

Calidad centrada en el ciudadano

Dr. Mario Rovere¹

Agradezco la posibilidad de conversar alrededor de un tema que es sumamente interesante como es el tema de la calidad en salud y como ésta viene dando vueltas en estos días.

Además, en el título de esta charla estamos haciendo un deslizamiento implícito que ha venido apareciendo últimamente, en el tema de cómo nombrar al destinatario de nuestra atención, como preguntamos: ¿calidad centrada en quien?. Este tema de a poco fue pasando de "**paciente**" a "**usuario**" y de "**usuario**" a "**ciudadano**", solamente que en cada pasaje la cosa se complicaba más, de tal manera que el tema que ahora tenemos que conversar se va construyendo sobre la base de dos desafíos: entender por donde va hoy el mundo de la calidad y entender por donde va hoy el mundo de la ciudadanía, de que manera se conectan y de que manera hemos intentado hacernos cargo de un campo que se va abriendo en forma progresiva, qué se ha avanzado y qué queda por profundizar. Éste es más o menos el mapa con el cual yo quiero comenzar esta presentación.

Si mencionamos el concepto de calidad, evidentemente sería difícil decir que es un concepto nuevo. Nosotros sabemos que la preocupación por el tema de la calidad surgió desde el inicio de las prácticas de salud, pero seguramente la necesidad de conceptualizar la calidad adquirió mayor relevancia a medida que entre el prestador del servicio de salud y el beneficiario de dicho servicio empezaron a aparecer intermediaciones. Es decir, cuando el mundo estaba cerrado en la atención de la salud, en el consultorio y en la relación médico-paciente, el tema de la calidad podía operar como implícito. Me parece que es a partir de la construcción de mayores intermediaciones – no por casualidad la preocupación por la calidad ya lleva muchas décadas en EEUU-. En términos generales, tiene que ver con el tema del financiamiento y tiene que ver con la aparición de lo que hoy llamamos técnicamente "terceros pagadores"² que se empiezan a preguntar qué es lo que pagan, de qué manera están transfiriendo recursos en un sentido o en otro.

Cuando el financiamiento y la prestación se desdoblaron, naturalmente aparece una especie de intermediación técnica que es al principio administrativa, pero que, a medida que se va tecnificando, se suma a un cuestionamiento de lo que se da. Ello implica reconocer que una prestación no es lo mismo en cualquier caso, sino que debe contrastarse con un concepto: el de calidad. Es decir, el problema de qué diferencias hay entre una consulta y otra consulta, entre una atención y otra atención, entre una internación y otra internación, entre una prestación y otra.

Si uno compara internacionalmente, en América Latina es muy interesante ver cómo los países en donde la seguridad social ha sido predominantemente identificada como financiadora y no como prestadora son los que han desarrollado mayores esfuerzos en el tema de la calidad y han incluso especializado profesionales de la salud en el campo de la calidad, como por ejemplo el de la *auditoría médica*, que es una especialidad que no muchos países de América Latina tienen, pero sobre todo la tienen aquellos países donde la Seguridad Social está solo identificada como financiadora; de tal manera que se crea una especie de nicho en el mercado laboral que admite la posibilidad de especializar profesionales que ahora ya no prestan atención directa, sino que su tarea principal es controlar lo que hacen otros profesionales, cosa que también tiene que ver con la sobreoferta. Hay algunos países que no podrían darse ese lujo, porque por la situación de cómo están llegando a la cobertura de atención no podrían especializar una parte de sus profesionales en controlar a la otra parte de ellos.

¹ Médico sanitario. Consultor de OPS, docente de la Universidad Nacional de Buenos Aires y del Instituto de la Salud "Juan Lazarte" de la ciudad de Rosario. Ponencia del 8º Congreso de la Salud del Municipio. Rosario. 1998.

² "Tercer pagador": actor que paga al proveedor sin ser el quien recibió la atención (Seguro de salud, fondos de financiación de servicios que no tienen proveedores –Obras Sociales, Empresas de medicina prepaga)

Por una cosa o por la otra el concepto de calidad tiene una larga historia vinculada con ésta noción de auditoría, que hizo circular el concepto ligado a personas concretas, a profesionales concretos. No solamente se sostuvo como sabes, sino también como campo profesional, como campo de trabajo.

El modelo sistémico.

Para los que están familiarizados con el campo no les resultará ajeno saber que el principal proveedor de dispositivos, ideas, concepciones, fue EEUU y, dentro de este país, fundamentalmente algunos autores que han tenido la perspectiva sistémica.

Esta perspectiva impregna todas las lógicas de los modelos de auditoría y la lógica de lo que es la evaluación de *procesos, resultados y estructura*, palabras típicas de la jerga sistémica que generaron algunas formas de evaluación sobre la base de que un paciente o un usuario es procesado a través de un mecanismo de atención, concibiendo la misma como un "procesamiento del paciente". Se intenta estudiar cómo se lo atiende en términos de un proceso, qué resultado surge de esa atención y con qué estructura se lo atiende de tal manera que aparece esta lógica casi como una forma de ordenamiento. Claro que después la práctica completa de la auditoría se empobrece. El empobrecimiento ya no es en realidad la evaluación e las prácticas, sino la evaluación de los registros de las prácticas. Todos sabemos que no es lo mismo y en última instancia, termina en un sistema de *débitos, de facturaciones*. Con ello, esa práctica profesional que tiene un entramado teórico conceptual termina en un sistema de débitos, incluso en un mecanismo de rendimiento decreciente cuando se estructura sobre aquel viejo modelo de: *"decime cuánto te sobrefacturo para saber cuánto me debitas"*.

Esto es para darnos un poco la idea de cómo el sistema recupera su equilibrio y lo que puede en un momento dado ser una intervención de sumo impacto sobre la calidad de atención termina equilibrándose y cerrando cuentas para que todo el mundo pueda comer. En esa perspectiva, el tema de la calidad en Argentina fue empobreciéndose.

El modelo japonés

Hay otro movimiento de la calidad que en términos genéricos no provino del sector salud y esto es en cierta manera a lo que nos vamos a referir. Hay todo un movimiento transversal que atraviesa el mundo de la administración en el tema de la calidad que ha puesto en jaque todos los preconceptos que teníamos sobre la calidad de la atención médica en el modelo sistémico con la noción de auditoría interna, centrado en los mecanismos de calidad internos de la atención de la salud, como expuse previamente.

Quisiera señalar que en el mundo de la administración hay algunos fenómenos emergentes y es así como apareció la **calidad como escuela de gestión**, como escuela administrativa. Es interesante porque no surge de los habituales teóricos de las escuelas administrativas en los EEUU, sino que surge como un marco teórico para reflexionar la súbita emergencia de Japón como país desarrollado. En realidad cuando el fenómeno de Japón como país desarrollado se instala y ya no hay forma de impedir verlo en los EEUU, había que encontrar una explicación. En esa explicación apareció algo que fue absolutamente tranquilizador para los EEUU: los japoneses se habían desarrollado gracias a un dispositivo de un norteamericano. Esta fábula es la que explica la gran emergencia en el sostenimiento de una escuela que no surge del pensamiento administrativo norteamericano.

La anécdota dice que en la posguerra inmediata un aficionado a la administración, Edward Demming estuvo en Japón apoyando y reflexionando junto a los japoneses sobre de qué manera podían reconstruir su país. Probablemente como premio, quizás no a sus ideas pero sí al coraje de ser norteamericano e ir a Japón en la posguerra inmediata, lo cierto es que siempre quedo una gratitud en relación a Demming, a tal punto que dentro de la industria japonesa existe un premio que se llama "Demming". Ello no quiere decir para nada que los japoneses se hayan desarrollado gracias a él, pero sí operó como una especie de símbolo de ese momento de búsqueda, de reconstrucción de un país destruido por la guerra donde se habían tirado dos bombas atómicas.

En este contexto, el fenómeno de la emergencia de una “**escuela de calidad**” surge en la década de los 80 en los EEUU generando un mecanismo bastante trasgresor respecto de la forma como se venían pensando la administración y las organizaciones, y los coloco en jaque porque ya no se trataba de un problema de escuelas teóricas, sino que había un modelo que había que tratar de entender o experimentar.

Lo interesante es ver qué cosas fueron aportando estos enfoques de calidad que se desplazan significativamente con respecto a los conceptos del modelo sistémico, que aun sigue predominando en el sector salud en Argentina.

Voy a utilizar el recurso de la idea de los **deslizamientos**, es decir qué deslizamientos en términos de ejes, que instalaron los autores de los movimientos de calidad, que de alguna manera no estaban siendo tomados en cuenta por la perspectiva sistémica dominante.

Son tres deslizamientos: el primero, es muy interesante y corresponde a Demming. **Él de alguna manera dice que la calidad no está en la evaluación ni en el control, sino en la gestión.** Cuestiona inmediatamente el concepto de la lógica de que debemos crear profesionales de control como garantía de calidad. En la práctica, Demming dice que si usted deposita todo el énfasis y la preocupación en el tema de la evaluación, es demasiado tarde. Es enorme lo que se llama el costo de la no calidad, es decir, lo que sale reparar una cosa que está mal hecha, es mucho más de lo que sale hacer el esfuerzo para hacerla bien. Con lo cual, en el sentido estricto, el problema de la calidad se reinstala en el *proceso del trabajo* y no en la *evaluación del proceso de trabajo*. El punto es la capacidad de instalarlo en la lógica del mismo proceso de trabajo, en la *cultura organizacional*.

La calidad supone un compromiso, asumido por quienes están trabajando, de trabajar bien. O se instala ahí, o no se instala en ningún otro lado. Demming señala en un momento dado, que la calidad en última instancia es el “*orgullo de los trabajadores, la sensación de estar haciendo las cosas bien*”. Aun se prioriza la calidad si debe resentir la productividad, porque el costo de hacerlo mal es muy alto. Traslademos esta idea a la salud y pensemos cual sería el costo de operar la pierna equivocada aunque después venga un auditor y lo debite. No es el débito el problema, el problema es que operaron la pierna equivocada. El costo de la no-calidad en salud atraviesa no solo un problema económico, sino fundamentalmente ético. En consecuencia la lógica, la *enfermedad del productivismo* en los servicios de salud, nos puede llevar a resentir la calidad aun tanto que después terminamos gastando mucho más en corregir lo que hicimos mal que lo que hubiéramos gastado inicialmente en hacer las cosas bien. En consecuencia, en el problema de la calidad, Demming dice que debe estar en la cultura organizacional o en el modelo de gestión de los servicios, o de lo contrario, no hay donde instalarla, porque la calidad es un esfuerzo, una visión, una meta institucional que circula por ahí o no puede circular por ningún otro lado. Esta noción desestructura todo lo que se estaba trabajando en el tema de calidad, hasta ese momento donde el énfasis fundamental estaba puesto en la evaluación de calidad como garantía, como resguardo de calidad.

Hay un segundo deslizamiento que se produce cuando algunos autores notan que la reflexión de Demming esta fundamentalmente centrada en las **organizaciones de producción de bienes** y proponen reflexionar qué es de la calidad en la **producción de servicios**, qué diferencias hay entre las organizaciones que producen servicios y las organizaciones que producen bienes, donde está la naturaleza de la diferencia de uno y otro caso.

Albrecht, por ejemplo, hace una reflexión muy precisa sobre esto. Dice que si uno toma la lógica de la organización productora de bienes cuando hay un bien material, el bien está intermediando la relación entre el que trabaja y el que lo utiliza. Consecuencia: la persona va a opinar sobre la calidad del **producto final del trabajo**. En el caso de los servicios, los servicios se brindan a tiempo real y ponen en contacto al prestador del servicio con el beneficiario del servicio. En consecuencia esta interfase hace que el concepto de calidad para el usuario de un servicio sea simultáneamente una opinión sobre el producto, es decir sobre las consecuencias de haber recibido el servicio, pero también sobre el *proceso* mismo de recibir el servicio.

En definitiva, en una consulta médica yo tengo mi criterio de calidad organizado sobre la base de si fue pertinente o no lo que me recomendaron, recetaron, indicaron, etc., y no solamente sobre el quién me atendió, y eso forma parte de la lógica habitual que nosotros utilizamos para medir la calidad del servicio prestado. Esto no se puede desdoblar en el caso de los servicios de salud, aunque sí en el caso de los bienes. Ustedes saben que existe una fábrica de zapatillas con un costo de más de 100 dólares el par, que se hacen con mano de obra esclava, en lugares que si alguien filmara como se trabaja, automáticamente caería el prestigio de la zapatilla. Este desdoblamiento entre la utilización del producto terminado y el proceso de prestación del servicio no puede hacerse en la lógica de los servicios, porque el que recibe el servicio entra en contacto directo con el que brinda el servicio, es decir, se rompe la opacidad del producto. En última instancia en la producción de bienes, el bien produce una opacidad o separación entre los que trabajan y los que consumen el bien, en el caso de los servicios no. Por el contrario, se produce una transparencia que es la que permite este segundo deslizamiento del que estamos hablando y que dice que en ultima instancia, en las organizaciones productoras de servicios, **la calidad esta en el recurso humano, es el recurso humano**. Si no se invierte en recursos humanos no mejora la calidad nunca. Se pueden agregar elementos en el entorno, mas favorables para ambos, para el que presta y para el que recibe el servicio, pero si aquel no modifica su actitud, la calidad no cambia. Puedo tener un lugar arquitectónicamente espectacular, con trabajadores que ladran, y en consecuencia una cosa no compensa a la otra.

Es por ello que la centralidad esta en el recurso humano. Segundo enorme deslizamiento que recoloca algo que toda la administración clásica había intentado ocultar: **que en las organizaciones trabajan personas. Aunque decirlo pueda parecer absurdo.**

El tercer deslizamiento, un poco más complejo que los anteriores se refiere a las características de **ciertos servicios, muy específicos, como salud y educación.**

¿Qué es lo que pasa en salud y en educación?. Empiezo por educación porque ahí se va a ver mas claro: el que está recibiendo el servicio es el alumno, el proceso de aprendizaje se da en la cabeza del alumno. En sentido estricto no puede darse contra el alumno. Es decir que si el laboratorio del proceso de aprendizaje esta dentro del usuario, en la cabeza del usuario, en el cuerpo del usuario, el tercer gran deslizamiento es que el usuario es coproductor del servicio, no es un simple beneficiario. El proceso de recuperación de la salud esta protagonizado por el paciente. Los que estamos lateralizados en ese proceso somos los trabajadores de la salud. Nuestra practica esta totalmente mediada, por ejemplo por la información que el mismo paciente provee, por sus deseos, y claramente el paciente provee la información que quiere proveer. Nosotros podríamos decir que ser profesionales de la salud es un acto, una actuación. Los profesionales de la salud actuamos como tales, en eso nos pondríamos de acuerdo rápido. Lo que es mas difícil de entender es que los pacientes también actúan; actúan de pacientes porque dicen cosas en un consultorio que no dirían en otros lados. Arman un guión para entrar en un consultorio que esta pre organizado sobre la base de lo que uno imagina que el que lo va a atender quiere escuchar. Pero al mismo tiempo, lo que quiere y no quiere escuchar, lo hemos construido nosotros por las experiencias anteriores. O sea que nosotros les hemos dicho qué es pertinente y qué no lo es de decir en una consulta. Consecuencia: el proceso de producción y la calidad en la atención no pueden ser modificados unilateralmente, deben ser modificados bilateralmente. La calidad, ahora, esta en el contrato implícito que se produce entre el prestador del servicio de salud y el que recibe, pero este a su vez **coproduce** el servicio.

Como se darán cuenta son tres deslizamientos muy intensos porque en este tercer deslizamiento es interesante ver el tema de que la calidad se ha descentrado de la cuestión puramente técnica. HA quedado centrada en otro. Recuerden el titulo de la exposición de "calidad centrada en el ciudadano". Demming lo que diría es: *"cuando es posible involucre o pregunte al usuario"*. ("cuando es posible"): Albrecht diría: *"usted nunca va a descubrir cómo mejorar su servicio sino consulta al usuario."* Pero en el servicio de salud uno diría todavía mas: *"uno no mejora el servicio si no involucra al usuario, es decir si no estructura un nuevo acuerdo, un nuevo contrato de calidad"*. Contrato de calidad que supone entre otras cosas descubrir el problema de la subjetividad. Esto es fundamental porque nosotros los trabajadores

de salud tenemos un problema muy grave para entender la calidad desde esta perspectiva más amplia.

Cuando digo calidad centrada en el usuario, ¿qué es lo que se descentra y qué es lo que se centra?. Es el problema de la recuperación de algo fundamental: **la subjetividad del usuario**. Nosotros, en nuestra formación de grado y postgrados, nos hemos preparado para **objetivizar** al usuario, y en realidad filtramos toda la **información** subjetiva que el usuario podría proveer, considerándola como un "ruido". Ahora resulta que la información que habíamos aprendido a desechar, es información que consideramos como estratégica para producir salud y para mejorar la calidad del servicio que pretendemos prestar. Esto es tan complejo, que no es casualidad que nosotros lo hayamos hecho en nuestra defensa, para no inundarnos con todo lo que significa la materia prima con la que trabajamos, y que son las angustias, las enfermedades, el dolor. Entonces, nosotros aprendimos a desdoblarnos, lo que es útil para no inundarnos con lo que pasa. Pero ese desdoblamiento ha llegado a extremos tan impresionantes, al punto de ser una conspiración contra la calidad de atención. Lo hemos exagerado a tal punto que hoy llega a decirse que para hacerse cargo de este concepto de calidad más intersubjetivo hay una dificultad que proviene desde nuestro propio modelo de formación profesional.

No vale la pena extenderse más en este aspecto, pero sí señalar que esta situación se revela plenamente: cuando un profesional de la salud se enferma. La intensidad con que lo vive, la *violencia simbólica*, que produce ponerse del otro lado del mostrador, el recibir la atención, el ponerse en el lugar del paciente, es quizás un aprendizaje tan intenso o más que el fenómeno de entrevistar a los pacientes. Es literalmente, ponerse en el lugar del paciente. Esto le hace más violencia simbólica que a nadie al personal de la salud, porque sabe qué es lo que está pensando la persona que está del otro lado. De tal manera que no es infrecuente que nosotros apelemos en esta noción de calidad, justamente a este cambio posicional, que inmediatamente instala el problema de la subjetividad. Y ahí, uno descubre el problema del temor, de los fantasmas que se movilizan en la atención, de la importancia de lo que el paciente *crea que tiene*, que a veces tiene más importancia de lo que efectivamente es. En definitiva según lo que uno tiene o lo que uno cree que tiene, es como va a operar en términos de la posibilidad de protagonizar su propia recuperación.

Esto instala en los servicios de salud la necesidad de repensar los dispositivos de nuestras propias profesiones, supone desarrollar nuevos dispositivos capaces de permitir el acceso a la subjetividad ya no como ruido sino como información estratégica para mejorar la calidad.

El concepto de calidad no es absoluto. Habitualmente los modelos industriales, sobre todo en la vieja lógica de lo sistémico o la nueva lógica de las ISO 9000, etc.; nos desplazan casi inmediatamente a la idea de calidad asociado a un *Standard* técnico: si usted logra determinado *Standard* esta en el espacio de la calidad. La verdad es que la calidad representa un concepto comparativo como Roberto Nogueira lo menciona. Y el concepto esta históricamente construido. Nuestra noción de calidad lo que para nosotros hoy es calidad mañana puede no serlo, en la medida que una nueva experiencia resulta mas gratificante, mas pertinente y de alguna manera coloca en el espacio de la "no calidad" la practica que habíamos recibido antes.

Los pacientes aprenden y maduran en términos de calidad y los profesionales aprendemos y maduramos también en términos de calidad. En consecuencia, el concepto de calidad es un objetivo móvil, se desplaza, se mueve y en cierta manera tiene que ver con la formación, la experiencia y con las vivencias de la gente. Así es como se forma el gusto de la calidad en una persona que sabe degustar el vino, me han contado que uno se va haciendo el paladar de ser paciente, de ser atendido, de tener un *Standard*, una forma de atender, etc. Se va haciendo una experiencia y cada vez que vuelve a tener una nueva experiencia la compara con las previas y a partir de eso construye su idea de calidad o no calidad. En consecuencia, quien esté liderando en términos de la mejor calidad, no puede dormirse en los laureles, porque tiene una buena calidad hoy, inmediatamente la semana que viene, ya puede no ser la mejor calidad porque hay otra instancia que está construyendo una respuesta mas pertinente o más adecuada.

Esto tiene que ver entonces con la idea de calidad que produce una falsa sensación de tranquilidad cuando uno lo desplaza al mundo de los *estándares* y mucho más cuando los *estándares* se quedan quietos; en realidad si tuviéramos la facilidad de mover los *estándares*, por lo menos nos ayudaría en ese sentido. Lo más importante es de qué manera nosotros conseguimos la búsqueda preactiva de esa calidad, la actitud o el compromiso de estar permanentemente en busca de esa quimera que es una calidad que uno nunca la tiene del todo porque inmediatamente que uno la tiene se vuelve a desplazar, con lo cual vuelve la lógica de que la calidad esta en la cultura de la organización, evidentemente no puede instalarse en otro lado. Al mismo tiempo genera mecanismos comparativos que dependen de la historia o de la experiencia de los pacientes.

Los pacientes establecen *estándares* basados en su experiencia, por ejemplo, en muchos lugares se percibe que estos recientes nuevos pobres, pacientes de clase media que se vuelcan a los hospitales publico, arrastran sus propios *estándares* de calidad y están forzando al hospital publico a instalarse en un nuevo *estándar*, porque son pacientes más exigentes que los anteriores, arrastran sus expectativas. En algún momento, esta descrito en la Pediatría argentina el fenómeno de la inmigración: después del `73 mucha población chilena pasa al otro lado de la cordillera y el impacto que tuvo la modificación de la práctica pediátrica. Cuando los pediatras querían finalizar la consulta con una revisada superficial, las madres exigían que se desvistiese al niño, se lo pese sin ropa, se lo talle, se lo grafique, etc., y recién ahí decían que había sido atendido. En consecuencia instalaron el *estándar*, fue el usuario el que lo instalo. Lo mismo podría pasar cuando se producen comparaciones de un paciente que recibe una atención, incluso en la misma red, en un Centro de Salud y en el hospital, un centro provincial y uno municipal, o entre los servicios de dos ciudades contiguas. Todo esto va construyendo, va *"afinando el paladar"*, y va generando de alguna forma, pacientes más exigentes.

La pregunta es; ¿nosotros queremos pacientes más exigentes o no?. Inmediatamente podríamos decir *"no, queremos pacientes que se queden en el "molde", no queremos que vengan, porque sino esto no termina nunca"*.

La verdad, es mejor correr al lado y del lado del paciente y mejor aun, ser socios en la *"formación"* de pacientes.

Hoy en día, en EEUU se verifica un hecho que marca la atención, lo que puede ir creciendo como atención de salud en un futuro. En ese país hubo una decisión histórica hace dos años. Ante un intento de la corporación médica de mantener desdoblada la información bibliográfica de salud accesible para el ciudadano de la disponible para los profesionales de la salud, el Congreso dijo: *"acá no hay dos estándares de información, hay uno solo"*. Concretamente la Biblioteca Nacional de Medicina en los EEUU está abierta, en forma real o virtual, para la totalidad de los ciudadanos. Rompió la posibilidad de establecer dos *estándares* de información. Esto, como también ocurre con Internet, no solo afecta a EEUU sino a cualquier país, a condición de que la persona tenga la tecnología de acceder a la información. Consecuencia de esto, en muchos lugares se atiende y los pacientes, sobre todo con enfermedades crónicas, saben de su afección más que el medico que los trata. Llegan a la consulta con listados de 15 o 20 referencias del último año de trabajos científicos, a pedir explicación de por que no se les indico tal o cual medicación o tal o cual práctica.

Hoy la práctica en salud deviene en este tipo de contactos. Esto está resultando en algo que nos parece poco imaginable: hoy **son los pacientes, en algunos lugares, los principales factores para la mejora de la calidad de la atención en salud**. Se está instalando la mejora de la calidad de atención como consecuencia de la exigencia y la formación de los propios pacientes.

El concepto de ciudadanía

Dejo por un momento el tema de la calidad y me desplazo al de ciudadanía porque en este otro espacio se juegan preguntas como: ¿calidad si, calidad no?, ¿Cuál calidad?. Con el concepto de ciudadanía se esta instalando un debate muy fuerte. Hay distintas formas de plantear la ciudadanía. Algunas personas las transfieren automáticamente a la lógica de las **libertades**

políticas, a los derechos políticos y al carácter de ciudadano, tanto que en una democracia es ciudadano aquel que puede ejercer el derecho a voto, puede elegir o ser elegido. En esta lógica de ciudadanía, esta queda reducida al ejercicio de los derechos políticos.

En algunos países se ha empezado a trabajar sobre una segunda instancia, que podría llamarse la segunda generación de derechos, la de los **derechos sociales**.

Los derechos sociales fueron instalados progresivamente en la agenda de la sociedad como consecuencia de la generación del Estado Benefactor. El estado fue construyendo la imagen de los derechos sociales, siendo que en sentido estricto y desde mi perspectiva, el Estado Benefactor no operó fundamentalmente para instalar derechos sociales, sino para instalar una forma de armonía de clases que permitieran neutralizar otras reivindicaciones o el acceso a ciertos bienes por parte de algunos grupos que podían reclamar en forma no precisamente armónica. Pero detrás del Estado Benefactor hay que ver siempre implícito el pacto social: capital-Estado-trabajo, que sustenta la estructura básica de la sociedad.

En cierta manera el Estado Benefactor se organiza fundamentalmente, en la lógica de derechos sin sujetos, no necesariamente construye ciudadanos ni derechos. En realidad desplaza una filantropía individual en una filantropía pública, generando una relación en donde progresivamente en la medida que el que recibe el beneficio no es colocado en situación de deudor, para pasar a sentir que el beneficio lo recibe como consecuencia de un derecho adquirido.

Los derechos sociales se empiezan a generalizar pero como un implícito del Estado Benefactor. Esto determinó en muchos casos que hasta hace pocos años, había mucho Estado Benefactor y poca reflexión sobre derechos sociales. Lo curioso es que la reflexión sobre los derechos sociales no se produce cuando el Estado Benefactor estaba vigente, sino cuando éste comienza a retirarse. Ahí comienza a discutirse si esos derechos eran una donación del Estado y en consecuencia una opción, o si en realidad es una obligación del Estado y en consecuencia un derecho de los ciudadanos.

Este problema es central. En Europa se está discutiendo temas como subsidio de desempleo y se está discutiendo mucho más cuando hay tibios intentos –nada que ver con las barbaridades ocurridas en nuestro país- de morigerar algunos aspectos del Estado Benefactor. Lo cual significa que todo Estado se preocupa por el desempleo, porque si hay desempleo, lo debe soportar él. Cosa totalmente diferente de un país, como el nuestro, que alegremente desestructurar toda su fuerza de trabajo porque *Dios paga*.

Si los derechos sociales empiezan a hacerse visibles sobre la base del retiro del Estado de Bienestar, en este momento se empieza a percibir que los derechos –algunos implícitos y otros explícitos en las Constituciones- no tenían ningún sujeto atrás. Concretamente se suponía que era un pacto de confianza con el Estado. El derecho se sostenía porque el Estado lo iba a sostener como obligación. Cuando se desplaza el contrato de un Estado que antes quería pero no podía, a un Estado que ahora no quiere, en consecuencia se produce un alerta en la ciudadanía.

Consecuencia: el concepto de ciudadanía se empieza a volver activo. En la estructura de derechos sociales la concepción de ciudadanía –sobre todo en la bibliografía brasilera- no es absoluta. No es una cuestión de ser o no ser, sino de grados. La ciudadanía se construye en buena medida sobre la base de que una vez garantizados los derechos políticos, se da la lucha y la pelea por los derechos sociales. **La bibliografía brasilera diría: si usted no tiene acceso a los servicios de salud, es menos ciudadano que el que sí tiene acceso.**

A esto hay que decirlo en el momento en que justamente en la Argentina se han producido múltiples mecanismos de deslizamientos de clientelas, a través de modificaciones en los mecanismos de financiamiento. Y ello hace que hoy existan excluidos absolutos a los servicios de salud. Ya no podemos decir que el sector público compensa a los excluidos. El sector público, en algunos casos, también excluye y esto en algunos lugares se está viviendo como la

sensación irremediable de que algunos se vana quedar afuera. Esto cuestiona profundamente el concepto de ciudadanía.

A partir de esta idea de ciudadanía y a partir de la idea de que se construye con la interacción sólida entre derecho y sujeto, y que ese sujeto no puede ser sólo el Estado, aparece la idea de que el derecho a la salud está instalado en algún **espacio entre la Sociedad y el Estado**. A partir de esta noción, decir "calidad centrada en el ciudadano", resulta más complejo e interesante. Porque la calidad centrada en el ciudadano ya no supone la calidad centrada en solo aquel que accede a los servicios de salud, sino que supone también la calidad centrada en quien no puede acceder a los mismos, la calidad centrada en aquella persona que no pasa la primera puerta, se desestimula antes de empezar o pasa la primera puerta y capta la señal de rechazo.

De la lógica de la accesibilidad a la de precios.

En consecuencia, cuando empezamos a trabajar el tema de calidad centrada en el ciudadano, naturalmente nuestra primera preocupación tenía que venir de afuera a adentro. Es decir, no podíamos mejorar la calidad desde la terapia hacia fuera, teníamos que pensar desde el que no accede hacia adentro. Es por esto que todo el trabajo alrededor de calidad se centró en la primera etapa en la **lógica de la accesibilidad**. ¿Qué formas de accesibilidad se han organizado históricamente en el sector público de salud, como para generar un mecanismo con una lógica que nosotros denominamos **pagar precios**? . Entendiendo por precio el esfuerzo que se le pide al paciente para acceder. No necesariamente un precio económico o en dinero, por ejemplo, podría ser el precio por una cola de espera, un cierto nivel de maltrato, dificultades accesorias. O bien, un precio indirecto: poner un servicio demasiado lejos de la casa del paciente y tener que pagar la movilización. Cuando tenemos gente que viene de otra ciudad para acá, sabemos que recibirá atención gratuita, pero al mismo tiempo, ya ha pagado un precio por llegar.

A estos precios hay que hacerlos **conscientes, visibles**, de lo contrario quedan implícitos como ciertos mecanismos de la organización del centro de salud y uno descubre a veces incluso que muchas "*estructuras de precios*" fueron decididas por el administrativo o por personas que esta en el sector de la admisión, no por una decisión técnica, sino por que les pareció mejor o mas razonable a los que tienen el primer contacto con los usuarios.

Esto nos obliga a analizar la puerta de entrada al servicio de salud. Esto nos obliga a pensar en una palabra muy dura pero real: **el rechazo de personas**. ¿Hay o no rechazo en nuestro centro de salud?. Ahí aparecían las famosas frases de la salud pública que dicen que: "*la mejor forma de no tener problemas de salud es no investigándolo*". Pero cuando uno investiga empieza a aparecer. Y efectivamente hay rechazo. Hay personas que no acceden, que no reciben ninguna atención.

Dentro de la lógica de precios surgió una segunda preocupación: **la cola de espera**. Este elemento apareció como elemento central para entender los precios que paga la gente para acceder al centro de salud. Puede darse que no existan colas, pero en la medida en que no se investiga, el problema no se visualiza.

Se tomó como estándar la hora de llegada del primer paciente; la pregunta era, ¿A qué hora había venido el primer paciente de un consultorio? , y ¿a qué hora fue atendido? Se supone que el primer paciente vino antes que el segundo, y que el tercero y que el cuarto lo cual no siempre es así- cuando uno hace esta investigación, a socializarlo y resulta que los mismos trabajadores de salud que están trabajando no saben lo que se juega en esa atención. Cuando decimos que en los servicios de salud hay un encuentro entre sujetos que hacen una evaluación de la atención que reciben, suponemos que hay atenciones que de repente son de mala calidad, entre otras cosas, por que el paciente lleva cinco horas esperando o tuvo que venir varias veces para obtener un turno. En ese momento, como trabajador de salud, puedo tener mi mejor "*onda*", mi mejor sonrisa, pero inmediatamente se juega todo lo otro y en su apreciación de calidad el paciente va a tener la noción de la totalidad de la atención, no solamente del momento en que se concreto la atención. Esto nos obliga a transparentar todos

los mecanismos que la organización genera para producir aumentos o disminución en la "estructura de precios".

Hay otros elementos más que habría que analizar: de qué manera se hace consistencia con los mensajes: uno dice: "la puerta de entrada al sistema de salud a través del Centro de salud, es una puerta privilegiada". Habría que reformular la pregunta, ¿es realmente privilegiada?, ¿hay mayor acceso a la atención especializada, en el hospital, como consecuencia de haber entrado por el centro de salud o no la hay?. Una cosa es decirlo y otra es verlo.

El otro tema es el de los **turnos programados**. Esto también estructura colas de espera. En consecuencia. ¿Hasta qué punto un turno programado tiene más deserción cuanto más distante está el turno que obtengo del momento que lo pedí? Podemos decir que si damos el turno programado suficientemente tarde el paciente se va a curar solo y probablemente no asista, pero ésa no es la idea.

En la estructuración quizás lo más importante no sea ver el tema de los resultados. Bajo la lógica de que la calidad **es el orgullo del trabajador**, puede ser un orgullo algo miope, si no se incluye la percepción de estas cosas, porque las mismas personas que atienden en los servicios de salud podrían no saber a qué hora vienen sus pacientes a buscar turnos para ser atendidos. Para volver a tener orgullo sobre esto, uno también tiene que operar estas variables, porque esto modifica la calidad de atención.

Más allá de que estos elementos nos problematicen, quiero señalar que significa un lujo en la estructura del sistema de salud público en la Argentina ocuparse de esto. Cuando uno abre esta caja, inmediatamente aparecen problemas. Pero lo real es lo que hoy existe en el sector público argentino, y que es una fenomenal estructura de rechazo en la cual ni siquiera habría condiciones para abrir esta especie de caja de Pandora. En consecuencia todos nos tranquilizamos en la red de servicios de salud atendiendo a personas que efectivamente llegan, sin saber que ése es un héroe que pasó todas las vallas que le habíamos propuesto. Esto es algo que se ha estructurado como algo perverso en el sistema de salud público argentino. Sobre todo porque se siente sobre demandado y decide poner un límite, y cuando uno hace eso deja afuera al que necesariamente tendría que entrar. Cuando uno eventualmente tiene que racionalizar la oferta, es mejor racionalizarla de una manera que tenga lógica de ciudadanía, que sepa que construir ciudadanía se articula con la noción de equidad, que la equidad tiene que ver con darle más a quién más lo necesita y no a quién tiene la capacidad de gritar más fuerte.

En esta lógica, calidad y equidad vuelven a articularse. Al principio la idea de calidad puede aparecer como un concepto de lujo, hasta que uno descubre que diferencias en la calidad puede significar discriminación, distintas categorías de ciudadanía, y el no hacerse cargo instala una barrera en contra del derecho de ciudadanía.

De alguna forma lo que se debe construir es esta idea de calidad en el sector público, la idea de traer la preocupación por la calidad, por la accesibilidad, señalar que la calidad no debe ser un lujo en el sector público. Seguramente no es la calidad de una gran empresa, es una calidad austera, pero recentra la expectativa de la búsqueda de una mejor forma de atención al ciudadano.