

6

CUADERNOS Y DEBATES

6 CUADERNOS Y DEBATES

EL FUTURO

DE LA SALUD

Jesús M. de Miguel
Francisco Javier Yuste
María Angeles Durán

CENTRO DE ESTUDIOS
CONSTITUCIONALES

CUADERNOS Y DEBATES

EL FUTURO DE LA SALUD

**Jesús M. de Miguel
Francisco Javier Yuste
María Angeles Durán**

**CENTRO DE ESTUDIOS CONSTITUCIONALES
MADRID 1988**

INDICE

| | Páginas |
|--|---------|
| Presentación | 9 |
| Jesús M. de Miguel. I. <i>La visión teórica</i> | 13 |
| La crisis de la salud | 17 |
| Críticas al sistema sanitario | 23 |
| Desigualdades sociosanitarias | 29 |
| Teorías y datos recientes | 35 |
| Necesidades de la población | 51 |
| Bibliografía | 63 |
| Francisco Javier Yuste. II. <i>La visión sanitaria</i> | 69 |
| Introducción | 71 |
| I. Perspectiva histórica | 73 |
| II. El concepto de salud | 75 |
| III. La crítica ecológica | 77 |
| IV. La promoción de la salud | 79 |
| V. La salud pública, ciencia política | 81 |
| VI. La salud para todos en el año 2000 | 83 |
| VII. Seguros sociales obligatorios. Seguridad Social. El Instituto Nacional de la Salud | 85 |
| VIII. Los hospitales | 93 |
| IX. Las lecciones de la economía de la salud | 95 |
| X. Los cuidados de enfermería | 97 |
| XI. Las desigualdades sanitarias | 99 |
| XII. El círculo vicioso sanitario del subdesarrollo | 101 |
| XIII. Los recursos hospitalarios españoles. La Ley 70/30 | 103 |
| XIV. Divergencias: ¿faltan camas o sobran médicos? | 105 |
| XV. Los médicos y la salud de los españoles | 107 |
| Bibliografía | 115 |
| María Angeles Durán. III. <i>La mediación invisible: de las utopías sociales a los programas políticos en materia de salud. Visión sociológica</i> | 117 |
| A modo de introducción | 119 |
| I. La estructura invisible | 121 |
| II. La tarea del investigador y del político | 125 |
| III. Salud para todos: un objetivo político y un programa constitucional con los pies de barro | 129 |
| IV. En busca de la transparencia: aportaciones empíricas para el estudio del sistema global de cuidados de la salud en España | 133 |
| V. Más allá de la salud: las fronteras de la vida y de la muerte en el próximo futuro | 139 |
| Colaboradores | 145 |

Reservados todos los derechos
 © Centro de Estudios Constitucionales
 ISBN: 84-259-0781-0
 Depósito legal: M-21739-1988
 NIPO: 005-88-018-6
 Imprime: Artes Gráficas Fernández, S. A.
 c/. Oudrid, 11 - 28039 Madrid
 Impreso en España
 Printed in Spain

**III. LA MEDIACION INVISIBLE:
De las utopías sociales a los programas
políticos en materia de salud.
VISION SOCIOLOGICA**

María Angeles Durán

A MODO DE INTRODUCCION

Cuando una escritura se inicia con intención de presentarla a debate, su planteamiento y desarrollo sigue un ritmo y derrotero diferente de los escritos habituales, en que el marco de referencia es el anónimo oyente o lector.

En este caso leí hace meses los textos de las intervenciones de Jesús DE MIGUEL y de Javier YUSTE, lo que equivale a una doble lectura cruzada del primero a través de los comentarios del segundo. Con ser ambos textos considerablemente largos, no encontré sin embargo en ellos motivo de debate, si por debate se entiende la disensión de fondo o profunda disincidencia con sus puntos de partida. Podría objetar a la presentación de Jesús DE MIGUEL lo mismo que YUSTE ha descrito ya como su «estilo provocador, sugestivo, chocante ...», en el que a veces la brillantez del discurso empaña la fundamentación de lo afirmado, que aparece como no demostrado» (YUSTE, *op. cit.*, p. 1), y añadir a esta crítica la de una superabundancia de sugerencias, un barroquismo expositivo —y un recurso al refranero español y a las frases hechas en inglés— que diluye excesivamente las líneas de su argumentación. Pero éstas son críticas de forma, como algunas otras que podrían formularse con rigorismo académico, y éste no es el lugar ni el momento para perder el tiempo con críticas de minucias cuando en lo fundamental se está de acuerdo.

Creo que un debate sobre el futuro de la salud, y más aún cuando se plantea en el contexto de un Centro de Estudios Constitucionales, tiene que arrancar de un punto de partida explícito sobre algunas ideas básicas: salud y enfermedad, derechos y obligaciones, individuos y Estado.

Desde la perspectiva política, el ciudadano enfermo plantea una situación difícil y teóricamente interesante: se afirma como titular de derechos individuales (en primer lugar, el derecho a buscar la salud, a ser curado y cuidado) que nadie discute, pero no es en absoluto evidente o claro frente a quién pueda afirmar estos derechos suyos y las correspondientes obligaciones ajenas. ¿Corresponde solamente a sí mismo la responsabilidad sobre su salud y su cura y cuidado? ¿Corresponde exclusivamente al Estado omnipresente y benefactor?

Lo que desde el punto de vista de la teoría política hace distinto al enfermo de los demás ciudadanos es que la enfermedad le despoja, en cierto modo, y temporalmente, de todas sus obligaciones, por lo que se quiebra el sustrato de reciprocidad en sus relaciones con todos los demás sujetos políticos. Y es esta ruptura de la reciprocidad lo que convierte en ambigua y confusa su situación política y legal. Son «los otros» quienes temporalmente asumen su representación. «Los otros» toman decisiones y responsabilidades que afectan a su conducta y situación futura, o asumen responsabilidades sobre situaciones que resultan de acciones previas en las que el parecer del enfermo pudo ser frontalmente opuesto al de quienes ahora le interpretan o deciden por él.

Además de las posiciones ideológicas de individualismo o estatismo extremo, cabe toda una gama de posiciones ideológicas intermedias en las que se gradúa el peso relativo del individuo y el Estado o se hace intervenir a otras instancias intermedias: las comunidades locales, la familia, los centros productivos, los sindicatos, el sistema sanitario institucional o las instituciones filantrópicas y caritativas. En las democracias occidentales se ha producido una constante evolución hacia la individualización del sujeto político, que goza cada vez de mayor independencia en el ejercicio de sus derechos respecto a las entidades o grupos que pudieran interponerse entre él y el Estado. Pero, del mismo modo que el desempleo, la enfermedad priva de hecho al enfermo de la posibilidad de sobrevivir por sí mismo, al margen de esas instancias intermedias de las que —en pura teoría política— es independiente.

A mi modo de ver, las intervenciones de J. DE MIGUEL y de F. J. YUSTE han vinculado excesivamente el futuro de la salud al futuro del sistema sanitario. No se me oculta que tildar de excesivamente «sanitaristas» a dos autores que probablemente ocupan los primeros escalones en el escalafón de expertos «no sanitaristas» en temas de salud en España puede resultar paradójico: pero esta paradoja sólo da la medida de la distancia, casi insalvable, entre los puntos de vista de los expertos y el de los ciudadanos de a pie en lo que al cuidado de su salud se refiere. Permítaseme, pues, que consuma mi tiempo concentrándome en este punto, cerrando el abanico de temas para ganar en profundidad lo que pudiera perder en cobertura. Así que no será de la *cura* a través del diagnóstico y tratamiento desde el sistema sanitario institucional de lo que me ocupe, sino del presente y futuro de la *prevención* de la enfermedad a través de un estilo de vida socialmente construido y del *cuidado* de los que no pueden atenderse por sí mismos, dentro de una *estructura social* cuyos rasgos básicos deben dejar de considerarse *naturales* o *dados* para realizar el *análisis sociológico y político de sus costes implícitos y de sus posibilidades de cambio*.

I. LA ESTRUCTURA INVISIBLE

Entre los valores y aspiraciones individuales y los logros colectivos se extiende una larga cadena de mediaciones. Las políticas de salud son programas colectivos de acción encaminados a convertir el sueño común de los ciudadanos (la salud para todos, el pleno bienestar físico y mental de cada uno) en un objetivo político garantizado por el Estado. Pero tanto los valores y aspiraciones individuales como los objetivos y promesas garantizadas por la Constitución nacen y se asientan en una estructura social que pone el límite de sus recursos y de sus posibilidades. Lo que quiero destacar es que por debajo de las redes formales de relación política se extiende una estructura más profunda, invisible habitualmente a los ojos del político y del legislador, que a fuerza de vivir inmersos en ella han llegado a olvidarla, si no es a preferir decididamente su ocultamiento.

Entre los valores prioritarios de los españoles la salud ocupa el primer puesto. Por ejemplo, en dos encuestas nacionales recientes se menciona la salud en primer lugar como factor de felicidad o como valor prioritario (1), y también se menciona en primer lugar entre los factores que los españoles valorarán más en el próximo futuro. Se sitúan los valores relativos a la salud por encima, aunque próximos a los relativos a familia, amor, dinero y bienestar; muy por delante de religión y mucho más aún de los referidos a la vida política. El cuerpo y su condición sigue siendo la medida de todas las cosas.

Pero: ¿qué camino sigue la aspiración a la salud/felicidad, desde el sueño utópico de cada ciudadano de a pie hasta los lugares de poder

(1) Por ejemplo, en el estudio número 1.444 del C.I.S. (sobre muestra nacional de población adulta, 1984), entre los factores de felicidad mencionados, la salud ocupa el primer lugar (57 % de referencias), por delante del bienestar y la familia, y también es el factor que más se cita entre los que «los españoles valorarán más dentro de cinco años» (57 %). En la Encuesta sobre Desigualdad Familiar y Doméstica (DURÁN: *De Puertas Adentro*, 1987) la salud aparece también como el valor prioritario para hombres y mujeres, con una puntuación próxima a 10 (9,9), por encima de familia (9,7), amor (9,2) y dinero (8,4).

donde se toman las decisiones políticas para la construcción colectiva de esta utopía?

Los valores individuales son la base en que se asientan las aspiraciones y decisiones en materia de salud. En el otro extremo de la cadena se articulan los programas políticos. Entre unos y otros, el engarce lo proporcionan los grupos e instituciones intermedias, cuya intervención es de decisiva importancia en el deterioro o mejora de la salud colectiva; y los grupos e instituciones intermedias en materia de salud han sido definidos en un paradigma hasta ahora dominante (el paradigma dominante es el que señala en cada momento *lo que hay que observar, lo que hay que medir, lo que hay que interpretar*) como grupos e instituciones sanitarias, político-administrativas y económico-sindicales.

Sin embargo, lo que trataré de señalar en esta intervención es la relevancia del ámbito privado y cotidiano (¿es que acaso la adscripción a lo privado no es fundamentalmente una premisa política?) en el cuidado de la salud, y el significado económico (y, por tanto, político) de su invisibilidad en los programas sanitarios.

Para ello pediré un pequeño esfuerzo al lector: primero, que cambie su hábito de razonamiento económico y sustituya la idea del «dinero» como unidad de cálculo para su cómputo de recursos o bienes por la del «tiempo disponible para usos alternativos». En segundo lugar, que asuma como punto de partida para la discusión posterior estas dos imágenes gráficas que resumen en una mirada todo mi posterior razonamiento. La una (gráfica núm. 1) sintetiza la imagen de la estructura productiva de la sociedad española, y la otra (gráfica núm. 2), la dualidad de sistemas en el cuidado global de la salud. Aunque ambas son simplificaciones, resuelven bien los problemas teóricos y políticos que me preocupan: el de la existencia de una estructura oculta y el de la vinculación y proporciones entre la estructura visible o institucional (la convencionalmente estudiada) y la estructura invisible o doméstica (cuya existencia y cambios deberán asumir los investigadores y políticos que opten realmente por el «bienestar colectivo»).

El cambio de perspectiva, de la visión «institucionalista» a la visión «globalista» de la sociedad española pone de relieve la vulnerabilidad o falta de consistencia de ideas tan pródigamente utilizadas como Democracia, Derechos individuales, Estado, Representación, etc. Al resaltar la existencia de un fuerte contingente de sujetos individuales —en su mayoría mujeres— que reciben la obligación estructuralmente adscrita de actuar como «sujetos intermedios» entre el Estado y el resto de los ciudadanos en materia de salud, surge forzosamente la duda de si esos sujetos estructuralmente obligados a cumplir funciones intermedias no

estarán siendo abusados y mermados de facto en sus capacidades y derechos individuales por quienes construyen las políticas colectivas, dando por descontado que seguirán indefinidamente asumiendo estas «obligaciones» que se hacen recaer, sin siquiera mención explícita, sobre ellos y ellas.

II. LA TAREA DEL INVESTIGADOR Y DEL POLITICO

La sociedad española se asienta en sus bases materiales de existencia. Sin afirmar ningún tipo de determinismo —porque también un cambio en los valores puede modificar la organización económica—, sí quiero resaltar que no existe posibilidad real de cambio cultural o político si a corto plazo no se produce un ajuste o eliminación de las contradicciones entre el ámbito productivo y el de las ideas, creencias, valores y aspiraciones.

Lo novedoso, aunque dicho ya de otras maneras por la propia Organización Mundial de la Salud (2), será la consideración de la economía no institucional como parte integrante y fundamental de la economía española. Para el investigador, la tarea es dificultosa y consiste fundamentalmente en lograr una nueva visión de conjunto de la estructura social, creando en consecuencia un conjunto de nuevos conceptos e indicadores. Para el político tampoco es sencilla la tarea, porque tendrá que asumir la representación de los grupos menos organizados y combativos políticamente frente a otros colectivos pujantes y decididos a imponer sus exigencias sobre las necesidades ajenas. Los largos y recientes conflictos en el sector sanitario han puesto de relieve ante la opinión pública el carácter mercantil (cambio de tiempo de trabajo por dinero) del cuidado de la salud, tanto en la llamada medicina privada como en la medicina pública.

Frente a este carácter mercantil de las instituciones sanitarias, el carácter no-mercantil y no-contractual del resto del sistema global de cuidados de la salud se ha hecho especialmente patente.

Tanto o más que en el mercado y en las empresas, la sociedad española depende del funcionamiento y organización de unos ocho millones de pequeñas unidades productivas que son los hogares, sometidos a la racionalidad económica (como cualquier otro grupo u organización social), aunque no al *ethos* capitalista. Tras la transición de la

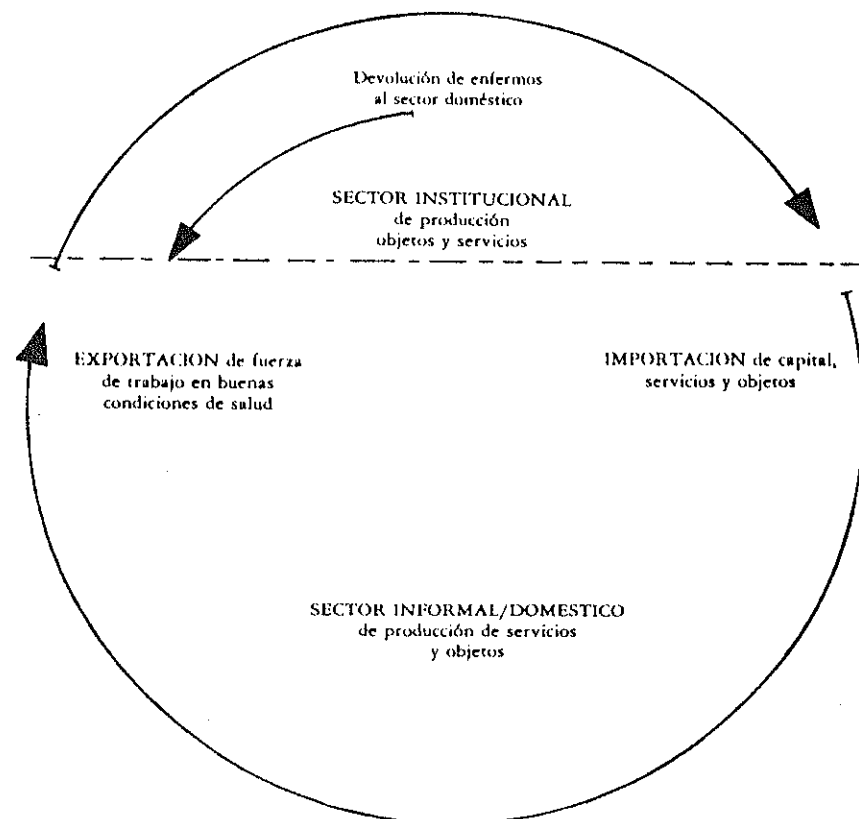
(2) «On the Concept and Principles of Health Promotion». *Health Promotion*, vol. 1, núm. 1, may 1986, Pub. by Oxford University Press, pp. 73-74.

sociedad de patrimonios a la sociedad de rentas, la mayoría de estos ocho millones de unidades económicas han perdido su tradicional función de productores de objetos, pero mantienen y han acrecentado su función económica de producción de servicios y gestión de los recursos colectivos de capital y trabajo. Contra lo que pudiera suponerse, los servicios (o sea, los tiempos de trabajo no acumulables en *stock* ni exportables) requeridos en estas unidades para la producción directa o indirecta de salud (higiene corporal y del hogar, nutrición, vigilancia para prevención de accidentes y enfermedades, ejercicio, regulación térmica del hogar, gestión de la atención sanitaria, complementación de la atención sanitaria, etc.) son cada vez mayores y el tipo de demandas y las personas en quienes recae la demanda de estas prestaciones se ha modificado considerablemente en una generación y sigue evolucionando a ritmo rápido.

El gráfico número 1 refleja esta interpretación globalista de la sociedad española. La mayor parte de la población pasa la mayor parte de sus horas durante la mayor parte de su vida en el ámbito privado o doméstico. Sin embargo, casi la totalidad de la investigación y de la legislación está focalizada en ese reducido —aunque muy visible— ámbito de las instituciones. La mayor parte de los cuidados de la salud (los niños, los viejos) tienen lugar en los extremos del ciclo de vida, que transcurre mayoritariamente en el ámbito doméstico. Los incapacitados no llegan —en su inmensa mayoría— a abandonarlo nunca, y los que están incorporados a la estructura productiva son devueltos al casi exclusivo cuidado del hogar cuando contraen enfermedades, sufren accidentes, caen en dependencias que les incapacitan para la vida institucional o alcanzan una edad en la que el riesgo de incapacitación es elevado.

GRAFICO NUMERO 1

La estructura productiva de la sociedad española:
la frontera de la salud



III. SALUD PARA TODOS: UN OBJETIVO POLITICO Y UN PROGRAMA CONSTITUCIONAL CON LOS PIES DE BARRO

Un programa político es un diseño de prioridades, y las prioridades políticas se transforman en programas de acción a través de la asignación de recursos. Si, como ya hemos señalado, la aspiración a la salud es el deseo que con mayor fuerza expresan los españoles, ningún programa político resultaría tan atractivo y convincente como el que propone la OMS («Salud para todos en el año 2000»), o el que promete la Constitución española en su artículo 41.

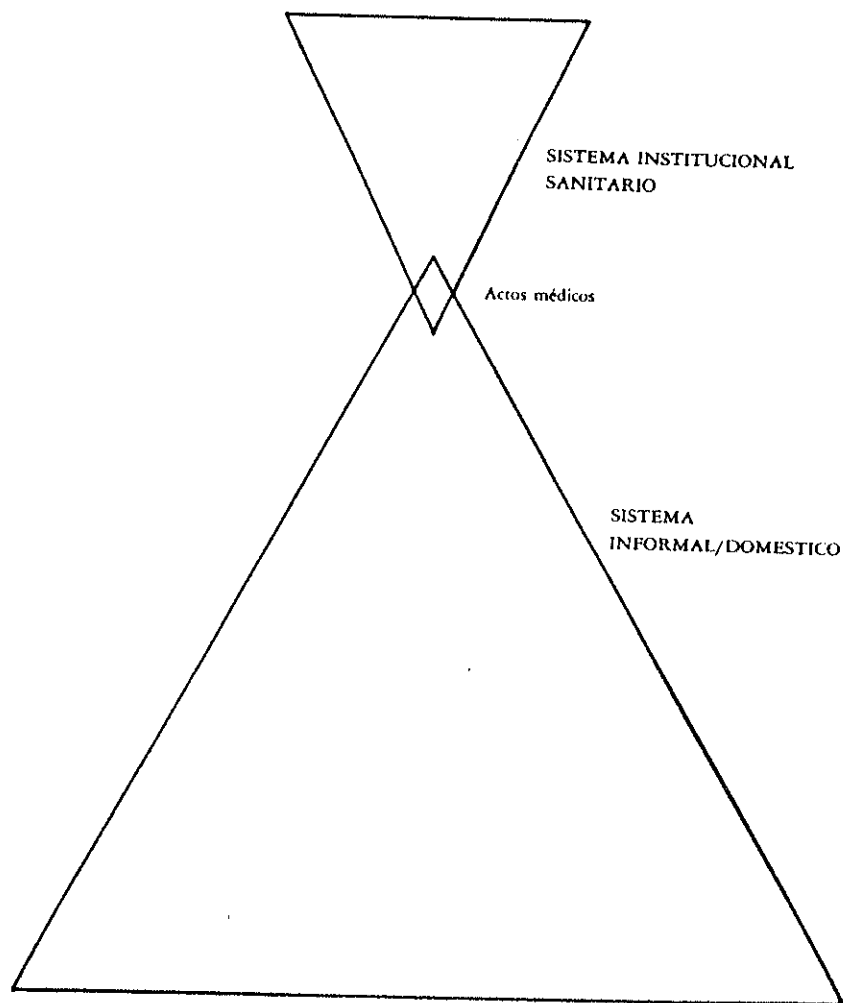
A la hora de la acción, el problema se presenta en la concreción de los recursos y en el quién aporta y quién recibe de cada propuesta política concreta. «Salud para todos» es una propuesta que levanta adhesiones inmediatas y entusiastas, sí, pero ... a condición de que no sea solamente a costa de algunos. Ante la absoluta ceguera de los elaboradores de los Presupuestos Colectivos ante los (para ellos) invisibles costes del cuidado de la salud que recaen sobre el ámbito privado, he visualizado lo que es (en mi opinión) un acercamiento más realista al tema en el gráfico número 2. En esta figura se aprecia visualmente la proporcionalidad del volumen de recursos alternativos (tiempo-capital) que actualmente se dedica en España al cuidado de la salud, siendo los «actos médicos» el breve punto de encuentro entre ambos subsistemas.

Cuando se establecen comparaciones entre los sistemas de cuidado de la salud en España y en otros países desarrollados es frecuente la manifestación de sorpresa por los aparentemente incomprensibles buenos resultados atribuidos a un deficiente sistema sanitario institucional. En estas comparaciones suelen cometerse dos errores fundamentales, que desvirtúan el significado de la comparación:

1.º La sustitución *del "todo" por la "parte"* (o sea, del sistema global de cuidado de la salud por el sistema sanitario institucional o formal).

GRAFICO NUMERO 2

La dualidad de sistemas en el proceso global de cuidado de la salud (en tiempo de dedicación)



2.º El olvido de la "relación mediatizada" entre los sujetos individuales y los servicios institucionales de cuidado de la salud a través de los hogares.

La composición de los hogares en España y la «cultura familiar» (valores, creencias, dependencias, etc.) difiere más de la de otros hogares europeos y americanos que sus respectivos sistemas sanitarios institucionales. Tampoco es similar el grado de adscripción estructural de las mujeres al ámbito doméstico, donde, entre otras tareas no incorporadas al sector institucional, se ocupan de tareas relativas al cuidado de la salud.

Esta diferente composición de los hogares y posición estructural de las mujeres significa que los «recursos» o «costes» asignados globalmente al cuidado de la salud (como bienestar físico y mental, en definición de la propia OMS) pueden ser superiores en España a los de otros países con más altas tasas de incorporación femenina al mercado de trabajo. La comparación (por poner un ejemplo) del número de camas hospitalarias por mil habitantes puede ser un indicador muy engañoso del nivel global de cuidados de la salud si resulta que el cuidado «fino» o «penoso» se produce en España en el propio domicilio, y para ello (junto con otras tareas socialmente adscritas) se detrae estructuralmente y de modo permanente del mercado de trabajo a más de una cuarta parte de la población adulta potencialmente activa.

La participación del sistema doméstico en el cuidado de la salud se extiende incluso al ámbito sanitario institucional más representativo, el hospital. En la medicina privada española es habitual la oferta de «cama para acompañante» en las habitaciones de enfermos hospitalizados (por ejemplo, forma parte de las prestaciones ofrecidas por la MUFACE, mutualidad de funcionarios), y de hecho la presencia de los acompañantes es un elemento tomado en cuenta en el cómputo de las necesidades de personal de estas instituciones totales que ofrecen la mayor gama de servicios a los internados. Además del afecto y la compañía, se espera de los acompañantes que asuman parte de los cuidados al enfermo relativos a su cuidado personal (alimentación, evacuación, limpieza, cambios de postura), vigilancia de instrumentos auxiliares (sonda, gotero, etc.) y aviso en caso de incidencias o deseos del enfermo.

En los hospitales públicos, aun cuando no dispongan de camas o habitaciones privadas, es asimismo común la presencia permanente de acompañantes junto a los enfermos graves. Forma parte de unas normas culturales muy arraigadas en la sociedad española, que definen los límites de los derechos y obligaciones del enfermo y de su red familiar. De hecho, la Seguridad Social contempla en sus presupuestos una par-

tida para subvencionar a los acompañantes de los enfermos desplazados fuera de su lugar de residencia, aunque se dirijan más a subvencionar los gastos originados por el desplazamiento (viajes, hospedaje) que el cuidado prestado por el acompañante (3).

(3) Recientemente se ha realizado un sondeo en dos grandes hospitales de Madrid, para enfermos internados en Oncología y Neurocirugía, respectivamente. La mayoría de los enfermos estaban acompañados por sus familiares permanentemente, pese a no disponer de cama para ellos, aunque en ambos hospitales el servicio institucional fue calificado por los familiares como «excelente» o «muy bueno». Los turnos o sustituciones entre varios familiares próximos eran práctica habitual. El recurso a acompañantes ajenos a la familia era muy infrecuente, aunque algunas familias sin posibilidades de obtener ayuda no remunerada recurrían a ello ocasionalmente ante internamientos prolongados. En noviembre de 1987 el precio por noche de acompañamiento hospitalario se fijaba entre dos y ocho mil pesetas en el mercado de mano de obra sumergida. El simple acompañamiento permanente de «veladores» en domicilio privado exigía cuatro personas en turnos de ocho horas, con un coste mensual aproximado de 300.000 pesetas, cifra seis veces mayor que el salario mínimo interprofesional y diez veces mayor que muchas pensiones de jubilación.

Algunas órdenes religiosas dedicadas a esta actividad caritativa de acompañamiento de enfermos, en Madrid, mostraban centenares de peticiones en sus listas de espera.

IV. EN BUSCA DE LA TRANSPARENCIA: APORTACIONES EMPIRICAS PARA EL ESTUDIO DEL SISTEMA GLOBAL DE CUIDADOS DE LA SALUD EN ESPAÑA

En el estado actual de desarrollo de la investigación sobre salud en España, esta perspectiva globalista o integral no ha hecho sino empezar a abrirse paso, y aún se mueve en el terreno de las primeras conceptualizaciones, en esa zona de gestación donde todavía se dan la mano las preocupaciones científicas y la desazón ética o política.

Para los próximos años es previsible un avance rápido de lo que hemos descrito como taras del investigador. El problema que a muchos investigadores se les plantea, especialmente en el área de las ciencias sociales y entre quienes se adhieren a lo que la UNESCO ha venido llamando la «investigación/acción», o lo que los sociólogos llaman «sociología comprometida» es si tienen realmente la opción de esperar al resultado de sus proyectos de trabajo al ritmo lento que los confieren los recursos asignados, o si deben «anticiparse» aun cuando no estén desarrollados plenamente, porque la urgencia en las llamadas de atención y en la toma de decisiones políticas no admite demoras.

La investigación empírica sobre la salud en España que podría servir de apoyo a la perspectiva globalista, es por ahora muy escasa, aunque su desarrollo en años recientes permite un moderado grado de optimismo respecto a su futuro. Entre las encuestas con representatividad a nivel nacional destacan la «Encuesta sobre Morbilidad, Mortalidad y Condición Socioeconómica» (Instituto de Estudios Laborales y de la Seguridad Social, 1981) (4), la «Encuesta sobre Desigualdad Familiar y Doméstica» (C.I.S., 1984) (5), la Encuesta sobre Imagen del Insalud ante la Opinión Pública (C.I.S., 1985) y la muy esperada pero todavía inédita «Encuesta Nacional de Salud» (Ministerio de Sanidad, 1987),

(4) Vid. DURÁN, M. A.: *Desigualdad social y enfermedad*, Tecnos, Madrid, 1983.

(5) Vid. DURÁN, M. A. (Dir.): *De puertas adentro*, 1988, Ministerio de Cultura.

realizada sobre una muestra de cuarenta mil casos y de la que cabe obtener información importante. A estas cuatro encuestas nacionales se añaden algunos estudios de ámbito regional o referidos a aspectos muy específicos. También comienza a ser considerable la acumulación de materiales cualitativos (historias de vida, principalmente) que ayudarán a comprender mejor las complejas relaciones entre la manifestación de salud o enfermedad, las aspiraciones y expectativas para el futuro y el resto de las manifestaciones y cambios en la vida social.

Ante la escasez de recursos y fuentes de información propias y específicas, el avance en el conocimiento del sistema global del cuidado de la salud puede beneficiarse de materiales aportados por otras disciplinas o emplear el recurso heurístico de la «parcelación» de la realidad para aplicar el viejo truco de preguntarse: «¿Qué pasaría si este supuesto, hasta ahora dado por incambiable, se modificase?».

Los grupos de alto riesgo o alta demanda potencial de cuidados pueden identificarse por las *causas* siguientes:

a) *Por edad*: menores de un año, menores de cinco años, mayores de sesenta y cinco años, entre cinco y catorce años.

b) *Por condición reproductiva*: mujeres gestantes y lactantes, mujeres y hombres en edad fértil que controlan la reproducción.

c) *Por condiciones de vida*: afectados por situaciones de pobreza, trabajo arriesgado o de especial penosidad, malas condiciones ecológicas o ambientales, adicciones, riesgos deportivos, desempleo y desarraigo o desintegración social.

A su vez, de cara a la repercusión de su cuidado y al modo de enfrentarse a ellos el sistema institucional sanitario, hay que distinguir los *tipos de enfermos*, así como la gravedad y capacidad de contagio y de curación de su enfermedad:

a) *Incapacitados* (físicos, mentales).

b) *Terminales*.

c) *Agudos*.

d) *Crónicos*.

e) *Indisposiciones leves*.

En el gráfico número 3 se sintetiza una aportación empírica a este debate. En ella se refleja la estructura generacional de los hogares y el peso relativo de los grupos de alta demanda potencial de cuidados. La imagen se ofrece para utilizarla, no como dato o resultado, sino como punto de partida: ¿Por qué adoptan esta estructura los hogares españoles? ¿Qué resultados tendría su cambio sobre la demanda de servicios institucionales de cuidado de la salud? ¿En qué medida ya se ha iniciado

el cambio de aspiraciones y expectativas hacia nuevas formas de hogar/-sistemas de cuidado de la salud?

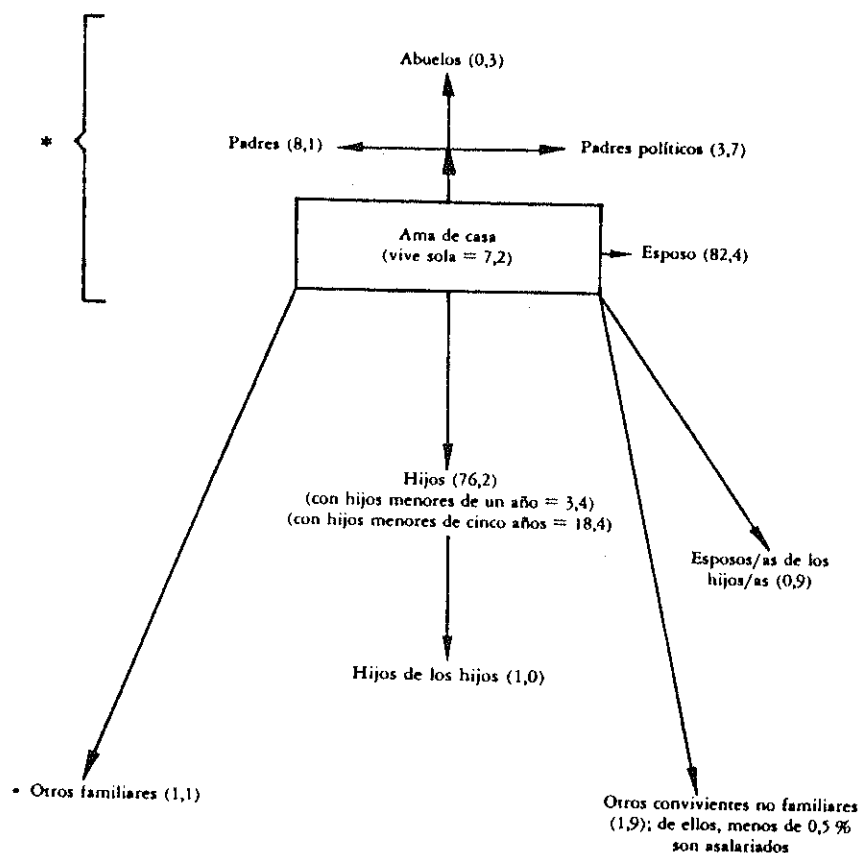
El primer dato que llama la atención es el 7 % de amas de casa que viven sin la compañía de parientes, cifra inferior a la de otros países europeos. Tres de cada cuatro son mayores de sesenta y cinco años, por lo que pertenecen a un colectivo de alta demanda de cuidados, y el aumento de la esperanza de vida hace prever que este colectivo, compuesto principalmente por viudas, aumentará en el futuro próximo. Las pensiones de jubilación cubren ciertos gastos imprescindibles de subsistencia (alimentación, energía), pero rara vez permiten el pago de cuidados personales al precio de mano de obra asalariada. Este es el grupo que exigirá a corto plazo una mayor transformación en los servicios institucionales de cuidados y que absorberá proporciones mayores de los recursos colectivos en materia de salud. Actualmente, el 8 % de las mujeres viudas creen que *nadie* las cuidaría en caso de enfermedad larga.

El segundo dato de interés es la presencia de un considerable número de familiares de las generaciones antecedentes en los hogares de las generaciones intermedias. El 20 % de las amas de casa son ellas mismas mayores de sesenta y cinco años, y en el 16 % de los hogares hay otros parientes —aparte del ama de casa— mayores de setenta años. Estimamos que al menos el 22 % de los hogares acogen alguna persona que por razón de su edad avanzada forma parte de un grupo de alto riesgo. El cuidado de estas personas (que en muchos hogares son, justamente al revés, quienes se ocupan de cuidar a los más jóvenes) es de dos tipos: el *cuidado activo* o de prestación efectiva de servicios y el cuidado genérico o de *disponibilidad permanente* para la prestación de servicios cuando éstos sean necesarios. Los familiares de generaciones antecedentes que residen en los hogares de edad intermedia han vivido en la mayor parte de los casos en hogares independientes y la redomiciliación se ha producido como una respuesta a la necesidad de optimizar los recursos familiares disponibles de capital y de trabajo (6). La clase alta y media-alta tiene otras alternativas además de la redomiciliación, pero en los medios urbanos de clase media-baja y en la mayoría de las familias obreras y campesinas es prácticamente imposible la subsistencia de los ancianos en malas condiciones físicas (y, en menor medida, también de las ancianas) fuera de la cobertura familiar. No hay ninguna previsión institucional para atenderles y en las políticas sanitarias está

(6) Vid. el capítulo dedicado a «El cuidado de la salud» y el epígrafe sobre «El empleo de trabajo asalariado», en DURÁN: *De puertas adentro*, Madrid, 1988.

GRAFICO NUMERO 3

La estructura generacional de los hogares y los grupos de alta demanda de cuidados de salud



* En 16,5 % de los hogares hay parientes mayores de setenta años, además del ama de casa. El 20 % de las amas de casa son ellas mismas mayores de sesenta y cinco años.

Fuente: DURAN, M. A.: *De puertas adentro*, 1988. Elaborado a partir de la Encuesta sobre Desigualdad Familiar y Doméstica, C.I.S., 1984.

implícita la idea de que los familiares (esto es, las mujeres) seguirán asumiendo estas funciones.

Si en las imágenes tradicionales de la sociedad española son los padres quienes «producen salud» para sus hijos, en el futuro próximo aumentará la proporción de hijos que tienen que cuidar y «producir salud» para sus padres, padres políticos y otros parientes de edad avanzada. De hecho, una de cada diez amas de casa dice tener un pariente minusválido (entre todas las causas y edades) entre sus parientes próximos, y entre éstas sólo una de cada diez dice recibir asistencia institucional interna para su cuidado. En resumen, cada mil amas de casa se ocupan de atender directamente, como principal cuidador, a sesenta y seis minusválidos (18 disminuidos físicos, 12 disminuidos mentales, 18 enfermos físicos, 6 enfermos mentales y 12 ancianos incapacitados), de los que el 73 % llevan más de seis años en esta situación.

El tercer dato interesante que aporta la figura número 3 es el referido a los niños menores de cinco años, presentes en una quinta parte de los hogares, así como el casi 4 % (entre hijos y nietos) de hogares con niños menores de un año, cifra similar a la de hogares con mujeres gestantes. La recepción de ayuda (familiar y asalariada) durante el embarazo está muy condicionada por el nivel socioeconómico de la gestante (del 31 al 68 %), así como la rapidez con que se reincorporó a las tareas domésticas. La incidencia de la morbilidad (leve pero aguda) en estos grupos de edad es alta, y aunque apenas requiere recursos del sector sanitario institucional (salvo la hospitalización en los partos y cuidados médicos durante la gestación) la demanda de horas de trabajo para el autocuidado y el cuidado de los niños es muy elevada (7).

La Encuesta sobre Morbilidad, Mortalidad y Condición Socioeconómica (1981) y la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 1987) estima en 4,96 el número medio de días que cada niño que ha estado enfermo en las últimas dos semanas (11 % dicen haber estado en esta situación) tuvo que reducir su actividad habitual, con la consiguiente repercusión sobre la disponibilidad de tiempo de otros familiares. Los catarros, gripes y faringitis son indisposiciones leves, pero alteran considerablemente el ritmo cotidiano de cualquier hogar [(11 · 5 : 100) · 26 = 14,3 días por niño y año].

En conjunto, cada mil amas de casa atienden al año 130 enfermedades graves, cuya duración excede los seis meses en casi la mitad (41 %) de los casos, además de los ya mencionados enfermos permanentes o

(7) Vid. DURAN, M. A.: *Desigualdad social y enfermedad*, Tecnos, Madrid, 1983.

minusválidos. Según el C.I.S. (8), en el primer semestre de 1985 más de la mitad de las familias utilizaron al menos una vez los servicios del Insalud (51 % utilizaron los consultorios, 31 % los ambulatorios, 12 % los servicios de urgencia, 11 % la visita médica a domicilio, 9 % los servicios hospitalarios y 2 % los centros de planificación familiar). Ponderando estos datos con la frecuencia de su utilización por familia, resulta que cada cien familias utilizaron al semestre 187 veces los consultorios del Insalud, 95 veces los ambulatorios, 17 los servicios de urgencia, 17 la visita domiciliaria, 9 los hospitales y 2 los centros de orientación familiar (estimación propia a partir de la encuesta del C.I.S.). Las mujeres usaron los consultorios y ambulatorios un 20 % más que los varones y un 40 % más los hospitales (debido fundamentalmente a cuidados de la reproducción).

Estas cifras serían más altas si se sumasen los distintos tipos de servicios sanitarios ajenos al Insalud e incluso las consultas sanitarias realizadas fuera de contextos mercantiles (por familiares, amigos, etc.). Pero de todos modos, los recursos de tiempo detraídos del sistema sanitario institucional para el cuidado de estas enfermedades es muy pequeño en comparación con los recursos aportados para el autocuidado por los propios pacientes y por sus familiares o coresidentes dentro del ámbito doméstico. No es extraño que las quejas más frecuentemente expuestas acerca del Insalud por sus usuarios no se refieran a la capacidad técnica o eficacia profesional de los expertos sanitarios, sino a lo que contrasta con la riqueza de comunicación y cuidado del ámbito doméstico. En definitiva, cuando las quejas apuntan a «la rapidez de las consultas» (23 %), «el número insuficiente de médicos y otro personal sanitario» (19 %) y «la poca información que recibe el paciente» (15 %), lo que están destacando es la contradicción de un sistema que requiere «ahorros de tiempo» para «aumentar la productividad» de sus prestaciones sanitarias.

(8) Encuesta sobre imagen del Insalud ante la opinión pública, C.I.S., febrero 1985. Es una muestra nacional de 2.500 entrevistas a mayores de dieciocho años, varones y mujeres.

V. MAS ALLA DE LA SALUD: LAS FRONTERAS DE LA VIDA Y DE LA MUERTE EN EL PROXIMO FUTURO

La conquista de las libertades formales es un proceso político en el que los sujetos individuales afirman y ensanchan el círculo de su autonomía personal: las relaciones de poder entre individuos y Estado quedan habitualmente reflejadas en los textos jurídicos de máximo rango, las Constituciones.

Para anticiparse en la previsión de las futuras demandas a lo que ahora llamamos sector sanitario, hay que asumir que el concepto de salud y enfermedad será muy diferente en el próximo futuro: no tanto porque desaparezcan las condiciones que hoy reconocemos bajo este nombre, sino porque se ensancharán y harán comunes algunas condiciones sociobiológicas que ahora empiezan a producirse experimentalmente de la mano de la genética, la cirugía y la bioquímica, y cuyo avance se detiene más por miedo a los resultados que por la incapacidad técnica. Los dos conceptos claves —de la filosofía, la sociología, la política, la ética— que veremos deshacerse y emerger bajo formulaciones nuevas en los próximos veinte o treinta años, son los de *naturaleza* y los de *sujeto*. El sujeto individualizado en sus contornos físicos, así llamados «naturales», tiende a diluirse en una construcción biológica que cada vez deberá más y más a la tecnología (esto es, a la política científica) y al préstamo de otros sujetos individualizados (por trasplante, por ejemplo) o de otras especies. En este contexto de redefinición a través de recursos colectivos y costosos, la posición del individuo frente al Estado será más y más dependiente.

Sin embargo, e inevitablemente, puesto que son procesos paralelos, *los sujetos individuales que han logrado establecer su autonomía frente al Estado y otras instancias de poder, tratarán de afirmar también su autonomía en el reducto que pese a su apariencia de máxima privacidad,*

GRAFICO NUMERO 4

El futuro de la sanidad

| | | |
|----------------------|------------------------|---------------------------|
| | | Evitar/producir la muerte |
| | Cuidar a los enfermos | Cuidar a los enfermos |
| Curar a los enfermos | Curar a los enfermos | Curar a los enfermos |
| | Prevenir la enfermedad | Prevenir la enfermedad |
| | | Producir/evitar la vida |
| PASADO | PRESENTE | FUTURO |

recibe el más fuerte grado de presión colectiva: *la relación con el propio cuerpo y las llaves individuales de la vida y de la muerte*. Cada vez será más contestada la supremacía de los grupos intermedios que tradicionalmente han recabado el monopolio de la creación y vigilancia de las normas (moralistas, políticos, legisladores, etc.), imponiendo las normas en representación de la Comunidad a través del Estado o de otras formas de organización legitimada del poder y la violencia. Como paulatinamente ha sucedido con la anticoncepción y el aborto, y está ahora empezando a suceder con la eutanasia pasiva, la desobediencia a las normas se iniciará por el desuso y llevará años la formalización de los argumentos y valores, hasta su condensación en nuevos —y siempre cambiantes— sistemas de normas.

En España y en los próximos años, cada vez será más fuerte la demanda de un conocimiento científico y de una organización social que satisfaga los deseos de controlar la propia reproducción y de asumir las decisiones en lo que al dejar-de-ser se refiere. Por ello, si la medicina hipocrática fue en sus orígenes un sistema dedicado a «curar» y en el momento actual es ya un sistema destinado a «prevenir», «curar» y «cuidar», la gran transformación que le aguarda en los próximos años es la de convertirse en un sistema institucional (vid. gráfico núm. 4), que dedique gran parte de sus recursos tecnológicos, financieros y humanos a dos actividades que hasta ahora estaban «naturalizadas», o lo que es lo mismo, vedadas al autocontrol por parte de los individuos: su propia reproducción y su propia muerte.

Si reproducción y sexualidad nunca fueron conceptos intercambiables, la distancia entre la práctica de una y otra tenderá a crecer en los próximos años.

El período fértil en la vida de las mujeres se alarga constantemente por el adelanto de la menarquía (como promedio, a los doce años) y el retraso de la menopausia (cuarenta y ocho años) (9). El descenso de las tasas de mortalidad infantil y general garantiza desde hace tiempo la reproducción del conjunto de la población, a pesar de las tasas bajas de natalidad. La mayoría de la población, y especialmente los jóvenes, valora positivamente este descenso de las tasas de natalidad (10) (57 %, frente al 27 % que lo considera negativo), y que cree que continuará decreciendo en los próximos años (65 %). Las encuestas de opinión

(9) BERNIS, Cristina: «Intergenerational changes in sexual maturation, menopause and life span in contemporary man and their biological meaning». *Modern Man*, núm. 22, pp. 151-157.

(10) C.I.S.: *Actitudes y opiniones de los españoles ante la natalidad*. Serie Estudios y Encuestas, núm. 1, 1987.

reflejan un «modelo» de maternidad/paternidad con perfiles bastante homogéneos: la edad ideal de matrimonio se sitúa en los 23,7 años para las mujeres y 26,3 para los varones; se desea retrasar en dos años la llegada del primer hijo y no se considera conveniente la maternidad por encima de los treinta y seis años de las mujeres, con un número ideal de hijos en torno a 2,54 por pareja.

Pero simultáneamente a estos «modelos» de reproducción, el sistema de valores se hace más individualista y hedonista, apreciando más la sexualidad activa, y el alza en las exigencias de bienestar (material y de calidad de vida) encarece constantemente el precio de la reproducción social (educación, alojamiento, etc.), al tiempo que la crisis económica frena las posibilidades de cumplimiento de estas aspiraciones y expectativas.

La contradicción entre sexualidad y reproducción afecta en mucha mayor medida a las mujeres que a los varones, porque ellas soportan la gestación y la crianza, pero las mujeres cuentan con escasa presencia en todos los órganos de poder: siguen ausentes de las Carteras del Gobierno y de la jerarquía del Ejército y la Iglesia Católica, y apenas tienen presencia directa en el Parlamento y en el resto de instituciones de la vida pública. Puede suponerse que su presencia paritaria alteraría profundamente el contenido de las «políticas» de salud, pero de momento lo único evidente es que las mujeres más incorporadas a la vida extradoméstica exigen un grado mayor de control sobre su propio destino reproductivo.

En el próximo futuro, el sistema sanitario institucional tendrá que enfrentarse a un reto difícil: el de ofrecer a la población (mujeres y hombres) los recursos organizativos y técnicos necesarios para adecuar sus aspiraciones de actividad sexual y sus aspiraciones procreativas. O dicho de otro modo: ofrecer los medios para mantener relaciones sexuales plenas durante ciclos largos de unos treinta años (de los dieciocho a los cuarenta y ocho años de la mujeres, aproximadamente) con sólo dos o tres gestaciones —y aún éstas, planificadas— en todo el período fértil.

A más largo plazo, el futuro de la reproducción humana sufrirá transformaciones absolutamente revolucionarias. Si la generación que inició su vida matrimonial en la década de los años sesenta ya asumió mayoritariamente el ideal de una natalidad planificada, y en los años setenta se vulgarizaron las técnicas químicas e implantatorias, en los años ochenta ya ha comenzado la gran revolución tecnológica en materia reproductiva: los trasplantes de óvulos fecundados, la inseminación artificial, los bancos de espermatozoides, etc., espoleada por quienes buscan en el avance técnico la solución a sus problemas para concebir por medios naturales. En el plazo de diez a veinte años las legislaciones de todos los

países desarrollados y sus códigos éticos se verán sacudidas por una conmoción que pondrá de relieve la precariedad de conceptos tan básicos como «identidad», «muerte», «herencia» o «vida», que están asumidos implícitamente en los códigos y cartas constitucionales. Gran parte de lo que ahora consideramos «naturalmente» como cuidado de la salud individual y del proceso individual reproductivo se habrá trasladado ya a un proceso altamente tecnificado, externo a los sujetos y sometido a reglas que ahora difícilmente imaginamos. Estos procesos de reproducción absorberán buena parte de los recursos sanitarios institucionales.

En el otro extremo, pero dentro de una misma corriente de cambio de valores, la muerte también se desacraliza, que es una forma más ideológica de desnaturalización. El avance tecnológico ofrece formas nuevas de detención del proceso de envejecimiento del cuerpo humano (hibernación, etc.) y de sustitución de órganos destruidos por órganos o prótesis nuevas (trasplantes, implantaciones, etc.); pero la velocidad de avance del proceso de conocimiento es en sí misma —como en la reproducción— un resultado de los valores dominantes y de su conflicto con los nuevos valores emergentes.

Junto al derecho a no-morir, pero más modesto y de distinto signo, empieza a reivindicarse el derecho a la autonomía en la despedida, a llevar la iniciativa en lo que a la propia muerte se refiere; a afirmar el derecho del sujeto frente a las externalidades (el Estado, el médico, el juez, el moralista) en lo que más le concierne.

Es éste un punto de choque entre ideologías diferentes, entre distintas concepciones del ser humano y del sentido de libertad. Tradicionalmente, en la cultura cristiana el poder absoluto sobre vida y muerte se ha entregado a Dios, y por ello el poder civil se ha presentado con tanta frecuencia como su representante o brazo ejecutivo en la tierra. Sin embargo, con el reconocimiento de la aconfesionalidad del Estado no puede remitirse a la voluntad divina la toma de decisiones o las alternativas humanas. La decisión sobre el morir es, entonces, una cuestión política cuando deja de ser religiosa: ¿a quién corresponde ahora este poder de decidir? ¿Al sujeto individual? ¿A las entidades intermedias (sus familiares, sus amigos, sus vecinos, sus compañeros) que asumen de hecho su cuidado? ¿A los representantes que el Estado designe a tal fin, como monopolizador legítimo del uso de la violencia? ¿Quién debe ser el sujeto principal y quién el subsidiario? ¿A quién corresponden los derechos y a quién las obligaciones?

Los intereses en juego son muchos y contradictorios, y la batalla ideológica y legal está siendo dura en todos los países en que se ha iniciado. En España es inevitable que en futuro próximo el problema irrumpa con fuerza en los medios sanitarios y legales, porque es conse-

cuencia de un proceso general de secularización e individuación en el que los sujetos afirman más y más su voluntad frente a voluntades ajenas, divinas o sociales.

La salud, en el futuro, no será lo que era. Y el saber médico y sociológico tendrán que ponerse a disposición de una sociedad racionalista que llevará la autoconsciencia hasta los límites de lo humano: donde empieza y acaba lo que hasta ahora llamábamos vida.

COLABORAN EN ESTE DEBATE

JESÚS MARÍA DE MIGUEL: Catedrático de Sociología de la Universidad de Barcelona. Doctor por la Universidad Complutense y PhD por la Universidad de Yale. Ha sido también profesor en la Universidad de Berkeley y director del Departamento de Economía de la Universidad de Oviedo. En la actualidad es asesor del Consejero de Salud y Bienestar Social de la Comunidad de Madrid. Autor de una treintena de libros y un centenar de artículos profesionales; entre sus últimos títulos destacan: *La profesión farmacéutica*, *La salud pública de futuro*, *Políticas de Población*, *Estructura del sector sanitario*, *Control de natalidad* y *La antropología médica en España*.

FRANCISCO-JAVIER YUSTE GRIJALBA: Médico de Sanidad Nacional y profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública en excedencia. Doctor en Medicina por la Universidad de Valladolid. En la actualidad es director de la Escuela Nacional de Sanidad. Autor de diversos libros de Salud Pública y Sociología de la Salud, y una treintena de artículos en distintas revistas, entre los que destacan: *El concepto de Sociología de la Salud*, *Medicina social*, así como los *Ensayos de Medicina Preventiva y Social*.

MARÍA ANGELES DURÁN: Investigadora del C.S.I.C. y catedrática de Sociología. Comenzó sus estudios en la Facultad de Ciencias Políticas de la Universidad Complutense y ha sido profesora en esta misma Universidad, en la de Zaragoza y en la Universidad Autónoma de Madrid. También ha sido profesora visitante en la University of Michigan (Ann Arbor) y en la P.U.C. de Río de Janeiro. Entre sus libros recientes: *Desigualdad social y enfermedad* (1983), *Liberación y utopía* (1984), *La jornada interminable* (1987) y *De puertas adentro* (1988).