

Implicación y conocimiento en la actitud hacia el consumo de servicios de salud. El caso de los derechohabientes de la Clínica Médico Familiar Casa Blanca del ISSSTE

Heberto Priego-Álvarez,⁽¹⁾ José Luis Meneses-Hernández,⁽¹⁾ José Isabel López-Naranjo,⁽¹⁾ Renán García-Falconi⁽¹⁾

priego@ujat3.ujat.mx

RESUMEN

Objetivo. Diseñar un instrumento recolector de datos, que permitiese determinar la actitud hacia el consumo de servicios de salud en función del grado de implicación y conocimiento de los consumidores, y posteriormente usarlo en una muestra probabilística de usuarios de servicios de salud, derechohabientes de la Clínica Médico Familiar Casa Blanca del ISSSTE en Villahermosa, Tabasco.

Material y Métodos. El estudio se dividió en dos fases: una primera diseño y validación del instrumento recolector de datos; y una segunda de aplicación del cuestionario en una muestra poblacional de la seguridad social con características particulares de mayor edad y escolaridad. Para la elaboración del instrumento recolector de los datos se partió de un proceso previo que consultó a dos grupos selectivos de personas (uno de usuarios de servicios de salud y otro de proveedores médicos) bajo un procedimiento Delphi modificado durante el mes de enero del 2005, del cual se generó un banco de 36 aseveraciones representativas de las cuatro categorías de actitudes hacia el consumo sanitario: a) Consumerista internamente orientado, b) Consumerista externamente orientado, c) Consumista internamente orientado, y d) Consumista externamente orientado. Posteriormente, en febrero del mismo año, se realizó una prueba piloto para validar el instrumento. La Segunda fase comprendió una investigación cognitiva – motivacional (cuali-cuantitativa) para evaluar la actitud hacia el consumo de servicios de salud con base al grado de implicación y conocimiento del consumidor, mediante la realización de un estudio explicativo, observacional, prospectivo, transversal durante el mes de abril, en una muestra probabilística de 381 derechohabientes. La captura de la base de datos y el análisis factorial se realizó en el paquete estadístico SPSS versión 12.

Resultados. En 41 casos (11%) la actitud hacia el consumo no fue definida (valores = 0). De los 334 individuos restantes,

el 83% (277 derechohabientes) fueron clasificados como consumeristas y un 17% (57 afiliados al ISSSTE) como consumistas. Considerando al total de la población en estudio (375 derechohabientes). Las frecuencias de las categorías de la actitud hacia el consumo presentan una distribución con marcada tendencia hacia el consumerismo (74%). En números absolutos los individuos considerados como consumeristas internamente orientados fueron 91 y los consumeristas externamente orientados 186. En el caso de los derechohabientes etiquetados como consumistas (15% del total de los encuestados), solo se determinó un grupo de 57 derechohabientes como consumistas internamente orientados.

Conclusión. Se elaboró y validó un cuestionario que permite la caracterización de la actitud hacia el consumo sanitario con base al grado de implicación (motivación del consumidor) y al grado de conocimiento (información que posee el consumidor). Se corroboró que los derechohabientes de la CMF Casa Blanca del ISSSTE tienen una actitud hacia el consumo preferentemente consumerista. Dicha actitud está externamente motivada por la institución hacia la utilización de los servicios que se ofertan, y por el requerimiento laboral de la validez legal en la expedición de las licencias médicas. **Palabras claves:** Consumo de servicios de salud, calidad de servicios de salud, grado de implicación y conocimiento de los consumidores.

SUMMARY

Objective: Data collecting instrument design that would determine awareness implications and towards health service usage awareness by the consumer. And later use in a probabilistic sample of health service use by members of the ISSSTE CMF Casa Blanca in Villahermosa, Tabasco.

Materials and Methods: the study was divided in two phases: a design and validation of the data collectin

⁽¹⁾ Profesor Investigador. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

instrument and a survey of an adult schooled population sample. To develop the data collection instrument two groups of were consulted (a health users and a health providers group) with a Delphi modified procedure, during January of 2005, which generated a pool of 36 assertions that represent 4 attitude towards health service usage. a) internally oriented consumerism b) externally oriented consumerism, c) Internally oriented consumer d) Externally oriented Consumer. The instrument was piloted in February. The second phase consisted on motivational research (qualitative-quantitative) to evaluate awareness implications degree and attitude towards health service usage with an explicative, observational, prospective and transversal study during the month of April on a 381 member probabilistic population sample. Data capture and factorial analysis was conducted using SPSS® v12.

Results: in 41 cases (11%) attitude towards use was not defines (values=0). The 334 remaining individuals 83% (277 members) were classified as consumerist and 17% (57 affiliated ISSSTE members) as consumers. Considering the total population in this study was (375 members) category frequency towards consumerism show a marked tendency towards consumerism (74%). In absolute numbers, the amount of internally and externally oriented consumerism were 91 and 186 individuals respectively. Only 57% of members were labeled as internally oriented consumerists. Conclusion: a survey that allowed us to characterize awareness (information possessed by the user) and implications (consumer motivation) and attitude towards health service was developed and validated.

It was corroborated that members of the ISSSTE CMF Casa Blanca have mainly consumerist usage attitude. Such attitude is externally motivated by the institution towards usage of offered services, and by the employer legal requirements of medical notes.

Keywords: *Service of health consumption, health services quality, grade of implication and knowledge of the consumers.*

INTRODUCCIÓN

La salud es un objeto de consumo dado que en las sociedades modernas se dan múltiples intercambios, trátase de bienes o servicios, con el objeto de satisfacer las necesidades. El término consumo, en este sentido, implica “el gasto por uso que se hace de un producto o servicio sanitario, que ha incorporado el trabajo humano y cuyo valor de utilidad está dado por su capacidad para satisfacer una necesidad o resolver un problema de salud”¹. Por consiguiente, el proceso de consumo sanitario hace referencia a la serie de acontecimientos que se desarrollan desde el momento en que se percibe la necesidad de atención hasta el momento

posterior al uso de un servicio de salud. Para Rubio Cebrian² el consumo de servicios de salud por parte de un individuo o grupo, es un “proceso de adquisición, aplicación o utilización de los bienes y servicios sanitarios a fin de obtener de ellos una satisfacción o utilidad directa en términos de mejora de su nivel de bienestar.”

En el contexto del comportamiento del consumidor, una actitud es “una predisposición aprendida para comportarse en forma favorable o desfavorable respecto de un objeto dado”³. Las actitudes son una expresión de sentimientos internos que reflejan si una persona esta predispuesta a favor o en contra a un “objeto” dado, es decir, hacia la utilización de un servicio de salud en particular. Como son el resultado de procesos psicológicos, las actitudes no pueden ser definidas directamente, sino que deben deducirse de lo que la gente dice o hace. La actitud hacia el consumo, entendida como la acción manifiesta de los consumidores en el proceso de compra de los productos de salud, puede adoptar una posición consumista o una consumerista.

La visión del Consumismo Sanitario⁴ genera una acción acrítica e irreflexiva en la adquisición y un uso indiscriminado de productos de salud. En efecto, puesto que la atención a la salud constituye un mercado imperfecto –dado que los médicos tienen los medios para inducir su propia clientela y por la relativa ignorancia del consumidor, amén del llamado “paternalismo médico” – suele existir entre ambos una relación de poder y subordinación. Es decir, un médico dominante y un enfermo dominado. Bajo esta óptica el típico usuario consumista de los servicios de salud no suele exigir su diagnóstico, ni demanda mayor información sobre su tratamiento. Asume que la evolución de su padecimiento dependerá absolutamente de lo que haga por él su médico, pero sin que contribuya mayormente.

Por el contrario, el Consumerismo en Salud, implica la posición concienzuda y reflexiva del consumidor, y el reconocimiento médico e institucional de su autonomía, valores, creencias y preferencias en materia de salud. Todo esto dentro de un marco legal, en el que los derechos humanos y del consumidor sanitario definen los límites permisibles en la relación médica y fomentan la corresponsabilización. El consumerismo modifica la forma y fondo de la práctica médica al transformar el contexto en que se está llevando a cabo. A la vez que fortalece al humanismo médico, ya que revaloriza al enfermo como un ser humano que piensa, opina, siente y sufre, y que puede por si mismo ser responsable de la toma de decisiones de cuestiones que atañen a su salud.

Una manera de entender el proceso por el cual los consumidores llevan a cabo la utilización de los servicios de

salud, es a través de la interacción entre implicación y conocimiento.⁵ La implicación hace referencia al grado de motivación del consumidor y está determinado por los beneficios y riesgos asociados a los distintos productos. Es un estado emocional dirigido hacia un objetivo, cuya naturaleza subjetiva hace difícil su medición. El conocimiento o deseo de conocimiento, está relacionado con el grado de información que posee el consumidor para poder discernir en una elección de compra. Muchas tomas de decisiones sólo obedecen a simples elementos informativos como: precio, nombre e imagen institucional. Los grados de ambos conceptos pueden ser altos o bajos, y dan pie a cuatro combinaciones que son aplicables a la compra de servicios de salud y que pueden relacionarse con la actitud consumista o consumerista del consumidor sanitario.

Partiendo de lo anterior, este estudio tuvo como propósito general diseñar un instrumento recolector de datos, que permitiera determinar la actitud hacia el consumo de servicios de salud en función del grado de implicación y conocimiento de los consumidores, y posteriormente usarlo en una muestra probabilística de usuarios de servicios de salud, derechohabientes de la Clínica Médico Familiar Casa Blanca del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que por sus características de mayor edad y escolaridad al promedio del estado de Tabasco, la orientan hacia una actitud preferentemente consumerista.

Los objetivos específicos planteados fueron los siguientes: 1) Elaborar y validar un cuestionario que mida la actitud hacia el consumo sanitario, con base al grado de implicación y conocimiento del consumidor, en cuatro categorías de análisis. 2) Caracterizar a los derechohabientes del ISSSTE según las categorías de actitud hacia el consumo de servicios de salud, a través del uso de un cuestionario previamente diseñado, y 3) Corroborar la actitud consumerista hacia los servicios de salud en una población de mayor edad y escolaridad al promedio urbano del estado mexicano de Tabasco (derechohabientes del ISSSTE).

MATERIAL Y MÉTODOS

Para su realización el estudio se dividió en dos fases: una primera o de diseño y validación del instrumento recolector de datos; y una segunda o de aplicación del cuestionario en una muestra poblacional de la seguridad social con características particulares de mayor edad y escolaridad.

I Fase (Diseño y validación del cuestionario): Para la elaboración del instrumento recolector de los datos se partió de un proceso previo que consultó a dos grupos selectivos

de personas (uno de usuarios de servicios de salud y otro de proveedores médicos) bajo un procedimiento Delphi modificado, durante el mes de enero del 2005; del cual se generó un banco de 36 aseveraciones representativas de las cuatro categorías de actitudes hacia el consumo sanitario: a) Consumerista internamente orientado, b) Consumerista externamente orientado, c) Consumista internamente orientado, y d) Consumista externamente orientado.⁶ Posteriormente, en el mes de febrero del mismo año, se realizó una prueba piloto para validar el instrumento, en 45 personas representativas de la población usuaria de servicios de salud en Tabasco, obteniéndose finalmente un cuestionario cerrado dividido en dos secciones cuyo cálculo de la confiabilidad se realizó mediante un análisis de la consistencia interna de acuerdo con el procedimiento de Cronbach, obteniéndose un alfa de 865.

II Fase (Investigación empírica): Se efectuó una investigación cognitiva – motivacional (cuali-cuantitativa) para evaluar la actitud hacia el consumo de servicios de salud con base al grado de implicación y conocimiento del consumidor, mediante la realización de un estudio explicativo, observacional, prospectivo, transversal. Como hipótesis de trabajo se consideró que “el grado de implicación y de conocimiento que tuviera el consumidor determinaría su actitud hacia el consumo sanitario en cuatro variantes” y que “la actitud preferente de los derechohabientes de la CMF Casa Blanca del ISSSTE hacia la utilización de servicios de salud sería consumerista”.

Se identificaron como variables independientes a la Implicación, entendida como la “motivación del consumidor, determinado por los beneficios y riesgos asociados a los distintos productos y/o servicios sanitarios”, y al Conocimiento, definido como la “información que posee el consumidor para poder discernir en una elección de compra de un producto y/o servicio sanitario”. Para la variable dependiente: actitud hacia el consumo sanitario, se consideraron 4 categorías: a) Consumerista internamente orientado, b) Consumerista externamente orientado, c) Consumista internamente orientado, y d) Consumista externamente orientado (Tabla 1).

Diseño del tamaño de muestra

La población bajo estudio la constituyeron 41,346 derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que reciben consulta de acuerdo a sus necesidades sanitarias en la Unidad Médica Casa Blanca, en la Ciudad de Villahermosa, Tabasco, México. De acuerdo a las características de la población y a los objetivos del estudio, se decidió utilizar un esquema de muestreo probabilístico que permitiera a través de una muestra realizar las estimaciones de los parámetros

Tabla 1. Definición operacional de la actitud hacia el consumo con base al grado de implicación y conocimiento del consumidor sanitario.

VARIABLE	CATEGORÍA	DEFINICIÓN
Actitud Consumerista	Consumerista internamente orientado a.- <i>Implicación alta y conocimiento alto</i>	Persona altamente motivada para tomar una decisión por el servicio basándose en mucha información que tiene sobre determinadas patologías y su tratamiento
	Consumerista externamente orientado b.- <i>Implicación baja y conocimiento alto</i>	Persona poco motivada para tomar una decisión por el servicio basándose en mucha información que tiene sobre determinadas patologías y su tratamiento
Actitud Consumista	Consumista internamente orientado c.- <i>Implicación alta y conocimiento bajo</i>	Persona altamente motivada para tomar una decisión por el servicio sanitario basándose en la escasa información que tiene sobre determinadas patologías y su tratamiento
	Consumista externamente orientado d.- <i>Implicación baja y conocimiento bajo</i>	Persona poco motivada para tomar una decisión por el servicio y con poca información sobre determinadas patologías y su tratamiento, su consumo sanitario se reduce a las decisiones que toma el proveedor del servicio

de interés. El esquema de muestreo utilizado fue el aleatorio irrestricto para proporciones, aplicando un muestreo piloto de 45 cuestionarios a igual número de unidades, con los cuales se estimó la variabilidad de las variables de interés y se determinó un tamaño de muestra de 381 unidades con error permisible de 5% y una confiabilidad del 95%.

Para este estudio se hizo uso del cuestionario con 23 preguntas de formato cerrado, previamente diseñado. Dicho instrumento para la recolección de los datos, estuvo dividido en dos secciones que responden al objetivo del estudio. Una para datos sociodemográficos y de la demanda de atención médica, y en el segundo apartado para medir la actitud hacia el consumo en sus cuatro categorías (alta implicación y alto conocimiento, alta implicación y bajo conocimiento, baja implicación y alto conocimiento y baja implicación y bajo conocimiento). Se aplicaron 381 cuestionarios en forma aleatoria a los derechohabientes que acudieron a solicitar consulta durante las dos primeras semanas del mes de abril del 2005, por 5 egresados de la licenciatura de Odontología y un egresado de la licenciatura en Nutrición, adscritos en servicio social a la unidad, bajo la supervisión del responsable del estudio.

Análisis de la información

La captura de la información se realizó en el paquete estadístico SPSS versión 12 (Statistical Package for Social Sciences)[®] conformándose una base de datos. Es importante mencionar que en la segunda sección del cuestionario se tuvieron cinco posibles respuesta en cada pregunta, numeradas del uno al cinco, ya que las variables consideradas son cualitativas con una escala de medición Ordinal. Por lo

que para explicar mejor el comportamiento de las variables se transformaron los valores iniciales de acuerdo al principio de la escala de Likert, estableciendo un medio central de 0 (ni en acuerdo ni en desacuerdo), con valores positivos a la izquierda de cero, +1 (algo en acuerdo) y +2 (muy en acuerdo); así como valores negativos a la derecha de cero, -1 (algo en desacuerdo) y -2 (muy en desacuerdo) para los reactivos considerados como consumeristas (interna y externamente orientados). Por el contrario, para las aseveraciones consideradas dentro de la actitud consumista (interna y externamente orientadas), los valores positivos se establecieron a la derecha del cero y viceversa. El valor máximo posible para la actitud consumerista era de 16, y el valor mínimo posible para la actitud consumista de -16. Dichos valores se combinaron en uno solo estableciéndose un rango hipotético de -32 a 32.

RESULTADOS

Debido a un llenado incompleto de los datos se desecharon seis de los cuestionarios, quedando la población en estudio conformada por 375 informantes. Para los objetivos planteados en el presente estudio, solo se consideró el segundo apartado del cuestionario (actitud hacia el consumo), sin embargo deben apuntarse algunas características sociodemográficas y de demanda de atención de los informantes:

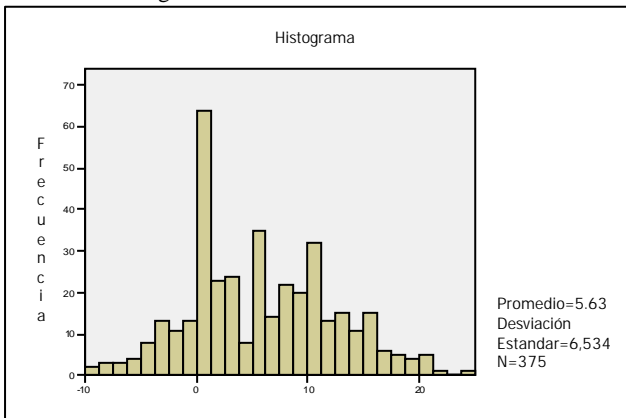
- De acuerdo al rango de edad (de 14 a 80 años), el 4% eran adolescentes (de 14 a 18 años), un 27% de jóvenes (de 19 a 29 años), un 27% más de adultos jóvenes (de 30 a 39 años), los adultos maduros (de 40 a 59 años) fueron el grupo con el porcentaje mayor (33%), y los adultos mayores (de 60 a 80 años de edad) un 9%.

- El 59% de los informantes fueron mujeres y el 41% restante hombres.
- La escolaridad se dividió en un 4% de analfabetas, un 23% con educación básica (personas con estudios de primaria y secundaria), un 32% con educación media (individuos con niveles de preparatoria o carrera técnica), y un 41% con educación superior (licenciatura o postgrado).
- Por motivo de la atención, el 75% acudieron a la unidad en demanda de atención médica ambulatoria (urgencias, consulta externa de medicina familiar y de especialidad gerontológica), un 11% requerían acciones de odontología curativa, un 8% solicitaron atención médica u odontológica preventiva, el 6% restante demandaron exámenes diagnósticos.
- La mayoría de los encuestados (71%) afirmó no padecer enfermedades crónicas, el resto, 29% (105 derechohabientes) se declararon como enfermos de patologías crónicas o terminales (Diabetes, Hipertensión Arterial y Cáncer principalmente).

Actitud hacia el consumo de servicios de salud

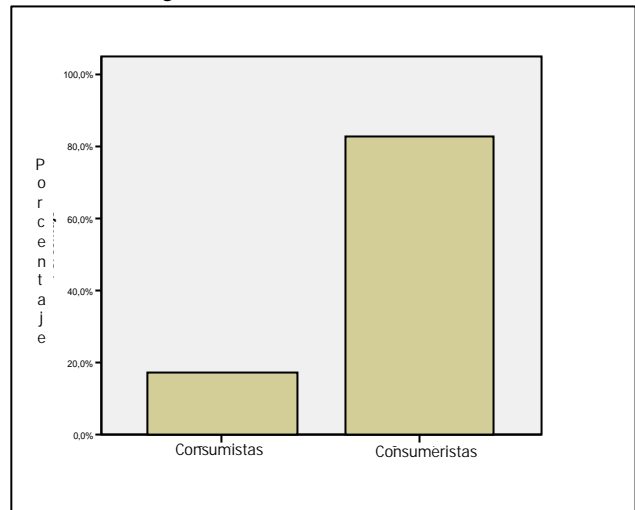
Con base a la metodología empleada los valores registrados para la actitud hacia el consumo registraron como valor máximo 24 y un mínimo de -10, lo que dio un rango de 34 unidades, estableciéndose que valores < 0 = Consumista y > 0 = Consumerista (Grafica 1).

Gráfica 1. Histograma de frecuencias de la actitud hacia el consumo.



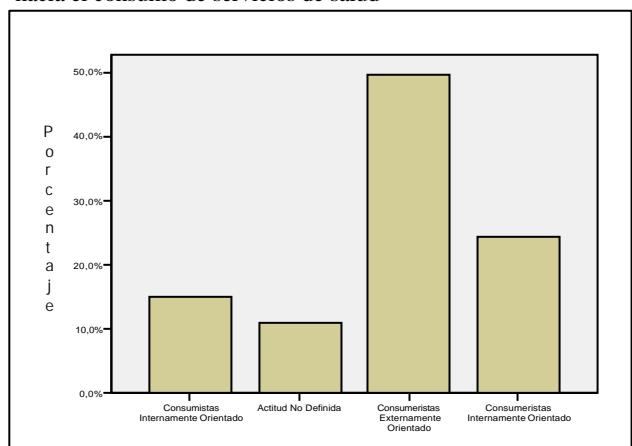
En 41 casos (11%) la actitud hacia el consumo no fue definida (valores = 0). De los 334 individuos restantes, el 83% (277 derechohabientes) fueron clasificados como consumeristas y un 17% (57 afiliados al ISSSTE) como consumistas (Grafica 2).

Gráfica 2. Histograma de frecuencias de la actitud hacia el consumo.



Considerando al total de la población en estudio (375 derechohabientes) Las frecuencias de las categorías de la actitud hacia el consumo, presentan una distribución con marcada tendencia hacia el consumerismo (74%). En números absolutos los individuos considerados como consumeristas internamente orientados fueron 91 y los consumeristas externamente orientados 186. En el caso de los derechohabientes etiquetados como consumistas (15% del total de los encuestados), solo se determinó un grupo de 57 derechohabientes como consumistas internamente orientados (Grafica 3).

Gráfica 3. Distribución de frecuencias por categorías de actitud hacia el consumo de servicios de salud

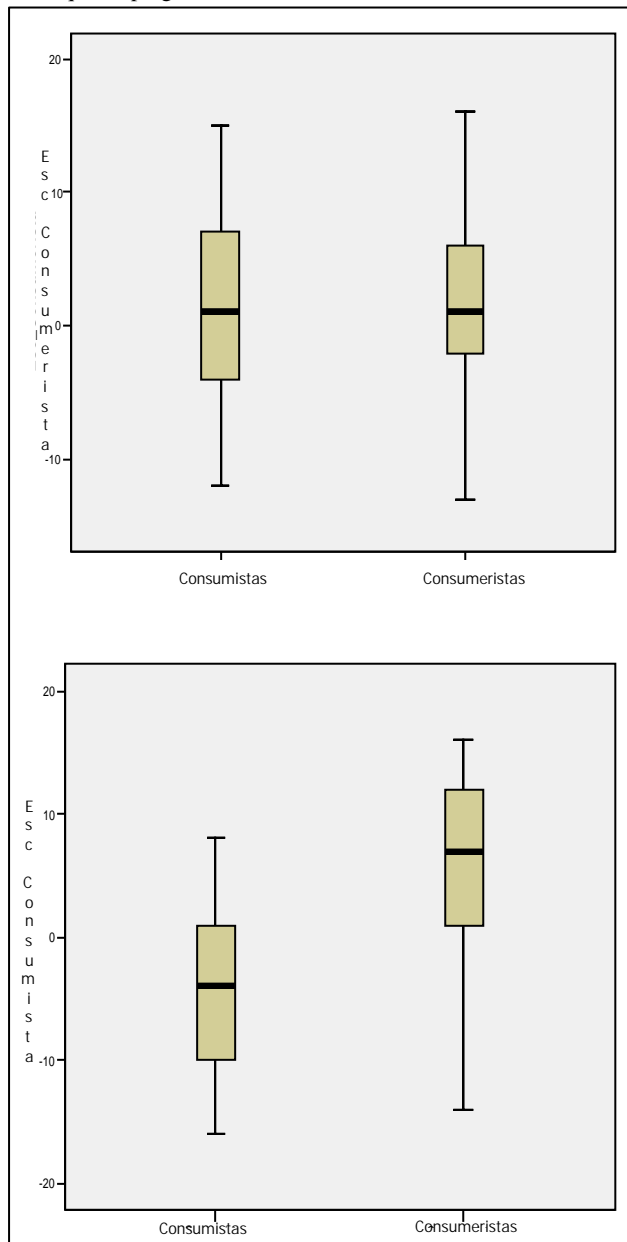


Validación de la Escala

Las 8 primeras preguntas del cuestionario establecían la actitud consumerista con valores positivos, en tal caso las variaciones de respuesta entre los dos grupos de actitudes

hacia el consumo fueron similares. Por el contrario, el siguiente bloque de preguntas (de la 9 a la 16), determinaban la actitud consumista con valores negativos, las variaciones de respuesta entre los dos grupos de personas con actitudes diferentes (consumistas versus consumeristas) fueron notorias (Grafica 4).

Gráfica 4. Variaciones de actitudes hacia el consumo con relación al bloque de preguntas.



Lo que significa que las últimas preguntas del cuestionario son las más sensibles a la determinación de la actitud hacia el consumo.

Una última consideración, que aunque no es objeto del actual estudio, es la probable relación que guarda la cronicidad con la actitud hacia el consumo sanitario, el 85% de los encuestados como pacientes de patologías crónicas fueron considerados como consumeristas (Tabla II).

Tabla 2. Cronicidad de la patología con relación a las 4 categorías de la actitud hacia el consumo sanitario.

	↑ IMPLICACIÓN	↓ IMPLICACION
↑ C O N O C I M I E N T O	a) <u>Consumerista internamente orientado</u>	a) <u>Consumerista externamente orientado</u>
	35 (33%)	54 (52%)
↓ C O N O C I M I E N T O	c) <u>Consumista internamente orientado</u>	b) <u>Consumista externamente orientado</u>
	16 (15%)	0 (0%)

Sin embargo, dicha asociación deberá establecerse en estudios posteriores y en muestras representativas de la población en general, donde no existan sesgos de edad y escolaridad.

DISCUSIÓN

A pesar de haber considerado la realización de este estudio en la población derechohabiente de la Casa Blanca del ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios sociales de los Trabajadores del Estado) por sus características distintivas de mayor edad y escolaridad al resto de la población de Tabasco, los informantes seleccionados de 60 y más años sólo representaron el 9% de la muestra. En los países en vías de desarrollo se consideran adultos mayores a partir de los 60 años de edad. 7,922 derechohabientes de la CMF Casa Blanca del ISSSTE están registrados en el intervalo de 60 y más años, lo que representa el 19% del total de la derechohabiencia. Los aspectos de la alta escolaridad de la población quedaron cubiertos al contar el 41% de los informantes con niveles de licenciatura y posgrado, y un 32% más con preparatoria o carrera técnica. La muestra

obtenida del 59% de mujeres informantes, refleja la diferencia por sexo que registra la unidad (El 56% de los derechohabientes afiliados a la Clínica: 23,190 son mujeres).⁷ La clasificación de la actitud hacia el consumo sanitario, permitió identificar una distribución de la población en estudio con fuerte predominio hacia la actitud consumerista (74% del total de los encuestados). Lo que es explicable por los mayores niveles de estudios reportados en la derechohabiencia de la clínica (41% con educación superior y un 32% con educación media). Cabe señalar que el 68% de los trabajadores afiliados al ISSSTE pertenecen a la Secretaría de Educación Pública (son trabajadores de la educación), lo que sin duda les confiere un mayor grado de información y una particular exigencia para su atención. Estudios previos realizados en la población urbana de Tabasco ya habían establecido a la escolaridad como el factor que determina la actitud hacia el consumo. Una escolaridad más alta, presupone un conocimiento mayor de los derechos del consumidor y aumenta los niveles de exigencia en la atención médica.^{8,9} La baja confianza registrada (62%) entre la derechohabiencia del ISSSTE y su utilización básicamente restrictiva (84%) por ser “los servicios a los que se tienen derecho” o “porque lo descuentan de la seguridad social”¹⁰ hacen evidente los niveles de exigencia.* Ya González-Block et al y cols.¹¹ habían apuntado con datos de la Encuesta Nacional de Salud I que “el 93% de los usuarios de la seguridad social afiliados a estos organismos acuden por ser derechohabientes. Esta situación demuestra –en el mejor de los casos– un elevado sentido de la propiedad sobre los servicios y –en el peor– una percepción de opciones de selección muy limitada” De los 277 derechohabientes considerados como consumeristas, la mayoría (67%) son externamente orientados. Al respecto podría decirse que la población considerada en el estudio, al estar afiliados a la seguridad social, demanda los servicios propios de la unidad médica. Es decir, son motivados por la misma institución para hacer uso de los diversos programas institucionales (preventivos, curativos y asistenciales), en particular el de “envejecimiento exitoso” y las detecciones oportunas de enfermedades como la diabetes y el cáncer, así como la atención estomatológica. Otra motivación externa, sin duda obedece a la restricción legal en la expedición de las licencias médicas, cuyo

otorgamiento durante las incapacidades laborales de los derechohabientes, es exclusiva del instituto.**

CONCLUSIÓN

Se elaboró y validó un cuestionario que permitió la caracterización de la actitud hacia el consumo sanitario con base al grado de implicación (motivación del consumidor) y al grado de conocimiento (información que posee el consumidor). De acuerdo a lo esperado, se corroboró que los derechohabientes de la CMF Casa Blanca del ISSSTE tienen una actitud hacia el consumo preferentemente consumerista. Dicha actitud está externamente motivada por la institución hacia la utilización de los servicios que se ofertan, y por el requerimiento laboral de la validez legal en la expedición de las licencias médicas.

REFERENCIAS

1. Assael H. *Consumer Behavior and Marketing Action*. Boston, ed. Kent Publishing; 1987.
2. González-Block M A, Zurita B, Frenk J, Arredondo A, Queisser M, Ramírez R. Demanda y oferta de servicios, obstáculos a la mejoría del sistema de salud mexicano. En *Serie Económica y Salud No 6*. México DF., Fundación mexicana para la salud; 1994.
3. ISSSTE. Pirámide Poblacional derechohabiente por unidad de Medicina Familiar (CMF Casa Blanca). Subdirección General de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales. Subdirección de Afiliación y Vigencia. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Marzo 2005.
4. Priego-Álvarez H. Consumismo Sanitario versus Consumerismo en salud. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*; 1997; 5:31-37.
5. Priego-Álvarez H. Consumo en salud: La perspectiva del consumidor sanitario. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 1997; 7:15-22.
6. Priego-Álvarez H, López-Naranjo, J I; Meneses-Hernández J L. Encuesta de Consumo de Servicios de Salud, Tabasco-1998. En: *Serie Proyectos de Investigación No. 1*.

* Habría que considerar que los trabajadores afiliados al ISSSTE son todos empleados federales, con ingresos económicos estables, generalmente mejor remunerados y con mayores prestaciones económicas y sociales en comparación a los del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y a los del Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco (ISSET).

** Los empleados federales requieren oficialmente de una incapacidad laboral expedida por el ISSSTE. Dicha institución permite la transcripción de las licencias médicas que son dadas por otras instituciones de la seguridad social o de carácter médico privado

Villahermosa, México; Universidad Juárez autónoma de Tabasco, 2000.

7. Priego-Álvarez H. ¿Consumismo o Consumerismo? La actitud preferente del consumidor sanitario urbano de Tabasco, México. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*; 2002; 22:113-122.

8. Priego Álvarez, Heberto. *Mercadotecnia en Salud: Aspectos básicos y operativos*. 2da. Edición. Villahermosa, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco/ Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, A.C.; 2002.

9. Rubio-Cebrian S. *Glosario de Economía de la Salud y disciplinas afines*. Madrid: Díaz de Santos; 1995.

10. Schiffman Leon G. y Lazar-Kanuk L. *Comportamiento del Consumidor*. 5ª. Edición. México, Prentice-Hall Hispanoamericana; 1997.

11. González-Block M A, Zurita B, Frenk J, Franco-Francisco-Arredondo A, Queisser M, Ramírez R. *Demanda y oferta de servicios, obstáculos a la mejoría del Sistema de Salud Mexicano*. Serie Económica y Salud No 6. México DF.; Fundación mexicana para la salud; 1994.

CÓDIGO DE BIOÉTICA PARA EL PERSONAL DE SALUD MÉXICO -2002

30. Los pacientes o representantes legales tienen la responsabilidad de informar con veracidad al personal de salud, así como de manifestar las dudas y preocupaciones relacionadas con su enfermedad.

31. El consentimiento válidamente informado del paciente es la más sólida expresión de su autonomía, por lo que deben plantearse las alternativas de atención para la toma de sus decisiones. El consentimiento informado establece su autodeterminación para aceptar o rechazar métodos de diagnóstico, tratamiento y cuidados generales, excepto cuando un rechazo suponga riesgos de salud pública.

32. El paciente tiene derecho a que se respete su decisión de aceptar o no cualquier procedimiento de diagnóstico o tratamiento. Este precepto debe aplicarse a los niños, ancianos, o pacientes con trastornos mentales leves, si su estado de madurez y lucidez es apropiado para tomar la decisión correspondiente. Su aceptación en estos casos debe ser ratificada por los padres, tutores o responsables.

33. El paciente, después de haber recibido la información detallada y aceptar las prescripciones médicas, está comprometido a cumplirlas con precisión. Tiene el deber de informar al personal que lo atiende cuando por cualquier motivo ha dejado de cumplir las indicaciones.

34. El enfermo que sabe que tiene una enfermedad contagiosa adquiere, al saberlo, la obligación de evitar por todos los medios que otras personas enfermen por su contacto con él.

35. La persona que se sabe portadora de información genética adversa susceptible de transmitirse a su descendencia adquiere el compromiso de seguir el consejo genético que se le proporcione, según el caso, y asume completamente la responsabilidad de sus actos.

CAPÍTULO VI

RELACIONES INTERPERSONALES DEL EQUIPO DE SALUD

36. La capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás

en beneficio de los pacientes y de la comunidad, constituyen las bases de la conducta bioética y el sustento de la calidad de los servicios de salud.

37. Es deber del equipo de salud transmitir sus conocimientos a sus colegas, alumnos, pacientes y a la sociedad en general. La enseñanza y la información sobre los medios para proteger la salud han de ser consideradas como algunas de las obligaciones más relevantes de los prestadores de salud.

38. Las dicotomías o dividendos económicos entre el personal de salud por la derivación de pacientes a otros médicos, laboratorios y gabinetes, o por la prescripción de tratamientos son actos inaceptables, contrarios a la dignidad y a la ética de los profesionales y técnicos de la salud, y al bienestar del paciente.

39. El personal de salud puede señalar las fallas o desacuerdos que a su juicio se presenten con otros profesionales y técnicos, siempre con respeto, procurando no dañar el prestigio de algún colega o colaborador al hacerlo.

CAPÍTULO VII

BIOÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

40. El beneficio que los pacientes y la comunidad obtienen de las actividades médicas se basa en el progreso de las ciencias de la salud que se fundamenta en la investigación. Participar en investigaciones es una obligación moral del personal y, fuente de su propio desarrollo.

41. Las investigaciones básicas, clínicas u operacionales en las que interviene el equipo de salud deben apegarse a la legislación sanitaria y ser aprobadas por los Comités creados ex profeso en las instituciones donde laboran, previo análisis de los protocolos diseñados por los participantes en el estudio.

42. Los investigadores recabarán el consentimiento informado por escrito de las personas sujetas a investigación o, en su caso, de sus apoderados o tutores. El consentimiento se obtendrá con la clara descripción del estudio, de sus riesgos, beneficios y el planteamiento del derecho del paciente a retirarse de la investigación cuando así lo desee, sin que ello afecte en modo

Continúa en la página 354....