



Universitat Autònoma de Barcelona
Facultad de Medicina

Departamento de Pediatría, Obstetricia, Ginecología
y Medicina Preventiva

**Programa de Doctorado en Salud Pública y
Métodos de Investigación Biomédica**

TESIS DOCTORAL

CONSUMO EN SALUD

ANÁLISIS MERCADOLÓGICO DEL COMPORTAMIENTO
DEL CONSUMIDOR SANITARIO

HEBERTO ROMEO PRIEGO ÁLVAREZ

Director de tesis

Dr. Josep Vaqué Rafart

Barcelona, Junio de 2005.

INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla I.a Etapas en el Desarrollo de la Mercadotecnia Social aplicada a la salud.	21
Tabla I.b Etapas en el Desarrollo de la Mercadotecnia Social aplicada a la salud.	22
Tabla II Mitos y realidades en el uso de la mercadotecnia sanitaria.	23
Tabla III Comparación entre Positivismo e Interpretivismo.	33
Tabla IV Modelo de Actitudes de 3 Componentes	37
Tabla V Actitud hacia el consumo sanitario (Consumismo versus consumerismo)	42
Tabla VI Carta General de los Derechos Generales de los Pacientes	52
Tabla VII Características distintivas por sistema de atención médica	61
Tabla VIII Índice Ponderado de la Actitud hacia el consumo de servicios de salud de la población urbana de Tabasco.	77
Tabla IX Fuerza de consumo en la población urbana de Tabasco.	78
Tabla X Conocimiento de los derechos del consumidor con relación a su acción posterior a un maltrato médico.	82
Tabla XI Diagnóstico médico del padecimiento con relación a si está afiliado o no a la seguridad social.	83
Tabla XII Asociación Multivariada entre la actitud consumista y todas las variables predictoras (<i>odds ratios</i> ajustadas).	86
Tabla XIII Definición operacional de la actitud hacia el consumo con base al grado de implicación y conocimiento del consumidor sanitario	96
Tabla XIV Cronicidad de la patología con relación a las 4 categorías de la actitud hacia el consumo sanitario	103

Tabla A. 1 Índice Ponderado General	132
Tabla A.2 Índice Ponderado Individual	133
Tabla C-1 <i>Poole</i> de aseveraciones representativas de la actitud hacia el consumo de servicios de salud	143
Tabla C-2 Aseveraciones seleccionadas como representativas de la actitud hacia el consumo de servicios de salud	145

INDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Modelo del Proceso de Atención Médica.	7
Figura 2. Sucesión de acontecimientos y modelos relacionados con la utilización de servicios de salud.	10
Figura 3. Usos de la Mercadotecnia Sanitaria.	18
Figura 4. Proceso de compra en productos sanitarios	57
Figura 5. Relación entre el grado de implicación y el grado de conocimiento en el consumo de servicios de salud.	64
Figura 6. Marco conceptual de la actitud hacia el consumo en salud	75
Figura 7. Conocimiento de los derechos del consumidor sanitario con relación a la escolaridad	80
Figura 8. Conocimiento de los derechos del consumidor sanitario con relación al estrato socioeconómico	81
Figura 9. Histograma de frecuencias de la actitud hacia el consumo de servicios de salud	99
Figura 10. Derechohabencia de la CMF Casa Blanca del ISSSTE con relación al tipo de actitud hacia el consumo	100
Figura 11. Distribución de frecuencias por categorías de actitud hacia el consumo de servicios de salud	101
Figura 12. Variaciones de actitudes hacia el consumo con relación al bloque de preguntas	102

PREFACIO

El consumo en salud, también conocido como consumo sanitario, implica todo un proceso de adquisición y utilización de los bienes y servicios de salud a fin de obtener de ellos una satisfacción o utilidad directa en términos de mejora del nivel de bienestar. Este proceso conlleva una serie de etapas en las que se transita desde la percepción de la necesidad sanitaria, pasando por el deseo y búsqueda de la atención, hasta la fase propia de uso de los servicios de salud y su posterior continuación. Esta sucesión de acontecimientos relacionados con la utilización de los servicios sanitarios ha sido explicada por diversos modelos disciplinarios (epidemiológicos, sociológicos, económicos y psicosociales). El enfoque mercadológico, como abstracción de la realidad, nos permite un análisis ampliado del consumo sanitario, ya que hace posible su abordaje en cualquiera de las etapas del proceso del consumo.

En esta tesis, la mercadotecnia en su dimensión social externa analiza el comportamiento del consumidor primario (enfermo o usuario de los servicios de salud), pretendiendo clarificar su actitud hacia el consumo (utilización de servicios sanitarios) en dos variantes antagónicas: consumista versus consumerista. Por lo tanto el trabajo se estructura en dos grandes apartados. Un primero de carácter teórico – conceptual construido a través de los primeros tres capítulos, y un segundo de investigaciones empíricas, que aporta metodologías de análisis de la actitud hacia el consumo realizadas en el estado mexicano de Tabasco. Al desglose del contenido por capítulo, en el primero de ellos se establece la conceptualización social del consumo, se discuten los diferentes modelos disciplinarios para el estudio de la utilización de servicios de salud y se prioriza el abordaje mercadológico.

En el capítulo 2 se aboga por el término de cliente sanitario en contraposición al clásico de paciente, se mencionan las consideraciones metodológicas para el estudio del comportamiento del consumidor, se discute sobre la actitud hacia el

consumo, estableciéndose las diferencias entre la actitud consumista y la consumerista en salud; resaltando en este último aspecto el papel protagónico que ocupa el cliente y los derechos del consumidor.

En el capítulo 3 se reseñan las etapas del proceso de compra de productos de salud y se identifican los actores que participan en él. También se determinan las características distintivas de la atención médica en los sistemas privados y estatales. Y se hace referencia a un modelo de análisis teórico sobre la decisión de compra, basado en el grado de implicación y conocimiento del consumidor sanitario.

En el capítulo 4 se da inicio al apartado de las investigaciones empíricas. El primer estudio profundiza en el análisis de la actitud hacia el consumo de servicios de salud en la población urbana de Tabasco, México; mediante la construcción de índices ponderados de la actitud hacia el consumo, general e individual, y se determina el peso de once variables de interés o predictoras sobre la actitud consumista mediante una regresión logística.

En el capítulo 5 se reseña otra investigación empírica realizada en consumidores primarios de la seguridad social (CMF *Casa Blanca* del ISSSTE), con características distintivas de mayor edad y escolaridad, con el objeto de determinar una actitud hacia el consumo contraria a la de la población en general del Estado de Tabasco, México; igualmente se establecen categorías diferenciales de la actitud consumerista de la derechohabencia con base su grado de implicación y conocimiento.

Finalmente se redactan las conclusiones finales de la tesis considerando las aportaciones teórico-conceptuales y las validaciones metodológicas y empíricas. También se incluye un glosario con la definición conceptual de los principales términos incluidos y se anexan los instrumentos de recolección de datos y aspectos metodológicos del tratamiento estadístico.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a mis padres por su profundo amor y valioso apoyo en mi formación profesional, y a mi esposa e hijo por su paciencia y tiempo que han tenido que sacrificar en aras de la obtención académica del grado doctoral.

Debo agradecer también la valiosa labor asesora de mi director de tesis, Dr. Josep Vaqué Rafart, quien hizo posible la conclusión de esta tesis.

Asimismo hago patente mi agradecimiento a mi institución laboral, la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco en México, en especial a las autoridades de la División Académica de Ciencias de la Salud, por las facilidades otorgadas para la realización de los proyectos de investigación y en particular el apoyo financiero aprobado por las altas autoridades, Rectora M.A. Candita Victoria Gil Jiménez y la Secretaria Académica M. P. E. S. María Isabel Zapata Vásquez. Igualmente debo expresar mi gratitud al Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Tabasco por hacer posible mi presencia en España para la disertación doctoral.

Reconocimiento expreso me merecen mis compañeros maestros M. en C. José Isabel López Naranjo por su valiosa intervención en las determinaciones de las muestras poblacionales, así como al M.A. José Luis Meneses Hernández en su asesoría para el tratamiento informático de las bases de datos.

Por último, agradezco al Lic. León Felipe Araiza Morales, Delegado Estatal del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, por haber permitido la realización del último estudio en la Clínica Médico Familiar *Casa Blanca* de dicho instituto y por las facilidades logísticas dadas en dicha investigación empírica.

CONTENIDO	Página
Índice de Tablas	iii
Índice de Figuras	v
Prefacio	vii
Agradecimientos	ix
Primera Parte	
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	1
Capítulo 1.	
HACIA EL CONOCIMIENTO DEL CONSUMO SANITARIO	4
1.1 Conceptualización del consumo	5
1.2 Modelos explicativos	16
1.3 Abordaje mercadológico	19
1.4 Modelo Mercadotécnico	25
Capítulo 2.	
EL COMPORTAMIENTO DEL CONSUMIDOR SANITARIO	25
2.1 Consumidor sanitario	27
2.2 Consideraciones metodológicas	31
2.3 Actitud hacia el consumo	35
2.4 Derechos del consumidor sanitario	43
Capítulo 3.	
ANÁLISIS MERCADOLÓGICO DEL PROCESO DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD	53
3.1 El proceso de compra en productos sanitarios	55
3.2 Participantes en la decisión de compra de servicios de salud	58

3.3 Implicación y conocimiento en la decisión de compra de servicios sanitarios	62
Segunda Parte.	
INVESTIGACIONES EMPÍRICAS	69
Capítulo 4.	
¿CONSUMISMO O CONSUMERISMO?	
La actitud preferente del consumidor sanitario urbano de Tabasco, México.	71
4.1 Objetivos	73
4.2 Material y métodos	74
4.3 Resultados	76
4.4 Discusión	87
4.5 Conclusiones	89
Capítulo 5.	
IMPLICACIÓN Y CONOCIMIENTO EN LA ACTITUD HACIA EL CONSUMO DE SERVICIOS DE SALUD.	
EL caso de los derechohabientes de la CMF <i>Casa Blanca</i> del ISSSTE.	91
5.1 Objetivos	93
5.2 Material y métodos	93
5.3 Resultados	98
5.4 Discusión	104
45.5 Conclusiones	106
CONCLUSIONES FINALES	107
BIBLIOGRAFÍA	111
GLOSARIO	123
APÉNDICES	129

Primera Parte

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Consumo en Salud.
Análisis mercadológico del comportamiento del consumidor sanitario

CAPÍTULO 1

HACIA EL CONOCIMIENTO DEL CONSUMO SANITARIO

Consumo en Salud.
Análisis mercadológico del comportamiento del consumidor sanitario

1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL CONSUMO

El proceso de consumo en salud se inscribe en el contexto del conjunto de actividades que constituyen la vida cotidiana de los individuos. Consumir es una manera de afirmarse y de hacerse reconocer en el interior de cada uno de los círculos dentro de los cuales evolucionamos. De acuerdo a Baudrillard (1972)¹ cada objeto representa, más allá de su simple utilización funcional, un signo, el elemento de un lenguaje, que permitirá a los individuos dar prueba de unos valores comunes.

Si bien no existe una teoría multidisciplinaria del consumo, puesto que las investigaciones sobre ella han sido desde diversas teorías (económicas, sociológicas psicoanalíticas, psicosociales, antropológicas, etc.), una definición bajo un enfoque sociocultural sería la propuesta por García-Canclini (1995:42) en la que se entiende al consumo como el *“conjunto de procesos socioculturales en que se realizan la apropiación y los usos de los productos”*.

El proceso de consumo forma parte del modo en que una sociedad organiza y procura la satisfacción de las necesidades de sus miembros (Navarro, 1978). 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”* (Priego Álvarez, 1995). 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 Cebrian (1995:55) el consumo de servicios de salud por parte de un

¹ Citado por Joël Brée (*Los niños, el consumo y el Marketing*. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica, 1995:124).

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”.

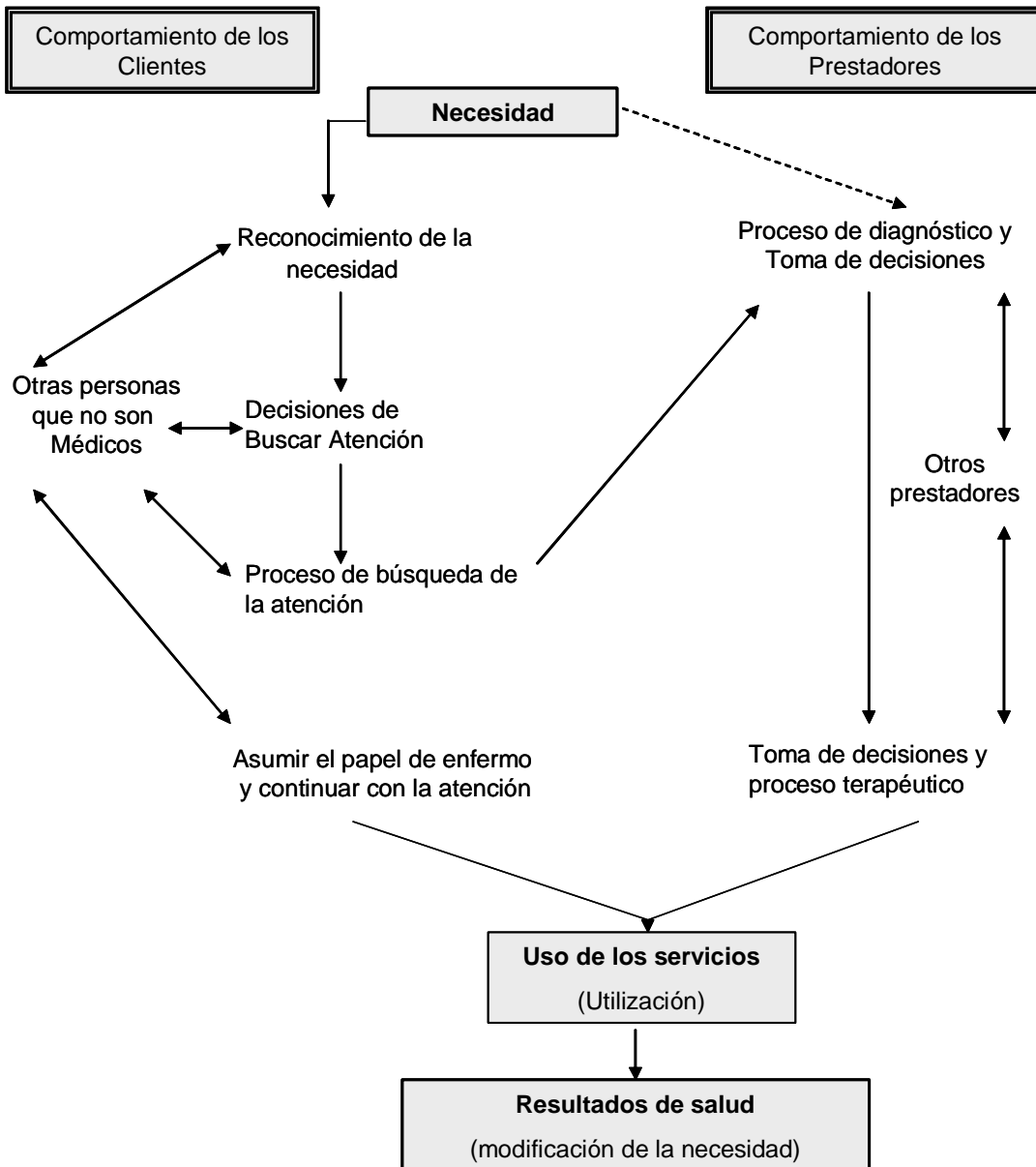
1.2 MODELOS EXPLICATIVOS

De acuerdo a Avedis Donabedian (1987:34-38), el proceso de atención médica se concibe primordialmente como dos cadenas de actividades y sucesos en los que participan –en forma paralela pero no inconexa- el prestador de la atención médica, por una parte, y el cliente por la otra (Figura 1). Las actividades que constituyen el proceso de atención médica surgen como respuesta a una necesidad que generalmente se percibe como una alteración de la salud o del bienestar. En algunos casos el profesional de la salud puede ser el primero en detectarla y esto puede desencadenar el proceso que lleva a la atención médica, pero lo normal es que sea el consumidor el que demande la atención inicial al percatarse de su estado carencial.

El proceso de búsqueda de la atención lleva a establecer contacto directo con el médico. En algunos casos el camino que lleva hacia la atención médica es tortuoso o intervienen en él amigos, familiares, etc. Una vez establecido el contacto con el proveedor médico, éste fija una serie de actividades que están representadas en la segunda cadena del modelo. Estas actividades son el proceso de diagnóstico y toma de decisiones, y el proceso terapéutico, en el cual interviene un “sistema profesional de referencias” (aquellas que se realizan con los profesionales de la salud).

Los dos ejes principales del proceso de atención médica, el comportamiento del cliente y el comportamiento del prestador, convergen en la utilización de los servicios, que a su vez debería aliviar un poco la necesidad que desencadena originalmente el proceso. Por ello se puede decir, además, que el proceso de atención médica tiene la propiedad de ser circular: comienza con la necesidad y termina con una modificación de ésta,

Figura 1
MODELO DEL PROCESO DE ATENCION MEDICA*



Fuente: Donabedian Avedis. *Aspectos de la administración de la Atención Médica*. Edición en Español. México: Fondo de cultura Económica, 1987.

ya sea aliviándola parcialmente o neutralizándola en una forma más completa. También es posible que no se logre aliviar la necesidad y, si se aplica mal la terapia, que se vuelva más intensa o se cree una nueva. De esta forma se puede afirmar que la utilización de los servicios de salud puede concebirse como la interfase de un proceso dinámico y complejo que pone en contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el objeto de satisfacer una condición de salud determinada. Al respecto puede afirmarse que la perspectiva de estos actores² (prestador del servicio y consumidor sanitario) raramente coinciden. Desde el mismo punto de partida del proceso de atención, la identificación de las necesidades sanitarias,³ se notan las discrepancias existentes. Para los usuarios se parte de una *necesidad sentida*, que es el planteamiento de su percepción de la realidad, así como de sus deseos, expectativas y preferencias en materia de salud, sean éstas expresadas o no (*necesidad expresada*). En contraste, los proveedores de la atención sanitaria, tienen *necesidades reales o normativas*, es decir, las que define el experto y se encuentran plenamente avaladas por fundamentos científico-técnicos, concretizadas epidemiológicamente (magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, factibilidad y viabilidad)⁴ y presupuestadas racionalmente. Al no haber congruencia en la

² Es bastante amplia la cantidad de sinónimos con los que se les conocen a los **actores del proceso de atención médica**. Cada término tiene una connotación propia de la disciplina que la utiliza. Así, para la Economía, tendríamos ofertantes y demandantes de atención; para la Administración Sanitaria hablaríamos de prestadores y prestatarios, proveedores de atención médica y usuarios, Institución de Seguridad Social y derechohabientes. En el caso particular de la Mercadotecnia Sanitaria se conoce a los vendedores como prestadores de servicios y a los compradores como consumidores.

³ El concepto de **necesidad** denota un “*desequilibrio o una diferencia entre la situación real en que se encuentra el individuo o la colectividad y la situación óptima en que podría encontrarse*” (Álvarez-Nebreda, 1998:193). Existen diferentes formas de acercarnos a la realidad. Desde el punto de vista biomédico es “*una deficiencia o ausencia de salud, determinada a partir de criterios biológicos o epidemiológicos que conducen a tomar medidas de prevención, tratamiento, control y erradicación*” (Hogarth, 1978:253); pero para el común de los ciudadanos, una necesidad generalmente es entendida “*cuando se constata una diferencia entre una situación considerada como óptima y la situación observada en la actualidad, diferencia que se desea reducir*” (Nutt PC, citado por Pineault R. Y Daveloy C. 1987:45) o “*algo que falta deseado por el consumidor con más o menos intensidad*” (Varó, 1994).

⁴ Los criterios epidemiológicos bajo los cuales los gestores de la atención sanitaria priorizan una necesidad son: **magnitud** (tamaño del problema de salud); **trascendencia** (consecuencias que tendrá un problema determinado si se deja evolucionar naturalmente); **vulnerabilidad** (lo fácil o no que resulta atacar o resolver el problema de salud); **factibilidad** (hace referencia a la capacidad que se tiene para resolver el problema sanitario, puede ser técnica, económica o legal); y, **viabilidad** (si existe la decisión para resolverlo en términos de voluntad política).

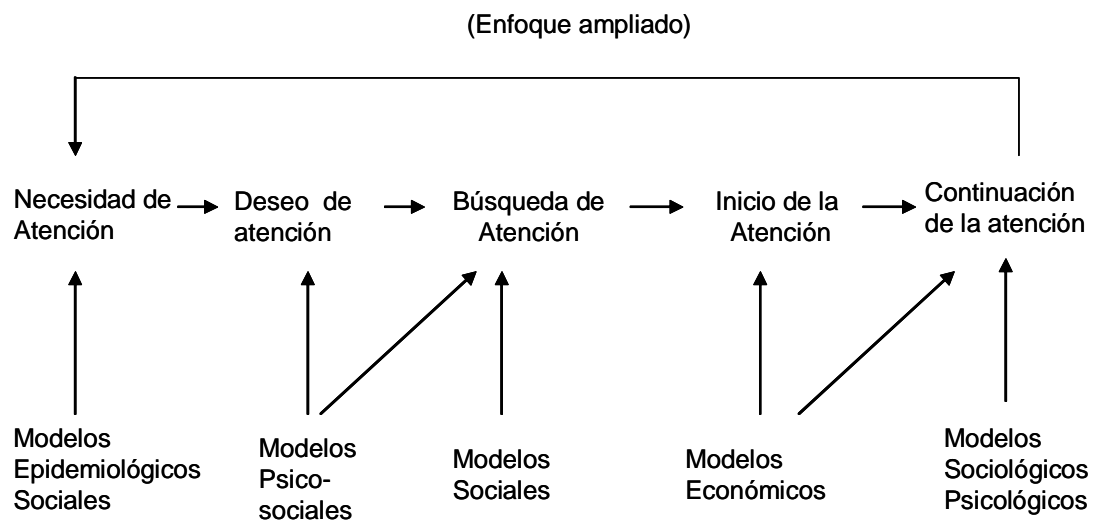
identificación de las necesidades, se genera una brecha que distancia a los actores y provoca una gran insatisfacción en ambos, al no ver resueltas sus necesidades.

Bajo un enfoque ampliado la utilización de servicios de salud es considerada como una sucesión esquemática de acontecimientos: a) necesidad de atención, b) deseo de atención, c) búsqueda de atención, d) inicio de atención, y, e) continuación de la atención. En un afán explicativo diversos modelos: epidemiológico, que parte del concepto de necesidades de salud de la población (Donabedian, 1987), sociales, (Mechanic, 1961; Suchman, 1964; Andersen, 1968; Aday y Anderson, 1974, 1974; Andersen, 1995), económicos (Schultz, 1962; Grossman, 1972; Phelps Newhouse, 1973; Acton, 1975; Feldstein, 1983; Parker y Robert, 1986), y psicosicales⁵ (Rosenstock, 1966; Zola, 1973), han tratado de explicar la utilización de los servicios de salud dependiendo de la etapa del proceso (Figura 2).

⁵ La **Psicología Social** se entiende como "un punto de vista y una perspectiva singular desde la que se aborda el estudio de una amplia gama de temas, especialmente de aquellos en los que se entrecruza lo social, lo histórico, lo psicológico y lo biológico" (Alvaro et. Al., 1996:14).

Figura 2

**SUCESION DE ACONTECIMIENTOS Y MODELOS
RELACIONADOS CON LA UTILIZACION DE LOS
SERVICIOS DE SALUD***



* Figura Elaborada por Arredondo A. y Meléndez V. (Modelos explicativos de servicios de salud: revisión y análisis. Salud Publica Méx. 1992;34:36-49) modificado a su vez de Frenk J. (El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Publica Méx. 1985;27(5):438-456)

Modelo Epidemiológico

Este modelo se basa en el estudio de las necesidades de salud de la población, es decir, de aquellos estados carenciales que suelen ser entendidas como *“cualquier alteración en la salud y el bienestar”* que requiere de servicios y recursos para su alteración (Donabedian, 1987). De esta manera, los daños a la salud (morbilidad, mortalidad, discapacidad) constituyen necesidades que motivan o inducen a la población a utilizar los servicios una vez que son expresadas. La utilización de los servicios también depende de la exposición de esa población a los factores de riesgo, los cuales se asocian con la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en determinadas condiciones. Estos factores pueden ser iniciadores, promotores y pronósticos. Los riesgos iniciadores o predisponentes ocurren antes de que la enfermedad se torne irreversible. Los riesgos promotores o precipitantes ocurren cuando la enfermedad es ya irreversible. Los riesgos pronósticos actúan en el punto de irreversibilidad y de alguna manera permiten afirmar si un individuo avanzará hacia la mejoría o la muerte. Por consiguiente la utilización de los servicios estará determinada en mayor o menor grado por el tipo de riesgo al cual se exponga la población, y requerirá de un tipo específico según el caso. Así los riesgos iniciadores motivarán a la población a utilizar en primera instancia los servicios de prevención, en segunda instancia los servicios de diagnóstico y tratamiento, y en el última instancia los servicios de mantenimiento y rehabilitación. Los riesgos pronósticos tienen una relación más estrecha con los servicios de mantenimiento y en menor grado con los de diagnóstico y tratamiento.

La exposición al riesgo también tiene otra connotación que implica un *“efecto protector”* en el grupo que se expone al mismo. Este sería el caso de los servicios de salud. Dicho de otra manera, el “exponerse” a la utilización de un servicio específico de salud o de todos los servicios en conjunto “protege” a la población “expuesta” en relación con la que no está. Por lo

tanto, la población “expuesta” en alto grado a la utilización de los servicios goza de un efecto protector mayor, pero a su vez se expone a otro efecto que ya no es protector sino de riesgo propiamente dicho, que es la iatrogenia (Arredondo y Meléndez, 1992). Lo anterior depende de otra determinante muy importante que es la calidad de los servicios. Dependiendo de la calidad, el efecto protector puede aumentar considerablemente, disminuyendo a su vez el efecto de riesgo, o sea la iatrogenia, aumentando consiguientemente el grado de utilización entre la población “expuesta”. Con respecto a la población que no se “expone” a la utilización de los servicios, o que lo hace de manera muy eventual, su grado de utilización es muy bajo, el efecto protector es mínimo y la iatrogenia como factor de riesgo es mucho mayor si se considera que esta población se “expone” a la utilización de otros servicios no institucionales, como puede ser el curandero, la partera, el brujo u otros sanadores.

Otro de los factores determinantes considerados en este modelo son la accesibilidad, la disponibilidad y las características de los servicios. En cuanto a la accesibilidad (grado de ajuste entre las características de los servicios y las características de la población: Donabedian, 1980), es considerada como factor intermedio entre la demanda de atención y las características de los servicios. La disponibilidad (capacidad para producir servicios, además de la simple presencia de recursos: Donabedian, 1980), también se considera otro factor intermedio, pero en este caso entre accesibilidad y las características de los servicios. Las características de los servicios ejercen una gran influencia sobre la población y pueden no modificar los patrones de utilización.

Modelo Sociológico

La Sociología Médica parte del concepto ampliamente conocido como parsonianiano (Parsons, 1951) del papel del enfermo (*“sick role”*). Mechanic (1961) para complementarlo formuló el concepto de la conducta del enfermo (*“illness behavior”*), y lo definió como la forma en que los síntomas pueden ser diferencialmente percibidos y pueden llevar a diferentes reacciones en

los individuos. Asimismo propuso que este término debía distinguir, por lo menos, cuatro grupo de variables: a) visibilidad y frecuencia de los síntomas; b) grado de severidad de los síntomas; c) existencia de sistemas alternativos para interpretar los síntomas, y, d) factores no sociológicos, tales como las características de los servicios de salud. En esa misma dirección Suchman (1964) propuso que en la conducta del enfermo se distinguía la siguiente secuencia: a) percepción de los síntomas; b) adopción del papel del enfermo con validación provisional de individuos no profesionales; c) establecimiento de contacto con los servicios de atención médica; d) ingreso en la relación médico-paciente; y, e) recuperación. Rosenstock (1966) señaló que la utilización de servicios podía explicarse distinguiendo tres tipos de variables: a) el nivel de disposición del individuo para utilizar los servicios (compuesto, a su vez, por la percepción del individuo sobre la gravedad de la enfermedad y sobre su propia susceptibilidad); b) los beneficios y barreras percibidos (en cuanto a decidirse a hacer uso de los servicios); y, c) los detonantes de la acción (internos: percepción del estado corporal, o externos: interacción con otros). Andersen (1968), por su parte, también sugirió que la utilización de servicios es el resultado de tres variables, pero reagrupadas de la siguiente manera: a) la necesidad de atención médica (desde el punto de vista tanto del paciente como del personal sanitario); b) los factores predisponentes, conformados por variables sociodemográficas asociadas a las actitudes y creencias en torno a la salud y la enfermedad, tales como edad, sexo, composición familiar, clase social, ocupación, etcétera; y c) los factores capacitantes, que se ahocican a la condición socioeconómica, ya sea en el ámbito familiar (ingreso, ahorros, seguros médicos) o comunitario (disponibilidad, accesibilidad, etcétera). Este Modelo Comportamental de Utilización de Servicios de Salud (*Behavioral Model of Health Service Use*) ha sido modificado en etapas sucesivas por su autor, su última revisión en 1995 tiene como unidad de análisis al individuo y ofrece una perspectiva integradora del uso de los servicios sanitarios. Este modelo emergente, en su fase final presenta cuatro dimensiones de estudio: a) medio ambiente; b) características de la población; c) conducta en salud; y, d) resultados.

Dentro del medio ambiente se contempla el sistema de atención a la salud y el medio externo. Las características poblacionales incluyen a las características predisponentes, los recursos facilitadores o permisibles, y a las necesidades. El comportamiento en salud implica las prácticas personales en salud y el uso de los servicios sanitarios. Los resultados se interpretan a través del nivel de salud percibida, el nivel de salud objetivo o estatus de salud evaluado, y la satisfacción del consumidor.

En realidad, la mayor parte de estos modelos sociológicos, así como de las revisiones de la literatura sobre utilización (Dutton, 1966; Hulka y Wheat, 1985) representan más bien un intento de identificar las variables que influyen en la utilización de servicios de salud y no una explicación del efecto de cada una de ellas. Algunos autores han mencionado que más que buscar asociaciones entre la utilización y otras variables sociodemográficas, *“debemos adoptar una teoría y un método que tome en cuenta las intenciones de los autores en su propio contexto”* (Dingwall, 1976). Zola (1973) insistió en la necesidad de concentrarse en la percepción que el individuo tiene tanto de sus propios síntomas como de las ventajas y desventajas de hacer uso de los servicios sanitarios. La utilización de servicios de salud es, esencialmente, un campo de conducta muy dinámico en el cual la capacidad interpretativa de los individuos juega un papel fundamental (Joseph y Phillips, 1984). En consecuencia, es preciso estudiar el carácter parcial de los estudios sociológicos citados y considerar la utilización de los servicios de salud, de acuerdo a Lewis (1994), no sólo como un *hecho social* (determinado por variables externas a los individuos), sino como un tipo específico de *acción social*, es decir, como una forma de conducta que se explica a partir los significados que los individuos construyen a través de la interacción social.

Modelo Económico

Los modelos económicos que explican la utilización de los servicios de salud se pueden englobar en dos grandes rubros: modelos basados en el

análisis de la demanda y los modelos basados en la teoría del capital humano.

Los primeros modelos, basados en el análisis de la demanda, inicialmente consideraron las ecuaciones de demanda derivados de la maximización de una función de utilidad sujeta a una restricción presupuestal simple, donde se supone que el ingreso monetario se gasta en dos grupos de bienes que se usan, el de los servicios médicos, y el otro formado por todos los demás bienes (Parker y Robert, 1986). La utilidad se expresa como $U = (x, y)$, donde la utilidad depende de la cantidad de los bienes “x” y “y” que se consuma, que correspondería a los dos grupos de bienes. Para consumir estos bienes se necesita que la persona tenga cierto ingreso, pero lo que puede adquirir depende de los precios de los bienes.

La hipótesis que trataban de probar estos modelos era que la demanda de servicios dependía de su propio precio, de otros precios, del ingreso y de los gustos de las personas, mientras que el propósito principal era estimar las elasticidades como medida de respuesta de la cantidad demandada de un bien a los cambios en el precio (elasticidad de los precios), en el ingreso (elasticidad del ingreso) y en precio de otros bienes (elasticidad cruzada); de esta manera se quería probar que: a) elasticidad de la demanda de servicios de salud negativa (incremento en el precio → baja demanda); b) elasticidad cruzada positiva (incremento en el precio de otro bien → incremento en la demanda de servicios de salud); y, c) elasticidad del ingreso positiva (incremento del ingreso → incremento en la demanda de servicios de salud. Así se encontró en casi todos los estudios que estas elasticidades eran bajas y con los signos que se esperaban.

El que la elasticidad de la demanda de los servicios de salud fuera baja significó que la gente es poco sensitiva a los cambios en los precios de los servicios médicos, afirmándose que la demanda de estos servicios es inelástica (Feldstein, 1983). Otros autores utilizaron el mismo tipo de

modelos pero incorporaron el argumento de Becker, sobre la existencia de costos de tiempo asociados con las actividades de consumo. Dentro de éstos está el modelo de Acton (1975), en el cual se incorpora al tiempo como limitante del consumo en la distribución presupuestal, por lo que la elasticidad de la demanda para este autor tiene dos componentes: a) la elasticidad del precio con respecto al tiempo, y respuesta de la cantidad demandada de servicios de salud con respecto al costo de tiempo; y, b) la elasticidad del precio con respecto al precio en efectivo, y la respuesta de la cantidad demandada con respecto al cambio en el precio. Concluyendo que si la elasticidad costo del tiempo es mayor que la del costo en dinero, significa que la demanda es más sensible a los costos de tiempo.

Los modelos basados en la teoría del capital humano plantean una visión racionalista del ser humano; consideran que la utilización de los servicios está en relación a la demanda de salud, considerándola como una forma de capital humano en la que se puede invertir, por lo que las personas pueden aumentar sus capacidades como productores y como consumidores, invirtiendo en ellos mismos (Schultz, 1962).

1.3 ABORDAJE MERCADOLÓGICO

Conceptualización de la mercadotecnia en salud

La Mercadotecnia en Salud o Sanitaria (*Health Care Marketing*) conlleva dos acepciones: por un lado la de ser una especialidad dentro del estudio del “*Marketing*” dedicada a la descripción, investigación, métodos de medición y sistemas de análisis de la demanda sanitaria, así como la satisfacción de los pacientes; y por otra parte la de ser entendida como un proceso de gestión responsable de identificar, anticipar y satisfacer los requerimientos de los pacientes de forma adecuada y provechosa (Rubio-Cebrian, 1995:167).

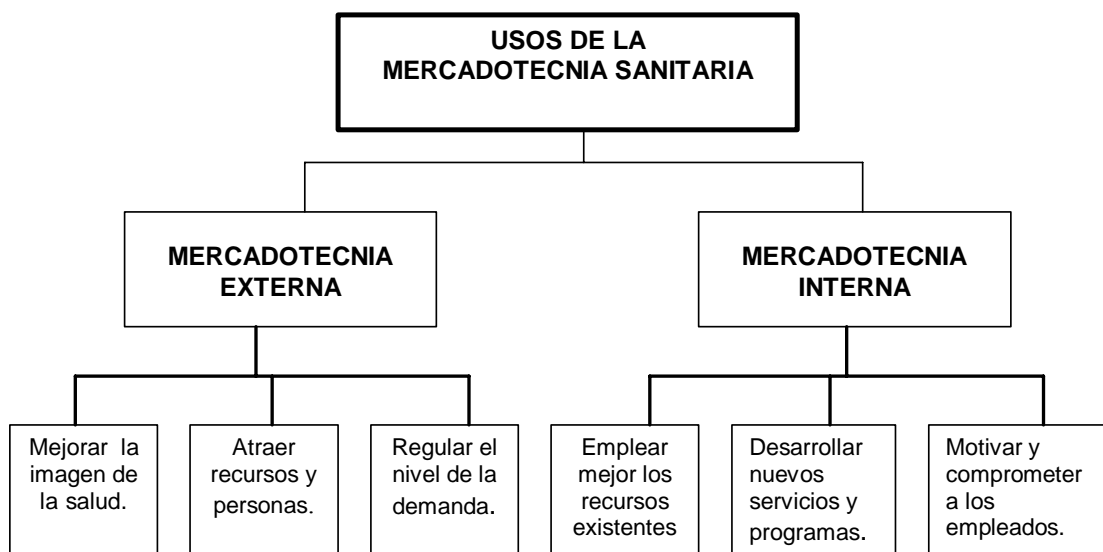
Respecto a esta segunda acepción, la mercadotecnia puede ser entendida como la *“orientación Administrativa que procura un proceso de intercambio entre clientes y profesionales, con el objeto de solventar necesidades, satisfacer deseos y expectativas en materia de salud”* (Priego-Álvarez, 1995), y adquiere vital importancia para la mejor prestación de los servicios. Como herramienta de gestión, la mercadotecnia habrá de detectar las necesidades de salud no satisfechas buscando suplirlas con servicios pertinentes. Para ello no sólo se tendrán en cuenta las necesidades biógenas (resultantes de estados fisiológicos), sino que también las psicógenas y las sociales). Una redefinición del concepto de Mercadotecnia convoca a *“satisfacer las necesidades del mercado-meta (población objetivo) en formas que mejoren la sociedad como un todo, al mismo tiempo que se satisfacen los objetivos de la organización”* (Kotler, 1994). La Mercadotecnia es *“una filosofía, una orientación de organización hacia el consumidor y un repulsivo para la gestión sanitaria”* (Rodríguez, 1994) que implica la creación de un estado de máxima sensibilización hacia el cliente. Este nuevo rol de la Mercadotecnia la convierte en un elemento clave que encierra un gran valor como instrumento de cambio organizacional para el cumplimiento cabal de los objetivos del sector salud.

Dimensiones y usos de la mercadotecnia en salud

Los usos de la Mercadotecnia Sanitaria pueden ser externos o internos a la empresa de salud [Figura 3]. En el ámbito externo permite mejorar la imagen del producto o servicio de salud, atrae recursos y personas hacia la institución, y regula el nivel de la demanda, estimulándola o revitalizándola; o por el contrario desincentivando un uso o consumo excesivo haciendo lo que se conoce como desmercadotecnia o contramercadotecnia (*demarketing*). A nivel interno, se aplica para hacer un mejor uso de los recursos existentes, en el desarrollo de nuevos servicios y programas de salud y, para motivar y comprometer a los empleados con la misión y el objetivo de la organización, procurando la mejoría en los aspectos humanos o interpersonales de la calidad. La Mercadotecnia Interna

debe entenderse como un “atrayente o incentivador que retiene a unos clientes internos por medio de unos productos-trabajos destinados a satisfacer sus necesidades y apetencias” (Lamata et al., 1994:195). Al respecto es conveniente considerar que una empresa de salud aumenta su capacidad para satisfacer las necesidades y deseos de sus clientes externos (consumidores, usuarios, aseguradoras), si satisface previamente la de sus clientes internos (trabajadores, profesionales).

Figura 3



FUENTE: Priego-Alvarez Heberto. *Mercadotecnia en Salud: Aspectos básicos y operativos*. Villahermosa, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 1995.

La Mercadotecnia en salud es un ejercicio profesional y una disciplina administrativa cada vez más tecnificada, cuya esencia radica en que se vincula directamente a la gestión de cualquier institución de salud (clínica, hospital, etc.) y la orienta (March-Cerda et al., 1996). Esta orientación tiene como clave la determinación de las necesidades y valores de la población objetivo (mercado-meta) a fin de conseguir el deseado nivel de satisfacción. Por eso, las actuales empresas de salud son ahora más sensibles a las necesidades, preferencias y expectativas de los usuarios con el fin de satisfacerlas (*investigación de mercado*); estableciendo

estrategias diversas en función de públicos distintos (*segmentación de mercado*); y ofertando un conjunto de actividades que tengan como base a la calidad (*marketing mix*).⁶

1.4 MODELO MERCADOTÉCNICO

Tres de los objetivos fundamentales del “*Marketing*” son la maximización en el consumo, la maximización en la satisfacción del consumidor y la maximización en la calidad de vida (Kotler, 1984). Es por ello que bajo un enfoque mercadológico los estudios de consumo en salud hacen referencia a la utilización que se hacen de los servicios sanitarios, pero van más allá porque valoran la óptica del usuario, “*para que tenga ahora la oportunidad de manifestar sus necesidades, preferencias, deseos y expectativas en materia de salud*” (Priego-Álvarez, 1995).

Rodríguez y García (1996:361) entienden a la Psicología Social de la Salud como “*la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la Psicología Social a la comprensión de los problemas de salud, y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención en ese marco*” y afirman que esta disciplina “*incide en temas que están estrechamente relacionados con lo que hoy se denomina Márketing Social de Salud*” --haciendo clara alusión al libro de Frederiksen LW, Solomon LJ y Brehony KA (*Marketing Health Behavior*. New York: Plenum Press, 1984)--, y terminan diciendo que “*mucha de la actividad de la futura Psicología Social de la Salud se canalizará, sin duda por ese camino*”. Aunque más bien la perspectiva mercadotécnica del consumo sanitario al hablar tanto de un consumidor como de un grupo de consumidores en relación a su entorno social puede

⁶ La mixtura, mezcla de mercadotecnia o compuesto de mercadeo es la traducción castellana del término inglés “*marketing mix*”. Se conoce como mezcla de mercadotecnia a “*los elementos o factores que intervienen en la función de mercadeo que deben ser combinados de tal forma que permita a la empresa el logro óptimo de sus objetivos de mercadeo*” (Fisher Rossi, 1990:87). Para ello se parte del famoso esquema nemotécnico de las 4 “P” (por sus siglas en inglés: Product, Price, Place, Promotion) que fue elaborado por E. Jerome McCarthy en 1960.

inscribirse dentro de la llamada **Psicosociología del Consumo** (Farrás y Bosch, 1995), misma que intenta explicar la conducta del consumidor como parte y producto de la sociedad y donde, a diferencia de los anteriores modelos, su análisis es aplicable a todas las etapas del proceso de utilización de servicios de salud (desde la percepción de la necesidad de atención hasta la continuidad de la misma).

La circunstancia socio-cultural determina, entre muchas cosas, las actitudes y comportamientos del individuo con relación a la salud y la enfermedad, y dado que es esta circunstancia la que establece los roles correspondientes y sus demandas específicas para cada uno de los actores del proceso de atención médica (profesionales de la salud y usuarios) en su interacción, el Marketing Sanitario en su dimensión social⁷ nos ofrece un campo nuevo de análisis e intervención. De hecho la aplicación de la Mercadotecnia al terreno del consumo sanitario --y en particular la Mercadotecnia Social-- no es nueva. Al respecto Ling et al. (1992) mencionan que *“en menos de 20 años la comercialización social de la salud ha pasado a ser una práctica reconocida”*, y al efectuar una revisión bibliográfica sobre el tema clasifican los aportes en tres períodos. Un primero, que denominan teoría precoz, donde se aportan conceptualizaciones (Kotler y Levy, 1969; Lazer, 1969; Lavidge, 1970; Kotler y Zaltman, 1971; Dawson, 1971). Otro intermedio o de experiencias evaluadas, donde se da una acumulación creciente de datos (Fox y Kotler, 1980; Kotler, 1982; Manoff, 1985) centrándose su aplicación a campos específicos como la nutrición (Israel, Foote y Tognetti, 1987) y a estudios como la mezcla de estrategias, canales y evaluación (Bloom, 1980; Andreasen, 1981; Sheth y Frazier, 1982). En el último período, llamado de aceptación creciente, los servicios de salud pública pasan a ser *“productos”*,

⁷ Dos son las dimensiones de la Mercadotecnia en Salud: Social y Comercial. La primera procura la mejoría en la calidad de vida bajo un enfoque ético y colectivo. En la segunda media un interés netamente económico. El término **Mercadotecnia Social** fué acuñado por Kotler y Zaltman en 1971 para describir el uso de los principio y técnicas de la comercialización encaminada al apoyo de una causa, idea o conducta sociales. Para Kotler y Robert (1992), el *producto social* puede ser una idea, práctica u objeto tangible en tanto este último se asocia con un cambio de conducta.

la población se convierte en “clientes” o “consumidores” y las organizaciones que distribuyen los productos se transforman en “vendedores” (Lefebvre y Flora, 1988; Kotler y Roberto, 1989). [Tabla I.a y I.b].

Como se ha visto, en la actualidad las aplicaciones del *marketing* al ámbito de los servicios de salud son amplias y en constante crecimiento. Sin embargo aun persisten variados mitos que nos alejan de la realidad y que suelen argumentar sus detractores (Tabla II), por lo que es conveniente señalar algunos de éstos con el objeto de erradicarlos y sensibilizar a los prestadores sanitarios de las ventajas y conveniencias que tiene el uso del mercadeo en la prestación médica, en particular para el conocimiento del consumidor.

Tabla I.a

ETAPAS EN EL DESARROLLO DE LA MERCADOTECNIA SOCIAL APLICADA A LA SALUD.			
ETAPAS VARIABLES	1) TEORÍA PRECOZ	2) EXPERIENCIAS EVALUADAS	3) ACEPTACION CRECIENTE
AÑOS	A finales de los años 60's y principios de los 70's.	Ultimos años de los 70's y primeros de los 80's.	A finales de los años 80's y en la actualidad.
AUTORES	-Shruptine FK, Osmanski; FA (1975) Marketing's Changing role: expanding or contracting? -Martin NA. (1968) The Outlandish idea: How a marketing man would save India. -Kotler P, Zaltman G. (1971) Social Marketing : An approach to planned social change. -Lazer W, (1969) Marketing's changing relationships. -Dawson LM, (1971) Marketing Scieince in the age of the aquarios. -Lavidge R. (1970) The growing responsibilities of Marketing. -Kotler P, Levy SJ. Broadening the concept of Marketing.	-Kotler P. (1982) Marketing for Nonprofit Organizations. -Fox FA, Kotler P. (1980) The Marketing of social causes: The first 10 years. -Manoff RK. (1985) Social Marketing new imperative for Public Health. -Andreasen A. (1981) Power potential Channel strategies in Social Marketing. -Sheth JN, Frazier GL. (1982) A Model strategies mix choice for planned social change.	-Kotler P, Robert EL. (1989) Social Marketing for changing public behavior. -Lefebver CR, Flora JA. (1988) Social Marketing and Public Health intervention.
ENFOQUES	-Aplicación de las técnicas de Comercialización a las causas sociales. -Los teóricos se interesan por aportar conceptualizaciones.	-El interés se centra en la acumulación creciente de datos procedentes de los enfoques de comercialización social.	-Los servicios de salud pública pasan a ser “productos”, la población se convierte en “clientes” y/o “consumidores” y las organizaciones que distribuyen los productos se transforman en “vendedores”.

FUENTE: Priego Álvarez Heberto. *Mercadotecnia: Herramienta de gestión sanitaria*. Hitos de Ciencias Económico Administrativas, 1998;8:32-38.

TABLA I.b

ETAPAS EN EL DESARROLLO DE LA MERCADOTECNIA SOCIAL APLICADA A LA SALUD.			
ETAPAS VARIABLES	1) TEORÍA PRECOZ	2) EXPERIENCIAS EVALUADAS	3) ACEPTACION CRECIENTE
APORTES	<p>-Diferenciación entre Mercadotecnia Social (aplicación social de los métodos de comercialización a una causa social) y Publicidad Social (uso de los medios de comunicación para dar publicidad a una causa social).</p> <p>-Se define a la Mercadotecnia Social como un enfoque del cambio social planificado y se subraya sus rasgos esenciales (Kotler y Zaltman, 1969).</p> <p>-Kotler y Levy acuñan el término <i>"demarketing"</i> (desmercadotecnia o contramercadotecnia para reducir la demanda de determinado producto).</p>	<p>-Su aplicación práctica a campos específicos como la nutrición (Israel, Foote y Tognetti, 1987), Estudios sobre la mezcla de estrategias, canales y evaluación (Andreasen, 1981. Bloom, 1980. Sheth y Frazier, 1982).</p>	<p>-La contribución más importante ha sido la orientación hacia las necesidades del usuario, pese a barreras tales como la propensión de los programas de Salud Pública a estar "dirigidas por expertos".</p> <p>- La Mercadotecnia en Salud (Comercialización de la Salud) ofrece la posibilidad de llegar al grupo más grande posible de gente con el menor costo y con el programa más eficaz y satisfactorios para los usuarios", siempre que sus ejecutores hayan comprendido bien los conceptos y hayan asimilado las técnicas (Lefebvre y Flora, 1988).</p>
LIMITANTES	<p>-Se objeta que la sustitución de un producto tangible por un conjunto complejo de ideas y prácticas superaba con mucho el concepto de intercambio de valores, que hasta los defensores de la Mercadotecnia Social aceptaban como núcleo de la disciplina (1969).</p>	<p>-Falta de evaluación. Objetiva. Bloom (1980) deploraba la tendencia de los proyectos a usar estudios de tipo "solo después" o "antes y después" sus grupos de control.</p> <p>-Paralelismo imperfecto entre la mercadotecnia social y la de bienes de consumo. Rothschild (1979) identificó diferencias problemáticas en lo referente al producto, precio, segmentación y especialmente, en la construcción de participación de la población en las causas sociales recalando que las herramientas de promoción aplicada a la comercialización de bienes de consumo resultarán inadecuados para las tareas sociales.</p> <p>-Dificultad mayor en la comercialización social que la de los bienes de consumo "No es posible explicar globalmente los conceptos de la Mercadotecnia a las campañas sociales sin aportar grandes cantidades de reflexión y sensibilidad (Solomon, 1989).</p>	<p>-Dudas sobre los aspectos éticos. La Mercadotecnia Social podría, en última instancia, servir como forma de control del pensamiento por los que tiene el poder económico. Temor a que la Mercadotecnia Social funcionara sin control ni regulación alguna (Laczniak et a. 1979). Al concepto de culpar a la víctima y al debate entre persuasión y coerción (Faden 1987; Faden y Faden 1980; McLeroy et al 1987; Ryan 1971; Wikler 1987).</p> <p>-Descalificación. Por ineficaz e incluso contraproducente (Werner citado por Lazer y Kelley en <i>Social Marketing Perspectives and Wiepoints</i>, 1973). Por dirigirse a audiencias incorrectas (Luthra, 1988). La Mercadotecnia Social no responde a las necesidades y preocupaciones de los usuarios, sino que está diseñada según los técnicos de comercialización y señales de mercado definidas por la práctica comercial occidental (Luthra, 1988).</p> <p>-Un uso fragmentado de la Mkt Social y sin un sistema de procedimientos operativos, amén de no ser enteramente comprendida por los profesionales de salud.</p>

FUENTE: Priego Álvarez Heberto. *Mercadotecnia: Herramienta de gestión sanitaria*. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 1998;8:32-38.

Tabla II
MITOS Y REALIDADES EN EL USO DE
LA MERCADOTECNIA SANITARIA

MITO	REALIDAD
1. Los servicios de salud no deben de mercadearse	<ul style="list-style-type: none"> * La mercadotecnia procura una orientación social de los servicios. * La mercadotecnia guarda un estado de máxima sensibilización hacia las necesidades, deseos y expectativas de los clientes internos y externos.
2. El Marketing Sanitario solo es aplicable a los servicios privados.	<ul style="list-style-type: none"> * Las instituciones de Salud Pública y ONG´s han utilizado con éxito la Mercadotecnia Social
3. Es antiético el uso de la mercadotecnia en la promoción de los servicios médicos.	<ul style="list-style-type: none"> * La mercadotecnia no es sinónimo de publicidad comercial. * La mercadotecnia externa puede ayudar a mejorar la imagen de los servicios de salud, atraer recursos y personas, y regular el nivel de la demanda.
4. La calidad es algo implícito en la asistencia sanitaria, por lo que no se requiere de un esfuerzo mercadológico particular.	<ul style="list-style-type: none"> * El uso de la mercadotecnia tanto interna como externa fomenta y crea una filosofía de calidad en total en los servicios de salud.
5. La mercadotecnia poco ofrece a los servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> * Elemento clave en el cambio organizacional. * Poderosa herramienta de gestión sanitaria * Permite el desarrollo de una ventaja competitiva

FUENTE: Priego Álvarez, Heberto. "Mitos y realidades en la mercadotecnia de servicios de salud". En: Orellana Salvador, Dante. *La Salud en la Globalización*. Quito, Ecuador: Ediciones ABYA-YALA/Centro de Investigaciones para el Desarrollo, 2003:93-104.

Consumo en Salud.
Análisis mercadológico del comportamiento del consumidor sanitario

CAPÍTULO 2

EL COMPORTAMIENTO DEL CONSUMIDOR SANITARIO

Consumo en Salud.
Análisis mercadológico del comportamiento del consumidor sanitario

2.1 CONSUMIDOR SANITARIO

Los cambios acelerados que se están dando en los sistemas de salud latinoamericano tales como las reformas a la Seguridad Social, la variedad en la oferta en los servicios médicos del sector privado y las nuevas modalidades de atención en la medicina institucional,⁸ obliga a los tomadores de decisiones del sector salud a tener información confiable y oportuna sobre las opiniones de la población, que permitan la eficacia y efectividad de los servicios. Al Dr. Enrique Ruelas Barajas, actual Subsecretario de Innovación y Salud en México, no le parece exagerado afirmar que el principal problema asociado a la utilización de los servicios sanitarios deriva de la distancia percibida por los usuarios entre ellos y los propios servicios. Sólo en la medida en que se conozcan las características de esta brecha se podrá contribuir efectivamente al desarrollo de políticas y programas encaminados a la reducción de la misma y a la mejora en la prestación de los servicios médicos. Por lo que es fundamental incluir ya, la investigación mercadológica que estudie de manera sistemática el punto de vista de la población respecto a los servicios de salud.

El punto de partida para el conocimiento del consumidor sanitario, insumo indispensable para la mejor prestación sanitaria, lo constituye su identificación como cliente y no paciente.

Cliente y no paciente en servicios de salud

Durante muchos años los profesionales de la salud hemos considerado a las personas a quienes servimos como pacientes o usuarios. En la última década hemos oído que éstos son ahora llamados “*clientes*” o “*consumidores*” y generalmente nos horrorizamos con estos términos.

⁸ *En particular merecen ser apuntados la reforma del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), principal proveedor de la seguridad social mexicana, y la aparición del llamado Seguro Popular en Salud (SPSS) como tercer seguro público durante el actual gobierno federal. El SPSS incorpora a la anteriormente conocida como “población abierta”, que no estaba cubierta por los esquemas tradicionales de la seguridad social y que corresponde a los segmentos socioeconómicos más necesitados.*

Creemos que estas nuevas acepciones conllevan una relación comercial y un sentido poco humanista. Sin embargo se está muy lejos de tal aseveración.⁹

A la revisión de algunos conceptos encontraríamos algunas diferencias: Estar enfermo encierra el rompimiento del equilibrio biosicosocial y denota incapacidad para actuar de manera normal. Lo que a su vez indica grados variables de dependencia. Paciente es el nombre con el tradicionalmente se reconoce a la persona bajo cuidados médicos. Como término implica una pasividad que encaja bien con nuestra cultura en la que la gente es tratada o cuidada por una estructura profesional; pero es un concepto restringido, ya que olvida la dimensión psicológica y social del individuo. Es decir, una visión muy reducida del ser humano. Y resulta que muchos de las personas que acuden a los servicios de salud ni están enfermas y mucho menos son “*pacientes*” en la espera de su atención.

A estas personas puede considerárseles como usuarios¹⁰, palabra preferida por los directivos de los sistemas de salud. Este es el caso de las actividades de los servicios sanitarios que son referidas a personas sanas (p.e. los programas de medicina preventiva y los de educación para la salud), o de aquellos, que si bien padecen una enfermedad, tienen un protagonismo activo en la recuperación de la propia salud.

⁹ Una primera aproximación a esta polémica fue planteada hace ya diez años (Priego-Alvarez Heberto. *¿Por qué cliente y no paciente en los servicios de salud?* Salud Pública Mex 1995;37(5):381-382), y posteriormente argumentada con base a los mismos elementos iniciales.

¹⁰ La Ley General de Salud de México (Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984) considera en su art. 50 como **usuario de servicios de salud** a “*toda persona que requiera y obtenga los que preste los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad establece la ley*”.

El concepto de cliente está ligado al de consumidor¹¹ (individuo o colectivo que compra cosas o usa servicios). Un cliente¹² es quien paga o tiene la capacidad de pagar. Al hacer uso de su poder de compra, se sitúa en posición de elegir y exigir un mejor servicio. Lo que se traduce en un trato personalizado y respetuoso, ser informado de manera comprensible y tener una mayor oportunidad en la atención. En el caso particular de los servicios de salud, esto es fácilmente entendible en la atención médica privada, que se realiza en función de la capacidad de pago de la gente. Más no así en los servicios públicos, en la que los gestores --bajo el principio de la salud como un bien social y colectivo-- definen las necesidades sanitarias a cubrir independientemente de las necesidades sentidas y las preferencias de los consumidores.

En México la mayor demanda de atención se genera en los servicios de salud públicos, por titulares de un derecho adquirido al pagar cuotas de un sistema de Seguridad Social (derechohabientes)¹³. O bien, por el derecho constitucional o de ciudadanía¹⁴ que garantiza la protección a la salud. La Constitución Mexicana en su artículo 4o. párrafo cuarto señala que *“toda persona tiene derecho a la protección a la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y la entidades federativas en materia de la*

¹¹ Cuando el consumidor es el individuo que hace uso del servicio o se ve directamente beneficiado por él se le conoce como **consumidor primario**. Cuando se habla de un colectivo o un ente (público o privado) que compra servicios para sus afiliados, se dice que es un **consumidor secundario**. En México, algunas instituciones de Seguridad Social subrogan servicios, es decir compran a otras instituciones, independientemente de que éstas sean privadas, algunos servicios para sus derechohabientes. En este caso, los derechohabientes son los consumidores primarios --también conocidos como **consumidores finales**--, y las Instituciones de Seguridad Social que pagan los servicios subrogados, se convierten en consumidores secundarios.

¹² Para ser **cliente** se requiere de dos condiciones indispensables. La primera es *tener capacidad de pago* (no necesariamente pago directo por la atención, ya que también puede tenerse a través de cualquiera de los mecanismos de prepago); y la segunda, que es tener *libertad de elección*.

¹³ La **derechohabiencia** comprende tanto al cotizante de la Seguridad Social (trabajador) como la de sus beneficiarios (familiares asegurados que dependen directamente de él).

¹⁴ El concepto de **ciudadano** hace referencia al carácter de pertenencia a una comunidad nacional, lo que incluye deberes y derechos generales.

salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la constitución”.

Entonces, si todos los mexicanos somos poseedores de este derecho básico, resulta lógico pensar que deberíamos recibir un buen nivel de prestación médica y ser tratados como “*clientes*”. Sin embargo, en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), la libertad de elección del ciudadano está limitada. Son las necesidades de asistencia las que determinan el tipo de atención al enfermo y el lugar donde se preste. Para que el paciente pase a cliente en el SNS, serían necesarios cambios estructurales profundos, que sin llegar a la plena libertad de elección, mejoren las condiciones de atención médica recibidas por los usuarios y los haga más participes del proceso, estableciendo canales de comunicación que permitan conocer su opinión e incorporen sus sugerencias.

El conferir el término cliente también supone un nuevo posicionamiento del producto sanitario y un alto grado de responsabilidad del usuario en relación al mejor uso de los recursos para la salud. Por eso, hoy en día la gestión de las instituciones sanitarias, en concordancia con esta nueva corriente, deben tener una “*orientación clientelar*” que las haga sensibles al mayor nivel de exigencia que muestran ahora los ciudadanos. Lo que significa que debemos ponernos en el punto de vista del usuario como cliente y no como paciente, preguntándonos cómo espera ser tratado, suministrándole la información suficiente y clara para que participe y pueda corresponsabilizarse de su asistencia. Pero sin llegar al “*servilismo médico*” de que el cliente siempre tiene la razón.¹⁵

¹⁵ La óptica del “*servilismo médico*” parte de la concepción total de que “*el cliente siempre tiene la razón*”, por lo que todas las acciones sanitarias debieran estar orientadas más a satisfacer los deseos y preferencias de los clientes que sus necesidades, independientemente de lo arbitrario que puedan ser éstas. En contraste, la “*orientación clientelar*”, desde el punto de vista del *Marketing* es una línea de gestión orientada al mercado, que pregona un cambio de orientación hacia uno más “*sensible*”, más cercano al cliente, buscando un intercambio de servicios y programas basados en los valores y contravalores que percibe el usuario, e incorpora su opinión en la mejora de la prestación médica.

2.2 CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

El comportamiento del consumidor era un campo de estudio relativamente nuevo en la segunda mitad de la década de los sesenta. Sin historia ni cuerpo de investigación propia, la nueva disciplina se apoyó fuertemente en conceptos desarrollados en otras disciplinas científicas, como la Psicología (el estudio de los individuos), la Sociología (el estudio de los grupos), la Psicología Social (el estudio de la forma que un individuo opera dentro de un grupo), la Antropología (la influencia de la sociedad sobre el individuo), y la Economía (los individuos actúan racionalmente para maximizar sus beneficios --satisfacción-- en la compra de bienes y servicios).

El enfoque inicial de la investigación del consumidor (época modernista) partía de una perspectiva administrativa: los gerentes de mercadotecnia querían conocer las causas específicas del comportamiento del consumidor. También desean saber la forma en que la gente recibe, almacena y utiliza la información relacionada con el consumo; de manera que pudieran diseñar estrategias de mercadotecnia para influir en las decisiones de consumo. Se referían a la disciplina del comportamiento del consumidor como ciencia aplicada de la mercadotecnia: si podían prever el comportamiento del consumidor, podrían influir sobre él. Este enfoque ha llegado a ser conocido como positivismo, y los investigadores del consumidor que estaban interesados en primer lugar en prever el comportamiento del consumidor, se les conoce como *positivistas*.¹⁶

Una nueva perspectiva del estudio del comportamiento del consumidor surge de la comprensión del comportamiento de consumo y de los significados que subyacen ante tal conducta, conociéndosele como

¹⁶ Se usan otros términos para describir el paradigma de la investigación positivista (**positivismo lógico, empirismo moderno y objetivismo**). Uno de los mejores exponentes de este enfoque es John F. Sherry ("Postmodern alternatives: The interpretative turn in consumer research", en: Kassarian H. y Robertson T. (eds.) *Handbook of Consumer Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1991:548-591).

interpretivismo.¹⁷ Los interpretivistas¹⁸ han ampliado las fronteras de su estudio para incluir muchos aspectos subjetivos del comportamiento del consumidor, como el efecto de los estados de ánimo, emociones y tipos de situaciones, etc.

A pesar de la aparente diversidad de estos dos enfoques básicos al estudio del comportamiento del consumidor, cada uno puede ser visto como complementario del otro: *“la previsión y la comprensión juntas, proporcionan un cuadro vasto y rico del comportamiento del consumidor, que capacitan a los especialistas en mercadotecnia para tomar decisiones estratégicas todavía mejores, que si se utilizara uno sólo de ellos”* (Schiffman y Lazar Kanuk, 1997:10). La *prevención* que la investigación positivista hace posible y la *comprensión* profunda que proporciona la investigación interpretivista, hace que juntas produzcan un perfil fiable del comportamiento del consumidor [Tabla 1]. El uso conjunto de los resultados de las investigaciones positivistas e interpretivistas, proporcionan una base más firme para el empleo de estrategias de Mercadotecnia Social y para las decisiones de política pública, que lo que pudieran realizar cualquiera de estas investigaciones por sí mismas.

¹⁷ En virtud de su enfoque sobre la experiencia de consumo, también se le conoce como **experiencialista**. Otros sinónimos empleados son **interpretacionismo** y **postmodernismo**.

¹⁸ Entre sus aportantes se cuentan Bobby Calder y Alice Tybout (*“Interpretative, qualitative and traditional scientific empirical consumer behavior research”*, en: Hirsman Elizabeth (ed.) *Interpretative consumer research*. Provo, UT: Association for Consumer Research, 1989:199-208), Morris Holbrook y John O’Shaughnessy (*On the scientific status of consumer research and the need for an interpretative approach to studying consumption behavior*. *Journal of consumer Research*, 1988;15(3):398-402) y, Richard Lutz (*“Positivism, Naturalism and Pluralism in Consumer Research: Paradigms in Paradise”*, en: Srull Thomas (ed) *Advances in Consumer Research* 16. Provo, UT: Association for Consumer Research, 1989).

Tabla III
COMPARACION ENTRE POSITIVISMO E INTERPRETIVISMO

ENFOQUE VARIABLE	POSITIVISMO	INTERPRETIVISMO
PROPOSITO	Previsión de las acciones del consumidor.	Comprensión de las prácticas de consumo.
SUPUESTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Racionalidad: los consumidores toman decisiones después de ponderar las alternativas. • Las causas y efectos del comportamiento pueden ser identificados y aislados. • Los individuos son solucionadores de problemas que se involucran en procesamiento de información. • Existe una sola realidad. • Los eventos pueden ser medidos objetivamente. • Las causas del comportamiento pueden ser identificadas: mediante la manipulación de las causas (es decir, las entradas), el mercadólogo puede influir en el comportamiento (es decir, la producción). • Los resultados pueden extrapolarse a poblaciones más grandes. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay una sola y objetiva verdad. • La realidad es subjetiva. • No puede aislarse causa y efecto. • Cada experiencia de consumo es única. • La interacción investigador/entrevistado afecta los resultados de la investigación. • Es frecuente que los resultados no puedan generalizarse a poblaciones mayores.
METODOS	Estudios empíricos descriptivos de naturaleza cuantitativa. Técnicas de encuestas, observación.	Etnografías, semiótica, entrevistas a profundidad.

FUENTE: Modificado de Schiffman LG y Lazar Kanuk L. *Comportamiento del Consumidor*. Quinta edición. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, 1997:27.

La investigación del consumidor es lógicamente una parte de la investigación del “Marketing”¹⁹ y es definida como un “proceso sistemático y objetivo de recogida y análisis de datos relativos al comportamiento del consumidor” (León y Olabarría, 1991:171-189). Puede ser clasificada en dos áreas diferentes de acuerdo con la naturaleza de la investigación: demográfica por un lado y, la cognitiva y motivacional por otro. La investigación demográfica es el estudio de las estadísticas de los consumidores: su número, localización, género, edad, ocupación, estado civil. Su análisis consiste en determinar qué tan consumidor se puede ser, conforme a estos atributos observables directamente. La investigación cognitiva y la tradicionalmente denominada investigación motivacional, estudian los procesos mentales del consumidor (actitudes, percepción, motivación, personalidad, aprendizaje, creencias). También relacionan los procesos mentales del consumidor con su ambiente, a través de las investigaciones de la clase social, el grupo referencial, la cultura y la familia. Entran también dentro de su campo de estudio los procesos de decisión de compra, ya que tales investigaciones no se limitan a un campo específico de conducta, sino que incluyen todo el campo de la conducta humana que puede estar relacionada con la mercadotecnia (Boyd y Westfall, 1972:617).

Dada la naturaleza y complejidad del consumo en salud con base a la perspectiva del usuario de los servicios sanitarios, y sobre la cual no existe mucha información previa, resulta imprescindible su abordaje cuali-cuantitativo. La necesidad de utilizar una combinación entre ambas metodologías en la investigación sobre el comportamiento del consumidor

¹⁹ Al **Marketing** también se le conoce como *Mercadeo, Mercadología, Distribución, Comercialización o Mercadotecnia*. Este último término, propuesto desde 1959 por la Asociación de Ejecutivos de Ventas de Latinoamérica, es el equivalente mayormente aceptado en México. A pesar de que la Real Academia de la Lengua Española ha aceptado el vocablo de Mercadotecnia, definiéndola como el “conjunto de principios y prácticas que buscan el aumento del comercio, especialmente de la demanda y estudio de los procedimientos y recursos tendientes a este fin”, en Chile y España se continúa usando el anglicismo “*Márketing*”, aunque acentuado en este último país; recientemente Lamata et al. apuntan en su Manual de Administración y Gestión Sanitaria (Madrid: Díaz de Santos, 1998) que la Real Academia de la Lengua Española aceptó este término a partir de 1992. En Centroamérica y la parte norte de América del Sur se usa Mercadeo, En la parte baja de Sudamérica, sobre todo en la Argentina, el término que más arraigado está es el de Comercialización.

ha sido subrayada desde hace mucho. Puesto que hay que tener en cuenta “*las diversas realidades subjetivas*”, especialmente de aquellas que son percibidas por los no profesionales de la salud y, que “*los investigadores deberían estar conscientes de que el comportamiento relativo a la salud se inscribe en el contexto del conjunto de las actividades que constituyen la vida cotidiana de los individuos*” (“Coloquio sobre la investigación del comportamiento en materia de salud y sus aplicaciones a la promoción de la salud”, Oficina Regional de la OMS para Europa: Pitlochry 8-11 febrero 1986).

Asimismo esta “*necesidad imperiosa*” que existe por combinar la investigación cualitativa con la cuantitativa (Nigenda y Langer, 1995) tiene como premisa fundamental que para el cabal conocimiento del problema deba partirse de la primera. Es indispensable que para “*aprender acerca de un mundo que no (se) entiende, por vía de enfrentarlo de primera mano (es decir etnográficamente) y tratando de dar a esta experiencia algún sentido*” (Agar, 1986:78). Dicho de otra manera, cuantificar no es necesariamente el primer paso para acceder a la comprensión de un fenómeno que no se conoce o del cual se tiene un conocimiento limitado.

2.3 ACTITUD HACIA EL CONSUMO

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” (Shiffman y Lazar Kanuk, 1997:240.). 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.

Existe el consenso de que las actitudes se aprenden. Esto quiere decir que las actitudes relevantes al comportamiento de compra se forman como resultado de la experiencia directa con el producto, la información adquirida de otros, y la exposición a los medios de comunicación (por ejemplo, la publicidad).

Hay modelos estructurales que se centran en la composición de una actitud para explicar o prever mejor el comportamiento del consumidor. De acuerdo con el modelo de tres componentes (Lutz, 1991:317-339), las actitudes tienen tres partes importantes: la cognoscitiva, la afectiva y la conativa [Tabla IV]. El componente cognoscitivo hace referencia a los conocimientos de las personas; es decir, el conocimiento y percepciones que se adquieren mediante una combinación de experiencia con el objeto de actitudes y la información relacionada proveniente de varias fuentes. El componente afectivo se enfoca a las emociones o sentimientos del consumidor respecto de un producto o servicio específico. Es de naturaleza evaluativo dado que captura la evaluación global o directa de un individuo respecto del objeto de actitud, calificándolo de favorable o desfavorable, bueno o malo, etc. La conación es el componente final del modelo, tiene que ver con la probabilidad o tendencia de que un individuo emprenda una acción específica o se comporte de una manera particular en relación con el objeto de actitud. El componente conativo puede incluir el comportamiento actual en sí y es expresión de la intención de compra del consumidor.

En términos sanitarios el consumo hace referencia a la utilización de los servicios de salud, lo cual implica el gasto por uso que se hace del mismo. Baste recordar que los servicios de salud incorporan trabajo humano y su valor de utilidad está dado por su capacidad para satisfacer una necesidad o resolver un problema de salud, que los servicios a diferencia de los productos bienes, son intangibles y poseen particulares características,²⁰

²⁰ Los **servicios de salud** son las actividades o procesos que realizan en su quehacer diario el personal sanitario, en general tienen ciertas características propias que le confieren un sello definido tal como: a) *Ser más intangibles* que tangibles, no pueden ser tocados, ni pueden ser fácilmente definidos, formulados o alcanzados

TABLA IV
MODELO DE ACTITUDES DE 3 COMPONENTES.

COMPONENTE	ATRIBUTO
COMPONENTE COGNOSITIVO	Conocimiento y percepciones que se adquieren mediante una combinación de experiencia con el objeto de actitudes y la información relacionada proveniente de varias fuentes.
COMPONENTE AFECTIVO	Se enfoca a las emociones o sentimientos del consumidor respecto de un producto o servicio específico. Es de naturaleza evaluativo, dado que captura la evaluación global o directa de un individuo respecto del objeto de actitud, calificándolo de favorable o desfavorable, bueno o malo, etc.
COMPONENTE CONATIVO	La conación es el componente final del modelo, tienes que ver con la probabilidad o tendencia de que un individuo emprenda una acción específica o se comporte de una manera particular en relación con el objeto de actitud. El componente conativo puede incluir el comportamiento actual en sí, y es expresión de la intención de compra del consumidor.

FUENTE: Elaboración propia a partir del Modelo de Actitudes de 3 Componentes propuesto por Richard Lutz en 1991 ("The Role of Attitude Theory in Marketing", en: Kassarijan Harold H. y Robertson Thomas S. (eds). *Perspectiva in Consumer Behavior*. 4ª. Edición. Englewood Cliffs, NJ: Prentice may, 1991:317-339).

mentalmente, b) *Simultaneidad en su producción y consumo*. Los servicios son usualmente vendidos, después son producidos y consumidos al mismo tiempo (p.e. una atención estomatológica), c) *Son menos estandarizados y uniformes*. Los servicios se basan en personas o equipos, pero el componente humano es el que prevalece; por esta razón es muy difícil que puedan ser producidos siempre de manera uniforme y estandarizada. Cualquier acto médico es distinto de otro independientemente de que sean los mismos actores (mismo médico y mismo paciente), d) *No pueden ser acumulables*, dado que no hay posibilidad de que el servicio pueda ser almacenado para venta, prestación o consumo futuro, e) *en general no pueden ser protegidos por patentes*. Los servicios son fácilmente copiados y raramente pueden ser protegidos por patentes. Por eso es importante que el servicio disfrute de una buena imagen de marca, diferenciándose estratégicamente de los similares, g) *Es difícil establecer su precio*. Como el servicio se apoya en el trabajo humano y también sobre humanos se actúa, los costes de producción varían dado que son estipulados subjetivamente por quien los produce (Priego Álvarez, 2002:91-92). Otro aspecto a considerar es que los productos y/o servicios de salud tienen un ciclo de vida que representa la trayectoria de las ventas, usos y utilidades de un producto sanitario durante su existencia. Este concepto también denominado **curva de familiaridad de los servicios** describe el grado de conocimiento o culturización que el usuario tiene con el servicio (Ruiz, 1990).

y que el concepto de consumidor sanitario está ligado al de cliente y por lo tanto no se refiere necesariamente a quien consume o hace uso del producto/servicio de salud, sino también a quien compra o decide la compra (Priego Álvarez, 1995:382).

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. A continuación se hace una revisión y asociación de los principales conceptos relacionados con la actitud consumista y consumerista en salud.

Consumismo Sanitario

Se ha señalado que la producción masiva requiere una sociedad de masas, pero *“solamente cuando una masa de ciudadanos está sujeta a los mismos procesos forma una unidad homogénea y merece esta designación”* (Mantidale 1970:51). La aplicación del conocimiento científico social a las técnicas de comercialización y gestión de los servicios de salud buscaría imponer esta homogeneidad en los gustos y satisfactores de los usuarios, para asegurar la relación en el mercado sanitario – entiéndase Seguridad Social o al resto de las instituciones públicas de salud – de esa producción masiva. Bajo esta perspectiva el consumidor es un sujeto pasivo que puede ser conocido o manipulado, y sobre el cual se ejerce una permanente agresión para que consuma productos o servicios de salud que anteriormente no consumía o para que aumente se demanda.

Esta es la visión del Consumismo Sanitario que genera una acción acrítica e irreflexiva en la adquisición y 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 cliente y por la relativa ignorancia del consumidor, amén del llamado *“paternalismo médico”* – suele existir entre ambos una relación de poder y

subordinación (Campos – Navarro, 194). Es decir, un médico – dominante y un enfermo dominado (Garay, 196:69), en la que le enfermo se pone manos del médico, se abandona a él. Su deber es obedecer; la suya deviene en una actitud de confianza y pasividad.

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 el contribuya mayormente: *“si no sano, es que las medicinas que me dieron no son buenas”*. A estos pacientes, al cuestionárseles sobre la calidad recibida en su atención generalmente suelen responder que fue buena, pero si se les interroga con mayor precisión puede descubrirse que ni fueron explorados, ni se les dio un diagnóstico y mucho menos se le precisaron las indicaciones de tratamiento.

Ahora bien, se menciona que desde una perspectiva global el consumismo es entendido como la *“radical tendencia de la sociedad actual a valorarlo todo desde el punto de vista económico, y en concreto para los individuos a definir su razón de ser y existir en base a la cantidad y calidad de los productos consumidos”* (León y Olavaria, 1991:298-299) Consideración que en términos mercadotécnicos relativos a la utilización de servicios de salud sólo sería aplicable a las *“utilidades simbólicas”*²¹ que para los estratos altos de la población representa el consumo de *“productos*

²¹ Término utilizado por variados autores (Bourdieu, 1988; Appadurai, 1991; Ewen, 1991) para señalar que en las sociedades contemporáneas existe una lógica que rige la aprobación de los bienes en tanto en que los objetos de distinción no procuran la satisfacción de las necesidades en sí, sino que están basados en el principio de la escasez de esos productos/servicios y la imposibilidad de que otros accedan a ellos. Josep Chías (1990) señala que bajo la perspectiva de la demanda (cliente-usuario) *“los servicios son para el cliente un conjunto de utilidades funcionales, simbólicas y vivenciales”*. Las **utilidades simbólicas** son las relacionadas con el valor psicológico que para uno mismo tiene el uso, y/o con el valor social que se tiene frente a los grupos de referencia. Ser reconocidos por nombre y apellidos y no por el número de una cama de hospital es una utilidad simbólica. Las **utilidades funcionales** son aquellas que se obtienen por la finalidad intrínseca satisfacer por el servicio, p.e. la intervención quirúrgica como medida resolutive. En las **utilidades vivenciales** es donde el consumidor encuentra el valor de su participación en la producción y consumo del servicio, experimentando algo que sólo el usuario obtiene, no así el cliente no usuario (el decidor de compra). La manera en que se proporciona el diagnóstico y pronóstico de una determinada patología, así como la instauración del plan terapéutico, son una utilidad vivencial para el enfermo.

sanitarios accesorios” (Priego Álvarez, 1995:68); es decir, todos aquellos productos y servicios que se ofertan en el mercado vinculados comercialmente con la salud. Entre ellos estarían una amplia gama de productos (nutricionales, de acondicionamiento físico, estéticos, cosméticos, vitamínicos, etcétera) y servicios (cirugía plástica con fines estéticos y no de cirugía reconstructiva, liposucción, lipoescultura, cosmética dental, lentes de contactos de colores sin graduación, peeling, algunos servicios de ortodoncia con fines estéticos y no funcionales, etc).

Consumerismo en Salud

En la actualidad, cada vez cobra mayor fuerza el Consumerismo, entendido como *“un movimiento social que tiene como fin la modificación de las relaciones entre los consumidores y las organizaciones productoras de manera que se acreciente el poder de los primeros”* (Amalia y Souto, 1985), y que implica la participación del gobierno en el fortalecimiento de los derechos de los compradores (Kotler, 1984). Definiciones más amplias de consumerismo engloban al conjunto cambiante de actividades del gobierno, las empresas y las organizaciones independientes, cuya finalidad es proteger los derechos del consumidor frente a todas las organizaciones con las cuales se tenga una relación de intercambio (Aaker y Day, 1982).

El consumerismo, la manera de comercializar se estructura bajo un nuevo marco legal. El consumidor se concibe como un sujeto portador por determinados derechos que deben ser respetados, puesto que bajo una óptica estrictamente profesional es beneficioso hacerlo. Sin embargo, este cambio de opinión no está suficientemente consolidado, y se ha propuesto como un mecanismo de su materialización al asociacionismo (grupos organizados a favor de los derechos del consumidor).

En el caso sanitario, es frecuente observar como surgen grupos de enfermos que reivindican sus derechos y reclaman una mejor atención

médica, incluso llegan a procurarse de nuevos servicios (p.e. clubes diabéticos, hipertensos, asociaciones de hemofílicos, etcétera).

Esta diversidad de organizaciones formales y la multiplicidad de estrategias en el propósito común de defender sus derechos humanos y protección al consumidor, impide hablar de un único movimiento consumerista, sino más bien de “un conglomerado de grupos separados entre sí, cada uno de los cuales tiene intereses peculiares y que a veces forman alianzas temporales sobre aspectos concretos” (Herman 1970:13). Tal es el caso de lo que suele ocurrir entre los afectados por VI, que en la defensa de sus derechos y en la demanda de una mejor atención y provisión de nuevos antivirales, convergen distintas asociaciones (p.e. drogodependientes, colectivos gay, hemofílicos, parejas y familiares de VIH+, etc.).

La actitud consumerista en salud se contrapone a la pasividad y acatamiento irrestricto del consumismo sanitario (Tabla V), donde el tradicional papel del paciente ha consistido en obedecer y cumplir (Parsons, 1951; Bloom y Wilson, 1979). Es decir, la pasividad del enfermo y su total sometimiento a las órdenes médicas. Se ha dicho que en condiciones ideales, el paciente cumplidor es *“aquel que se ciñe estrictamente a los consejos del médico, en términos de dosis, intervalo, duración, momento y método de administración de medicamentos”* (Homedes y Ugalde, 1993).

Este antiguo modelo paternalista de la atención, en los últimos años ha entrado en crisis por los avances de la tecnología médica, la aparición de nuevas patologías de características particulares como el SIDA, el desarrollo de la Bioética y por la creciente exigencia de los ciudadanos en sus derechos.

TABLA V
ACTITUD HACIA EL CONSUMO
(Consumismo versus Consumerismo en Salud).

VARIABLE	CONSUMISMO	CONSUMERISMO
SUJETO	Paciente (sujeto pasivo)	Cliente (protagonismo activo)
ENFOQUE	Puede ser conocido o manipulado.	Portador de derechos que deben ser respetados
PROPOSITO	Ejercer una permanente agresión para que se consuman productos sanitarios que anteriormente no se consumían, o para que aumenten su demanda	Forma de comercializar bajo un nuevo marco legal.
MECANISMO	Aplicación del conocimiento científico social a las técnicas de comercialización y gestión de los servicios de salud, buscando imponer homogeneidad en los gustos y satisfactores.	Materialización a través del <i>Asociacionismo</i> y Difusión de los derechos Humanos y del consumidor (a la Salud y Seguridad, a la información, a la libertad de elección, a ser escuchado, a vivir en un ambiente limpio y puro, a la intimidad personal).

FUENTE: 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, 2002.

Al adquirir el consumidor sanitario un protagonismo activo, se rompe con la clásica relación interpersonal del médico paciente, dando paso ahora a una nueva relación entre cliente–profesional. Que no admite la apariencia altruista de los servicios médicos y que conlleva al reconocimiento de la autonomía y madurez del enfermo.

La relación cliente – profesional responde a la estructura de un contrato que permite la reclamación y, sobre cuya naturaleza jurídica actúa la exigencia del consentimiento como requisito esencial para su válida constitución. Por consiguiente, 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.

2.4 LOS DERECHOS DEL CONSUMIDOR SANITARIO

Punto de partida para la consideración de los derechos de los consumidores de servicios de salud, sin duda lo constituye el reconocimiento total de sus derechos humanos. La Comisión Nacional de Derechos Humanos parte del principio de igualdad establecida en el artículo 1º. De la Declaración universal de los Derechos Humanos, y que a la letra consigna que *“todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”*; es por eso que ningún rasgo, característica o condición que sea propia de un individuo y que le distinga de los demás, puede modificar cuantitativamente o cualitativamente el goce de sus derechos.

Las leyes mexicanas protegen a todos los individuos por igual; en consecuencia, nadie debe sufrir discriminación de ningún tipo. El artículo 4º. Constitucional garantiza el derecho a la protección a la salud, por lo que en la prestación de los servicios de salud, no debe existir discriminación entre los demandantes de atención, sean estos enfermos de enfermedades infectocontagiosas (p.e. SIDA) o pertenecientes a minorías étnicas, religiosas, etc.

En la historia reciente del Consumerismo, el verdadero impulso al movimiento actual a favor del consumidor provino de la declaración de los derechos del consumidor, pronunciada en 1962 ante el congreso norteamericano por el entonces presidente John F. Kennedy, en la que expuso cuatro derechos fundamentales: a la seguridad, hacer informado, a elegir y a ser escuchado. Tiempo después se agregaron dos derechos más: a un ambiente limpio y el relativo a la intimidad personal.

Declaraciones posteriores hechas por diversas organizaciones han abordado diversos aspectos del derecho que tienen los consumidores sanitarios (tabla II y III) y han surgido nuevas instituciones que actúan como árbitros en la reclamación de la violación de esos derechos.²² Todas estas acciones deben estar supeditadas al interés de los enfermos y, sobre todo, *“al reconocimiento cabal de su dignidad como seres humanos, que es la mejor garantía para la defensa de sus derechos”* (Soberon et al. 1994:548).

En general, los derechos de los enfermos y usuarios de los servicios de salud, giran en torno a los seis derechos fundamentales del consumidor:

1º El derecho a la seguridad y a la salud

Es el derecho más antiguo y controvertido. Establece la protección contra la comercialización de productos y servicios peligrosos para la salud o la vida. Y es que una cosa es ser engañado por un producto o servicio de salud, y otra muy distinta es sufrir un daño físico a causa de la poca seguridad que éste tenga. Ejemplo de lo anterior ha sido el envenenamiento causado por Tylenol en Chicago a principios de la década pasada, donde algunos de sus habitantes murieron al ingerir cápsulas de este medicamento combinado con cianuro. A partir de este problema se hizo patente la necesidad de contar con empaques farmacéuticos a prueba de alteraciones.

²² En la República Mexicana creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

En ocasiones los intereses comerciales son tan importantes que a pesar de este punto de vista de la mercadotecnia sea imperativo que cuando se detecten fallos en los productos se apliquen medidas correctoras por parte de las mismas empresas productoras o oferentes, estas no se realicen. Es aquí cuando se hace más evidente el papel los movimientos de consumidores, como instancias capaces de adoptar medida que fuercen a una corrección. Este es el caso del grupo *Infact*, que en 1984 consiguió mediante la promoción de un boicot internacional que duró muchos años modificar la política comercial de Nestlé, compañía multinacional que disuadía de la lactancia materna por su compuesto de “fórmula infantil” que presentaba como sustituto perfecto de la alimentación natural, pero que en estas escasas condiciones sanitarias propias de los países del tercer mundo, resultaba contraindicado por ser vehículo de graves infecciones e incluso de defunciones de lactantes.

En cuanto a atención médica, la Ley General de Salud mexicana, determina a la Secretaría de Salud como la dependencia encargada de vigilar y controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud (Art. 45) y, que en correspondencia de los gobiernos de las entidades federativas y las autoridades educativas, vigilen el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en la prestación de los servicios respectivos (Art. 48). Por otra parte se señala que “los usuarios tendrán derecho a de obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea ya recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares” (Art. 51).

2º. El derecho a ser informado

El derecho del consumidor sanitario de acceder a la información incluye en sí dos componentes. La protección frente a la información engañosa, y el derecho a poder disponer de la suficiente información al hacer la elección del producto o servicio.

Respecto al primero, éste se asocia con la obligatoriedad que deben tener las empresas de salud y sus prestadores de suministrar suficiente información veraz y oportuna, sin engaños ni omisiones.²³

En cuanto a lo segundo, debe tenerse en cuenta que la transparencia en la información médica se relaciona con el contar con los elementos necesarios para realizar una elección bien fundamentada. Aunque no siempre el argumento de *“cuando más información mejor”* sea lo correcto, porque la sobre carga de información puede hacer que se tomen decisiones menos acertadas. Por otra parte *“no basta con suministrarles información a los consumidores, sino que además hay que enseñarles a comprenderla y a utilizarla”* (Day y Brandt, 1974). Al respecto, los llamados *“terceros informadores”*, pueden auxiliar a los consumidores de servicios sanitarios en la toma de decisiones, eliminado de esta manera la asimetría que en cuanto a información existe entre el que presta la atención médica y el que la recibe.

Actualmente la población posee mayor información médica y a través del movimiento de consumidores se cuestiona cada vez más el *“sacerdocio médico”*, lo que evidencia el inicio de la ruptura de la hegemonía médica. La posición concienciada en los usuarios de los servicios de salud y, consiguientemente una mayor capacidad de decisión sobre las cuestiones médicas que les atañen, son factores fundamentales del consumerismo en salud.

Baste recordar que el derecho de información no se refiere sólo al momento de la conclusión del contrato, sino a cada una de las etapas de su desenvolvimiento, convirtiéndose en un derecho – deber autónoma que la

²³ En México, la **Ley Federal de Protección al Consumidor** decretada por el poder ejecutivo federal el 5 de Febrero de 1991, establece como uno de los principios básicos en las relaciones de consumo *“la información adecuada y clara sobre los diferentes productos y servicios, con especificación correcta de cantidad, composición, calidad y precio, así como los riesgos que representen”* (Art. 1fracc. III).

misma naturaleza del contrato impone al médico y otorga al enfermo (de Lorenzo, 1994).

3º. El derecho a elegir

La elección en el caso de la atención médica está relacionada con la capacidad de pago del cliente y con la estructura organizativa de la empresa de salud a la que se pertenezca (p.e. Instituciones de Seguridad Social) o de la que se suscriba (p.e. Compañía de Seguros Médicos); pero también con el concepto de “conocimiento informado”²⁴ que deriva del principio de autonomía y de la propiedad del enfermo sobre su propio cuerpo (Priego – Álvarez, 1995:100).

El consentimiento informado es un proceso de comunicación entre el médico y el enfermo, mediante el que este último acepta someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de conocer y reflexionar sobre su naturaleza (Quintana, 1994:60). Sin embargo, algunas opiniones aún consideran que al consumidor sanitario no debe darse simplemente lo que desea, sino más bien lo que “*más le conviene*”, ya que el usuario de los servicios de salud no está en posibilidades de determinar adecuadamente por sí mismo lo que es mejor para él, y por lo mismo hay que proporcionarle los productos de salud “*idóneos*”. Las necesidades de salud y de atención las determinan los expertos, pocas veces se toma en cuenta la opinión de los individuos.²⁵

La autonomía de los pacientes en una situación médica significa que se les debe dar información acerca de su estado y sobre las alternativas

²⁴ El concepto de “*informed consent*” también llamado conocimiento aclarado, fue usado por primera vez en 1957 en el Estado norteamericano de California (caso Salgo vs. Stanford).

²⁵ La problemática de lo oportuno del acto médico está sobrentendida por dos razones claves. La primera es la libertad de decisión del individuo, designada por los juristas como el derecho a la autodeterminación. La segunda corresponde al compromiso moral y profesional del médico de tratar de, ser posible, llegar a la curación deseada. Entre estas dos exigencias bilaterales un conflicto puede declararse: se asemeja aun antagonismo entre la noción subjetiva de libertad personal del paciente y el recurso objetivo a la noción del interés del paciente (Garay, 1996:68).

médicas viables.²⁶ Asimismo implica que deben respetarse las decisiones de los enfermos después de una información adecuada. Incluso, si solo hay un tratamiento de donde elegir, éstos aún tienen una elección que es la de no hacerlo.²⁷

La información suficiente que permite al paciente ser autónomo supone identificar no solo los intereses de los pacientes, sino también sus deseos y preferencias. Es decir, que los enfermos pueden tomar decisiones que no estén basadas únicamente en aspectos propios a la salud; sino también en emociones, sentimientos, religión y aspectos culturales. Resulta ser tan autónomo el querer saber, como el renunciar a ser informado y a tomar decisiones en el ámbito de la propia enfermedad, aspecto que patentiza el supuesto conflicto entre la evidencia médica y la voluntad del paciente: *“siendo una oposición entre la lógica científica y las consideraciones personales” “... de la oposición entre la búsqueda de una lógica y la búsqueda del sentido”* (Garay, 1996:67).

Contrariamente a lo que sucede en la cultura anglosajona, donde tiene su origen el consentimiento informado, en los países latinos y en especial los latinoamericanos, el principio de autonomía no está tan desarrollado. En éstos países, la familia a menudo actúa como intermediaria entre el médico y el enfermo, intermediación que se produce con su aprobación. Por consiguiente, es la familia la que al reclamar la autonomía demanda el consentimiento informado.

²⁶ El diálogo médico – enfermo, calificado en teoría como el encuentro de una confianza y una conciencia, permanece colocado bajo la garantía recíproca del pluralismo ético de los asociados al acto médico motivados por el interés y la voluntad del enfermo (Anrys, 1992).

²⁷ La voluntad del paciente disponiendo de su integridad intelectual debe constituir un límite que no se pueda violar, si el paciente está en la libertad hipotética, de aceptar, si lo decide así, el destino que se le presenta“(Const. De Estado Francés, 27 de enero de 1982, D. 1982 IR 275).

El enfermo tiene derecho a dar o negar su consentimiento previo a la realización de cualquier intervención,²⁸ salvo cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública, si la urgencia no permite demoras y cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponda a la familia o personas allegadas.

El consentimiento debe darse por escrito a través de un formulario, en el que se haga constar la aceptación a cualquier intervención sobre el cuerpo (procedimientos diagnósticos o terapéuticos).

4º. El derecho a ser escuchado

Tener seguridad de que se considerará el interés del consumidor, que se mostrará empatía al formular las políticas gubernamentales y que se le dará un trato justo y rápido en los tribunales administrativos. Así tenemos el derecho de expresar libremente nuestras quejas o impresiones negativas que sobre un determinado servicio o producto de salud tengamos, e incluso a establecer nuestra demanda.

Las instituciones sanitarias usualmente tiene establecido canales de comunicación con los usuarios, mediante los cuales pueden ser canalizadas las demandas o sugerencias de mejora de los servicios asistenciales. La misma Ley Federal de Protección al Consumidor señala *“el otorgamiento de facilidades a los consumidores para la defensa sus derechos”* (Artículo 1 fracción VI) y determina la Procuraduría Federal del Consumidor²⁹ como el

²⁸ Los franceses son más sensibles en términos legales en la cuestión de saber si el consentimiento fue formulado libremente por una persona “dotada de discernimiento”, por lo que tratan de asegurar el “carácter razonable” de la decisión del paciente. En derecho francés se plantea la hipótesis de que una persona disponiendo de todas sus facultades actuará en conformidad con sus intereses objetivos. Refleja más fácilmente una presunción de incapacidad en la irracionalidad de una decisión (Garay, 1996:68).

²⁹ La **Procuraduría Federal del Consumidor** es un organismo descentralizado de servicio social con personalidad jurídica y patrimonio propio. Tiene funciones de autoridad administrativa y está encargada de promover y proteger los derechos e intereses del consumidor y procurar la equidad y seguridad jurídica en las relaciones entre proveedores y consumidores (Art. 20).

órgano para promover y proteger los derechos del consumidor y demás atribuciones que originen (Art. 24).

5º. El derecho a un ambiente sano

Hace referencia a la seguridad de que el ambiente donde vivimos no esté contaminado. Es un derecho básico al que se circunscriben las políticas ambientalistas y los movimientos ecologistas también llamados “verdes. Derecho que por ser general, pocas veces se expresa en legislaciones en materia de consumo, pero sí en las relativas al medio ambiente.

6º. El derecho de privacidad o intimidad personal

Mantener la privacidad y la confiabilidad del estado de salud del paciente, es parte de la ética médica. Historias clínicas y terapéuticas empleadas deben ser manejadas en secreto, a excepción de ciertas enfermedades de notificación obligatoria que pueden poner en riesgo la salud colectiva.

La revelación del secreto profesional³⁰ del médico se contempla como un delito por las leyes penales mexicanas a excepción de una justa causa (Art. 210 del Código Penal). Una justa causa es la existencia de una norma legal, como la que impone a los médicos la obligación de denunciar las enfermedades contagiosas, los envenenamientos, las lesiones u homicidios en la que hubiera prestado sus servicios profesionales.

Por otra parte la norma legal puede ser permisiva, sin dispensa del secreto en razón del interés público, por humanidad o por prestar un servicio a persona con la que se esté ligado por vínculos afectivos o de parentesco (Art. 352 fracc. II del Código Penal).

³⁰ Se entiende por **revelación de secreto**, el conocimiento dado por una persona a otra de algo que para éste era desconocido. En determinadas circunstancias constituye un acto delictivo (de Pina, 1978:336).

Otras causas justas de revelación profesional según Carrancá y Carrancá (1991:516) la constituyen el consentimiento del interesado, la necesidad de defender un buen nombre profesional y, la necesidad de salvarse o salvar a otro en los términos configurados por la excluyente del estado de necesidad (p.e. La revelación que hiciera el médico a una mujer sobre que su futuro marido padece una enfermedad grave, contagiosa e incurable).

El consumir “es participar en un escenario de disputas por aquello que la sociedad produce y las maneras de usarlo” (García–Canclini, 1995:44), el aumento en las demandas por negligencia o iatrogenias médicas y la reflexión crítica que poco a poco van desarrollando las agrupaciones de consumidores (asociacionismo) hacen evidente la reivindicación de los derechos en salud (movimiento consumerista). En casi todo el mundo los estados se han convertido en garantes del consumidor; por consiguiente, las reivindicaciones de los enfermos se convierten en derechos de los consumidores. La **Comisión Nacional de Arbitraje Médico** postula la posición oficial mexicana y de acuerdo a sus principios de imparcialidad, respeto, objetividad, confidencialidad y gratuidad que orientan su actuación, establecen la carta de los derechos generales de los médicos³¹ y la carta de los derechos generales de los pacientes.³² Esta última considera 5 puntos que retoman los ya tratados dentro de los derechos del consumidor sanitario (Tabla VI).

³¹ La **Carta de los Derechos Generales de los Médicos** considera diez puntos: 1) Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza, 2) Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su practica profesional, 3) Tener a su disposición los recursos que requiere su practica profesional, 4) Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica, 5) Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional, 6) Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional, 7) Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión, 8) Asociarse para promover sus intereses profesionales, 9) Salvaguardar su prestigio profesional, y 10) Recibir remuneración por los servicios prestados.

³² La **Carta de los Derechos Generales de los Pacientes** se constituyó como un documento definitivo y en su redacción participaron representantes de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la Subsecretaría de Innovación y calidad, la Comisión Nacional de Bioética, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la Federación de Colegios de la Profesión Médica, la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, la Subdirección General Médica del ISSSTE, la Comisión Interinstitucional de Enfermería y la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la SSA.

TABLA VI
CARTA GENERAL DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES

DERECHO	ENUNCIADO	FUNDAMENTOS
1. RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA	El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.	<i>Ley General de Salud Artículos 51 y 89.</i> <i>Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículos 21 y 48.</i>
2. RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO	El paciente tiene derecho a que el médico y la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.	<i>Ley General de Salud Artículos 51 y 83.</i> <i>Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículos 25 y 48.</i>
3. RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ	El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.	<i>Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículos 29 y 30.</i> <i>NOM-168SSA 1-1998, del Expediente Clínico, Numeral 5.5</i>
4. DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN	El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.	<i>Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículos 80.</i> <i>NOM-168SSA 1-1998, del Expediente Clínico, Numerales 4, 2 y 10.1.1</i> <i>Ante proyecto del Código-Guía Bioética de Conducta Profesional de la SSA, Artículo 4, fracción 4.3</i> <i>"Declaración de Lisboa de la Asociación Mundial sobre los Derechos del Paciente" del 9 de enero de 1995 apartado C.</i>
5. OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO	El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.	<i>Ley General de Salud Artículos 100 Fracción IV 320 y 321.</i> <i>Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículos 80 y 81.</i> <i>NOM-168SSA 1-1998, del Expediente Clínico, Numeral 4.2 y 10.1.1.</i>

CAPÍTULO 3

ANÁLISIS MERCADOLÓGICO DEL PROCESO DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

3.1 EL PROCESO DE COMPRA EN PRODUCTOS SANITARIO

Una vez entendido el término de cliente en contraposición al clásico de paciente y su asociación al de consumidor sanitario (Capítulo 2), conviene efectuar un breve análisis sobre el proceso de compra en productos de salud, que es un componente importante en el conocimiento del patrón de consumo sanitario.³³ Un punto de partida lo constituyen los modelos globales que como abstracción de la realidad describen y sistematizan el proceso de compra desde perspectivas distintas, mismos que surgen a partir de los años sesenta. El modelo de Howard-Sheth (1969) es un modelo de aprendizaje, cuyo objetivo es explicar la elección de marca que hace un individuo cuando existen otras elecciones alternativas. El Modelo de Howard, desarrollado diez años después, provee de una explicación sistemática del proceso a través del cual compran los consumidores, teniendo un alto valor predictivo, simplicidad y capacidad cuantificativa. Engel, Kollat y Blackwell desarrollaron un modelo publicado inicialmente en 1973 y revisado posteriormente a los cinco años, que tiene su base en el proceso de aprendizaje y pone mayor atención al proceso de formación de actitudes y al desarrollo de la intención de compra. El Modelo de Nicosia (1966:156) es el único que explícitamente incluye al vendedor aún cuando el énfasis del modelo se centra en el consumidor, concibiendo la conducta de compra como una toma de decisión activa. Puede afirmarse que el proceso de compra en salud en lo particular comprende dos aspectos fundamentales. Por una parte al proceso en sí, es decir, las fases o etapas por las que transitan los clientes o consumidores sanitarios en la adquisición y uso de los productos/servicios de salud (tomando como base el modelo de Nicosia); y por otra parte, a los participantes en la (s) decisión(es) de compra [Figura 4].

³³ El **patrón de consumo** comprende las unidades de referencia que permiten la medición o valoración en la adquisición y utilización de productos de salud por los consumidores.

Fases del Proceso de Compra.

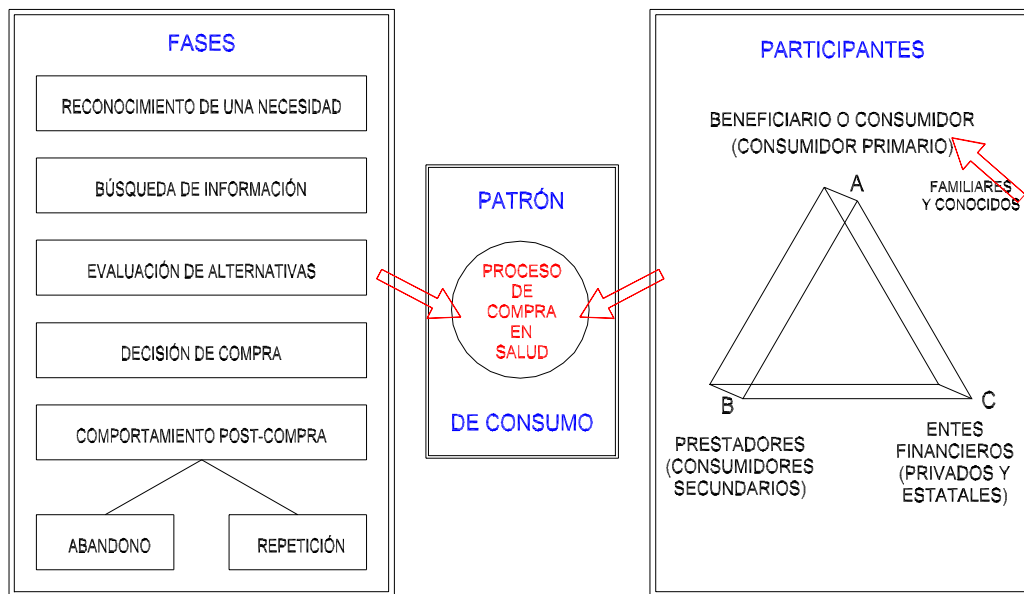
El punto de partida del proceso de compra radica en el reconocimiento de una necesidad (*necesidad sentida*). La necesidad sentida se refiere a la percepción que tiene la gente sobre sus problemas de salud, o lo que desean y esperan de un producto sanitario. La necesidad genera la acción y hace que el individuo busque mayor información. Dos son los procesos de búsqueda de información: interna/externa y activa/pasiva (León y Olabarria, 1991:245). La *búsqueda interna* implica un proceso mental de introspección en la memoria (p.e. cuando una amiga le comenta a otra madre de familia sobre que hacer ante una enfermedad exantemática de alguno de sus hijos, o de como acudir a un determinado servicio de salud, o de su opinión desfavorable ante un pediatra en particular) haciendo que los comentarios recibidos con anterioridad sirvan como parámetros de referencia en la toma de decisiones. Cuando no existe información almacenada en la memoria de experiencias previas ante un problema específico de salud o de utilización de servicios sanitarios, se hace preciso una *búsqueda externa*, es decir, sobre la base de otras fuentes distintas a la memoria³⁴ tales como los *mass-media*, familiares, amigos, conocidos, vendedores, instituciones proveedoras de servicios de salud, aseguradoras médicas, ONG's, asociaciones de consumidores, etc. Entonces esta búsqueda puede ser *activa*, si es selectiva en sus informantes; o *pasiva*, si la acción de búsqueda no tiene objetivos concretos (p.e. cuando se acude a un servicio sin tener idea del porqué usarlo, sin saber a quién demandar mayor información, y sin mostrar mayor interés en él). Con la información obtenida se establecen las alternativas de atención posibles, éstas se evalúan y se decide la compra, lo que se traduce en la utilización de los servicios.

La decisión de compra en sí constituye un conjunto de decisiones sobre las cuales intervienen numerosos factores. En efecto, se apunta que en el proceso de consumo sanitario actúan como factores condicionantes: los *atributos del cliente* (género, edad, escolaridad y nivel socioeconómico), la

³⁴ Es ampliamente conocido el papel de los "*mediadores*" (la familia, el barrio, el grupo de trabajo, etc.) en el proceso de consumo en salud.

cultura sanitaria (conjunto de valores, ideas, creencias y actitudes que tienen respecto a la salud)

Figura 4
PROCESO DE COMPRA EN PRODUCTOS SANITARIOS



FUENTE: Priego-Alvarez Heberto. El proceso de compra en productos sanitarios. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 1996;4:24-27.

y que determinan en gran parte su comportamiento), la *legislación sanitaria* (marco legal de la prestación médica), y la *mercadotecnia sanitaria* (entendida como la orientación administrativa que procura un proceso de intercambio entre clientes y profesionales con el objeto de solventar necesidades o satisfacer deseos y expectativas en materia de salud) (Priego-Álvarez, 1995:51-55). Respecto a este último factor, son variados los aspectos mercadológicos que influyen en la decisión de compra del consumidor sanitario. Entre ellos cabe destacar: la imagen de marca o institucional, el posicionamiento de los servicios, y el “*merchandising*” de las empresas productoras de salud.³⁵

³⁵ La **imagen de marca** o **imagen institucional** se refiere a todas aquellas cuestiones que le confieren una personalidad al producto sanitario, es decir permiten su identificación. Se personaliza un servicio de salud por medio de colores, logotipo, eslogan, distribución espacial e instalaciones en general (Priego-Alvarez, 1998:29).

Habiendo probado el producto o hecho uso del servicio de salud el comportamiento posterior puede ser de repetición o abandono. Si la experiencia fue *gratificante* es probable que se consuma más de ese producto o se demande más de ese servicio, teniendo a generalizarse la respuesta a estímulos similares (p.e. madres que han experimentado un control prenatal satisfactorio tienen mayor probabilidad de participar en otros programas, tales como el de control del niño sano). La situación inversa es la *discriminación*. Es decir, el rechazo por el producto o servicio (p.e. si el control prenatal no llenó las expectativas de atención personal y trato respetuoso de las gestantes, es poco probable que para la atención del parto se acuda con el mismo médico o unidad prestadora del servicio). En el caso de la llamada "*población abierta*" --desprotegida de la Seguridad Social-- de las áreas rurales, experiencias no satisfactorias en la atención profesional --médica y paramédica-- de las embarazadas, son poderosas condicionantes de que la atención del parto sea conducida por comadronas.

3.2 PARTICIPANTES EN LA DECISIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

Como anteriormente se mencionó en la decisión de compra de productos de salud intervienen numerosos factores individuales (atributos del cliente), sociales (cultura sanitaria) y otros relativos a la estructura organizativa (legislación y mercadotecnia sanitaria). Otro factor interviniente a destacar dentro del proceso de compra de productos de salud es el papel que juega la familia, los amigos y personas conocidas más cercanas, lo que Freidson llama "*sistema no profesional de referencias*". En las culturas

El **posicionamiento** de un producto es la manera en que los consumidores definen un producto a partir de sus atributos importantes: "*el lugar que ocupa en producto en la mente de los clientes en relación con los productos de la competencia*" (Kotler, 1996). El anglicismo **Merchandising** son todas las acciones que le dan atraktividad a un producto o servicio ante los consumidores. En el sector salud se hace uso de él, en el empleo de carteles o folletos, vídeos, periódicos o revistas institucionales dirigidos a los clientes. Una aplicación de este concepto al área hospitalaria son las "*guías de utilización de servicios, los folletos de bienvenida al hospital, vídeos explicativos, etc.*" (Priego-Alvarez, 1998:30).

latinas la familia (tanto nuclear como extensa) participa activamente en las decisiones de atención médica. Es el seno familiar donde se brinda la primera información y se evalúan las alternativas de atención. La familia tiende a actuar como intermediaria entre el médico y el enfermo, intermediación que se produce con su aprobación. A mayor gravedad o cronicidad las decisiones respecto a la prestación médica son tomadas por los familiares y no por los propios enfermos. Por consiguiente es la familia la que al reclamar la autonomía³⁶ demanda su consentimiento ante cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico. Si bien la familia juega un papel relevante en las decisiones de atención médica al influir sobre el actor principal: beneficiario o consumidor primario; existen otros participantes del proceso que son determinantes en la utilización de los servicios de salud.

Son **actores del proceso de compra** el *beneficiario* (consumidor primario), los *prestadores* (consumidores secundarios) y, el *ente financiero* (estatales/privados). El ente financiero de acuerdo a políticas sectoriales y propuestas disponibles decide y establecerá la estrategia de diferenciación del producto.³⁷ En la relación médica por pago directo el consumidor primario y el ente financiero resultan ser la misma persona. El ente financiero de la población desprotegida de la Seguridad Social (población abierta) será el mismo Estado pero pueden existir organismos privados sin fines de lucro (Organismos No Gubernamentales: ONG's) o con sentido comercial (Compañías de Seguros Médicos) que asuman tal función. El prestador define qué productos sanitarios va a otorgar, cuántos y a qué grupos.

³⁶ Como se mencionó anteriormente el **principio de autonomía** implica la propiedad del enfermo sobre su cuerpo. La autonomía de los enfermos en una situación médica, significa que se les debe dar información sobre su estado de salud y sobre las alternativas médicas viables. Asimismo conlleva al respeto de sus decisiones después de una información adecuada. Incluso, si existiera una sola posibilidad de tratamiento, los enfermos tendrían otra alternativa de elección, que sería la de no hacerla.

³⁷ Se entiende por **diferenciación** al hecho de otorgarle un carácter distintivo a un producto o servicio de salud que lo haga distanciarse de su competidor, para ello se requiere de un "*razgo diferenciador*". La principal diferencia o ventaja competitiva de los productos sanitarios debe darse a partir de su calidad (Priego-Álvarez, Heberto. Conceptos básicos de mercadotecnia para la competitividad de las organizaciones sanitarias. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 1998;8:27-30).

Características distintivas en los sistemas de atención médica.

La conjunción de los tres actores participantes del proceso de compra y las relaciones que entre ellos establece la estructura de la organización médica da paso a características distintivas entre el sistema privado y el estatal o público, que son fácilmente reconocibles [Tabla VII].

En el Sistema Privado la atención se centra en los aspectos curativos y puede ser más oportuna en términos de tiempo. El cliente o consumidor sanitario decide la primera prestación, es decir, el primer contacto con los servicios médicos. Esta decisión se realiza en función del precio, de la institución a la que el profesional médico de renombre esté adscrito, del profesional en sí o al prestigio de ambos. Dentro del sistema privado de atención médica el consumidor sanitario se ve envuelto en una “*espiral de consumo*” en la que tiene poca o nula capacidad de decisión. Es el prestador de la atención quien decide cuánto, cómo y donde va a consumir sin importancia del precio. El médico ordena el tipo de pruebas clínicas y de gabinete a realizarse, determina el diagnóstico, establece el plan terapéutico, prescribe los medicamentos y ordena el internamiento hospitalario. El cliente o sus familiares asumen los costos. El consumidor tiende a estar más satisfecho por el trato personalizado, por una mayor transparencia en la información y por la oportunidad en la atención.

Tabla VII
CARACTERISTICAS DISTINTIVAS POR SISTEMA DE ATENCION MEDICA.

VARIABLE	SISTEMA PRIVADO	SISTEMA ESTATAL
OPORTUNIDAD EN LA ATENCION	Mayor	Menor
LIBERTAD DE ELECCION	Ampliada en el primer contacto	Restringida en todos los niveles de atención
GRADO DE SATISFACCION DEL CLIENTE	Tiende a ser alto sobretodo por la oportunidad en la atención y las comodidades que se otorgan	Baja por los diferemientos en la atención
ENFASIS EN LA ATENCION	Curativa Rehabilitatoria	Preventiva Curativa Rehabilitatoria
LIMITANTES	Capacidad de pago del cliente o sus familiares	La estructura organizativa y financiera

FUENTE: Priego-Alvarez Heberto. (1996) *El proceso de compra en productos sanitarios*. Hitos de Ciencias Económico Administrativas;4:24-27.

Otro punto importante a destacar dentro de la espiral de consumo sanitario es la influencia a la que se ven sometidos los galenos por las compañías farmacéuticas. Mismas que a través de sus visitadores y con incentivos diversos, estimulan a los facultativos a prescribir sus fármacos. De hecho los clientes principales de las empresas productoras de medicamentos lo constituyen los médicos y no los enfermos.

En el Sistema Estatal, el consumidor sanitario (usuario de los servicios de salud) actúa de manera pasiva, existen pocos canales que permitan su participación activa en las decisiones médicas y no se acostumbra tomar en cuenta su opinión. En el discurso oficial suele enfatizarse la atención preventiva, pero en la práctica las acciones curativas representan los porcentajes mayores en los presupuestos ejercidos. En general hay una brecha entre las necesidades que para ellos determinan la organización de los subsistemas de salud con las necesidades sentidas de la población, lo que provoca una gran satisfacción para el consumidor al no ver satisfechas

sus expectativas. La atención médica tiende a ser lenta, puesto que las canalizaciones a otros servicios y las interconsultas de especialidad son tramitadas burocráticamente y dependen de los recursos con que se cuente. Por lo regular existen largas listas de espera en la programación de las intervenciones quirúrgicas y demoras en las citas a consultas externas de especialidad.

A diferencia del Sistema Privado en el que los facultativos no tienen ninguna limitación en su acción --salvo las propias restricciones legales--, en el Sistema de Salud Pública de México (Secretaría de Salud e Instituciones de Seguridad Social) los médicos están fuertemente limitados por la organización en la aplicación de procedimientos técnicos y quirúrgicos, recetas médicas y en las solicitudes de análisis de gabinete y laboratorio. Ejemplo concreto es el Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Público, que establece el arsenal terapéutico por niveles de atención al que deben sujetarse las instituciones sanitarias del sector.

3.3 IMPLICACIÓN Y CONOCIMIENTO EN LA DECISIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS SANITARIOS

Como se mencionó anteriormente el comportamiento del consumidor hace referencia a los “actos, procesos y relaciones sociales sostenidas por individuos, grupos y organizaciones para la obtención, uso y experiencias consecuente con productos, servicios y otros recursos” (Zaltman y Wallendorf, 1979:6). Bajo un enfoque mercadológico se apunta que las decisiones de compra se encuentran altamente influenciadas por factores que pertenecen al mundo del comprador, tales como su cultura, factores sociales, personales y psicológicos (Kotler, 1991:171-189).

Para comprender el comportamiento del consumidor se requiere conocer la clase de decisión que rodea a un producto en particular. Una

manera de entender el proceso por el cual los consumidores llevan a cabo la decisión de adquirir o no un producto, es a través de la interacción entre implicación y conocimiento (Assael, 1987).

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; aunque para ello usualmente se utilizan criterios externos (precio, ciclo de compra, riesgo de compra, etc.).

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 de marca. 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 [Figura 5].

a) Alta implicación, alto conocimiento

En esta situación la decisión de compra es altamente compleja. En el caso de enfermedades crónicas degenerativas de larga evolución los afectados generalmente adquieren un gran conocimiento de la patología y la mayoría de ellos suelen estar muy informados sobre tratamientos y pruebas diagnósticas.

Figura 5
RELACION ENTRE EL GRADO DE IMPLICACION Y EL GRADO DE CONOCIMIENTO EN EL CONSUMO DE SERVICIOS DE SALUD.*

	↑ IMPLICACIÓN	↓ IMPLICACION
↑ C O N O C I M I E N T O	<p>a) <u>Consumerista internamente orientado</u></p> <p>Proceso decisorio complejo o de lealtad institucional.</p> <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades crónico degenerativas. • Enfermedades terminales (SIDA, Cáncer). 	<p>b) <u>Consumerista externamente orientado</u></p> <p>Elección aleatoria o búsqueda de variedad.</p> <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunizaciones. • Profilaxis dental.
↓ C O N O C I M I E N T O	<p>c) <u>Consumista internamente orientado</u></p> <p>Proceso de reducción de disonancia o atribución.</p> <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades congénitas. • Manipulación genética. 	<p>c) <u>Consumista externamente orientado</u></p> <p>Elección aleatoria o inercia o lealtad aparente.</p> <p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imagenología • Medicina Nuclear • "Disease mongering"

* Adaptación hecha por Priego Álvarez, Heberto para los servicios de salud (*Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 2000;15:25-30) del propuesto por Assael Henry (*Consumer Behavior and Marketing Action*. Boston: Kent Publishing, 1987:87).

Asimismo estas enfermedades de larga evolución y los estadios terminales tienen una alta implicación (*orientación interna*) y requieren para una adecuada corresponsabilidad de un alto conocimiento. La aceptación de nuevas terapéuticas en ellos requiere de un proceso de análisis, lo que produce que el tiempo para su compra (utilización del servicio sanitario) sea un proceso mayor. Por otra parte los vínculos de lealtad profesional e institucional tienden a ser altos. Estos consumidores podrían catalogarse como típicos consumeristas.

b) Escasa implicación, alto conocimiento

Esta es una circunstancia no tan común, pero que puede darse sobre todo para productos que anteriormente eran considerados relevantes y ahora no, aunque deben seguir siendo comprados. Tal sería el caso de las vacunas que en un principio representaron un gran avance médico y dieron altas expectativas de salud a la población. En la actualidad la gente está habituada a ellas, los esquemas de vacunación son repetitivos para cada uno de sus hijos, y no tienen el mismo valor preventivo para las madres que cuando las enfermedades que éstas evitan, producían una alta mortalidad y secuelas (p.e. sarampión, poliomelitis). Aquí el objetivo es elegir un producto satisfactorio sin demasiado esfuerzo. En el caso mexicano la vacunación es obligatoria a menores de 5 años, todas las instituciones sanitarias están obligadas a prestar este servicio sin costo alguno, la elección en este ejemplo dependerá más de la cercanía geográfica de la institución (*orientación externa*), que de otro criterio. La búsqueda de variedad estaría dada por las nuevas vacunas que no otorgan los servicios públicos, pero que pueden ser adquiridas en la medicina privada.

c) Alta implicación, escaso conocimiento

En esta situación el consumidor estará dispuesto a considerar todas las alternativas disponibles pero tiene poca base para entrar en una adecuada evaluación de marcas, profesionales y servicios de salud al no tener muy claros los criterios de elección, es decir tiene poca capacidad para tomar una buena decisión. Ejemplo claro de lo anterior serían aquellos familiares o portadores de enfermedades genéticas cuya implicación para evitarlas es alta, pero tienen poco conocimiento científico que les permita valorar las mejores opciones de tratamiento (*orientación interna*). Se señala que esta posibilidad se ve afectada por un proceso de “*reducción de disonancia*”, es decir que después de haber tomado una conducta (p.e. seguimiento de una alternativa terapéutica) los usuarios de servicios de salud o los familiares tomadores de la decisión de compra están deseosos de encontrar confirmaciones de que ha tomado una buena decisión, y a menudo las encuentran porque quieren encontrarlas, obedecen por tanto a consumistas internamente orientados por sus razones personales.

d) Escasa implicación, escaso conocimiento

En estas condiciones hay escaso conocimiento y es poco probable que crezca en el futuro. La motivación básica del consumidor será seguir el plan diagnóstico y terapéutico más adecuado con el mínimo esfuerzo; no se va más allá de los valores meramente funcionales del producto sanitario. Caso particular lo constituyen las nuevas posibilidades de la imagenología y la medicina nuclear como pruebas diagnósticas. El usuario desconoce todo sobre ellas y deja la elección total en manos del facultativo médico (*orientación externa*), el cómo carece de importancia, lo fundamental es la resolución del problema de salud. Esta es una prototípica actitud consumista. Por otra parte hay que reconocer que la falta de información y la indiferenciación de los servicios producen un mismo resultado de

“ambigüedad electiva” (León y Olabarría, 1991:231-236). Tal sería el caso de la mayoría de las madres mexicanas, a quienes les da lo mismo llevar a sus hijos a vacunar a la Secretaría de Salud que a las distintas instituciones de Seguridad Social, dado que en todas ellas se presta el mismo servicio de inmunización de manera gratuita, al igual que ciertos programas preventivos (p.e. Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino) y los programas de planificación familiar).

De igual manera, la llamada “*disease mongering*” (enfermedades inventadas por la industria farmacéutica en alianza con algunos médicos), representan una clara orientación externa del consumo. El envejecimiento, la hiperactividad infantil o la timidez son ejemplos claros de prescripción de fármacos innecesarios (Bassets, 2005). Al respecto deben señalarse las estrategias de marketing comercial que realizan las compañías farmacéuticas, generalmente transnacionales, a sus principales mercados metas: 1) “Educación médica” a facultativos para que realicen la prescripción de determinados medicamentos en patologías etiquetadas sin un fundamento científico realmente comprobado (p.e. osteoporosis, disfunción eréctil), y 2) un “*marketing of fear*” en la población, generando una demanda inducida para el consumo de servicios y fármacos asociados a patologías etiquetadas como de riesgo basada en el temor (Moynihan et als., 2002).

Segunda Parte

INVESTIGACIONES EMPÍRICAS

Consumo en Salud.
Análisis mercadológico del comportamiento del consumidor sanitario

CAPÍTULO 4

¿CONSUMISMO O CONSUMERISMO? La actitud preferente del consumidor Sanitario urbano de Tabasco, Mexico.

Consumo en Salud.
Análisis mercadológico del comportamiento del consumidor sanitario

4.1 OBJETIVOS

En este estudio se planteó como propósito general la necesidad de profundizar en el análisis de la actitud hacia el consumo de productos y servicios de salud en la población urbana, haciendo uso de los datos de la *Encuesta de Consumo de Servicios de Salud* realizada en Tabasco, México³⁸ durante 1998; y en la sección de discusión de la información cualitativa recabada en las entrevistas a profundidad efectuadas en 1996,³⁹ así como de otras fuentes secundarias.⁴⁰ Para tal fin se consideraron tres objetivos específicos:

³⁸ La *Encuesta de consumo de servicios de salud, Tabasco-1998* (ECSST) analizó el proceso de consumo en salud de acuerdo a la perspectiva del consumidor sanitario de acuerdo a una metodología mercadológica cuantitativa en una muestra probabilística de conglomerados bietápica (1,038 informantes de áreas urbanas de las regiones geopolíticas del estado mexicano de Tabasco) efectuada durante los meses de junio – agosto de 1998 por la División Académica de Ciencias Económico Administrativas de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Sus dimensiones de análisis fueron: *Cultura sanitaria* (conjunto de ideas, valores y creencias que tienen los individuos respecto a la salud y que determinan en parte su comportamiento hacia la utilización de los servicios sanitarios), *percepción de los servicios de salud* (proceso por el cual un individuo selecciona, organiza e interpreta los estímulos para integrar una visión significativa y coherente), *patrón de consumo sanitario* (unidad de referencia que permite la medición o valoración en la adquisición y utilización de productos de salud por los consumidores), y *actitud hacia el consumo* (acción manifiesta de los consumidores en el proceso de compra de productos sanitarios), este último aspecto expresado en una manifestación consumista o consumerista. (Priego-Álvarez H, López-Naranjo JL, Meneses Hernández JL. *Encuesta de consumo de servicios de salud, Tabasco-1998*. Serie Proyectos de Investigación No. 1 Centro de Investigación. División Académica de Ciencias Económico Administrativas, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco 2000:135 pp.)

³⁹ Esta *investigación cualitativa* (Priego-Álvarez Heberto. Consumo en Salud: La perspectiva del consumidor sanitario. *Hitos de Ciencias Económico Administrativa* 1997;7:15-22) constituyó una primera aproximación mercadotécnica a la perspectiva del consumidor sanitario en el área urbana de Tabasco, México. Los datos fueron obtenidos durante el mes de mayo de 1996 en entrevistas a profundidad realizadas a 13 personas adultas residentes en la ciudad de Villahermosa, Tabasco, México. Todos ellos representativos de distintos subgrupos culturales, es decir “*el conformado por individuos que tienen comportamientos de consumo similares*” (Arellano-Cueva, 1993:161) y que a la vez pertenecen a sistemas sociales que conviven paralelamente los unos con los otros y cuyo comportamiento de consumo es de forma radicalmente distinta y no forzosamente subordinado. Este estudio determinó que la actitud hacia el consumo sanitario era preferentemente consumista. El consumidor actuaba como “paciente” (rol pasivo y dependiente), acatando las órdenes médicas y participando muy poco en la instauración de su plan terapéutico, existiendo una clara relación de subordinación bajo la cual el enfermo se ponía en manos del médico o de la institución sanitaria y se abandona, en evidente confianza y pasividad. Al proporcionar profundidad en los aspectos cualitativos se convirtió en una importante evaluación basal que generó las investigaciones cuali-cuantitativas posteriores en la zona.

⁴⁰ La *Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud en México* (ESSSM) se realizó entre abril y mayo de 1994 por la Fundación Mexicana para la salud con la finalidad de “*obtener un perfil de la opinión de la sociedad civil sobre los servicios de salud y de medir la satisfacción, utilización y acceso a los servicios de salud del país*”. La encuesta se llevo a cabo con la colaboración del Programa de Opinión Pública y Servicios de Salud de la Universidad de Harvard, Indermec (filial mexicana de la compañía Louis Harris y Asociados) y la Comisión Mexicana de Investigación en Salud. En ese mismo año. La Universidad de Harvard y Harris Asociados llevaron a cabo estudios similares en Estados Unidos, Canadá y Alemania, por lo que los datos que obtuvieron se utilizaron comparativamente entre estos países. El Estado mexicano de Tabasco quedó comprendido dentro de la región sur junto con otras entidades federativas (Campeche, Chiapas, Guerrero,

1. Determinar la actitud preferente hacia el consumo de productos y servicios de salud por los usuarios urbanos en Tabasco.
2. Establecer el grado de conocimiento que tienen los consumidores tabasqueños urbanos de sus derechos en materia de salud.
3. Identificar el papel del consumidor sanitario urbano de Tabasco en el proceso de consumo sanitario, señalando el tipo de relación interpersonal predominante entre los consumidores y los proveedores de productos y/o servicios de salud.

4.2 MATERIAL Y METODOS

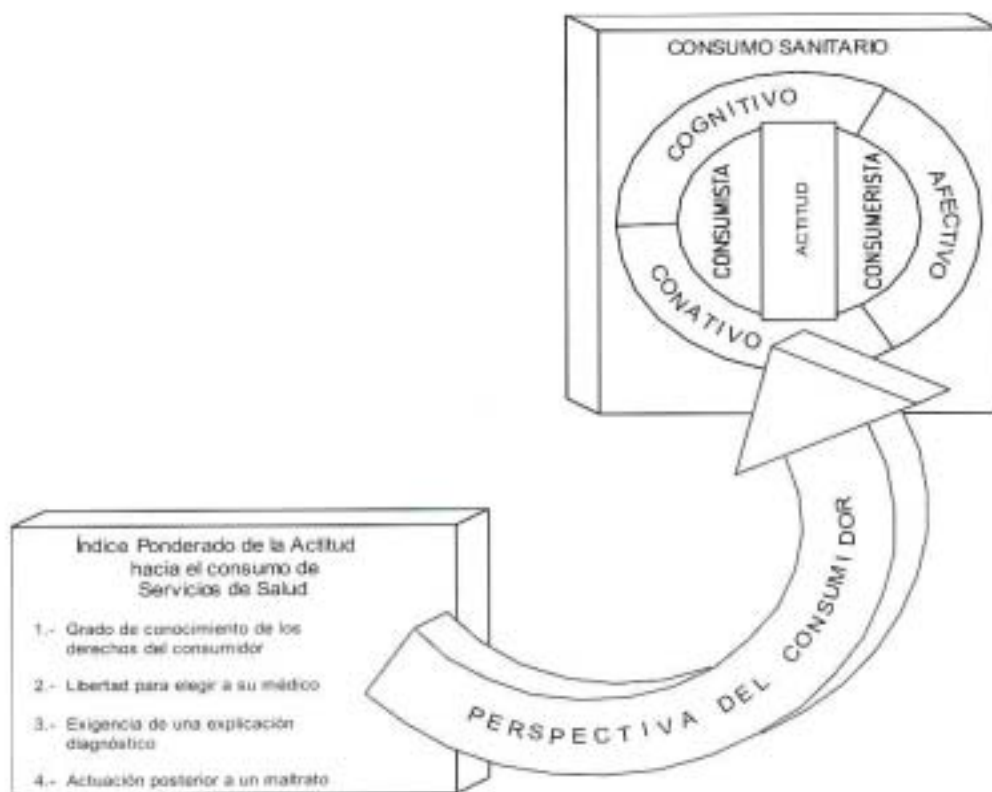
Con base en la Encuesta de Consumo de Servicios de Salud en Tabasco (Priego Álvarez et als., 2000) se procedió a realizar el análisis cuantitativo de la actitud hacia el consumo sanitario; posteriormente se discuten estos resultados con los datos cualitativos del estudio previo de la perspectiva del consumidor en Villahermosa, Tabasco y con otras fuentes de información secundaria. Estableciéndose como hipótesis central que *“la actitud hacia el consumo de productos y servicios de salud por la población urbana de Tabasco era preferentemente consumista”*. Se identificaron las variables de estudio: variable independiente <<actitud hacia el consumo sanitario>> y variable dependiente <<consumismo>>.

Para el conocimiento de la actitud hacia el consumo sanitario solo se utilizaron las secciones I y V del cuestionario base en la ECSST (datos sociodemográficos y actitud hacia el consumo). En la operacionalización de las variables, se estableció que la actitud hacia el consumo esta determinada por cuatro indicadores: 1) el grado de conocimiento de los

Hidalgo, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tlaxcala, Yucatán y Veracruz). La **Encuesta Nacional de Salud II** (ENSA II) efectuada en 1994 por la Secretaría de Salud de México, tuvo como objeto estudiar, por primera vez a nivel nacional, el proceso de búsqueda y obtención de servicios de salud así como la percepción de la calidad de los servicios de atención a la salud de los usuarios.

derechos del consumidor, 2) la posibilidad del consumidor para elegir al medico, 3) la exigencia de una explicación diagnóstica y 4) la forma de actuar del consumidor en caso de maltrato por parte del médico; considerando que la actitud hacia el consumo de servicios de salud tiene esencialmente un componente conativo, ya que incluye el comportamiento actual en sí y es expresión de la intención de compra del consumidor (Figura 6).

Figura 6.
MARCO CONCEPTUAL DE LA ACTITUD HACIA EL CONSUMO EN SALUD



Se requirió del calculo de las frecuencias relativas y absolutas en cada uno de estos indicadores, construyéndose un Índice Ponderado General (IPG) y un Índice Ponderado Individual (IPI), para explicar la actitud hacia el consumo de los servicios de salud de la población urbana de tabasco con dos resultados: *consumista* o *consumerista*, considerándose valores mayores de 50% como población consumerista y menores o iguales

a 50%, consumista (Apéndice A). También se realizó un análisis bivariado de las variables de interés y se ajustó un modelo de regresión logística para explicar, mediante el análisis multivariado, el peso de las variables predictoras en la actitud consumista de los servicios de salud, ya que es importante determinar cuáles de las variables bajo estudio ejercen mayor influencia en la actitud hacia el consumo de servicios de salud de la población de interés (Apéndice B).

4.3 RESULTADOS

Actitud preferente hacia el consumo sanitario. Se comprobó la hipótesis planteada de que *“la actitud hacia el consumo de productos y servicios de salud por la población urbana de Tabasco es preferentemente consumista”* (el valor estimado del IPG fue de 0.492 de acuerdo a los criterios establecidos). En tres de los indicadores del índice, los valores estimados fueron superiores a 0,50. Sin embargo, en la exigencia de una explicación diagnóstica del padecimiento, el valor estimado en los consumidores que sí lo exigen fue mayor que aquellos que no lo hacen [Tabla VIII].

TABLA VIII
INDICE PONDERADO DE LA ACTITUD HACIA EL CONSUMO DE
SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACION URBANA DE TABASCO,
MÉXICO (1998).

INDICADOR	ITEMS	VALOR REAL	VALOR ESTIMADO		TIPO DE ACTITUD
1. Grado De conocimiento de los derechos del consumidor	5-6 derechos	> 50%	0.079	0.240	Consumista
	3-4 derechos	> 50%	0.161		
	1-2 derechos	≤ 50%	0.251	0.760	
0 derechos	≤ 50%	0.509			
2. Libertad para elegir médico.	Si elige	> 50%	0.450	0.450	Consumista
	No elige	≤ 50%	0.550	0.550	
3. Exigencia de una explicación diagnóstica del padecimiento.	Si exige	> 50%	0.954	0.954	Consumerista
	No exige	≤ 50%	0.046	0.046	
4. Actuación posterior a un maltrato.	Ninguna	≤ 50%	0.613	0.613	Consumista
	Quejarse	≤ 50%	0.125		
	Exigencia de atención	> 50%	0.133		
	Otra atención de reclamo	> 50%	0.031	0.289	
INDICE PONDERADO		≤ 50%	0.492	0.492	Consumista

Fuente: Encuesta de consumo de servicios de salud, Tabasco-1998.
Centro de Investigación, DACEA-UJAT

Con base en el IPI, se determinó la fuerza o intensidad del consumo y se buscaron asociaciones entre la actitud hacia el consumo y se buscaron asociaciones entre la actitud hacia el consumo y algunas variables socioeconómicas:

- La fuerza o intensidad del consumo se concentró mayormente en la suma 5 y 6 (frecuencias 378 y 441 respectivamente) que reflejan una actitud consumista. Las actitudes extremas, altamente consumistas (suma 4) y altamente consumerista (suma 8) tuvieron las frecuencias menores, 37 y 14 respectivamente.

[Tabla IX]

Tabla IX
FUERZA DE CONSUMO EN LA POBLACION URBANA DE TABASCO

FUERZA DE CONSUMO	ACTTITUD HACIA EL CONSUMO	FRECUENCIA No.	PORCENTAJE %
4	Consumista	37	3,6%
5	Consumista	378	36,4%
6	Consumista	441	42,5%
7	Consumerista	168	16,2%
8	Consumerista	14	1,3%
	TOTAL	1038	100%

Fuente: Encuesta de consumo de servicios de salud, Tabasco-1998.
Centro de Investigación, DACEA-UJAT

- La edad guarda una asociación significativa con la actitud hacia el consumo (Ji^2 , $p < 0.001$). Son los viejos los que menor porcentaje de actitud consumista tienen (76%) en comparación a los otros grupos de edad (82% en los grupos de jóvenes y de un 84% en la población adulta madura).

- Con relación al sexo, tanto hombres como mujeres tienen una actitud preferentemente consumista hacia los servicios de salud (79% y 85% respectivamente), siendo menor la actitud consumerista en el sexo femenino (15%) en comparación al sexo masculino (21%). Aunque esta diferencia por sexos a la prueba de la Ji^2 resultó no significativa (5%), tampoco la prueba de correlación de Spearman para variables nominal fue significativa ($P < 0.77$).

- La asociación entre escolaridad y la actitud hacia el consumo se considero altamente significativa (Ji^2 , $P < 0.001$). A menor nivel de estudios formales, los consumidores (en los analfabetas casi el 90% de ellos fueron consumistas). Por el contrario se es consumerista en la medida que se tiene un mayor nivel escolar (los consumeristas con estudios primarios obtuvieron un porcentaje aproximado del 9%, los de secundaria 12%, aquellos con estudios de preparatoria 20%, los de estudios técnicos 23%, y los de licenciatura 32%, pudiéndose identificar la relación inversamente proporcional entre escolaridad y la actitud hacia el consumo).

- Existe una clara relación entre el estrato socioeconómico y la actitud hacia el consumo (Ji^2 , $P < 0.001$). En los estratos bajos de la población la actitud consumista tuvo un porcentaje mayor (87% estrato bajo 88% en el estrato medio bajo) mientras que el porcentaje mayor de consumidores sanitarios con actitud consumeristas se registro en los estados medio alto y alto (ambos con 24%).

- El nivel de ingreso y la actitud hacia el consumo sanitario mantiene una asociación igualmente significativa (Ji^2 , $P < 0.001$). La actitud consumista fue mayor en los consumidores con ingresos mensuales de \$1,250.00 pesos mexicanos (90%), porcentaje que decrecía a mayor nivel de ingreso. Por el contrario la actitud consumerista aumentaba en relación con el mayor ingreso, pasando de un 10% en el nivel de ingreso mas bajo a un 30% en aquellos que tenían un ingreso de \$5,000.01 a \$ 6,250.00 pesos mexicanos y, a 27 % en los de los ingresos superiores.

- Entre la región geopolítica en que vive el consumidor sanitario y su actitud hacia el consumo no existe una asociación significativa (Ji^2 , $P < 0.05$). Los porcentajes de población consumerista en todas las regiones de Tabasco, están muy cerca del porcentaje promedio de 18%.

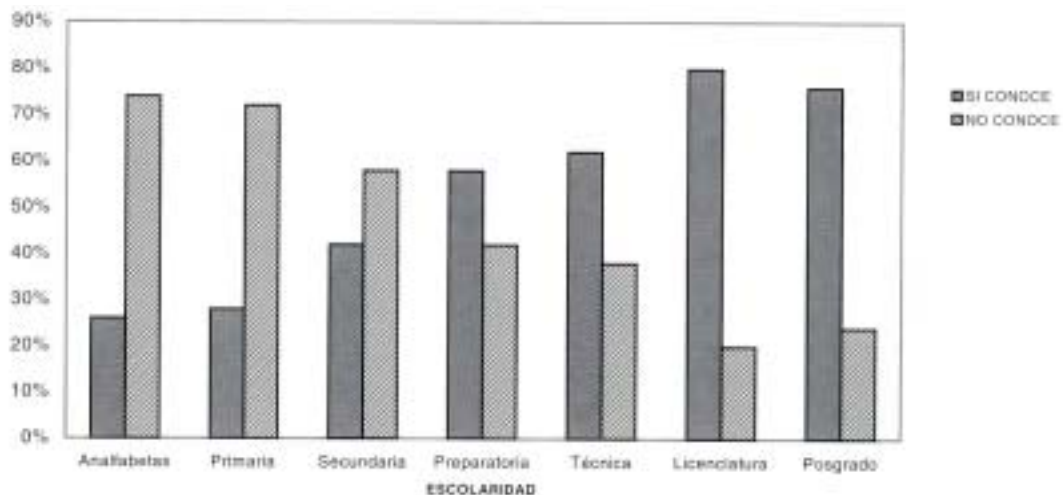
- Otras asociaciones con base en el IPI se buscaron entre la actitud hacia el consumo sanitario y el trato recibido durante la atención medica, con la exigencia de una explicación diagnóstica, y con la libertad para elegir al medico, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas, a excepción de la ultima con una Ji^2 , $P < 0.05$.

Conocimiento de los derechos del consumidor sanitario.

En la población encuestada, prácticamente la mitad de la población manifestó no conocer sus derechos como consumidor sanitario (50%, 518 personas). El otro 50% restante (520 informantes) dijo conocer sus derechos parcialmente. En números absolutos los derechos más identificados por la población que afirmó conocerlos fueron: el derecho a la seguridad y a la salud (457), el derecho a ser escuchado (400), el derecho de información (396), el derecho a elegir (350), el derecho a un ambiente limpio y sano (330), y el derecho a la intimidad personal (329).

El conocimiento de los derechos del consumidor sanitario en relación con su escolaridad tiene una alta significancia estadística (J^2 , $P < 0.00005$). Dándose una relación proporcionalmente inversa: a una menor escolaridad una probabilidad mayor de no conocer sus derechos como consumidor. Por el contrario una mayor escolaridad hace que la posibilidad de no conocimiento de los derechos sea menor (Figura 7).

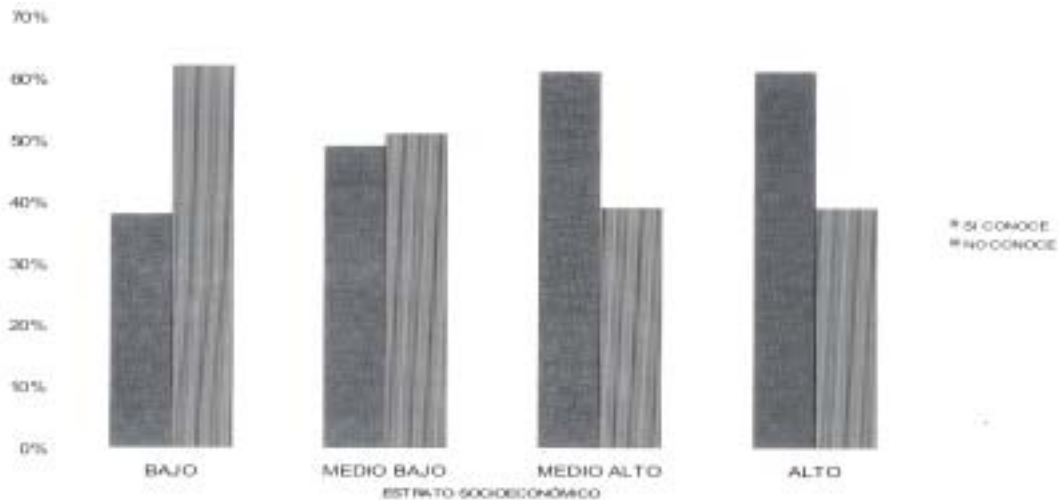
Figura 7.
**CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL CONSUMIDOR SANITARIO
CON RELACIÓN A LA ESCOLARIDAD**



Fuente: Encuesta de consumo de servicios de salud, Tabasco-1998.
Centro de Investigación, DACEA-UJAT

La relación entre el estrato socioeconómico el conocimiento de los derechos del consumidor no es tan fuerte (Ji^2 , $P < 0.001$); pero si se evidencia que a mayor estrato, la probabilidad de conocer sus derechos es mayor (61% en los estratos altos) [figura 8].

Figura 8.
**CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL CONSUMIDOR SANITARIO
CON RELACION AL ESTRATO SOCIOECONOMICO**



Fuente: Encuesta de consumo de servicios de salud, Tabasco-1998.
Centro de Investigación, DACEA-UJAT

Con respecto a si el conocimiento de los derechos como consumidor tendría que ver con la acción posterior a un maltrato en la atención médica, se encontró una significancia estadística ($P < 0.01$, $Ji^2 = 16.520$). Así que el porcentaje de no hacer nada ante el maltrato fue mayor en aquellos que no conocían sus derechos (78%) que entre los cuales si decían conocerlos (64%). [Tabla X]

TABLA X
CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL CONSUMIDOR
SANITARIO CON RELACION A SU ACCIÓN POSTERIOR
A UN MALTRATO EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Conocimiento De Los Derechos Del Consumidor	SI CONOCE	NO CONOCE
ACCIÓN		
Nada	64.0 % (146)	77.8 % (179)
Quejarse ante las autoridades	15.4 % (35)	9.6 % (22)
Exigir mejor atención	17.2 % (39)	9.6 % (22)
Otras acciones de reclamo	3.1 % (7)	3.0 % (7)
TOTAL	100% (227)	100% (230)

Fuente: Encuesta de consumo de servicios de salud, Tabasco-1998.
 Centro de Investigación, DACEA-UJAT

Con relación al sexo, la probabilidad de conocer los derechos del consumidor fue mayor en los hombre que en las mujeres ($Ji^2=12.926$, $P<0.01$). En la muestra, el porcentaje de hombres que conocía sus derechos era mayor (57%) en comparación a los varones que referían no conocerlo. Por el contrario en las mujeres, el porcentaje mayor se dio en aquellas que no los conocían. [Tabla XI]

Tabla XI
DIAGNOSTICO MEDICO CON RELACION A SI SE ESTA AFILIADO
O NO A LA SEGURIDAD SOCIAL

SEGURIDAD SOCIAL			
DIAGNOSTICO	AFILIADO	NO AFILIADO	TOTAL
Si se les dice el padecimiento que tienen	85.4 % (531)	88.5 % (368)	86.6 % (889)
No se les dice el padecimiento que tienen	14.6 % (91)	11.5 % (48)	13.4 % (139)
TOTAL	100 % (622)	100 % (416)	100 % 1038

Fuente: Encuesta de consumo de servicios de salud, Tabasco-1998.
Centro de Investigación, DACEA-UJAT.

Papel del consumidor en proceso de atención médica.

El primer punto de análisis en este rubro, consistió en saber si a los enfermos se les dice o no, el diagnóstico de su padecimiento. En este estudio se encontró que el médico si les dice el padecimiento que tienen 87% (899) de los enfermos, pero en 13.4% (139 personas) esto no sucede así. No hubo diferencias significativas entre la probabilidad de que no se de un diagnóstico dentro de las instituciones de la seguridad social en comparación a otros servicios médicos (Ji^2 , $p < 0.05$). De hecho los porcentajes de quienes se les dio un diagnóstico médico es similar para los afiliados a la Seguridad Social (14.6%) aquellos no afiliados y que hacen uso de otros servicios (11.5%).

La exigencia de una explicación diagnóstica fue reportada en la gran mayoría de los encuestados (94%). Solo 59 informantes (6%) dijeron que no solían exigir un diagnóstico cuando este no les era dado por los profesionales médicos. No hubo diferencias por sexo en cuanto a la exigencia de un diagnóstico, los porcentajes entre los hombres y mujeres que no exigen el diagnóstico fue similar (5,8 % y 5,6% respectivamente). Igualmente no fue significativa la relación entre la exigencia de una explicación diagnóstica y es estrato socioeconómico ($Ji^2=6214$, $p < 0.05$), aunque la probabilidad de no exigencia diagnóstica entre los estratos altos

(medio alto y alto) es menor 4% en comparación con los estratos bajos (medio bajo y bajo) que fue de 7%.

En cambio, si hubo relación entre la exigencia diagnóstica, en función de la escolaridad del enfermo ($Ji^2=13.940$, $p<0.001$). Es decir, la probabilidad de no exigir una explicación diagnóstica disminuye a mayor escolaridad. La no exigencia encontrada entre los analfabetas de 10,3%, porcentaje que disminuía conforme se tenía un nivel de estudios más altos. El 100% de las personas con posgrado afirmaron exigir siempre un diagnóstico médico. Otra relación significativa ($Ji^2=56.549$, $p<0.001$) se obtuvo entre la edad y la posibilidad de exigir una explicación diagnóstica. Entre las personas de 66 y más años, la probabilidad de no exigir un diagnóstico médico es de 8%, mayor que entre los demás grupos de edad. En el intervalo de 18-41 años y entre los 42-65 años el porcentaje fue similar (6%). El 44% de los encuestados (457 personas), refirieron haber tenido en alguna ocasión un maltrato durante la atención médica. Para la valoración del papel del consumidor sanitario se tomó en cuenta la acción posterior al maltrato, encontrándose que el 71% de los entrevistados no realizó ninguna acción posterior.

Al análisis de la acción posterior al maltrato en relación a el estrato socioeconómico, la probabilidad de no tomar ninguna acción ($Ji^2=20.687$, $P<0.001$) es mayor en los estratos medio bajo y bajo (78.6% y 75.8% respectivamente), en comparación a los estratos medio alto y alto (62.2% y 65.4%). Si se agrupan los datos solo en dos estratos, alto y bajo, la probabilidad de no hacer nada ante un maltrato sería mayor en el bajo (77%) que en el alto (64%). La acción posterior al maltrato y la escolaridad tuvo una probabilidad aun más significativa ($Ji^2=77.249$, $P<0.001$). Los analfabetas tienen una alta probabilidad de no tomar ninguna acción de reclamo (93%), estos porcentajes disminuyen conforme aumenta el grado de escolaridad (primaria 84%, secundaria 75%, preparatoria 58%, licenciatura 62% y posgrados 55%).

La confianza en los diagnósticos y tratamientos médicos, fue otra posibilidad que se exploró para determinar el papel del consumidor. A la pregunta concreta de si confiaba en ellos, el 76% (778 personas) afirmaron que sí, y el 24 % restante dijeron que no, la relación de tener una mayor o menor confianza dependiendo de si se tenía derecho a la seguridad social tuvo una significancia de $P < 0.01$ de $Ji^2 = 18.495$. Hallándose que los porcentajes de confianza entre los afiliados a la Seguridad Social con los de aquellos que hacían uso de otros servicios no distaban mucho (56% y 44% respectivamente), mas no así en los porcentajes de no confianza, siendo notoriamente mayor el porcentaje de desconfianza entre los afiliados a la seguridad social (72%) que entre aquellos que utilizaban otros servicios (28%). Prácticamente la casi totalidad de los encuestados manifestó creer que le respetan su derecho de intimidad personal, solo 8 de ellos no lo consideraron así.

Por el modelo de regresión logística se utilizaron como variables previctorias de la actitud consumista hacia los servicios de salud, algunas sociodemográficas tales como: sexo, edad, escolaridad, ingreso, estrato socioeconómico, región geopolítica de residencia y si se estaba en pareja estable (casado o en unión libre) o no (solteros, separados, divorciados y viudos), así como de otras variables diversas como: la Percepción del Estado de Salud (PES), la institución sanitaria que se utiliza preferentemente (estatal, de beneficencia y privada), si se tenía derecho a la Seguridad Social y si se hacía uso de servicios de atención médica en otros estados mexicanos u otros países, encontrándose una alta significancia entre la escolaridad y la edad del consumidor. Un nivel menor de estudios y ser mas joven son las variables que determinan una mayor actitud consumista [Tabla XII].

**Tabla XII
ASOCIACION MULTIVARIADA ENTRE LA ACTITUD CONSUMISTA
Y TODAS LAS VARIABLES PREDICTORAS
(ODDS RATIOS AJUSTADAS)**

Variable	B	S.E.	Sig.	OR (IC95 %)	OR-	OR+
EDAD						
< 41 años			0.0436	1		
41-65 años	0.2452	0.2274	0.2809	1.2779	0.82	2.00
66 y mas años	1.1796	0.48	0.014	3.253	1.27	8.33
PES						
Buena				1		
Mala	-0.3678	0.3534	0.2981	0.6923	0.35	1.38
INGRESO						
<\$2,500.01			0.6221	1		
<\$5,000.00	0.0801	0.267	0.7606	1.0834	0.65	1.81
>\$5,000.00	0.2792	0.2969	0.347	1.3221	0.74	2.37
EDO CIVIL						
Solo				1		
En pareja	-0.2013	0.2068	0.3305	0.8177	0.55	1.23
INST SANITARIA						
Estatales			0.1066	1		
Beneficencia	0.5455	0.5816	0.3482	1.7255	0.55	1.23
Privadas	-0.4743	0.2576	0.0656	0.6223	0.38	1.03
SEXO						
Hombre				1		
Mujer	-0.3015	0.1883	0.1094	0.7397	0.51	1.07
REGIÓN						
Chontalpa				1		
Centro	0.0258	0.2196	0.9063	1.0262	0.67	1.58
Rios	0.3536	0.2946	0.2301	1.4242	0.80	2.54
Sierra	0.2686	0.3685	0.4661	1.3081	0.64	2.69
Pantanos	-0.2112	0.4358	0.6279	0.8096	0.34	1.90
REG. SOCIAL						
Si tiene				1		
No tiene	0.0271	0.2249	0.904	1.0275	0.66	1.60
SERV FUERA TAB						
Si utiliza				1		
No utiliza	-0.1509	0.2232	0.4989	0.8599	0.56	1.33
ESCOLARIDAD						
Analfabetas			0.0001	1		
Basicos	-0.1368	0.4879	0.792	0.8722	0.34	2.27
Intermedios	0.861	0.5191	0.0972	2.3655	0.86	6.54
Terminales	1.2934	0.5533	0.0194	3.645	1.23	10.78
Nivel SOCIOECONÓMICO						
Alto			0.3289	1		
Medio Alto	0.0428	0.2564	0.8673	1.0438	0.63	1.73
Medio Bajo	-0.04632	0.2992	0.1216	0.6293	0.35	1.13
Bajo	-0.2314	0.2752	0.4004	0.7934	0.46	1.36

Fuente: Encuesta de consumo de servicios de salud, Tabasco-1998.
Centro de Investigación, DACEA-UJAT.

4.4 DISCUSION

En este estudio se corrobora de manera cuantitativa la actitud consumista que previamente se había establecido en la investigación cualitativa anterior, realizada en una muestra selectiva de la población de Villahermosa, México en 1996.

Al análisis de las variables sociodemográficas que se asocian con este tipo de actitud, se destacan algunos aspectos relacionados con el género, aparentemente las mujeres son más consumistas que los hombres y son ellas quienes suelen estar menos informadas en cuanto a sus derechos en salud. Este último aspecto ya ha sido señalado por otros investigadores, sin embargo en este estudio, esta relación no es categórica. Josep Rodríguez (1983:331) con base en datos de España, apunta que “los varones están relativamente mucho mas informados que las mujeres, los pacientes pobres y los de bajo nivel educativo” lo que se corrobora en este estudio. El estrato socioeconómico y principalmente la escolaridad son variables determinantes en la actitud hacia el consumo. De hecho esta relación es proporcionalmente inversa, es decir a menor escolaridad y más bajo nivel socioeconómico se tiene una mayor actitud consumista. La escolaridad por si misma es el factor de mayor peso que determina la actitud hacia el consumo. A una escolaridad mas alta, el conocimiento de los derechos del consumidor resulta evidente, aumenta la probabilidad de exigir una explicación diagnostica, y es notoria una acción de reclamo entre un maltrato en la atención medica.

Llama la atención el peso que guarda la edad en la actitud hacia el consumo. En la población urbana de Tabasco, los viejos registraron un porcentaje consumerista más alto y una mayor probabilidad de exigir una explicación diagnostica. Este hecho pudiera estar asociado con la experiencia que en cuanto a la utilización de servicios sanitarios guarda este grupo erario y con la mayor utilización que suelen hacer de los mismos por

patologías asociadas a la vejez, así como al menor ingreso económico que normalmente tienen los ancianos y que les obliga a racionalizar sus limitados recursos o los de sus familiares. Por otra parte la escolaridad en este grupo también es un factor determinante del consumo. En el caso de enfermería esto es evidenciado en la atención al derechohabiente geriátrico, donde “el grado de escolaridad alcanzado tiene que ver con la evaluación que sobre el desempeño de los profesionales de la salud hacen los viejos” (Reyes et al, 1999). El papel del consumidor sanitario tiende a caracterizar una actitud pasiva, sobretodo en los consumidores de menor escolaridad y de estrato socioeconómico bajo. Son ellos los que ante un maltrato no suelen tomar ninguna acción de reclamo, especialmente de aquellos que hacen uso de las instituciones de beneficencia, y en menor proporción a los de la Seguridad Social y la población abierta que ala Secretaria de Salud. Situación que en el contexto mexicano ha sido evidenciada por Bronfman et al. (1997:445) cuando apunta que la mayoría de los entrevistados percibe que al solicitar atención médica en las instituciones estatales implica una relación entre desiguales, en la que no solo se cuestiona el derecho al servicio o ala urgencia del mismo, sino que permite el maltrato de parte de los distintos agentes de salud hacia los individuos. Asimismo se afirma que en la relación medico paciente existe un claro dominio del profesional hacia el usuario y que esto es aun mas notorio en el caso de las mujeres: “Los pacientes son subordinados al poder saber médico desde el saludo hasta la despedida, pero las pacientes mujeres son especialmente subordinadas a través del reforzamiento del desempeño del rol genérico, especialmente durante el interrogatorio y la exploración física, en manifestaciones gestuales y verbales” (Salas-Venezuela, 1999). He aquí la probable razón de un consumismo de género subordinado a las órdenes médicas, dado que son las mujeres quienes mayor uso hacen de los servicios de salud por su propia condición de “cuidadora de la salud familiar”.

La mayor desconfianza que hacia los servicios estatales tienen los usuarios, y en particular los derechohabientes de la Seguridad Social, puede

explicarse fundamentalmente por la información que reciben, diversos estudios así lo demuestran: “La insatisfacción con la atención tiene que ver con aspectos tan elementales como que el 25% de los pacientes si reciben información sobre los procedimientos que se les efectúan, y a un 34% no se les proporciona un diagnostico”. (*Estudio de insatisfacción de pacientes en los Centros de Salud de Oaxaca*. Citado por González-Block et al, 1994:46); “En el IMSS un 25% de los usuarios de consulta externa y hospitalización consideran insuficiente la información que reciben del medico” (Encuesta Nacional sobre Calidad y Calidez entre Usuarios y Prestadores de Servicios Médicos del IMSS, 1990).

Esa desconfianza hacia los servicios, la imposibilidad de elección del medico, la mala calidad interpersonal y la despersonalización en la atención hace que los servicios privados estatales magnifiquen los servicios privados y externen su preferencia hacia ellos: “El 58% de los derechohabiente del IMSS preferían recibir servicios de un medico privado que de un medico institucional” (CONCAMIN, 1994); “Los servicios de Seguridad Social captan tan solo al 70% de la demanda médica de sus afiliados; el 24% restante opta por los servicios privados y el resto (6%) por la atención asistencial (SSA)” (González-block et al. 1994:68).

4.5 CONCLUSIONES.

La actitud preferente hacia el consumo sanitario de la población urbana de Tabasco es consumista, con una intensidad de consumo fuertemente determinada por la escolaridad y en menor medida por la edad.

La actitud consumista se caracteriza por un bajo conocimiento de los derechos del consumidor, una pobre o nula libertad de elección del medico, y por una casi inexistente actuación de reclamo posterior a un maltrato en la atención médica. La no exigencia de una explicación diagnóstica está asociada con una nula o baja escolaridad.

Si bien se observó que el nivel socioeconómico guardaba una alta relación con la actitud del consumidor sanitario, es en sí el nivel de estudios lo que determina esta relación. En concreto puede afirmarse que la nula o baja escolaridad es el factor determinante de mayor peso en la actitud consumista hacia los servicios de salud.

El conocimiento de los derechos del consumidor está fuertemente asociado a la escolaridad, al estrato socioeconómico y al género. Respecto a esto último, cabe destacar que son las mujeres las que suelen estar menos informadas de sus derechos sanitarios que los hombres, y que son ellas las que al hacer un mayor uso de los servicios de salud por su condición de “cuidadoras” de la salud en el seno familiar, quienes presentan un consumismo de género subordinado a las órdenes médicas.

CAPÍTULO 5

IMPLICACIÓN Y CONOCIMIENTO EN LA ACTITUD HACIA EL CONSUMO DE SERVICIOS DE SALUD. El caso de los derechohabientes de la CMF *Casa Blanca* del ISSSTE.

Consumo en Salud.
Análisis mercadológico del comportamiento del consumidor sanitario

5.1 OBJETIVOS

Este estudio tuvo como propósito general 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 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:

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.

Caracterizar a los derechohabientes del ISSSTE según las categorías de actitud hacia el consumo de servicios de salud, a través del uso del cuestionario previamente diseñado

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).

5.2 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: 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 (Apéndice C), del cual se generó un *pool* 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 (Adaptación hecha para el consumo de servicios de salud por Priego Álvarez, H. en el año 2000, al Modelo de Implicación y Conocimiento en la Decisión de Compra del Consumidor propuesto por Assael H. en 1987).

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 (Apéndice E).

II Fase: Se efectuó una investigación cognitiva – motivacional (cualitativa) 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 variantes: a) Consumerista internamente orientado, b) Consumerista externamente orientado, c) Consumista internamente orientado, y d) Consumista externamente orientado (Tabla XIII).

Diseño del tamaño de muestra

La población bajo estudio la constituyen 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 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% (Apéndice D).

Tabla XIII
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 <i>a.- 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 <i>b.- 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 <i>c.- 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 <i>d.- 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

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 tienen 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.

5.3 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 medica ambulatoria (urgencias, consulta externa de medicina familiar y de especialidad gerontológica), un 11% requerían acciones de odontología curativa, un 8% solicitaron atención medica u odontológica

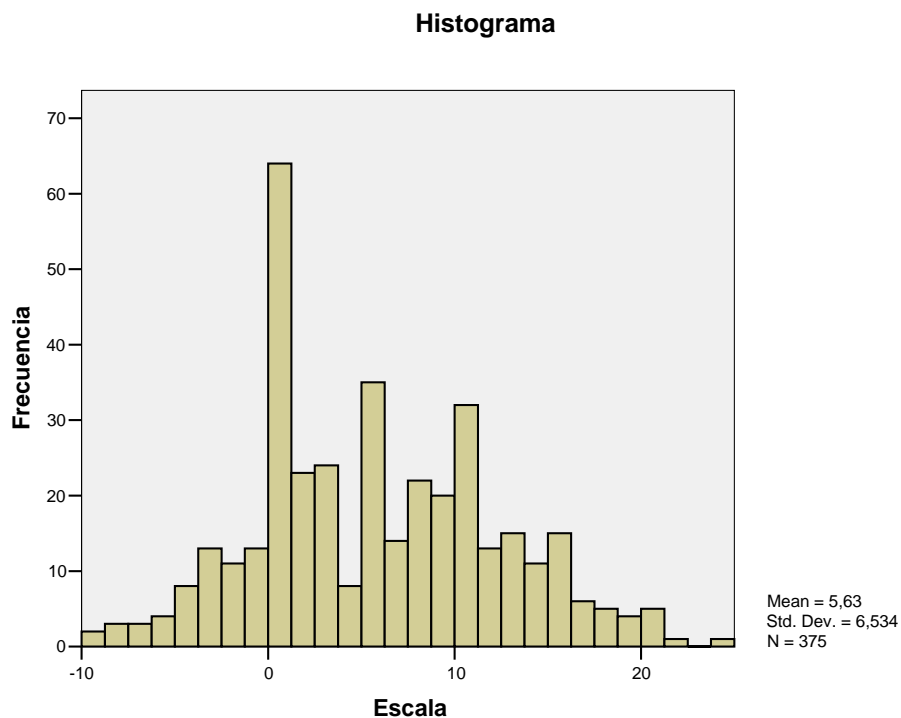
preventiva, el 6% restante demandaron exámenes diagnósticos.

- 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

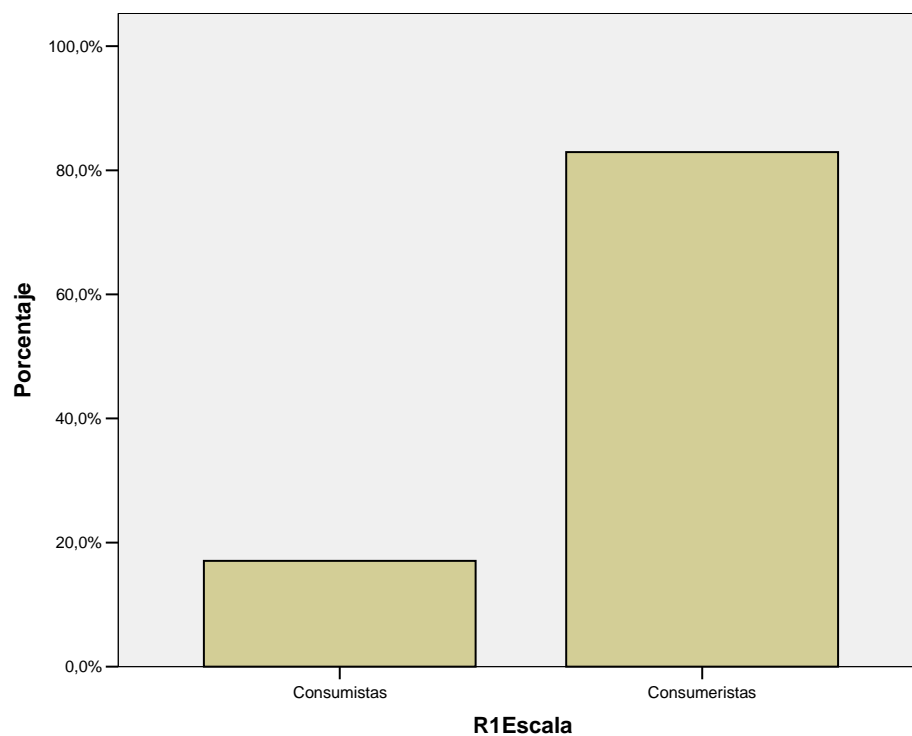
Con base a la metodología empleada los valores registrados para la actitud hacia el consumo registraron como valor máximo 24 y un mínimo de -10, lo que dio un rango de 34 unidades, estableciéndose que valores < 0 = Consumista y > 0 = Consumerista. (Figura 9).

Figura 9
HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS DE LA ACTITUD HACIA EL CONSUMO



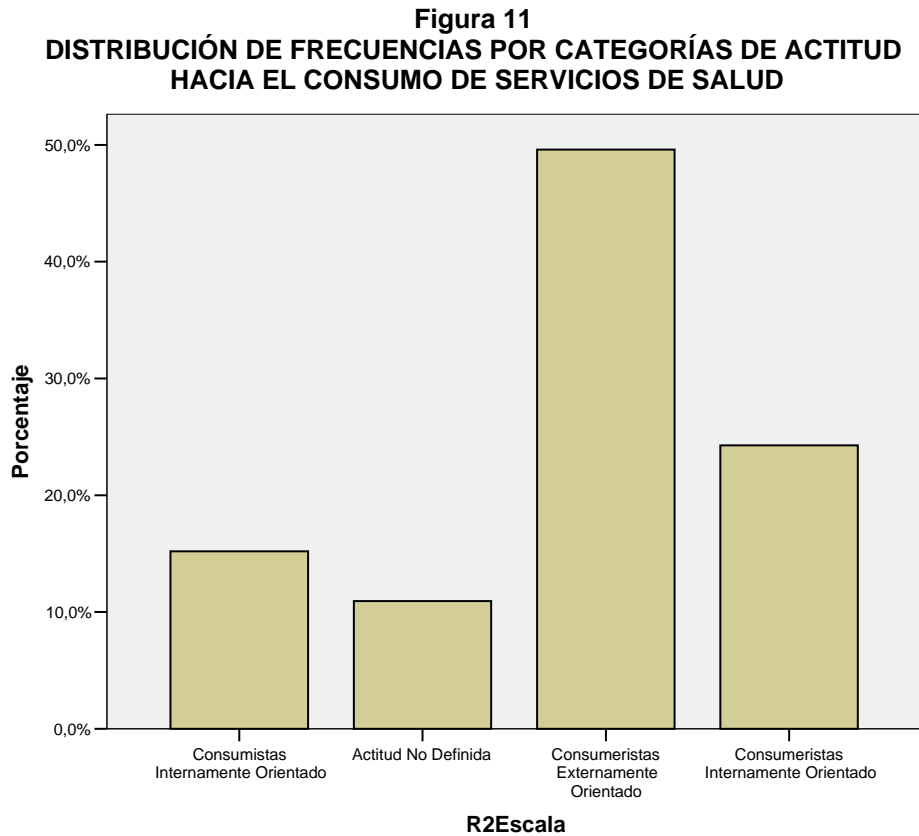
En 41 casos (11%) la actitud hacia el consumo no fue definida (valores = 0). De los 334 individuos restantes, el 83% (277 derechohabientes) fueron clasificados como consumeristas y un 17% (57 afiliados al ISSSTE) como consumistas (Figura 10).

Figura 10
DERECHOHABIENCIA DE LA CMF CASA BLANCA DEL ISSSTE
CON RELACION AL TIPO DE 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

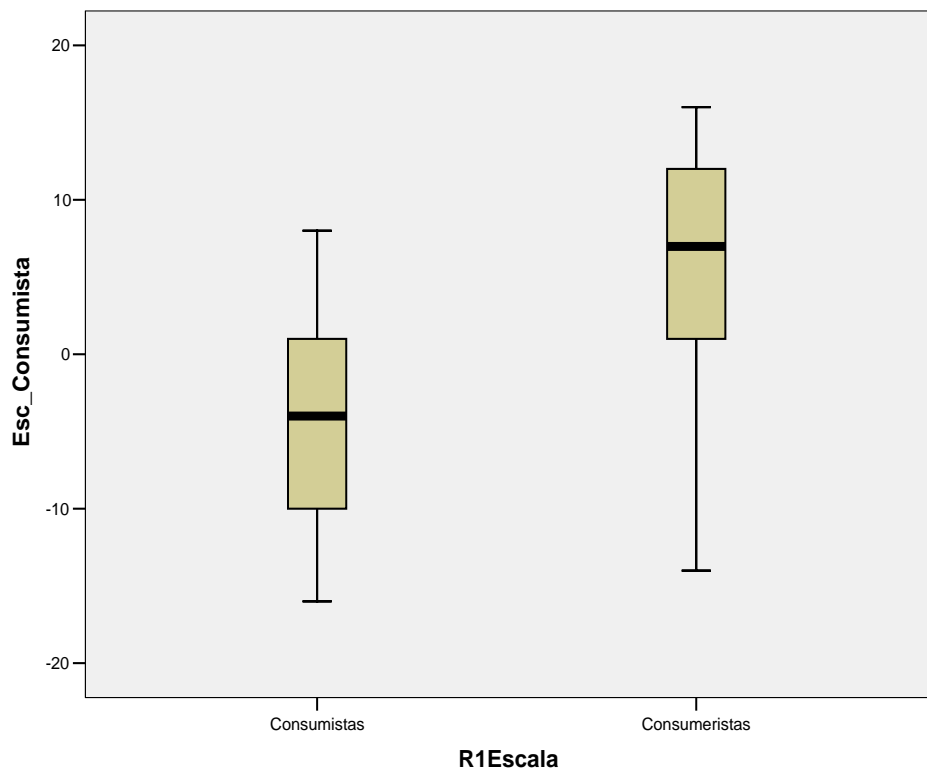
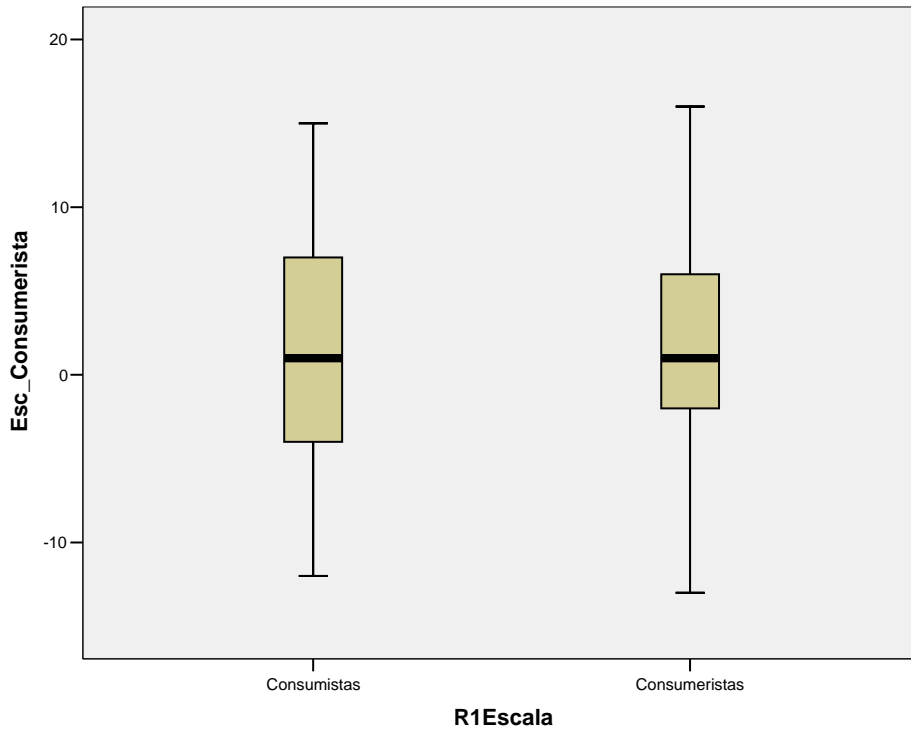
determinó un grupo de 57 derechohabientes como consumidores internamente orientados (Figura 11).



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 (Figura 12). Lo que significa que las últimas preguntas del cuestionario son las más sensibles a la determinación de la actitud hacia el consumo.

Figura 12
VARIACIONES DE ACTITUDES HACIA EL CONSUMO
CON RELACION AL BLOQUE DE PREGUNTAS



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, dado que el 85% de los encuestados como pacientes de patologías crónicas fueron considerados como consumeristas (Tabla XIV). 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.

Tabla XIV
CRONICIDAD DE LA PATOLOGÍA CON RELACION 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> 35 (33%)	d) <u>Consumerista externamente orientado</u> 54 (52%)
↓ C O N O C I M I E N T O	c) <u>Consumista internamente orientado</u> 16 (15 %)	e) <u>Consumista externamente orientado</u> 0 (0 %)

5.4 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.* 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).

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 (Priego Álvarez, 2000). La baja confianza registrada (62%) entre la derechohabiencia del ISSSTE y su utilización básicamente restrictiva (84%)

* 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.

por ser “los servicios a los que se tienen derecho” o “porque lo descuentan de la seguridad social” (Encuesta de Consumo de Servicios de Salud, Tabasco-1998) hacen evidente los niveles de exigencia.⁴¹ Ya González-Block et als. (1994:45) había 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 (DOD) y el cáncer (DOC), 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.⁴²

⁴¹ 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).

⁴² 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.

5.5 CONCLUSIONES

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).

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.

CONCLUSIONES FINALES

Las aportaciones de la presente tesis al conocimiento del consumo sanitario pueden agruparse en dos rubros, uno de fundamentaciones teórico-conceptuales, y otro de validaciones metodológicas y empíricas.

I. FUNDAMENTACIONES TEÓRICO-CONCEPTUALES

1. Definición conceptual del consumo en salud.

El consumo sanitario puede ser entendido como el gasto por uso de un producto de salud, que implica todo un proceso de adquisición, aplicación y utilización de los bienes y servicios de salud, a fin de obtener de ellos una satisfacción o utilidad directa en términos de mejora de su nivel de bienestar.

2. Argumentaciones sobre la ventaja de un abordaje mercadológico del comportamiento del consumidor.

El consumo en salud puede ser analizado bajo un enfoque mercadológico social externo (si se toma como universo de estudio al consumidor final o primario). El estudio del comportamiento del consumidor sanitario (enfermo o usuario), actualmente se encuentra en una fase de aceptación creciente dentro de los organismos sociales proveedores de atención médica. Los sistemas de salud se reconocen como empresas productoras de procesos de salud (productos/servicios) que requieren de un manejo empresarial para el logro de sus objetivos con efectividad, eficiencia, calidad y equidad; e igualmente se habla de una transformación de los servicios de salud pública, mismos que pasan a ser “productos”, la población se convierte en “clientes” y o “consumidores” y las organizaciones que distribuyen los productos se transforman

en “vendedores”. En todo caso, la mercadotecnia externa (centrada en el consumidor) nos permite efectuar un análisis ampliado, dado que a diferencia de otros modelos disciplinarios (epidemiológicos, sociológicos, económicos y psicosociales), el abordaje mercadotécnico puede hacerse en cualquiera de las etapas del proceso de consumo. Es decir, desde el momento en que se percibe la necesidad de asistencia sanitaria, hasta el momento posterior al uso de un servicio de salud.

3. Conceptualización del proceso de compra en servicios de salud

El patrón de consumo comprende las unidades de referencia que permiten la medición o valoración en la adquisición y utilización de productos de salud por los consumidores. El proceso de compra es un componente importante en el conocimiento del patrón de consumo sanitario, en lo particular comprende dos aspectos fundamentales: por una parte al proceso en sí, es decir, las fases o etapas por las que transitan los clientes o consumidores en la adquisición y uso de los productos/servicios de salud (se toma como base al Modelo de Nicosia, 1966); y por otra parte, a los participantes en la decisión de compra (beneficiario o consumidor, ente financiero y proveedor) según el sistema (público o privado) en el que se desarrolle la prestación de la asistencia.

4. Dimensionamiento y caracterización de la actitud hacia el consumo sanitario.

La actitud hacia el consumo es la acción manifiesta de los consumidores en el proceso de compra de los productos de salud, puede adoptar dos dimensiones: una posición consumista o una consumerista. El consumismo sanitario genera una acción acrítica e irreflexiva en la adquisición y un

uso indiscriminado de productos sanitarios. 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.

Las dimensiones de la actitud hacia el consumo sanitario (Adaptando el Modelo de Assael, 1987) pueden caracterizarse en categorías, internas o externas, tomando en consideración al grado de implicación (motivación del consumidor) y al grado de conocimiento (información que posee el consumidor).

II. VALIDACIONES METODOLÓGICAS Y EMPÍRICAS

5. Construcción de Índices Ponderados para el dimensionamiento de la actitud hacia el consumo sanitario.

Con el objeto de establecer la actitud preferente hacia el consumo sanitario (consumista versus consumerista) en un grupo poblacional o de un consumidor en particular, se construyó un Índice Ponderado General (IPG) y un Índice Ponderado Individual (IPI) utilizando cuatro indicadores base: a) Grado de conocimiento de los derechos del consumidor sanitario, b) Libertad para elegir médico, c) Exigencia de una explicación diagnóstica del padecimiento, y c) Actuación posterior a un maltrato.

6. Operacionalización de variables para la caracterización de la actitud hacia el consumo de servicios de salud.

Se diseñó y validó un instrumento recolector de datos (cuestionario cerrado), que basado en el grado de implicación (motivación del consumidor) y al grado de conocimiento (información que posee el consumidor), permite la categorización de la actitud hacia el consumo en 4 variantes: a) Consumerista internamente orientado (alta implicación y alto conocimiento), b) Consumerista externamente orientado (baja implicación y alto conocimiento), c) Consumista internamente orientado (alta implicación y bajo conocimiento), d) Consumista externamente orientado (baja implicación y bajo conocimiento).

7. Evidencias empíricas de los factores determinantes de la actitud hacia el consumo sanitario.

Las investigaciones empíricas demuestran que la actitud hacia el consumo de servicios de salud en la población urbana de Tabasco, México es consumista, y que esta actitud es determinada por la escolaridad y en menor medida por la edad. La actitud consumista se caracteriza por un bajo conocimiento de los derechos del consumidor, una pobre o nula libertad de elección del médico, y por una casi inexistente actuación posterior a un maltrato en la prestación sanitaria. Si bien se observó que el nivel económico guardaba una alta relación con la actitud consumista, es en sí el nivel de estudios la que establece esta relación. En concreto puede afirmarse que la nula o baja escolaridad es el factor determinante de mayor peso en la actitud consumista hacia los servicios de salud.

En los viejos pudiera hablarse de una relación de alta implicación con un alto conocimiento, dado que la posibilidad consumerista es explicable a la experiencia que en la utilización de los servicios sanitarios guarda este grupo etario por las enfermedades crónico-degenerativas que se asocian

con la vejez y a su menor ingreso que les condiciona la nacionalización de sus recursos. Esto es, que la experiencia y el mayor conocimiento del sistema sanitario que tiene la población senescente aunado a su limitación económica condicionan una deliberación más racionalizada en la decisión de compra de servicios y no necesariamente un menor uso de los mismos. Pero en general la relación básica existente en la población tabasqueña es una actitud de baja implicación y de bajo conocimiento, actitud consumista entendible por el bajo conocimiento de los derechos sanitarios y por la pasividad del enfermo y/o usuario durante el proceso de atención médica.

Los derechohabientes del ISSSTE en Villahermosa, Tabasco (dado sus características diferenciales de mayor edad y escolaridad al resto de la población urbana) registran una actitud preferentemente consumerista. Dicha actitud está externamente motivada por la institución de seguridad social 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.

BIBLIOGRAFIA

Aaker David A, y Day George S. *Consumerism: Search for the consumer interest*. Nueva York: Free Press, 1982:8-15.

Acton Jean Paul. Non monetary factors in the demand for medical services: Some empirical evidencies. *Journal of Political Economy* 1975;83-613.

Agar M. *Speaking of ethnography*. Newbury Park: Sage Publications, 1986.

Álvarez-Nebreda Carlos C. *Glosario de términos para la Administración y la Gestión de los servicios sanitarios*. Madrid: Díaz de Santos, 1998.

Álvaro JL, Garrido A y Torregrosa JR. (Coordinadores) *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Mc-Graw Hill, 1996.

Andersen Ronald M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior* 1995;36:1-10

Andreasen A. *Power potential Channel Strategies in social marketing Working Paper #743*. Urbana Ill: Bur. Econ. Bus. Res. University of Illinois, 1981.

Anrys H. *L'éthique médicale et les droits de l'homme Normes et reperes de la juridiction internationale de l'éthique, des morales catholiques, protestantes, juives, musulmanes, bouddhistes et agnostiques*. Conseil de l'Europe, el 16 de julio de 1992. DECS/MED DH (91)2

Arellano-Cueva Rolando Antonio. *Comportamiento del Consumidor y Marketing: Aplicaciones practicas para América Latina*. México: Harla, 1993

Arredondo A. y Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: Revisión y análisis. *Salud Pública Méx.* 1992; 34:36-49.

Appaduari Arjun (ed.) *La vida social de las cosas*. México: Grijalbo, 1991

Ásale Henry. *Consumer Behavior y Marketing Action*. Boston: Kent Publishing, 1987.

Bassets Marc. "Se inventan enfermedades para ganar dinero". Entrevista a Jörg Blech, periodista alemán. *La Vanguardia Digital*. 16/01/2005. <http://wwwd:lavanguardia.es/Vanguardia/Publica>

Bloom PN. "Evaluating social marketing programs: Problems and prospects", en: Bagozzi et al. *Marketing in the 80's: Changes and challenges*. Chicago: American Marketing Association. 1980:460-463.

Blooms S. y Wilson RN. "Patient-practitioner relationships", en: Freedman HE et al, *Handbook of Medical Sociology*. Englewood Cliffs: Prentice Ha, 1979.

Bourdieu Pierre. *La distinción*. Madrid: Taurus, 1988.

Boyd Harper y Westfall Ralph. *Marketing Research: Text and cases*. USA: Richard D. Irwin, 1972.

Bree Joël. *Los niños el consumo y el Marketing*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica S. A., 1997 (versión española). Bree Joël. *Les enfants, la consommation et le Marketing*. Paris: Presses Universitaires de France, 1993. (Version original).

Bronfman Mario, Castro Roberto, Zúñiga Elena, Miranda Carlos, Oviedo Jorge. Del "cuanto" al "por qué", la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Méx.* 1997; 39 (5): 442-450.

Calder Bobby y Tybout Alice. "Interpretative, qualitative an traditional scientific empirical consumer behavior research", en: Hirsman Elizabeth (Ed). *Interpretative consumer research*. Provo, UT: Association for Consumer Research, 1989:199-208.

Calero Jorge. *Una evaluación de los cuasi mercados como instrumento para la reforma del sector público*. Centro de Estudios de Economía sobre el Sector Público. Bilbao: Fundación BBV, 1998.

Campos-Navarro Roberto. L "La relación medico-paciente: ¿Una relación de poder y subordinación? En: Lara y Mateos Rosa Maria (Compiladora). *Medicina y Cultura*. México, D.F.: Plaza y Valdés, 1994:231-256.

Carranca y Trujillo Raúl, Carranca y Rivas Raúl. *Código Penal Anotado*. México: Porrúa, 1991.

Chase Richard B. Where does the customer fit in a service operation? *Harvard Business Review*, november-december 1978.

Chias Joseph. *El Mercado son personas: El Marketing en las empresas de servicios*. Madrid: McGraw-Hill, 1990.

CONCAMIN. *Encuesta de opinión acerca de los servicios que proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social en el Sector industrial afiliado a cámaras y asociaciones*. Documento Mimeografiado. México: CONCAMIN, 1994

Dawson LM. Marketing science in the age of the quarius. *Journal of Marketing* 1971;35:66-72.

Day Georges S. y Brandt William K Consumer research an the evaluation of information disclosure requirements: The case of truth in lending. *Journal of Consumer Research* 1974; 1:21-32.

Donabedian Avedis. *Aspectos de la Administración de la Atención Médica.* México Fondo de Cultura Económica, 1987

Donabedian Advedis. *The definition of quality and approaches to its assessment.* Ann Harbor, Michigan: Regents of the University of Michigan, 1990.

Duglas Mary Isherwood Barón. *El mundo de los bienes: hacia una antropología del consumo.* México: Editorial Grijalbo-Consejo Nacional para la Cultura y la Artes.

Dutton D. Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. *Soc Sci Med* 1966;23 (7):721-735.

Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, 1994. Serie Economía y Salud: Documentos para el análisis y la convergencia 14. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

Engel GL. *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine Science* 1977;129-135.

Ewen Stuart. *Todas las imagenes del consumismo.* México: Grijalbo/Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1991.

Farrás Jauma y Bosch Joseph Lluís. *Introducción a la Psicología del Consumo.* Barcelona: Publications de la universitat de Barcelona, 1995.

Feldstein Paul. *Hospitals costs and utilization. Health Care Economics.* New York: Wiley Medical 1983:151-193.

Fielder John L. A review of the literature on access and utilization of medical care. *Soc Sci and Med* 1981;21(15):129-142.

Fisher-Rossi Konrad. *Diccionario de Mercadeo.* México: Limusa, 1990.

Fox KF, y Kotler P. The Marketing of social causes: The first 10 years. *Journal of Marketing* 1980;44:24-33.

Freidson Elliot. *La profesión médica.* Barcelona: Península, 1978.

Garay Alain. Voluntad del paciente y evidencia médica: De la búsqueda de la lógica a la búsqueda del sentido. *Rev. Latinoam. Der. Medic. Leg.* 1996; 1(1): 67-74.

Garay Alain. El derecho a la elección terapéutica, consentimiento, libertades del equipo medico y el paciente. *Rev. Latinoam. Medic. Leg.* 1996; 1(1):29-39.

García Arquee, Rosa María. *Actitudes de la población ante el sector sanitario Opiniones y Actitudes* No. 17. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas 1997.

García Canclini, Nestor. *Consumidores y Ciudadanos: Conflictos multiculturales de la globalización.* México, DF: Grijalbo, 1995.

González-Block Miguel A. Zurita Beatriz, Frenk Julio, Franco Francisco Arredondo Armando, Queisser Mónica, Ramírez Ricardo. *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.

Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of political economy* 1962;70:101-109.

Herman Robert O. Consumerism: its goals, organization and future. *Journal of Marketing*, July 1970.

Hogarth J. *Glossary of health care terminology.* R. O. Europe, Copenhagen: OMS, 1978.

Holbrook Morris y O'Shaughnessy John. On the scientific status of consumer research and the need for an interpretative approach to studying consumption behavior. *Journal of consumer Research*, 1988;15(3):398-402.

Homedes Nuria y Ugalde Antonio. Patients' compliance with medical treatments in the third world. What do we know? *Health policy and planning* 1993;8(4):291-314.

Hulka BS, Wheat J. Patterns of utilization: Patient perspective. *Medical Care* 1985, 23(5): 438-460.

Informe-resumen del Coloquio sobre la investigación del comportamiento en material de salud y sus aplicaciones a la promoción de la salud: Pitlochry, 8-11 de febrero de 1986. *Re. San Hig Pub.* 1987; 61:587-590.

IMSS. *Encuesta nacional sobre calidad y calidez entre usuarios y prestadores de servicios médicos del IMSS.* Coordinación General de Delegaciones. Documento mimeografiado. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1990.

IMSS. *Estudio de Imagen y opinión del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Subjefatura de Orientación, información y Quejas. Documento mimeografiado. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1993.

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.

Israel RC, Foote D y Tognetti J. *Operational Guidelines for Social Marketing Projects in Public Health and nutrition*. Educ. Ser. Issue 14 Paris: UNESCO, 1987.

Joseph AE, Phillips DR. *Accessibility and utilization: Geographical perspectives on health care delivery*. Cambridge, MA: Harper and Row Publisher, 1984: 139 -141.

Kotler Phillip. Broadening the concept of marketing. *Journal of Marketing* 1969; 33:10 – 15.

Kotler Phillip. *Marketing for Nonprofit Organizations*. 2nd. Ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice – Hall, 1982.

Kotler Phillip. *Marketing Management – Analysis, Planning and Control*. 8a. Ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice – Hall, 1994.

Kotler P., y Roberto EL. *Social Marketing Strategies for Changing Public Behavior*. New York: Free Press, 1989.

Kotler P. y Zaltman G. Social Marketing: An approach to planned social change. *Journal of Marketing* 1971; 35: 3 – 12.

Lamata F, Conde J, Martínez B, Horno M. *Marketing Sanitario*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.

Lamata F, Conde J, Martínez B, Horno M. *Marketing Sanitario*. Reimpresión corregida. Madrid: Díaz de Santos, 1998.

Lamata Fernando (Coordinador). *Manual de Administración y Gestión Sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos, 1998.

Lamata-Cotanda, Fernando. “Marketing Sanitario”. En: Asenjo-Sebastián, Miguel Angel (Director). *Gestión diaria del hospital*. Barcelona: Masson S.A. 1998: 51-65.

Lavidge R. The growing responsibilities of Marketing. *Journal of Marketing*. 1970 ; 34: 25 – 28.

Lazer W. Marketing's changing social relationship. *Journal of Marketing* 1969; 33: 3 - 9.

Lefebvre CR y Flora JA. Social Marketing and Public Health intervention. *Health Educ Q.* 1988; 15: 299 - 315.

Leibowitz a, Friedman B. Family request and the derived demand for health care. *Economic Inquiry* 1979; 17: 133 -1 39.

Ley Federal de Protección al Consumidor. Código de Comercio. México: Ediciones ALF 1995: 1 – 56.

Ley General de Salud. México: Porrúa, 1994.

Lewis JZ. Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Soc Sci Med* 1994: 39 (5): 655 – 670.

Ling JC, Franklin BA, Lindstead JF, y Gearon SA. Social Marketing: It's place in Public Health. *Annual Review of Public Health* 1992; 13: 341 – 362. Reproducido al Español como: *Comercialización Social: su lugar en la salud Pública. Promoción de la Salud: Una Antología.* Publicación científica No. 557. Washington D.C.: Organización Panamericana de la salud 1996: 226 – 285.

Litlewood R, Lipsedge M. "Cultura-bound syndromes", en Granville-Grossman K. (ed) *Recent Advances in Psychiatry.* Edimburgo: Churchill-Livingstone, 1988.

De Lorenzo Ricardo. "Deber y derecho a la información", en: *El Médico*, 25 de marzo de 1994:75-76.

Loundon David L. y Della Bitta Albert J. *Comportamiento del consumidor Conceptos y aplicaciones.* México: MacGraw-Hill Interamericana, 1995.

Lutz Richard. "Positivism, Naturalism and Pluralism in consumer research: Paradigms in paradise", en : Srull Thomas (ed) *Advances in Consumer Research* 16. Provo, UT: Association for Consumer Reseach, 1989.

Lutz Richard J. "The Role of Attitude Theory in Marketing", en : Kassarian, Harold H. y Robertson, Thomas S. (eds.) *Perspectives in consumer Behavior.* 4a. Edición. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1991:317-339.

Manoff RK. *Social Marketing: New imperative for Public Health.* New York: Praeger, 1985.

Mantidale Don. *La sociedad norteamericana.* México: Fondo de Cultura Económica, 1970.

March – Cerdà JC, Priego Álvarez H, Prieto – Rodríguez MA. Consideraciones mercadológicas en la gestión hospitalaria. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 1996; 3: 9-12.

Martineau P. Social class and spending behavior. *Journal of Marketing*, 1958.

Mechanic D. The concept of illness behavior . *J Chron Dis* 1961; 15: 189 – 194.

Miners L. *The families demand for health and rural investigation*. Ph. D. Dissertation. Chapel Hill: University of North Caroline, 1979.

Moynihan Ray, Heath Iona, Henry David. Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002;324:886-91.

Nigenda Gustavo y Langer Ana (Edits.). *Métodos Cualitativos para la Investigación en Salud Pública*. Perspectivas en Salud Pública No.20. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1995.

Parker G. y Robert L. Health care expenditures in a rural India community: *Soc Sci and Med* 1986; 21 (5): 23 – 27.

Parsons Talcott. *El Sistema Social*. Madrid: Alianza Universidad, 1983.

Phelps Ch. y Newhouse J. *Coinsurance and the demand for health*. Paper No. R – 964 OEO – NYC. Santa Monica: Rand. Corp. 1973.

De Pina – Vara Rafael. *Diccionario de Derecho*. México: Porrúa, 1978.

Pineault R. y Daveloy C: *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias*. Barcelona, Masson, 1987.

Priego Álvarez, Heberto. *Mercadotecnia en Salud: Aspectos básicos y operativos*. Villahermosa, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 1995.

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.

Priego Álvarez, Heberto. ¿Por qué cliente y no paciente en los servicios de salud? *Salud Publica Mex* 1995;37(5):381-382.

Priego-Álvarez, Heberto. El Proceso de compra en productos sanitarios. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 1996; 4:24-27.

Priego-Álvarez, Heberto. Consumismo Sanitario versus Consumerismo en salud. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 1997; 5:31-37.

Priego Álvarez, Heberto. Consumo en salud: La perspectiva del consumidor sanitario. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 1997; 7:15-22.

Priego Álvarez, Heberto. Mercadotecnia: Herramienta de gestión sanitaria. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 1988; 8:27-30.

Priego Álvarez, Heberto. "Mitos y realidades en la mercadotecnia de servicios de salud". En: Orellana Salvador, Dante. *La Salud en la Globalización*. Quito, Ecuador: Ediciones ABYA-YALA/Centro de Investigaciones para el Desarrollo, 2003:93-104.

Priego Álvarez, Heberto. Conceptos básicos de mercadotecnia para la competitividad de las organizaciones sanitarias. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 1998; 10:27-30.

Priego-Álvarez, Heberto; López-Naranjo, José Isabel; Meneses-Hernández, José Luis. *Encuesta de Consumo de Servicios de Salud, Tabasco-1998*. Serie Proyectos de Investigación No. 1. Villahermosa, México: Universidad Juárez autónoma de Tabasco, 2000.

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

Quintana Octavio. "La aplicación del consentimiento informado en España", en: *El Médico*, 25 de marzo 1994:60-71.

Reyes Sandra, García P. Carmen, Vargas Emma Rosa. "El derechohabiente mayor y su opinión sobre la atención de enfermería". Trabajo libre. *Memorias del VIII Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Publica, 1-3 Marzo de 1999.

Rodríguez Jesús, García José A. Psicología Social de la Salud. Capítulo 13, en: Álvaro José Luis, Garrido Alicia, Torregrosa JR. *Psicología Social Aplicada*. Madrid: McGraw-Hill, 1996:351-380.

Rodríguez Joseph A. "Análisis sociológico de la participación y derechos de la persona enferma dentro del sector sanitario", en: Pérez-Peñasco Alfonso (Coordinador) *La sanidad española desde la perspectiva del usuario y la persona enferma*. Madrid: Ediciones Encuentro, 1983:277-464.

Rodríguez Joseph A. y Jarrillo Edgar C. *Consumers and Health. The case of Spain*. Mimeo. Barcelona: Universidad de Barcelona, Mayo de 1992.

Rodríguez José Ramón. "Marketing hospitalario y comunicación", en: Cuervo JI, Varela J, Belenes R. *Gestión de Hospitales: Nuevos instrumentos y tendencias*. Barcelona: Vincens Vives, 1994: 172-223.

Rosenstock JM. *Why people use health services*. Milbank Memorial Fund Quaterly 1966;44(3):385-393.

Rubio-Cebrian Santiago. *Glosario de Economía de la Salud y disciplinas afines*. Madrid: Díaz de Santos, 1995.

Ruelas-Barajas Enrique y Alonso-Concheiro Antonio. "Tendencias a futuro de la organización de la atención medica en México", en: Frenk Julio (Editor) *Observatorio de la Salud: Necesidades/servicios/políticas*. México DF.: Fundación Mexicana para la Salud AC. 1997:379-400.

Ruiz Adolfo. *Marketing de servicios*. Buenos Aires: Edit. Tesis, 1990.

Salas-Valenzuela Montserrat, "Etnografía de relación medico-a/paciente en consultas de salud reproductiva". Trabajo Libre. *Memorias del VIII Congreso Nacional de Investigación en Salud Publica*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Publica, 1-3 Marzo de 1999.

Schiffman Leon G. y Lazar Kanuk Leslie. *Comportamiento del Consumidor*. Quinta Edición. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, 1997:684.

Schultz T. Reflections on investment in man. *Journal of Political Economy* 1962;70:101-109.

Sherry John F. "Postmodern alternatives: The interpretative turn in consumer research" en: Kassajiran H. y Robertson T (eds.) *Handbook of Consumer Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1991:548-591.

Sheath JN. Y Frazier GL. A model of strategy mix choice for planned social change. *Journal of Marketing* 1982; 46:15-26.

Soberon-Acevedo Guillermo, García-Viveros Mariano y Narro-Robles José. Nuevos frentes del humanismo en la práctica medica. *Salud Pública Méx.* 1994; 36(5):541-551.

Soberon G, Kumate J, Laguna J. *La salud en México: Fundamentos de cambio estructural*. Tomo I. México: Fondo de Cultura Económico, 1988.

SSA. *Encuesta Nacional de Salud I*. México: Secretaria de Salud, 1988.

SSA: *Encuesta Nacional de Salud II*. México: Secretaría de Salud, 1994.

Suárez Lugo, Nery. *Marketing y Salud. Una perspectiva teórica - práctica.* La Habana, Cuba: Centro de Perfeccionamiento Gerencial, Escuela Nacional de Salud Pública 2001.

Suchman EA. Sociomedical variations among ethnic groups. *Am J Sociol* 1973;70(3):319-331.

Taylor-Gooby, Peter. *Social Change, Social Welfare and Social Science.* London: Hervester, 1991.

Thomas Dan RE. Strategy is different in service business. *Harvard Business Review*, 1978.

Torres Serna, Camilo. *Mercadeo aplicado a servicios de salud: 35 recetas para que usted haga la revolución del servicio.* Cali, Colombia: Centro Editorial CATORSE SCS, 2000.

Varo J. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: Un modelo de gestión hospitalaria.* Madrid: Díaz de Santos, 1994.

Whitehill King Karen y Haefner James E. An investigation of the external physician search process. *Journal of Health Care Marketing* 1988; 8(1).

Yepes, Francisco J. *El estado del arte de la gerencia de salud.* Mimeo. Santa fe de Bogota: Instituto FES de Liderazgo, 1988.

Zaltman Gerard y Wallendorf Melanie. *Consumer Behavior: Basic findings and manger implications.* New York: John Wiley and Sons, 1979.

Zola I. Pathways to the doctor-from person to patient. *Soc Scie Med* 1973;7:677-687.

Zurita Beatriz, Nigenda Gustavo, Ramírez Teresita de Jesús "Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud, 1994". Capitulo 10 en Frenk Julio (Editor). *Observatorio de la Salud: Necesidades/Servicios/políticas.* México, DF.: Fundación Mexicana para la Salud, 1997.

GLOSARIO

ACTITUD HACIA EL CONSUMO

Acción manifiesta de los consumidores en el proceso de compra de los productos de salud, que pueden adoptar dos posiciones antológicas: consumistas o consumeristas.

CONSUMO EN SALUD

Se entiende por consumo en salud o consumo sanitario al gasto por uso de un producto o servicio de salud.

CONSUMIDOR SANITARIO.

Individuo o colectivo que compra productos o hace uso de servicios de salud. Este termino no necesariamente se refiere a quien consume los productos sanitarios (consumidor final o primario), sino también a quien decide la compra o paga por los servicios (consumidor secundario). Las Instituciones de Seguridad Social cuando hacen uso de subrogaciones, tienen un papel consumidor secundario.

CONSUMISMO SANITARIO.

Acción acrítica e irreflexiva en la adquisición y un uso indiscriminado de productos de salud. Esta actitud hacia el consumo es generada por la relación de poder y subordinación existente entre los profesionales sanitarios y los consumidores, así como por la asimetría en la información que le impide a estos últimos discernir en la compra.

CONSUMERISMO EN SALUD.

Movimiento social que tiene como fin la defensa del consumidor sanitario y en el que existe una participación gubernamental en el fortalecimiento de los derechos de los usuarios. También implica la posición concienzuda y reflexiva del consumidor y el reconocimiento medico 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 atención médica y fomentan la corresponsabilización.

INSTITUCIONES SANITARIAS

Empresas productoras de servicios de salud o que desarrollan procesos de atención médica y paramédica, que requieren de una gerencia adecuada y un manejo empresarial para lograr sus objetivos con efectividad, eficiencia, calidad y equidad sin menoscabo en la nacionalización de sus recursos.

MERCADO META.

También conocido como población objetivo, población blanco, o población diana. La selección del mercado meta es el proceso de evaluación del atractivo que ofrece cada segmento del mercado y la elección de uno o más de ellos como objetivos de presentación o de priorización de la población objetivo cuya necesidad o expectativa se pretende cubrir o satisfacer.

MERCADOTECNIA EN SALUD.

La Mercadotecnia en Salud o Mercadotecnia Sanitaria es entendida como la orientación administrativa que procura un proceso de intercambio entre clientes y profesionales con el objeto de solventar necesidades, satisfacer deseos y expectativas en materia de salud.

MEZCLA DE MERCADOTECNIA,

La mezcla o mixtura de mercadotecnia, también conocida como compuesto de mercadeo es la traducción castellana de inglés "marketing mix", que hace referencia a los elementos controlables de la función de mercadotecnia. Estos elementos pueden ser modificados por los ejecutivos del marketing por su propia iniciativa y son estos los que permiten ajustar la forma al medio ambiente para fortalecer la posición de los

productos/servicios al mercado y son: producto, precio, plaza o distribución, y comunicación o promoción (las famosas 4 P's)

PARTICIPACION DEL MERCADO

La participación del mercado por cualquier empresa productora de servicios de salud, esta dada por la proporción de sus ventas, su cobertura o utilización frente a las ventas totales, cobertura y utilización global del sector.

PATRON DE CONSUMO SANITARIO

El patrón de consumo comprende las unidades de referencia que permiten la medición o valoración en la adquisición y utilización de productos de salud por los consumidores. En caso de particular de los servicios sanitarios, tiene dos componentes esenciales, la utilización en sí de los servicios y el proceso de compra.

PENETRACION DEL MERCADO

Se habla de penetración del mercado cuando todas las actividades de una empresa de salud buscan acrecentar la adquisición de su producto o el mayor uso de sus servicios.

PLAN DE MARKETING

El plan de Mercadotecnia debe ser una parte coherente de la estrategia global de la empresa de salud y debe tener medidas de evaluación y control. Todo plan estratégico encierra dos ideas básicas: la selección de un mercado meta a través de un proceso de segmentación, y la determinación de una mezcla de mercadotecnia apropiada (Productos-Precio-Plaza-Pláceme).

POSICIONAMIENTO

El concepto de posicionamiento proviene del lenguaje publicitario derivado de "posición" que en la jerga militar significa "punto fortificado". El término implica hacer lo necesario para que un producto o servicio de salud

ocupe un lugar claro, distinto y positivo en relación con sus competidores en la mente de los consumidores meta. Los consumidores posicionan un producto/servicio a partir de sus atributos más importantes.

PRODUCTO SANITARIO

Por producto de salud puede entenderse tanto un objeto concreto (p.e. fármaco, vacuna, aparato ortopédico, etc.) como un servicio (consulta médica, intervención quirúrgica, educación sanitaria, etc.) que ha incorporado trabajo humano y cuyo valor de utilidad está dado por su capacidad para satisfacer una necesidad o resolver un problema de salud.

SEGMENTO DE MERCADO

Representa un grupo de consumidores o población que responde de manera similar ante un determinado estímulo de mercado sanitario.

SEGMENTACION EN SALUD

Proceso de clasificar a la población o clientes en grupos con necesidades de salud, características o comportamientos propios. Dicho de otra manera, la segmentación del mercado agrupa personas con características parecidas con el objeto de reconocer sus exigencias sanitarias. Segmentar el mercado es dividir en grupos significativos a los usuarios de servicios de salud actuales, o potenciales, considerando una o varios atributos comunes. En las instituciones de salud públicas, la segmentación sirve para detectar qué población está mejor o peor atendida y así poder distribuir los recursos. En consecuencia el mercado meta de la población abierta y de los derechohabientes de la Seguridad Social, solo será una selección de prioridades determinadas por la administración.

SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud son las actividades o procesos que realiza el personal sanitario en su ejercicio profesional y que pueden ser de tipo preventivo, curativo, rehabilitatorio o de cuidados.

APÉNDICE A

Índice Ponderado de la Actitud hacia el Consumo Sanitario

ÍNDICE PONDERADO DE LA ACTITUD HACIA EL CONSUMO SANITARIO

Para el análisis de la actitud hacia el consumo de los servicios de salud se construyó un índice general que permitiera determinar la actitud preferente (consumista o consumerista) en el total de la población encuestada, así como un índice individual para cada uno de los informantes, con el objeto de poder asociar la actitud particular hacia el consumo con otras variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, ingreso económico, estrato socioeconómico y región de residencia).

En la elaboración de estos índices se consideraron cuatro indicadores con igual peso: 1) Grado de conocimiento de los derechos del consumidor sanitario, 2) Libertad para elegir médico, 3) Exigencia de una explicación diagnóstica del padecimiento, y 4) actuación posterior a un maltrato; que correspondían a las preguntas 32, 33, 35 y 31 respectivamente, del cuestionario de “*Consumo de Servicios de Salud*” utilizado en la Encuesta de Consumo de Servicios de Salud, Tabasco- 1998.

Índice Ponderado General (IPG)

El IPG consideró como ítems del primer indicador (grado de conocimiento de los derechos del consumidor de servicios de salud) al número de derechos que la población refería conocer, y cuyas posibles respuestas definirían un conocimiento nulo (ninguno), bajo (1-2 derechos), intermedio (3-4 derechos), y alto (5-6 derechos).

El segundo (libertad para elegir al médico) y tercer indicador (exigencia de una explicación diagnóstica del padecimiento) darían respuestas dicotómicas: si y no. El cuarto indicador (actuación posterior a un maltrato) generaría variados ítems: *ninguna, quejarse, exigencia de atención y, otra acción de reclamo.*

El valor real de la actitud hacia el consumo consideró que valores $\leq 50\%$ serían **consumistas**, y los $>50\%$ **consumeristas**. Es decir, definió valores nominales de 1= consumista y 2= consumerista. Finalmente el IPG se obtiene como un promedio de los resultados parciales de los indicadores (valor estimado) y se califica de acuerdo al valor real definido [Tabla A.1].

TABLA A. 1 ÍNDICE PONDERADO GENERAL

INDICADORES	ITEMS	VALOR REAL	VALOR NOMINAL	ACTITUD
1. Grado de conocimiento de los derechos del consumidor	5-6 derechos	$>50\%$	2	Consumerista
	3-4 derechos	$>50\%$		
	1-2 derechos	$\leq 50\%$	1	Consumista
	0 derechos	$\leq 50\%$		
2. Libertad para elegir al medico.	Si	$>50\%$	2	Consumerista
	No	$\leq 50\%$	1	Consumista
3. Exigencia a una explicación diagnóstica del padecimiento	Si	$>50\%$	2	Consumerista
	No	$\leq 50\%$	1	Consumista
4. Actuación posterior a un maltrato	Ninguna	$\leq 50\%$	1	Consumista
	Quejarse	$>50\%$		
	Exigencia de atención	$>50\%$	1	Consumista
	Otra acción de reclamo	$>50\%$	2	Consumerista

Índice Ponderado Individual (IPI)

Para IPI se utilizaron los mismos indicadores e ítems del IPG. Los valores nominados fueron igualmente consideradas (consumistas = 1, consumeristas = 2). Se tuvieron 5 opciones posibles de combinación de la actitud hacia el consumo por indicador (A, B, C, D, E), y se determinaron las frecuencias de cada una de ellas.

La suma definió la *fuerza del consumo* en cada persona de acuerdo a los resultados obtenidos por cada indicador (Sumas de 4, 5 y 6 se consideraron consumistas: “a menor valor se es más consumista”. Por el contrario, sumas de 7 y 8 se estimaron como consumeristas: “a mayor valor se es más consumerista).

El índice es el resultado de la suma de los valores de la actitud en cada pregunta entre el valor numérico total obtenido (12) sumando las dos alternativas nominales que definen el tipo de actitud (8 = consumerista más 4 = consumista). [Tabla A.2].

Tabla A.2 ÍNDICE PONDERADO INDIVIDUAL

OPCIÓN	Fr.	GRADO DE CONOCIMIENTO DE DERECHOS DEL CONSUMIDOR		LIBERTAD PARA ELEGIR AL MEDICO		EXIGENCIAS DE UNA EXPLICACION DIAGNOSTICA		ACTUACION POSTERIOR AL MALTRATO		SUMA	ÍNDICE	ACTITUD
A	14	Consumerista	2	Consumerista	2	Consumerista	2	Consumerista	2	8	67%	Consumerista
B	168	Consumerista	2	Consumerista	2	Consumista	1	Consumerista	2	7	58%	Consumerista
C	441	Consumerista	2	Consumista	1	Consumerista	2	Consumista	1	6	50%	Consumista
D	378	Consumista	1	Consumista	1	Consumerista	2	Consumista	1	5	42%	Consumista
E	37	Consumista	1	Consumista	1	Consumista	1	Consumista	1	4	33%	Consumista

APÉNDICE B

Modelo Causal de Regresión Logística

MODELO CAUSAL DE REGRESIÓN LOGÍSTICA

Se elaboró un modelo causal utilizando la regresión logística, para ello se consideró como variable dependiente la actitud consumista que previamente se había obtenido con base al índice ponderado de la actitud hacia el consumo de servicios de salud (Apéndice A). Las variables predictorias incluidas dentro del modelo fueron once, la mayoría fueron sociodemográficas y otras de índole diversa. Asimismo se ajustó la razón de momios de las variables (*odds ratios*).

Variables Sociodemográficas.

1. Sexo (masculino, femenino)
2. Edad (Se consideraron tres grupos etarios: menores de 41 años, de 41 a 65 años, y de 66 y mas años)
3. Escolaridad (agrupada en analfabetas, estudios básicos –primaria y secundaria--, intermedios –preparatoria y técnica--, y terminales – licenciatura y posgrado--)
4. Estrato socioeconómico (alto, medio alto, medio bajo y bajo)
5. Ingreso (se estimaron tres categorías: bajo de \$2.500.00 pesos mexicanos o menos, medio de \$ 2.500.01 a \$5.000.00, y alto de \$5000.01 o más)
6. Región geopolítica de residencia (las cinco regiones de Tabasco: Chontalpa, Centro, Ríos, Sierra y Pantanos)
7. Si se estaba en pareja estable (casados o en unión libre) o no (solteros, separados, divorciados o viudos)

Variables diversas

8. La percepción del estado de salud o PES (que de acuerdo a las preguntas del cuestionario se agruparon en buena –muy buena y

buena percepción del estado de salud--, y mala –muy mala y mala percepción de propia salud--)

9. La institución sanitaria que se utiliza preferentemente (estatales, de beneficencia y privadas)
10. Derecho a la Seguridad Social (sí se tenía derecho a servicios médicos de la Seguridad Social o no)
11. Atención médica fuera de Tabasco (es decir si se viajaba a otro Estado mexicano u otro país para recibir atención).

APÉNDICE C

Método Delphi Modificado

MÉTODO DELPHI MODIFICADO

Con el objeto de elaborar el instrumento de recolección (cuestionario base) durante el mes de febrero del 2005 se establecieron dos grupos de personas (cada uno ellos conformado por diez individuos). El primer grupo de individuos tenían experiencia directa como usuarios de servicios de salud (Grupo I), y el segundo (Grupo II) lo constituían profesionales sanitarios con experiencia técnica, fundamentalmente médicos clínicos. En ambos casos se requirió del apoyo del personal universitario. Para el Grupo I los miembros fueron trabajadores administrativos, y para el Grupo II académicos médicos con experiencia clínica y/o quirúrgica.

El proceso Delphi se realizó en dos periodos. En el primero se reunió a los trabajadores en la sala de juntas de la coordinación de la carrera de médico cirujano de la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y se les proporcionaron tarjetas con la caracterización del modelo conceptual del grado de conocimiento e implicación del consumidor sanitario, y se les pidió que emitieran aseveraciones sobre los servicios y tratamientos, considerando las posibles actuaciones de los cuatro tipo de actitudes (A, B, C, y D) consideradas en el modelo. En otro momento se reunió a los médicos y se realizó el mismo procedimiento.

A	B	C	D
Consumerista internamente orientado	Consumerista externamente orientado	Consumista internamente orientado	Consumista externamente orientado
<i>Implicación alta y conocimiento alto</i>	<i>Implicación baja y conocimiento alto</i>	<i>Implicación alta y conocimiento bajo</i>	<i>Implicación baja y conocimiento bajo</i>

Con base a lo anterior se obtuvieron 36 aseveraciones que conformaron un *pool* de actitudes hacia el consumo sanitario (Tabla C-1), y que permitió el diseño de un cuestionario cerrado que sirviera como instrumento recolector de datos. El 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.

Posteriormente, en el mes de febrero del mismo año, se realizó una prueba piloto en 45 personas representativas de la población meta, de donde se seleccionaron finalmente 16 reactivos (4 reactivos por cada tipo posible de actuación hacia el consumo), de aquellas aseveraciones que fueron entendibles y de fácil llenado para los informantes (Tabla C-2), utilizadas en la segunda sección del cuestionario final [Apéndice E].

Tabla C-1
POOLE DE ASEVERACIONES REPRESENTATIVAS DE LA
ACTITUD HACIA EL CONSUMO DE SERVICIOS DE SALUD

ACTITUD HACIA EL CONSUMO	ASEVERACIONES
CONSUMERISTA INTERNAMENTE ORIENTADO Alta implicación Alto conocimiento	A1.- Acudo a este centro de salud por que sé que aquí están los mejores médicos.
	A2.- El médico especialista que consulto es el que conoce más sobre mi enfermedad.
	A3.- Dado el problema de salud que tengo, en este centro recibo el mejor tratamiento.
	A4.- Dado mi problema, mi salud no podría estar en mejores manos.
	A5.- Acudo al servicio debido a que he investigado antes al proveedor.
	A6.- Acudo al mejor proveedor del servicio médico, después de analizar a varios de ellos.
	A7.- Al ir al servicio tengo altas expectativas de recibir buena atención debido a que acudo con los mejores.
	A8.- Asisto al médico con seguridad ya que tengo confianza en la información que me han dado.
	A9.- Para mi enfermedad acudo al mejor servicio médico.
	A10.- Para recibir un tratamiento acudiría al servicio del cual tengo mejor información.
	A11.- Acudo al servicio con la seguridad de que el tratamiento será efectivo para resolver mi padecimiento.
	C7.- Me apego al tratamiento al que me refieren debido a que es el mejor para mi enfermedad.
	C3.- Acudo al servicio con la confianza de que recibiré información acerca de los tratamientos posibles.
	C5.- Antes de ir a tratamiento recibo información acerca de los diversos servicios que ofrecen.
CONSUMERISTA EXTERNAMENTE ORIENTADO Alta implicación Bajo conocimiento	B2.- Dado mi problema cualquier médico me puede tratar exitosamente.
	C2.- Acudo al servicio para corregir mi defecto tomando la decisión con desconfianza.
	C4.- Asisto al servicio médico por cualquier tratamiento que me recomienden.
	D4.- Me resisto a acudir al servicio, fui referido al tratamiento por alguien más.
CONSUMISTA INTERNAMENTE ORIENTADO Baja implicación Alto conocimiento	B3.- Me da igual el tratamiento que recibo ya que los médicos no cubren mis necesidades de tratamiento.
	B4.- Cualquier tratamiento es igual porque el problema sobrepasa la capacidad de los mismos.
	B8.- Me comprometo poco con seguir el tratamiento ya que el resultado será el mismo.
	B9.- Aunque me enseñaron a prevenir enfermedades, me da igual quien me da el tratamiento.
	D2.- Acudir al servicio no es tan importante para lo que me van hacer.
	D5.- Me preocupa más lo que cuesta que la calidad del servicio.

Consumo en Salud.
Análisis mercadológico del comportamiento del consumidor sanitario

<p>CONSUMISTA EXTERNAMENTE ORIENTADO</p> <p>Baja implicación Bajo conocimiento</p>	D8.- Me da igual ir a uno u a otro servicio, desconozco la importancia de ellos.
	B6.- Acepto el tratamiento que me dan sin cuestionar su calidad.
	B7.- No me interesa tanto perder el tiempo eligiendo al proveedor del tratamiento medico que necesito.
	B1.- Me da igual el lugar a donde acuda por tratamiento, todos los médicos son iguales.
	B10.- Recibo el tratamiento por obligación, pero no me interesa quien lo proporcione.
	B11.- Acudo a cualquier servicio médico ya que desconfío de todos.
	C1.- Acudo a la unidad de salud que me recomiendan otros.
	C6.- Recibo el tratamiento médico con entusiasmo del proveedor al que me refieren.
	D1.- Me da igual a donde acuda para tratamiento ya que desconozco a los médicos que atienden.
	D3.- No estoy interesado en quien me de el servicio, fui referido al servicio por otra persona.
	D6.- Acudo al servicio porque me obligan a ir.
D7.- Desconozco que tan bueno o malo sean los proveedores de atención médica por lo que acudo al que me refieran.	

Tabla C-2
ASEVERACIONES SELECCIONADAS COMO REPRESENTATIVAS DE LA ACTITUD HACIA EL CONSUMO DE SERVICIOS DE SALUD

CONSUMERISTA INTERNAMENTE ORIENTADO

Alta implicación y alto conocimiento

A6.- Acudo al mejor proveedor del servicio médico, después de analizar a varios de ellos.

A10.- Para recibir un tratamiento acudiría al servicio del cual tengo mejor información.

A11.- Acudo al servicio con la seguridad de que el tratamiento será efectivo para resolver mi padecimiento.

C5.- Antes de ir a tratamiento recibo información acerca de los diversos servicios que ofrecen.

CONSUMERISTA EXTERNAMENTE ORIENTADO

Alta implicación y bajo conocimiento

B2.- Dado mi problema cualquier médico me puede tratar exitosamente.

C2.- Acudo al servicio para corregir mi defecto tomando la decisión con desconfianza.

C4.- Asisto al servicio médico por cualquier tratamiento que me recomienden.

D4.- Me resisto a acudir al servicio, fui referido al tratamiento por alguien más.

CONSUMISTA INTERNAMENTE ORIENTADO

Baja implicación y alto conocimiento

B3.- Me da igual el tratamiento que recibo ya que los médicos no cubren mis necesidades de tratamiento.

B4.- Cualquier tratamiento es igual porque el problema sobrepasa la capacidad de los mismos.

D2.- Acudir al servicio no es tan importante para lo que me van hacer.

D5.- Me preocupa más lo que cuesta que la calidad del servicio.

CONSUMISTA EXTERNAMENTE ORIENTADO

Baja implicación y bajo conocimiento

B7.- No me interesa tanto perder el tiempo eligiendo al proveedor del tratamiento médico que necesito.

B1.- Me da igual el lugar a donde acuda por tratamiento, todos los médicos son iguales.

B10.- Recibo el tratamiento por obligación, pero no me interesa quien lo proporcione.

D1.- Me da igual a donde acuda para tratamiento ya que desconozco a los médicos que atienden.

APÉNDICE D

Determinación de la muestra

Cálculos para la determinación del tamaño de muestra

CASA BLANCA

N = 41,346 Derechohabientes

n = ?

p[^] = 0.80

q[^] = 0.20

ε = 0.05

α = 0.95

d = ?

d = %p[^]

d = 0.05 (0.80)

d² = 0.04

d = 0.0016

$$n = \frac{N Z^2 \alpha/2 p^{\wedge} q^{\wedge}}{N d^2 + Z^2 \alpha/2 p^{\wedge} q^{\wedge}}$$

$$n = \frac{(41.346)(1.96)^2 (.80)(.20)}{(41.346)(0.0016) + (1.96)^2 (.80)(.20)}$$

$$n = \frac{25413.56698}{66.1536 + 0.614656}$$

$$n = \frac{25413.56698}{66.7683} = 380.62$$

Unidad

66.7683

Usando un error del 5% y una Confiabilidad del 95% tenemos un Tamaño de muestra:

n = 381 unidades de muestreo

Utilizando un muestreo Aleatorio Irrestricto. Considerando la misma probabilidad para todas las unidades de muestreo de la población y que puede participar en el Estudio.

APÉNDICE E

Instrumento de recolección:
Cuestionario cerrado

UNIVERSIDAD JUAREZ AUTONOMA DE TABASCO
DIVISIÓN ACADEMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD

IMPLICACIÓN Y CONOCIMIENTO EN LA DECISIÓN
DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

INSTITUCIÓN: **ISSSTE**

UNIDAD: **CMF CASA BLANCA**

Nota: La Universidad Juárez Autónoma de Tabasco esta recabando información que permita conocer la opinión de los usuarios de servicios de salud de los distintos niveles de atención. Los datos que usted nos proporcione nos serán de gran utilidad y le garantizamos una absoluta confiabilidad y un completo anonimato.

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL INFORMANTE (A llenar por el encuestador)

1. Edad _____

2. Sexo

1 Masculino

2 Femenino

3. Escolaridad

1 Analfabeta

2 Educación Básica (Primaria, Secundaria completa o incompleta)

3 Educación Media (Preparatoria, Técnica completa o incompleta)

4 Educación superior (Licenciatura, Posgrado completa o incompleta)

4. Motivo de la demanda de atención

1 Consulta Externa de Medicina Familiar

2 Consulta Externa de Especialidad Médica

3 Medicina Preventiva (*vacuna, Detección oportuna de Cáncer, otras detecciones, planificación familiar, papanicolaou, otros*)

4 Odontología Curativa (*Exodoncia, obturaciones, etc.*)

5 Odontología Preventiva (*Profilaxis, aplicación de flúor*)

6 Exámenes diagnósticos (*Rayos X, Ultrasonido, Laboratorio de Análisis Clínicos, Tomografía, Resonancia Magnética, Anatomía patológica*)

7 Urgencias

8 Otros servicios. ¿Cuál? _____

5. Padece alguna enfermedad crónica

1 Si → ¿Cuál? _____
↓
 2 No

6. Tiene conocimiento de su enfermedad y de su tratamiento

↓
 1 Si
 2 No

7. Hace todo lo posible por curarse

1 Si

2 No

II. ACTITUD SOBRE LA UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD (A llenar por el informante)

A continuación se presentarán aseveraciones sobre los servicios de salud. Usted deberá expresar su opinión contestando el grado de acuerdo que tiene con lo que se dice en cada aseveración. Para ello deberá usar la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Muy en acuerdo	Algo en acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada enunciado y escriba el número asignado al grado de acuerdo o desacuerdo sobre la opinión sobre el servicio que usted tenga. Si usted esta muy en acuerdo deberá poner en el cuadrado colocado al lado de cada aseveración el número 1, pero si usted esta muy en desacuerdo deberá anotar en el cuadrado el numero 5.

Por ejemplo:

En Tabasco hace mucho calor

Si Usted esta muy en acuerdo deberá poner el número uno dentro del cuadrado del lado derecho.

1	2	3	4	5
Muy en acuerdo	Algo en acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo

- | | |
|---|----------------------|
| A6.- Acudo al mejor proveedor del servicio médico, después de analizar a varios de ellos. | <input type="text"/> |
| A10.- Para recibir un tratamiento acudiría al servicio del cual tengo mejor información. | <input type="text"/> |
| A11.- Acudo al servicio con la seguridad de que el tratamiento será efectivo para resolver mi padecimiento. | <input type="text"/> |
| C5.- Antes de ir a tratamiento recibo información acerca de los diversos servicios que ofrecen. | <input type="text"/> |
| B2.- Dado mi problema cualquier médico me puede tratar exitosamente. | <input type="text"/> |
| C2.- Acudo al servicio para corregir mi defecto tomando la decisión con desconfianza. | <input type="text"/> |
| C4.- Asisto al servicio médico por cualquier tratamiento que me recomienden. | <input type="text"/> |
| D4.- Me resisto a acudir al servicio, fui referido al tratamiento por alguien más. | <input type="text"/> |
| B3.- Me da igual el tratamiento que recibo ya que los médicos no cubren mis necesidades de tratamiento. | <input type="text"/> |
| B4.- Cualquier tratamiento es igual porque el problema sobrepasa la capacidad de los mismos. | <input type="text"/> |
| D2.- Acudir al servicio no es tan importante para lo que me van hacer. | <input type="text"/> |
| D5.- Me preocupa más lo que cuesta que la calidad del servicio. | <input type="text"/> |
| B7.- No me interesa tanto perder el tiempo eligiendo al proveedor del tratamiento medico que necesito. | <input type="text"/> |
| B1.- Me da igual el lugar a donde acuda por tratamiento, todos los médicos son iguales. | <input type="text"/> |
| B10.- Recibo el tratamiento por obligación, pero no me interesa quien lo proporcione. | <input type="text"/> |
| D1.- Me da igual a donde acuda para tratamiento ya que desconozco a los médicos que atienden. | <input type="text"/> |