

RIBUNA INTRODUCIR TÉCNICAS RACIONALES EN LA PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS MERMA LA EXCELENCIA

La 'McDonalización' de la medicina

El sociólogo estadounidense George Ritzer definió la *McDonaldización* como "el proceso por el que los principios de un restaurante de comida rápida se introducen en la provisión

de servicios". El autor explica que esta tendencia a la uniformidad en la prestación de la atención sanitaria reduce la calidad de la asistencia pública.



ALBERT JOVELL
residente del Foro Español de Pacientes

Usando la teoría de la racionalización de Max Weber, Ritzer visualiza la introducción de técnicas racionales en la producción y el consumo de servicios, por lo que éstos tienden hacia la estandarización y la uniformidad, lo que, según este autor, provoca que disminuya su calidad. Ésta se vería enmascarada por una actividad intensa de publicidad en los medios de comunicación de masas que cambiaría constantemente la imagen de los servicios y productos ofrecidos.

A pesar de que no todo el mundo está de acuerdo con esta teoría, los sistemas sanitarios modernos o más bien postmodernos permitirían, posiblemente, visualizar algunas tendencias potenciales hacia la *McDonaldización* o la llamada *McHealth*. Destacan estas nueve situaciones probables:

- 1.- La masificación podría reemplazar al trato personalizado.
- 2.- La prescripción podría reemplazar al trato humano.
- 3.- El silencio podría reemplazar a la comunicación.
- 4.- El seguimiento de la decisión del prescriptor podría reemplazar al seguimiento del resultado clínico obtenido con el uso apropiado de la prescripción.
- 5.- La preocupación por los costes podría reemplazar a la preocupación por la efectividad clínica y la calidad de la atención sanitaria.
- 6.- Las guías de práctica clínica podrían convertirse en "obligaciones" de práctica clínica o *McGuidelines*.
- 7.- La preocupación por los ciudadanos sanos podría reemplazar la preocupación por los ciudadanos enfermos.
- 8.- El paternalismo de Estado podría reemplazar al paternalismo médico en la relación médico-paciente.
- 9.- La burocracia podría reemplazar a la democracia

Las tendencias citadas, expresadas todas ellas en tiempo condicional, podrían beneficiarse de las diferentes explicaciones. Así, la masificación y la prescripción

como sustitutivas del trato personalizado son dos evidencias insinuadas en diferentes estudios, entre ellos el estudio europeo *The Patient Future*. Las mismas podrían justificar iniciativas como la impulsada por la Plataforma 10 minutos (www.diez-minutos.org). En este sentido, cabe recordar que tan importante es la duración de la visita como la calidad de la misma. El Foro Español de Pacientes está trabajando en estrategias para aumentar la calidad del tiempo de visita médica (www.webpacientes.org).

Explicaciones probables

El estudio antes citado y el *Paciente Oncológico* indicarían los posibles problemas de comunicación en la relación médico-paciente. La calidad de la prescripción debería evaluarse en relación al cumplimiento terapéutico y a la efectividad clínica alcanzada en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades específicas, como son el asma, la hipertensión arterial y la diabetes, así como en la prevención de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, más que en el coste de la prescripción.

En este sentido, las guías de práctica clínica, como su nombre indica, están diseñadas para guiar a los profesionales y a los pacientes sobre cuál puede ser la atención sanitaria más apropiada para el manejo de su condición clínica y, además de las evidencias científicas y económicas, deberían incorporar el juicio clínico y los valores de los pacientes. Las guías son útiles para tratar enfermedades, pero son los médicos los que tratan a los pacientes.

Por otra parte, el uso de estrategias de análisis económico para la toma de decisiones debería quizás tener en cuenta las recientes "marcha atrás" y matizaciones sobre su utilidad expresadas por el National Institute for Clinical Excellence (NICE) británico y el programa público Medicare de los Estados Unidos. Sería bueno beneficiarse de los debates y la experiencia con la que ya cuentan otros países.

Hacer énfasis en las personas sanas y que en las enfermas podría explicar determinadas situaciones como, por ejemplo, que el acertado esfuerzo político en el lar contra el consumo de tabaco no se complementado con la financiación de tratamientos y los centros especializados para atender a las personas afectadas por tabaquismo.

El paternalismo de Estado y la apariencia de las burocracias asociadas son críticos de forma extensa por lo que Max Weber denominó "la racionalización de la vida cotidiana" y Jurgen Habermas definió como "la crisis de legitimación del capitalismo tardío". Ambas podrían compensarse con una mayor participación de los profesionales sanitarios, los ciudadanos sanos y los ciudadanos enfermos en el gobierno de los servicios sanitarios, mediante el impulso de estrategias de participación activa y de democracia deliberativa.

Esta última viene bien sustentada por Amy Gutmann y Dennis Thompson en Estados Unidos y Philip Pettit en Europa. Por cierto, este último autor ha sido popularizado en España por el presidente José Luis Rodríguez Zapatero. Los autores citados otros como el padre de la tercera vía del liberalismo británico, Anthony Giddens y la filósofa Onora O'Neill, ven en la racionalización un importante riesgo de que produzca en los sistemas políticos una crisis de confianza por parte de la ciudadanía.

La promoción a las posiciones de responsabilidad sanitaria de profesionales y funcionarios del sector y con dotes de liderazgo, así como una mejor educación sanitaria de la ciudadanía, sobre todo de los pacientes, podrían ser dos estrategias que incrementaran la confianza de los profesionales y los ciudadanos en los sistemas de salud.

Y es con esta reflexión casi-racional donde se ha de acabar este artículo porque el uso del tiempo condicional reemplaza al presente, agota. Si no se lo cree, pruébelo en su próximo escrito.