

# Un Nuevo Sujeto Social en los Sistemas de Atención a la Salud: El Cliente

Edgar C. Jarillo Soto \*  
María Gilma Arroyave Loaiza Eco \*\*

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo es una aproximación al modo de concebir e interpretar al nuevo sujeto social que se relaciona con los servicios sociales en general y sanitarios en particular. Es un tema que centra la atención de múltiples gestores públicos y pensadores sanitarios y sociales. El debate y los posicionamientos que se establecen, motivan la reflexión crítica acerca de las implicaciones conceptuales y prácticas del uso del concepto de *derechohabiente o beneficiario* y su sustitución por el de *cliente*. El contexto empírico de esta discusión lo constituyen los procesos de transformación que se producen en la sociedad contemporánea, de entre ellos el más relevante por su irremediable vínculo con el tema motivo del trabajo es la circunstancia particular del Estado y la creciente complacencia sobre la disminución de su presencia social.

La idea central que vertebra el trabajo es que en las circunstancias actuales donde se instaura un estilo determinado de cambio social, se producen situaciones aparentemente inéditas que rearticulan relaciones, actores y gestores sociales, las consecuencias conocidas y previsibles no pueden pasar desapercibidas por cuanto algunas de ellas implican la pérdida de algunos procesos humanos históricamente contruidos en el transcurso de los tres siglos últimos. Para el caso concreto de la sanidad, esto resulta particularmente preocupante ya que su extensión generalizada se ve seriamente afectada provocando la reducción de sus coberturas al conjunto de la población. Se vislumbra la transformación de su valor social, intrínsecamente positivo, a un valor de cambio regido por necesidades y circunstancias del mercado de producción, circulación y consumo de bienes materiales y de servicios.

Constituye una mutación del derecho ciudadano con base en los derechos sociales al criterio de consumidor y cliente de un centro de producción de servicios.

La cuestión se enmarca coyunturalmente con las principales líneas argumentales de un discurso que centra su objetivo en la crisis económica y los mecanismos de solución que se proponen. Se destacan los elementos más notables del cuestionamiento y de las estrategias que se promueven al Estado y sus organizaciones, la sanidad en primer término. El alcance y las implicaciones del concepto *derechohabiente* sólo puede comprenderse si se le ubica en las circunstancias históricas que rodean y explican su surgimiento y desarrollo en los distintos modelos de seguridad social existentes hasta hoy. Con ello se le ubica en la dimensión temporal donde sobresale su tránsito de un derecho particular, con rasgos casi de enclave, a un derecho social susceptible de ser demandado ante el poder público y detentable como parte de la existencia misma. Posteriormente se articula el concepto de cliente con las principales contradicciones que enfrenta un modo de organizar y concebir a los servicios sanitarios y las limitaciones y las dificultades para producir el efecto deseado. Ante la ofensiva por imponer tal posición, habrá que hacer explícito lo riesgoso de perder un modo de equilibrio social y convivencia humana que no por parcialmente ineficiente, pueda disolverse sin señalar lo alarmante de su pérdida. Esto debiera dar por resultado la necesidad de crear opciones que signifiquen un relativo contrapeso y obligar a medir las propuestas y renovarlas en sus alcances y consecuencias.

Por último, es conveniente señalar el nivel analítico desde donde se expone el discurso. Comprende una amplia revisión de formulaciones teóricas y estudios empíricos, que aportan la evidencia del dato. A pesar de que por sí mismos no tienen carácter demostrativo, constituyen un valor agregado al juicio reflexivo. Justo esto permite la búsqueda de nuevas líneas de análisis y su consecuente exploración real. No hay, tal como se presenta la situación hoy día, la posibilidad de someter a experimentación social, las

\* Investigador Titular. Universidad Autónoma Metropolitana. México

\*\* Candidata doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México.

distintas alternativas que se ofrecen. Aunque en la realidad histórica si se quiere, pueden encontrarse las evidencias de tal proceso experiencial. Es en todo caso un modelo de análisis que pretende cuestionar los elementos de juicio y los puntos de referencia más comunes, aún dentro de la sociología, y trata, por el contrario, de ubicar en su justo valor la dimensión del proceso, más que la información intrínseca sobre sí mismo que se tenga o que sea necesario producir. Constituye por lo anterior un análisis centrado en la naturaleza del objeto y no una perspectiva disciplinaria, por supuesto incorpora visiones disciplinares, más que singulares, generales. Es por lo tanto una perspectiva desde las ciencias sociales.

### LA REFORMA SANITARIA Y EL ESTADO

El derecho a la salud y a su protección no es un tema cuya discusión esté saldada. Por el contrario, hoy como en otros momentos cruciales de definiciones de futuro, es muy importante hacer aflorar los implícitos y las complacencias de cualesquiera de las posiciones que tienen consecuencias para la mayoría de la población. Las propuestas que se formulan tienen expresiones e implicaciones profundas que inciden sobre el carácter del individuo a quien se le otorga seguridad social y asistencia médica. La sola denominación derechohabiente o cliente, representa un cúmulo de consideraciones, de límites y de posibilidades; pero, implica de modo especial un modo de concebir la relación social de la salud, los individuos de una sociedad y el Estado. La reforma de los sistemas sanitarios es una realidad viva y actuante en casi todos los países, con independencia del tipo de sistema sanitario, grado de desarrollo e indicadores de salud (Barsky 1989).

Al sistema sanitario se le ataca y demanda su transformación. Un aspecto adquiere preeminencia y encuentra justificación: el incremento de los costos de la sanidad y la ausencia de mejoras en las condiciones de salud<sup>1</sup>.

Otros cuestionamientos frecuentes derivados o simultáneamente a ese son por ejemplo:

- a) Atribuir a la sanidad ineficiencia por lo acontecido en ciertas esferas o situaciones particulares, sin valorar la efectividad media de todas sus intervenciones.
- b) Considerar al gasto sanitario como responsable de la salud. No obstante la prolífica producción investigativa que demuestra que esta no depende directa y exclusivamente del gasto sanitario, sino que es uno más de los múltiples determinantes que intervienen en su comportamiento. Incluso, algunos factores tienen un

peso relativo mayor en la explicación de los incrementos o decrementos que presente el estado de salud.

- c) Obviar la incapacidad de los indicadores tradicionales de salud para valorar y enjuiciar el mejoramiento de la salud. La reiterada utilización de indicadores negativos excluye procesos más globales y benéficos que suceden en la calidad de vida y que también son indicativos de las condiciones de salud, por ejemplo: talla media de la población adolescente.

Algunos de esos elementos constituyen la argumentación para dismantelar la sanidad pública y justificar un nuevo modo de relación de un derecho social y las instituciones públicas. En realidad son aspectos de índole técnica y política, ambos son complementarios, pero se les presenta frecuentemente disociados. Y allí radica parte del riesgo: compartir las evaluaciones técnicas sin dimensionarlas en lo político. No se puede proponer el cierre o la transferencia de un hospital público ineficiente, sin tener un juicio sobre las consecuencias que tendrá para la población. Esto implica necesariamente una valoración social de la salud.

Los aspectos técnicos se ofrecen ascéticos y neutrales con fines institucionales y por sí mismos legítimos. Los aspectos políticos, son parte de la filosofía que impregna las principales corrientes del pensamiento político contemporáneo. Puede suponerse que con ello se expresan «... motivos ideológicos que tratan de legitimar las políticas estimuladoras de la tasa de beneficios y limitadoras de salarios y prestaciones sociales públicas, en base a la pretendida poca utilidad de estas últimas.» (Ortún 1991: 29). Esto explica que en la mayoría de los discursos neoliberales se priorice el saneamiento financiero del Estado y se pugne por la circunscripción de su presencia a la regulación de los partícipes sociales. En realidad se le otorga preeminencia a la acumulación<sup>2</sup> de capital en el sector privado como el modo de relanzar un patrón de crecimiento económico que incida en el incremento de la tasa de ganancia. Esa solución implica además, que el Estado y en particular al déficit público, son los causantes de la crisis y del estancamiento del crecimiento económico. Es el Estado de Bienestar el cuestionado por su expansión y por la proporción de su gasto en los gastos globales del Estado. Con todo ello se estimula la reorganización del poder público. Los gobiernos nacionales y regionales de distintos países adoptan políticas de ajuste en lo económico y restricciones en lo social, afectando sectores que han sido tradicionalmente fuente de equilibrio y disminución de las desigualdades sociales y económicas entre la

1 En su valoración se usan diversos indicadores, los más comunes: Esperanza de Vida al Nacer, general y por sexo. Tasas de mortalidad por edad y sexo. Tasa de mortalidad infantil. Causas de muerte en la población general y por grupos de causas y de edad y sexo (WHO 1977).

2 Esto queda claramente explícito en el presupuesto de Suecia para 1993. (Ministry of Finance 1993: 49-53). El Estado que se ha caracterizado por priorizar un desarrollo social aparejado a un crecimiento económico. El Estado benefactor por antonomasia en la Europa actual, se decanta por un modelo neoliberal a costa de perder los logros alcanzados a lo largo de este siglo para la mayoría de su población.

población. Tal es el caso del sector social, que ha sido base de un desarrollo económico menos polarizado por un lado, y por otro ha sido terreno propicio para el consenso social (Gutiérrez 1988).

Sin embargo, uno de los puntos más lábiles y vulnerables es precisamente el sector social. Así por ejemplo la OCDE concluye que al final de la década de los ochentas no resulta aconsejable seguir potenciando el Estado de Bienestar. (OCDE 1985; Raymond 1992). Se expresan tres justificaciones (Mallow 1986; Gossman 1988; Lagares 1992) con el objetivo de incentivar la tendencia a la reducción del tamaño del Estado: a) Menor eficiencia de las empresas públicas, b) los programas de transferencias de rentas favorecen el ocio y desmotivan la búsqueda de empleo, y, c) los efectos negativos de los subsidios sobre la asignación eficiente de los recursos productivos. Se promueven medidas que apuntan a un modelo de Estado que transforma esencialmente las políticas y acciones desarrolladas en las décadas precedentes. Se asume sin recato la necesidad de limitar el sector social.

### **LAS BASES DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

El proceso histórico por el cual se ha construido un sistema de seguridad social tiene profundas raíces en los cambios ocurridos en la Europa industrial. El desarrollo de modelos sanitarios de cobertura universalizada, como se aprecian hoy día, son producto de acontecimientos sociales y económicos que impactaron específicamente el ámbito de los derechos sociales. Para comprender el origen y la naturaleza esencial de la seguridad social es conveniente remitirse a su proceso de gestación y desarrollo.

La protección de la salud como proceso atribuido directa o indirectamente al Estado, es consecuencia de la transformación, a finales del siglo XIX, del Estado liberal en el Estado de Bienestar o Estado benefactor. Su viabilidad histórica está en el origen de los sistemas de seguridad social que acompañaron al surgimiento del capitalismo monopolista. Uno de los motivos de su fortalecimiento es la racionalidad de la protección a la mano de obra que se exponía en un mercado abierto, sin restricciones y regulaciones protectoras. Basta recordar la situación de los obreros en la Inglaterra posvictoriana: jornadas laborales de 14 a 16 horas diarias; 6-7 días laborales; salarios misérrimos (Dubos 1975; Cipolla 1978; Pamuk 1985). La reducción de la jornada laboral representa el primer paso sólido para generar un sistema de derechos sociales y de protección para los trabajadores.

La transformación de la economía artesanal y manufacturera en economía industrial y de mercado excluyó las condiciones de cuidado y protección a los trabajadores (Korpi 1978), su seguridad monetaria se reducía a la disponibilidad de trabajo, sin incluir la atención médica, y a la pérdida del empleo quedaban en total indigencia. Al respecto es conveniente puntualizar que en Suecia se genera muy tempranamente un modelo compensatorio totalmente distinto, aunque tampoco incluyó protección a la familia y los

dependientes económicos (Olsson 1992). A todo ello hay que agregar el hecho de que el salario familiar se constituía por el aporte de múltiples miembros del núcleo familiar, el trabajo de la madre y los hijos e hijas fue una situación habitual. Especialmente pernicioso fue el trabajo infantil. Las consecuencias sociales y personales que se producían en los infantes que trabajaban en total indefensión y la ausencia de un estatuto de regulación de empleo, obligó a tomar las primeras medidas de protección social (Preston, Haines, Pamuk 1981). En palabras de Diercxens (1978: 85) «la expoliación temprana y prematura de la fuerza laboral implicaba problemas para la reposición de la fuerza laboral adulta y económicamente más productiva. La sociedad se quedaba sin futuro». La cuestión no era proteger solamente al trabajador en activo, sino además, garantizar la continuidad y disponibilidad de trabajadores para etapas posteriores.

La necesidad de atención médica y el cuidado sanitario no fueron ni mucho menos una condición estructural a la organización social. Sin embargo, la presencia de algunas entidades de beneficencia constituían un recurso importante de asistencia sanitaria. A pesar de lo cual fueron totalmente rebasadas en su capacidad y posibilidad de atención asistencial (Foucault 1990). La atención médica individual, fue severamente limitada por la capacidad de pago, se trató de un intercambio financiero siempre desfavorable a quienes dependían de un salario. Por lo cual se circunscribió a núcleos reducidos de población. La mayoría debió recurrir a procedimientos poco válidos y de práctica popular. En ese escenario surgieron los primeros medios colectivos de protección. A la organización sindical y gremial con demandas y reivindicaciones de muy variado tipo, siguió la creación de «mutuas y cajas» de los propios trabajadores y más tarde con participación empresarial. Al antagonismo laboral en el centro de trabajo continuó una serie de demandas sociales dirigidas al Estado y al poder político.

De los planteamientos de transformación global de la sociedad se transita a demandas de reformas que incluían la consideración de los trabajadores como ente de organización y participación en la vida pública y en la conducción política de la sociedad. Asegurar ciertos medios y beneficios sociales para los trabajadores y sus familias, constituyó el eje de muchos movimientos reivindicativos de finales del siglo pasado y especialmente de principios del actual. Los cuales se desarrollaron en un contexto de cierto beneficio económico y un proceso político de participación y de instauración de modelos de gestión pública también reformadores.

Pero el surgimiento del Estado de Bienestar no está exclusivamente asociado a la gestación de un sistema de seguridad social. En realidad es uno de los últimos ya que la educación pública generalizada constituye el primero de los sectores de acciones orientadas al conjunto de los ciudadanos (ESO 1993).

El país precursor de ese proceso es Alemania. Al integrarse el Estado-nación alemán bajo la dirección de Otto von Bismarck, cerca de 1880, se da paso

a un modelo de organización social que otorga reconocimiento a las demandas sociales de los trabajadores y desarrolla un sistema de protección (Briggs 1991). En el plano reivindicativo los movimientos obreros consiguen el establecimiento del seguro de enfermedad, de accidentes de trabajo y el de vejez e invalidez (Erikson y Fritzell 1988). La conjunción de ambos procesos son la base de un sistema de seguridad social. Este logro provocará un protagonismo del sector de los trabajadores en el conjunto social. No solamente se les incluirá como actores destacados de las reformas sociales, sino que se tornarán interlocutores válidos y un movimiento político e ideológico con influencia en la dinámica social. Por lo tanto el surgimiento y consolidación de la seguridad social tiene como explicación dos elementos: el proceso de consolidación del Estado-nación durante el segundo Reich aparejado al desarrollo de una industria internacional y un sistema militarizado, por un lado. Y por otro, fue consecuencia de la emergencia de una clase obrera y proletariado industrial que desde su base pugnaba por un protagonismo social y una participación en el poder del Estado.

Las acciones de protección social tuvieron en su surgimiento ciertas limitaciones porque en tanto prestación sólo benefició a los trabajadores. Además, porque dependiendo de una rama productiva y de la importancia de la empresa las prestaciones fueron diferentes. El financiamiento, primer elemento generador de las desigualdades, era aportado por trabajadores y empresarios.

Su sentido individualista estuvo dado por la proporción de la cotización: a pago más elevado, mayores prestaciones. Durante esa fase el Estado, a pesar de reconocer la existencia e importancia de esas medidas de protección, intervenía muy poco, prácticamente como garante de su existencia y escasamente como prestador de las mismas. La culminación se logra cuando son incorporados en el articulado de la Constitución alemana de Weimar de 1919, pionera en el reconocimiento de los derechos sociales. Ella contiene el derecho a la salud, aún estrechamente asociado al ámbito laboral. La seguridad social y los servicios sociales, de poseer un estatuto singular, devinieron componentes de los derechos ciudadanos en los Estados modernos.

El modelo selectivo de reconocimiento y organización de los derechos sociales y en particular de las prestaciones sociales y de la protección sanitaria vinculada al ámbito laboral no es seguido por todos los países europeos. En Inglaterra surge un modelo alternativo que desliga la protección sanitaria y social del entorno inmediato del trabajo. Los beneficiarios no serán exclusivamente los trabajadores sino toda la población en cuanto ciudadanos. Constituye también, un hito pues «... debiera ser reconocido como una ruptura entre la vieja Ley de Pobres y el nuevo Estado de bienestar, basado, precisamente, en la introducción de los derechos sociales vía la seguridad social...» (Korpi 1989: 310). Este proceso diverso y heterogéneo es la pauta para que las demandas gre-

miales y la participación se tornen el embrión de los derechos sociales, entendidos como la demanda misma de tales derechos (Weale 1983).

Los derechos ciudadanos en sí mismos son un punto de llegada y no un inicio. En términos globales se puede aludir a tres tipos de derechos: civiles, políticos y sociales, los cuales se han acumulado progresivamente a partir del siglo XVIII. Primero los derechos civiles asociados al cuerpo, algunos de los cuales estuvieron muy vinculados a la expansión de la economía de mercado. Ellos hicieron posible el desarrollo de los derechos políticos y junto a los derechos civiles permiten para la mayoría de la población los derechos sociales, entre ellos el derecho a la seguridad social en el siglo XX (ESO 1993: 21). La trascendencia de este proceso radica en que se pasa de criterios selectivos de la singularidad individual a valoraciones de lo colectivo que llevará, posteriormente, al concepto de ciudadanía. Su concreción universalista se logra cuando los derechos sociales son incluidos en la declaración de Derechos Humanos de la ONU en 1944, y con ello fueron incorporados en el ámbito internacional y regional. Así por ejemplo la OMS los incorpora en lo que a salud y atención médica se refiere. Sus propuestas, recomendaciones y documentos han tenido un impacto y aceptación variada en los distintos países.

La ciudadanía es un atributo civil y político, que implica el reconocimiento de pertenencia y relación de lo privado con lo público, del individuo con el Estado. Es el criterio definitorio del beneficio de la protección social. Estar bajo la tutela del derecho ciudadano por el hecho mismo de ser parte de un Estado-nación constituye un avance inconmensurable a las restricciones de beneficios vinculados a algún atributo derivado de la vida de relación de los individuos, cual era la consideración del beneficio social en función de la cotización salarial. Tener trabajo y ser cotizante permitía acceder a la primigenia seguridad social. Pasar a detentar un derecho por ser ciudadano, será un rasgo característico del Estado de Bienestar (Briggs 1991).

El proceso de protección a la salud y a la seguridad social trata, filosóficamente en su origen, de cultivar la solidaridad social: de los empleadores a los trabajadores, de los trabajadores a los desempleados. La creación de los Sistemas y Servicios Nacionales de Salud, será la concreción de ese enfoque (Meza-Lago 1986; Carr-Hill 1987). Esto permite extender los beneficios a toda la población rompiendo la posición individualista. Se uniforman también las prestaciones cuya magnitud y calidad deja de depender de la cuantía de la aportación del beneficiario. Aunque ciertas diferencias en los modos de calcular y la fuente de obtención de los recursos, tendrán consecuencias distintas (Korpi 1983). La explicación de los beneficios relativos a uno u otro país se encuentra, parcialmente en la consistencia y permanencia de las acciones del Estado de Bienestar (Vagero y Lundberg 1989; Raymond 1989). Esto significa en los hechos que a pesar de reconocer el sentido progresivo de los siste-

mas de salud respecto de los seguros nacionales de salud (Navarro 1989), también es importante distinguir las variaciones y consecuencias distintas que se presentan entre las sociedades que han contado con un Estado benefactor (Luhmann 1986).

Por otro lado la protección a la salud y a la seguridad social constituyen, también, un proceso redistributivo de la renta. Obtener recursos financieros de otras fuentes distintas a las cuotas obrero-patronales, permite sacar al sistema del ámbito exclusivamente laboral y situarlo en el marco social como un derecho intrínseco a todos los ciudadanos. Incorporar al sistema sanitario en los presupuestos del Estado, significa cumplir uno de los objetivos más caros al Estado de Bienestar: producir un efecto de beneficio social para todos los ciudadanos en igualdad de derechos, al margen de su peso e importancia en la estructura de clases de la sociedad (Aguilar y Gustafsson 1987). Su doble función de Estado regulador de la dinámica social y de prestador de servicios y distribuidor y redistribuidor de bienes, representa una fase superior de la maduración de los postulados del Estado benefactor. Su significado y trascendencia marcan una diferencia sustancial a la situación prevalente en el surgimiento de la seguridad social y será, paradójicamente, la base de la desmantelación actual. El Estado liberal de finales del siglo pasado, cuando surgen las bases de la seguridad social, centraba su preocupación en construir un ámbito de reconocimiento político y asegurar una cuota de poder y de influencia en el contexto de expansión del mercado mundial. Ese modelo de Estado, se ceñía al reconocimiento de los actores sociales, a fungir como árbitro en los conflictos y a ser un gestor social; por supuesto con las funciones de cohesión intactas. El Estado benefactor, que sucede al anterior, se reconoce como protagonista del cambio y motor del desarrollo económico y social. Lejos de mantenerse a la expectativa en los conflictos individuales y de grupos, se torna movilizador de recursos y generador de acciones. Es un Estado partícipe. A la crisis de 1929 en EUA que cuestionó severamente los presupuestos clásicos del desarrollo del liberalismo económico, sobrevino un intervencionismo estatal creciente, fundamentado en los postulados de Keynes. Con la segunda guerra mundial y con base a su desenlace se produjo una presencia mayor de posiciones reformistas y socialdemócratas. Así se empezaron a generalizar los derechos sociales: salud, educación, vivienda, trabajo y desempleo (Navarro 1984). El crecimiento, la eficacia, los costes, la crisis fiscal y otros elementos consecuencia de la crisis del patrón de acumulación, marcarán la coyuntura actual y será la pauta para incidir en la tendencia creciente a la desaparición del Estado de Bienestar y a su sustitución por un modelo neoliberal.

### **¿LA SALUD UN SERVICIO QUE SE REGULA POR EL MERCADO?**

La situación en que se encuentra inmersa la economía de la mayoría de los países, ha planteado múlti-

ples procesos de solución y rearticulación de un entramado económico cuyos rasgos evidentes, son la competitividad y la globalización de los entornos nacionales. Una dimensión del problema se ha dirigido a la naturaleza y características del Estado, y de modo peculiar a la extensión de su crisis financiera. La discusión se centra en el déficit fiscal y el consecuente ahorro de recursos lo que ocasiona que las propuestas de solución prioricen la necesidad de garantizar las transferencias de capital al sector privado con lo que, se asume, existirá mayor capacidad competitiva en el mercado mundial.

De manera paralela han surgido propuestas alternativas para la recomposición de los factores de la producción para remitir el incremento de sus costos en la producción de bienes y servicios. La necesidad de tornar competitivos en términos de precios de intercambio los productos de determinado país, ha implicado un esfuerzo de ahorro que significa abaratar costos de producción. De todos ellos se destaca la necesidad de disminuir la participación de la seguridad social en los costes de producción. Además, se trata correlativamente de transformar una situación de regulación y participación estatal en un mercado de intervención exclusivamente privada, y con ello transformar el sistema de provisión y gestión de servicios asistenciales a los productores directos y a sus dependientes: pasar de propiedad, financiamiento y gestión pública y global a una pertenencia privada y diversificada.

Las evaluaciones y las críticas a los sistemas nacionales de salud encuentran bases reales de cuestionamiento que dan pauta para que al mismo tiempo se postule la «reconversión» del sector sanitario en un espacio de intercambio de servicios con criterios de mercado. Las propuestas de reestructuración de los Sistemas Nacionales de Salud de Inglaterra (Secretaries of State for Health 1989), Canadá (Evans 1989), Suecia (Saltman y von Otter 1987), por citar los más representativos; son apuntados, además, por evaluaciones que consideran fundamentalmente la opinión de las personas que acuden o disponen de seguridad social pública, pretenden demostrar la insatisfacción y desacuerdo con un sistema sanitario que además se muestra ineficiente, y por lo tanto se concluye la improcedencia de un sector sanitario de eminente perfil público resultado del Estado benefactor (Coll 1985; Costas y López 1988; Blendon et al 1991).

Las argumentaciones que subyacen en ese enfoque son: Primero, desplazar al Estado como generador de empleo a través de crear puestos de trabajo en los sectores tradicionales de expansión. Esto significa un juicio sobre la burocracia y sus efectos perniciosos en los costos y gestión de cualquier organización compleja. La eficacia y eficiencia de instituciones mastodónticas (independientemente de su propiedad: pública o privada) bajo un principio de organización político-administrativa de claro corte centralizador. Segundo, el funcionamiento específico de los servicios de asistencia médica y social, cuyas

prestaciones en magnitud y calidad son progresivamente mayores. La imagen de comparación son las opiniones que valoran positivamente la celeridad en la intervención y las opciones de selección de médico (AMA 1991). Sin embargo no se ataca la contradicción básica: un modelo de atención de corte curativo, farmacológico, individualista, tecnologizado y de múltiples especialidades y parcializaciones técnicas. En consecuencia se deduce sin más, la necesidad de transformar los sistemas sanitarios públicos en un mecanismo de oferta y consumo de servicios donde el enfermo sea el regulador y controlador del sistema.

La ecuación se expresa linealmente: la disminución del costo en la provisión de servicios sanitarios<sup>3</sup> producirá automáticamente una reducción del déficit del Estado (López 1986). Esta hipótesis, en el mejor de los casos, se basa en el supuesto de que la provisión de servicios realizada por entidades asistenciales de corte empresarial privado, ejercerá por ese solo hecho, una optimización de los recursos y por lo tanto un incremento de la eficiencia. Esta posición combina y a veces excluye las posibilidades de financiamiento directo (el enfermo), indirecto (vía cuotas), público (recaudado por el Estado, por cuotas específicas o impuestos) y privado (aseguradoras, centros asistenciales o el propio demandante del servicio). Todo ello perfila un entorno de intercambio donde la regulación de las acciones sanitarias se logra por los beneficios directos que obtiene el enfermo y que le producen satisfacción. Representa, en realidad, la transformación del sector sanitario en un segmento más del mercado de bienes y servicios.

Hoy día que se elevan voces y realizaciones dirigidas a evidenciar la necesidad de reconvertir un sistema sanitario con base mercantil y dominancia privada cual es el de EUA, tornándolo un sistema que evite la desprotección de casi 35 millones de ciudadanos, resulta paradójico que se postule lo opuesto en algunos de los países que han logrado una cobertura casi universal y una protección médica a la mayoría de la población. Instaurar un sistema mercantil que significa transformar un derecho social como la salud, en un valor de mercado donde el enfermo pierde su atributo ciudadano de ser un derechohabiente para convertirse en un consumidor de un producto más, con todos los elementos inherentes al sentido comercial de un cliente. Las acciones sanitarias dejan de realizarse teniendo como base una intencionalidad terapéutica por sí misma, para convertirse en acciones que conformen un producto accesible y de interés del demandante. Así se trata de satisfacer al cliente, no de curar al enfermo. Las consecuencias iniciales van sobre las proposiciones de financiamiento y la participación que cada miembro de la sociedad realiza, de por sí ya desigual. Los segmentos pobla-

cionales con mayor ingreso destinan una proporción menor para los gastos de atención médica y seguridad social que aquellos con ingresos más bajos. Al transferir los costes al consumo es inevitable que se establezca una relación directamente proporcional a la capacidad de compra: a mayor ingreso, mayor consumo de servicios sanitarios. El cliente más demandante, será el de mayor poder adquisitivo, consecuentemente quien consumirá más y mejores servicios sanitarios. Se pretende, entonces, ofrecer productos atractivos, diversificados según la capacidad de compra y con beneficios desiguales. Con todo ello resulta inevitable suponer un resultado que lejos de generar beneficios profundizará las desigualdades sociales, y de manera simultánea incrementará los perjuicios de las diferencias.

Suponer que el sector sanitario constituye o puede constituir un mercado autorregulable y controlable en sí mismo, representa una falta de rigor y más un deseo que una realidad. La salud en su conjunto no depende exclusivamente de las acciones preventivas y curativas realizadas por un patrón de acción que tiene como base la intervención técnica de los profesionales que participan en el acto médico. En referencia exclusiva a la acción curativa, hay que señalar que esta no es autónoma ni ascéptica. Significa hacer coincidir la fusión de la decisión clínica con la decisión económica en el ámbito de lo privado, a esta última la define por esencia la obtención de beneficios económicos. Lo discutible ahora no es el ánimo de lucro y los márgenes de ganancia, sino que la salud no puede regirse por ese criterio. Además, se señala la conveniencia del funcionamiento de un mercado regulado con base en la demanda. Esta que sería inducida por el usuario, el consumidor de los servicios, el cliente, supone que existe la autonomía de criterio y la capacidad de intervención en las estrategias de acción y de modificación de las intervenciones clínicas y médicas. Desgraciadamente, esto que sería una situación más positiva que negativa, no sucede sino en muy pocas ocasiones y casi siempre en aquellas que significan más cercanía económica y cultural entre el médico y el enfermo (Boltansky 1976). «El paciente no es quien elige qué tipo de intervenciones clínicas... quirúrgicas, los fármacos... los laboratorios... ni los lugares donde se realizan esas intervenciones. El médico es quien decide» (Navarro 1991: 136). Al margen de valores deontológicos, es claro que frecuentemente las intervenciones médicas innecesarias tienen un sustrato económico (McPherson et al 1982; Evans 1989).

En síntesis, puede comprenderse la gran importancia que supone transitar de una concepción de la salud y la seguridad social como un derecho laboral estrictamente vinculado a la técnica del seguro privado con beneficios limitados al trabajador y su

3 Pocas veces se valoran las implicaciones del modelo de atención preponderantemente medicalizado y con enfoque curativo, y sus consecuencias en el uso de los productos farmacéuticos que es uno de los causantes principales de que se hayan disparado los costos del sector sanitario. Por ejemplo, en España la participación del gasto en farmacia en el total del gasto sanitario representa cerca del 20 %, uno de los más altos en los países de la OECD (Navarro 1991: 130).

familia, en el mejor de los casos, a un concepto de los derechos sociales atributo y patrimonio de los ciudadanos y por lo mismo demandable frente al Estado. Esto representa la esencia de la consideración del beneficiario o derechohabiente, una cualidad inherente a todos los ciudadanos independiente de cualquier condición, especialmente económica, que los iguala ante el Estado, no sólo en la dimensión legal sino, de modo fundamental, en el ámbito social. Es al mismo tiempo uno de los pivotes del incremento de la calidad de vida y, también, de redistribución económica (Erikson y Fritzell 1988). Por ello denominar cliente a la persona que demanda asistencia médica implica asumir y aceptar un marco de provisión de servicios regulado por el mercado de bienes y servicios. Lo que significa otorgar, por la vía de los hechos, una naturaleza distinta al sujeto social, y con ello se da cauce para transformar la seguridad social, apoyada en suposiciones no demostradas y en criterios técnicos y políticos que, aún concediéndoles rigurosidad técnica, no cuestionan el centro vital del problema: el modelo de atención médica y su sustrato conceptual y técnico. Mantenerlo tal cual existe hoy día, permitirá abatir parcialmente ciertos costos, pero difícilmente podrá resolver lo que se cuestiona centralmente: el incremento del gasto sanitario y sus consecuencias en el déficit público, ello contrastado con las limitadas realizaciones sanitarias. En realidad el Estado de Bienestar, con sus adecuaciones y actualizaciones del caso, ha sido la mejor garantía para la salud de la población. Los beneficios logrados y los éxitos sociales avalan la posibilidad de su vigencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar R, Gustafsson B. *The role of public sector transfers and income taxes*. Gothenbourg, University of Gothenbourg Sweden. Departament of Economics. Photocopy, 1987.
- AMA (American Medical Association) "Survey of public Opinion on Health"; *Care Issues AMA*. Chicago, 1991.
- Barsky A (1989) «The paradox of health». *New England Journal of Medicine*. 318:414-18.
- Blendon R, Donelan K, Jovell A, Pellise L, Costas E. «Spain's citizens assess their Health Care System». *Health Affairs* (Spring): 216-228, 1991.
- Briggs A. «The Welfare State in historical perspective». *European Journal of Sociology*. 2: 221-58, 1991.
- Boltansky L. *Puericultura y moral de clase*. Paidós, Buenos Aires, 1976.
- Carr-Hill R. «The inequalities in health debate. A critical review of the issues». *Journal Social Policy* 16: 509-42, 1987.
- Cipolla C. *La historia económica de la población humana*; Grijalbo, Barcelona, 1978.
- Coll P. «La financiación de los sistemas sanitarios. El caso de España». *JANO* 656: 47-59, 1985.
- Costas J, López C. «Aspiraciones colectivas y eficiencia en el sistema sanitario». *Papeles de Economía Española*. 37: 225-241, 1988.
- Dierxcens W. *Población y capitalismo*. San José de Costa Rica; EDUCA, 1978.
- Dubos R. *El espejismo de la salud*; Fondo de Cultura Económica. México, 1975.
- ESO (Expertengruppen för Studier i Offentling ekonomi) *Social Security in Sweden and other European Countries –Three Essays–*. Finans Departamentet Stockholm, 1993.
- Erikson R, Fritzell J. «The effects of the social welfare system in Sweden on the well-being of children and the elderly». In: Palmer John, Smeeding Timothy, Boyle Torrey Barbara –Editors–, *The Vulnerable*. The Urban Institute Press, Washington, 1988.
- Evans R. «Controlling health expenditures. The canadian reality». *New England Journal of Medicine* 320: 571-77, 1989.
- Foucault M. *La vida de los hombres infames*. Ediciones de La Piqueta, Madrid, 1990.
- Gossman P. «Government and economic growth: A non linear relationship». *Public Choice* 56: 193-200, 1988.
- Gutiérrez E. *La crisis del Estado de Bienestar*. Siglo XXI, México, 1988.
- Korpi W. «Power, Politics and the State Autonomy in the Development of Social Citizenship: Social Rights during sickness in eighteen OECD countries since 1930». *American Sociological Review* 54(3): 309-28, 1989.
- Korpi W. *The democratic class struggle*. Routledge Kegan Paul, London, 1983.
- Korpi W., *The working class in welfare capitalism*. Routledge Kegan Paul, London, 1978.
- Lagares M. «Comportamiento del sector público. Perspectivas de una década y planteamiento de futuro». *Papeles de Economía Española* 52/53: 132-166, 1992.
- López G. «Prospectiva 2000: ¿Es previsible la desaceleración del gasto sanitario?». *JANO* 31: 129-35, 1986.
- Luhmann L. «El Estado de Bienestar ¿Un problema teórico y político?». *Estudios Políticos* 3, UNAM, México, 1986.
- Mallow M. «Private sector and the growth on industrialized economies». *Public Choice* 49: 143-54, 1986.
- Meza-Lago C. *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*. Siglo XXI, México, 1986.
- McPherson K, Weinberg J, Hovind OB, Clifford P. «Small area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England and Norway». *New England Journal of Medicine* 307: 1310-14, 1982.
- Ministry of Finance. *Economic Policy, Statement (Supplementary Budget Bill, April 1993)*, Stockholm, 1993.
- Navarro V. «Comentarios sobre el informe de la comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud o Comisión Abril-Martorell». *Quadern CAPS* 16: 125-38, 1991.
- Navarro V. «Why someone countries have National Health Services, others have National Health Insurance and the US has neither?». *International Journal of Health Services* 19(3): 383-409, 1989.
- Navarro V. *Lucha de clases, Estado y medicina*. Nueva Imagen, México, 1984.
- OECD. *Social Expenditure 1960-1990: Problems of growth and control*. OECD, Paris, 1985.
- Olsson H. *Before Social Democracy: the formation of an early social policy discourse in Sweden. Social Policy and Welfare State in Sweden*. 1st. Ed. Lund, Arkiv, 1992.

- Ortun V. *La Economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones*. La Ilar del libre, Barcelona, 1991.
- Pamuk E. «Social class inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and Wales». *Population Studies* 39: 17-31, 1985.
- Preston S, Haines M, Pamuk E. «Effects of industrialization on mortality in developed countries». *Solicited Papers* 2: 233-54, 1981.
- Raymond JL. «Gasto público y crecimiento económico. Un análisis de los efectos del tamaño del sector público en España y en la Europa Comunitaria». *Papeles de Economía Española* 52/53: 180-196, 1992.
- Raymond JL. «Productividad de los factores y expansión del sector público en Europa». *Papeles de Economía Española* 41: 159-171, 1989.
- Saltman R, Von Otter C. «Re-vitalization public health care systems: a proposal for public competition in Sweden». *Health Policy* 7: 21-40, 1987.
- Secretaries of State for Health, *Working for Patients*, HMSO, London, 1989.
- Vagero D, Lundberg O. «Health inequalities in Britain and Sweden». *The Lancet* July 1 (reprint), 1989.
- Weale A. *Political theory and social policy*. McMillan, London, 1983.
- WHO (World Health Organization). *Manual of mortality Analysis*. WHO, Ginebra, 1977.