



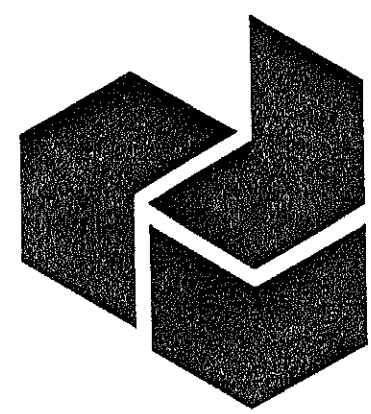
II JORNADAS DE ECONOMIA DE LA SALUD
OSASUN EKONOMIAREN II. EKINALDIAK

OSASUN POLITIKAREN EKONOMIA
ECONOMIA DE LA POLITICA SANTARIA



OSASUN POLITIKAREN EKONOMIA

ECONOMIA DE LA POLITICA SANTARIA



II JORNADAS DE ECONOMIA DE LA SALUD

OSASUN EKONOMIAREN II. EKINALDIAK

EUSKO JAURLARITZAREN ARGITALPEN-ZERBITZU NAGUSIA
SERVICIO CENTRAL DE PUBLICACIONES DEL GOBIERNO VASCO
DEPARTAMENTO DE LA PRESIDENCIA



OSASUNKETA ETA GIZARTE
SEGURANTZARAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y SEGURIDAD SOCIAL

INDICE

	Página
PRESENTACION	9
Palabras del Consejero de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco	13
Palabras del Viceconsejero de S.S., Estudios y Administración	17
I - INTRODUCCION	
PONENCIA:	
“Economía y Política Sanitaria”, Gavin Mooney	25
COMUNICACION:	
“Modelo demográfico y modelos de gastos sociales”, Isidro Antuñano	45
II - ORGANIZACION Y FINANCIACION	
PONENCIA:	
“Debate sector público vs. mercado”, Juan M. Cabasés ...	59
COMUNICACIONES:	
“El mercado de sangre. Una perspectiva económica” Juan Fdez. de Castro y Fernando Esteve	83
“Necesidad y demanda sanitaria”, Joan J. Artells	97
PONENCIA:	
“Los enfoques del poder y de la competencia en el análisis de los sistemas de salud”, Félix Lobo	133
COMUNICACION:	
“El consumo de asistencia hospitalaria según la forma de pago” Pedro J. Saturno	147
III - EQUIDAD	
PONENCIA:	
“Notas sobre equidad y salud”, M ^a Angeles Durán	179
COMUNICACIONES:	
“Impacto de la redistribución de la renta vía gasto sanitario”, E. Gavilanes y C. Cabetas	193
“Eficiencia e Equidade no Sistema de Saúde português”, Antonio Correia do Campos	211

© EUSKO JAURLARITZAREN ARGITALPEN-ZERBITZU NAGUSIA
SERVICIO CENTRAL DE PUBLICACIONES DEL GOBIERNO VASCO
DEPARTAMENTO DE LA PRESIDENCIA

I.S.B.N.: 84-500-7676-5
LEGEZKO GORDAILU: BI-1456-82
Euskadin inprimatua
ESTUDIOS GRAFICOS - P. Larramendi, 2 - BILBAO

PONENCIA

NOTAS SOBRE EQUIDAD Y SALUD

María Angeles Durán

Universidad Autónoma de Madrid

INTRODUCCION

Cuando los organizadores de las II Jornadas de Economía de la Salud (Bilbao, 3-5 diciembre 1981) me pidieron una ponencia sobre el tema de «Equidad y Salud», estaban en realidad pidiéndome algo que desde hace algún tiempo deseaba hacer. Se trataba de exponer de modo sistemático una reflexión sobre este tema, de modo que pudiera servir de marco para posteriores discusiones y debates, al mismo tiempo que sugiriese futuras líneas de investigación en el área de la economía de la salud. Nada más grato, pues, que aceptar su propuesta.

He tratado de que la ponencia plantee problemas que necesitan más de la elaboración teórica que de nuevas investigaciones empíricas, no tanto porque crea que estas últimas no son necesarias sino porque el papel que en esta ocasión se me ha asignado (y que he aceptado muy gustosamente) es el de ocuparme de las primeras. De ahí que en su forma, buena parte de mi intervención se presente bajo el signo de las interrogaciones. Si alguna de estas interrogaciones ahora planteadas es asumida por los investigadores participantes en las Jornadas y sirve para que en los próximos años dispongamos de una mejor respuesta para ella de la que ahora tenemos, mi objetivo se habrá alcanzado plenamente.

1.—SOBRE EL CONCEPTO DE EQUIDAD

1.1.—El concepto de equidad

El primer problema que se nos plantea es la definición de equidad. Etimológicamente, el término equidad viene del latín «aequitas» y éste a su vez de «aequus», igual. Para Aristóteles, lo equitativo era sinónimo de lo justo y la «epikeya» es la justicia aplicada a cada caso concreto, aun cuando no coincidiera con lo justo legal o lo justo según la ley. En cuanto a la aequitas romana, cabe diferenciar tres periodos: el preclásico (desde la fundación de Roma hasta el siglo I antes de Cristo), en el que aequitas equivale a aequilitas o igualdad; el clásico (siglo I a. C. hasta el siglo I d. C.), en el que tiene el mismo sentido que la epikeya aristotélica, y el postclásico (siglo II d. C. hasta la muerte de Justiniano), en el que la aequitas se convierte en piedad, en benignidad por encima de las exigencias legales.

En el derecho anglosajón, la «equity» era administrada por un tribunal diferente del que administraba el derecho común, precisamente creado para las situaciones en que por ausencia o manifiesta inadecuación de la ley, la aplicación de ésta se hubiera tomado injusta. En la actualidad, el concepto de equidad está incorporado al derecho internacional y supone el reconocimiento de que existe una posición natural, independiente de la justicia legal,

por lo que incluso puede oponerse al derecho positivo.

Objetivamente, la equidad se define como lo que pide ontológicamente la igualdad de las personas, en tanto que bien necesario para ellas.

1.2.—Equidad y legalidad

Tanto en la legislación como en los ideales éticos, las tres interpretaciones de la equidad han dejado una huella visible, que llega hasta nuestros días. No hay que andar demasiado lejos para encontrar en la teoría del mercado el viejo sustrato ético de la aequitas preclásica: la equidad se respeta si se respeta la reciprocidad; tanto se da, tanto se recibe; tanto se tiene, tanto se puede comprar. Es la equidad de la correspondencia perfecta.

Tampoco faltan los intentos superadores de la equidad de correspondencia, en los que se afirman, incluso en el plano legal, los derechos constitutivos de la persona. Entre estos derechos aparece el derecho a la vida y el derecho a la salud es la continuación lógica de este derecho fundamental. ¿Hay que reconocer el derecho a la salud como uno de esos derechos que pide ontológicamente la igualdad de la persona y que están por tanto encima de lo que en cada momento permita el derecho positivo o la «justicia legal»? ¿Será un derecho de la persona (y por tanto estará cada uno capacitado para exigir que se le reconozca) o una simple extensión no exigible de la piedad cristiana, de la bondad que desborda la estricta justicia y se extiende en la generosidad, en la caridad?

De estas tres interpretaciones de la equidad hay rastros en nuestro sistema sanitario. No sólo reflejan su formación histórica sino concepciones todavía en vigor en distintos sectores sociales, que orientan en la práctica de modo diferente la política sanitaria.

1.3.—De la perspectiva individualista de la equidad a la perspectiva social

El siglo XIX y el siglo XX han traído a la interpretación de la equidad una nueva dimensión: es el tránsito desde la dimensión individualista de la equidad a la equidad en las relaciones sociales; es el paso de la justicia en las relaciones de persona a persona a la dimensión de colectiva y pública de la equidad. Ya no interesa tanto la relación de individuo a individuo cuanto la génesis o la posibilidad de creación de unas condiciones equitativas de relación entre grupos y colectividades. En definitiva, se trata de buscar la implantación de la equidad en la estructura social.

2.—DESIGUALDAD Y SALUD. PERSPECTIVAS DE ANALISIS

2.1.—La desigualdad natural y la desigualdad social

En la investigación actual sobre desigualdad y salud hay tres marcos teóricos que dan origen a líneas de investigación completamente distintas en relación con la salud.

La primera es la problemática de la *desigualdad natural frente a la desigualdad social*: es la naturaleza frente a la sociedad en la interpretación de la salud, la enfermedad y la muerte. Hay una línea de investigación en biosociología que parte de la «naturalidad» de la distinta resistencia de los seres humanos ante la enfermedad y el sufrimiento en virtud de características «naturales» tales como la raza, el sexo, la edad, etc. Sin embargo, vale la pena llamar la atención sobre el riesgo que entraña la utilización en la práctica social de la idea de la «naturalidad» de la enfermedad.

En España, la interpretación causal-social de la enfermedad no está todavía generalizada entre la población. En el «Informe sobre morbilidad, mortalidad y condición socioeconómica en España», de 1980 (1), las interpretaciones de la enfermedad de tipo azarista, teleológico o fatalista se revelaron tan importantes como las interpretaciones de tipo fiscalista, ambientalista o social. Ni el constante progreso de las condiciones higiénicas y culturales, ni las continuadas campañas de educación sanitaria han podido modificar las interpretaciones de tipo azarista o fatalista que han calado profundamente en el inconsciente colectivo o la cultura de la sociedad española.

En la encuesta de referencia, ante la pregunta «¿Por qué cree que ha enfermado? ¿Cuál cree que es la causa de las enfermedades?», un sector muy importante de la población respondió que: «la enfermedad no tiene ninguna causa», «la enfermedad la manda Dios» o «era mi destino». Esto es el colectivo social con el que tenemos que contar para pensar en una planificación sanitaria en España. En el refranero castellano abundan las referencias a este tema («casamiento y mortaja, del cielo bajan») para dar a entender que la salud y la muerte son ajenas a las disposiciones de los hombres y hay una parte importante de la población, especialmente en zonas rurales, entre personas de edad avanzada, entre mujeres y entre personas con un bajo nivel de estudios, que siguen destacando como causa principal de la enfermedad, el azar o una relación de tipo sobrenatural.

(1) Este informe fue promovido por el Instituto de Estudios de Sanidad y Seguridad Social en 1980 y se realizó bajo mi dirección. Consta de 2.000 páginas. Sus conclusiones están basadas en una encuesta nacional de dos mil casos con ciento cincuenta puntos de muestreo. Puede consultarse en el citado Instituto. En esta ponencia lo utilizaré a menudo como texto de referencia y a él remito al lector que desee conocer los resultados de la encuesta con mayor detalle.

2.2.—La enfermedad como causa de desigualdad social

En segundo lugar, otro marco posible de investigación es la enfermedad como causa de desigualdad social. En este caso la variable que tiene capacidad de explicar es la enfermedad y no al contrario; existe desigualdad social porque hay personas sanas y porque hay personas enfermas. Las personas sanas son las que ascienden, las que tienen una productividad alta en el trabajo; son las que consiguen el éxito social. Los enfermos, los débiles, son los que descienden, son los que no consiguen salir de la pobreza, los que se mantienen en la marginación.

No hay que olvidar que todavía para gran parte de nuestra población la enfermedad está vista como un castigo y como una expiación. Cuando se pregunta «¿Por qué cree usted que están enfermos?», sigue siendo también una explicación importante la de que han cometido excesos o es consecuencia de vicios de sus padres: Es, en definitiva, una interpretación expiatoria o culpabilizadora de la enfermedad. Entre las familias entrevistadas en profundidad aparece el temor a ser culpabilizadas por el agente observador y a veces se sienten responsables, en un sentido casi pecaminoso, de haber contraído la enfermedad o de que la hayan contraído sus familiares.

2.3.—La enfermedad como consecuencia de la desigualdad social

Por fin, en el tercer marco interpretativo la enfermedad y la falta de salud se consideran consecuencia de la desigualdad social. Si hiciésemos un estudio (en España es difícil hacerlo) sobre el nivel de estudios o sobre la clase social a la que pueden adscribirse los muertos, encontraríamos que hay tasas de mortalidad diferentes en función del nivel de estudios. Por ejemplo, los pocos estudios que se han hecho sobre mortalidad infantil gitana, hacen patente que hay tasas de mortalidad distintas en España en función de cada clase social (2).

3.—EL SISTEMA SOCIAL GLOBAL Y EL SUBSISTEMA SANITARIO

3.1.—La producción social de los hombres y de las cosas

¿Por qué la desigualdad social genera formas distintas de enfermedad?

En una reunión de expertos de las Naciones Unidas, que tuvo lugar en Brighton en 1978, llegaron a una conclusión que me parece fundamental (3).

(2) Esta asociación entre pobreza y muerte no es nueva. Gonzalo Anes, Domínguez Ortiz y Tuñón de Lara, entre otros, la han hecho constar en sus estudios históricos.

(3) Vid. UNESCO: «Rapport final de la réunion d'experts sur l'application du critère d'équité en matière d'analyse et de planification du développement», Brighton, Royaume Uni, 11-15 Sept. 1978.

Concluyeron que los estudios de tipo descriptivo que se basan en la simple descripción de las desigualdades, son bastante estériles. No interesa demasiado saber si en virtud del nivel de estudios aparece una propensión equis, o dos veces equis, a contraer una enfermedad determinada o a sufrir una carencia concreta. Los estudios meramente descriptivos y que pretenden no rebasar este nivel de conocimiento, nos despistan, nos apartan de lo que es verdaderamente importante, que es el estudio de las variables estructurantes; lo que realmente importa conocer no son las variables que llamaríamos resultantes, sino las variables estructurantes. De ahí su propuesta a favor de la «investigación-acción» frente a la investigación supuestamente «pura». Pero, ¿cuáles son las condiciones estructurales de una sociedad desigual que genera enfermedad, que genera una atención sanitaria deficiente y desigual?

Los hombres, los seres humanos, se producen socialmente. No hay una producción natural del ser humano sino una producción social y son las condiciones sociales de producción del ser humano, las condiciones sociales de producción de su salud, las que en definitiva explican su nivel de salud. Estas condiciones pueden estudiarse al margen del sistema general productivo, del sistema general de ordenación de la convivencia, pero creo que es inútil intentar una comprensión de las condiciones desiguales básicas de génesis de la desigualdad. Esta reunión de expertos a la que antes me refería acababa su informe aconsejando estudios de tipo multicausal, porque las relaciones de dominación y las relaciones de explotación son múltiples y no pueden diseñarse atendiendo a un solo factor.

3.2.—La producción y apropiación de los servicios de cuidado de la salud

¿Cuáles son en este momento en España las causas de tipo más genérico en la aparición de desigualdad en el tratamiento de la salud?

Con la transición de la sociedad de patrimonios a la sociedad de rentas, ha aparecido un concepto de la salud como concepto económico, en cuanto que mantener la salud propia o de la generación próxima, o de los trabajadores asalariados, es en definitiva un problema económico. Invertir en salud es una inversión que puede ser más o menos rentable, y éste es exactamente el problema. ¿Es rentable invertir en salud? ¿Quién decide si es rentable o no? ¿Es el individuo que después va a tener salud quien lo puede decidir, o son otros quienes deciden por él?

Paralelamente a la conversión de la salud en un bien que afecta directamente al valor de cambio de cada vida humana (a través de la cesión o autoexplotación de la fuerza de trabajo), ha surgido una industria de la salud que es un poderoso sector económico con intereses propios. La salud igual que la enfermedad, se convierte en una magnitud económica en la que cobra

importancia la dimensión temporal. Cada sujeto económico, sea individuo, familia, empresa, comunidad local, institución o sistema económico global, incluye la salud en sus cálculos de riesgos y beneficios. De modo más o menos consciente se atribuyen «valores», se cuantifica la relación entre gastos e ingresos y se establecen inversiones a corto, medio y largo plazo, que van desde la modesta inversión en descanso de la empleada de limpieza «por horas», hasta las gigantescas inversiones en edificios por parte de las instituciones sanitarias. En esta «economización» de la salud, los débiles o marginados económicamente quedan fuera de juego.

El cuidado de la salud es ya una parte fundamental de la organización del Estado benefactor, hasta el punto de que una de las formas principales de desigualdad en relación a la salud es (frente a la primitiva desigualdad en el acceso a los servicios médicos), la desigualdad en el control de la tecnóstroctura sanitaria en la participación de su gestión y en la apropiación de los beneficios (puestos de trabajo, rentas, etc.) creados por el propio sistema sanitario.

4.—LAS BASES DE LA SALUD. LA DESIGUALDAD EN EL ACCESO A LOS BIENES BÁSICOS

El sistema sanitario no es más que un pequeño subsistema dentro del sistema social y global y las condiciones básicas de salud están fuera de lo que habitualmente entendemos por sistema sanitario. Enumero algunas muy brevemente.

En primer lugar, la desigualdad en la alimentación. En España hay desigualdad social en la cantidad, en la calidad y en la regularidad. En segundo lugar, la desigualdad en la vivienda. Todos los estudios que se han hecho sobre zonas que no tienen viviendas adecuadas señalan que la falta de espacio, la falta de salubridad, la falta de confort, la distancia (que genera estrés y cansancio adicional) al centro de trabajo, son elementos tan importantes para la prevención de la enfermedad como las vacunas u otros cuidados sanitarios. En tercer lugar hay desigualdad en la cultura. Cultura que se manifiesta en la dimensión específica de la cultura sanitaria y en las actitudes en materia preventiva. Por ejemplo, según el Informe de referencia, existe en amplias capas de la población una actitud de rechazo total a la medicina preventiva ginecológica, por entender que si una mujer no está sufriendo graves trastornos ginecológicos no tiene derecho a ir a un médico. Al médico no puede ir a menos que esté expuesta a desangrarse o tenga un tumor muy evidente, y esto lo piensan todavía capas importantes de la población de edad avanzada que vive en zonas rurales y que tiene un nivel de estudios muy bajo; igual se opina, por ejemplo, respecto a los cuidados de tipo estomatológico, a las vacunas

respecto a los niños, etc. En definitiva, la igualdad o desigualdad en el orden cultural se refleja inmediatamente en unas actitudes distintas ante el consumo (incluso aunque sea gratuito), de cuidados sanitarios. En cuarto lugar, la desigualdad en las condiciones de trabajo. Toda una línea de investigación está abierta aquí. ¿Qué relación hay entre salud y condiciones de trabajo de la población sometida a situaciones especialmente duras (por ejemplo, emigrantes, trabajadores en condiciones de trabajo pesado, peligroso, forzoso, etc.)?

Por fin, la desigualdad en las condiciones ambientales. Algunos estudios recientes han planteado con enorme crudeza el problema de la situación ambiental en algunas localidades y regiones españolas (por ejemplo, en Avilés). Es un problema genérico, pero en general son las clases más bajas quienes sufren con mayor agudeza los problemas de falta de alcantarillado, de polución atmosférica, de ruido, de insalubridad en las aguas, etc. Aunque hay algunas zonas de España en las que todos, pobres y ricos, las sufren, en general las clases más altas tienen la posibilidad de escaparse, al menos parcialmente, a residencias que no estén en las zonas contaminadas o solventan con recursos propios la deficiencia de los recursos colectivos.

No voy a entrar ahora en los efectos de la desigualdad de patrimonio y de renta en el acceso a los servicios sanitarios a través del mercado, porque hay numerosas referencias a ello en otras ponencias. Pero sí querría referirme a la desigualdad de poder en el acceso a los servicios sanitarios. Ni siquiera el hecho de la gratuidad de los servicios garantizan la igualdad, la equidad en el uso de los servicios. Por ejemplo, en el Informe sobre «Morbilidad, mortalidad y condición socioeconómica en España» quedó patente, sobre todo a través de las entrevistas en profundidad, que hay más facilidad para usar correctamente de los servicios no onerosos de la Seguridad Social por parte de los sectores que tienen un nivel de estudios más alto, ya que tienen una mayor familiaridad con el medio médico y saben desenvolverse mejor en el trato con las instituciones burocráticas. O sea, que ni siquiera la gratuidad de los servicios elimina las barreras del diferencial de poder de los que son buena prueba precisamente los problemas de mercado paralelos de influencia que han aparecido en los países socialistas donde se ha impuesto plenamente una medicina colectivizada.

5.—LA DESIGUALDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN SANITARIA INSTITUCIONAL

¿Dónde se manifiesta la desigualdad dentro del proceso de atención sanitaria institucional? (4). Se manifiesta en primer lugar, en el riesgo de contraer

(4) Para cuando esta ponencia se publique, tal vez hayan aparecido ya dos trabajos míos sobre desigualdad social y salud en España. Uno de ellos, *Igualdad y desigualdad en los orígenes de la vida*, aparecerá en el libro colectivo sobre «La Familia», editado por R. Conde, que publicará próximamente el Centro de Investigaciones Sociológicas. El otro, todavía inédito, se titula *Clase social y enfermedad* (Una ilustración: La desigualdad social ante la asistencia sanitaria institucional.)

enfermedades, porque la situación ambiental y la higiene es muy deficiente en algunos estratos sociales. En segundo lugar se manifiesta en la desigualdad en el tratamiento preventivo, debido en parte a las diferentes actitudes respecto a la medicina preventiva en función del nivel de estudios, la edad y la clase social. En tercer lugar se manifiesta en la desigualdad ante el diagnóstico (por ejemplo, en los tiempos de espera, en tiempos de dedicación en la asistencia sanitaria, en recursos empleados para hacer el diagnóstico, en posibilidad de elección de nuevos diagnósticos en el supuesto de que el paciente no esté conforme con el primero, etc.). Este punto está documentado con evidencia empírica por la encuesta de referencia, así como por otros muchos estudios promovidos por distintas entidades en lugares y con objetivos muy diferentes. Sin duda, resultará difícil de aceptar para el propio sistema sanitario institucional ya que le afecta más directamente que los dos aspectos anteriores, pero la documentación sobre este punto es consistente y abundante. En cuarto lugar, la desigualdad en el tratamiento. En este aspecto, la encuesta de referencia aportó un dato muy interesante: *el número de visitas al médico en España se ha hecho ya igual para todas las clases sociales*. Sin duda es una conquista de la extensión de la medicina a la práctica totalidad de la población. Pero ¿quiere esto decir que se ha alcanzado plenamente el nivel de igualdad, la equidad? No; a partir de cierto nivel de igualdad general, la abundancia de visitas médicas se transforman en indicador de que el paciente tiene que ir demasiadas veces al médico. Comienza a convertirse no en síntoma de una buena asistencia, de una asistencia abierta realmente gratuita, sino de una asistencia que le cuesta al paciente más tiempo, más cantidad de visitas y de molestias innecesarias.

También hay una desigualdad en la rehabilitación y en los servicios paramédicos institucionales (por ejemplo, en la posibilidad de usar camas individuales en los sanatorios, visitas, etc., etc.).

Hay desigualdad en el acceso y uso de los sistemas institucionales y gratuitos de cuidado de la salud, y hay también una desigualdad en el tratamiento dentro de los centros institucionales de la salud.

Con todo, como decía al principio, las desigualdades no son máximas en el ámbito institucional del cuidado de la salud, sino en las condiciones previas que derivan de la desigualdad en el sistema social global.

6.—LA DESIGUALDAD EN EL SISTEMA NO INSTITUCIONAL DE CUIDADO DE LA SALUD

6.1. La interacción entre sistema institucional y no institucional en el cuidado de la salud

El sistema sanitario se ocupa del cuidado muy cualificado de la salud, pero no incide directamente sobre el resto del tratamiento. Aún suponiendo que hubiera un sistema universal de seguridad social o cualquier otro sistema de cobertura del riesgo de contraer enfermedades que fuera absolutamente igualitario en cuanto al tratamiento institucional, todavía faltaría por resolver la desigualdad en el tratamiento no institucional del cuidado de la salud, que como antes señalaba afecta a la higiene, a la prevención y al tratamiento de la enfermedad antes de que el médico tenga siquiera la posibilidad de definirla como enfermedad. Solamente con un cambio social de carácter más amplio, puede incidirse sobre esta situación. Sirve relativamente de poco el cambio en el sector sanitario si no se cambian todos los demás elementos de la vida social que están vinculados con él.

La encuesta de referencia permite saber que el porcentaje de horas que una persona pasa bajo la vigilancia médica directa, respecto al total de horas que se encuentra mal al cabo del año es muy pequeño. Además, la utilización de los servicios sanitarios no significa que el sistema doméstico deje de prestar servicios al enfermo: le acompaña a las consultas, se encarga de administrar las medicinas, atiende a su alimentación, limpieza, descanso y cuidado, hace las gestiones encaminadas a seguir obteniendo tratamiento sanitario institucional, etc.

¿Quién decide pasar del sistema comunitario o doméstico del cuidado de la salud, al sistema sanitario institucional? Este punto de contacto, de cruce, entre las dos estructuras del cuidado de la salud, la institucional y la no institucional, depende entre otras cosas del coste que para cada sujeto o para la familia de cada sujeto, suponga el paso del cuidado gratuito (auto-cuidado o cuidado por familiares o amigos) de la salud al cuidado institucional. Esta decisión es en buena parte una decisión económica, incluso si se trata de cuidados no directamente onerosos y depende, por tanto, al menos parcialmente, de la posición social del enfermo dentro de su propia familia. Pensemos, por ejemplo, en el efecto de la variable «coste en tiempo». Para una persona que trabaja por cuenta propia y necesite trabajar durante seis o siete horas diarias para alcanzar el nivel de subsistencia (el ejemplo más sencillo sería el de los trabajadores a destajo a domicilio, o el de las empleadas «por horas» para la limpieza), la asistencia a una consulta médica puede suponerle fácilmente que los días de consulta (tiempo de desplazamiento, espera, reconocimiento, compra y administración de los fármacos) sus ingresos no alcancen el mínimo de subsistencia. Su situación será muy diferente si tiene el salario asegurado con relativa independencia de su rendimiento o si el sistema de prestaciones económicas por enfermedad fuese realmente equiparable al de ingresos por trabajo. Esta es una línea de investigación sobre equidad y salud en la que espero que aparezcan nuevas aportaciones en los próximos años, ya que no sólo la clase social sino el estilo de vida y de trabajo, la zona de residencia

del enfermo y otras muchas variables tienen sobre ello una incidencia importante.

6.2.—El pago del cuidado de la salud

El tratamiento de la salud se realiza básicamente en el sector doméstico. Sin embargo, la mayoría de los estudios a los que nos estamos refiriendo son estudios sobre la industria farmacéutica, sobre el coste de la Seguridad Social, sobre las instituciones hospitalarias, etc. (5). En definitiva, se refieren casi todas ellas a la economía del sector exterior, del sector no doméstico, aunque donde se produzca la mayor parte del cuidado de la salud y del cuidado de las condiciones básicas del cuidado de la salud, sea en el sector doméstico.

Por ello querría llamar la atención sobre la importancia económica del cuidado de la salud en el sector doméstico. Esto no quiere decir que esté sugiriendo como fórmula de ahorro la medicina así llamada comunitaria, porque en muchos casos lo que se encuentra por debajo (aunque no expresamente) del énfasis y de la apoteosis de la medicina comunitaria es un intento de trasladar el coste (que se ha hecho demasiado alto en la medicina tecnificada) sobre los hombros de quienes no pueden evitarlo, es decir, de las mujeres, de los viejos y de los niños, que son quienes prestan de hecho la atención a todas las personas cuyo tratamiento es demasiado costoso a precios de mercado, o quienes son marginados de este tratamiento.

Un breve ejercicio de imaginación económica ilustrará lo que quiero decir. Supongamos que tenemos que calcular el «coste de una enfermedad común, por ejemplo, una gripe de un niño de siete años que habitualmente va al colegio y que precisa de un reconocimiento médico, algunas medicinas y vigilancia y cuidados genéricos durante los cuatro días que dure la enfermedad. Llegaremos a resultados *monetarios* completamente diferentes según sea el marco social de referencia adoptado, pero esta diferencia *monetaria* encubrirá una más profunda igualdad económica en los supuestos que vamos a considerar.

En el supuesto A, toda la asistencia se presta a través del sistema sanitario institucional. En el supuesto B, toda la asistencia se presta por el sistema doméstico, suponiéndose que un adulto anteriormente asalariado deja su empleo para atender al niño (8 horas diarias) y el resto del tiempo lo quita a sus otras actividades cotidianas. En el supuesto C, ningún adulto de la familia abandona su trabajo ni resta dedicación al resto de sus actividades cotidianas, pero contrata a alguien para que se ocupe de esta tarea. En el supuesto D, se traslada todo el cuidado a la actividad doméstica cotidiana.

(5) Vid. la interesante comunicación de P. J. Sainza, *El consumo de asistencia hospitalaria según la forma de pago*, presentada en estas mismas jornadas de Economía de la Salud.

En el supuesto A, el coste puede estimarse, muy simplificado, en 40.400 pesetas (4 días \times 10.000 ptas/días de la clínica + 400 ptas. de fármacos). En el supuesto B, el cálculo es difícil ya que el precio del trabajo del adulto en cuestión puede variar sensiblemente según su grado de cualificación (por ejemplo, según se trate de un/una dentista o empleada de la limpieza), y su coste puede asumirlo la propia familia o trasladárselo a la unidad de trabajo. Podemos estimarlo entre 11.000 pesetas (10.000 de lucro cesante, 400 de medicinas y 600 de consulta) y 61.000 pesetas. En el supuesto C, puede estimarse en 39.000 pesetas (40 horas de cuidados diurnos a 250 ptas/hora + 56 horas de cuidado nocturno a 500 ptas/hora, más consulta y fármacos). En el supuesto D, el coste aparente es sólo de 900 pesetas, ya que se supone que hay alguien permanente «disponible» en el sistema doméstico, pero esta «disponibilidad» se consigue mediante la exclusión permanente de un adulto del sistema productivo exterior.

Como vemos, las diferencias monetarias van de 900 a 60.000 pesetas, según el marco social de referencia elegido, pero estas diferencias son más ficticias que reales.

También quiero referirme a algunos aspectos de la salud que habitualmente se descuidan. Mientras suelen resaltarse los costes sanitarios (por ejemplo, médicos, farmacéuticos, de internamiento, etc.) se dedica, en cambio, muy poca atención a algunos elementos económicos fundamentales como son el coste de la atención global al enfermo. Un enfermo, incluso cuando está en una institución sanitaria del sistema sanitario institucional, necesita alimentación, limpieza, atención de residencia, aplicación de tratamiento, vigilancia, etc. Todas estas partidas suman una cantidad muy importante que no es estrictamente médica.

También creo que merece la atención de los economistas de la salud el problema del lucro cesante en los casos de enfermedad. ¿Quién paga el lucro cesante? Hasta ahora el lucro cesante lo pagan en unos casos exclusivamente los trabajadores, en otros casos casi exclusivamente las empresas, en otros casos los familiares, en otros casos casi exclusivamente las empresas, etc.; pienso que es una línea de investigación que está ahí para seguir adelante con ella, lo mismo que el coste de sustitución. ¿Quién paga el coste de sustituir al trabajador enfermo? Que yo sepa nadie se ha ocupado del coste de sustitución de los trabajadores que no pertenecen al sector exterior; en concreto, del coste de sustitución de las amas de casa. ¿Qué mecanismos genera la economía española para sustituir a las amas de casa cuando están enfermas? Algunos médicos que están siguiendo el tema del síndrome tóxico, confesaban recientemente que reciben una fuerte presión social para que las amas de casa sean dadas de alta aun cuando ellos consideran que técnicamente todavía no lo están, porque como el trabajador asalariado tiene una relativa defensa para seguir subsistiendo, puesto que ya se ha previsto institucionalmente la necesidad de sustituirle en caso de enfer-

medad, para sustituir a las amas de casa no hay previsto ningún sistema económico.

Finalmente, otro tema que sugiero para futuras líneas de investigación, es la valoración relativa del costo de la enfermedad según niveles de renta. Frente al optimismo de quienes creen que cada cual es el mejor evaluador de su propio bienestar, quiero llamar la atención justamente sobre el fenómeno contrario: la frecuencia con la que aquellos que tienen la máxima necesidad de recibir tratamiento sanitario, son no-conscientes de esta necesidad. Quizá no debía de llamarnos la atención esta no-consciencia, ya que toda la literatura (política, sociológica o social) sobre la explotación viene diciendo desde hace siglos, que no hay ninguna correlación necesaria entre situación de explotación, situación de necesidad y consciencia de esa necesidad y que alguien tiene que encargarse de crear esa consciencia.

¿Cuáles son los efectos económicos de la enfermedad en función del origen de las rentas del enfermo, en función del sistema de asistencia sanitaria utilizada por el enfermo? ¿Cómo se produce la «expulsión» de unos sistemas hacia otros en función del tipo de enfermedad y el agotamiento del patrimonio familiar o las rentas? ¿Cómo afecta la enfermedad a los patrimonios y rentas familiares?

Para despedirme, quiero retomar las conclusiones de aquella reunión de expertos de la UNESCO a la que antes me refería, en la que se preguntaban cuál debe ser el papel del investigador social. Creo que aquí todos podemos considerarnos como investigadores económicos, o como investigadores sociales, y por mi parte asumo como propia la sugerencia de esta comisión de la UNESCO.

Así que ésta es mi última pregunta para el debate: ¿Están los economistas, sociólogos, médicos y otros profesionales de la salud en condiciones de participar en el cambio social y, en particular, en el cambio del sistema sanitario?

IMPACTO DE LA REDISTRIBUCION DE LA RENTA VIA GASTOS SANITARIOS

Carmen Cabetas
Enrique C. Gavilanes

Instituto de Estudios
de Sanidad y Seguridad Social