

Mercadeo social para la salud pública

Cambios de comportamientos para el bien social



Comisión Honoraria para la
Salud Cardiovascular

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN PARA LAS AMÉRICAS

Mercadeo social para la salud pública

**Cambios de comportamientos
para el bien social**

Mercadeo social para la salud pública.

Cambios de comportamientos para el bien social.

Este libro incluye en su contenido el término *Mercadeo social*, expresión traducida de social *marketing*, que, además, genera menos atribuciones negativas a dicho concepto en las intervenciones en salud.

Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular

Autoridades al momento de planificar la elaboración de la publicación:

- * **Presidenta:** Dra. Graciela Dighiero Arrarte (designada del Poder Ejecutivo)
- * **Vicepresidente:** Dr. Ricardo Lluberas (delegado de la Facultad de Medicina)
- * **Secretario:** Dr. Walter Reyes Caorsi (delegado de la Sociedad Uruguaya de Cardiología)
- * **Secretario ad-hoc:** Sr. Carlos Costa (delegado de la Asociación Procardias)
- * **Tesorero:** Dr. Juan J. Pereyra (delegado del Sindicato Médico del Uruguay)
- * Dra. Alicia López (delegada de la Federación Médica del Interior)
- * Dr. Ramiro Draper (delegado del Ministerio de Salud Pública)

Autoridades actuales, al momento de concreción de la publicación:

- * **Presidente:** Dr. Victor Dayan (designada del Poder Ejecutivo)
- * **Vicepresidente:** Prof. Dr. Ariel Durán (delegado de la Facultad de Medicina)
- * **Secretario:** Dr. Walter Reyes Caorsi (delegado de la Sociedad Uruguaya de Cardiología)
- * **Secretaria ad-hoc:** Ing. M. Alejandra Topolansky (delegada de la Asoc. Procardias)
- * **Tesorero:** Dr. Alejandro Cuesta (delegado del Sindicato Médico del Uruguay)
- * Dra. Alicia López (delegada de la Federación Médica del Interior)
- * Dra. Laura Roballo (delegada del Ministerio de Salud Pública)
- * Dr. Pablo Carlevaro (delegado del Banco de Previsión Social)
- * **Directora ejecutiva:** Dra. Laura Garré Castro

Revisión y Corrección: Lic. Gabriela González Bula, Dra. Laura Garré Castro y Lic. Melissa Moreira

Diseño y Diagramación: Lic. Com. Álvaro Nari (Comunicación de OPS/OMS en Uruguay)

Coordinación interinstitucional: Lic. Com. Analía Oxandabarat (Responsable de Comunicación de OPS/OMS en Uruguay)

ISBN: 978-9915-9433-2-9

Agradecimiento a la Comisión Directiva

El mayor de los agradecimientos a todos los integrantes de la Comisión Directiva, que tuvieron la iniciativa de buscar la capacitación en *Mercadeo* social para sus funcionarios, cuando esta herramienta no estaba entre las opciones para la planificación de intervenciones en salud en nuestro país. Lograron generar en la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular el compromiso y el legado de capacitar en esta temática, para contribuir a su misión de las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades cardiovasculares.

Agradecemos al Departamento de Enfermedades No Transmisibles de la Oficina de OPS/OMS de Washington D. C. que evaluó técnicamente la publicación.

Prólogo

Dr. Mario Zelarayán

Desde hace varias décadas, los gobiernos y las instituciones que los agrupan a nivel mundial han puesto en marcha el jerarquizar la prevención de las enfermedades a la par de la asistencia. Las enfermedades no transmisibles (ENT) comprenden el 70 % del total de la mortalidad de las personas, tienen su origen en factores de riesgo y estos son todos modificables, en mayor o menor grado, por la conducta de las personas. ¿Cómo cambiar la conducta de las personas para obtener un estilo de vida saludable que prevenga en la enorme carga de las ENT es el mayor desafío de este siglo?. No es solo un objetivo de salud, es también un objetivo económico, es, en definitiva, un objetivo de desarrollo humano integral y universal. El desafío es el cambio de conducta. Con el tiempo se desarrollaron innumerables estrategias para tal fin, con suerte diversa: de la disuasión del médico, pasando por campañas públicas, hasta las acciones legales, incluidas las punitivas. Todas ellas han sido revalorizadas y siguen, en principio, vigentes, con cometidos específicos, pero no han cumplido a cabalidad con la magna tarea de incidir en la disminución efectiva de las ENT. Era imperioso conseguir un nuevo motor para acelerar efectivamente los cambios. La biología, la fisiología, la fisiopatología, de las enfermedades son comunes a todos los humanos. Lo que no es común son las causas del desarrollo de aquellos factores de riesgo. El ambiente particular, la tradición milenaria, la cultura religiosa, los factores culturales, las creencias populares, las costumbres, el nivel de educación o información y mucho más influyen en el comportamiento humano. ¿Cómo adecuar los mensajes y estrategias para ese universo de condicionantes y para, posteriormente, lograr un cambio es, en definitiva, el desafío del *Mercadeo* social?. Investigar los orígenes, las causas, las motivaciones y la evolución de esas condiciones en cada una de las personas, grupos de personas, comunidades, sociedades específicas y planificar una estrategia adecuada personalizada que los motive al cambio en forma espontánea razonada y sustentable. De esto se trata este libro: dar a conocer esta modalidad de propuesta que ha mostrado su eficacia en otros niveles y que funciona como un poderoso instrumento de cambio hacia el bienestar y la salud de las personas. La patología es patrimonio del equipo médico, pero la salud lo es del conjunto de la sociedad toda. Por lo cual, y sin lugar a dudas, el *Mercadeo* social aplicado a la salud ha de intervenir todo el espectro de la sociedad, pero siempre incluyendo, en primer lugar, a las personas a quienes beneficiar, tanto en el relato de su vivencia como en su opinión y en la construcción

y participación de las estrategias, y, por qué no, en las propuestas de las políticas públicas que se deriven de la interacción.

Este libro, a mi entender, cumple de forma satisfactoria el cometido de dar a conocer el alcance, los requisitos, la historia, las experiencias y el futuro del *Mercadeo* social. Pero es solo un comienzo. Invitamos a que más profesionales enriquezcan todo lo posible el tema y, sobre todo, que lo pongan en práctica en todas y cada una de las futuras políticas públicas.

Sobre las autoras

MSc, PhD Nathaly Aya Pastrana

Investigadora y consultora en *Mercadeo* para el cambio y *Mercadeo* social. Es cofundadora de la Asociación Latinoamericana de *Mercadeo* Social (LAMSOS, por su sigla en inglés). De origen colombiano, ha trabajado en diversos sectores y vivido en varios países. Le interesan las temáticas de desarrollo en países del sur global, en especial relacionadas con la salud, la educación y el género. Más recientemente, cursó un doctorado en Comunicación en la Università della Svizzera italiana, en Suiza, donde también colaboró en un proyecto multipaís de investigación para el desarrollo enfocado en ENT y enfermedades tropicales desatendidas.

Lic. Inés Besada Paullier

Ex coordinadora de comunicación de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Licenciada en Comunicación por la Universidad de Montevideo, se ha especializado en *Mercadeo* social en el Summer Institute del Emerson College (Boston, EE.UU., julio de 2015) y en el Curso Avanzado de *Marketing* Social de la University of South Florida (Tampa, EE.UU., junio de 2018). En Uruguay, es docente y coordinadora de los cursos de *Marketing* Social y Comunicación en Salud, de la Comisión Cardiovascular, que se dictan en el Hospital Británico desde 2015. Desde 2019, es profesora del módulo de *Marketing* Social en la materia Comunicación para el Desarrollo de la Universidad de Montevideo. En el ámbito internacional, es miembro de la LAMSOS y representante por esta en el Social *Marketing* Ethics Expert Panel, organizado por la International Social *Marketing* Association (ISMA).

Dra. Laura Garré Castro

Directora ejecutiva de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Médica, especialista en Medicina Familiar y Comunidad y en Gestión de Servicios de Salud por la Universidad de la República. Educadora popular, con experiencia en educación para la salud desde 2003. Coordinadora del Área de Educación para la Salud desde 2013 hasta 2019. Posgrado de especialización en Psicología Sistémica y Familiar por la Universidad Católica. En Uruguay, docente y coordinadora de los cursos de Marketing Social y Comunicación en Salud de la Comisión Cardiovascular realizados en 2015, 2016, 2017 y 2019.

Lic. Nut. Gabriela González Bula

Coordinadora del Área de Alimentación y Nutrición de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Licenciada en Nutrición por la Escuela de Nutrición de la Universidad de la República. Coordinadora del Área de Alimentación y Nutrición de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Curso-taller *Marketing Social* en Nutrición, Prof. Sonia Olivares, Instituto de Nutrición y Tecnologías de los Alimentos (INTA), Chile. Universidad Católica, 2013. Ha participado como docente en los cursos de *Marketing Social* y Comunicación en Salud de la Comisión Cardiovascular realizados en 2015, 2016, 2017 y 2019.

Mag. Carolina de León

Licenciada en Nutrición por la Universidad de la República. Magíster en nutrición y salud pública por la Universidad Católica del Uruguay. Especialista en nutrición en enfermedades crónicas no transmisibles por la Universidad de la República. Diploma de postítulo en Educación y *Marketing Social* en Salud Pública y Nutrición por la Universidad de Chile e INTA y Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ha participado como docente en los cursos de *Marketing Social* y Comunicación en Salud de la Comisión Cardiovascular realizados en 2015, 2016, 2017 y 2019.

Prólogo |6| Índice |9| Capítulo 1.
Introducción al Mercadeo social |10|
Capítulo 2. El Mercadeo social en
América Latina |28| Capítulo 3.
Fundamentos del Mercadeo social
|36| Capítulo 4. Investigación
formativa en Mercadeo social |54|
Capítulo 5. Teorías para los
cambios de comportamientos en
relación a la salud |72| Capítulo 6.
La metodología detrás de la
motivación: planificación del
Mercadeo social |84| Capítulo 7.
Casos de Mercadeo social |96|



Capítulo 1

Introducción al mercadeo social

Lic. Com. Inés Besada Paullier



Presentación

El *Informe sobre el desarrollo mundial 2015: Mente, sociedad y conducta*, del Banco Mundial, explica que:

... con pequeñas modificaciones en el contexto en que se toman las decisiones, con iniciativas diseñadas a partir de la comprensión de las preferencias sociales y con la exposición de los individuos a nuevas experiencias y nuevos modos de pensar, se puede lograr que las personas mejoren su calidad de vida.

Hoy en día las enfermedades no transmisibles suponen el 43 % de la carga mundial de morbilidad. Cada año, 15 millones de personas de entre 30 y 69 años mueren a causa de una ENT. El impacto de estas enfermedades conlleva el compromiso mundial de «emprender acciones audaces y acelerar el progreso para, de aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por ENT, en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible» (OMS, 2017, p. 2).

La carga de las ENT y sus consecuencias a nivel mundial propicia la utilización de estrategias de educación, legislación, comunicación en salud y *Mercadeo* social, entre otras, para promover conductas favorables para la salud. Dado que la información por sí sola no suele cambiar conductas, el *Mercadeo* social se presenta como una alternativa novedosa para trabajar en el campo de la promoción de salud y la prevención de las enfermedades, en aras de una mejor calidad de vida y de desarrollo social. Conjuga elementos del *Mercadeo* y las ciencias sociales para influenciar conductas que benefician a individuos y comunidades para el bien social. El elemento base y objetivo final debe ser la facilitación del bien personal y social, condición sine qua non, pero no exclusiva, para denominar un programa como de *Mercadeo* social. Se focaliza en promover el bien social a través de la creación de valor social para individuos, comunidades y sociedades. El valor social es acordado colectivamente mediante el diálogo con la comunidad y su entendimiento profundo.

Los programas de *Mercadeo* social requieren de la interdisciplinariedad de conocimientos y experiencias.

Historia y evolución del Mercadeo social

El *Mercadeo* social se ha utilizado para combatir los problemas sociales por más de 50 años (Lefebvre, 2011). Revisiones sobre la historia del *Mercadeo* social¹ identifican la génesis de esta perspectiva en un artículo publicado en la revista *Public Opinion Quarterly*, a principios de 1950, en el que se preguntaba «¿Por qué no se puede vender la “hermandad” como se vende el jabón?», insinuando así que los vendedores de productos de consumo son eficaces, mientras que los vendedores de causas sociales son generalmente ineficaces.

La denominación *Mercadeo social* llegó dos décadas más tarde, cuando Kotler y Zaltman (1971) mostraron cómo utilizar el *marketing* comercial como una *tecnología* para aplicar a los temas sociales, en el artículo «*Marketing* social: Un acercamiento hacia la planeación de los cambios sociales» del *Journal of Marketing*.

Sin embargo, fue en 1994 que Alan Andreasen lo definió como «la adaptación de las técnicas del *marketing* comercial para el análisis, planeamiento, ejecución y evaluación de programas diseñados para influenciar el comportamiento voluntario de la población objetivo para mejorar su bienestar personal y el de su comunidad» (p.). Esta definición pone de manifiesto varios puntos cruciales. Por ejemplo, al establecer que la intención es influenciar el comportamiento voluntario, se diferencia de las estrategias que son solo de coerción o educación y comunicación. Estas estrategias, también válidas para los cambios de comportamiento, pueden estar dentro de los programas de *Mercadeo* social, pero, por sí solas, no son *Mercadeo* social.

En 1999, William A. Smith simplificó la definición como «un proceso para influenciar las conductas humanas a gran escala utilizando los principios del *marketing* para lograr un beneficio social en vez de una ganancia comercial» (p.). Ya no sería una adaptación de técnicas, sino un proceso con una metodología determinada para lograr un beneficio social. En esta definición, también se distingue del *marketing* comercial, al establecer que el objetivo no es una ganancia comercial, confusión que suele ser intrínseca a la palabra *marketing* o *Mercadeo*.

1 - En esta publicación, hablaremos de *marketing* social, pero en el habla hispana también se habla de *Mercadeo* social o *mercadotecnia* social como sinónimos.

En 2006, autores de renombre en el área del *marketing*, como Phillip Kotler, Nancy Lee y Michael Rothschild, lo definieron como «un proceso que aplica los principios y técnicas del *marketing* para crear, comunicar y entregar valor para influenciar conductas de la audiencia prioritaria que benefician a la sociedad (salud pública, seguridad, ambiente y comunidades) y al individuo» (en Kotler y Lee, 2008, p. 7).

Debido a la multiplicidad de definiciones y a las confusiones que surgen acerca de qué es el *Mercadeo* social, fue que en 2017 se desarrolló una definición global consensuada por la Asociación Internacional de *Marketing* Social (ISMA, por su sigla en inglés), la europea (ESMA) y la australiana (AASM), además revisada por la de América del Norte (SMANA). El equipo de trabajo también definió los principios, conceptos y técnicas que explican más cabalmente el valor agregado del *Mercadeo* social.

El marketing social busca desarrollar e integrar conceptos del marketing con otros enfoques para influenciar comportamientos que benefician a los individuos y las comunidades para un bien social mayor. La práctica del Mercadeo social se guía por principios éticos. Busca integrar la investigación formativa, las buenas prácticas, la teoría, la visión de la audiencia y asociaciones para realizar programas de cambio social segmentados y sensibles a la competencia que sean efectivos, eficientes, equitativos y sostenibles. (ISMA, ESMA Y AASM, 2013).

Todas las definiciones tienen en común el objetivo del cambio de comportamiento para un bien social mayor. El cambio puede ser «aceptar, rechazar, modificar o abandonar algún comportamiento» (Kotler, Roberto y Lee, 2002, p. 5), como, por ejemplo, empezar a reciclar (aceptar), no empezar a fumar (rechazar), realizar más actividad física (modificar) o no hablar más por teléfono mientras se maneja (abandonar).

El fin es el cambio de comportamiento

Fue Andreasen (1994) quien dijo que si no movés la aguja, no lo estás logrando. Solo ganar aceptación de una idea sin inducir a la acción no es el fin. Por eso, el cambio de comportamiento es el denominador común en todas las definiciones, y este cambio tiene que poder ser evidente y medible. Las campañas de concientización de ciertos temas, por más que en muchos casos son el primer paso hacia el cambio, no son *Mercadeo* social, porque no apuntan a una conducta específica que quieren cambiar, solo cambian creencias, conocimientos o percepciones. Andreasen (1994) hace notar que los comunicadores en salud usualmente se concentran en el objetivo de incrementar el conocimiento, concientizar o cambiar las actitudes sobre ciertos temas. Aunque los

cambios en el pensamiento son peldaños hacia un cambio de comportamiento, las iniciativas con este tipo de objetivos no deben considerarse *Mercadeo social* (Edgar, Volkman y Logan, 2011).

Por ejemplo, una conducta específica que se puede buscar modificar es el consumo de alcohol durante el embarazo. Para ello, es necesario, como primer paso, informar a las madres que el consumo puede causar daños fetales, ya que estar en conocimiento de este riesgo puede inducir a la persuasión. Sin embargo, la efectividad se mide en si realmente la madre se abstiene de consumir alcohol, no solo en si conoce los riesgos.

Rothschild (2000) intentó explicar qué es el *Mercadeo social* preguntándose qué estrategias se usan para el cambio de comportamiento, con una clasificación que distingue la educación y la comunicación de las leyes y el *Mercadeo social*. Bill Smith realizó esta diferenciación definiéndolo como educación, regulación y facilitación.

Las estrategias de educación plantean que, brindándole a las personas la información, tomarán la decisión racional de cambiar la conducta. Existen casos en los cuales la información cambia conductas, por ejemplo, cuando una madre obtiene el conocimiento de que, al acostar a su bebé a dormir boca arriba, en vez de boca abajo, este tendrá menos chances de sufrir muerte súbita. En este caso, en que no existen barreras, la información por sí sola probablemente conduzca a la acción. En cambio, en otros comportamientos que son más emocionales y existen más barreras para realizarlos, se necesitarán otras estrategias, ya que suele haber una brecha entre lo que sabemos y lo que hacemos. La evidencia irrefutable indica que fumar conlleva grandes perjuicios para la salud, sin embargo, hay personas que siguen fumando. Hoy en día, la proliferación de campañas de concientización sobre ciertos tópicos pretende que una vez que se perciba el problema seguramente se cambie la conducta. La realidad es que el conocimiento o la información por sí solos, en muchos casos, no cambian conductas.

La segunda estrategia para cambiar conductas puede ser la regulación o la coerción. Los métodos coercitivos tienen sentido para conductas que pueden herir a otros o que son acciones básicas para salvar vidas, como, por ejemplo, beber alcohol y conducir, no utilizar cinturón de seguridad o fumar en espacios públicos (Weinreich, 2011).

Como tercer grupo, Bill Smith habla de las estrategias que facilitan las conductas, y

una de estas puede ser el *Mercadeo* social, ya que «intenta cambiar conductas al ofrecer incentivos o consecuencias positivas en un contexto que brinda oportunidades para incitar al cambio voluntario» (p.). El *Mercadeo* social busca crear un ambiente más favorable para la conducta deseada a través de opciones con ventajas comparativas, relaciones costo-beneficio positivas y la mejora de la utilidad del tiempo y el lugar (Edgar, Volkman y Logan, 2011).

Quizás el aspecto más desafiante del Mercadeo social (también su mayor contribución) es que depende en gran medida de «recompensar los buenos comportamientos» en lugar de «castigar los malos» a través de formas de influencia legales, económicas o coercitivas.
(Lee y Kotler, 2011, p. 9).

Maibach (2002) postuló qué estrategia funciona mejor según la actitud del individuo hacia el cambio. Cuando las personas son propensas al cambio, entienden que la conducta es para su beneficio y hay pocas barreras, es suficiente con la educación o la comunicación. En cambio, para las personas resistentes al cambio o cuando los beneficios de no actuar de determinada manera son a muy largo plazo o no tan claros, la coerción es una buena estrategia. Por ejemplo, prohibir el alcohol o los cigarrillos a menores. Por otro lado, cuando las personas están abiertas al cambio, pero no saben cómo llevarlo a cabo o encuentran barreras, el *Mercadeo* social funciona mejor, ya que permite reestructurar el ambiente y ofrecer beneficios para motivar la conducta. La promoción de la actividad física y la alimentación saludable, en la cual la información no suele funcionar y la coerción no corresponde ni es deseable, el *Mercadeo* social puede funcionar mejor.

¿Qué estrategia para el cambio de comportamiento funciona mejor?²

Actitud hacia el cambio	Con tendencia	Abiertos	Resistentes
¿Qué funciona mejor?	Educación-comunicación	<i>Mercadeo</i> social	Coerción-ley

Cabe aclarar que un programa de *Mercadeo* social puede incluir componentes de educación, comunicación y regulación. Pero, como ya mencionamos, el objetivo final del *Mercadeo* social debe ser cambiar el comportamiento de las personas, no solo

2 - Tabla creada por la autora con fuente de información de Maibach (2002).

informarlas o educarlas sobre los problemas sociales (French, 2017). «El *Mercadeo* social auténtico no se trata de decirle a las personas qué hacer o de obligarlas a hacerlo, sino que es el proceso de comprender lo que ayudará a las personas a tomar decisiones y tomar medidas que las conducirán a una vida más saludable.» (French, 2017, p. 13).

Campos de acción. Temas en los que se trabajó con *Mercadeo* social

Desde la concepción del *Mercadeo* social, a comienzos de 1970, la aplicación de los principios y prácticas de *marketing* para el bien social ha tenido un gran crecimiento. Durante el mismo período también las aplicaciones del *Mercadeo* social se han expandido para cubrir un amplio rango de problemas sociales, como el tabaco (MacAskill, Stead, MacKintosh, & Hastings, 2002), el consumo de alcohol (Perry *et al.*, 1996), la alimentación y la nutrición (Nader *et al.*, 1999), la actividad física (Huhman *et al.*, 2005), los problemas con el juego (Powell & Tapp, 2008) y la sostenibilidad (McKenzie-Mohr & Smith, 1999) (Gordon, 2011).

Según Andreasen (2002, p.), «aunque se ha relacionado con una amplia variedad de temas, la inserción más profunda del *Mercadeo* social se ha centrado en los comportamientos relacionados con la salud personal».

Hoy en día, el alcance del *Mercadeo* social como herramienta para aplicar en diferentes ámbitos es tan amplio que en la Conferencia Mundial de *Marketing* Social 2019 (ISMA, 2019) los paneles y sesiones se agrupan en las siguientes categorías: Salud mental y bienestar, utilizando el pensamiento sistémico para resolver problemas sociales complejos; Promoción de equidad y reducción de inequidad; Promoción de salud global, crimen, seguridad y cohesión social; Cambio climático, protección medioambiental y sostenibilidad; Reducción del impacto de las adicciones, entre otras.

Algunos de los temas abordados con <i>Mercadeo social</i>		
Tema	Referencia	País
HIV	Lombardo, A. P. & Léger, Y. A. (2007). Thinking about «Think Again» in Canada: Assessing a social <i>marketing</i> HIV/AIDS prevention campaign. <i>Journal of Health Communication</i> , 12(4), 377-397.	Canadá
Salud mental	Sampogna, G.; Bakolis, I.; Evans-Lacko, S.; Robinson, E.; Thornicroft, G.; Henderson, C. (2017). The impact of social <i>marketing</i> campaigns on reducing mental health stigma: Results from the 2009-2014 Time to Change program. <i>European Psychiatry</i> , 40, 116-122.	Reino Unido
Alimentación y nutrición en mineros	Caichac, A.; Mediano, F.; Blanco, G.; Lera, L.; Yañez, C.; Vio del R F. & Olivares, S. (2013). Intervención en alimentación y nutrición para mineros con factores de riesgo cardiovascular, basada en la investigación formativa. <i>Revista Chilena de Nutrición</i> , 40, 336-342. 10.4067/S0717-75182013000400002.	Chile
Seguridad vial y alcohol	Rothschild, M. L; Mastin, B.; & Miller, T. W. (2006). Reducing alcohol-impaired driving crashes through the use of social <i>marketing</i> . <i>Accident Analysis and Prevention</i> , 38(6), 1218-1230.	EE.UU.
Saneamiento	Dickey, M. K.; John, R.; Carabin, H. & Zhou, X-N. (2015). Program evaluation of a sanitation <i>marketing</i> campaign among the Bai in China: A strategy for cysticercosis reduction. <i>Social Marketing Quarterly</i> , 21(1), 37-50.	China
Actividad física en bomberos	Staley, J. A. (2009). Get Firefighters Moving: <i>Marketing</i> a physical fitness intervention to reduce sudden cardiac death risk in full-time firefighters. <i>Social Marketing Quarterly</i> , 15(3), 85-99.	EE.UU.
Tabaco	MacAskill, S.; Stead, M.; MacKintosh, A. M.; Hastings, G. B. (2002). You cannae just take cigarettes away from somebody and no' gie them something back: Can social <i>marketing</i> help solve the problem of low income smoking? <i>Social Marketing Quarterly</i> , 8(1): 19-34.	Reino Unido

Algunos de los temas abordados con <i>Mercadeo social</i>		
Alimentación saludable	Carins, J. & Rundle-Thiele, Sh. (2013). Eating for the better: A social <i>marketing</i> review (2000-2012). <i>Public Health Nutrition</i> , 17, 1-12. 10.1017/S1368980013001365 .	Australia
Consumo de alcohol	Kubacki, K.; Rundle-Thiele, Sh.; Pang, B. & Buyucek, N. (2015). Minimizing alcohol harm: A systematic social <i>marketing</i> review (2000–2014), <i>Journal of Business Research</i> , 68(10), 2214-2222.	Australia
Promoción de consumo de agua	Carriedo, Á.; Bonvecchio, A.; López, N.; Morales, M.; Mena, C.; Théodore, F. e Irizarry, L. (2013). Uso del <i>Mercadeo social</i> para aumentar el consumo de agua en escolares de la Ciudad de México. <i>Salud Pública de México</i> , 55(3), 388-396.	México
Reducción de consumo de sal	Bernabe-Ortiz, A.; Sal y Rosas, V.; Ponce-Lucero, V.; Cárdenas, M.; Carrillo-Larco, R.; Diez-Canseco, F.; Pesantes, A.; Sacksteder, K.; Gilman, R. & J. Jaime Miranda. Effect of salt substitution on community-wide blood pressure and hypertension incidence. <i>Nature Medicine</i> , 26, 374–378. < https://doi.org/10.1038/s41591-020-0754-2 >.	Perú
Enfermedades tropicales desatendidas (NTD)	Aya Pastrana, N.; Lazo-Porras, M.; Miranda, J. J.; Beran, D.; Suggs, L. S. (2020). Social <i>marketing</i> interventions for the prevention and control of neglected tropical diseases: A systematic review. <i>PLoS Negl Trop Dis</i> 14(6): e0008360. < https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008360 >.	Varios países

¿Quiénes han utilizado el *Mercadeo social*?

En la mayoría de los casos, los principios y técnicas del *Mercadeo social* son utilizados por aquellos que están en la primera línea de acción, con responsabilidades como mejorar la salud pública, prevenir lesiones, proteger el medioambiente, generar la participación comunitaria o, más recientemente, mejorar el bienestar financiero (Lee y Kotler, 2011). La disciplina es útil para todo aquel que trabaja buscando cambios de comportamiento positivos para la sociedad.

Las organizaciones que auspician estos esfuerzos suelen ser agencias del sector público: internacionales, como la Organización Mundial para la Salud (OMS); nacionales,

como el Center for Disease Control and Prevention (CDC), o departamentos de salud, como el Departamento de Salud de Inglaterra. También pueden ser organizaciones no gubernamentales (ONG), universidades, organizaciones comunitarias y fundaciones privadas, por ejemplo, que crean programas de *Mercadeo social* alineados con su fin.

Según el profesor Jeff French (2017, p. 13),

En los próximos años, es muy probable que el Mercadeo social se convierta en parte de los sistemas operativos estándares de los gobiernos y todas las organizaciones de salud pública y entre las organizaciones con fines de lucro y sin fines de lucro que se ocupan de promover la salud, según lo recomendado por la OMS (2012) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (2010).

¿Qué no es Mercadeo social?

Muchos creen que el *Mercadeo social* puede tener un gran impacto en la infinidad de problemas de la sociedad. Sin embargo, este impacto puede verse seriamente comprometido si la herramienta se aplica de forma incorrecta o en áreas en las que no es apropiada. Si los profesionales hacen un mal uso del concepto, su efectividad puede ser limitada (Andreasen, 1994). Por esta razón, es tan relevante definir de forma clara lo que es el *Mercadeo social* y lo que no es. Aunque el concepto existe hace muchos años, McDermott (2000) considera que, sin embargo, para muchos educadores en salud, es una estrategia para cambios de conducta y cambio social desconocida y usualmente incomprendida.

El mal uso del término *marketing social* o *Mercadeo social* y la asociación de la palabra *marketing* como manipulación o venta de productos suele llevar a las personas a concepciones erróneas. Para entender lo que es el *Mercadeo social*, se necesita paciencia y un profundo entendimiento de sus objetivos, técnicas y procesos. Por infortunio, el idioma constituye una barrera para profundizar en conocimientos y experiencias, ya que los textos acerca del *Mercadeo social* y su aplicación están, en su gran mayoría, en inglés. Además, en los que se pueden encontrar en español, muchas veces, se confunde con responsabilidad social empresarial o con cualquier estrategia empresarial de *marketing* que tenga un componente social. Además, por su similitud lingüística, también se la confunde con *social marketing media*.

En las primeras discusiones sobre *Mercadeo social*, había una confusión sobre si su

práctica se limitaba a lo público y sin fines de lucro. Se puede argumentar que las empresas del sector privado se dedican al *Mercadeo* social, por ejemplo, cuando la industria de seguros fomenta el uso del cinturón de seguridad o la de la cerveza promueve el consumo responsable. Rangun y Karim (1991) argumentarían que tales esfuerzos no deberían caer en el dominio del *Mercadeo* social, porque el cambio social es un propósito secundario de la campaña desde el punto de vista de la empresa del sector privado. Lee (2016) habla del *marketing* social corporativo para referirse a este tipo de iniciativas: «*Marketing* social corporativo: apoyo a una campaña de cambio de comportamiento destinada a mejorar la salud pública, la seguridad, el medioambiente o el bienestar de la comunidad» (p. 340). Diferenciado de la promoción de causa, el *marketing* relacionado con una causa o las prácticas comerciales socialmente responsables, lo que distingue al *marketing* social corporativo es que el cambio de comportamiento es siempre el enfoque y el resultado previsto para la iniciativa y que la adopción del comportamiento previsto beneficia al individuo, la corporación y la sociedad (Kotler, Hessekiel & Lee, 2012, p. 111, en Lee, 2016, p. 340).

«Aunque el *Mercadeo* social comparte muchas características con otros procesos relacionados de planificación en salud pública, se distingue por el énfasis sistemático que se pone en la integración estratégica de los elementos de su marco conceptual.» (Grier y Bryant, 2005). Las características definitorias del *Mercadeo* social emanan del marco conceptual e incluyen la teoría de intercambio, la segmentación del público, la competencia, el *marketing mix*, la orientación al consumidor y el monitoreo continuo. Estos conceptos fundamentales, junto con otros, se verán en profundidad en el «Capítulo 2».

Comunidad global

Asociaciones

En el ámbito mundial, existen varias asociaciones que promueven el uso y la investigación en *Mercadeo* social.

Asociación internacional que agrupa a todas:

† International Social *Marketing* Association (ISMA)

Asociaciones regionales y locales:

† Australian Association of Social *Marketing* (AASM)

- * European Social *Marketing* Association (ESMA)
- * Social *Marketing* Association of North America (SMANA)
- * Pacific Northwest Social *Marketing* Association (PNSMA)
- * Asociación Latinoamericana de *Mercadeo* Social (LAMSO)

En proceso de formación:

- * African Social *Marketing* Association (ASMA)

Conferencias

Las asociaciones realizan regularmente conferencias y eventos en sus regiones de influencia. Cada dos años, organizan en conjunto la Conferencia Mundial de *Mercadeo* Social (wsmc, por sus siglas en inglés). El objetivo de la wsmc es ayudar a construir un movimiento global para conocer, difundir y fomentar las buenas prácticas en *Mercadeo* social, así como para aumentar la eficiencia y la eficacia de las prácticas de la disciplina a nivel operativo y estratégico.

Revistas académicas

En la actualidad, existen dos revistas académicas que publican de forma exclusiva evidencia sobre *Mercadeo* social: *Social Marketing Quarterly* y *Journal of Social Marketing*.

La ética en el *Mercadeo* social

Todo programa de cambio social presenta desafíos éticos que deben ser reconocidos y tomados en consideración durante las etapas de planificación, desarrollo, implementación y evaluación.

La ética, típicamente definida como el estudio de estándares de conducta y juicio moral, es útil, en particular, cuando nos ayuda a resolver estándares conflictivos o juicios morales. No es tan simple como decidir qué está bien y qué está mal. Los dilemas éticos más difíciles surgen cuando dos principios en apariencia correctos están en conflicto. Existe mucha literatura relativa a las cuestiones éticas en las intervenciones,

programas o campañas de comunicación y promoción de salud. Algunos temas éticos en cuestión son los impactos inesperados de las intervenciones; la segmentación; la utilización de incentivos económicos; el uso de la estigmatización, la generación de miedo o culpa; las consecuencias de focalizarse en los públicos más fáciles de alcanzar en vez de en los más necesitados; las carencias de comprensión en los grupos con baja alfabetización o culturas diferentes (Cho & Salomon, 2007; Eagle *et al.*, 2013; Newton *et al.*, 2013). Las respuestas a estos temas no suelen ser sencillas. Por lo tanto, las consideraciones éticas deben estar presentes en todo el programa. Los posibles resultados negativos no esperados de la intervención deben ser identificados y explorados con el público objetivo en la etapa de la investigación formativa. Para ello, la participación de representantes de las comunidades o audiencia seleccionada a lo largo de toda la intervención es primordial.

¿Quién determina cuál es el bien social mayor?

La última definición de *Mercadeo* social, presentada por la ISMA, indica que «la práctica del *Mercadeo* social se guía por principios éticos». Además, la definición establece que se utiliza para «influir comportamientos que benefician a los individuos y las comunidades para un bien social mayor» (ISMA, ESMA AASM, 2013).

En primer lugar, la pregunta podría ser, ¿cuál es el bien social mayor?, ¿quién lo determina? Identificar el bien social requiere que las personas que se dedican al *Mercadeo* social y al desarrollo y la aplicación de sus herramientas se involucren en el problema social identificado (por ejemplo, obesidad) (Gordon y Gurrieri, 2014) a un nivel más profundo y reflexivo, considerando las implicaciones sociales más amplias de sus acciones y cualquier posible consecuencia negativa (Andreasen, 2002; Brenkert, 2002; Donovan y Henley, 2010; Cherrier y Gurrieri, 2014; Grier y Bryant, 2005; Gurrieri *et al.*, 2013; Holden y Cox, 2013).

La noción del bien social como la motivación subyacente es clave en la teoría y la práctica del *Mercadeo* social porque es el objetivo fundamental que lo distingue de otras actividades. Szablewska y Kubacki (2019) proponen identificar los dilemas sobre el bien social refiriéndose a los principios de derechos humanos. En el artículo, «Un enfoque basado en los derechos humanos sobre el bien social en la práctica del *marketing* social», establecen tres grupos de principios básicos sobre los derechos humanos que son más relevantes y útiles en el contexto del *Mercadeo* social:

- * Transparencia y responsabilidad
- * Igualdad y no discriminación
- * Participación e inclusión

Entonces, un enfoque basado en los derechos humanos provee los medios para despolitizar los fines del *Mercadeo* social y los lleva a un diálogo que trasciende el contexto político en un intento de crear un «ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse» (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, Preámbulo) (en Szablewska y Kubacki, 2019).

Consenso global: Social Marketing Ethics Expert Panel

Debido a la relevancia del tema, la ISMA creó un panel de expertos en ética, conformado por representantes de todas las asociaciones mundiales de *Mercadeo* social. Desde noviembre de 2018, trabajan en colaboración para desarrollar una declaración y un conjunto de guías sobre los principios éticos que deben aplicarse como parte de los procesos de *Mercadeo* social. El objetivo de la declaración es promover el compromiso consciente sobre diversos problemas éticos que surgen en la práctica. La declaración consensuada y los futuros documentos de recursos que la apoyen serán una valiosa guía para los practicantes del *Mercadeo* social de todo el mundo.

Declaración ética de *Mercadeo* social publicada por la ISMA en febrero de 2020

La Asociación Internacional de *Marketing* Social ³ adopta esta «Declaración ética del *Mercadeo* social» para apoyar la conducta ética de los profesionales del *Mercadeo* social, incluyendo practicantes, académicos y estudiantes, en todas las áreas de sus actividades profesionales. El objetivo de la declaración es promover un compromiso

3 - En noviembre de 2018, se estableció un grupo de trabajo para dirigir este trabajo en nombre de la ISMA, conformado por Krzysztof Kubacki, presidente; Diogo Verissimo, representante de la Asociación Internacional de *Marketing* Social; Jim Mintz, de la Asociación de *Marketing* Social de América del Norte; Dave Ward, de la Asociación de *Mercadeo* Social del Noroeste Pacífico; Lynne Eagle, de la Asociación Australiana de *Mercadeo* Social; Jeff French, de la Asociación Europea de *Mercadeo* Social; Inés Besada Paullier, de la Asociación Latinoamericana de *Mercadeo* Social, y Duncan Musumba, de la Asociación Africana de *Mercadeo* Social.

consciente con diversos temas éticos que surgen en el trabajo del *Mercadeo* social.

Como practicantes del *Mercadeo* social debemos velar por los más altos estándares de conducta, tanto personal como profesional. Los programas y proyectos de cambio de comportamiento que buscan influenciar a los individuos y las comunidades, idealmente, deben ser desarrollados de tal manera que demuestre que cualquier potencial inquietud ética ha sido identificada, considerada y abordada de forma apropiada.

Reconocemos que los especialistas en *Mercadeo* social, que trabajan en diferentes problemas y contextos sociales, enfrentan una amplia gama de problemas éticos. Por lo tanto, los principios establecidos en este documento se han desarrollado para ser sucintos, pero también lo suficientemente genéricos como para crear una narrativa ética común y una base compartida para todos los que practican el *Mercadeo* social, al identificar las áreas potenciales de preocupación ética y considerar qué acciones de mitigación son necesarias.

Los principios

Como practicantes del *Mercadeo* social nos guían los siguientes seis principios éticos:

Respeto y sensibilidad: Respeto a la privacidad, la autonomía, la diversidad, la elección libre e informada y el derecho a la participación o no participación, inclusión y exclusión, y al control sobre sus vidas.

Apertura y transparencia: Transparencia de los objetivos, los métodos, los resultados previstos y logrados, la propiedad de los datos y los potenciales o aparentes beneficios y riesgos para el o los grupos objetivo y la sociedad.

Evitar conflictos de interés: Evitar potenciales o aparentes conflictos de interés, incluida la oportunidad de ganancia personal y reputación o evitar pérdidas y promover la confianza pública en el *Mercadeo* social.

Deber de cuidado y no maleficencia: Procurar no hacer daño físico, psicológico o ambiental. Ejercer el deber de cuidado, integridad y responsabilidad profesional y científica.

Servir al interés público: Cumplir la ordenanza social y política e identificar responsabilidades y obligaciones para todos los grupos de interés.

Referencias bibliográficas

- * Andraesen, A. (1994). Social Marketing: Its Definition and Domain. *Journal of Public Policy & Marketing*, 13(1), 108-114. En <www.jstor.org/stable/30000176>.
- * Andraesen, A. R. (2002). Marketing Social Marketing in the social change marketplace. *Journal of Public Policy and Marketing* 21(1), 3-13.
- * Asociación Internacional de Marketing Social, Asociación Europea de Marketing Social y Asociación Australiana de Marketing Social (2013). Definición de consenso de marketing social. En <<https://www.i-socialmarketing.org/social-marketing-definition#.XGL6fDP0n1J>>.
- * Banco Mundial. (2015). Informe sobre el desarrollo mundial 2015: Mente, sociedad y conducta, cuadernillo del «Panorama general», Banco Mundial. Washington D. C.: Creative Commons de Reconocimiento CC BY 3.0 IGO.
- * Carriedo, Á.; Bonvecchio, A.; López, N.; Morales, M.; Mena, C.; Théodore, F. & Irizarry, L. (2013). Uso del mercadeo social para aumentar el consumo de agua en escolares de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 55(3), 388-396.
- * Cho, H. & Salomon C. T. (2007). Unintended effects of health communication campaigns. *Journal of Communication* 57, 293-317.
- * Dietrich, T.; Rundle-Thiele, S. & Kubacki, K. (2017). *Segmentation in Social Marketing: Process, Methods and Application*. Singapore: Springer.
- * Eagle, L. (2008). *Social marketing ethics: Report for the National Social Marketing Centre*. London: National Social Marketing Centre.
- * Eagle, L.; Dahl, S.; Hill, S.; Sposwood, F. & Tapp, A. (2013). *Social marketing*. Harlow: Pearson.
- * Edgar, T.; Volkman, J. & Logan, A. (2011). Social marketing: Its meaning, use, and application for health communication. In T. Thompson, R. Parrott, & J. Nussbaum (Eds.), *The Routledge handbook of health communication* (2nd Edition). (235-251). New York: Routledge.
- * French, J. (Ed.) (2017). *Social Marketing and Public Health. Theory and Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- * Gordon, R. (2011). Critical social marketing: Definition, application and domain. *Journal of Social Marketing*, 1(2), 82-99.
- * Grier, S., & Bryant, C. (2005). Social marketing in public health. *Annual Review of Public Health*, 26, 19-39. [10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144610](https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144610).
- * Huhman, M.; Potter, L. D.; Wong, F. L.; Banspach, S. W.; Duke, J. C. & Heitzler, C. D. (2005). Effects of a mass media campaign to increase physical activity among children: year-1 results of the VERB campaign. *Pediatrics*, 116(2), 277-284, doi: [10.1542/peds.2005-0043](https://doi.org/10.1542/peds.2005-0043).
- * International Social Marketing Association (2019). *World Social Marketing Conference*. Edimburgo, Reino Unido, <<https://wsmconference.com/edinburgh-2019>>.
- * Kotler, Ph. & Zaltman, G. (1971). Social Marketing an Approach to Planned Social Change. *Journal of Marketing*, 35, 3-12, <<https://doi.org/10.2307/1249783>>.
- * Kotler, Ph.; Roberto, N. & Lee, N. (2002). *Social Marketing: Improving the Quality of Life*. Thousand Oaks: Sage.
- * Kotler, P., & Lee, N. R. (2008). *Social Marketing*. Los Angeles: Sage Publications.
- * Kubacki, K.; Rundle-Thiele, Sh.; Pang, B. & Buyucek, N. (2015). Minimizing alcohol harm: A systematic social marketing review (2000-2014). *Journal of Business Research*, 68(10), 2214-2222, ISSN 0148-2963, <<https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2015.03.023>>.
- * Lee, N. R. (2016). *Corporate Social Marketing. Five Key Principles for Success*. *Social Marketing Quar-*

terly, 22(4), 340-344.

Lee, N. & Kotler, Ph. (2011). *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good*, Sage Publications.

Lefebvre, (2011), "An integrative model for social marketing", *Journal of Social Marketing*, Vol. 1 Iss: 1 pp. 54 - 72

MacAskill, S.; Stead, M.; MacKintosh, A. M. & Hastings, G. B. (2002). You cannae just take cigarettes away from somebody and no' gie them something back: Can social marketing help solve the problem of low income smoking? *Social Marketing Quarterly*, 8(1): 19-34.

Maibach, E. (2002). Explicating Social Marketing. What Is It, and What Isn't It? *Social Marketing Quarterly*, 8(4), 7-13.

McDermott, R. J. (2000). Social marketing: A tool for health education. *American*

Journal of Health Behavior, 24, 6-10, <<https://doi.org/10.5993/AJHB.24.1.2>>.

McKenzie-Mohr, D., & Smith, W. A. (1999). *Fostering sustainable behavior: an introduction to community-based social marketing*. Gabriola Island, BC: New Society Publishers.

Nader, P. R.; Stone, E. J.; Lytle, L. A.; Perry, C. L.; Osganian, S. K.; Kelder, S.; Webber, L. S.; Elder, J. P.; Montgomery, D.; Feldman, H. A.; Wu, M.; Johnson, C.; Parcel, G. S. & Luepker, R. V. (1999). Three-Year Maintenance of Improved Diet and Physical Activity: The CATCH Cohort. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153(7): 695-704.

Newton, J. D.; Newton, F. J.; Turk, T. & Ewing, M. T. (2013). Ethical evaluation of audience segmentation in social marketing. *European Journal of Marketing*, 47, 1421-1438.

Organización Mundial de la Salud (2017). Hoja de ruta de Montevideo 2018-2030 sobre las Enfermedades No Transmisibles, Conferencia Mundial de la OMS sobre las ENT, Promoción de la coherencia de las políticas para lograr la meta 3.4 de los ODS relativa a las ENT, Montevideo.

Perry, C. L.; Williams, C. L.; Veblen-Mortenson, S.; Toomey, T. L.; Komro, K. A.; Anstine, P. S., et al. (1996). Project Northland: Outcomes of a Communitywide Alcohol Use Prevention program during Early Adolescence. *American Journal of Public Health* 86(7), 956-965.

Powell, J. E. & Tapp, A. (2008). The Use of Social Marketing to Influence the Development of Problem Gambling in the UK: Implications for Public Health. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(1): 3-11.

Rangun, V.K. and S. Karim (1991). *Teaching Note: Focusing the Concept of Social Marketing*. Cambridge, MA: Harvard Business School.

Rothschild, M. L. (2000). Ethical considerations in support of the marketing of public health issues. *American Journal of Health Behavior*, 24, 26-35.

Smith, W. A. (2000). Social marketing: An evolving definition. *American Journal of Health Behavior*, 24, 11-17.

Szablewska, N. & Kubacki, K. J. (2019). A Human Rights-Based Approach to the Social Good in Social Marketing. *Journal of Business Ethics*, 155, 871-888, <<https://doi.org/10.1007/s10551-017-3520-8>>.

Weinreich, N. K. (2011). *Hands-On Social Marketing, A step by step guide to design change for good*. Sage Publications

Turnwald, B. P.; Boles, D. Z. & Crum, A. J. (2017). Association Between Indulgent Descriptions and Vegetable Consumption: Twisted Carrots and Dynamite Beets. *JAMA internal medicine*, 177(8), 1216-1218. <[doi:10.1001/jamainternmed.2017.1637](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.1637)>.

Capítulo 2

El mercadeo social en América Latina

Ph.D. Nathaly Aya Pastrana



Marketing, *Mercadeo* y *mercadotecnia* son los términos usados en América Latina para referirse a «la actividad, set de instituciones y procesos para crear, comunicar, entregar e intercambiar ofertas que tienen valor para los clientes, socios y la sociedad en general» (American Marketing Association [AMA], 2017). El uso de estas palabras varía de país a país. Mientras *marketing* es un anglicismo adoptado por varios países de la región, incluido Brasil, *Mercadeo* y *mercadotecnia* son las versiones en español usadas en otros países (Molina, 2001). *Mercadeo* se usa para referirse a una visión más global y estratégica, mientras que *mercadotecnia* hace alusión principalmente a características operativas.

El *Mercadeo* social es una de las variantes del *Mercadeo* y surgió como respuesta a situaciones sociales complejas, que llevaron a pensar sobre cómo se podría hacer uso de estrategias y tácticas de *Mercadeo* que beneficiaran a individuos y empresas en el ámbito económico para generar mejoras en la sociedad (Andreasen, 2003; Molina, 2001; Wiebe, 1951). La evolución del *Mercadeo* social ha variado entre los países de mayores ingresos y los de medios o bajos ingresos (Cairns, Mackay, MacDonald, 2011; Lefebvre, 2013). En los primeros, el *Mercadeo* social ha estado más alineado a avances académicos, y el enfoque en los años más recientes ha sido principalmente en la generación de cambios de comportamiento con fines de cambio social (Lefebvre, 2013), mientras que, en los países de medianos y bajos ingresos, la orientación ha sido en gran medida delineada por las prioridades de agencias de desarrollo internacional que buscan, por ejemplo, la promoción y el uso de productos tangibles. Estas agencias también han influido en la selección de problemáticas de acción del *Mercadeo* social en países del sur global.

El *Mercadeo* social ha sido principalmente usado para aportar a la solución o prevención de problemáticas de salud y ambiente (Lefebvre, 2013; Molina, 2001; Verísimo *et al.*, 2018), también para promover cultura ciudadana (Molina, 2001) y otros temas, como, por ejemplo, el tráfico de personas (Badejo, Rundle-Thiele y Kubacki, 2016). Aunque hay poca evidencia documentada sobre el uso del *Mercadeo* social en América Latina (Aya Pastrana, 2017; Mazzon y Carvalho, 2017; Sierra Pineda, 2017), existen estudios de su aplicación en el área de la salud, por ejemplo, para reducir el consumo de sal (Bernabe-Ortiz *et al.*, 2020; Pesantes *et al.*, 2017; Ponce-Lucero *et al.*, 2020), y experiencias relacionadas a la conservación (Butler, Green y Galvin, 2013; Mazzon y Carvalho, 2017) y la seguridad vial (Molina, 2001).

Esta limitación en la evidencia dificulta conocer cómo se ha usado el *Mercadeo* social

en la región, bajo qué nombres, para qué problemáticas, con qué enfoque y los resultados obtenidos. Sin embargo, existe evidencia que indica que el *Mercadeo* social en América Latina es confundido con otras aplicaciones de *Mercadeo* y de enfoques empresariales, como, por ejemplo, *Mercadeo* para una causa, responsabilidad social empresarial, *Mercadeo* en redes sociales, comunicación social y publicidad social (Mazzon y Carvalho, 2017; Molina, 2001; Sierra Pineda, 2017). Sumado a esto, la evidencia muestra que, en algunos países de la región, uno de los retos que se afronta es la aversión a usar el término *Mercadeo*, por ser asociado a modelos promercado o capitalistas y lejanos a lo social (Mazzon y Carvalho, 2017; Molina, 2001). Esto también ha sido observado en otros países independientemente del nivel de ingresos.

En *Mercadeo* social existen varios enfoques, modelos y marcos de referencia, algunos se centran en aspectos operativos (Lee y Kotler, 2015), otros en estratégicos (French y Gordon, 2020) y otros tienen una mirada más crítica (Aya Pastrana, 2019; Gordon, 2012, 2019; Spotswood y Tapp, 2013). Uno de los retos de la comunidad de *Mercadeo* social en América Latina es conocer qué tipo de aplicaciones se han llevado a cabo en la región, bajo qué enfoque y si la aplicación ha sido una reproducción fiel a modelos y problemáticas de países de mayores ingresos o si se han realizado adaptaciones y creado modelos que responden a las necesidades de la sociedad latinoamericana. Aunque existen organizaciones que promueven el uso del *Mercadeo* social en la región, sobre todo, en el campo de la salud, el enfoque es principalmente guiado por la visión de *Mercadeo* social de países del norte global. Sumado a esto, la falta de representación de actores del sur global, incluida América Latina, en foros de intercambio global con relación a *Mercadeo* social (Aya Pastrana, 2017; Gordon *et al.*, 2016; Mazzon y Carvalho, 2017), motivó a la creación de una asociación regional que diera respuesta a las necesidades latinoamericanas desde el punto de vista de personas de la región.

A pesar de que, a lo largo de los años, diversos actores de países latinoamericanos han avanzado en la investigación y aplicación de *Mercadeo* social en la región (Carvalho y Mazzon, 2013; Molina, 2001), no existían iniciativas conjuntas generadas desde y para latinoamericanos. En el año 2017, previo a la Conferencia Mundial de *Mercadeo* Social (wsmc, por sus siglas en inglés), un grupo de personas de la región, algunas involucradas en actividades de la Asociación Internacional de *Mercadeo* Social (ISMA), decidieron apostar por generar un grupo de trabajo para difundir el *Mercadeo* social en América Latina. En el marco de la conferencia, se hizo un llamado explícito a los participantes de la región para generar evidencia y comunidad (Aya Pastrana, 2017).

Como resultado, se tuvo una reunión inicial con personas de varios países y luego de la conferencia se comenzó a trabajar, de manera formal, para la creación de una asociación regional.

El propósito de la Asociación Latinoamericana de *Mercadeo Social* es difundir la investigación y la aplicación del *Mercadeo social* para dar respuesta a las problemáticas de los países latinoamericanos. La LAMSO⁴ busca desarrollar habilidades en *Mercadeo social* mediante capacitaciones en los idiomas hablados en la región, facilitar el intercambio, generar redes de cooperación y propiciar la investigación en *Mercadeo social* en América Latina, tomando como referencia las experiencias de otros países del norte y el sur global, pero valorizando los saberes propios, nuestros idiomas y generando soluciones realistas de acuerdo con la historia, las culturas y los contextos de la región.

4 - Para más información sobre LAMSO, se puede consultar en <www.Mercadeosocial.org>.

Referencias bibliográficas

- * American Marketing Association (2017). What is *Marketing*? The Definition of *Marketing*. <<https://www.ama.org/the-definition-of-marketing-what-is-marketing/>>.
- * Andreasen, A. R. (2003). The Life Trajectory of Social *Marketing* Some implications. *Marketing Theory*, 3(3), 293-303, <<https://doi.org/10.1177/147059310333004>>.
- * Aya Pastrana, N. (2017, May 16). Beyond Salsa, Samba and Tango: Social *Marketing* in Latin America. World Social *Marketing* Conference (wsmc), Washington D. C., USA.
- * Aya Pastrana, N. (2019). From policies to interventions: Integrating neglected tropical diseases and gender to social *marketing*. Università della Svizzera italiana.
- * Badejo, A., Rundle-Thiele, S., & Kubacki, K. (2016). What is the Lived Experience of Trafficked Persons in Nigeria? In L. Petruzzellis & R. S. Winer (Eds.), *Rediscovering the Essentiality of Marketing* (415-415). New York: Springer International Publishing.
- * Bernabe-Ortiz, A.; Rosas, V. G.; Ponce-Lucero, V.; Cárdenas, M. K.; Carrillo-Larco, R. M.; Diez-Canseco, F.; Pesantes, M. A.; Sacksteder, K. A.; Gilman, R. H., & Miranda, J. J. (2020). Effect of salt substitution on community-wide blood pressure and hypertension incidence. *Nature Medicine*, 1-5, <<https://doi.org/10.1038/s41591-020-0754-2>>.
- * Butler, P., Green, K., & Galvin, D. (2013). The principles of pride: The science behind the mascots. *Rare*. <<http://www.rare.org/publications>>.
- * Cairns, G., Mackay, B., & MacDonald, L. (2011). Social *marketing* and international development. In G. Hastings, K. Angus, & C. Bryant (Eds.), *The Sage Handbook of Social Marketing* (95-106). Sage.
- * Carvalho, H. C., & Mazzon, J. A. (2013). Homo economicus and social *marketing*: Questioning traditional models of behavior. *Journal of Social Marketing*, 3(2), 162-175.
- * French, J., & Gordon, R. (2020). *Strategic Social Marketing: For Behavior and Social Change* (Second edition). Sage Publications Ltd.
- * Gordon, R. (2012). Re-thinking and re-tooling the social *marketing mix*. *Australasian Marketing Journal*, 20(2), 122-126, <<https://doi.org/10.1016/j.ausmj.2011.10.005>>.
- * Gordon, R. (2019). Critical social *marketing*: Reflections, introspections, and future directions. In M. Tadajewski, M. Higgins, J. Denegri-Knott, & R. Varman (Eds.), *The Routledge Companion to Critical Marketing*. Routledge Companions in Business, Management and Accounting.
- * Gordon, R., Russell-Bennett, R., & Lefebvre, R. C. (2016). Social *marketing*: The state of play and brokering the way forward. *Journal of Marketing Management*, 32(11-12), 1059-1082, <<https://doi.org/10.1080/0267257X.2016.1199156>>.
- * Lee, N. R., & Kotler, P. (2015). *Social Marketing: Changing Behaviors for Good* (Fifth edition). Sage Publications, Inc.
- * Lefebvre, R. C. (2013). *Social Marketing and Social Change: Strategies and Tools for Improving Health, Well-Being, and the Environment*. New York: Jossey-Bass.
- * Mazzon, J., & Carvalho, H. (2017). *Marketing social no Brasil*. História, desafios e uma agenda para o futuro. *Revista de Gestão Dos Países de Língua Portuguesa*, 16(3), 14-27.
- * Molina, Y. M. (2001). *El Mercadeo social en Colombia*. Medellín: Universidad Eafit.
- * Pesantes, M. A.; Diez-Canseco, F.; Bernabé-Ortiz, A.; Ponce-Lucero, V. & Miranda, J. J. (2017). Taste, Salt Consumption, and Local Explanations around Hypertension in a Rural Population in Northern Peru. *Nutrients*, 9(7), <<https://doi.org/10.3390/nu9070698>>.
- * Ponce-Lucero, V.; Saavedra-García, L.; Cateriano-Arévalo, E.; Pérez-León, S.; Villarreal-Zegarra, D.; Horna-Alva, D., & Miranda, J. J. (2020). Parents' Perceptions about Salt Consumption in Urban

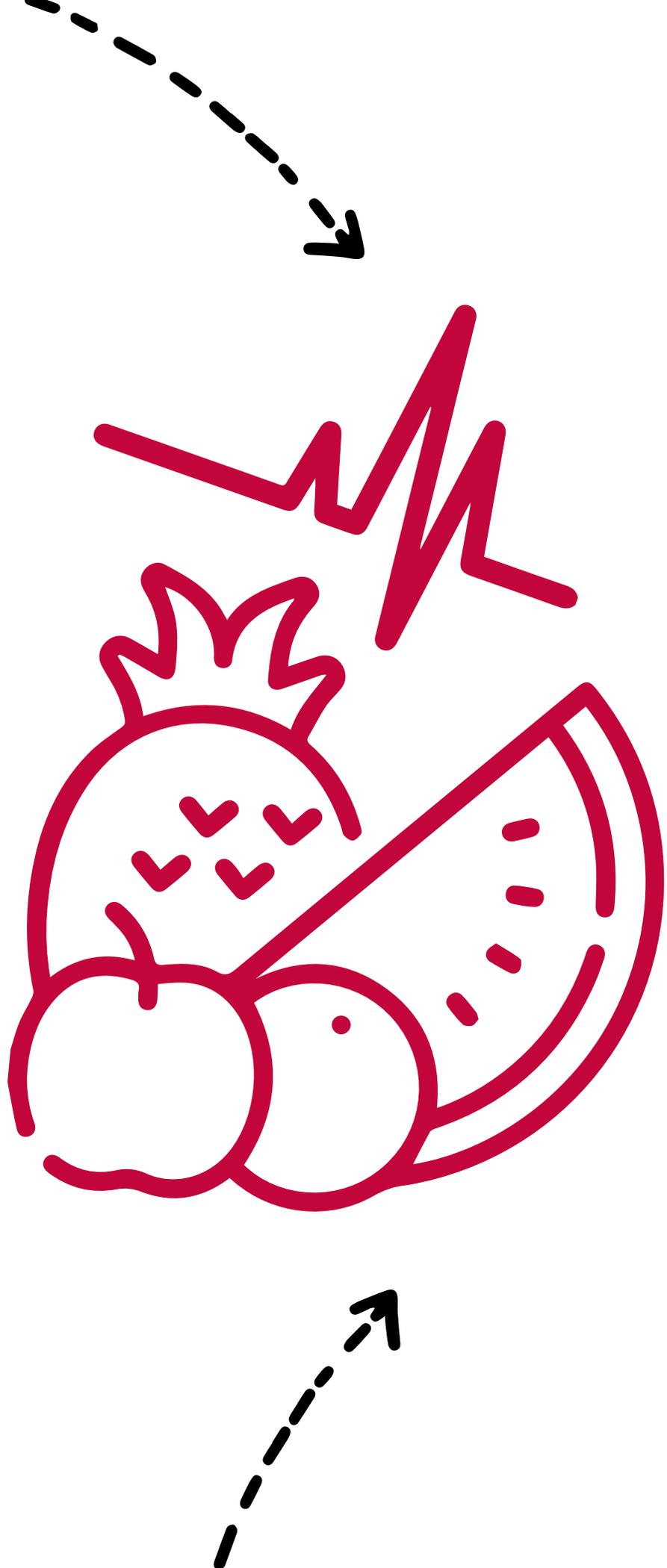
Areas of Peru: Formative Research for a Social *Marketing* Strategy. *Nutrients*, 12(1), 176, <<https://doi.org/10.3390/nu12010176>>.

* Sierra Pineda, S. A. (2017). Implementación del *marketing* social en Colombia. Bogotá: Universidad de San Buenaventura.

* Spotswood, F., & Tapp, A. (2013). From the 4Ps to COM-SM: Reconfiguring the social *marketing mix*. *Journal of Social Marketing*, 3(3), 206-222. <<https://doi.org/10.1108/JSOCM-01-2013-0011>>.

* Veríssimo, D.; Bianchessi, A.; Arrivillaga, A.; Cadiz, F. C.; Mancao, R., & Green, K. (2018). Does It Work for Biodiversity? Experiences and Challenges in the Evaluation of Social *Marketing* Campaigns. *Social Marketing Quarterly*, 24(1), 18-34. <<https://doi.org/10.1177/1524500417734806>>.

* Wiebe, G. D. (1951). Merchandising Commodities and Citizenship on Television. *Public Opinion Quarterly*, 15(4), 679-691, <<https://doi.org/10.1086/266353>>.



Capítulo 3

Fundamentos del mercadeo social

Lic. Com. Inés Besada Paullier

¿?

SALUD
ES
VIDA

SALUD. ES:
BIENESTAR
SOCIAL. PARA
Todas y
TODAS

ESTAR

SALUD
ES
!!!

Introducción

El *Mercadeo* social es un enfoque sistemático para las intervenciones de salud pública. Puede ser complementario a otras estrategias de involucramiento con la comunidad, como la educación en salud, la promoción de salud y la comunicación en salud, que también están enfocadas en comprender las actitudes, las percepciones, los conocimientos y las conductas para fortalecer el empoderamiento y el compromiso con la salud.

Algunos de los conceptos que vamos a desarrollar no son únicos ni exclusivos del *Mercadeo* social, ya son utilizados en otras disciplinas. Pero es en la conjunción de todos los elementos del marco teórico, provenientes de diferentes disciplinas, como las ciencias sociales y el *marketing* comercial, que se crea la propuesta de valor social distintiva.

Tal como indicó Aya Pastrana, en el capítulo anterior,

... en Mercadeo social existen varios enfoques, modelos y marcos de referencia, algunos se centran en aspectos operativos (Lee & Kotler, 2015), otros en estratégicos (French & Gordon, 2020) y otros tienen una mirada más crítica (Aya Pastrana, 2019; Gordon, 2012, 2019; Spotswood & Tapp, 2013).

French (2017) expresa que,

... al igual que cualquier campo de investigación multidisciplinario moderno, el Mercadeo social está sujeto a una serie de diferentes escuelas de pensamiento (Wood, 2012) y debate (Spotswood & Tapp, 2013). Hasta la fecha, ha habido numerosos intentos de definir y codificar los componentes centrales del Mercadeo social y es inevitable que este sea un proceso continuo a medida que se gane más experiencia, se acumulen pruebas y se desarrolle teoría. (p. 17).

El objetivo de esta publicación es introducir al lector en la temática del *Mercadeo* social, por lo tanto, se desarrollarán los principales conceptos intentando darles voz a las diferentes escuelas de pensamiento, priorizando la claridad para que sea una herramienta práctica y útil para su aplicación en los problemas sociales.

Enfoques, modelos y marcos de referencia

El National Social *Marketing* Center de Reino Unido⁵ establece una serie de criterios de referencia (benchmarks, en inglés) basados en Andreasen (2002), que se interrelacionan y complementan para identificar programas de *Mercadeo* social. Estos criterios son: cambio de conducta orientado al consumidor, teorías de cambio de comportamiento, insight, intercambio, competencia, segmentación, *marketing mix*. Se han utilizado para diferenciar al *Mercadeo* social de otros tipos de intervenciones en salud pública, como la promoción en salud (Green y Tones, 2010). Los criterios también se han utilizado para evaluar programas de cambio de conductas y así detectar si se ha abordado y trabajado cada criterio.

No todos los criterios tienen la misma importancia, ya que, como vimos antes, el cambio de conducta y la facilitación del bien personal y social debe ser el centro de todo programa. French y Russell-Bennett (2015) proponen, en cambio, que el *Mercadeo* social será mejor comprendido si sus elementos son separados en tres categorías: principio, conceptos y técnicas. Este enfoque, denominado modelo jerárquico en salud, se puede constatar en el último documento de las asociaciones internacionales de *Mercadeo* social (ESMA, AASM, SMANA, 2017), que presenta los «Consensos globales sobre los principios, conceptos y técnicas de *Mercadeo* social».

El modelo jerárquico establece que la primera categoría, el principio, se refiere a la creación de valor social mediante el intercambio, característica exclusiva del *Mercadeo* social. Los conceptos (segunda categoría) son (1) influencia en el comportamiento social, (2) enfoque de orientación ciudadana, (3) ofertas sociales y (4) construcción de relaciones. Según los autores del modelo, la singularidad del *Mercadeo* social radica en la interacción del principio y los cuatro conceptos. La tercera categoría, las técnicas, se refiere a métodos y tácticas que se encuentran, por lo común, pero no exclusivamente, en las intervenciones de *Mercadeo* social. Las técnicas enumeradas en el modelo son (1) mezcla integrada de intervenciones, que incluye el *marketing mix*, (2) análisis y acción sobre la competencia, (3) planificación y evaluación sistemática, (4) segmentación orientada en el insight (5) cocreación ciudadana.

5 - El National Social *Marketing* Center es un centro de excelencia para *marketing* social y cambio de comportamiento <<https://www.thensmc.com/>>.

Facilitación del bien personal y social

La facilitación del bien personal y social es el principio central y fundamental para todo programa de *Mercadeo* social. Focalizado en generar bien social a través de la creación de valor social para individuos, comunidades y sociedades, el valor social está idealmente acordado mediante el diálogo y el entendimiento con la comunidad y las instituciones cívicas. Ejemplos de valor social pueden ser que todos conduzcan de forma segura o que todos los bebés reciban las vacunas necesarias.

En todo el mundo, los gobiernos de diferentes tipos y sus miembros utilizan una variedad de enfoques para acordar qué comportamientos y creencias son socialmente valiosos y cómo deben ser realizados o mantenidos. El Mercadeo social es un proceso sistemático para ayudar con estos cometidos y una forma de desarrollar combinaciones de intervenciones culturalmente apropiadas y éticamente aceptables que son apoyadas por las sociedades. (ISMA, ESMA, SMANA Y ASSMA, 2017).

Foco en la ciudadanía

Concepto también conocido como «orientado al consumidor» u «orientado a la ciudadanía», establece que el enfoque del *Mercadeo* social es desde abajo hacia arriba, en vez de arriba hacia abajo. «La investigación, planificación e implementación de proyectos de *Mercadeo* social se basa en el compromiso de comprender y comprometer a las comunidades y beneficiarios de los programas sociales.» (ISMA, ESMA, SMANA Y ASSMA, 2017).

Se debe, en primer lugar, conocer a la audiencia objetivo, qué quieren y necesitan, para luego desarrollar soluciones en conjunto. Identificar al público es una cosa, entenderlos es otra, por eso, la base de este concepto es la investigación formativa. A partir de esta investigación, conoceremos sus necesidades, creencias, valores, quiénes los influyen, cómo viven, qué anhelan, etc. La audiencia objetivo y la comunidad local deben ser parte de todo el proceso y buscar soluciones en conjunto.⁶

Insight

De la investigación formativa, con el foco en la ciudadanía, podremos identificar el insight, que va más allá de los datos, es un entendimiento profundo de qué mueve y

6 - Para saber más sobre investigación formativa, ver «Capítulo 4».

motiva al público objetivo. Este se utilizará para desarrollar un intercambio atractivo y conveniente para la audiencia objetivo.

The Truth Campaign

La American Legacy Foundation realizó una campaña denominada Truth, para reducir la prevalencia de fumadores adolescentes. Lanzada en el 2000, fue la campaña más grande realizada en medios masivos de EE.UU. para combatir el tabaquismo.

En la etapa de la investigación formativa se preguntaron «¿Por qué empiezan a fumar los adolescentes?». Detectaron los siguientes valores que hacen que fumar sea atractivo para los jóvenes:

- * Rebelarse ante la autoridad
- * Independencia y expresión personal
- * Pertenecer a un grupo de pares

La campaña se centró en redireccionar esos valores para que se rebelaran ante la industria tabacalera y la publicidad engañosa de los cigarrillos. De esta forma, se impulsó un movimiento adolescente que luchara contra la industria tabacalera y se organizaron eventos para que se expresaran. La estrategia de marca y las teorías psicológicas sociales sobre actitudes y formación de creencias fueron efectivas (Evans, 2002).

Segmentación

Esta técnica permite revelar las características únicas de los segmentos de la población para poder focalizar los recursos de las intervenciones y así maximizar su impacto. ¿Por qué segmentar? Porque «un único talle no les sirve a todos». Cuando hablamos de cambios de comportamientos, segmentar a veces nos cuesta, porque queremos que los cambios positivos lleguen a todos (toda la población se beneficiaría de consumir más frutas y verduras o realizar más actividad física). Pero si les hablamos a todos al mismo tiempo, seguramente nadie se sienta identificado con el mensaje, no le estaremos «tocando el hombro» a ninguno. La clave de la segmentación es identificar aquellos grupos con motivaciones similares para el cambio. El equilibrio estaría en no ser demasiado abarcativo o genérico ni demasiado específico. La modificación de la conducta del segmento elegido debería tener, asimismo, un impacto de cambio

sobre el problema real. «La segmentación también es una representación de respeto para con los ciudadanos y una manifestación práctica del compromiso a trabajar con ellos, para realizar programas de *marketing* social que satisfacen sus necesidades.» (ISMA, ESMA, SMANA Y ASSMA, 2017).

La segmentación debe ir más allá de las características geográficas, demográficas o socioculturales. Al hablar de cambios de conducta, podría ser más efectivo agrupar a personas que comparten similares creencias, actitudes, comportamientos y presiones sociales.

Las personas que quieren dejar de fumar pueden asemejarse más en sus actitudes que en su demografía. Algunos ejemplos de factores para utilizar como variables de segmentación para que los fumadores dejen de fumar:

Cantidad: Fumador intenso - Fumador social

Deseo de dejar: Sí - Ambivalente - No

Intentó dejar: Sí - No

Autoeficacia para dejar: Alta - Media - Baja

Actitud sobre los efectos del cigarro: Preocupado - Indiferente

Edad: Adolescente - Adulto - Adulto mayor

Existen muchas combinaciones de variables para elegir segmentos diferentes.

En nuestro entorno podemos ver muchas campañas de cambios de comportamiento (en temas como seguridad vial, salud, ambiente, etc.). ¿Podemos identificar a quién le están hablando estas campañas?, ¿hay un segmento claro?, ¿o en la mayoría de los casos intentan llegar a todo el público? Cuando vemos las campañas de productos de consumo, nos podemos hacer las mismas preguntas y es probable que detectemos una segmentación mucho más clara. Cada campaña de producto sabe cuál es su audiencia objetivo, tiene un posicionamiento y realiza su campaña acorde. ¿Podremos hacer lo mismo con las conductas que promovemos?

Intercambio de valor

Esta teoría reconoce que existe un cierto intercambio en la elección de una conducta. El beneficio de adoptar la nueva conducta tiene que ser mayor que el costo de aban-

donarla. Para ello, hay que brindar beneficios que la audiencia valore y reconocer los costos, tanto económicos como no económicos.

Competencia

Para realizar la teoría de intercambio, se procura entender qué compite con el tiempo, la atención y la inclinación a comportarse de determinada forma. El concepto de competencia indaga sobre factores externos e internos y aprende de la competencia para desarrollar el *marketing mix*.

Por ejemplo, cuando la conducta que queremos promover es el consumo de agua, debemos saber qué compite con el agua y por qué lo eligen. Si de la investigación formativa surge que los niños eligen las bebidas azucaradas porque son más «divertidas», ¿podemos pensar cómo posicionar nuestro producto, el agua, para hacerlo más divertido?

Teorías de cambios de comportamiento

El Mercadeo social utiliza las teorías de cambios de comportamiento para entender y guiar la intervención. Estas teorías intentarán entender cómo ocurre el cambio de conducta. El programa de *Mercadeo social* deberá identificar una o más teorías que sustenten por qué se realizará el cambio de conducta.

El marketing mix en el Mercadeo social

Según Andreasen (1994), las estrategias diseñadas para lograr un cambio de conducta siempre comprenden los cuatro elementos del *marketing mix*. El *marketing mix*, o, en español, «estrategia de mezcla de *Mercadeo*» está compuesto por producto, precio, plaza y promoción (las 4 P). Esta estrategia, creada por McCarthy en 1964, es ampliamente utilizada en el *marketing* comercial. A continuación, veremos cómo se adapta y utiliza cuando el objetivo es un cambio de conducta, aunque tiene sus limitaciones, es útil para la creación de un programa de *Mercadeo social*. Las 4 P proporcionan un marco para diseñar una intervención que complementa los mensajes con innovación de productos, reestructuración ambiental y la entrega de recompensas atractivas que

resultan en la aceptación de un intercambio (Edgar, Volkman y Logan, 2011).

Sin embargo, para French (2010), el modelo de las 4 P es un poco anticuado y no refleja lo que es el *Mercadeo* social. De todas formas, consideramos que la estrategia del *marketing mix* es útil para introducir al lector en la práctica del *Mercadeo* social y comprender el camino recorrido por tantos académicos y practicantes que la han utilizado.

Producto

La estrategia del producto invita a buscar los beneficios asociados con la conducta deseada. El producto tiene que ser algo concreto que puedo observar, no puede ser tan amplio y ambiguo como «buscar apoyo social para abolir la tortura en el mundo» o solo sensibilizar sobre tal problemática, sin incentivar una conducta específica. Previamente, habrá que decidir qué conductas tendrán mayor impacto sobre el problema que se está abordando. El producto debe ser una buena solución al problema.

Lee y Kotler (2011) distinguen entre tres tipos de productos:

- * Producto principal (core): es el beneficio del comportamiento. Por ejemplo, mejorar la respuesta inmunológica de los recién nacidos.
- * Producto real (actual): es el comportamiento específico promovido. Siguiendo el ejemplo anterior, es la lactancia materna exclusiva por 6 meses.
- * Producto aumentado (augmented): son los objetos tangibles o servicios asociados que agregan valor al producto. Podría ser la orientación gratuita sobre la nutrición de los recién nacidos o lugares específicos de lactancia materna.

El producto aumentado facilita a que se realice la conducta. Una especial atención al desarrollo de estos productos aumentados puede mejorar en gran medida las posibilidades de éxito, debido a que lleva al *Mercadeo* social más allá del mensaje. Para ejemplificar el producto aumentado, el cuadro siguiente desarrolla la campaña verb™ realizada por el Center for Disease Control and Prevention (CDC) de EE.UU. en 2002.

La campaña verb™, realizada por el CDC de EE.UU., en 2002, fue una de las campañas más grandes de *Mercadeo* social realizadas en ese país. Su objetivo era incrementar y mantener la actividad física en niños de entre 9 y 14 años. La campaña multiétnica incluía un enfoque muy comprensivo para el cambio de comportamiento, pero uno

de los aspectos más innovadores de la iniciativa fue la introducción del producto aumentado conocido como *yellowball* o «pelota amarilla». El CDC distribuyó alrededor de medio millón de pelotas amarillas en todo EE.UU., del tamaño de una pelota de volleyball, con el logo verb impreso, un código y el texto: «Utilizá esta pelota, pásala a otro, entrá a la web y contanos cómo la usaste». Este producto aumentado facilitó la realización de la actividad física.

(Foto: <https://thensmc.com/resources/showcase/verb%E2%84%A2>)

Otro componente de la estrategia del producto es el posicionamiento, que es el lugar que el producto, servicio o comportamiento ocupa en la mente de la audiencia. Para ello, hay que comprender el mapeado perceptual de los individuos acerca de ciertas conductas. El mercadólogo social en la investigación formativa indaga sobre cómo los individuos perciben su producto (conducta que se promueve) y el producto competencia (conducta que compite con la conducta deseada). Volviendo al ejemplo de la campaña verb, en este caso, se posicionó a la actividad física como una forma de pasarla bien, compartir un rato con amigos y conseguir reconocimiento de los padres y los pares. De la investigación formativa, surgió que para vender el producto de manera exitosa deberían cuidar la integración de conceptos para que la actividad física se posicione en la mente de los jóvenes como un acto placentero en vez de algo negativo y doloroso. La actividad física se debería asociar a diversión, contacto social, autoestima, creatividad. En este caso, la competencia era tiempo de pantallas, como videojuegos, computadoras y tv (Wong *et al.*, 2004).

Para posicionar un producto, se puede pensar en los atributos de cierta conducta e ir identificando sus diferentes beneficios y escalonarlos. El atributo es un hecho objetivo que describe al producto, mientras que el beneficio indica el valor que obtiene la persona del atributo. Queremos que el público perciba los beneficios del producto además de los atributos.

Por ejemplo, los atributos de realizar actividad física pueden ser producir endorfinas, incrementar las pulsaciones, tener más músculos o quemar grasas. Pero los beneficios que los individuos pueden valorar más son compartir un rato con amigos, la diversión, verse y sentirse mejor, tener más energía. Al conocer a nuestra audiencia objetivo, qué valora y dónde se posiciona la competencia, podremos diseñar estrategias que posicionan nuestro producto en el lugar adecuado para que la conducta sea valorada y elegida de forma voluntaria. La investigación formativa es la base para

generar un posicionamiento adecuado.

Posicionamiento acorde a la competencia

Se puede posicionar el producto al mostrar los beneficios clave relativos a la competencia. En el *Mercadeo* social, la competencia puede ser otra conducta o la no adopción de la nueva conducta. Por ejemplo, si la intención es que las personas coman más frutas, la competencia va a depender del posicionamiento que se elija. Si se quiere posicionar la fruta como merienda o colación, como competencia se presentan las otras opciones de colaciones no saludables, pero si, en cambio, se quiere posicionar la fruta como postre, la competencia pueden ser alimentos como helado o postres envasados. La pregunta deberá ser ¿por qué eligen a la competencia?, ¿qué atributos o beneficios obtienen de la competencia?, ¿puedo darle esos beneficios o atributos a mi producto?, ¿cómo hacer el producto, servicio o conducta promovida más atractiva?

Plantilla de trabajo - Producto

EL MARKETING MIX: PRODUCTO

¿Qué producto, servicio o conducta se promueve? ¿Cómo hacer el producto, servicio o conducta más atractivo? ¿Puedo mejorarlo, reposicionarlo o inventar un nuevo producto?

Producto, servicio o conducta	Público objetivo	Percepción actual del producto, servicio o conducta	Prioridades actuales del público objetivo	Mejora o innovación del producto	Posicionamiento

Precio

El precio se refiere al costo o sacrificio intercambiado por el nuevo comportamiento. La tarea de ofrecer un intercambio de valor puede ser muy desafiante, sobre todo, cuando son conductas vinculadas a la propia salud, porque en muchos casos los beneficios se verán a largo plazo. Existe una mayor chance de cambio de conducta cuando los que planifican la campaña tienen la habilidad de ofrecer beneficios atrac-

tivos a corto plazo, como parte de su estrategia de precio (Rothschild, 1999).

Siempre es considerado desde el punto de vista de la audiencia que estamos intentando que cambie o adopte una conducta. El precio puede ser monetario, pero sobre todo hay que considerar los costos intangibles como:⁷

- * **Costos sociales:** «Si no fumo, no voy a ser popular entre mis amigos».
- * **Costos de tiempo:** «Cocinar comida saludable me lleva más tiempo que comprarla hecha».
- * **Costos hedonistas:** «Me siento mejor en el sillón mirando tv que haciendo ejercicio».
- * **Costos psicológicos:** «Me da miedo hacerme un pap, ¿y si el resultado da mal?».

El objetivo de la estrategia de precio es mostrarle a la audiencia objetivo que comprar su producto es ventajoso, porque, aunque puede haber costos asociados a la conducta adoptada, los beneficios de realizarla sopesan estos costos. La teoría de intercambio que mencionamos antes está dentro de la estrategia de precio.

Es importante identificar todos los costos asociados para lograr la conducta deseada en el público objetivo y minimizarlos lo más posible. ¿Cómo bajar los costos e incrementar los beneficios? La intención es conseguir que la conducta deseada sea la más conveniente posible y de fácil acceso.

Volviendo a la campaña de verb, a continuación, las barreras que encontraron para el cambio de conducta y los beneficios que intentaron para levantarlas.⁸

Barreras		Beneficios
Económicas	Costo de clases o equipamiento deportivo	Se distribuyeron pelotas verb para que cada uno encontrara la forma de utilizarla que le gustara más, también se promueven actividades sencillas en el patio.

7 - Adaptado de Basil, Diaz-Meneses y Basil (2019, p. 32).

8 - Adaptado de Weinreich, (2011, p. 16).

Barreras		Beneficios
Psicológicas	Complejos, no sentirse bien con uno mismo	En los visuales de la campaña se podían ver niños de diferentes edades, habilidades y etnicidades.
Entorno	No hay lugares seguros en el barrio	Se fomentó el concepto de que se puede realizar actividad física en todos lados y se trabajó con las escuelas.
Tiempo	Los padres no tienen tiempo para llevarlos a las clases o supervisarlos mientras hacen actividad física	Para asegurarse de que los jóvenes eran apoyados en la realización de actividad física, la campaña se centró en los padres como público objetivo secundario.

Una estrategia de precio puede ser disminuir los costos monetarios de un producto aumentado que facilita la conducta deseada, por ejemplo, subsidiándolo total o parcialmente. Como referencia, en una campaña de *Mercadeo* social, los suplementos de ácido fólico para prevenir la anemia fueron subsidiados, vendidos a precio nominal, para las mujeres rurales de Camboya (Kanal *et al.*, 2005). En el diseño del mensaje, el precio de un producto aumentado también puede entrar en juego cuando se enmarca con el costo del producto competencia.

Como ejemplo, las estrategias de precio dentro del consumo de tabaco en Uruguay no solo fueron monetarias, al aumentar los impuestos en el producto, sino que, además, debido a la restricción de fumar en espacios públicos cerrados, se le sumó un costo, al tener que salir a fumar. Entonces, el precio para realizar la conducta no deseada es mayor.

Plantilla de trabajo - Precio

¿Cuál es el costo de adoptar la conducta deseada?, ¿cuál es la competencia?, ¿qué beneficios van a superar las barreras?

Conducta deseada	Público objetivo	Costos directos de lograr la conducta deseada (monetarios)	Costos indirectos (no monetarios, barreras, competencia)	¿Cómo disminuir las barreras o los costos?	¿Cómo incrementar los beneficios (tangibles o percibidos)?
------------------	------------------	--	--	--	--

Barreras estructurales para los cambios de comportamiento

Dentro del precio, se pueden encontrar barreras estructurales, que se deberían abordar en primer lugar. Cambiar actitudes para motivar a las personas a conducirse de determinada manera no tiene mucho sentido si la persona no dispone de la oportunidad o habilidad de llevarla a cabo. No podemos pedirles a las personas que salgan a caminar por el barrio si la inseguridad del contexto no se lo permite. O promover la higiene del lavado de manos cuando no tienen acceso al agua. Entran en juego los determinantes en salud y el modelo ecológico.

El enfoque del *Mercadeo social* puede fallar por la falta de *insight* acerca de cómo viven las personas en contextos vulnerables y desventajosos, y por una comprensión limitada en la influencia de los determinantes sociales en salud. Esto puede resultar en intervenciones mal direccionadas debido a que no tienen en consideración las privaciones sociales de su audiencia. Las intervenciones que se basan solo en la elección personal son poco probables de que superen los obstáculos estructurales que generan inequidades en salud. Las técnicas de *Mercadeo social* y promoción de salud basadas en un entendimiento profundo de las vidas, circunstancias y aspiraciones de las personas pueden ayudar a que las intervenciones estén bien direccionadas (French 2010).

Plaza

La plaza es el lugar y momento en que la audiencia objetivo va a adoptar la conducta

deseada, obtiene los bienes relacionados o recibe algún servicio asociado. Entonces, cuando hablamos de plaza en el *Mercadeo* social, nos referimos al lugar en el que se encuentra el público objetivo y realiza las prácticas específicas o el espacio en el que podrá aprender la nueva conducta. No se refiere a canales de comunicación, lugar donde se van a encontrar los materiales o mensajes de la campaña, ya que estos se van a definir recién en la promoción. Comprender la diferencia es importante, ya que la estrategia de plaza «se centra, en gran medida, en la superación de importantes obstáculos estructurales para facilitar el acceso». (Smith, 2000, p.). Pensar cómo diseñar esta estrategia de plaza tiene el poder de una reestructuración ambiental.

Las preguntas que deberemos hacernos son: ¿cómo intervenir en el momento de la decisión?, ¿cómo hacer que la conducta deseada sea más accesible y atractiva? El público objetivo será mucho más receptivo para adoptar la conducta deseada si se interviene en el momento adecuado, y no cuando la conducta no está en su mente.

Ejemplos estrategias de plaza

Un ejemplo en Uruguay de una estrategia de plaza para desincentivar el consumo de sal en los restaurantes es no acceder de forma fácil al salero. La Intendencia de Montevideo promulgó un decreto (en 2014) que prohíbe la presencia de saleros y condimentos altos en sodio en las mesas de los restaurantes, aunque el cliente puede solicitarlos si lo desea. En las cartas de menú y en la cartelera interna del local se colocó una leyenda con el texto «Menos sal, más vida. El consumo excesivo de sal de sodio es perjudicial para la salud». Esto hace que, en el momento de querer agregar más sal, sea más fácil la adopción de la conducta deseada de no hacerlo.

Más allá de la estrategia de plaza que se basa en una regulación, existen otras que pueden ser muy creativas y fáciles de aplicar. El lavado de manos como medida de higiene y protección ante el covid-19 es una conducta que se promovió globalmente. Las formas de fomentar la conducta, más allá del mensaje, despertaron el ingenio y la creatividad en todo el mundo. En la ciudad de Cardona, en Uruguay, nos encontramos con una pileta con agua y jabón para lavarse las manos instalada en la puerta del minimercado de la estación de servicio. Este sencillo ejemplo muestra cómo la estrategia de plaza tiene la capacidad de una reestructuración ambiental para que la conducta promovida sea la más sencilla y de fácil acceso.

Plantilla de trabajo - Plaza

¿Dónde ocurre el comportamiento? ¿Dónde se utiliza el producto o se accede al servicio? ¿Cómo hacer este lugar más atractivo, accesible o propicio para incitar al comportamiento deseado? ¿Cómo se puede intervenir en el momento de la elección?

Producto, servicio o comportamiento	¿En qué lugar ocurre el comportamiento? ¿Dónde está el servicio o producto utilizado? ¿Dónde están cuando están pensando en el tema o en riesgo?	Barreras actuales del lugar	Mejoras o intervenciones al lugar. Acceso, conveniencia o atractivo

Promoción

La cuarta pe responde a la promoción y es la más conocida y utilizada, sobre todo, por comunicadores, publicistas y promotores en salud, «es el componente estratégico que implica la creación de mensajes y la selección de canales» (Edgar, Volkman y Logan, 2011, p. 242).

Existe mucha literatura que denomina *Mercadeo* social a campañas que son solo promoción, o sea, la creación de mensajes que apuntan a concientizar y motivar conductas, sin tener en cuenta el marco conceptual, el proceso y el uso integrado de los principios de *Mercadeo* social. No podemos hablar de programas de *Mercadeo* social cuando son solo afiches en los que dice, por ejemplo, «Si bebe, no conduzca». Una práctica común suele ir del problema directo a la solución con el uso integrado de estrategias de comunicación, elaboración y definición de mensajes, y canales de distribución. Este último componente dentro de la estrategia de promoción termina siendo la parte creativa y la «cara visible» de una campaña. La realidad es que, si hacemos bien el *Mercadeo* social, la promoción debería ser tan solo la punta del iceberg de toda la campaña. De la investigación formativa y el proceso de planificación previa, surgirán cuáles son las formas más efectivas y eficientes de llegar a la audiencia objetivo.

La pregunta que deberíamos hacernos es ¿cómo promover la conducta (producto) por los canales apropiados de una forma beneficiosa (precio)?

El brief creativo es una buena herramienta para que la promoción sea el resultado final del trabajo previo. Algunos canales para realizar la promoción pueden ser: publicidad, relaciones públicas, medios sociales, materiales impresos, promociones, eventos especiales, eventos comunitarios, entretenimiento, folletería.

Resumen de las 4 P

Producto: ¿Cómo hacer el producto, servicio o conducta más o menos atractivo?

Precio: ¿Cómo minimizar los costos y maximizar los beneficios?

Plaza: ¿Cómo hacerlo más accesible, conveniente y atractivo?

Promoción: ¿Cómo promover la conducta (producto) por los canales apropiados (plaza) de forma beneficiosa (precio)?

Propuesta de valor social

El uso integrado de los conceptos planteados en este capítulo permitirá desarrollar un programa de cambio social con una propuesta de valor social.

Las propuestas de valor del marketing social se desarrollan en base a la investigación formativa, la evidencia y los datos recopilados son los medios a través de los cuales se entrega el bien social. Las proposiciones de valor se desarrollan a través de un proceso de pensamiento reflexivo crítico. El marketing social casi siempre utiliza un mix de intervenciones para crear el bien social. Las «propuestas de valor» crean valor para los ciudadanos al ayudarlos a lograr lo que quieren, resolver problemas y hacer la vida más fácil y mejor. (ISMA, ESMA, AASM, SMANA, 2017, p.).

Referencias bibliográficas

- * Andriessen, A. R. (1994). Social *Marketing*: Its Definition and Domain. *Journal of Public Policy and Marketing* 13(1), 108-114.
- * Andriessen, A. R. (2002). *Marketing Social Marketing* in the social change marketplace. *Journal of Public Policy and Marketing* 21(1), 3-13.
- * Asociación Internacional de *Marketing* Social, Asociación Europea de *Marketing* Social, Asociación Norteamericana de *Marketing* Social y Asociación Australiana de *Marketing* Social (2017). Consenso global sobre los principios, conceptos y técnicas de *Mercadeo* social. <mberclicks.net/assets/Documents_Shared_Website/ESMA,%20AASM,%20SMANA%20iSMA%20endorsed%20Consensus%20Principles%20and%20Concepts%20paper.pdf >.
- * Basil, D.; Diaz-Meneses, G. y Basil, M. (2019). *Social Marketing in Action: Cases from Around the World*. Springer Texts in Business and Economics.
- * Edgar, T.; Volkman, J. & Logan, A. (2011). *Social marketing*: Its meaning, use, and application for health communication. In T. Thompson, R. Parrott, & J. Nussbaum (Eds.), *The Routledge handbook of health communication* (2nd Edition). (235-251). New York: Routledge.
- * Evans, W. D.; Wasserman, J.; Bertolotti, E., & Martino, S. (2002). Branding Behavior: The Strategy behind the Truth Sm Campaign. *Social Marketing Quarterly*, 8(3), 17.
- * French, J. (Ed.) (2017). *Social Marketing and Public Health, Theory and Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- * French, J., Russell-Bennett, R. (2015). A hierarchical model of social *marketing*. *Journal of Society Marketing*, 5, 139-159.
- * Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion: planning and strategies* (2nd edition). London: Sage.
- * Kanal, K.; Busch-Hallen, J.; Cavalli-Sforza, T.; Crape, B.; Smitasiri, & the Cambodian Weekly Iron-Folic Acid Program Team. (2005). Weekly iron-folic acid supplements to prevent anemia among Cambodian women in three settings: Process and outcomes of social *marketing* and community mobilization. *Nutrition Review*, 63, 126-133.
- * Lee, N. & Kotler, Ph. (2011). *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good*, Sage Publications.
- * Rothschild, M. L. (1999). Carrots, Sticks, and Promises: A Conceptual Framework for the Management of Public Health and Social Issue Behaviors. *Journal of Marketing*, 63(4), 24.
- * Smith, W. A. (2000). *Social marketing*: An evolving definition. *American Journal of Health Behavior*, 24, 11-17.
- * Spotswood, F., Tapp, A. (2013). From de 4 Ps to COM-SM: reconfiguring the social *marketing mix*. *Journal of Social Marketing* 3(3), 206-222.
- * Weinreich, N. K. (2011). *Hands-On Social Marketing, A step by step guide to design change for good*. Sage Publications.
- * Wong, F.; Huhman, M.; Heitzler, C.; Asbury, L.; Bretthauer-Mueller, R.; McCarthy, S., et al. (2004). VERB™: a social *marketing* campaign to increase physical activity among youth. *Preventing Chronic Disease* [online] <<http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/>>.
- * Wood, M (2012). *Marketing social marketing*. *Journal of Social Marketing* 2(2), 94-102.

Capítulo 4

Investigación formativa en mercadeo social

Mag. Carolina de León Giordano

24 al 30 de setiembre 2018
Semana del Corazón



*Las epidemias ocurren por razones estructurales
y las soluciones deben serlo también.*

Enrique Jacoby

En los últimos tiempos se han producido profundos cambios en los estilos de vida de las personas, los cuales se traducen en un significativo aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad y de enfermedades no transmisibles como la hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer (OMS, 2003). En la *Serie de informes técnicos* (OMS, 2003), se plantearon por primera vez determinados factores de riesgo con distinto grado de asociación entre conductas relacionadas a la alimentación, la actividad física y el consumo de alcohol y tabaco. En este reporte, además, ya se proponían estrategias claras de prevención y control de la obesidad y las enfermedades asociadas.

En otros momentos de la historia, si se pone en perspectiva, las enfermedades prevalentes eran las de tipo transmisibles o infecciosas. A partir del desarrollo de las ciencias y la medicina, estas —responsables principales de la morbilidad y mortalidad de las comunidades— se vieron reemplazadas por las enfermedades no transmisibles, que se relacionan claramente con el comportamiento, la forma o el estilo de vida de las sociedades modernas. El paradigma de las enfermedades infecciosas, y de alguna manera la pandemia por covid-19, coloca al equipo de atención en salud y científicos en un lugar prioritario, privilegiado, debido a que, gracias al desarrollo y suministro de vacunas, medicamentos y tratamientos específicos, estas situaciones pueden paliarse o revertirse. De allí que el rol de los equipos de salud en la prevención, tratamiento y control de las enfermedades fuera protagónico en este sentido, alimentando un sistema hegemónico, jerárquico, en el que el médico o el personal de salud ordena o instruye sobre lo que hay que hacer o resuelve la situación de enfermedad. Y se les otorga a estos roles un poder significativo, que debe de ser acatado para mejorar el estado de salud propio.

En la actualidad, debido al crecimiento exponencial del sobrepeso, la obesidad y de las enfermedades no transmisibles asociadas con estas —las cuales constituyen las primeras causas de morbilidad y mortalidad en la población— es que se las estudia y relaciona con los estilos de vida y las influencias del entorno o ambiente en el que las personas viven y realizan sus actividades cotidianas, especialmente en las zonas urbanas.

Existe suficiente evidencia de que el sobrepeso y la obesidad se asocian con los estilos de vida; y los pilares de la dieta, alimentación, así como la actividad física son las causas que lo explican y sobre las que la evidencia propone que hay que intervenir desde los diferentes niveles (políticas públicas, instituciones educativas, sistemas de salud, oferta de alimentos y espacios o entornos amigables con el movimiento físico). El sedentarismo, la elevada oferta de alimentos y productos industrializados ricos en azúcar, grasas y sal, la escasa presencia de alimentos naturales en las dietas promedio de las comunidades, el uso de las pantallas, las modificaciones en los patrones del sueño, el descanso, el tiempo de ocio y otros tantos aspectos inciden, con sustento científico claro, en el desarrollo de múltiples enfermedades crónicas.

Este escenario ha llevado a que sea necesario entender los procesos relacionados a los comportamientos, actitudes, prácticas y la complejidad de cambiar o modificar las conductas de las personas.

Un informe del Banco Mundial (2015) refiere que

Las investigaciones de los últimos tiempos nos han permitido conocer mejor las influencias psicológicas, sociales y culturales a que están sujetas la toma de decisiones y la conducta de los seres humanos, y han demostrado que dichas influencias tienen un impacto significativo en los resultados en términos de desarrollo. (p. v).

Es fundamental comprender las decisiones que toman los individuos con relación a numerosos aspectos del desarrollo, como el ahorro, las inversiones, el consumo de energía, la salud y la crianza de los hijos, para lograr cambios sostenibles. La consideración de estos aspectos también permite comprender mejor el modo en que las conductas colectivas se desarrollan y se arraigan en una sociedad. Muchas veces se establecen modelos en los que suele darse por sentado que las personas analizan todos los costos y los beneficios posibles desde la perspectiva del interés propio, y luego toman una decisión meditada y racional.

Este enfoque puede resultar sólido y útil, pero en numerosos contextos presenta también un defecto: ignora los factores psicológicos y sociales que influyen en la conducta. Los individuos no son autómatas calculadores. Por el contrario, son actores maleables y emocionales, cuyas decisiones se ven afectadas por elementos contextuales, normas sociales y redes sociales locales, y modelos mentales compartidos. Todos estos factores contribuyen a determinar lo que los individuos perciben como deseable, posible o incluso «pensable» para sus vidas. (Banco Mundial, 2015, p. 3).

Cuando se constatan evidencias de determinados comportamientos o situaciones del entorno o ambiente, que hacen necesario implementar políticas públicas o regulatorias, uno de los mecanismos es la legislación o normativas, para contribuir a que esas prácticas se modifiquen. La modificación de los entornos requiere de una política pública clara y una legislación que respalde.

La regulación introduce el concepto de que las personas actúan de otra manera cuando están obligadas a hacerlo porque la ley o las normas utilizan la coerción o la sanción consecutiva para modificar el comportamiento. La legislación es la mejor herramienta para las políticas públicas cuando las sociedades no están dispuestas a pagar los costos asociados a continuar con una práctica poco saludable o por un comportamiento de riesgo, por ejemplo, manejar luego de haber consumido bebidas alcohólicas, o fumar en lugares públicos, entre otros ejemplos conocidos. Cuando estas formas se imponen, es porque las personas no han encontrado su interés propio inmediato para cambiar. En este ejemplo, el disfrute de poder beber una copa de alcohol en una salida y luego volver a casa manejando un vehículo propio es preferible a la alternativa de no beber porque se está manejando y puede implicar un riesgo. La conducta deseada se adopta mediante legislación y, en su defecto, hay una sanción o multa como consecuencia.

En cambio, las estrategias que utiliza el *Mercadeo* en general y el *Mercadeo* social se contraponen a las que se implementan en la educación, la legislación o normativas (Rothschild, 1979).

Aquí juegan otros aspectos, dado que el *Mercadeo* social toma herramientas del *Mercadeo* comercial para poder incidir en cambios de comportamientos de los individuos; es que se precisa, antes de diseñar el plan o campaña de *Mercadeo* social, una investigación sobre los deseos, las motivaciones, las aspiraciones, las barreras, los obstáculos y las creencias de las personas sobre el comportamiento que se espera modificar.

La educación se sustenta en que las personas actúan cuando hay hechos y evidencias que demuestran que deben hacerlo de esa manera. Estos mecanismos son más racionales, se jerarquiza el pensamiento y no se consideran los aspectos emocionales y psicológicos de las personas que intervienen en la toma de decisiones finales. La educación maneja la información y persuade a las personas para asumir comportamientos saludables voluntariamente, con la contrapartida de darse cuenta o tomar

consciencia de los beneficios de cambiar la conducta menos saludable por una más saludable.

Cuando los profesionales de la salud, en este caso, informan a la población sobre los beneficios de adoptar determinados comportamientos o un estilo de vida más saludable, esta es libre de hacerlo o no; las sociedades asumen los costos de que otras personas elijan mantener comportamientos poco saludables, como fumar en espacios públicos, por ejemplo.

La educación es más efectiva cuando las metas de la sociedad son consistentes con la población objetivo a quien va dirigida. Si queremos que ocurran cambios en el comportamiento de los adolescentes, debemos ser consistentes de los aspectos con los que estos se sienten identificados. Los beneficios del nuevo comportamiento o del comportamiento esperado son inherentemente atractivos y también inmediatos, lo que hace que los costos del cambio no sean vistos como imposibles, sino como bajos o no tan sacrificados, y las posibilidades que llevan al cambio sean vistas como viables o posibles. Un ejemplo es la indicación basada en la evidencia de poner a los bebés a dormir boca arriba para prevenir la muerte súbita del lactante.

El *Mercadeo* social se diferencia de la educación debido a que utiliza las mismas herramientas que el *Mercadeo* comercial, las personas son conducidas a elegir las conductas que se promueven y actúan de determinada manera porque obtendrán algo a cambio, y eso que obtienen es lo que quieren o desean. Hay una contrapartida que tiene que ver con los intereses y deseos, y no con la información consciente de que implica riesgos o hace daño.

El *Mercadeo* maneja, a diferencia de la educación, la ley o las políticas públicas, alternativas para invitar a las personas a que voluntariamente elijan otro comportamiento. El *Mercadeo* intenta, muchas veces, alterar además el ambiente o el entorno, para hacer que el comportamiento esperado sea visto con ventajas sobre el que no es deseable mantener. Ofrece la mejor relación costo-beneficio para la población objetivo. Para el *Mercadeo* social, los productos son los valores, actitudes, comportamientos y beneficios reconocidos por los grupos de personas a las que va dirigido.

Habitualmente en los mensajes para las campañas de promoción de hábitos saludables, se incluyen estadísticas, datos, evidencias científicas, pero cuando se diseñan materiales de divulgación, las preguntas que debemos hacernos son: ¿Tomamos en

cuenta a las personas? ¿Tomamos en cuenta lo que les está pasando? ¿Sabemos lo que necesitan o las razones de sus comportamientos que se contraponen con la conducta que se quiere promover? ¿Qué necesitan? ¿Qué desean? ¿Qué creen? En las estrategias incluimos términos como «es importante» o «es más sano» o «más saludable», pero se restringe a lo meramente informativo, y se sabe de sobremanera que el comportamiento no ocurre únicamente por lo que entendemos o racionalizamos, sino básicamente por otros aspectos más profundos y complejos.

Los mensajes más habituales están relacionados con informar. Un ejemplo podría ser: «Realizar 30 minutos de actividad física es bueno para prevenir enfermedades del corazón», aquí vemos que este mensaje está centrado en el problema de salud, es estático, general, universal y no está dirigido a una población en particular. Instruimos a través de los mensajes, creyendo que con la información alcanza para modificar la conducta.

Si volvemos sobre el ejemplo de hacer actividad física, podríamos preguntarnos: ¿sabemos qué es lo que motivaría a una mujer de entre 20 y 50 años a hacer ejercicio físico diariamente durante 30 minutos? ¿Conocemos las razones de las personas para adoptar determinados comportamientos? Las motivaciones son diferentes cuando las personas actúan según lo que persiguen tras la adopción de ese comportamiento.

Es interesante citar lo que refiere Pérez (2004):

Si quieres saber qué quieren los consumidores, pregúntales, esa es la base de la investigación de consumidores, y es el lugar donde se encuentra la verdadera sabiduría. El truco, por supuesto, es saber qué preguntar y cómo escuchar las respuestas. (p.34).

Si pensamos por un instante en las estrategias de la publicidad o del *Mercadeo* comercial, ¿nos obligan? o en realidad promueven el deseo o trabajan sobre lo que conocen de esa audiencia objetivo y llegan con lo que esa población desea y por los tanto las personas se adhieren a ese producto, o en este caso a esa conducta. En *Mercadeo* social, el producto es una conducta determinada. ¿Cómo conocen lo que las personas o los usuarios necesitan? Lo estudian, lo investigan. La investigación que permite conocer a las personas o a las audiencias objetivo se denomina investigación formativa.

¿Cuándo es pertinente desarrollar una investigación formativa en el proceso de una campaña de Mercadeo social?

En la etapa de la planificación de una estrategia de *Mercadeo* social, la investigación es utilizada para ayudar a tomar decisiones y poder generar insumos que respondan a los objetivos de la campaña. Por tanto, es aplicable en cada una de las etapas de la planificación, del propio proceso y también luego de aplicar la estrategia. En cada etapa, quienes planifican la campaña deberán tomar múltiples decisiones y se presentarán preguntas que probablemente puedan responder en actividades de investigación. Esas investigaciones siempre garantizan una mejor toma de decisiones. Por estos argumentos expuestos, es necesario investigar para desarrollar una campaña de *Mercadeo* social.

La investigación en el Mercadeo social

Es importante destacar que definir la terminología es relevante según el objetivo que se espere de la investigación. Las modalidades son diversas y suelen tener características particulares, la investigación de tipo cualitativo es la más utilizada en el *Mercadeo* social.

Cuando se clasifican las investigaciones según las metodologías y técnicas, se discriminan de la siguiente manera:

Investigación cualitativa. Es una investigación de tipo exploratorio, que busca identificar y clarificar determinados aspectos. Los tamaños de la muestra son, en general, pequeños y no se pueden proyectar o extrapolar los hallazgos a otros grupos de población. Describe cualidades del objeto de estudio, es subjetiva, no hay hipótesis establecida de forma previa que se quiera demostrar o confirmar. Trabaja con la mayor variabilidad posible, mediante el concepto de saturación teórica, que es cuando ya no aparecen más referencias nuevas relacionadas con el problema de investigación. No se busca la representatividad y la muestra es intencionada y teórica.

Las investigaciones cualitativas pueden ser clasificadas, además, según su grado de profundidad. Son globales y aportan para conocer el perfil o características del mercado objetivo. Permiten conocer lo que necesitan, lo que desean, lo que les gustaría sentir a las personas. Por ello, es necesario considerar pensamientos, conocimientos, creencias, mitos, actitudes, fantasías, barreras, obstáculos y motivaciones.

Investigación cuantitativa. Es la investigación que es conducida para ordenar y caracterizar los mercados de forma confiable, predecir causa-efecto, proyectar hallazgos, establecer relaciones o asociaciones, así como explicar fenómenos. Los tamaños de las muestras son grandes, las encuestas son realizadas en ambientes controlados y organizados, lo que permite dar objetividad a los resultados. Aplica el método deductivo, plantea hipótesis y las puede extrapolar a la población general, dado que las muestras pueden ser representativas. Permite conocer prevalencias, identificar determinantes de los problemas estudiados. Es inferencial.

Por otra parte, pueden clasificarse en:

- * Exploratoria. Ayuda a definir problemas y sugerir o plantear hipótesis.
- * Descriptiva. Ayuda a entender los problemas del *marketing = mercadeo*, las situaciones, los mercados.
- * Causal. Estudia las respuestas a las hipótesis sobre las relaciones causa-efecto.

Además, las investigaciones se definen por la etapa del proceso de planificación en la que se implementan.

Formativa. Se trata de un tipo de investigación que analiza el contexto, ayuda a seleccionar y entender los mercados objetivo y desarrollar la versión preliminar del *marketing mix*, focalizada en alcanzar el mercado o las audiencias escogidas. Es un elemento distintivo del *Mercadeo social*. El objetivo de la investigación formativa es conocer los deseos, los valores, las necesidades, las motivaciones y las barreras del grupo objetivo, con el fin de diseñar estrategias ajustadas a sus características personales y grupales. La investigación formativa se centra en el análisis de las conductas a promover y de la competencia (conducta de tomar agua versus lo que muestra la competencia, consumo de bebidas azucaradas), así como qué es lo que se destaca para competir, incluyendo las barreras y las motivaciones para adoptar la conducta que se quiere promover, en este caso, tomar agua en lugar de bebidas azucaradas.

El diseño del producto social se realiza luego de la investigación y el análisis. Allí está la clave en la que se apoyan los distintos componentes del conjunto de actividades que incluyen a la *mercadotecnia*. Esto trae como consecuencia que, ante todo, se detecten las necesidades de los destinatarios para poder satisfacerlas.

Antes de lanzar el producto social a consideración del grupo objetivo, es necesario

hacer una prueba para verificar la factibilidad que tiene de ser adoptado. Es de suma importancia indagar si el público objetivo entiende el concepto del producto social ofrecido, si percibe los beneficios, si a esos beneficios los considera importantes, si adoptaría el producto social que se le somete a consideración. Asimismo, conviene estimular al grupo objetivo para que aporte sugerencias, manifieste qué tipo de sacrificios estaría dispuesto a hacer por adoptar el producto social, ya que influye en la toma de decisiones.

La investigación, además, se puede aplicar en otros momentos de la planificación de la campaña. Por ejemplo, el llamado pre-test, que se utiliza para evaluar la versión preliminar de las estrategias del *marketing mix* y hacer los cambios previos a la finalización del plan de *marketing* y los elementos que utilizarán para la comunicación. O el monitoreo, mediciones de los resultados del programa de *marketing* en curso a través de encuestas periódicas. Incluso la evaluación, en general, hace referencia a la investigación realizada cuando se concluye una campaña.

Las investigaciones también se clasifican de acuerdo con las fuentes que utilizan.

Fuentes secundarias, los datos fueron recolectados para otro propósito y ya están disponibles, entonces se considera no invertir en mecanismos que busquen los mismos resultados, sino basarse en lo que ya se conoce.

Fuentes primarias, los datos fueron reunidos para un propósito específico o en un proyecto de investigación concreto para el estudio en cuestión. Estos datos primarios se pueden extraer de los informantes clave, es decir, las entrevistas se realizan a colegas, responsables del nivel de decisión, líderes de opinión, expertos, técnicos u otros que puedan proporcionar información valiosa respecto de la población objetivo.

También puede ser a competidores, por ejemplo, si se trata de una campaña relacionada con promover el consumo de agua, puede ser de interés recolectar información acerca de las estrategias que utilizan quienes ofrecen bebidas azucaradas y por qué lo hacen; estas se pueden adoptar como parte del insumo para una campaña que promueva el consumo de agua. En síntesis, se trata de entrevistas mediante las cuales se quiere conocer información o decisiones que toman referentes en el tema de estudio.

Asimismo, esos datos pueden recopilarse de los grupos focales; en esta modalidad, se reúnen habitualmente entre 8 y 10 personas, por un par de horas, con un moderador

entrenado que utiliza una guía para llevar a cabo la discusión. La técnica de grupos focales es un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando autoexplicaciones para obtener datos cualitativos (Kitzinger, 1995). Kitzinger (1995) los define como una forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigador y participantes con el propósito de obtener información. Para Martínez (1999), el grupo focal «es un método de investigación colectivista, más que individualista, y se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, y lo hace en un espacio de tiempo relativamente corto» (p.1). La técnica es útil, en particular, para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, lo cual permite examinar qué, cómo y por qué piensa de esa manera. Trabajar en grupo facilita la discusión y activa a los participantes a comentar y opinar, aún en aquellos temas que se consideran tabú, generando, así, una gran riqueza de testimonios.

Se trata de una técnica que privilegia el habla y cuyo interés consiste en captar la forma de pensar, sentir y vivir de los individuos que conforman el grupo. Los grupos focales se llevan a cabo en el marco de protocolos de investigación e incluyen una temática específica, preguntas de investigación planteadas, objetivos claros, justificación y lineamientos. De acuerdo con el objetivo, se determina la guía de entrevista y la logística para su consecución (elección de los participantes, programación de las sesiones, estrategias para acercarse a ellos e invitarlos). En la planeación, hay que considerar también las características del lugar de encuentro, de fácil acceso, de preferencia un espacio conocido y no amenazante, que haya una sala con una mesa grande y sillas. Puede contarse, idealmente, con una cámara de Gesell, donde se ubiquen los observadores. Es necesario disponer de una grabadora de audio o video, para registrar el intercambio comunicativo del grupo focal, tratando de minimizar el ruido y los elementos distractores, para propiciar la concentración del grupo. Una de las figuras centrales en un grupo focal es el moderador, quien dirige el diálogo basado en la guía de la entrevista, elaborada con anterioridad, da la palabra a los participantes y estimula su participación equitativa.

Encuestas. Usan una gran variedad de métodos de contacto, que incluyen entrevistas, correos electrónicos, teléfonos, redes sociales, encuestas autoadministradas, con preguntas sobre sus actitudes, preferencias y conductas.

Investigación experimental. Se utiliza para captar relaciones de causa-efecto, reunir información primaria a través de la selección de grupos pareados de individuos a los

que se les da diferente tratamiento o intervención. Se controlan los factores relacionados y las diferencias entre las respuestas de los grupos.

Observación. Se trata de la recolección de datos primarios mediante la observación de las audiencias objetivo en acción o en situaciones relevantes. La observación directa es más apropiada para estudios de roles sociales en una organización o de un grupo social específico de estudio.

Etnografía o investigación etnográfica. Se considera un método de investigación holístico, se basa en la idea de que, para comprender verdaderamente a los grupos de población objetivo de las campañas, el investigador necesita una inmersión de larga duración en su ambiente natural. La etnografía se origina en la antropología y la sociología, Anthony Giddens (2007) la define como el estudio directo de personas o grupos durante un cierto período, utilizando la observación participante o las entrevistas para conocer su comportamiento social.

La etnografía es uno de los métodos más relevantes que se utilizan en investigación cualitativa, ya que proporciona información del modo de vida de una unidad social concreta, que puede ser una familia, una clase social, una escuela o un centro de salud, por ejemplo. Permite interpretar el día a día del consumidor desde lo que hace y no solo por lo que dice que hace, se enfoca en comprender los códigos culturales que rodean a una marca o un producto específico.

A pesar de los diversos alcances de la técnica, según las intenciones del investigador con su objeto de estudio, se caracteriza por:

- * Abordar el objeto de estudio con el fin de comprender e interpretar una realidad que interactúa con un contexto o escenario más amplio, con la finalidad de obtener conocimientos y planteamientos teóricos, más que de resolver problemas.
- * Analizar e interpretar la información encontrada en el campo de estudio, tanto la verbal como la no verbal, para comprender lo que hacen, dicen y piensan, cómo interpretan su mundo y lo que en él acontece.

Un estudio etnográfico recoge una visión global del ámbito social estudiado desde distintos puntos de vista, uno interno, de los miembros del grupo, y otro externo, es decir, la interpretación del propio investigador que, en suma, puede mostrarnos la apropiación de las marcas en la vida como herramienta en la construcción de iden-

tividad (Giddens, 2004). Se puede explorar en profundidad la forma de vivir en una casa, realizar una observación interactiva con las personas que se encuentran en ese escenario de estudio. Asimismo, recurrir a documentaciones escritas o audiovisual sobre el tema de estudio, como prensa escrita, blogs, técnicas móviles de grabación a través del teléfono, y así poder seguir los comportamientos de los usuarios.

La etnografía nos permite investigar los pensamientos del consumidor más allá del producto, comprender a la persona de manera más particular: su biografía, personalidad, juicios y prejuicios o sus imágenes de marca profundamente arraigadas.

Compradores misteriosos. Se hacen pasar por consumidores y reportan las fortalezas y debilidades que han experimentado durante el proceso de compra de un producto o servicio.

Representaciones sociales. Moscovici (1984), teórico de la psicología social, define las representaciones sociales (RS) como los sistemas cognitivos con una lógica y enunciado propio. Dentro de estas se encuentran los estereotipos, las creencias, las afirmaciones o los valores que permiten a las personas orientarse y dominar su medio social.

Las representaciones sociales proporcionan un código de comunicación común con el que nombrar y clasificar de manera grupal los diferentes aspectos del mundo en el que vivimos. Asimismo, estos sistemas de códigos, principios y juicios clasificatorios conforman y guían la manera en la que las personas actúan en la sociedad, ya que establecen las normas y los límites que se encuentran dentro de la conciencia colectiva. (Moscovici, 000:249-251).

La teoría de las RS establece que existe una forma de pensamiento colectivo mediante el cual las personas obtienen una percepción común de la realidad y actúan o se comportan con relación a ella. En general, cambia en los diferentes grupos de personas o culturas.

Las RS son una forma de pensamiento natural informal, un tipo de saber empírico que, además, se articula en los grupos con una utilidad práctica, en esencia, como una guía para la acción social de los sujetos, es decir, como un saber finalizado (Arbic, 2001).

Se tejen con el pensamiento que la gente organiza, estructura y legitima en su vida

cotidiana. El conocimiento es, ante todo, un conocimiento práctico que permite explicar una situación, un acontecimiento, un objeto o una idea y, además, permite a las personas actuar ante un problema (Arbic, 2001).

Muchas veces, en los procesos de investigación cualitativa, se buscan casos típicos, por determinadas características. Las muestras de las investigaciones cualitativas se pueden estratificar según rangos de edades, sexo, niveles socioeconómicos, entre otros. Otras veces se pueden seleccionar o puede haber un interés en contrastar con casos extremos. Y, a la vez, permite preparar instrumentos de investigación cuantitativa.

La *visión del mundo* es otra de las metodologías que se puede utilizar para llevar a cabo investigaciones cualitativas y contribuir a la investigación formativa en la planificación de una estrategia de *Mercadeo* social. Conocer la visión del mundo que los individuos aportan o llevan consigo y utilizan para actuar o tomar posiciones es indispensable para entender la dinámica de las interacciones sociales y, por lo tanto, para aclarar los determinantes de las prácticas sociales (Flores, 2005).

Asimismo, se pueden emplear otras técnicas o complementar unas con otras, las investigaciones documentales relacionadas con el estudio de registros sobre el tema en otros contextos, el sociodrama o dramatización sobre el tema de estudio y también la *fotovoz* o *photovoice*.

A partir de la técnica de la *fotovoz*, es decir, del uso de fotografías, se puede llevar a cabo una investigación cualitativa. Es una técnica en la que las personas participantes de una investigación toman fotografías relacionadas con un tema relativo al proceso investigativo, lo cual crea nuevas oportunidades para la reflexión y representación de asuntos de manera personal y creativa. Como lo indica su nombre, permite dar voz y empoderar a las personas mediante la documentación o el registro fotográfico de su realidad. Las imágenes van acompañadas de narrativas que explican la intención de esa fotografía, lo que facilita un proceso reflexivo para que las personas se conviertan en agentes de cambios sociales (Borges, 2014).

Se originó en la década de los años noventa por Caroline Wang y colaboradores, con el fin de brindar una herramienta para que las personas sin voz o poder en sus comunidades logren empoderarse, identificar problemas, necesidades y participen como agentes de cambio.

Se utiliza la fotografía para que las personas expresen y muestren su realidad, de manera que analicen las condiciones sociales que contribuyen a los problemas locales; asimismo, permite focalizar un problema central en la vida de la persona participante (Borges 2014).

Para concluir este pasaje por las diversas metodologías, en el desarrollo de un plan de *Mercadeo* social conviene comenzar por un estudio cualitativo, por el cual se conocen las creencias, percepciones, barreras, entre otros tantos aspectos que se relacionan con una conducta. A estos resultados se suman los hallazgos de investigaciones cuantitativas, de origen primario o secundario, se plantean hipótesis y se busca la representatividad, para luego finalizar en el diseño del plan. Todo este proceso de investigación para una campaña, que incluye una o más modalidades, se conoce como *investigación formativa*.

Es importante reafirmar que, siempre que se implementan investigaciones, se debe proceder con las consideraciones éticas, que aseguran la transparencia de los procesos. Para esto, siempre se deberá contar con el consentimiento informado de los participantes, relatando de forma clara en qué consiste el estudio en curso y garantizando siempre la preservación de los datos personales. El equipo investigador deberá asegurar que los participantes podrán preguntar todo lo que no entiendan sobre el procedimiento de estudio y abandonar el estudio si lo necesitan.

Ejemplos de estudios en los que se ha implementado la investigación formativa

En Chile, en 2013, se aplicó un estudio sobre etapas del cambio, motivaciones y barreras relacionadas con el consumo de frutas y verduras y actividad física en madres de preescolares, para diseñar mensajes o programas educativos (Caichac, 2013). De ese estudio, se obtiene que las principales motivaciones referidas fueron «me gustan», «para prevenir enfermedades», «me hacen sentir bien», y, entre las barreras, «se me olvida comerlas», «son caras», «no acostumbro a comerlas», «no me quitan el hambre», «no tengo tiempo». En este ejemplo, se puede observar la importancia de conocer estos aspectos, así como las percepciones, los valores y las creencias relacionadas con el consumo de frutas y verduras, lo que permite orientar las estrategias para promover su consumo. Son escasos los estudios que se presentan en nuestro país relacionados con estos aspectos para diseñar programas o planes.

Otro ejemplo es una intervención realizada en alimentación y nutrición en trabajadores mineros de Chile (Caichac, 2013), con factores de riesgo cardiovascular, basada en investigación formativa. Este estudio tomó un aporte de OPS (2000) que propone seis elementos clave de los programas exitosos para la promoción de la salud en el trabajo, como el compromiso organizacional, es decir, que el organismo entienda que el ambiente de trabajo puede ser un entorno que prevenga y controle aspectos del estilo de vida que inciden en las enfermedades.

Por otra parte, se refiere a las intervenciones basadas en las evidencias - además de que debe disponer de incentivos para que los trabajadores participen -, la implementación, el seguimiento y las evaluaciones de proceso y de impacto que sean efectivas y capaces de retroalimentar el proceso. Es más habitual que en estos programas se utilicen estrategias de información y comunicación en salud y alguna técnica conductual para generar cambios en la dieta y la actividad física (Goetzel *et al.*, 2007). No es frecuente que se modifiquen aspectos del entorno laboral, como puede ser la cantina o la cafetería, o el acceso a espacios de actividad física.

Por ejemplo, en otro estudio realizado en México (Carriedo *et al.*, 2013), se utilizó como producto «tomar agua de manera divertida» y se consideró implementar dispensadores de agua mejor posicionados en la investigación formativa que los bebederos habituales del patio escolar (les gustaba la forma de servirse los refrescos en dispensadores). La falta de disponibilidad de agua fue una de las principales barreras referidas por los niños en la investigación formativa que se desarrolló antes de la campaña (Carriedo *et al.*, 2013).

Referencias bibliográficas

- * Abric, J. C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Coyoacán.
- * Banco Mundial (2015). Informe sobre el desarrollo mundial 2015: Mente, sociedad y conducta. Washington DC.: Banco Mundial Licencia Creative Commons de Reconocimiento CC BY 3.0 IGO.
- * Caichac, H. y Mediano, F. (2013). Intervención en alimentación y nutrición para mineros con factores de riesgo cardiovascular, basada en la investigación formativa. *Revista Chilena de Nutrición* 40(4).
- * Carriedo, Á.; Bonvecchio, A.; López, N.; Morales, M.; Mena, C.; Théodore, F. & Irizarry, L. (2013). Uso del *Mercadeo* social para aumentar el consumo de agua en escolares de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 55(3), 388-396.
- * Giddens, A. (2004). *Sociología*. Madrid. Alianza Editorial.
- * Gil, M.; Henao, C., y Peñuela, A. (2004). Etnografía: una visión desde la orientación analítica. *Razón y Palabra*, 38, <<http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n38/lgil.html#1>>.
- * Goetzel, R. Z.; Shechter, D.; Ozminkowski, R. J.; Marmet, P. F.; Tabrizi, M. J.; Roemer, E. C. (2007). CME Promising practices in employer health and productivity management efforts: Findings from a benchmarking study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49(2), 111-130.
- * Grier, S. y Bryant, C. (2005). *Social Marketing in Public Health*. *Annual Reviews Public Health*. 26, 611-621.
- * Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: introducing focus group. *British Medical Journal*, 311, 299-302.
- * Martínez, M. (1999). *La investigación cualitativa etnográfica en educación*. Ciudad de México: Trillas.
- * Martínez, M. Los Grupos Focales de Discusión como Método de Investigación. <http://miguelmartinezm.atspace.com/gruposfocales.html>
- * Moscovici (2000). *Social representations*. *Explorations in Social Psychology*. Polity Press, Cambridge. 249-251
- * Pérez Romero, L. A. (2004). *Marketing social. Teoría y práctica*. Ciudad de México: Pearson Prentice Hall-Pearson Educación.
- * Organización Mundial de la Salud. (2003). Serie de informes técnicos. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. oms/fao.
- * Organización Panamericana de la Salud (2000). Estrategia de Promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe: Anexo 6. Documento de Trabajo. (online), 1-23. [www.who.int/occupational health/publications/promocion/es/index.html](http://www.who.int/occupational_health/publications/promocion/es/index.html)
- * Rothschild, M. L. (1979). *Marketing communications in nonbusiness situations or why it's so hard to sell brotherhood like soap*. *The Journal of Marketing*, 43(2), 11-20.

Otras obras consultadas

- * Álvarez-Gayou Jurgenson J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- * Borges-Cancel, M. T., & Colón-Colón, M. (2014). *El uso de photovoice como herramienta pedagógica para promover procesos de apoderamiento, participación, movilización y acción social en los estudiantes*. Caracas: Universidad Simón Bolívar.
- * Doval, M. I., Martínez-Figueira, M. E., Raposo, M. (2013). La voz de sus ojos: La participación de los escolares mediante FotoVoz. *Revista de Investigación en Educación*, 11(3), 150-171.
- * Greenbaun, T. (2001). *The handbook for the focus group*. New York: Sage Publications.
- * González, R. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad. Los procesos de construcción de la información*. Ciudad de México: McGraw Hill.
- * Morgan, M. Y., Vardell, R., Lower, J.K., Kinter-Duffy, V., Ibarra, L.C., & Cecil-Dyrkacz, J. E. (2010). Empowering women through Photovoice: Women of La Carpio, Costa Rica. *Journal of Ethnographic & Qualitative Research*, 5(1), 31-44.
- *

Capítulo 5

Teorías para los cambios de comportamientos en relación a la salud

Dra. Laura Garré Castro



Principios conceptuales, éticos y estratégicos

A lo largo de los años, se han identificado barreras para la mejora de la salud de las personas, relacionadas a expectativas culturales, sociales e interpersonales, ya que estas determinan las prioridades que cada uno le asigna a sus comportamientos y acciones. Es por ello que se expresa que los «problemas de salud deben su prevalencia, al menos en un porcentaje, a procesos sociales y conductuales» (Jenkins, 2005), procesos que influyen en las causas, en la transmisión o en los tratamientos de estos problemas.

La evidencia acerca del impacto positivo de los estilos de vida saludables sobre las enfermedades cardiovasculares (ECV) es abundante. Las guías europeas plantean que la eliminación de conductas de riesgo para la salud haría posible evitar al menos un 80 % de las ECV. Proporcionar información sobre los riesgos, las consecuencias y las medidas necesarias para prevenir dichas enfermedades no es suficiente para generar cambios de comportamiento en las personas. Esto puede deberse a que estos comportamientos están influidos por causas múltiples, como aspectos culturales, sociales, económicos, ambientales, de identidad personal, entre otros.

En este capítulo se pretende presentar las principales teorías y métodos que las ciencias del comportamiento han descrito y pueden aplicarse para entender las diferentes maneras en que las personas pueden cambiar su comportamiento a favor de la salud, reconociendo que existen limitaciones y que los comportamientos están muy influenciados por el contexto social, cultural y familiar en el que se encuentran y no solamente en las decisiones conscientes de cada individuo.

Previo al desarrollo de los principios teóricos, expresaremos principios éticos y estratégicos que entendemos necesarios para abordar este capítulo. No podemos obligar a nadie a ser saludable. Los equipos de salud, en sus acciones, ofrecerán a las personas la oportunidad de elegir las opciones que les permitirán mejorar su salud, obtener felicidad, generar su desarrollo personal y su futuro, es decir, participar en la construcción de su salud. La participación de las personas es un área estratégica fundamental en la construcción de su salud. Entre los objetivos de la participación en salud destacamos:

- * Contribuir al desarrollo de las personas como sujetos activos del cuidado de su salud.
- * Contribuir a la creación de comunidades con capacidad de interlocución con el sector salud (en diferentes niveles de gestión).
- * Contribuir a que la ciudadanía exprese sus opiniones y demandas, evalúe y ejerza un control social sobre el sistema de salud y se involucre de forma activa en la producción social de la salud y el bienestar.
- * Involucrar a las personas y comunidades, valorar sus costumbres y culturas y construir opciones saludables con las personas son las herramientas clave en los procesos de cambio de comportamiento. La participación se convierte en esa herramienta de aprendizaje, de desarrollo de habilidades personales y sociales que serán el motor del cambio de actitudes y comportamientos.

Entendemos a la salud no como un resultado, sino como un derecho de las personas, que son los actores de su propia salud y con control de su vida. Partimos de que la salud y las acciones en salud sean en la dirección de patrones, contextos, sueños, reglas, significados y la realidad de la vida cotidiana de cada persona.

Poco a poco se han ido incorporando, en los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, varias teorías y técnicas del comportamiento que han permitido intervenciones efectivas, ya que identifican los objetivos para el cambio y los métodos para lograrlo.

Las diferentes teorías y modelos son más o menos aplicables, dependiendo del problema de salud por el cual se plantea un cambio, de las personas involucradas y de las circunstancias existentes. Las áreas clave que determinan los comportamientos relacionados con la salud son:

- * **Motivación:** Incluye tanto acciones pro salud como aquellas que no guardan relación con ella, en un principio, pero su éxito en iniciar un cambio es muy potente, «deseo de ser un buen padre», «deseo de ser el líder». Al estimular las diferentes motivaciones a los cambios de comportamiento, se debe tener una actitud abierta hacia poder despertar todas las necesidades percibidas y prioridades de las personas que serán las motivaciones por una mejor salud.
- * **Creencias:** Culturales, sociales e ideológicas sobre el problema de salud, sus causas y los atributos de la actuación.
- * **Acciones:** Promover habilidades y hábitos. Puede estar en estimular la organiza-

ción y participación, y eso ya es suficiente para activar procesos de mejora de la salud de las personas, sus familias y sus comunidades.

Por ello, es fundamental, para la planificación e intervención en salud, conocer al grupo destinatario, las características de su entorno, que faciliten o dificulten el proceso, las creencias del grupo sobre la amenaza del problema de salud y los atributos de las acciones de salud deseadas.

Estrategia de la Promoción de la Salud ha guiado las acciones para «proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma» (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986. p.2). En la conferencia Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud del 2005, en la Carta de Bangkok, se establecen la necesidad para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado, actuando sobre los factores con gran influencia en la salud hoy en día, como son, entre otros, las nuevas formas de consumo y comunicación, las medidas de comercialización, los cambios ambientales mundiales y la urbanización, e insta a buscar nuevas herramientas para ello.

Cuando se identifica que un nuevo comportamiento le sería menos problemático o más gratificante que el antiguo, es probable que se inicie el cambio. Las motivaciones pueden centrarse en el autocuidado, acciones asociadas, el miedo a las consecuencias, estímulos del contexto, entre otras. Luego se requiere que se vayan reforzando y que terminen en convertirse en un hábito. Las recompensas refuerzan los comportamientos, expresaremos algunas que se encuentran en las bibliografías como destacadas:

- * Hacer nuevos contactos sociales o amigos.
- * Mejorar la imagen personal.
- * Ayudar a resolver problemas.
- * Dejar una marca en su comunidad.
- * Aumentar su autoestima y sensación de autoeficacia.
- * Sentimientos de pertenencia a un grupo.
- * Hacer algo nuevo, ser pionero, líder.

Principios teóricos sobre el cambio de comportamientos relacionados con la salud

Modelo teórico con influencia conductual a nivel individual

Etapas de cambio o transteórico o Prochaska y Di Clemente. (Jenkins, C. D. 2005; 269) Se desarrolla en los años 1980. Se identifica que el individuo pasa por un proceso de etapas en el cambio de conducta. Este es cíclico y cada etapa requiere intervenciones específicas.

Describiremos las etapas en el siguiente cuadro:

Etapas	Descripción	Intervención	Comunicación efectiva
Precontemplación	La persona no identifica el problema de salud, no hay intención de cambio.	Dar información sobre los beneficios del cambio y los riesgos de permanecer con dicho comportamiento.	Medios masivos de comunicación
Contemplación	Identifica el problema, empieza a considerar la posibilidad de un cambio, pero persisten también las contras.	Dar opciones viables, aumentar la motivación. Llevar la balanza para los beneficios para la salud.	Medios masivos de comunicación
Preparación	Se hacen planes para iniciar el cambio.	Reforzar y animar a iniciar los cambios. Motivar a especificar y fijar metas realistas. Solucionar barreras.	Comunicación interpersonal y apoyo social
Acción	Inicia el plan, con modificaciones específicas de los estilos de vida.	Mantener consciente los beneficios. Reforzar el cambio.	Comunicación interpersonal y apoyo social
Mantenimiento	Las personas mantienen el cambio por más de 6 meses.	Recordar las decisiones de cambio y la resolución del problema. Reforzar sus logros. Prevenir recaídas.	Comunicación interpersonal y apoyo social

Etapas	Descripción	Intervención	Comunicación efectiva
Recaída	Retroceso en el proceso de cambio.	Destacar el esfuerzo realizado. Identificar los motivos de la recaída. Motivar para intentarlo de nuevo.	Apoyo social y afrontamiento

Fuente propia

Ejemplo: Proceso de abandono del consumo de tabaco, transitando por los diferentes estadios de este modelo de una forma cíclica.

Modelo de creencia sobre salud

Surge en la década de 1950, buscando la variabilidad en la adhesión a programas preventivos, a través de la evaluación de las creencias sobre dichas acciones. En este modelo, se identifican seis elementos, que entran en juego cuando una persona decide tomar una acción:

- * Percepción de susceptibilidad, es decir, la percepción subjetiva de tener el riesgo de enfermarse.
- * Percepción de gravedad, dada por el sentimiento de severidad de un posible riesgo de salud, evaluada por las repercusiones clínicas y del tratamiento, así como por las consecuencias sociales y familiares de la enfermedad.
- * Percepción de beneficios, que identifica que la acción es factible y eficaz.
- * Percepción de barreras para la acción, los aspectos negativos percibidos. Pueden estar dadas por demasiado tiempo, ser muy caras, peligrosas, desagradables, entre otras. Este elemento es el predictor individual más poderoso de los seis del modelo.
- * Percepción de autoeficiencia, dada por la convicción personal de realizar con éxito una conducta requerida.
- * Variables socioeconómicas y demográficas, que influyen de forma indirecta en las conductas de salud, por ejemplo, el nivel educativo.

Este modelo continúa siendo un marco teórico adecuado para explicar, en un primer momento, la falta de participación en programas de detección precoz y prevención de una enfermedad y, más tarde, para tratar de explicar una variedad de conductas,

como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad y el cumplimiento de las recomendaciones médicas de cuidado de la salud.

Ejemplo: En este análisis debemos tener en cuenta cuando activamos programas preventivos, como, por ejemplo, en la salud cardiovascular de las mujeres, ya que se ha visto:

- i) desde el punto de vista social, se percibe como una enfermedad de los hombres;
- ii) en general, se subestima su riesgo de ECV;
- iii) la percepción del riesgo asociado a los factores de riesgo es baja;
- iv) enfrentan muchas barreras al momento de reducir sus riesgos;
- v y vi) la postergación por las funciones socialmente adquiridas.

Modelos teóricos con influencia a nivel interpersonal

Teoría de aprendizaje social o de Bandura. Esta teoría plantea que el aprendizaje se establece por una relación llamada determinismo recíproco, dada por tres factores:

- * Personales o habilidades (cognitivos, emocionales, etc.).
- * El ambiente.
- * La conducta del individuo.

Este modelo establece que, para que una persona adquiera un comportamiento, es necesario que las estrategias abarquen y activen estos tres factores, que están interactuando de forma constante, un cambio en uno repercute necesariamente en el otro.

Ejemplo: Disminuir el número de adolescentes que fuman en un liceo:

La observación, sobre todo, cuando los mensajes vienen de personas modelo (padres, profesores, líderes de opinión, deportistas, etc.), es una de las formas más efectivas para aprender comportamientos saludables.

En los adolescentes ejercen mucha influencia sus iguales, por lo cual, el apoyo de comportamientos sanos por grupos sociales de pertenencia, por ejemplo, líderes juveniles, dan muy buenos resultados.

El segundo componente es el ambiente, ya que los factores externos deben estar ali-

neados a los cambios propuestos. Se trata de facilitar ambientes que apoyen esta conducta, buscando generar alternativas atractivas a los atributos sociales que se le da al tabaquismo:

- * Cuidar el ambiente es una responsabilidad de todos.
- * Los ambientes libres de humo son un derecho.
- * Familias donde se mantengan las mismas conductas.
- * Accesibilidad a espacios saludables deportivos, culturales y sociales.

Ese comportamiento o conducta debe ser sentido por la persona como el más adecuado para sus objetivos, así como ser identificados como una recompensa, un resultado bueno y evidente.

En cuanto a los adolescentes que aún no iniciaron el consumo de tabaco, las acciones de disuasión podrían estar en reforzar las expectativas negativas sobre las consecuencias de fumar, pero, para los que ya fuman, se podría requerir acciones de control necesarias para dejar de fumar.

Esto hace referencia a un factor personal, la autoeficiencia, que es clave para el cambio de comportamiento, entendida como las creencias personales de la capacidad de responder a las demandas. Esta autoeficiencia influye en las actividades que se escoge hacer, el esfuerzo para mantenerse en esas actividades y la persistencia para no fallar. Teoría de acción razonada. Predice la intención de conducta de una persona en una circunstancia definida. Explica las diferentes conductas que un individuo puede controlar de forma voluntaria.

La conducta voluntaria de la persona estará determinada por la intención hacia ella, la cual está dada por la relación entre el componente normativo, que considera la percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar o no un determinado comportamiento, y la actitud hacia la conducta, que está generada por la evaluación de las creencias de la persona hacia esa conducta en un tiempo y un contexto definidos.

En resumen, esta teoría plantea cómo el individuo trata de conciliar lo que cree que debe hacer (actitud) y su percepción de lo que los otros creen que debe de hacer (componente normativo, subjetivo). Un tercer componente, de menor peso, que puede estar actuando en los dos primeros, es la autoeficacia.

Este modelo equilibra la actitud y el componente normativo, cada uno de los factores tiene un peso relativo que hay que determinar, que depende de la persona y la conducta a cambiar.

Ejemplo: Un grupo de individuos intentan comportarse de determinada manera cuando evalúan este comportamiento como positivo y creen que las personas de referencia (familiares, colegas, etc.) consideran que deben desarrollarlo.

Modelos teóricos con influencia a nivel comunitario

Teoría de la innovación de innovaciones. Este modelo plantea cómo las nuevas creencias y comportamientos se difunden en la población de una forma secuencial preestablecida.

Es iniciado por innovadores, es decir, personas referentes, que sean conocidas, respetadas, fiables, que reflejan su comportamiento en salud. Estos representan el 5 % de la población que adoptaría el cambio de comportamiento.

Luego sigue el grupo de adoptadores tempranos, líderes de opinión, con acceso a los medios de comunicación más amplios, con mayor estrategia de educación para promover esos comportamientos. Representan el 10% o 15% de la población.

La mayoría temprana es la población que va evaluando la eficacia para ir adaptándose, representa alrededor del 30%.

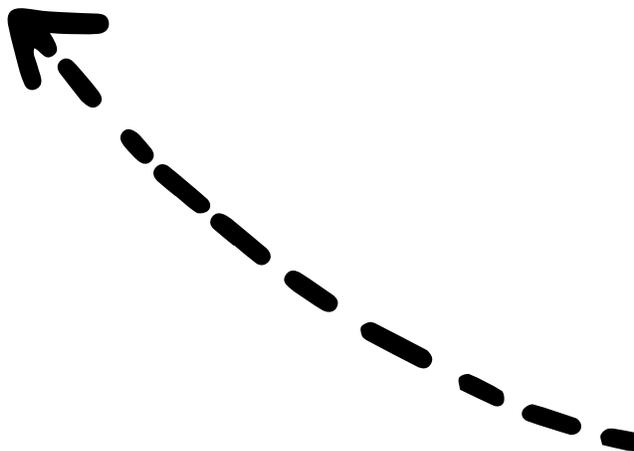
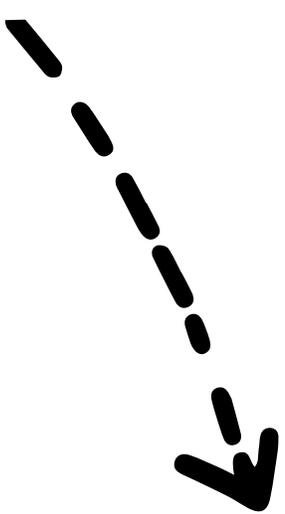
La mayoría tardía, que está en un 35% y un 40%, precisa argumentos y enfoques más específicos. En los mensajes deben destacarse las grandes recompensas, los bajos costos, la sencillez de las acciones, la flexibilidad y especificidad en sus necesidades.

Los restantes, reacios, representan el 10% de la población destinataria. El mensaje difícilmente llega a ellos, y, si lo hace, no están convencidos y sus prioridades están lejos de estos comportamientos. Las estrategias del grupo anterior son eficaces, pero con más tiempo y trabajo social.

Ejemplo: Son potenciales estrategias para cambios continuados en el tiempo, relacionados a condiciones de vida saludables, normas comunitarias saludables, etc.

Referencias bibliográficas

- * Jenkins, C. D. (2005). *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento*. Washington, D. C: ops.
- * Kickbusch, I. (1996). El autocuidado en la promoción de la salud. *Promoción de la salud: una antología*. (235-245). Washington, D. C.: Paltex. ops.
- * Organización Panamericana de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>>.
- * Organización Panamericana de la Salud (2016). *Herramientas de comunicación para el desarrollo de entornos saludables*. Washington, D. C: ops.
- * Organización Panamericana de la Salud (2005). *Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud*. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf>
- * Revista Panamericana de Salud Pública (1998). La aplicación de teorías y técnicas de las ciencias sociales a la promoción de la salud. 4(2), 142-148. <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/1998.v4n2/142-148/es>>.
- * Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Bangkok, Tailandia
- * Sociedad Europea de Cardiología (2016). *Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica*. *Revista Española de Cardiología*, 69(10), 1-87.



Capítulo 6

La metodología detrás de la motivación: planificación del mercadeo social

Lic. Com. Inés Besada Paullier



Es verdad que los programas de *Mercadeo* social usualmente requieren inversión en la investigación formativa y el análisis, así como recursos y tiempo para planificar y testear posibles intervenciones, pero la clave del *Mercadeo* social está en la adopción de una forma de pensar, utilizando sus conceptos y técnicas, aunque sea con pocos recursos. Cuando se buscan estrategias para el cambio de una conducta, se puede abordar el problema con un enfoque de *Mercadeo* social, al realizar un esfuerzo por conocer, segmentar y generar beneficios que las personas valoran, intentando bajar las barreras y facilitar una acción voluntaria. Creemos que esta mirada puede contribuir a abordar problemas sociales con intervenciones de cambios de comportamiento basados en evidencia. El a veces llamado *Mercadeo* social, la publicidad social y la promoción de salud están llenos de ejemplos de intervenciones que muestran muy poco entendimiento de las creencias y aspiraciones de su público objetivo y por qué se comportan de una determinada manera (French, 2011). El desarrollo de una comprensión profunda de la audiencia mediante la investigación y la segmentación sustenta la efectividad del *Mercadeo* social (French, 2010).

Plan de Mercadeo social

No hay una única forma correcta de planificar una intervención de *Mercadeo* social, por lo tanto, los que aplican el *Mercadeo* social deberán considerar qué modelo o enfoque adoptar,⁹ pero siempre tiene que haber una clara planificación.

La literatura relacionada con la planificación y gestión del cambio de comportamiento social proporciona un consenso razonablemente estricto sobre la importancia de la aplicación de los principios de planificación. Es clave establecer metas y objetivos claros, la fase de desarrollo que incluye la revisión y aplicación de la teoría, la necesidad de indagar información sobre el problema, la comprensión clara de las audiencias objetivo, hacer una prueba piloto y pretesteo, el refinamiento del programa y la gestión, el monitoreo y la evaluación de la implementación del programa (French, 2010).

9 - Algunos procesos para los programas de cambios de conducta pueden ser el «Total Process Planning model», promovido por el National Social *Marketing* de ru; la herramienta CDCynergy del Center for Disease Control and Prevention (cdc) de ee. uu.; el enfoque «Comunicación para impactar en conducta (combi)» de la oms; «10 steps planning process» de Kotler y Lee (2009), o el Social *Marketing* Planning Tool (stela) framework de French y Apfel, utilizado por la European Center for Disease Control.

Presentaremos un Plan de *Mercadeo Social*,¹⁰ aplicable y sencillo, que abarca los fundamentos del *Mercadeo social* desarrollados en el «Capítulo 2». Como ya lo mencionamos, el objetivo de esta publicación no es solo de conocimiento sobre los fundamentos del *Mercadeo social*, pero sí para que sirva como una herramienta aplicada para abordar los problemas sociales en el trabajo diario. El proceso no será lineal, sino que se retroalimenta constantemente y se va adaptando. El proceso de *Mercadeo social* consta de:¹¹

- * Planificación inicial
- * Elaboración de la estrategia
- * Desarrollo del programa
- * Implementación
- * Monitoreo y evaluación

Planificación inicial: comprensión del público, el entorno y el problema

Los problemas sociales suelen ser complejos, las respuestas a cómo abordarlos no son sencillas, debido a la multiplicidad de factores que influyen en el problema; podríamos hacer un listado de todas las conductas que influyen en él. El *Mercadeo social* invita a segmentar y hacer foco en los programas de cambio social. Por ejemplo, el problema social puede ser la obesidad, el propósito de una campaña, reducir la obesidad infantil y el foco, aumentar la actividad física en niños escolares de entre 10 y 13 años.

En la planificación inicial deberá haber una comprensión profunda de la audiencia para determinar qué comportamientos promover y qué segmentos de la población analizar. Esto se logra con la investigación formativa («Capítulo 2»), que nos permitirá conocer las creencias, valores, conocimientos y qué motiva al público objetivo. «Un conocimiento profundo de la audiencia objetivo comienza analizando sus datos demográficos, busca conocer sus motivaciones, entender sus inquietudes y comprender cómo pueden beneficiarse del cambio de comportamiento que les estamos proponiendo (USF-OPS, 2020).

10 - El siguiente Plan de *Mercadeo Social* fue tomado del Summer Institute for Social *Marketing* and Health Communication, del Emerson Collage, brindado por Lynda Bardfield y Timothy Edgar.

11 - Programa de *Mercadeo Social* para la Salud Pública, curso en línea brindado por la OPS y la University of South Florida (USF), 2020.

¿Cómo tomar decisiones?

Factores a considerar para elegir un foco y segmentar

- * Potencial de cambio de conducta. ¿Existe una posibilidad real de un cambio de conducta? Le podemos preguntar al público objetivo si se imagina realizando esa conducta.
- * Repetición de la conducta. Ir por las conductas con baja repetición, por ejemplo, la prueba de Papanicolau (pap) es solo una vez al año. Los temas de nutrición y actividad física son conductas naturalmente repetitivas, ¿cómo lograr que no sean tan repetitivas?
- * Impacto. ¿Cuántas personas se van a beneficiar?
- * Redundancia. ¿Este tema ya está siendo tratado por otras organizaciones?
- * Alianzas interinstitucionales. ¿Habrá alguna organización con la cual nos podamos aliar para trabajar juntos?
- * Financiamiento. ¿Qué foco tiene más posibilidades de conseguir financiación?

Competencia

Una característica distintiva del *Mercadeo* social es que toma en cuenta la competencia del cambio que deseamos promover.

Competencia del comportamiento. ¿Qué comportamiento compite con el que se promueve? Como ya se manifestó, esta información surge de la investigación formativa. Si el comportamiento objetivo es dar de mamar, el comportamiento competencia sería dar sucedáneos de la leche materna.

Competencia de mensaje. ¿Qué mensajes compiten con el mensaje que quieres que llegue a tu audiencia? Por ejemplo, el mensaje objetivo puede ser «la comida casera es mejor» y el mensaje competencia que recibe la audiencia es «pedí al delivery, es rápido y barato».

La información de la planificación inicial sienta las bases para la elaboración del plan de *Mercadeo*.

Definición de objetivos

Se deben definir los objetivos comportamentales, de conocimientos y de creencias.

Comportamientos

Determinar exactamente qué se quiere que la audiencia haga. La conducta debe ser sencilla, clara y realizable. Por ejemplo, si promovemos la actividad física, determinar cuántos minutos, qué intensidad, dónde. O cuando se promueve el «distanciamiento social», vinculado a la covid-19, ¿cuánto es el distanciamiento? Especificar que son dos metros, pero ¿cómo sé cuánto son dos metros? Podremos decir entonces: mantener, en lo posible, al menos dos pasos grandes de distancia en los lugares públicos.

Conocimientos

¿Qué es esencial que la audiencia sepa? Pueden ser estadísticas o hechos que la audiencia encuentra motivantes para comportarse de determinada manera. Separar entre lo que es necesario saber y lo que es lindo saber. Un problema común suele ser dar demasiada información, creyendo que, si las personas tienen toda la información, va a ser más persuasivo el mensaje. Una mejor estrategia es solo brindar información segmentada y pertinente, que logre motivar al cambio de comportamiento.

Creencias

¿Cuáles son las actitudes, opiniones, sentimientos o valores que debe tener el público? Procurar que los individuos creen que realmente importa comprometerse con la conducta deseada. Si no creen que es importante y relevante el cambio, es probable que no se comprometan con la conducta. Si creo que reciclar no tiene sentido ni impacto en el futuro del planeta, no voy a esforzarme por clasificar los residuos. Primero debo creer que mi acción importa y tendrá un impacto, aunque sea a largo plazo.

La metodología detrás de la motivación

La creatividad puede definirse como la capacidad de generar nuevas ideas o conceptos, así como nuevas asociaciones entre los ya conocidos, que, en general, producen soluciones originales.

Los datos obtenidos y toda la investigación previa son etapas vitales en el proceso de la creatividad. La creatividad *per se*, sin estar basada en la evidencia, suele no conducir a cambios de comportamientos. El problema surge cuando se va directo del problema a la solución creativa, sin tener una estrategia que se base en la investigación formativa y una profunda comprensión del consumidor. La estrategia creativa debería ser la punta del iceberg, para su desarrollo se recomienda utilizar herramientas como el brief creativo. Este documento sirve de puente entre la investigación y la creatividad. Cuanto más completo sea el brief creativo, más ayudaremos a que los que están en el campo de la creatividad y la creación de los mensajes estén en sintonía con la investigación, y produzcan material a medida y estratégico.

El concepto creativo

Una vez aprobado el brief creativo, se trabajará sobre el concepto creativo que acompañará toda la campaña y que va más allá del mensaje. Es la gran idea basada en la estrategia, el posicionamiento y el insight. Puede estar representado en un eslogan, una clave visual o un personaje, por ejemplo. El concepto creativo se traslada a todos los canales, como una marca de la campaña. Es elemental que el concepto creativo sea testeado con el público objetivo de forma previa, para ello se recomienda probar diferentes líneas de conceptos creativos.

Plantilla de trabajo: Plan de Mercadeo Social

Propósito de la campaña

- * ¿Cuál es el propósito de la campaña?
- * ¿Cuál es la meta?

Foco de la campaña

- * ¿Qué cambio de comportamiento quieres de tu audiencia?
- * ¿Qué tendría que hacer tu campaña para que se llegue a la cima de la montaña?

Público objetivo

Primario

- * ¿La conducta de quién, en última instancia, deberás cambiar para lograr tu propósito?

Secundario

- * ¿Qué públicos tienen el potencial de influenciar en tu audiencia primaria?

Competencia

- * ¿Qué le impide a tu audiencia realizar la conducta deseada?
- * ¿Qué mensajes compiten con el tuyo?
- * ¿Qué conductas compiten con la que quieres que tu audiencia adopte?

Objetivos

- * Específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales (SMART, por sus siglas en inglés).
- * De conocimientos. ¿Qué conocimientos debe tener la audiencia para adoptar la conducta deseada?
- * De creencias. ¿Qué deben creer para actuar?
- * De conductas. ¿Qué deben hacer?

Teorías de cambios de comportamientos

La teoría debe ser la guía para pensar en los componentes dentro del cambio de conducta.

Marketing mix

Producto

- * ¿Qué conducta o producto vas a promover?
- * ¿Cómo puedes reposicionar el producto en la mente de tu público? Parte de la

| estrategia puede implicar un producto físico (el producto aumentado).

Precio

- * ¿Cuáles son los beneficios y las barreras de adoptar la conducta deseada?
- * ¿Qué incentivos o recompensas van a ayudar a mantener el cambio de conducta?
- * Pensar en la teoría del intercambio. ¿Qué va a dejar y qué va a obtener en cambio?

Plaza

- * ¿Dónde ocurre el comportamiento?
- * ¿Cómo se puede facilitar la conducta al reestructurar el entorno o brindar nuevos lugares en los cuales el público adopte la conducta?

Promoción

La promoción se focaliza en comunicar tu mensaje. Realizar el brief creativo.

Plan de implementación

- * ¿Cuáles son los pasos a seguir para llevar a cabo la campaña? Pensar en la sostenibilidad del proyecto.

Plan de evaluación

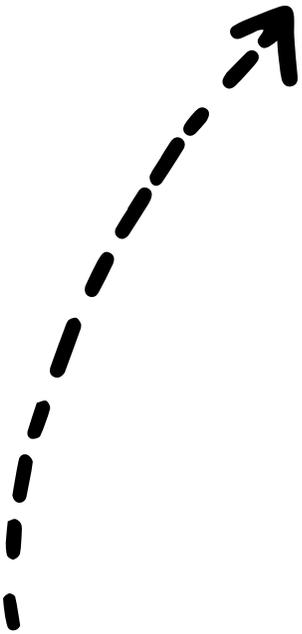
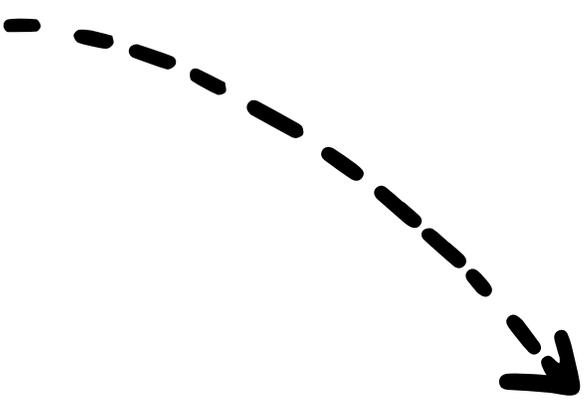
Las actividades de evaluación deben ser antes, durante y después de la campaña. La evaluación final permitirá medir si el cambio de conducta se logró o no.

Plantilla de trabajo: Brief creativo

<p>1. Público objetivo ¿A quién se dirige la campaña? ¿Qué valoran? ¿Cómo se ven a ellos mismos? ¿Cuáles son sus aspiraciones? Incluir público objetivo primario y secundario (si corresponde). Incluir investigaciones pertinentes. Se puede incluir un perfil tipo de la audiencia.</p>
<p>2. Objetivos ¿Qué quieres que tu público objetivo sepa, crea o haga?</p>
<p>3. Obstáculos ¿Qué creencias, prácticas culturales, presiones, mal información, conducta o competencia interfieren entre la audiencia y el objetivo deseado?</p>
<p>4. Promesa ¿Cuál es el beneficio? ¿Qué se ofrece de valor para la audiencia? Seleccionar un solo beneficio que vaya a sopesar los obstáculos en la mente de la audiencia. Formato posible: Si yo... (conducta deseada), entonces... (beneficio inmediato).</p>
<p>5. Argumentación de la promesa Razonamiento que sustenta el beneficio prometido.</p>
<p>6. Tono ¿Qué sentimiento o personalidad debe tener la comunicación? (Ejemplos: humorística, emocional, imperativa.)</p>
<p>7. Canales de comunicación ¿Cómo se va a llegar a la audiencia objetivo?</p>
<p>8. Aperturas ¿Qué oportunidades (lugares y momentos) existen para llegar a la audiencia? Detectar ventanas de oportunidad.</p>
<p>Información relevante para considerar. Ejemplo de lenguaje o imágenes de las cuales hay que alejarse.</p>
<p>Nota: Los briefs creativos deben ir acompañados de un resumen del programa y los antecedentes.</p>

Referencias bibliográficas

- * French, (2010). *Social Marketing and Public Health. Theory and Practice.*
- * French, J. (Ed.) (2017). *Social Marketing and Public Health, Theory and Practice.* Oxford: Oxford University Press.
- * Organización Panamericana de la Salud (2020). Programa de *Mercadeo Social para la Salud Pública.* [Curso en línea] usf-ops.



Capítulo 7

Casos de mercadeo social

Lic. Nut. Gabriela González Bula



Caso 1. Reducción de sal en América Latina: Plan regional de Mercadeo social y comunicación

Como último capítulo de esta publicación introductoria al *Mercadeo* social para la salud pública, creemos oportuno compartir parte de la experiencia que está en ejecución en Latinoamérica que utiliza el *Mercadeo* social para la reducción de la sal. La información que sigue fue tomada del documento Reducción de sal en América Latina: Un plan regional de *Mercadeo* social y comunicación (Khalig *et al.*, 2019). Este proyecto es realizado en conjunto por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC), de Canadá, el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), de Costa Rica, la University of South Florida (USF), de Estados Unidos, y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El consumo excesivo de sodio y sus implicaciones directas en la salud pública son globales y están directamente asociados a un mayor riesgo para la salud. Equipos de cuatro países latinoamericanos (Brasil, Costa Rica, Paraguay y Perú) identificaron al *Mercadeo* social como una de las estrategias para combatir el consumo excesivo de sodio. Se cumplieron las etapas del desarrollo del proyecto. Se capacitó en investigación a los equipos de los países a fin de implementar un plan estratégico de *Mercadeo* social para abordar el consumo excesivo de sal en su entorno local.

La audiencia, conformada por madres o encargados de niños, es el público objetivo de la aplicación de la estrategia. Los niños se identifican como parte de la audiencia secundaria, es decir, aquellos que influyen en la toma de decisiones de la madre. Se investigó en grupos focales y mediante entrevistas individuales para obtener la máxima percepción del conocimiento, las creencias, los comportamientos y las barreras de los participantes.

Los estudios formativos recopilaron información que mostró que hay bajos niveles de conocimiento entre los padres y las madres sobre las consecuencias del consumo excesivo de sal, poco conocimiento de las recomendaciones de consumo de sal y una idea errónea de que los beneficios de las dietas reducidas en sal son solo para personas con problemas médicos. También se detectó que existe una discrepancia entre la percepción de las personas sobre su consumo de sal y su comportamiento real.

Se estableció una estrategia creativa considerando aspectos que surgieron como beneficios principales de la reducción de sal que se identificaron como relevantes:

- * Cocinar con menos sal como una manera de cuidar y nutrir a la familia.
- * Una forma de ser creativos e innovadores.
- * Una manera para mantenerse en buena forma.

También se identificaron barreras:

- * Alto consumo de alimentos procesados, en especial, por parte de los niños.
- * El hábito de agregar sal al plato.
- * El poco tiempo.
- * La resistencia al cambio y el apego emocional a la cocina tradicional.
- * La relación entre la sal y el buen gusto (sabor).
- * Las comidas con poca sal o poco sodio se relacionan con enfermedad.
- * Miedo al rechazo de nuevas comidas por parte de la familia, en especial, los niños.

Conceptos

Los conceptos manejados para el plan de *Mercadeo social* se centran en el papel de la tradición en la preparación de alimentos y la posibilidad de desarrollar nuevas recetas familiares con menos sodio, pero que se sigan basando en las prácticas locales tradicionales de cocina; en reducir el sacrificio de perder sabor con la incorporación de otros condimentos naturales, como especias y hierbas; en la relación entre la preparación de alimentos más saludables y el cuidado y el amor en las familias, así como en aumentar el conocimiento sobre los alimentos de uso diario que son muy altos en sal.

El Mercadeo social ayuda a repensar las estrategias desde el punto de vista de la demanda para influir en la elección individual, con el cierre de la brecha entre lo que los consumidores saben y lo que realmente hacen.

Meta y objetivos de comunicación

Como meta, es posible plantear «Reducir la demanda de sal e ingredientes con alto contenido de sodio que se usan en la preparación y el consumo de la comida en el hogar» o bien «Aumentar la demanda de ingredientes más naturales, menos procesados (bajos en sodio, con menos sal) que se utilizan en la preparación de la comida en el hogar».

De los objetivos cuantificables, que fueron pasos para alcanzar la meta, se incluyen los de conocimiento, creencia y comportamiento.

- * Objetivos de conocimiento, por ejemplo, que la audiencia sepa la recomendación de sodio segura y saludable.
- * Objetivos de creencia, por ejemplo, que se dispone del poder y el conocimiento para preparar alimentos con menos sodio que se disfruten, lo que juega un rol esencial en la salud futura de sus hijos e hijas.
- * Objetivos de comportamiento, que pueden evaluarse en varias etapas, por ejemplo:
 1. Visitará la página del proyecto para más información sobre el consumo excesivo de sal y recetas.
 2. Usará los condimentos con menos sodio como una alternativa para la preparación de alimentos, etc.

Brief creativo

Como ya se vio en el «Capítulo 6», es una síntesis de la investigación y una base para el desarrollo de una estrategia creativa.

Ejemplo de brief creativo para el plan de reducción de sal de los grupos de trabajo que eligieron madres con nivel socioeconómico medio-bajo.

1. Audiencia(s) objetivo

Describe a las personas que desea alcanzar con su comunicación. ¿Qué valoran esas personas? ¿Cómo se ven a sí mismas? ¿Cuáles son sus aspiraciones? Incluya una audiencia primaria y una secundaria (influyente). Incluya todas las investigaciones pertinentes sobre la audiencia.

Audiencia primaria:

Mujeres de entre 25 y 45 años, con hijos en edad preescolar y escolar, de clase socioeconómica media, que preparan en el hogar al menos un tipo de comida o toman decisiones sobre los productos alimentarios que se adquieren afuera. Pueden convivir o no con su pareja. Son, en su mayoría, amas de casa, pero pueden también trabajar fuera de ella. Dan valor al sabor en las comidas para satisfacer a su familia. Acceden a alimentos baratos, que suelen contener más sal o sodio, y disponen de menor capaci-

dad de gasto en alimentos premium, de categoría saludable. Se movilizan, en general, mediante transporte público, acceden a la información a través de medios masivos (televisión y radio, principalmente). Poseen un dispositivo móvil con conexión a internet y acceden a las redes sociales más utilizadas en el país.

Audiencia secundaria:

Padres que convivan con sus hijos y toman decisiones en la adquisición de alimentos.

2. Objetivo(s)

¿Qué quiere usted que sus audiencias objetivo piensen, sientan y hagan después de que reciban su comunicación?

Conocimiento:

Que existen maneras prácticas y reales para utilizar menos sal en la preparación de alimentos en el hogar.

Que disponen de ingredientes naturales que pueden mezclarse con la sal para reducir la cantidad utilizada y que estos brindan un mejor sabor para el alimento.

Creencias:

Que la cantidad de sal que utilizan en la preparación de sus alimentos representa un riesgo para su familia.

Que sus hijos adoptan los hábitos alimenticios, buenos o malos, que ellas les enseñan en el hogar.

Que reducir la cantidad de sal que utilizan no representa un sacrificio en el sabor y que sus hijos no rechazarán el alimento.

Comportamiento:

Reducir la cantidad de sal que utilizan actualmente.

Enriquecer el sabor de los alimentos con alternativas de ingredientes naturales en lugar de la sal.

3. Obstáculos

¿Cuáles son las creencias, prácticas culturales, presión, información errónea, etc., que se interponen entre su audiencia y el comportamiento deseado?

Relación sabor-sal. Problema generacional, cíclico. Visibilización de causa y efecto. No hay una cultura preventiva («cuando me enferme me cuido»). Transferir la culpa («la culpa es del gobierno»). No existe una manera estandarizada para medir la can-

tividad de sal y, por consiguiente, no hay visibilización del exceso en que se incurre. Acceso al tipo de productos según canal. Desconfianza en el sabor de un sustituto, sacrificio de sabor. Publicidad de comidas rápidas.

4. Promesa clave

Seleccione un solo beneficio que tenga más peso para su audiencia objetivo que los obstáculos. Formato sugerido: Si yo... (comportamiento deseado), entonces... (beneficio inmediato).

«Si disminuyo la cantidad de sal que utilizo y enriquezco mis alimentos con ingredientes naturales, me sentiré más tranquila como madre porque mi familia seguirá comiendo sabroso y ahora saludable.»

5. Declaraciones de apoyo

La prueba de la promesa clave, es decir, las razones por las cuales la promesa es verdad. «Porque el paladar puede acostumbrarse rápidamente y no percibirá un cambio abrupto en el sabor.» «Porque actualmente el consumo diario en el hogar es cerca del triple de lo normal y esto provoca daños para la salud del corazón.» «Porque utilizar ingredientes naturales enriquecerá el sabor de los alimentos.» «Porque los padres son los principales influenciadores de sus hijos y ellos replican los hábitos que perciben en el hogar.»

6. Tono

¿Cómo debería sentirse la comunicación? ¿Debería ser autoritaria, humorística, emocional...?

Que inspire confianza, con el cual pueda identificarme. Mujer, madre, testimonial, que me permita visibilizar las posibles consecuencias o beneficios de la situación. Amigable, conciliador, pero firme.

7. Canales de comunicación

¿Qué canal(es) de comunicación utilizará usted para la estrategia?

Medios masivos, como redes sociales, televisión y radio. Estaciones de transporte público. Centros educativos, en actividades en las que existe convocatoria de los padres. Ferias del agricultor. Hospitales y centros rurales de salud. Sitios web de entidades públicas relacionadas con salud y nutrición. Perifoneo.

8. Oportunidades

¿Qué oportunidades (fechas y lugares) existen para alcanzar a su audiencia? ¿Cuándo

está su audiencia más abierta para recibir su mensaje?

Día Mundial de la Hipertensión. Día de las Madres. Segmentos horarios en los que se preparan los alimentos en el hogar.

9. Consideraciones creativas

¿Existe alguna otra información crítica para el equipo de redacción y diseño gráfico?

¿Se debe adaptar la comunicación para una audiencia con bajo nivel de alfabetización? ¿Existen factores políticos que se deben tomar en consideración?

Utilizar casos reales y testimoniales. Comunicación más visual, orientada a formatos ajustables a redes sociales y medios impresos. Utilizar lenguaje sencillo, popular y comprensible, dado que está dirigido a un segmento socioeconómico medio-bajo.

Con el brief creativo se puede diseñar la P de promoción.

Desarrollo creativo

Desarrollo de conceptos para atraer la atención de la audiencia e identifiquen la campaña. Los cuatro países clasificaron conceptos en cuatro categorías, según el análisis de la audiencia: tradición, sabor, amor y la fuente secreta.

Tradición

Los conceptos: La lealtad y el apego hacia la tradición, recetas tradicionales y comidas que pasan de generación en generación.

El título es «Crea una nueva tradición familiar» más saludable, mientras que el eslogan o llamado a la acción dice «Reduce las enfermedades del corazón, reduciendo la sal».



Sabor

Formas nuevas y creativas de cocinar alimentos saludables para sus familias, reemplazando la sal y los condimentos altos en sodio por ingredientes más naturales. El uso de ingredientes naturales resultará en comidas sabrosas para la familia. El eslogan o llamado a la acción dice «-menos sal +más vida / Cocina con más ingredientes naturales».



Amor

Concepto: Es un acto de amor cocinar para sus familias.

El mensaje con este concepto es que poquita sal significa mucho amor. El titular dice «La medida exacta de amor» y el eslogan o llamado a la acción, «Revierte tus hábitos al consumir sal».



Fuente secreta

La percepción del riesgo del consumidor es baja. Se reporta que el consumo de sal o sodio de sus familias es de bajo a moderado, no hay conciencia de los productos usados habitualmente que contienen altos niveles de sodio.

El llamado a la acción dice «Usa ingredientes naturales, en vez de ingredientes procesados», junto con el eslogan «La sal está en todos lados».



Pruebas de concepto

Se pusieron a prueba tres o cuatro conceptos diferentes (enfoques creativos) con la audiencia objetivo para redondear el concepto y desarrollar los materiales. Los participantes aportarán su reacción sobre cada concepto y los hallazgos serán utilizados para crear una recomendación creativa final, en grupos focales y entrevistas, también vía electrónica.

Canales de comunicación y actividades

Se elegirán los canales de comunicación, puede resultar efectivo formar alianzas con empresas, líderes de opinión, etc. Con base en los resultados de las pruebas de conceptos, se prevé que los países trabajarán con colaboradores creativos en el desarrollo promocional de materiales.

Los canales de comunicación establecidos se dividen en cuatro grandes grupos: canales basados en la comunidad, medios de comunicación, redes digitales y sociales, comunicación interpersonal (CIP).

Marketing mix

Estrategias del producto

Un ejemplo de producto puede ser pan con menos sal: La Federación Argentina de la Industria del Pan y Afines (FAIPA) se asoció con el gobierno desde 2006 en la reformulación de los productos para reducir el contenido de sal.

El producto, en *Mercadeo* social, suele referirse al comportamiento que promovemos, por ejemplo: para la preparación de comidas familiares con menos sal y condimentos altos en sodio, podríamos considerar un paquete de especias naturales. El diseño parte de una estrategia, puede disuadir o promover su uso. Etiquetas de advertencia en productos con alto contenido de sodio o una nueva etiqueta atractiva para productos y condimentos naturales y alternativas bajas en sodio son estrategias de producto.

El posicionamiento también es una estrategia dentro del producto. Reposicionar bajo en sodio como un regalo. En lugar de centrarnos en lo que los consumidores están cediendo o renunciando (sal, tradición, sabor), nos centramos en lo que están recibiendo a cambio (ser una mejor madre, nuevos sabores interesantes, buena salud). También podemos considerar el reposicionamiento de alimentos con niveles de sodio más altos como negativos, para que los consumidores lo piensen dos veces antes de comerlos.

La promoción abordará las barreras para reposicionar la preparación de comidas con menos contenido de sal y de sodio de una forma tan divertida, fácil, sabrosa que cada padre amoroso debería hacerlo.

Estrategias de precio

El precio, en el ámbito del *Mercadeo* social, abarca los costos psicológicos, sociales y financieros que se relacionan con la adopción del nuevo comportamiento. La meta es identificar estos costos o barreras, y encontrar formas para combatirlas con los beneficios y facilitar la adopción del comportamiento deseado.

Hacer que el comportamiento deseado sea más conveniente, el más fácil. Esto podría incluir alianzas para lograr productos más accesibles o crear vales o cupones de comida, que son emitidos por la industria alimentaria para generar demanda e introducir nuevos productos. También políticas, impuestos y hacer referencia a los incentivos y a los desincentivos.

Estrategias de plaza

Son las que garantizan la conveniencia y el acceso a los productos. Además de la disponibilidad suficiente y accesible del producto, promoverlo donde piensa o donde toma las decisiones el público audiencia al que afecta el consumo de sal o sodio.

Esto podría incluir mensajes, el destaque de opciones más saludables en panaderías, restaurantes o la publicación de materiales en puntos de venta en supermercados, ofrecer degustaciones de recetas bajas en sodio. También las regulaciones pueden intervenir en la plaza, por ejemplo, en Chile, se ha prohibido la venta de alimentos poco saludables, incluyendo aquellos con alto contenido de sal, en escuelas y eventos donde se reúnen los niños.

Mejores prácticas para la reducción de sal en la oferta incluyen:

- * Colaboración con la industria alimentaria, por ejemplo, con el sector panadero, en la reducción del sodio en los productos.
- * Regulación de la industria alimentaria: políticas basadas en la población para la reducción de sodio.
- * Mayor acceso y disponibilidad de alimentos bajos en sodio (por ejemplo, Pansalt, en Finlandia, enriquecido con bajo contenido de sodio y potasio).
- * Reformulación del producto: trabajar con la industria alimentaria para reformular los alimentos y reducir el sodio (voluntario u obligatorio).
- * Etiquetado del producto: etiquetados amigables para el consumidor, tales como advertencias, semáforos nutricionales, porcentajes de ingesta diaria (%VD) o logotipos de elección saludable.

Seguimiento y evaluación

Se establece previo al lanzamiento de la campaña. Solo con el seguimiento y la evaluación será posible para los implementadores determinar si todas las actividades se han llevado a cabo y si se está progresando para alcanzar los objetivos.

El seguimiento es el proceso que comienza con la identificación de objetivos, la supervisión de las actividades para alcanzar esos objetivos y la documentación de los resultados. La evaluación se refiere a la medición del resultado y el impacto.

Se deben verificar los objetivos (conocimiento, creencia y comportamiento) para establecer los indicadores. Los objetivos deben ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales (SMART, por sus siglas en inglés).

Es posible vincular las actividades y los resultados del *Mercadeo* social con los indicadores existentes del país o desarrollar indicadores propios, por ejemplo, (Bardfield, 2012):

Ejemplos de indicadores del proceso:

- * Número y porcentaje de encuestados que reportan haber visto y escuchado los mensajes de promoción sobre la reducción de sal o sodio.
- * Número de proveedores de atención médica o trabajadores comunitarios que fueron capacitados en la comunicación para la reducción de sal.
- * Porcentaje de minoristas que exhiben materiales en el punto de compra, por ejemplo, afiches, colgantes de estantería y folletos de sustitutos bajos en sodio o sal.

Indicadores de resultados:

- * Porcentaje de encargados/as que conocen las fuentes primarias de sodio.
- * Porcentaje de encargados/as que conocen un lugar donde pueden comprar productos bajos en sodio o sustitutos de sal.
- * Porcentaje de encuestados que, como respuesta a las preguntas formuladas, dijeron que una persona puede reducir el riesgo de padecer enfermedades del corazón al reducir la ingesta de sal o sodio.
- * Porcentaje de personas que reportaron reducciones consistentes de sal en productos altos en sodio durante el año pasado.

Dado que el aumento de la demanda se debe cumplir con un suministro adecuado, recomendamos crear y seguir los indicadores desde el punto de vista de la oferta. Algunos ejemplos incluyen:

- * El número total de productos bajos en sodio disponibles para distribuir en el ámbito nacional durante los últimos 12 meses.
- * El número y porcentaje de almacenes de depósito que experimentaron falta de existencias en un período de tiempo determinado.

- * La proporción de puntos de venta minoristas seleccionados al azar que disponen de sustitutos de sal u opciones bajas en sodio en el inventario al momento de la encuesta de todos los puntos minoristas seleccionados.

Plan de trabajo y cronograma

Cada país adaptará un plan de trabajo (conocido también como plan de implementación) y desarrollará un plan de trabajo y cronograma individualizado con base en el contexto nacional y sus prioridades.

Una implementación exitosa requiere tomar decisiones con antelación, sobre los recursos, las funciones y responsabilidades, el cronograma y el presupuesto disponible.

A continuación, el diagrama de flujo de la implementación es base para el desarrollo de la campaña.

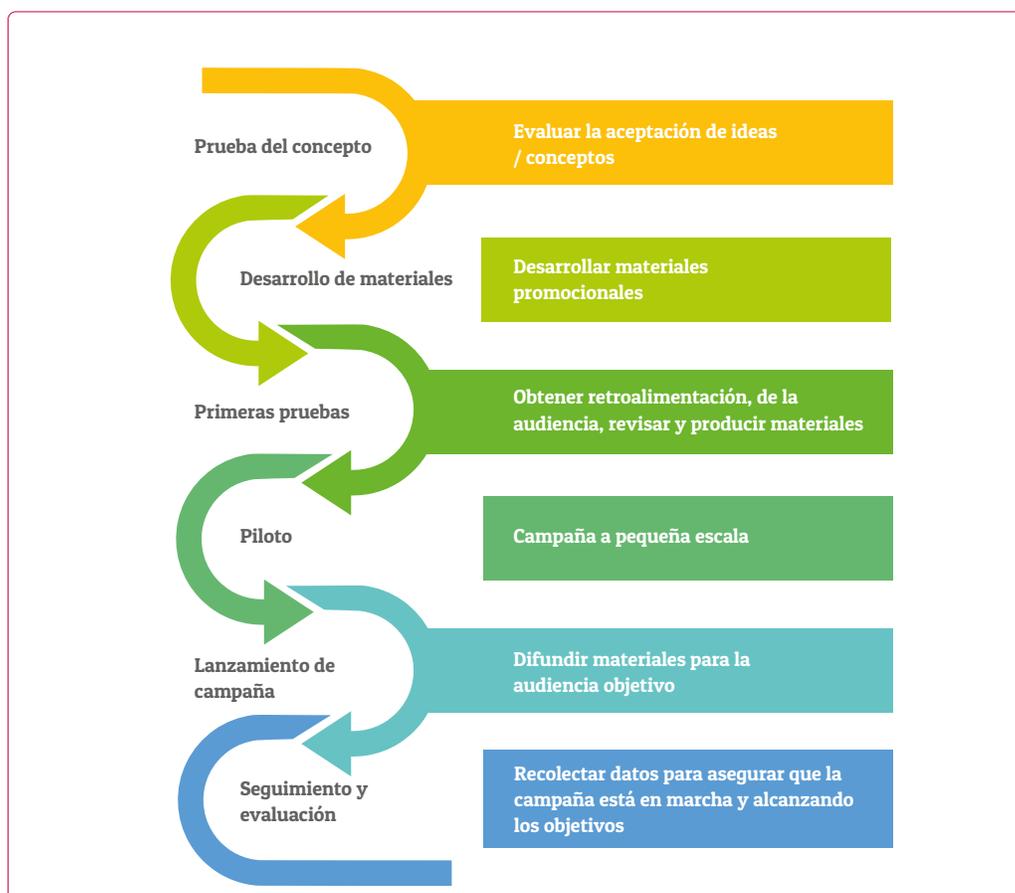


Imagen obtenida de Reducción de sal en América Latina: Un plan regional de *Mercadeo* social y comunicación (2019)

En los casos de los países participantes, se inicia con las pruebas de concepto, ya que los países ya han presentado una evaluación formativa, resultados sintetizados y han acordado conceptos creativos para la prueba.

Caso 2. Uso del mercadeo social para aumentar el consumo de agua en escolares de la Ciudad de México¹²

Objetivo: Incrementar el consumo de agua en escolares de la Ciudad de México mediante una intervención de *Mercadeo* social.

Material y métodos: Diseño cuasi experimental por conglomerados conglomerados. Intervención de tres meses en escuelas primarias, que incluyó provisión de agua potable, diseñado con base en el mercado social. Se comparó la actitud, el conocimiento y el comportamiento reportado pre y pos intervención.

Resultados: Los niños (n=116) aumentaron en 38 % (171 ml) el consumo de agua reportado durante el horario escolar, mientras que en el grupo control (n=167) disminuyó en 21 % (140 ml), diferencia ($p<0,05$). En una submuestra, el consumo de bebidas azucaradas reportado disminuyó 437 ml en el grupo intervención y 267 ml en el grupo control ($p<0,05$).

Conclusión: El *Mercadeo* social, incluyendo la modificación del ambiente, fue efectivo en aumentar el consumo de agua reportado en niños y es una estrategia que podría contribuir a mitigar la obesidad infantil. Diseño de la intervención: Se usó el marco conceptual del *Mercadeo* social y se incluyó como teoría el modelo ecológico. Se partió de una investigación formativa y revisión de la literatura médica. La investigación formativa se centró en el análisis de las conductas a promover y de las de competencia, consumo de bebidas azucaradas, y en el análisis de Las 4 P (producto, precio, promoción y plaza), incluidas las barreras y oportunidades hacia la conducta de interés.

12 - Carriedo *et al.*, 2013.

Factores del entorno, como la escasa o nula disponibilidad de agua potable en las escuelas y la presencia de incentivos de fabricantes de bebidas azucaradas para la venta de sus productos en ellas, han sido factores relacionados con el alto consumo de estas bebidas.

Basado en el análisis de la competencia, la intervención consideró como producto tomar agua de una forma divertida.

Como estrategia de plaza y precio, se garantizó la disponibilidad de agua en garrafrones (mejor posicionados que los bebederos, según la investigación formativa) en diversos puntos de la escuela, ya que la falta de esta fue una de las principales barreras identificadas.

La audiencia primaria fueron los niños de 9 y 10 años y la secundaria, los padres y los maestros, dada su influencia sobre los niños.

Como estrategia de promoción, se comunicaron mensajes clave a través de diferentes materiales (previamente piloteados) y medios de comunicación para promover el consumo de agua en la escuela y el hogar y mejorar los conocimientos, las actitudes y las prácticas, así como reducir algunas barreras para el consumo de agua. La intervención se desarrolló de marzo a junio de 2010.

Las conductas promovidas con los niños fueron:

- * Toma agua simple.
- * Toma agua, aunque no tengas sed.
- * Lleva contigo una botella de agua simple todos los días.
- * Utiliza tu pipímetro todos los días y observa que tu pipí sea casi transparente.
- * Dile a tus papás que pongan agua simple en la mesa.
- * Las variables de resultado fueron el cambio en el consumo de agua y de bebidas azucaradas, y las variables intermedias, los cambios en conocimientos, actitudes y prácticas reportadas.

Resumen de los cambios en prácticas, actitudes y conocimientos reportados

En el grupo de intervención, el 30,5 % de los niños reportó que nunca llevaba una botella de agua a la escuela antes de la intervención, porcentaje que disminuyó a 10,6 %, con una diferencia de 20 puntos porcentuales respecto al grupo control (de 27 a

29 %) después de la intervención. Los cambios en los indicadores de conducta y conocimientos después de la intervención fueron significativos.

El mayor cambio observado en el consumo fue durante el horario escolar, lo cual reafirma la importancia de la escuela en el fomento de hábitos saludables. Como ha sido reportado en la literatura científica, las actitudes del personal escolar y su percepción sobre su papel en los programas de educación en salud son factores fundamentales para promover conductas saludables. Las conclusiones de la investigación destacan que “el *Mercadeo* social, incluyendo la modificación del ambiente, fue efectiva en aumentar el consumo de agua reportado en niños y es una estrategia que podría contribuir a mitigar la obesidad infantil”.

Referencias bibliográficas

- * Khalig, M.; Sommariva, S.; Bardfield, L.; Blanco-Metzler, A.; Benítez, G.; Saavedra, L.; Gomes, A.; y Vega, J. (2019). Reducción de sal en América Latina: un plan regional de *marketing* social y comunicación. Proyecto - IDRC 108167 Escalando y evaluando políticas y programas de reducción de sal en países de América Latina 2016-2020. Tres Ríos, Costa Rica: Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Salud y Nutrición (inciensa).
- * Carriedo, Á.; Bonvecchio, A.; López, N.; Morales, M.; Mena, C.; Théodore, F., e Irizarry, L. (2013). Uso del *Mercadeo* social para aumentar el consumo de agua en escolares de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 55(3), 388-396.



Comisión Honoraria para la
Salud Cardiovascular



@comisioncardiovascular



@cardiosaluduy

cardiosalud.org

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS
Américas



@ops.oms.uruguay



@opsomsuruguay

paho.org/es/uruguay

ISBN: 978-9915-9433-2-9



9 789915 943329