

DEMOCRACIA Y SISTEMA SANITARIO

Fco. Javier Elola Somoza

Secretaría General de Asistencia Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo

Establecer una sociedad democrática avanzada y asegurar a todos una digna calidad de vida son objetivos de la Constitución Española de 1978. Las directrices para alcanzar los objetivos mencionados están contenidas en distintos artículos constitucionales, que profundizan en los aspectos sociales y materiales de nuestra democracia. En relación con la salud, el artículo 43 de la norma constitucional reconoce el derecho a su protección, y encomienda a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública.

El desarrollo normativo del derecho constitucional a la protección de la salud, dentro de la economía social de mercado que ampara la Constitución, teóricamente podría haberse inspirado en una concepción más acorde con el liberalismo económico o más cercana a los postulados socialdemócratas que han inspirado la creación de los Servicios Nacionales de Salud en algunos países occidentales desarrollados. Si se quiere: basada en una percepción más individualista o más solidaria del problema¹.

La Ley General de Sanidad, a pesar de su indefinición sobre importantes aspectos de carácter instrumental, se fundamenta en una concepción socialdemócrata del derecho a la protección de la salud, que crea un sistema sanitario público, dirigido inequívocamente hacia el logro de la equidad, con financiación y provisión pública de los servicios — si bien deja abierta la participación de la provisión privada en la financiación pública—, y establece el derecho al acceso a las prestaciones de este sistema en condiciones de igualdad para to-

dos los ciudadanos. El Sistema Nacional de Salud se configura, por tanto, como un sistema sanitario basado en el Estado, en contraposición a los sistemas basados en un mecanismo de mercado². La extensión de la cobertura de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social al conjunto de la población española completa, en el aspecto normativo-formal, un programa de profundización social de nuestra democracia, en lo que al derecho a la protección de la salud se refiere.

Nuestro sistema de salud participa, junto a los sistemas sanitarios de los demás países occidentales desarrollados, de las tres crisis del Estado de Bienestar descritas por Rosanvallon³: legitimidad, eficacia y eficiencia. Esta crisis desborda el marco sectorial de las distintas prestaciones y servicios provistos por el Estado —la sanidad entre ellos—, pues la propia estabilidad de los sistemas democráticos depende no sólo de su legitimación ante los ciudadanos, sino también de su eficacia, ya que en las democracias pluralistas los miembros de la sociedad conceden poder político a la autoridad para conseguir la satisfacción de sus intereses materiales e ideales⁴.

El aumento de la litigación por malpraxis, los certificados de muerte digna, la creciente tendencia a recurrir a las medicinas alternativas, o el descontento con los servicios de salud son algunos de los síntomas de deslegitimación del sistema. La creciente ineficacia de los sistemas sanitarios basados en la asistencia médico-curativa (centrada en el individuo) para prevenir y atender las prevalentes enfermedades degenerativas y crónicas, y la ineficiente pro-

ducción de salud a costos crecientes, completan el cuadro de lo que se ha denominado como la «paradoja de la salud»: progresiva insatisfacción de la población con la propia salud y con el sistema sanitario a pesar de las mejoras objetivas en los niveles de salud⁵.

Los problemas mencionados más arriba son comunes a todos los países occidentales desarrollados, si bien en España están condicionados por el incompleto y tardío desarrollo de los servicios de un Estado de Bienestar que, a diferencia de los sistemas políticos democráticos, era un instrumento más de legitimación y dominio del régimen autoritario previo a la Constitución de 1978. Además, las medidas que se adopten para resolver los diferentes problemas planteados pueden servir para profundizar nuestra democracia en el sistema sanitario o, por el contrario, significar un retroceso en el proceso, resumido anteriormente, de progreso en el terreno sanitario hacia una democracia social.

El análisis de las causas de la crisis de los sistemas sanitarios de los países occidentales desarrollados se centra mayoritariamente en sus aspectos técnicos y está dirigido prioritariamente hacia un debate sobre su eficacia y eficiencia, obviando el sustrato político sobre las que reposan. Además, las diferentes soluciones que se proponen están inspiradas en concepciones políticas diferenciadas, aunque se trate de investir las de un objetivismo técnico. El presente trabajo pretende únicamente aportar una reflexión política acerca de las posibles causas sobre las que se asienta la crisis de los sistemas sanitarios de los países occidentales desarro-

Correspondencia: F. J. Elola. Alcalá, 56. 28014 MADRID.

Este artículo fue recibido el 3 de octubre de 1988 y fue aceptado tras revisión, el 28 de marzo de 1989.

llados, y señalar algunas de las posibles vías de solución desde la perspectiva de la profundización en nuestra democracia.

El sustrato político de las causas de la crisis de los sistemas sanitarios

Los análisis políticos de las causas sobre las que reposa la crisis de los sistemas sanitarios de los países occidentales desarrollados pueden dividirse, esquemáticamente, en las dos opciones ideológicas tradicionales: liberal y materialista. Frente a ellas creo que es posible utilizar elementos de la teoría crítica de Jürgen Habermas⁶ para analizar sus posibles aplicaciones a la interpretación de esta crisis y tratar de explorar algunas de las posibles vías de solución.

Los análisis *materialistas* explican en la forma de producción capitalista, generadora de una desigual e injusta estructura social, la crisis de los sistemas sanitarios de los países occidentales desarrollados, los cuales son concebidos como un instrumento más para la reproducción del sistema capitalista⁷. Es posible que esta explicación sea satisfactoria para muchos de los aspectos implicados en el problema. Sin embargo, al dar como determinadas la naturaleza y las funciones del sistema sanitario por la distribución del poder en las sociedades capitalistas, el análisis materialista restringe teóricamente las posibilidades de democratización de los sistemas sanitarios en el seno de las democracias pluralistas occidentales, y limita la eficacia de utilizar al sistema sanitario como instrumento de profundización de la democracia.

Las distintas éticas englobadas en la ideología *liberal* han sido analizadas por Mooney y otros autores, en cuanto a su aplicación al sistema sanitario se refiere⁸⁻¹⁰. Estas distintas éticas pueden clasificarse, de forma esquemática, en: —el *neoliberalismo*, basado en la habilitación de cada individuo para poseer lo que tiene, a través del libre concurso de las fuerzas de mercado y con respeto a las reglas de Derecho. En este marco no se justifica la intervención del Estado: «La libertad de un hombre en salud es la traba de otro en impuestos y primas de seguro»¹¹;

—el *utilitarismo*, basado en la maximización del beneficio social con los recursos disponibles;

—la teoría del *maximin*, o la *teoría de la justicia de Rawls* —ampliamente reflejada en los trabajos del programa 2000 del PSOE—, cuyo objetivo es maximizar la posición más desfavorecida; —el *igualitarismo* es más próximo a la teoría marxista de sociedad, mientras que las teorías citadas en segundo y tercer lugar están más cercanas al pensamiento liberal clásico (capitalista o socialdemócrata), con sus distintas teorías de la «justa» distribución, y con mayor o menor énfasis en la elección individual. El neoliberalismo, por último, es una nueva lectura del darwinismo social.

El análisis liberal no pone en cuestión las bases políticas sobre las que se han desarrollado los sistemas sanitarios de los países occidentales. No obstante, se debe mencionar que, como señala Evans, si se desea garantizar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, los sistemas sanitarios «redistributivos» —equitativos— (objetivo que trata de alcanzar nuestro Sistema Nacional de Salud) son más eficientes que aquellos pretendidamente basados en un mecanismo de «mercado», pues la financiación pública universal necesariamente implica control de costos¹².

Mientras que la opción *socialdemócrata*, principal sustentadora de los sistemas sanitarios basados en la equidad, está sometida a un importante proceso de revisión (el Programa 2000 del PSOE es un intento institucionalizado de este proceso en España), como consecuencia, en parte, de la propia crisis del Estado del Bienestar, la ideología conservadora neoliberal ha logrado articular un discurso político hegemónico en los países occidentales desarrollados. El discurso de la derecha política está basado principalmente en la asunción individual del riesgo¹¹, así como en la crítica al «exceso de democracia» e «igualitarismo», que supuestamente causa un sobrepeso en los sistemas políticos occidentales. Esta supuesta sobrecarga igualitarista se podría resumir en la frase de Huntington entresacada de su informe a la Comisión Trilateral

en 1977: «La fuerza del ideal democrático plantea un problema para la gobernabilidad de la democracia»¹³. De esta forma la ofensiva conservadora trata, en el contexto de la crisis, de disolver el potencial subversivo de la articulación entre liberalismo y democracia¹⁴.

A pesar de las notables ventajas que tienen los sistemas sanitarios redistributivos sobre aquellos basados en el mercado¹², la defensa socialdemócrata de un sistema sanitario basado en la equidad no se ha articulado en un discurso político hegemónico, al carecer de elementos suficientes de crítica radical a la situación actual. Un ejemplo de la dificultad de articulación de un discurso progresista en relación con los sistemas sanitarios de los países occidentales desarrollados puede ser la maniquea identificación, en el debate sanitario nacional, entre defensores de la potenciación de la «salud pública» (promoción, educación y prevención) = progresistas vs asistencia médico-curativa = conservadores. Obviamente, la defensa, sin más connotaciones, de la salud pública, puede responder, o no, a las necesidades e intereses de la población. Levin ha señalado los riesgos de tecnocratización e industrialización de la promoción de la salud en los países occidentales, que podría llegar a convertir la salud en una verdadera «enfermedad»¹⁵, lo que significaría la multiplicación de los instrumentos y mecanismos de subordinación de los ciudadanos a un complejo científico-técnico/industrial determinado.

Sistema sanitario y radicalización de la democracia

La teoría crítica de Habermas proporciona un instrumento conceptual para la radicalización de la democracia desde el sistema sanitario. Probablemente no exista en la vida cotidiana un mejor ejemplo que los sistemas sanitarios en cuanto a «despolitización de la masa de la población» y el «desarrollo de una conciencia tecnocrática», la cual sirve como «ideología» para impedir la tematización de los fundamentos sobre los cuales está organizada la vida social¹⁶.

Illich, en su *Némesis Médica*, y otros más¹⁷, han señalado que la medicalización en nuestras sociedades («medicalización de la vida») y la «expropiación» de la salud tienen un carácter político. La disminución del poder efectivo de la llamada clase médica sobre el sistema sanitario está siendo compensada por el aumento de poder de otros tecnócratas sanitarios: gestores y administradores. Sin embargo, la participación de los ciudadanos en los procesos políticos de formación de la voluntad (democracia material) en relación con la salud, o dentro del sistema sanitario, es prácticamente nula.

Habermas considera la repolitización del espacio de la opinión pública como la tendencia potencialmente más crítica de la sociedad capitalista contemporánea¹⁸. La repolitización de la opinión pública, en lo que al sistema sanitario se refiere, podría fomentarse desde su propia crisis. La burocratización y, en gran medida, materialización (monetarización) de ámbitos nucleares del mundo de la vida, resultante de la extensión de la red de relaciones del Estado social sobre los ámbitos privados de la vida¹⁹, de acuerdo con el análisis de Habermas, puede ser el proceso básico de progresiva deslegitimación de los sistemas sanitarios.

Para abordar el problema de la burocratización, el pensamiento conservador enfatiza, como se ha señalado, los aspectos de autoasistencia y riesgo individual. Por el contrario, no existe obstáculo alguno para que un proceso de desburocratización del sistema sanitario se acompañe de una mayor responsabilización de la comunidad, a través de sus instituciones y formas organizativas, en la gestión y evaluación del sistema sanitario y en la provisión de cuidados. Para ello se deberían superar, entre otros, dos problemas: por una parte, habría que modificar los esquemas de financiación, de tal forma que se crearan incentivos para la eficiente utilización, por la comunidad, de los recursos disponibles; por otra parte, sería preciso que la población dispusiera de la información necesaria para la correcta toma de decisiones.

Asimismo, la crisis de racionalidad (de eficacia y de eficiencia) de los sistemas

sanitarios, es posible que pueda ser utilizada para alcanzar una participación más efectiva de los ciudadanos en el proceso de toma de decisiones. La necesidad de poner límites a las prestaciones suministradas por los sistemas sanitarios debería servir para repolitizar el significado de salud y tematizar para la opinión pública aspectos que se basan en juicios de valor, y que en la actualidad están secuestrados por el aparato tecnocrático. Un ejemplo de este problema es la respuesta generada desde la tecnocracia sanitaria al fenómeno de envejecimiento progresivo de la población, en el sentido de la sobrecarga que supondrá este proceso para los servicios médicos. Sommers, por el contrario, enfatiza que el problema del envejecimiento puede ser afrontado adecuadamente mediante políticas preventivas, mayor atención al derecho a una muerte digna y prestando interés a la calidad y no sólo a la duración de la vida²⁰: es muy probable que una opinión pública «repolitizada», que haya estudiado este problema con toda la información disponible, desarrolle soluciones muy distintas a las generadas por la burocracia y el aparato industrial sanitario.

Desde el seno del sistema sanitario norteamericano ya ha surgido (de forma todavía poco elaborada) la necesidad de hacer accesible toda la información disponible sobre la eficacia y eficiencia de los procedimientos médicos a todos los ciudadanos, es decir, democratizar la información²¹. Esta es una premisa esencial para que la opinión pública explicita los juicios de valor sobre los cuales basar el funcionamiento del sistema sanitario, así como para que calcule las ventajas e inconvenientes de la medicina.

Conclusiones

No se pretende en este trabajo encontrar soluciones a los múltiples problemas que aquejan a los sistemas sanitarios de los países occidentales desarrollados, enmarcados en la crisis del Estado del Bienestar. Se apunta una reflexión acerca de las causas principa-

les sobre las que puede asentar la crisis, y perfilar algunas de sus posibles soluciones. Frente a la ofensiva conservadora neoliberal es posible articular una salida progresista a la crisis. Los trabajos de Habermas facilitan la comprensión de los problemas actuales de nuestra sociedad, y es posible utilizar este conocimiento para trabajar en el seno de nuestra democracia, para profundizar en ella. La desburocratización del sistema sanitario y una correlativa mayor implicación de la comunidad en la gestión y provisión de los servicios y la democratización de la información y destecnocratización de los juicios de valor sobre los que basa su funcionamiento la práctica médica y el sistema sanitario pueden ser primeros e importantes pasos para alcanzar un sistema sanitario en el seno de una democracia avanzada, es decir, democrático, tanto socialmente (accesible a todos), como materialmente (con la participación crítica de todos).

Bibliografía

1. Donabedian D. Social responsibility for personal health services: an examination of basic values. *Inquiry* 1971; 8: 3-19.
2. Mooney G. *Economics, medicine and health care*. Brighton: Wheatsheaf Books, 1986: 142.
3. Rosanvallon P. *Les trois crises de l'état-providence aujourd'hui*. 1982, 57: 29-40.
4. Lipset. *Political Sociology*, citado por Linz JJ en *La quiebra de las democracias*. Madrid: Alianza, 1987: 42 y 44.
5. Barsky AJ. The paradox of health. *N Eng J Med* 1988; 318: 414-8.
6. McCarthy T. *La teoría crítica de Jürgen Habermas*. Madrid: Tecnos, 1987.
7. Navarro V. Clase, poder político y el Estado: sus implicaciones para la medicina. En: *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Crítica, 1978.
8. Mooney G. What does equity in health mean? *Wld Hlth Statist Qualit* 1987; 40: 296-303.
9. Legrand J. *Equidad, salud y atención sanitaria*. VIII Jornadas de Economía de la Salud. Las Palmas, 25 a 27 de mayo, 1988.
10. Pereira J. *La interpretación económica de equidad en salud y asistencia sanitaria*. VIII Jornadas de Economía de la Salud. Las Palmas, 25 a 27 de mayo, 1988.
11. Knowles, ex presidente de la Fundación Rockefeller (1977), citado por Jones K, Moon G en *Health, disease and society*. London: RKP, 1987: 342.
12. Evans RG. Public health Insurance: the collective purchase of individual care. *Health Policy* 1987; 7: 115-34.
13. S. Huntington, Informe a la Comisión Trilateral en 1975, citado por Laclau E y Moufle Ch, en *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radi-*

calización de la democracia. Madrid: S. XXI, 1987: 186.

14. *Op. cit.* 13: 197.

15. Levin L. La salud: enfermedad definitiva. En: *Health promotion: concepts and principles. A selection of papers presented at the Working Group on Concepts and Principles*. Copenhagen, 9-13 julio 1984.

16. Habermas J. *Ciencia y técnica como «ideología»*. Madrid: Tecnos, 1986.

17. Además de Navarro V. (*op. cit.* 7); Illich I. *Némesis Médica*. Barcelona: Barral, 1975; Mc Kweon. *The role of medicine: dream, mirage, or nemesis*. Oxford: Blackwell, 1979; Doyal L. *The political economy of health*. London: Pluto Press, 1979.

18. *Op. cit.* 6: 443.

19. Habermas J. La teoría de la acción comunicativa. 1981, citado por Mc Carthy (*op. cit.* 6: 476).

20. Sommers AR. Ageing in the 21st century: projections, personal preferences, public policies—a consumer view. *Health Policy* 1988; 9: 49-58.

21. Ellwood PM. Outcomes management. A Technology of patient experience. *N Eng J Med* 1988; 318: 1549-56.

