

Juan Irigoyen. Universidad de Granada

La reinención de los pacientes («el cliente siempre tiene razón»)*

La mutación de los sentidos de la asistencia sanitaria

En los últimos años se están produciendo cambios en la asistencia sanitaria vivida desde la perspectiva de los profesionales. La institución social de la medicina está siendo reformulada en algunos aspectos que afectan a su identidad. El sistema sanitario público otorga a los antiguos pacientes la condición de clientes y proclama su papel central en los servicios sanitarios. El intenso desarrollo tecnológico y organizativo en los últimos años, que tiene como consecuencia una asistencia altamente fragmentada y especializada, ha suscitado la discusión acerca de la humanización de la medicina. Ahora se trasciende esta cuestión. Los usuarios son definidos como clientes y su satisfacción se reconoce como un objetivo esencial del sistema en las políticas sanitarias. Se trata de una transformación radical en la asistencia sanitaria.

Se constatan cambios de gran complejidad en las relaciones entre profesionales y usuarios: se identifican intereses distintos y cierta conciencia de los mismos. Este hecho se expresa de forma desigual debido al gran fraccionamiento tanto del sistema como de los públicos receptores de servicios. Este cambio es multidimensional y multicausal. Indica simultáneamente el efecto de cambios sociales y culturales de gran alcance junto a transformaciones del estado, las políticas sanitarias y las profesiones.

El sistema sanitario tiene una significación determinada por su contexto histórico específico. La emergencia de una nueva sociedad, y del correspondiente modelo de estado, configura un nuevo entorno en el que la hegemonía corresponde a una nueva institución: la empresa-red. En coherencia con este supuesto se produce un reajuste general. El resultado en el sistema sanitario es la adopción de un nuevo

enfoque en el que cada centro asistencial se considera como una unidad productiva. La lógica derivada del cambio es la importancia atribuida a la eficiencia y la satisfacción de los consumidores. Esta mutación se contrapone con la naturaleza del sistema sanitario tradicional, que entiende la lógica de la eficacia definida en términos rigurosamente profesionales. La gran diferencia existente entre ambos modelos, la gran autonomía de la organización sanitaria respecto a su entorno y el escaso período tiempo en el que opera esta mutación generan diversos malestares profesionales que tienen distintas manifestaciones.

La importancia de los sentidos en cualquier sistema social u organización es determinante. En el sistema sanitario ahora, los antiguos sentidos de la asistencia, los organizadores compartidos, son reemplazados por nuevos sentidos introducidos desde la gestión. La asistencia sanitaria de calidad, definida profesionalmente en un contexto de cambio tecnológico continuo, y la consideración de los servicios sanitarios como un pilar básico de la equidad y la igualdad de oportunidades en la sociedad ceden el paso a la adaptación a una nueva sociedad de consumo. La alteración de los sentidos en la asistencia sanitaria implica una implosión que inevitablemente genera desconcierto y hasta el desamparo en numerosos profesionales. Éstos vivencian la sustitución de algunos supuestos básicos de la institución sanitaria por otros inspirados en lógicas desconocidas y externas. Se vivencia este proceso como una subversión del sentido común profesional.

La nueva realidad cotidiana que se expresa en las relaciones asistenciales refuerza el escepticismo. Aparecen múltiples formas de microconflictos abiertos o latentes. Se percibe una crisis de autoridad frente a consumidores con diferentes grados de coherencia. Se ahonda la in-

comprensión respecto a los objetivos de las políticas sanitarias. Aumenta la desconfianza respecto a los gestores. Se genera un clima en el que se expresan múltiples tensiones larvadas. Los profesionales se encuentran desbordados por la comunicación gerencial intensiva, las políticas públicas consumeristas y la diversidad y heterogeneidad creciente de los distintos públicos usuarios del sistema.

El origen de la clientelización

La adopción de la clientelización en los sistemas sanitarios procede del entorno global. No es una decisión específica sanitaria en función de procesos internos. Ésta representa un elemento de una propuesta general de respuesta a la nueva sociedad global emergente, claramente diferenciada de las sociedades industriales de los años sesenta y setenta que amparan la expansión de los estados de bienestar.

El desencadenante de la mutación social es la crisis tecnológica de los años setenta. La crisis se resuelve por la emergencia de un nuevo sistema tecnológico. Las nuevas tecnologías que lo estructuran se encuentran en una fase ascendente en cuanto a su potencialidad creciente y las aplicaciones que generan. Se conforma un renovado sistema ciencia-tecnología-industria que impulsa la reindustrialización sustentada en una nueva organización central: la nueva empresa-red. La ruptura con las viejas empresas jerárquicas de la era anterior es patente.

La nueva empresa, dotada de grandes competencias para producir y dotada de una poderosa organización interactiva, necesita imperativamente una dirección capaz de integrar el conjunto, dada la variabilidad del entorno y la velocidad que imprime el sistema productivo asentado en los nuevos patrones tecnológicos. La explosión de la gestión configura el elemento central de la época: el nuevo geren-

* Ponencia presentada en la VI Jornada de Atención Primaria organizada por OP -osasan publikoaren aldeko elkarte- Bilbao, 26 octubre 2006.

cialismo. Lo que comienza siendo un nuevo método de dirección termina configurándose como una nueva ideología dominante formulada en términos de discurso único.

La velocidad que imprimen las nuevas tecnologías determina la rápida renovación de los productos y sus funciones. Los productos evolucionan y se diversifican. Así aparece el espacio de la clientelización. Lo decisivo para las empresas no son los productos que se renuevan en ciclos cortos, sino los clientes. No se trata de vender un producto a cuantos clientes sea posible, sino de vender a un cliente cuantos productos sea posible. El cliente es lo único sólido en un mercado en continuo y rápido movimiento.

Ahora no se trata de vender un producto a cuantos clientes sea posible, sino de vender a un cliente cuantos productos sea posible

Todo el sistema industrial y de servicios se focaliza en el consumidor. Éste es rehabilitado en el ámbito del saber. Ya no es definido como ser carente de individualidad que actúa según los determinantes sociales derivados de su segmento. Ahora se le entiende como un individuo soberano, relativamente libre de las determinaciones sociales, dotado de una singularidad propia. Todas las empresas emprenden la conquista de los compradores: generar una relación de fidelidad donde la compra no es un acto aislado, sino una cadena de transacciones que refuerza la satisfacción de ambas partes. En palabras de los portavoces más significados del management, de producir al cliente. Una voz tan significada como la de Lewitt lo sintetiza con precisión: «La misión de la empresa es crear y mantener al cliente».

Este sistema productivo nacido de la reindustrialización llena toda la sociedad. Todas las instituciones sociales nacidas en la era industrial anterior experimentan una crisis por su dificultad de adaptarse a la nueva sociedad. Se abre así un período de reformas y reajustes en las que se asumen los nuevos supuestos y se dan pasos en la dirección del modelo de la nueva empresa-red. Estas reformas presentan grandes dificultades para su realización. El sistema sanitario público presenta problemas singulares para su reconversión a los nuevos patrones imperantes. Pero sigue la pauta de los demás sectores en el

tiempo presente. Primero se adoptan los discursos gerencialistas y después se implementan medidas organizativas puntuales sobre el sistema anterior.

Las consecuencias más relevantes de la reindustrialización y reorganización del sistema productivo son la adaptación de todas las instituciones y organizaciones a los imperativos del mismo, así como la crisis de las ideologías estructurantes nacidas de la industrialización. El vacío ideológico es ocupado por el neoliberalismo, convertido en discurso único, carente de antagonistas y presentado en una variedad de formatos –excelencia, gerencialismo e ideologías de consumo y estilo de vida–. El neoliberalismo, con sus énfasis en la calidad y la excelencia, ocupa el espacio que dejan las instituciones retrasadas respecto al esplendor del nuevo sistema productivo. La empresa-red se encuentra legitimada monopolizando el rótulo del progreso frente a las instituciones estatales que acumulan déficit de legitimidad.

Los supuestos ideológicos de la clientelización

En el contexto social resultante de la reindustrialización, el viejo estado de bienestar no encaja. Por esta razón es sometido a una readaptación desde los intereses, los poderes y los saberes hegemónicos. La aparición de nuevos paradigmas que amparan las nuevas políticas públicas se consolida en todas las esferas del estado. Los modelos neoliberales expresados en las ideas y conceptos económicos procedentes de distintas teorías –la elección pública, teoría del agente principal, teoría de los derechos de propiedad o análisis de los fracasos del sector público– facilitan la consolidación del gerencialismo y los paradigmas posburocráticos. En el sector público se conforma un nuevo modelo cuyos supuestos básicos se importan del sector privado. Se desploman los conceptos burocráticos y profesionales, e irrumpen las nuevas ideas, creencias y valores que simbolizan el cambio.

El gerencialismo es la síntesis de esta mutación. Se presenta como un sistema científico dotado de una nueva racionalidad e inspirado en el rigor de las ciencias exactas. Pone énfasis en lo cuantificable, pretende formular leyes universales y establecer reglas estándar. Su debilidad consiste en la fragilidad de sus conceptos,

que construye mediante la generalización de casos específicos. Parece difícil mantener el postulado de la transferibilidad de las soluciones en un medio tan complejo y heterogéneo como el de las sociedades contemporáneas. Los casos específicos origen de las nuevas ideas siempre se encuentran vinculados a condiciones singulares. El escaso sustento teórico del gerencialismo es patente. Carece de un sistema de conceptos integrado y sistematizado. Sus criterios lógicos y reglas de deducción son frágiles. Así, los supuestos sobre los que se asienta son variables y mudan rápidamente.

En contraste con su escasa consistencia teórica, el gerencialismo es eminentemente práctico y orientado a la acción. Produce múltiples imágenes, eslóganes, ejemplos, etiquetas y metáforas. Se puede definir su vocación de convocar a la actividad por la sencillez de sus postulados, que facilitan así su aplicación inmediata presentándose como soluciones. Pero sus propuestas carecen de un fundamento teórico sólido. Se trata de un sistema de acción focalizado a los resultados inmediatos. Frente a la complejidad de los problemas resalta la simplicidad de las soluciones. El activismo termina por desplazar a la reflexión.

Debido al contexto histórico en que aparece, el apogeo de la nueva empresa contrapuesta a las dificultades de las instituciones sociales envejecidas comparece como símbolo de la modernidad y la novedad. Se construye un rígido eje de valoración moderno/antiguo. Cualquier duda o interrogación es interpretada como un vestigio del pasado ignorado y atrasado. Se presenta como verdad empírica del presente.

El gerencialismo se constituye en una ideología blindándose ante las realidades que no encajan con sus supuestos. Se instituye como un discurso que no se encuentra sujeto a deliberación o crítica. Se presenta como única posibilidad empírica y sus postulados tienden a convertirse en dogmas. Al no existir un proceso de revisión crítica, se constituye en una doctrina. Morin la define así: «La doctrina rechaza la contestación, como rechaza toda verificación empírico/lógica que le fuera impuesta por una instancia exterior. Es intrínsecamente irrefutable... es dogmática por naturaleza: el dogmatismo es precisamente la unión de la rigidez, el blindaje, la arrogancia doctrinarios. La doctrina po-

see la verdad ella sola, se arroga todos los derechos, siempre es ortodoxa». La tendencia a presentarse como verdad absoluta, como aquello natural o inevitable, como única forma de pragmatismo, refuerza su carácter ideológico. La interrogación, la deliberación, la contrastación y la exploración son minimizadas.

Las metáforas incubadas desde el gerencialismo desempeñan un papel decisivo para explicar las realidades. El conocido teorema de Thomas ilustra el proceso de construcción social de la realidad. Si se afirma una imagen de la realidad, esta imagen termina produciendo efectos reales. Así se configura lo real desde lo imaginario.

El postulado más débil del gerencialismo es el de la transferibilidad de las soluciones. Muchos de los supuestos que se transfieren al campo sanitario son incompatibles con sus especificidades. El desarrollo económico, social y cultural de las sociedades nacidas de la reindustrialización no encajan mecánicamente con el de la medicina. La sociedad de consumo modifica sustantivamente el cuadro de valores y relaciones sociales, generando efectos sobre la asistencia sanitaria. Su complejidad se incrementa notablemente. Se confirma la paradoja de Barsky que constata que cuanto más avanza la medicina y mejoran los indicadores de salud, se produce mayor descontento con la asistencia médica.

La clientelización es un elemento que adquiere su significación insertado en la propuesta general del gerencialismo. Es el espacio donde su naturaleza ideológica se hace más patente. La conversión de los antiguos pacientes en clientes supone la construcción de un mercado imaginario sobre una realidad sólidamente constituida, el sistema sanitario público, de la que se derivan reglas de comportamiento diferentes del modelo del mercado. Se pone de manifiesto la negación de las diferencias y la invisibilización de los sectores que no se ajustan al modelo imaginario. Todos son empaquetados en grupos diagnósticos según variables biológicas y homologados como clientes. Es evidente la disipación de un rasgo esencial de las sociedades nacidas de la reindustrialización, como es la acentuación de las tendencias dualizadoras. La realidad construida desde las premisas gerencialistas no es aquella vivida por los profesionales y los usuarios. Así se constitu-

ye un factor que impulsa una crisis cultural permanente.

El nacimiento de la nueva demanda sanitaria

La nueva sociedad resultante de los procesos sociales derivados del cambio tecnológico y la reindustrialización desde los años ochenta altera la naturaleza de la demanda sanitaria imperante en la época anterior. Ésta es coherente con un sistema industrial basado en la producción de grandes series, una sociedad de consumo relativamente homogénea fundamentada en un sistema de diferenciación social basado en la renta, y un sistema de estratificación social que genera amplios sectores de clases medias y de trabajadores industriales y de servicios. El sistema sanitario en esta época se beneficia de una expansión de los medios diagnósticos y terapéuticos y adquiere una gran legitimidad social. En estas coordenadas se percibe como una fábrica de diagnósticos y tratamientos. Se mejora gradualmente la oferta en tanto que aumentan los sectores sociales que acceden a mayores niveles de asistencia. En estas condiciones el núcleo duro de la relación asistencial, caracterizado por la asimetría entre las partes, la definición de la situación por parte del profesional, el contenido es la patología y la solución depende de éste, es aceptada socialmente. La demanda se expande cuantitativamente, incorporando a sectores sociales que con anterioridad carecían de asistencia. Pero no existen contenidos añadidos en la demanda, que permanece invariable.

La sociedad emergente en los años ochenta altera sustancialmente esta situación. El nuevo sistema productivo se constituye en un factor de cambio. Sobre las nuevas bases tecnológicas se producen bienes y servicios diversificados y renovados en ciclos cortos. En este contexto es imprescindible para el aparato productivo estimular las necesidades. El consumo deja de ser una señal de una posición social en una escala de niveles de renta. Ahora éste implica un sistema de diferenciación social muy complejo que añade a la renta distintos elementos culturales. El resultado es la generación de un sistema total de necesidades percibidas muy expansivo. Éste afecta a todos los sectores. La demanda sanitaria es influida y se configura desde esas coordenadas globales.

Los procesos interactivos y comunicativos en los que nacen y se expanden las necesidades percibidas son el resultado de la relación entre las nuevas empresas y algunos segmentos de consumidores. De este sistema nacen sectores sociales con una gran capacidad adquisitiva y necesidades expansivas. Algunos elementos de los estilos de vida y las prácticas sociales asociados a los mismos conllevan un plus de sofisticación considerable. Estos estilos de vida son mostrados y promocionados para el conjunto social. Se construye una carrera de necesidades. Las pautas de consumo de los sectores con mayores recursos funcionan como referencias para sectores con menores recursos o incluso con carencias básicas. Uno de los efectos perversos de estos procesos es la erosión del realismo, pragmatismo y austeridad de los comportamientos de aquellos sectores cuyas necesidades básicas no se encuentran resueltas.

El sistema total de necesidades determinado por la nueva sociedad de consumo genera un conjunto de aspiraciones, valores, expectativas y horizontes de espera. Todas las esferas de la sociedad resultan afectadas por este proceso social. Se reconfiguran las demandas sectoriales sobre las significaciones y sentidos derivados del consumo. Todos los sistemas productores de servicios se acomodan a la nueva situación. Los servicios públicos y sanitarios presentan dificultades para afrontar la carrera de necesidades. El sistema productivo y su capacidad de generar productos, servicios y necesidades percibidas es expansivo. Las necesidades en continuo crecimiento no pueden ser sostenibles. Cualquier sistema sanitario tiene que ser por definición sostenible debido al límite de los recursos.

El nuevo sistema rector de las necesidades se encuentra articulado en torno a la revalorización de la vida cotidiana, la maximización de las capacidades físicas y funcionales, el bienestar físico y psicológico, y la autoestima personal. La demanda sanitaria es entendida como calidades esperadas por diferentes sectores de usuarios. No existen discursos expresados formalmente que la representen, sin embargo su solidez y coherencia con el contexto son patentes. Los antiguos pacientes de los años setenta, que aspiraban a ser tratados profesionalmente y a poder acceder a todos los recursos del sistema sanitario, ahora incrementan sus aspiraciones pro-

El sistema sanitario no puede responder a expectativas tan heterogéneas, crecientes y renovadas

cedentes de otros campos sociales. El problema estriba en que el sistema sanitario no puede responder a expectativas tan heterogéneas, crecientes y renovadas. Así se configura una espiral de tensiones para el mismo.

La complejidad del campo de los usuarios

Los usuarios del sistema sanitario se caracterizan por un alto grado de diferenciación y heterogeneidad social y cultural. La complejidad de las sociedades emergentes en los años ochenta es evidente. Coexisten varias sociedades diferenciadas y contradictorias. Simultáneamente se está configurando una sociedad de clases medias sofisticadas en el consumo junto con múltiples sectores en desventaja social que resultan de las tendencias dualizadoras determinadas por un nuevo sistema productivo. El concepto de polarización fragmentada representa elocuentemente el conjunto resultante en el que conviven dos polos muy diferenciados y un alto grado de fragmentación en ambos.

Los usuarios del sistema sanitario configuran un campo social específico. En el mismo existen distintas fuerzas que interactúan permanentemente. De ahí resulta un movimiento constante de innovaciones, reacciones, influencias, diseminaciones y relaciones. En este contexto se producen las calidades esperadas, así como los valores y las ideas que las configuran, y las prácticas sociales correspondientes a los distintos segmentos componentes. Las condiciones particulares de los sectores presentes y la fluidez de las situaciones producidas generan nuevos retos a las políticas sanitarias universalistas tradicionales.

En este campo social es preciso distinguir a los grupos que generan las definiciones de las situaciones que se explicitan en nuevas demandas, que son transformadas en señales para los demás sectores. Éstos adoptan las innovaciones incorporándolas a sus esquemas valorativos y a sus prácticas. Se trata de núcleos influyentes que funcionan a modo de polos de atracción en el campo.

En el polo de los sectores con más re-

curso, el primer sector influyente resulta de un conjunto de transformaciones sociales y culturales que han sido denominadas con el rótulo de los valores posmateriales, donde destacan la autogestión personal, la calidad de vida entendida en dimensiones cualitativas, la alta valoración de las relaciones personales y una integración social activa y multidimensional. Desde estas coordenadas se generan aspiraciones éticas, estéticas, afectivas y político-culturales que trascienden al consumidor centrado en la obtención de bienes en el mercado. La exigencia principal es generar una identidad personal referenciada más allá de los bienes que expresan la posición social. En el ámbito de la salud se aspira a una relación más interactiva con el profesional y a definir el problema y la solución en el contexto biográfico y de la vida cotidiana. Los inductores de estos cambios son los movimientos sociales surgidos en los años sesenta y setenta que producen impulsos hacia el cambio cultural.

Otro sector que genera exigencias es el que produce demandas para que los servicios sanitarios se equiparen con los estándares de los servicios personales más avanzados en la carrera de los servicios. En este caso se trata de conseguir servicios equivalentes a los mejores en el mercado. Los principales son la personalización, el ajuste de la solución a su persona, el respeto a su singularidad subjetiva, la codecisión, el confort, la información y el ajuste a sus tiempos. Estos sectores son los compradores de servicios sofisticados en los mercados.

Estos dos segmentos influyentes son quienes introducen demandas que terminan siendo reconocidas por el sistema sanitario y que se incorporan a las políticas públicas. Además, son visibilizados por otros segmentos que adoptan sus estándares. Producen referencias y cadenas de desplazamientos en la dirección que señalan. Son quienes tienen voz, es decir, capacidad de producir discursos que tengan influencia en los procesos comunicativos de elaboración, reconocimiento y expansión de las necesidades. Sus asimetrías con los profesionales se reducen considerablemente por su acceso a la información y experiencia en los mercados de servicios.

En el otro polo, los sectores en desventaja social conforman un espacio creciente en el campo de los usuarios. La reindus-

trialización de los años ochenta tiene como consecuencia una serie de desclasamientos y reclasamientos que afectan a numerosas categorías sociales. Al tiempo que expande las clases altas y medias, genera una situación de vulnerabilidad creciente para numerosos grupos sociales bien situados en el anterior sistema industrial. En la nueva situación se configuran distintos sectores frágiles por su relación con el mercado de trabajo. Los trabajadores precarios, discontinuos o con cualificaciones escasas se encuentran en una situación de desventaja esencial. El debilitamiento de las antiguas relaciones sociales protectoras acentúa la fragilidad. Numerosos segmentos sociales se encuentran en una situación de riesgo en distintos grados. Las nuevas desigualdades sociales adquieren una gran complejidad y dinamicidad debido a la multidimensionalidad de sus causas. Algunos sectores tienen niveles educativos y cualificaciones laborales altas. Su problema estriba en el riesgo de no mantener la posición alcanzada.

Existe consenso acerca de la relación existente entre el nivel de salud y la desventaja social. Sin embargo, los factores específicos relacionales y culturales característicos de estos sectores no se encuentran identificados en los modelos asistenciales. Se privilegia la óptica del consumo desde la que son irrelevantes o consumidores retrasados. Se trata de un conjunto carente de voz reconocida. Sus intereses están infrarrepresentados en las racionalidades técnicas que rigen las decisiones en las políticas sanitarias. La persistencia de los modelos asistenciales referenciados exclusivamente en lo biológico-patológico favorece que estos sectores sean relegados mediante la ausencia de las imágenes de los nuevos enfermos/clientes.

El retraso y la subordinación de lo sociosanitario evidencia esta situación. Muchos problemas de salud sólo pueden obtener respuestas con un mínimo de eficacia considerando la integralidad de la situación de los afectados. La convergencia entre políticas sanitarias y sociales puede afrontar los problemas de reintegración social y capacitación personal de diversos sectores de usuarios vulnerables caracterizados por su problemática sociocultural asociada a las etiquetas diagnósticas.

La complejidad del campo de los usuarios es patente. En los márgenes se consti-

tuyen sectores específicos que también son ignorados desde la perspectiva clínica-consumerista imperante. Su presencia se manifiesta mediante la aparición de múltiples microconflictos, tensiones y acontecimientos críticos. De la desregulación laboral, la informalización creciente de sectores productivos y la expansión de la economía ilegal resultan múltiples microcomunidades que viven en contextos no regulados por las instituciones y los sistemas normativos. Las lógicas que se derivan en estos espacios sociales implican la existencia de grupos con intereses comunes que se aseguran mediante relaciones de fuerza. Se producen modelos culturales en los que coexisten altos niveles de consumo con comportamientos y formas de relación escasamente compatibles con los propios del estado y las organizaciones sanitarias públicas.

El nuevo proceso de individuación que surge en el contexto de la crisis general de las instituciones después de la reindustrialización representa una novedad importante para las relaciones asistenciales. Las incertidumbres biográficas derivadas del cambio continuo. La debilitación del nuevo modelo de yo configurado por factores vinculados a los estilos de vida y en el que se difuminan las referencias colectivas que han determinado la identidad. El incremento de formas de personalidad que subordinan lo social a lo individual. Todos estos factores tienen efectos crecientes en la nueva demanda sanitaria. La construcción de un yo ilimitado basado en sus experiencias de consumo y la autoimportancia que se atribuyen termina generando zonas de conflicto en cualquier contexto de servicios personales. Estas formas de comportamiento y relación se encuentran en expansión.

La diversificación y complejización de la exclusión social en la nueva sociedad es evidente. Se produce una fractura en la relación entre individuo-grupo, reforzándose las trayectorias individualizantes. Numerosas personas son desplazadas hacia los márgenes de sus grupos de pertenencia laboral-profesional y social, como efecto de distintos factores. El riesgo se

La diversificación y complejización de la exclusión social en la nueva sociedad es evidente. Se produce una fractura en la relación entre individuo-grupo, reforzándose las trayectorias individualizantes

instala en la cotidianidad. Se debilitan las solidaridades y los vínculos grupales. La posibilidad de ser una víctima de situaciones impredecibles se acrecienta.

La intersección de las categorías sociales que estructuran el campo de los usuarios con las propiamente patológicas implican un alto grado de complejidad escasamente asumible para las visiones gerencialistas mercadocéntricas que imperan en los sistemas sanitarios en la etapa actual. Enfermedades con escasa respuesta efectiva por parte de los dispositivos asistenciales (Alzheimer, alimentación), patologías crónicas en las que el objetivo asistencial es la gestión continuada de la enfermedad, enfermedades estigmatizantes, problemas inevitables en poblaciones envejecidas. La diversificación de los intereses es evidente frente a la generalidad de las respuestas fundada en el concepto universalista de cliente.

La complejidad del campo de los usuarios está en relación con un atributo esencial propio de la sociedad nacida de la reindustrialización, dotada de un poderoso sistema productivo sobre una base tecnológica expansiva que genera un nivel de consumo alto en amplios sectores de la sociedad. Su contrapartida estriba en los altos costes sociales que genera. Múltiples categorías sociales se encuentran en situaciones de inestabilidad, riesgo, marginación o exclusión. Riqueza y desintegración social son las dos caras inseparables de las actuales sociedades post. Los costes sociales siempre terminan apareciendo, aunque sean ocultados en los discursos o pasen inadvertidos al no encontrarse categorizados. El sistema sanitario es un espacio en el que se hacen visibles los desequilibrios sociales y las anomias y malestares que producen. Todos los sectores invisibilizados por la modernidad gerencial terminan por comparecer inevitablemente.

La reinención de los pacientes

La clientelización adoptada en las políticas sanitarias de la época actual presenta dificultades insalvables para ser implementada en los servicios sanitarios públicos. Forma parte de un modelo de mercado intransferible en su integralidad al sector público. Así se constituye en una clientelización imaginaria coherente con lo que se viene denominando como capitalismo de ficción. El nuevo estado también

produce, en coherencia, elementos de ficción y privilegia la ingeniería de la comunicación para construir la compleja realidad. La clientelización es un emblema de esa realidad imaginaria propia de una época caracterizada por una abundante riqueza simbólica.

El concepto riguroso de cliente proviene de una relación definida por la libertad de elección del proveedor y el pago directo de su servicio. Ésta es inseparable de un mercado. Ambos atributos constituyen las bases de poder que equilibran la asimétrica relación social entre un profesional y un cliente. Dotado de estos recursos, el cliente puede influir en la relación haciéndola más recíproca y centrada en sus intereses. El profesional tiene que ajustarse al intercambio respondiendo a las expectativas del cliente. En los servicios personales más avanzados se llega a definir el servicio como coproducido por ambas partes.

La asistencia sanitaria pública se encuentra muy fragmentada en niveles asistenciales, especialidades clínicas y de laboratorio y servicios de apoyo. De esta atomización resulta el laberinto asistencial. Muchos procesos exigen generar itinerarios de cierta complejidad. Los sectores bien dotados de recursos poseen aptitudes para verbalizar y estructurar su problema, para descifrar la información recibida, evaluar sus experiencias anteriores, obtener información proveniente de sus variadas relaciones sociales, utilizar su saber adquirido en los mercados y comprar, si fuera necesario, servicios privados alternativos o complementarios que contribuyan a resolver satisfactoriamente su proceso.

Estos segmentos bien dotados de recursos tienen una ventaja esencial. Aquellos usuarios activos, exigentes, instruidos y bien relacionados tienden a ser mejor tratados. Tienen la posibilidad de construirse un itinerario asistencial en el que no pierden el control. Terminan por constituir un grupo de presión eficaz, puesto que en el caso de evaluar el servicio negativamente tienen capacidad de recurrir a otro sistema de servicios alternativo. Su sólida posición se sustenta en la posesión de unas bases de poder que pueden movilizar.

Por el contrario, en el otro polo del campo de los usuarios, numerosos y diversos sectores menos dotados de recursos sólo pueden ser investidos como clientes en el

La reforma de los sistemas sanitarios desde la perspectiva de las ideologías gerencialistas inspiradas en el mercado genera una discriminación adicional en los sectores sociales ya penalizados por el mercado de trabajo y por otras instancias sociales

ámbito de la imagería de la comunicación gerencial. En su realidad vivida tienen que aceptar el servicio aunque su calidad se encuentre por debajo de sus expectativas. Sus posibilidades de ejercer presión son menguadas. Aparecen difuminados en los resultados de las encuestas de satisfacción fundidos con los sectores de clientes-compradores verdaderos.

La heterogeneidad de estos sectores es patente. En él se incluyen grupos que tienen abundantes recursos educativos o de información, pero no de salida a servicios complementarios. Junto a éstos existen grupos con capacidades de compra de servicios alternativos, pero con déficit sustanciales de recursos cognitivos y relacionales. Otros contingentes de usuarios se encuentran en situación de debilidad extrema. Sus comportamientos se inscriben inevitablemente en el fatalismo, indefensión aprendida o cultura subordinada. Su falta de poder conlleva una relación lejana a la de los clientes-compradores.

Sólo aquellos sectores que poseen la totalidad de los recursos señalados, económicos, relacionales, educativos y cognitivos, pueden construir una relación de reciprocidad y ejercer cierto control en la relación con el sistema. Aquellos que carecen de alguno de los recursos, así como los que no pueden aportar nada, acrecientan su dependencia. De este modo se explican algunos malestares cada vez más manifiestos en el campo de los servicios sanitarios, así como la multiplicación de incidentes que desvelan la nueva conflictividad.

El modelo consumerista adoptado por los estados en la época de la reindustrialización es coherente con el nuevo sistema productivo y con las relaciones de poder imperantes, pero poco con las especificidades del sector sanitario público. Los objetivos focalizados en la satisfacción de las expectativas producidas en un contexto de explosión de necesidades percibidas y de tanta heterogeneidad social son cuestionables. Los sectores peor dotados de recursos generan expectativas crecientes debido a su posición en los procesos de reconocimiento y adopción de necesidades que se producen en el nivel del consumo. Así se generan las bases de malestares latentes.

La reforma de los sistemas sanitarios desde la perspectiva de las ideologías ge-

rencialistas inspiradas en el mercado genera una discriminación adicional en los sectores sociales ya penalizados por el mercado de trabajo y por otras instancias sociales. Son convertidos en clientes imaginarios, de modo que se subordinan a las demandas producidas desde los sectores sociales bien dotados.

De este modo son ignorados los determinantes de sus usos del sistema sanitario. Las políticas sanitarias se orientan por valores consumeristas que subordinan a la eficacia social. Se sobreentiende que el estado debe producir servicios públicos de calidad antes que valores públicos. Así se corre el riesgo de proyectar la responsabilidad de los problemas sobre los sectores con mayores carencias. El sistema puede terminar reforzando las desigualdades sociales en vez de atenuarlas.

La reinención del gobierno inicia un proceso creativo que finaliza con la reinención de los pacientes. En los circuitos profesionales apenas se percibe discusión y deliberación al respecto. Pero los profesionales sanitarios protagonistas de la asistencia viven cotidianamente el desencuentro entre los conceptos gerencialistas y las realidades donde se hacen presentes indicios de que algo no encaja bien. Es el retorno inexorable de lo que ha sido relegado. ■

GOBIERNO
de
CANTABRIA
CONSEJERIA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública

Piercing y Tatuajes

Información para decidir con seguridad

Por tu salud, exige la máxima garantía