca en boca.
- Se recomienda a los médicos ginecólogos y obstetras, incorporar en los servicios de la Clínica la modalidad de atención médica a través seguros privados, debido a que la investigación demostró que es una opción para atraer pacientes.
- Se recomienda extender los estudios sobre el marketing de boca en boca hacia el boca en boca electrónico, debido a que existe un campo amplio para este tipo de investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Abujatum, P., Fernández, M., Lillo, M., & Navarrete, M. (2011). *Word of mouth en las redes sociales.* (Tesis de grado), Santiago, Chile.(Págs. 7,38,41,42,43,45). Recuperado el 3 de junio de 2014 de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2011/ec-abujatum_d/pdfAmont/ec-abujatum_d.pdf.

American Marketing Association. (2013). *Definición de Marketing.* Recuperado el 11 de mayo 2015 de <https://www.ama.org/AboutAMA/Pages/Definition-of-Marketing.aspx>

Arens, W. F., Weigod, M. F., & Arens, C. (2008). *Publicidad.* (11a. Ed). México D.F.: McGraw-Hill/Interamericana. (p.8)

Arndt, J. (1967). *Role of Product-Related Conversations in the Diffusion of a New Product.* *Journal of Marketing Research*, 291–295. Recuperado el 12 de junio de 2015 de http://www.jstor.org/stable/3149462?seq=1#page_scan_tab_contents. Traducción propia

Briceño Trujillo, J. C. (2013). *Word of Mouth - Tal vez la forma mas antigua de hacer Marketing.* [Mensaje de Blog] Recuperado el 5 de junio 2014 de <http://juancarlosbriceno.blogspot.com/2013/12/word-of-mouth.html>

Buttle, F. A. (1998). *Word of mouth: understanding and managing referral marketing.* *Journal of Strategic Marketing*, 6(3), 241–254 (p.242). Recuperado el 23 de abril de 2014 de <http://doi.org/10.1080/096525498346658>. Traducción propia

Clow, K. E., & Baack, D. (2010). *Publicidad, Promoción y Comunicación Integral en Marketing.* (4a. ed). México: Pearson Educación. (Págs. 29,272,273)

Días de Santos, E. (1990). *Nuevas Orientaciones en el Marketing de Servicios.* España: Ediciones Días de Santos S.A. (Págs. 42,53)

E. Editor Consulting. (n.d.). *Marketing Práctico*. Recuperado el 26 de junio de 2015 de <https://books.google.com.gt/books?id=murcPVyHJ90C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false> (p. 33)

Hamilton, B. A. (2009). *La Nueva Era del Marketing*. México: McGraw-Hill.(p. 37)

Kerin, R. A., Hartley, S. W., & Rudelius, W. (2004). *Marketing*. (11a. Ed). México: McGraw-Hill.(Págs.129,130)

Kotler, P. (2003). *Los 80 Conceptos Esenciales de Marketing*. México: Pearson Educacion. (p. 69)

Kotler, P. (2011). *Los 10 principios de nuevo marketing*. Recuperado el 18 de junio 2015 de <http://www.negociosyemprendimiento.org/2010/03/los-10-principios-del-nuevo-marketing.html>

Kotler, P., & Armstrong, G. (2004). *Marketing*. (10a. ed). España: Pearson Educacion.(Págs. 169,209)

Kotler, P., & Armstrong, G. (2008a). *Fundamentos de Marketing*. (8a. ed). México: Prentice Hall.(p. 392)

Kotler, P., & Armstrong, G. (2008b). *Principios de Marketing*.(12a. ed). España: Pearson Educacion.(Págs. 5, 506,508)

Kotler, P., & Keller, K. (2012). *Dirección de marketing*. (14a. ed). México: Pearson Educacion.(Págs. 5,129,475,492)

Labim, J., Gallucci, C., & Sicurrello, C. (2009). *Dirección de Marketing*. (2a. ed). México: McGraw-Hill/Interamerica. (p. 49)

Liu, F., Chou, M.-Y., Liu, Y.-L., & Chen, H.-Z. (2013). *The Role of Medical Word-of-Mouth on Sport Therapists: A Patient Psychological Perspectives*. Open Journal of

Medical Psychology, 02(04), 7–10. Recuperado el 23 de abril de 2014 en <http://doi.org/10.4236/ojmp.2013.24B002>. Traducción propia.

Lopéz Pérez, M. (2014). *Marketing boca a boca. Cómo Conseguir que el Consumidor hable de tu Producto o Marca.* (Tesis doctoral), Universidad de Murcia, España. (p.10)

Loudon, D. L., & Della, A. J. (1995). *El Comportamiento del Consumidor* (4a. ed.). Mexico: McGraw-Hill. (p. 285)

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2009). *Información Gerencial de Salud.* Recuperado el 18 de julio de 2014 de [http://igsa.mspas.gob.gt/files/descargas/DatosSalud/1Demografica/2Natalidadyfecundidad/2Fecundidad/Tasa Global de Fecundidad, Mujeres Embarazadas y Promedio de nacimientos 2008-09 \(rea y Departamento\).pdf](http://igsa.mspas.gob.gt/files/descargas/DatosSalud/1Demografica/2Natalidadyfecundidad/2Fecundidad/Tasa Global de Fecundidad, Mujeres Embarazadas y Promedio de nacimientos 2008-09 (rea y Departamento).pdf)

Moteferrer Tirado, D. (2013). *Fundamentos de Marketing.* (U. J. I, Ed.)Prentice Hall. <http://doi.org/978-9702604006>. (p. 88)

Real Academia Española. (2015). *Diccionario de la Real Academia Española.* Recuperado el 25 de mayo 2015 de <http://lema.rae.es/dpd/?key=marketing>

Reichheld, F. F. (2003). *El Único Número que Necesita Mejorar.* Harvard Business Review, Diciembre 2003. (Págs. 4,5,6,7)

Rodríguez Moguel, E. A. (2005). *Metodología de la Investigación (Primera).* México.(Págs. 39,84,183)

Sampieri Hernández, C. R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (1997). *Metodología de la investigación.* (McGraw Hill, Ed.). (Págs. 71,161)

Sernovitz, A. (2013). *Buzz Marketing El Poder del Boca a boca.* (1a. ed) Madris, España: Ediciones Anaya Multimedia.(p. 29, 31, 38)

Silverman, G. (2012). *Los Secretos del Marketing boca a boca* . Colombia: Grupo Editorial Norma. (p. 21). Recuperado el 5 de junio de 2014 de [http://books.google.com.gt/books?id=sX7PAQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=los+secretos+de+marketing+boca+en+boca&hl=es-419&sa=X&ei=_JWQU_eqDNLmsAT06YGYDA&ved=0CCcQ6AEwAA#v=onepage&q=lossecretos de marketing boca en boca&f=false](http://books.google.com.gt/books?id=sX7PAQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=los+secretos+de+marketing+boca+en+boca&hl=es-419&sa=X&ei=_JWQU_eqDNLmsAT06YGYDA&ved=0CCcQ6AEwAA#v=onepage&q=lossecretos+de+marketing+boca+en+boca&f=false). (p. 21)

Stanton, W. J., Etzel, M. J., & Walker, B. J. (2007). *Fundamentos de Marketing*. (14a. ed) México: McGraw.Hill.(Págs. 518, 555, 659)

Tellis, G. J., & Redondo, I. (2002). *Estrategias de Publicidad y Promoción*. Madrid, España: Pearson Eduacion.(p. 522)

The Nielsen Company. (2013). *Under the influence: consumer trust in advertising* Recuperado el 5 de mayo de 2014 de <http://www.nielsen.com/us/en/newswire/2013/under-the-influence-consumer-trust-in-advertising.html>. Traducción propia.

Torres, M., Paz, K., & Salazar, F. (2006). Tamaño de una muestra para una investigación de mercado. Boletín Electrónico, (02), 1–13. Recuperado el 2 de diciembre de 2015 http://www.fsalazar.bizland.com/URL_INGENIERIA_RIMERO/URL_02_BAS02.pdf

Villanueva, J., & Armelini, G. (2007). *El boca oreja electrónico: ¿Qué sabemos de esta poderosa herramienta de marketing?*, Recuperado el 18 de junio 2015 de http://www.ieseinsight.com/casos/Study_0092-S.pdf. (Págs. 3,5,8,11,12,13)

ANEXOS

ENCUESTA



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
 ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
 MAESTRÍA EN MERCADEO

BOLETA DE ENCUESTA

La Universidad de San Carlos de Guatemala, por medio de la Escuela de Estudios de Post-Grado de la Facultad de Ciencias Económicas, autoriza al Licenciado Mauricio Solórzano, estudiante de Maestría en Mercadeo de esta casa de estudios superiores, a entrevistar a las personas que considere apropiadas para pasarles la siguiente encuesta de cuyos resultados, podrá recabar y obtener datos e información para uso exclusivo de su trabajo de tesis de graduación, entendiéndose que la misma será de uso confidencial por lo que se suplica a las autoridades civiles respectivas y público en general, brindarle el apoyo necesario para la ejecución del mismo.

Instrucciones: Marque con **X** la respuesta.

Información General del Entrevistado:

1. ¿Cuántos años tiene? _____

2. ¿Está usted embarazada? SI NO

(Si la respuesta es NO, agradezca y termine)

3. ¿Cuántas semanas tiene de embarazo?

4. ¿Vive en la Ciudad Capital? SI NO

(Si la respuesta es NO, agradezca y termine)

5. En qué zona de la ciudad vive? _____

6. ¿Recibe atención con un médico gineco obstetra privado?

Si

No

(Si la respuesta es NO, agradezca y termine)

7. ¿Cuántas consultas ha recibido con su médico gineco obstetra?

Una

Dos

Tres

Cuatro

Cinco

Seis

Siete

Más _____

8. En general ¿Cuán satisfecha esta Ud. con la atención de su médico gineco obstetra?

Muestre la tarjeta de evaluación

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(Reichheld, 2003)

9. ¿Cómo se enteró Ud. de su médico privado?

Por recomendación de otra persona

Por anuncios de prensa

Por tarjetas de presentación del médico

En páginas Amarillas

Por rótulos exteriores de la clínica

Por anuncios de radio

Por Internet

Otro _____

Si la respuesta fue Recomendación pase a la pregunta siguiente, caso contrario pase a la No. 11.

10. ¿Quién le recomendó al médico gineco obstetra?

- Familiar
- Amiga
- Compañera de trabajo
- Jefe
- Conocida
- Referencia de otro médico
- Otro _____

11. ¿Alguna vez ha recomendado Ud. a su médico gineco obstetra otra persona?

- Sí (continúe)
- No

Si la respuesta es NO, pase a la No. 14

12. ¿Por qué razón lo recomendó?

- Examen clínico completo
- Atención personalizada
- Confiable
- Amable
- Precios bajos
- Respetuoso
- Tiene equipo moderno
- Ubicación cercana de la clínica a su vivienda
- Experiencia
- Otro _____

13. ¿Podría indicar a cuantas personas les ha recomendado su médico privado?

- Una
- Dos
- Tres
- Cuatro
- Cinco
- Seis

Siete
Más _____

Agradezca la colaboración!!!

14. ¿Qué probabilidad hay que Ud. recomiende a su médico gineco obstetra a otra persona?

Muestre la tarjeta de evaluación

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(Reichheld, 2003)

Si la responde entre 1 y 5, agradezca y termine.

15. ¿Cuál sería la razón para recomendar a su médico a otra persona?

Agradezca la colaboración!!!

**TARJETA DE EVALUACIÓN
PREGUNTA No. 08**

Escala	Descripción
10	Extremadamente satisfecha
9	
8	
7	
6	
5	Neutral
4	
3	
2	
1	Extremadamente insatisfecha

(Reichheld, 2003)

TARJETA DE EVALUACIÓN
PREGUNTA No. 14

Escala	Descripción
10	Muy posiblemente
9	
8	
7	
6	
5	Neutral
4	
3	
2	
1	Nada probable

(Reichheld, 2003)

CÓDIGO DEONTOLÓGICO

COLEGIO DE MÉDICOS Y CIRUJANOS DE GUATEMALA CÓDIGO DEONTOLÓGICO

CAPITULO I PRINCIPIOS, DEFINICIÓN Y ÁMBITOS DE APLICACIÓN

ARTICULO 1. La deontología es un conjunto de normas morales que deben de respetarse en el ejercicio de una profesión. La disciplina profesional sanciona los comportamientos que violan esta regla moral, tanto si se encuentran incluidos en las leyes, los reglamentos y códigos, penal, civil, como si no lo están.

ARTICULO 2. Los deberes que impone este Código obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión. El incumplimiento de alguna de las normas de este Código constituye una de las faltas disciplinarias tipificadas en la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria, por lo que cada amonestación se hará a través del procedimiento establecido.

ARTICULO 3. El Tribunal de Honor asume como uno de sus objetivos primordiales la promoción y desarrollo de la Deontología Médica, dedicando su atención preferentemente a difundir el conocimiento de los preceptos de este Código y obligándose a velar por su cumplimiento.

ARTICULO 4. La profesión médica está al servicio del hombre y la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana, la dignidad de la persona, el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico.

- A. El médico debe cuidar con la misma conciencia y solicitud a todos los pacientes, sin distinción de nacimientos, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra circunstancia personal o social.
- B. La principal lealtad del médico es la que se debe a sus pacientes y la salud de estos ha de anteponerse a cualquier otra conveniencia.
- C. El médico nunca perjudicará intencionalmente al enfermo ni le atenderá de manera negligente: evitará cualquier demora injustificada en su asistencia.
- D. Todo médico cualquiera que sea su especialidad o modalidad de su ejercicio debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado.
- E. En situaciones de catástrofes, epidemia o riesgo de muerte, el médico no debe de abandonar a los enfermos salvo que fuera obligado a hacerlo por la autoridad competente. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio.

CAPITULO II RELACIONES DEL MEDICO CON INSTITUCIONES ASISTENCIALES Y OTRAS QUE PRESENTAN SERVICIOS MEDICOS CON PROFESIONALES AFINES

ARTICULO 5. Siendo el sistema nacional de salud el instrumento principal de la sociedad para la atención y promoción de la salud, los médicos han de velar para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia y mantenimiento de los principios éticos. Están obligados a comunicar sus deficiencias en tanto las mismas pueden afectar la correcta atención de los pacientes.

ARTICULO 6. Es libre la contratación de servicios médicos, por instituciones o centros asistenciales, siempre que no lesionen la dignidad, las condiciones económicas, sociales y gremiales del médico.

ARTICULO 7. El médico como empleado, no debe aceptar que se vulneren sus derechos, pretextando el apostolado médico; la remuneración del médico por sus servicios prestados debe de ser justa, decorosa, apegada a las leyes laborales a efecto de satisfacer sus necesidades de orden material, moral y cultural; sin pretexto formación, capacitación o residencia. Cuando esto se transgrede, debe ser puesto en conocimiento del Colegio de Médicos.

ARTICULO 8. El médico que desempeña un cargo en la administración pública, deberá respetar la ética profesional y velar por el cumplimiento de lo establecido en este Código. Sus obligaciones con el Estado y con la institución no lo eximen de sus deberes éticos con sus colegas y pacientes. Se abstendrá de llamarles la atención en público, respetando en todo sentido para con sus subalternos, su categoría profesional.

ARTICULO 9. El médico que desempeña un cargo tiene derecho a negarse a efectuar asistencia que no encuadre dentro de las obligaciones inherentes al cargo, salvo en situaciones de emergencia nacional o peligro para la salud de la población, debiendo prestar su cooperación con las autoridades competentes, en la protección de la salud y la organización de los cuidados permanentes, a no ser que la edad y/o la salud se lo impidan.

ARTICULO 10. El médico respetará los derechos de las profesiones afines y cultivará relaciones cordiales con ellos.

ARTICULO 11. El médico no debe suministrar a otros profesionales afines más información que la estrictamente necesaria, ni asignar funciones que le corresponden exclusivamente a él.

ARTICULO 12. El médico tiene el deber de comportarse y demostrar educación, así como consideración hacia los auxiliares médicos y

tratar de enseñarles los procedimientos pertinentes; atenderá sus opiniones acerca del cuidado de los enfermos, aun siendo diferentes de las propias.

ARTICULO 13. El médico respetará las funciones específicas asignadas al personal que labora con él, excepto cuando su actuación pudiera perjudicar al paciente.

ARTICULO 14. El médico que trabaja para una institución de salud no deberá usar su condición para ofrecer atención en su consulta particular, a menos que sea un servicio indispensable que contribuya al manejo adecuado del paciente y que la institución no lo posea.

ARTICULO 15. Todo médico debe velar por el prestigio de la institución en la que trabaja. seguirá lealmente las normas que tiendan a la mejor asistencia de los enfermos. Pondrá en conocimiento de la dirección del centro las deficiencias de todo orden, incluidas las de orden ético, que perjudiquen esta correcta asistencia, denunciándolas ante el Colegio de Médicos si no fueran corregidas.

CAPITULO III RELACIONES DEL MEDICO CON SUS COLEGAS

ARTICULO 16. El médico tiene que tener para con sus colegas la consideración, el aprecio y solidaridad que garantice la armonía dentro del gremio. Estas características solo tienen sentido si no lesionan los derechos de los pacientes.

ARTICULO 17. El médico no atenderá pacientes que estén bajo tratamiento de otro colega, salvo cuando:

- a) Sea llamado en consulta por el colega tratante para esclarecer un diagnóstico u orientar un tratamiento, debiendo

- concretarse a dar su opinión al colega que lo solicitó.
- b) El paciente acuda espontáneamente a su consultorio.
 - c) Lo solicite el enfermo hospitalizado o sus familiares en caso de incapacidad del paciente, previo conocimiento del médico tratante.
 - d) Caso de evidente urgencia, dando pronto aviso al médico tratante.
 - e) Haya cesado la asistencia comprobada de otro médico.
 - f) El caso le sea enviado por otro colega para diagnóstico o tratamiento especializado o intervención quirúrgica, después de lo cual, el paciente quedará en libertad de volver a su médico.
 - g) El médico tratante no se encuentre en la localidad y no haya dejado sustituto.
 - h) Impedimento temporal del médico tratante.

ARTICULO 18. No se debe pagar ni aceptar comisión o porcentaje alguno por la referencia de pacientes o interconsultas.

ARTICULO 19. Es deber del médico no cobrar honorarios a sus colegas, padres, esposa e hijos que dependan económicamente del mismo; podrá cobrar únicamente los gastos que la consulta hubiese generado.

ARTICULO 20. El médico no debe aceptar un cargo desempeñado por otro colega que ha sido destituido y haber comprobado que su destitución fue sin causa justificada, salvo que se establezca que son puestos de confianza. Tampoco debe aceptar cubrir al médico que se encuentre en conflicto laboral.

ARTICULO 21. Un médico no debe procurar conseguir para sí, cargos o funciones que están siendo desempeñados satisfactoriamente por otro colega.

ARTICULO 22. La responsabilidad individual del médico no desaparece, ni se diluye por el hecho de trabajar en equipo.

ARTICULO 23. El ejercicio de la medicina en equipo no debe dar lugar a actuaciones médicas no adecuadas.

ARTICULO 24. La jerarquía dentro del equipo médico no podrá aprovecharse para constituir instrumento de dominio o exaltación profesional.

ARTICULO 25. Conceptos sobre cuestiones médicas que ocasionen disenso u opiniones encontradas, sean científicas, profesionales o deontológicas, no suscitarán polémicas públicas, debiendo discutirse en privado o en el foro de sesiones apropiadas entre profesionales. En caso de no haber acuerdo deberá acudir al Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, el cual tendrá una participación directa en misión de arbitraje.

CAPITULO IV RELACIONES DEL MEDICO CON SUS PACIENTES

ARTICULO 26. El médico debe concentrar su atención en procurar la recuperación de la salud de sus pacientes, guardando el debido respeto tanto al cuerpo como a la dignidad de los mismos.

ARTICULO 27. El médico solo compromete su asistencia diligente con un apego a su ciencia y conciencia. No se compromete, ni puede comprometerse a curar, ni siquiera a ofrecer un resultado preciso. Un ofrecimiento de este tipo le está prohibido al médico.

ARTICULO 28. La asistencia médica exige una plena relación de confianza entre médico y enfermo. Ello presupone el respeto al derecho del paciente de elegir o cambiar de médico o de

centro hospitalario. El médico ha de facilitar el ejercicio de este derecho, tomando en cuenta las previsiones y necesidades que el caso amerite.

ARTICULO 29. El médico está obligado, a solicitud del paciente, a proporcionar a otro colega los datos que posea y puedan ayudar a completar el diagnóstico, así como a facilitarle el resultado de las pruebas realizadas.

ARTICULO 30. Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad y el médico debe esforzarse por facilitársela con las palabras más adecuadas.

ARTICULO 31. El pronóstico grave de una enfermedad, así como el desenlace fatal inminente, debe comunicarse al paciente, o en su defecto, por no considerarse conveniente dado el caso, a las personas responsables del mismo.

ARTICULO 32. El médico deberá respetar las creencias religiosas y costumbres de su paciente y puede retirarse, si considera que tales ideas son perjudiciales para un buen tratamiento y ponen en riesgo sus condiciones de salud.

ARTICULO 33. El médico no someterá a sus pacientes a ningún recurso diagnóstico o terapéutico que no haya sido experimentado previamente con éxito por autoridades científicas reconocidas.

ARTICULO 34. Cuando el médico acepta atender a un paciente, se compromete a asegurarle la continuidad de sus servicios, que podrá suspender si llegara al convencimiento de no existir hacia él la necesaria confianza y/o disposición a seguir sus indicaciones. Advertirá entonces de ello al paciente y/o a sus

familiares, y facilitará que otro médico, al cual transmitirá la información oportuna, se haga cargo del caso.

ARTICULO 35. Si el paciente debidamente informado no accediera a someterse a un examen o tratamiento que el médico considerare necesario, o si solicitara del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico queda dispensado de su obligación de asistencia.

ARTICULO 36. Fuera del caso de urgencia, el médico tiene derecho a no prestar sus servicios por razones profesionales y/o personales, siempre y cuando no haya riesgo de complicaciones inmediatas que pongan en peligro la vida del paciente, y que haya otro médico capacitado para hacerse cargo del caso.

ARTICULO 37. Si el enfermo no estuviera en condiciones de dar su consentimiento a la atención médica por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultara imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su que hacer profesional.

ARTICULO 38. En ningún caso, salvo una urgencia, debe el médico ejercer su profesión en condiciones que puedan comprometer la calidad de los cuidados y de los actos médicos.

ARTICULO 39. El acto médico quedará registrado en la correspondiente historia o ficha clínica. El médico tiene el deber, y también el derecho de redactarla.

ARTICULO 40. El médico deberá evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanza

cuando supongan molestias o sufrimiento adicional e innecesario para el enfermo.

ARTICULO 41. El médico puede ayudar al agonizante calmándole su dolor y su angustia. Debe intentar, de ser posible, que los familiares no abandonen al moribundo.

ARTICULO 42. La eutanasia no le está permitida en ningún caso al médico, y mucho menos bajo consideraciones tan poco precisas como "el evitar más sufrimiento al enfermo o el derecho a una muerte digna".

CAPITULO V SECRETO PROFESIONAL

ARTICULO 43. El médico está obligado a guardar el secreto profesional sobre hechos vistos, oídos o relatados en el ejercicio de su profesión.

ARTICULO 44. El secreto profesional de la atención en equipo:

- a) El médico tiene el deber de exigir a sus colaboradores absoluta discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional. Ha de hacerles saber que ellos también están obligados a guardarlo.
- b) En el ejercicio de la medicina en equipo, cada médico es responsable de la totalidad del secreto. Las instituciones deben de respaldar el actuar médico en materia de secreto profesional.

ARTICULO 45. La revelación del secreto profesional podrá hacerse con discreción, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo y en sus justos y restringidos límites; el médico revelará el secreto en los siguientes casos:

- a) Por imperativo legal. Si bien en sus declaraciones ante los Tribunales de Justicia deberá apreciar si, a pesar de todo, el secreto profesional le obliga a reservar ciertos datos. Si fuera necesario, pedirá asesoría al Colegio Médico.
- b) Cuando el médico se vea injustamente perjudicado por causa del mantenimiento del secreto de un paciente.
- c) Si con el silencio se diera lugar a un perjuicio al propio paciente u otras personas; o un peligro colectivo.
- d) En las enfermedades de declaración obligatoria ante autoridad competente.
- e) Cuando el médico comparezca como acusado ante el Colegio Médico o sea llamado a testimoniar en materia disciplinaria. No obstante, tendrá derecho a no revelar las confidencias del paciente.
- f) En los certificados de denuncias y en los casos de aborto criminal.
- g) En la atención de menores de edad ante quienes tienen la patria potestad.

ARTICULO 46. Los sistemas de información e informática médica no deben comprometer el derecho del paciente a la intimidad.

ARTICULO 47. Cuando un médico cesa en su trabajo privado, su archivo podrá ser transferido al colega que le suceda, salvo que los pacientes manifiesten su voluntad en contra. Cuando no tengan lugar tal sucesión el archivo deberá ser destruido.

ARTICULO 48. El médico no debe poner en artículos científicos, fotografías, nombres o cualquier otro indicio que identifique a un paciente, salvo con la anuencia escrita de éste.

ARTICULO 49. El médico está facultado para expedir, al paciente que se lo solicite, certificación relativa a su estado de salud o tratamiento a que ha sido sometido. Si el médico considera que la declaración del diagnóstico en un certificado amparado por su firma, perjudica al solicitante, debe hacérselo saber, y si aun así el interesado exige se le extienda, podrá accederse sin que por ello se viole el secreto profesional.

CAPITULO VI DEBERES RELACIONADOS CON LA DIGNIDAD PROFESIONAL

ARTICULO 50. Este Código fija las normas fundamentales que deben ser respetadas por los que se dedican al ejercicio de la Ciencia Médica; por lo que el conocimiento del mismo es obligatorio para todo profesional colegiado, incorporado y autorizado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala y no podrá alegar desconocimiento.

ARTICULO 51. El médico debe estar conciente de sus deberes sociales y profesionales hacia la comunidad y debe de participar en las actividades de prevención, conservación y recuperación de la salud.

ARTICULO 52. La vida del médico debe ser ejemplo de probidad y honorabilidad, consagrándose al estudio de su profesión, a fin de mantenerse actualizado en sus conocimientos en beneficio propio y de sus pacientes.

ARTICULO 53. Son actos contrarios a la ética profesional:

- a) Anunciar métodos o tratamientos médicoquirúrgicos supuestamente exitosos y/o infalibles de enfermedades consideradas incurables, así como

procedimientos secretos o prácticas misteriosas; evitando prestarse para que una institución o persona anuncie dichos tratamientos o procedimientos.

- b) Referir a su clínica privada pacientes que estén siendo atendidos por él u otros profesionales en instituciones asistenciales de carácter gratuito y/o cobrar honorarios a este tipo de pacientes por servicios prestados en dichas instituciones.
- c) Utilizar los servicios de instituciones públicas o gratuitas para exámenes y/o tratamientos de pacientes privados.
- d) Divulgar tratamientos o descubrimientos cuya eficiencia y veracidad no sean reconocidos por los organismos profesionales autorizados, nacionales e internacionales.
- e) Proporcionar informes o certificados de complacencia a pacientes y/o colegas.

ARTÍCULO 54. Son actos permisibles los siguientes:

- a) Rehusar la responsabilidad de prestarle atención médica a sus familiares, o dependientes, salvo en casos de emergencia o que en la localidad no hubiese otro médico en cuyo caso está obligado a prestarla.
- b) Es obligatorio para el médico atender cualquier emergencia para la que sea requerido.

ARTICULO 55. No es permitido hacer partícipe de actos u operaciones médico-quirúrgicas a personas extrañas a la profesión médica, o en caso de estudiantes de medicina en instituciones que no tengan aval de docencia con reconocimiento universitario, excepto en los casos obstétricos en el que a juicio del médico tratante, el padre del niño por nacer, teniendo la orientación y preparación adecuada pueda brindar la ayuda emocional a la madre.

CAPITULO VII JUNTAS MÉDICAS

ARTICULO 56. Asiste al médico o al paciente, así como a su familia o a sus responsables, el derecho a proponer o solicitar juntas médicas. El médico tratante no deberá oponerse a las juntas médicas; la elección de los colegas que puedan integrarla, será de común acuerdo.

ARTICULO 57. El médico tratante podrá proponer

Junta Médica en los siguientes casos:

- a) Cuando no pueda llegar a un diagnóstico definitivo.
- b) Cuando no ha obtenido resultados satisfactorios con el tratamiento instituido.
- c) Cuando en determinados casos tenga que confirmar con otras opiniones un pronóstico grave o fatal.

ARTICULO 58. Deberá guardarse el secreto profesional de lo tratado en las Juntas Médicas.

ARTICULO 59. La Junta Médica observará las siguientes normas:

- a) Al médico tratante le corresponde fijar día y hora en que deberá verificarse, haciéndolo del conocimiento de los médicos participantes con la debida antelación.
- b) En las Juntas Médicas, el médico tratante coordinará la discusión de las mismas.
- c) Estando ya los médicos presentes, el médico tratante iniciará la Junta, haciendo el relato clínico del caso, para luego invitar a sus colegas al examen del paciente.
- d) Después de oír las opiniones de los médicos consultados, el médico tratante comunicará al paciente y/o

a sus familiares el resultado de las discusiones.

- e) Si no hubiere común acuerdo en la decisión final, ello deberá ser comunicado a los interesados por el médico tratante, pudiendo sugerir una nueva Junta Médica.
- f) Los médicos consultantes tienen derecho a cobrar honorarios en común acuerdo con el médico tratante.

ARTICULO 60. El médico tratante tiene derecho a pedir por escrito las opiniones emitidas por los colegas participantes en la Junta; el cumplimiento específicamente de esta petición será obligatorio cuando se trate de decidir procedimientos como mutilaciones y similares.

ARTICULO 61. El médico llamado para una Junta no deberá convertirse en médico tratante, salvo que sea solicitado por el médico tratante o impedimento del mismo.

ARTICULO 62. Los médicos integrantes de las Juntas Médicas, deben observar escrupulosa actitud de ponderación y respeto para todo lo que pueda afectar la reputación moral o científica del médico tratante.

ARTICULO 63. Las discrepancias en una Junta son de carácter secreto. La discusión debe mantener un nivel mesurado y respetuoso. La responsabilidad y decisiones tomadas corresponden a todos los miembros que integran la Junta, excepto cuando uno de ellos haya razonado su dictamen u opinión.

CAPITULO VIII ASOCIACIONES PROFESIONALES O PROFESIONES RELACIONADAS CON LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA

ARTICULO 64. La asociación de médicos y/o especialistas para ejercer la profesión en equipo, es lícito y deseable.

ARTICULO 65. Las organizaciones de atención médica deben de participar en las convocatorias del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, destinadas a mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Además deben de colaborar particularmente, desde un punto de vista médico, en la organización de auxilio, sobre todo en caso de siniestro, desastre o calamidad pública.

CAPITULO IX PUBLICACIONES Y ANUNCIOS MÉDICOS

ARTICULO 66. Son contrarios a la ética profesional:

- a) Acreditarse títulos que no posee, realizar o anunciar tratamientos para los que no ha sido entrenado.
- b) Dar consulta, diagnóstico o recetas por prensa, radio, televisión, o cualquier medio de comunicación e informática sin conocimiento y evaluación clínica del paciente.
- c) Utilizar para sus prescripciones o indicaciones escritas, papel, recetarios o materiales que contenga propaganda de establecimientos, como farmacias, laboratorios o de cualquier otra clase.
- d) Anunciar con engaño servicios gratuitos o de bajo costo.

ARTICULO 67. La divulgación de trabajos y resultados médicos deberán estar fundamentados en el método científico, y no ser causantes de desorientación de la veracidad o mala interpretación ante la opinión pública.

ARTICULO 68. Los artículos y conferencias para el público se limitarán a divulgar los conocimientos que éste necesite. Se consignará únicamente el nombre y condición profesional del autor. La propaganda personal

está proscrita y es contraria a todas las normas éticas.

ARTICULO 69. El profesional podrá ofrecer al público sus servicios por medio de anuncios de tamaño y caracteres discretos, en los que se limitará a informar sobre nombre y apellidos, títulos científicos o universitarios registrados y aprobados por el Colegio de Médicos y Cirujanos, especialidad en que esté inscrito, horas de consulta, dirección y teléfono.

ARTICULO 70. Son contrarios a la ética médica los anuncios, con alguna de las características siguientes:

- a) Los de tamaño desmedido, con caracteres llamativos o acompañados de fotografías.
- b) Los que ofrezcan curación pronta, a plazo fijo, e infalible, de determinada enfermedad.
- c) Los que invoquen títulos, antecedentes o dignidades que no posee legalmente el anunciante induciendo a error o confusión respecto a su identidad o título profesional.
- d) Los que mencionan tarifas de honorarios o descuentos especiales.
- e) Los que llaman la atención sobre sistemas, curas y procedimientos especiales, exclusivos o secretos.
- f) Los que tengan el fin preconcebido de atraer numerosa clientela, mediante la aplicación de nuevos sistemas de procedimientos especiales, curas o modificaciones respecto a cuya eficacia todavía no se hayan pronunciado, definitivamente, las instituciones científicas nacionales o internacionales.
- g) Los que impliquen publicidad mediante el agradecimiento de pacientes.
- h) Los que sean exhibidos en lugares inadecuados o sitios que comprometan la seriedad de la profesión.

ARTICULO 71. El médico debe usar su recetario personal en todas las prescripciones e interconsultas, que por ley no deban hacerse en recetarios oficiales.

CAPITULO X HONORARIOS PROFESIONALES

ARTICULO 72. El ejercicio de la medicina es el medio de vida del médico y éste tiene derecho a ser remunerado de acuerdo a las circunstancias de cada caso, tales como: la importancia del servicio prestado, la naturaleza de la enfermedad, calidad del servicio prestado, la posición económica del paciente y el tiempo dedicado en su asistencia.

ARTICULO 73. Los honorarios por asistencia médica y servicios médicos se fijarán de común acuerdo entre el facultativo y el paciente, o la institución responsable del pago de los mismos.

ARTICULO 74. Los honorarios médicos serán dignos. Nunca podrán ser compartidos sin conocimiento de quien los paga ni percibidos por actos no realizados.

ARTICULO 75. El médico no podrá percibir comisión por sus prescripciones ni aceptar o exigir retribuciones de intermediarios.

ARTICULO 76. Las reclamaciones y litigios sobre honorarios podrán someterse al arbitraje por parte del Tribunal de Honor del Colegio de Médicos.

ARTICULO 77. Los honorarios y/o aranceles acordados por el Colegio de Médicos, deben ser respetados.

CAPITULO XI

ESPECIALISTAS Y ESPECIALIDADES MÉDICAS

CAPITULO 78. Para ejercer y anunciarse como especialista, todo médico debe de ser colegiado activo y llenar los requisitos establecidos por la Comisión de Acreditación de Especialistas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, o por las universidades legalmente autorizadas, acreditación que debe ser debidamente registrada en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.

CAPITULO XII REPRODUCCIÓN, RESPETO A LA VIDA Y DIGNIDAD DE LA PERSONA.

ARTICULO 79. Todo ser humano tiene la misma dignidad de persona, por lo que el médico debe brindarle la misma calidad de atención.

ARTICULO 80. El derecho biológico y natural que tiene la especie humana a reproducirse, debe ser respetado y protegido por el médico desde la concepción.

ARTICULO 81. El médico deberá dar a conocer a los pacientes que lo soliciten, la información pertinente y veraz en materia de reproducción humana, a fin de que puedan decidir con suficiente conocimiento y responsabilidad, respetando su decisión.

ARTICULO 82. Es lícita la esterilización por razón terapéutica con el fin de evitar un peligro para el paciente. En este caso deberá tener el apoyo de la opinión escrita de por lo menos otro médico, y contarse con la anuencia del paciente según sus condiciones orgánicas, psicológicas, mentales y emocionales condenándose si éstas obedecen a razones eugenésicas, demográficas y punitivas.

ARTICULO 83. Las posibles secuelas orgánicas, psicológicas, mentales y emocionales que pudieran derivarse de la esterilización, tanto en el hombre como en la mujer, deben explicarse previamente a los interesados, dejando constancia escrita de la aceptación espontánea y voluntaria del procedimiento o de las consecuencias previsibles que pueden derivarse en caso de no ser aceptado el mismo.

ARTICULO 84. El médico, por razón de sus convicciones éticas o científicas, podrá abstenerse de intervenir en la práctica de esterilización o fertilización, e informará al paciente de su abstención y respetará la libertad de las personas interesadas en buscar a otro médico. El Colegio de Médicos le prestará en todo caso el asesoramiento y el apoyo necesario al colega.

ARTICULO 85. No es moral ni ético admitir la existencia de un período en que la vida carece de valor.

ARTICULO 86. La decisión de poner término a la supervivencia artificial en caso de muerte cerebral, sólo se tomará en función de los más rigurosos criterios científicos y las garantías exigidas por la ley.

ARTICULO 87. La eutanasia es contraria a la práctica médica.

CAPITULO XIII INVESTIGACIÓN EN HUMANOS

ARTICULO 88. El avance en medicina está fundado en la investigación y por ello no se puede prescindir, en muchos casos, de una experimentación sobre seres humanos, siendo la salud de éstos prioritaria para el médico-investigador, quien debe respetar la dignidad de la persona por encima de la ciencia y la tecnología.

ARTICULO 89. El protocolo de toda investigación debe someterse a la aprobación previa de una comisión de ética de la institución en donde se lleve a cabo.

ARTICULO 90. Las investigaciones deben guiarse sobre los principios fundamentales, las declaraciones y normas internacionales para esos fines.

ARTICULO 91. Las investigaciones deberán contar con el libre consentimiento del individuo objeto de la misma, o de quien tenga el deber de cuidarlo en caso que sea menor de edad o incapacitado, tras haberle informado de forma adecuada de los objetivos, métodos y beneficios previstos, así como sobre los riesgos y complicaciones potenciales. También se le indicará su derecho a no participar y a poder retirarse en cualquier momento, sin que por ello resulte perjudicado.

ARTICULO 92. Los médicos tienen derecho a que se les reconozca su participación en los diferentes niveles de la investigación.

CAPITULO XIV TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

ARTICULO 93. El Colegio Médico reconoce los beneficios derivados del trasplante de órganos, por lo tanto es recomendable que el médico fomente la donación bajo los principios que la ley establece.

ARTICULO 94. Para la realización de trasplantes de órganos procedentes de sujetos vivos, dos médicos certificarán que no afecte el estado general del donante. El médico responsable de la extracción se asegurará del libre consentimiento por escrito del donante, sin que haya mediado violencia, presión psicológica o económica.

ARTICULO 95. Como en toda relación profesional entre el médico y el paciente, el objetivo fundamental de la misma debe ser la salud de este último, extremando todas las medidas tendientes a proteger los derechos del donante y del receptor. Si ello no es posible, ningún médico debe aceptar la responsabilidad de participar en las intervenciones destinadas al trasplante de órganos.

ARTICULO 96. La donación de órganos y tejidos será siempre voluntaria y gratuita.

ARTICULO 97. Las personas privadas de su libertad podrán otorgar su consentimiento para utilización de sus órganos y tejidos con fines terapéuticos, solamente cuando el receptor sea cónyuge, concubino, concubina, hijos o familiar comprobado legalmente. Las personas física y mentalmente incapaces, los que se encuentran en estado de inconsciencia, las mujeres embarazadas y los menores de edad, en ningún caso podrán donar órganos o tejidos.

ARTICULO 98. Cuando un órgano de un donante con muerte cerebral va a ser transplantado, la muerte del donante debe ser determinada mediante el juicio clínico y las pruebas complementarias correspondientes.

ARTICULO 99. Los tejidos u órganos provenientes de cadáveres, podrán ser utilizados solamente si el donante autorizó su extracción en vida o si sus familiares lo autorizaron post-mortem.

CAPITULO XV PERITAJES

ARTICULO 100. La actuación en función de peritaje es incompatible con la asistencia médica al mismo paciente.

ARTICULO 101. El médico perito debe comunicar previamente al interesado el título con que se desenvuelve en este proceso, la misión que le ha sido encargada y por quién. Si el paciente se negara a ser examinado o interrogado, el médico renunciará a hacerlo.

ARTICULO 102. Todo médico investido de la función de perito, no está obligado a guardar el secreto profesional ante la autoridad competente.

CAPITULO XVI PARTICIPACION EN TORTURAS O EJECUCIONES

ARTICULO 103. El médico jamás debe emplear sus conocimientos, competencia o habilidad para facilitar el empleo de la tortura o de cualquier otro método cruel, inhumano o degradante, sea cual fuere el fin perseguido o las razones invocadas.

CAPITULO XVII DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 104. Cuando un acto profesional sea manifiestamente contrario a los principios éticos no previstos en este Código, el Tribunal de Honor lo conocerá para su estudio, consideración y dictamen correspondiente.

ARTICULO 105. Los médicos que por infringir este Código, sean declarados culpables por el Tribunal de Honor, deberán ser sancionados de acuerdo a lo establecido en la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria.

ARTICULO 106. No podrá figurar en ninguna planilla para optar a algún cargo en la Junta Directiva ni del Tribunal de Honor, ni como representante del Colegio Médico ante cualquier instancia, todo médico que haya sido sancionado o sea objeto de investigación en el momento eleccionario o de nombramiento por haber infringido los preceptos de este Código.

ARTICULO 107. Se recomienda revisar este Código a intervalos de por lo menos cada cinco años para su actualización.

ARTICULO 108. En caso de conflicto laboral, el médico no queda eximido de sus obligaciones éticas hacia los colegas y pacientes a quienes debe asegurar los cuidados urgentes inaplazables.