

La nueva división del trabajo en el cuidado de la Salud*

María Ángeles Durán

1. Las fronteras de la salud

La conquista de las libertades formales es un proceso político en el que los sujetos individuales afirman y amplían 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 anticipar la previsión de las futuras demandas hacia 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 consolidarán 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 o cesión, 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, 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 –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 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.

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 las 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 esperma, 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.

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

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 atribuido a la divinidad, 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 (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 un futuro próximo el problema irrumpa con fuerza en los medios sanitarios y legales, porque es consecuencia 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.

2. El cuidado de la salud: cambios ideológicos y nueva división del trabajo

La definición de las obligaciones y derechos de la población en general y de cada grupo en particular, es una cuestión ideológica. El trabajo es un eje central en la articulación y adscripción de derechos y obligaciones. Pero así como la ideología en torno al empleo está formalizada y recogida en textos legales, no sucede lo mismo en torno al trabajo no mercantil, o no monetarizado, definido ideológicamente más como una obligación (la de quienes tienen que proveerlo) que como un derecho. La Constitución de 1978 refleja claramente esta ambigüedad ante el trabajo no remunerado. Un estudio reciente (Durán, 2000) ha puesto de relieve la invisibilidad del trabajo no remunerado en la legislación española y el difícil encaje en el Código Civil o la legislación relativa a la Seguridad Social.

En los últimos veinte años ha habido en todo el mundo cambios en la valoración del trabajo/mercancía muy complejos, que pasan por la **conversión de gran parte del trabajo autónomo en asalariado** (entre los profesionales liberales) **o en mixto** de autónomo y asalariado (en la agricultura, industria y los servicios) **y de asalariado en autónomo** (en algunos sectores agrarios). El trabajo asalariado ha mejorado en estima respecto al autónomo en muchos contextos. **El trabajo/mercancía ha perdido prestigio** en las **corrientes filosóficas hedonistas, opuestas a la ética del éxito**, de la acumulación, **del consumismo** y de la instrumentalización del trabajo a tales fines; pero **lo ha ganado entre los seguidores de la ética del consumo y del éxito. El trabajo no**

mercancía, especialmente el trabajo doméstico, **ha perdido también valor** a los ojos de muchas mujeres, que lo contraponen tanto al trabajo mercancía como al ocio o autocuidado y formación; pero ha ganado aprecio (o, al menos, ha perdido desprecio) entre **algunos sectores** de varones, principalmente jóvenes y urbanos, que **derivan de él un valor** añadido de **independencia o de igualdad** en las relaciones interpersonales (Gershuny, 1983; Handy, 1986; Boyer, 1990; Pahl, 1991).

El valor de la igualdad (de funciones, de derechos y deberes) se compagina mal con las estrictas divisiones de papeles. La aceptación por parte de millones de mujeres españolas de lo que ha venido llamándose la «*jornada interminable*» es el precio involuntariamente pagado por la aceptación de valores igualitarios en el ámbito público, que no se corresponde con cambios eficaces en la división de la carga global de trabajo: división que entrañaría un cambio en todos los ámbitos de la vida social, pública y privada, si realmente se efectuase con criterios igualitarios.

La medición de las demandas o necesidades de cuidado es difícil. La definición y medición de las tareas es más sencilla cuanto más se visualiza el proceso de transformación en que el trabajo consiste, pero las dificultades son mayores en las tareas difusas, que no entrañan movimientos o transformaciones físicas (OIT, 1986).

De todas las actividades, la más difícil de cuantificar es, sin duda, la del «cuidado», sea de objetos o personas. El «cuidado» es más una responsabilización general que una actividad específica y rebasa cualquier posible desagregación, por minuciosa y larga que sea. Por comparación con las actividades de la economía mercantil, el «cuidado» se asimila a las tareas de vigilancia, más medibles por el tiempo de incompatibilidad con otras actividades que por las tareas específicas desarrolladas. En este sentido, el «**cuidado**» es, por contraposición a la actividad agraria o industrial, **una actividad paradigmática del sector servicios**.

Las actividades del sector servicios tienen un alto componente de trabajo en la formación del excedente bruto de explotación. Una parte considerable de los servicios –los prestados directamente a los usuarios– se prestan por instituciones públicas o privadas sin ánimo de lu-

cro, que, no obstante, emplean trabajo remunerado, esto es, trabajo/mercancía. Estas instituciones, que tienen un peso creciente en la política y en la economía españolas, no pueden valorar su producción por los precios de mercado de venta, aunque sí por el coste en mercado de los factores de producción que consumen. El valor de su producción ha de ser obtenido por vías ajenas a la compra por el usuario (impuestos, seguros, bienes propios, etc.). La gestión del servicio genera por sí misma un coste elevado, aun cuando no se trate de servicios personales sino de simple tramitación de transferencias monetarias.

Queremos destacar que los servicios que los usuarios compran o reciben son sólo una parte del total de servicios que consumen. Las necesidades básicas de los sujetos (alimentación, vivienda, salud, educación, seguridad, etc.) tienen cierta correspondencia con la contabilización de asignaciones con departamentos ministeriales en los Presupuestos Generales del Estado (nivel macropúblico) y de las Administraciones autónomas, pero también se corresponden parcialmente con la estructura de gastos reflejada por la Encuesta de Presupuestos Familiares (nivel microprivado) y por la síntesis micro/macro y privado/público de la **Contabilidad Nacional**.

Para la comprensión integral de la asignación de recursos a la satisfacción de necesidades habría que incorporar a estos modelos los análisis de presupuestos de tiempo, realizando periódicamente el estudio de tendencias, ya que sobre los segmentos monetarizados (adquiridos por compra o por otro tipo de relación) se superponen los segmentos no monetarizados, para alcanzar el nivel de consumo final. Si se representa gráficamente, la superficie es proporcional a los recursos invertidos en la satisfacción de la necesidad, y todos los segmentos son interactivos entre sí (para satisfacer la misma función con recursos diferentes) y con los segmentos restantes (disputándole recursos a la satisfacción de otras necesidades). Este tipo de estudios no responde solamente a una necesidad intelectual, aunque por sí solo este objetivo justificaría sobradamente su existencia.

La gran ventaja de este acercamiento globalizador al tema de la cobertura de necesidades es que previene de un riesgo muy grave en el diseño de políticas sectoriales (salud, educa-

ción, vivienda, etc.): el riesgo de planificar las «soluciones» a los problemas o demandas sociales sin contar con los costes de trabajo no mercantil que cada medida política o económica comporta, ni con el agravamiento de la carga social que estas medidas pueden acarrear sobre los colectivos cuyo tiempo/esfuerzo se da por supuesto.

El tiempo de trabajo no mercantil (entendiéndose por trabajo el esfuerzo por transformar el entorno, para hacerlo más útil o confortable) se consume de dos modos diferentes, que conviene distinguir, al menos analíticamente: a) El trabajo autoconsumido por quien lo produce; b) El trabajo consumido por otras personas.

El primer tipo constituye la producción para autoconsumo, a nivel individual. Su magnitud es sumamente variable, puesto que no sólo está en función de la potencialidad y las aspiraciones de cada sujeto, sino de la utilización alternativa de otros tiempos ajenos en forma de trabajo/mercancía o de trabajo no remunerado. Así, según la Encuesta de Nuevas Demandas (ámbito nacional, 1990, a mayores de dieciocho años, 2.490 entrevistas), el 48% de los varones que viven en los hogares unipersonales no dedican tiempo los días laborables a tareas domésticas, con un promedio para todo el colectivo de 1,66 horas. Sin embargo, sólo el 10% de las mujeres que viven en hogares unipersonales no dedican tiempo a las tareas domésticas, y el promedio para este colectivo es de 4,16 horas de trabajo doméstico los días laborables.

Entre los consumidores de trabajo no mercantil existen cuatro categorías especialmente relevantes:

1. Los niños.
2. Los enfermos.
3. Los ancianos.
4. Los sobreocupados en el sistema mercantil.

Entre ellos generan la Detranme** o demanda agregada de trabajo no mercantil. Para los próximos años, la investigación sobre la Detranme**, llamada de este modo o de otro, ocupará un lugar importante en la planificación social. Si las mercancías imponen la óptica de la producción, las necesidades deben imponer la óptica de la demanda, aunque unas y otras se crucen —en el juego del poder más que en el de

la racionalidad—, en un inestable punto de equilibrio. La productividad juega difícilmente a favor de la Detranme**, y a mayor precio relativo del trabajo/mercancía, menor es la posibilidad de acceder a la cobertura de necesidades a través de las instituciones. Es urgente encontrar nuevas formas de cobertura para la población que no pueda atenderse con sus propios medios, sin que eso suponga hacer recaer el peso del cuidado sobre los excluidos del proceso de producción de mercancías.

Las tablas 2.1 y 2.2 son proyecciones demográficas para España y para Madrid, que facilitan la estimación de la demanda actual y futura de cuidados ante la enfermedad. Especialmente relevante es el conocimiento y predictividad de la población de edad avanzada, por su estrecha relación con la demanda sanitaria y de cuidados. Si actualmente un 18% de las mujeres y un 14% de los varones españoles rebasan los sesenta y cinco años, y entre ellos hay un 8 y un 5%, respectivamente, que sobrepasan los setenta y cinco años, dentro de veinticinco años esas cifras se habrán convertido en 24 y 19% para los mayores de sesenta y cinco, y 12 y 8% para los mayores de setenta y cinco. En términos relativos, el crecimiento de los mayores de setenta y cinco años en este período será de un 30% entre las mujeres y de 36% entre los varones.

3. Las mercancías de la enfermedad

Cada sociedad genera un tipo específico de enfermedades y un modo de enfrentarse a ellas. En el modo de enfrentarse a la enfermedad confluyen dos tipos de conocimiento:

- a) el conocimiento técnico/médico;
- b) el conocimiento socio-organizativo.

Ambos tipos de conocimiento se influyen mutuamente, como bien demuestra la historia de la medicina: pero es más evidente la influencia de los valores y distribuciones de poder social en el segundo tipo de conocimiento que en el primero. Cuando el cuidado de la salud se convierte en un objetivo político

Tabla 2.1
Distribución y proyección de la población española, por edad y sexo

Edad	1998				2005				2026			
	Mujeres %	Hombres %	Total %	Total (miles)	Mujeres %	Hombres %	Total %	Total (miles)	Mujeres %	Hombres %	Total %	Total (miles)
0-4	4,9	5,5	5,2	2.060	5,6	6,2	5,9	2383	4,3	4,8	4,5	1.851
5-9	4,8	5,3	5,0	1.988	5,0	5,6	5,3	2147	4,7	5,2	5,0	2.023
10-14	5,4	6,0	5,7	2.254	4,7	5,2	4,9	1989	5,4	6,0	5,7	2.332
15-19	6,9	7,6	7,2	2.869	5,0	5,5	5,3	2131	6,0	6,6	6,3	2.579
20-24	8,0	8,8	8,4	3.327	6,1	6,7	6,4	2586	5,6	6,2	5,9	2.409
25-29	7,9	8,5	8,2	3.260	7,7	8,3	8,0	3227	5,1	5,6	5,3	2.180
30-34	7,9	8,3	8,1	3.210	7,9	8,4	8,2	3301	4,7	5,1	4,9	1.987
35-39	7,3	7,7	7,5	2.957	7,7	8,2	8,0	3225	4,8	5,2	5,0	2.052
40-44	6,5	6,7	6,6	2.619	7,3	7,8	7,6	3060	5,8	6,1	5,9	2.425
45-49	6,1	6,3	6,2	2.451	6,7	6,9	6,8	2756	7,3	7,8	7,5	3.065
50-54	5,8	5,9	5,8	2.311	5,9	6,0	6,0	2414	7,8	8,1	7,9	3.227
55-59	4,7	4,7	4,7	1.854	5,8	5,8	5,8	2342	7,5	7,7	7,6	3.086
60-64	5,4	5,1	5,3	2.097	5,1	4,9	5,0	2026	7,1	7,0	7,0	2.886
65-69	5,4	4,9	5,1	2.030	4,6	4,0	4,3	1755	6,4	6,0	6,2	2.543
70-74	4,7	3,9	4,3	1.703	5,0	4,2	4,6	1874	5,4	4,8	5,1	2.071
75-79	3,7	2,6	3,1	1.241	4,3	3,1	3,7	1502	4,7	3,7	4,2	1.729
80-84	2,5	1,4	2,0	777	3,1	1,9	2,5	1027	3,5	2,4	3,0	1.209
85 +	2,0	0,9	1,4	577	2,3	1,0	1,7	680	3,6	1,7	2,7	1.105
Subtotal 65 y +	18,3	13,7	15,9	6.328	19,3	14,2	16,8	6838	23,6	18,6	21,2	8.657
Subtotal 75 y +	8,2	4,9	6,5	2.595	9,7	6,0	7,9	3209	11,8	7,8	9,9	4.043
Total	100*	100*	100*	39.604	100*	100*	100*	40.434	100*	100*	100*	40.768

Fuente: Elaboración de M.A. Durán sobre datos del Instituto de Demografía: «Proyección de la población española», vol. I, Madrid, 1994.

* El porcentaje se ha redondeado a cien.

prioritario y a la consecución de ese objetivo se dedican ingentes cantidades de recursos en disputa, con necesidades y soluciones diferentes, la discusión sobre las mediaciones ideológicas de la asignación y uso de recursos colectivos se hace muy necesaria. En las sociedades que adoptan modelos de tipo socialista, socialdemócrata, o simplemente solidarias, salud y enfermedad dejan de ser problemas individuales para reconocerse expresamente como problemas compartidos.

El objetivo de este estudio es aportar alguna luz sobre los problemas de invisibilidad de los costes indirectos del cuidado de la salud. Ya nos hemos referido a esta invisibilidad y desconocimiento en numerosas ocasiones, así como a sus implicaciones ideológicas y políticas. Recientemente se han realizado varias investigaciones importantes en este campo.

A pesar de ello, en los estudios económicos

que actualmente sirven de base a las políticas de salud, predomina claramente la visión mercantilista de la salud y habitualmente sólo se contabilizan los recursos o gastos equiparables a mercancías. Sin embargo, los costes del cuidado de la salud y la enfermedad se dividen en tres grandes categorías:

A) Costes directos

1. Costes médicos.
2. Costes farmacéuticos.

B) Costes indirectos

1. Días de trabajo perdido durante la enfermedad.
2. Indemnizaciones, pensiones.

C) Costes invisibles, o transferidos fuera del mercado.

1. Del propio enfermo.

Tabla 2.2
Distribución y proyección de la población española de Madrid, por edad y sexo

Edad	1998				2005			
	Mujeres %	Hombres %	Total %	Total (miles)	Mujeres %	Hombres %	Total %	Total (miles)
0-4	4,7	5,3	5,0	258	5,4	6,2	5,8	310
5-9	4,4	5,1	4,8	245	4,7	5,3	5,0	267
10-14	5,1	5,7	5,4	279	4,2	4,8	4,5	242
15-19	6,6	7,3	6,9	356	4,6	5,2	4,9	263
20-24	8,1	9,2	8,7	447	5,8	6,4	6,1	327
25-29	8,4	9,2	8,8	452	7,8	8,7	8,2	439
30-34	8,3	8,9	8,6	442	8,4	9,2	8,8	471
35-39	7,8	8,1	7,9	408	8,2	8,8	8,5	455
40-44	7,0	6,9	7,0	358	7,7	8,0	7,9	423
45-49	6,6	6,5	6,6	340	7,1	7,0	7,0	379
50-54	6,4	6,2	6,3	324	6,3	6,1	6,2	333
55-59	4,9	4,9	4,9	251	6,3	6,0	6,1	328
60-64	5,2	4,9	5,1	261	5,3	5,2	5,3	281
65-69	4,9	4,3	4,6	238	4,5	4,0	4,2	227
70-74	4,1	3,2	3,7	189	4,6	3,8	4,2	225
75-79	3,2	2,0	2,6	135	3,8	2,7	3,2	173
80-84	2,2	1,1	1,7	87	2,7	1,5	2,1	115
85 +	1,9	0,8	1,3	69	2,3	0,8	1,6	85
Subtotal 65 y +	16,3	11,4	13,9	718	17,9	12,8	15,3	825
Subtotal 75 y +	7,3	3,9	5,6	291	8,8	5,0	6,9	373
Total	100*	100*	100*	5.148	100*	100*	100*	5.350

Fuente: Instituto de Demografía: «Proyección de la población española», vol. I, Madrid, 1994.

* El porcentaje se ha redondeado a cien.

2. De sus familiares o entorno inmediato.
3. De otras personas o instituciones.

Actualmente apenas se estudia el trabajo y el tiempo fuera de su dimensión de mercancía o de recurso vendido en el mercado de trabajo. El problema radica en saber si este enfoque monetarista es adecuado para servir de base a una política de amplia cobertura social, en una sociedad que se propone la «salud para todos» como un objetivo para el año 2000 y que, simultáneamente, no cuenta entre sus ciudadanos más que con un tercio que tenga vinculación directa con el mercado de trabajo.

La investigación sobre la salud desde la perspectiva socio-económica dio un gran paso adelante con la Encuesta de Salud del Ministerio de Salud, de 1987, cuando por primera vez se dedicaron recursos considerables al estudio de la salud y de la enfermedad autopercibida, con

una muestra de 29.468 adultos y 10.104 niños. Esta encuesta volvió a realizarse en 1993, 1995 y 1997.

También se han realizado o están en proceso de diseño otros estudios que profundizan en temas más específicos o se amplían a algunas Comunidades Autónomas. La encuesta Metropolitana de Barcelona de 1986, la Encuesta del CIS sobre el Uso del Tiempo de 1987, y la del Instituto de la Mujer de 1987 sobre Actividades contienen todas ellas información sobre el tiempo doméstico aplicado al cuidado de enfermos dentro de los ámbitos familiares.

En 1990 se realizó en Aragón la Encuesta sobre nuevas Demandas Sociales, como parte del proyecto de investigación sobre «Nuevas Demandas en la década de los noventa» que se llevaba a cabo desde el Centro de Ciencias Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. En el proyecto participaron

investigadores de la Universidad Autónoma de Madrid, Universidad de Zaragoza y CSIC. La encuesta, con 1.200 entrevistas personales a mayores de 18 años, sirvió de precedente a una segunda encuesta, de ámbito nacional y 2.500 entrevistas, con el mismo diseño.

Entre los temas generales se incluyeron unas baterías sobre actividades y uso del tiempo en el último día laborable, entre las que se mencionaba «el cuidado de la salud de otros miembros de la familia». Nada menos que el 11% de las mujeres y el 5% de los varones dijeron haber dedicado tiempo el día anterior a cuidar la salud de sus familiares (concepto más amplio, evidentemente, que la atención a los enfermos). Entre las amas de casa, la frecuencia fue del 14%.

Posteriormente, el CIRES realizó (1991) una encuesta de ámbito nacional (1.200 entrevistas) sobre el Uso del Tiempo, que aportó nuevos datos sobre el cuidado de la salud y de los enfermos: esta encuesta se ha repetido en 1996. También CIRES ha realizado una encuesta sobre Tercera Edad que contiene información interesante sobre necesidad de cuidados. En 1993 y 1994 se realizaron desde el CSIC tres encuestas de pequeño tamaño en la Comunidad de Madrid, dirigidas a niños escolarizados (400 entrevistas), ancianos (400 entrevistas) y usuarios de servicios de urgencias. El estudio del Panel de Hogares (Instituto de Estadística) también contiene alguna información sobre la prestación de cuidados a terceras personas dentro del hogar, lo mismo que la Encuesta de Presupuestos Temporales (INE), de la que sólo se ha realizado hasta ahora el estudio piloto. Esta encuesta, y la anterior, forman parte de proyectos europeos, por lo que permitirán la comparabilidad con otros países. Ambos estudios son homogéneos con otros estudios europeos a través de Eurostat. En 1995, desde el CSIC, se realizó la encuesta nacional de Actividades No Remuneradas, especialmente dedicada al cuidado. En 1998, también desde el CSIC, se ha realizado otra encuesta sobre «*La contribución del trabajo no remunerado a la economía de Madrid*», que contiene mucha información sobre el cuidado de la salud y enfermedad y la atribución de tareas de cuidado dentro de los hogares. (Durán, M.A. (Dir.), Consejería de Economía de la Comunidad de Madrid. Informe multicopiado).

Lo novedoso, aunque dicho ya de otra manera por la propia Organización Mundial de la

Salud, es 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 del 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 conflictos en el sector sanitario ponen de relieve entre la opinión pública el carácter mercantil (cambio de tiempo de trabajo por dinero) del cuidado de la salud, tanto en la medicina privada como en la medicina pública.

Frente a este carácter mercantil o monetarizado 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 del mercado y de 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 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 acumulados 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 enfermedad, ejercicio, regulación térmica del hogar, gestión de la atención sanitaria, complementación de la atención sanitaria, etc.) son cada vez mayores. 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.

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.

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 sistema sanitario institucional del que se reconocen deficiencias o limitaciones. En estas comparaciones suelen cometerse dos errores que desvirtúan el significado de la comparación:

1. La sustitución del «**todo**» por la «**parte**» (o sea, del sistema global de cuidado de la salud por el sistema sanitario institucional o formal).
2. 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 económico monetarizado, se ocupan de tareas relativas al cuidado de la salud.

Esta diferente composición de los hogares y de la posición estructural de las mujeres significa que los «recursos» o «costes» reales asignados globalmente al cuidado de la salud (al 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.

En un sistema económico altamente monetarizado, la enfermedad se convierte en productora de mercancías: el cuidado médico, los fármacos, las instalaciones, los desplazamientos, las pensiones y subsidios, generan una gran corriente monetaria alimentada por el mercado privado y las instituciones de seguros o coberturas públicas. ¿A quién corresponde pagar los costes de estas gigantescas adquisiciones?

Nadie duda de la importancia creciente que en los próximos ejercicios económicos tendrán las partidas del presupuesto público destinadas al sector sanitario, que crece imparablemente en todos los países desarrollados. Sin embargo, la preocupación por el mejor conocimiento de los costes sanitarios no ha corrido pareja al interés por conocer los costes de tiempo no mercantil generados por el cuidado de la salud. Es éste un riesgo considerable en la política sanitaria, puesto que las demandas de tiempo mercantil o monetarizado son sólo una parte pequeña –aunque muy cualificada– en el conjunto de las demandas de tiempo generadas por el cuidado de la salud.

4. La demanda insolvente: niños, enfermos, discapacitados y ancianos

La Encuesta de Nuevas Demandas de 1990 permitió por primera vez hacer estimaciones de la detranme** global de salud, así como de la detranme** de salud para distintos colectivos, y de los colectivos que satisfacen esta demanda desde relaciones no mercantiles. Según esta encuesta, en el 13% de los hogares hubo algún familiar enfermo en la semana anterior a la realización de la

encuesta (enero y febrero 1990) y en el 10% de los hogares había una o más personas incapacitadas. La duración media de la incapacidad, hasta el momento de realizarse la encuesta, era de 16.5 años; la mitad de las incapacidades se definieron como leves y la otra mitad como graves.

El sistema sanitario institucional aporta el diagnóstico y los tratamientos más cualificados, pero la enorme demanda de trabajo generada por las enfermedades e incapacidades se satisface mayoritariamente fuera del sistema sanitario institucional, en forma de trabajo no remunerado. La Encuesta del CIS, sobre Desigualdad Familiar y Doméstica (1984), estimaba que una de cada diez amas de casa tenían un incapacitado entre sus parientes próximos y esta cifra se ha confirmado en la Encuesta de Nuevas Demandas (CSIC, 1990). En la Encuesta del CIS de 1984 se estimaba que sólo un 10% de los incapacitados recibían de una institución la mayor parte del tiempo de cuidado requerido; en conjunto, cada mil amas de

casa asumían en esa fecha el cuidado de sesenta y seis incapacitados, de los que el 73% llevaban más de seis años en esa situación. En la Encuesta de Nuevas Demandas de 1990 volvió a reflejarse una situación parecida, en la que los largos tiempos de dedicación requeridos no se aportaban por la economía monetarizada sino desde fuera de ella. En el 72% de los casos de enfermedad y el 79% de los de incapacidad son las amas de casa quienes satisfacen la mayor parte de la detranme**.

Sintetizando los datos de la Encuesta Nacional de Nuevas Demandas (1990), la Encuesta de Nuevas Demandas de Aragón (1990) y la Encuesta CIRES sobre Uso del Tiempo (1991) puede concluirse que la población mayor de dieciocho años dedica un promedio anual de 252 horas p/c al cuidado de la salud (propia y de los familiares). El conjunto de tiempo de trabajo remunerado aplicado al cuidado de esta necesidad básica es sólo un 12% del tiempo total de trabajo o esfuerzo aplicado en España al cuidado de la salud.

DETRANME** POR ENFERMEDAD Y DISCAPACIDAD, SEGÚN COLECTIVOS QUE LA ORIGINAN

	<i>Enfermos</i>		<i>Discapacitados</i>	
	<i>España</i>	<i>Aragón</i>	<i>España</i>	<i>Aragón</i>
Niños menores de 5 años	7,7	5,2	—	—
Niños de 6 a 15 años	4,3	3,5	—	—
Hijos de más de 16 años	2,9	2,8	1,4	1,7
Varones cabeza de familia	4,1	4,3	4,8	2,6
Mujeres cabeza de familia	4,6	3,5	2,7	2,3
Padre de los cabeza de familia	7,1	2,2	6,1	15,2
Madre de los cabeza de familia	4,8	5,9	14,1	19,8
Otros familiares	4,3	4,4	8,9	9,6
% de hogares con 1 o más discapacitados				9,9
% de hogares con 1 o más enfermos				12,9
% de personas enfermas (en la semana anterior)				3,6
% de personas discapacitadas (en la semana anterior)				3,0
% enfermos de reciben cuidados de familiares				70,0
% discapacitados que reciben cuidados de familiares				69,0
Número de hogares en la muestra	2.490	1.203	4.490	1.203
Número de familiares en la muestra	9.042	4.156	9.042	4.156

Fuente: a) Encuesta Nacional de Nuevas Demandas (CSIC, 1990).

b) Encuesta de Nuevas Demandas de Aragón (CSIC, 1990).

Estas son sólo primeras aproximaciones, pero permiten fijar los límites de magnitudes en los que habría que situar el problema en el caso de una alteración en el reparto actual de la función salud entre el sector formal o remunerado de la economía española y su base no monetarizada. Alteración que no sólo puede producirse en el sentido de trasvase de lo no monetarizado a lo monetarizado, sino también —y son aún mayores las presiones para ello—, a la inversa. En este abaratamiento de costes sanitarios trasvasados al sector no monetarizado se fundamenta buena parte de la llamada medicina comunitaria y programas de autoayuda.

Sin duda este abaratamiento de costes produce muy buenos resultados sobre el excedente de explotación. Pero es muy dudoso que el excedente de explotación, aunque figure en todos los análisis macroeconómicos a la Contabilidad Nacional, sea —en este caso— un indicador real de desarrollo.

4.1. LA DEMANDA DE LOS NIÑOS

La demanda de los niños sanos a causa del cuidado de la salud y el cuidado en la enfermedad ha sido objeto de un estudio monográfico y una encuesta (Vega, R. y Garrido, A., 1995), y forma parte importante de las Encuestas Nacionales de Salud.

La encuesta realizada en el CSIC en 1993 (Encuesta sobre Demandas Vinculadas a la salud de los niños sanos, 1993), relativa a niños escolarizados, excluye a los menores de tres años y a los que están en situaciones tan precarias de salud que impide su escolarización. El nivel percibido de salud según la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad) de 1993, para los menores de 16 años la valoraba en «buena» o «muy buena» (89% de los casos), «regular» (10%) y «mala» o «muy mala» (1%). Según la encuesta del CSIC de la misma fecha, estas cifras fueron, respectivamente 93%, 6% y 1%, y se distribuyeron por igual entre niños y niñas.

Aunque esta valoración es muy positiva, en la encuesta CSIC los padres informaron que un 25% de los niños padecía algún problema habitual de salud, generalmente leve, y en su mayoría relacionado con alergias (63% entre los que tienen problemas habituales). Sobre una población infantil de 5.300.000 niños,

esta cuarta parte con problemas habituales, aunque leves, significa una demanda superior a la media por parte de 1'3 millones de niños escolarizados.

Con independencia de que, en general, gocen de buena salud, es relativamente frecuente que los niños sanos escolarizados padezcan enfermedades, que son también habitualmente leves. En el plazo de seis meses anterior al momento de la entrevista, el 35% de los niños no había sufrido ninguna enfermedad, pero el 65% de los niños había sufrido al menos una, el 23% dos, el 9% tres, el 4% cuatro y el 2%, cinco; lo que equivale a 1'03 enfermedades por niño y semestre, y 2'06 enfermedades por año. O lo que es lo mismo, 10'9 millones de enfermedades anuales en el conjunto de la población infantil española de tres a catorce años. De este conjunto, un 16% había recibido exclusivamente atención familiar, y el 84% había recurrido, también, al sistema sanitario. Del total de los niños, 60% habían acudido al menos una vez a consulta médica en el último semestre, 16% habían recibido visita domiciliaria, 6% habían sido tratados en servicios de urgencia, y un 1% había recibido hospitalización. Anualmente, estas cifras se duplican. La Encuesta Nacional de Salud estima que en 1993 habían sido hospitalizados el 4% de los niños menores de dieciséis años, que es el doble de la estimación en base a la encuesta del CSIC: pero no es una gran disparidad, puesto que esta encuesta no se refiere más que a niños escolarizados y mayores de tres años.

La demanda de cuidados se dirige fundamentalmente a la propia familia de los niños, que actúa antes, durante y después de la prestación sanitaria. Según la encuesta del CSIC, el 97% de los niños que padecieron alguna enfermedad recibieron ayuda de su familia. Tanto si la madre trabaja fuera de casa como si no, ella es la que presta el cuidado en la mayoría de los casos (80% y 93%, respectivamente), pero cuando las madres tienen empleo es más frecuente la cooperación de las abuelas (sube del 2% en las que no tienen empleo al 14% en las que sí) y de empleadas remuneradas (del 1% sube al 8%).

En el cuidado a niños enfermos se superponen los cuidados encaminados directamente a su curación con los cuidados de tipo general. El promedio de duración de cada enfermedad, en días, es de 6'10: sin embargo, el promedio

de días de absentismo escolar es menor, 2'6, tanto porque algunas enfermedades no son incompatibles con la asistencia a clase como porque se producen en días no lectivos. Un dato muy relevante es que la estimación de la duración de la enfermedad es casi doble en las familias en que la madre no tiene empleo (7'07 días como promedio) que en las familias en que la madre tiene empleo (4'28 días).

Las posteriores Encuestas Nacionales de Salud (1995, 1997), no ofrecen resultados muy diferentes de este panorama.

4.2. LA DEMANDA DE LOS DISCAPACITADOS

En una primera estimación de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1982, a nivel universal, se propuso la cifra del 10% de la población como proporción que sufre alguna clase de deficiencia física, mental o sensorial. El «Libro Blanco» sobre *Política Social Europea* (1994) mantiene esta misma estimación para la Unión Europea, y a facilitar su integración se destinan diversos programas (Fondo Social Europeo, programa Helis, iniciativa Horizon). En España, la *Encuesta sobre Discapacidades, deficiencias y minusvalías*, del INE, de 1986, cifró este número en 5.743.291 personas, equivalente al 14'87% de la población. La distribución por género y grandes grupos de edad en aquella fecha era la siguiente: varones, 2.497.922 y mujeres 3.245.370.

El reciente estudio sobre «*Las estructuras del bienestar*» (Muñoz Machado, García Delgado y González Seara, Civitas, 1997), fija el índice de afectados para esa fecha, según grupos de edad, en 1'84% para menores de seis años, 9'08% para los de 6 a 64 años y 56'25% para los mayores de sesenta y cinco (pág. 601). La población afectada por diversas clases de discapacidad, también para esa fecha, se recoge en la tabla adjunta. La cifra conjunta de discapacidades supera la de discapacitados porque muchos discapacitados sufren más de una discapacidad, y resulta un índice de 32'17% de personas afectadas. El número medio de discapacidades por discapacitado es 2'15 (32'17:14'97).

A diferencia de estas estimaciones, según el *Plan de Acción para las Personas con Discapacidad* (Insero, 1996), el número de personas con algún tipo de discapacidad en 1996 es

2.864.790. La reducción no se debe a una mejoría real en la situación de los afectados, sino a una reclasificación de los datos. Esta estimación excluye a las personas mayores de sesenta y cinco años, que según la encuesta de 1986 presentaban un índice de discapacidad del 56'25%. Por tanto, las cifras reales, para el conjunto de la población, son mucho mayores que las aquí expuestas.

Tabla 4.2.1

Distribución de la población afectada por clases de discapacidad

Tipo de discapacidad	Población afectada (N)	Población afectada (%)
Ver	817.432	2,13
Oír	911.714	2,38
Hablar	194.323	0,50
Otras comunicaciones	220.057	0,57
Cuidado personal	437.403	1,14
Andar	857.837	2,38
Subir escaleras	2.529.049	0,50
Correr	4.031.799	0,57
Salir de casa	812.095	1,14
Ambientales	1.275.725	0,72
Conducta con uno mismo	387.116	6,60
Conducta con los demás	296.816	10,52
Residencia y dependencia	1.333.925	2,12
Discapacidad futura	20.949	0,90

Fuente: Citado por Muñoz Machado, García Delgado y González Seara, utilizando datos del INE «*Encuesta sobre Discapacidades, deficiencias y minusvalías*», 1986 y del INSERSO, 1987.

La re-definición operativa de la discapacidad refleja bien los problemas planteados por el envejecimiento en la población española. Una discapacidad auditiva, visual o de movilidad, que en una persona joven sería considerada grave, se considera «normal» en una persona mayor de sesenta y cinco años, y, en gran parte, inevitable y por tanto carente de interés médico. La introducción del concepto de «**normalidad según edad**» es sin duda útil para algunos propósitos, pero no modifica el hecho fundamental de que en la sociedad española, las familias y los propios afectados han de enfrentarse a la reducción de capacidades de la población de edad avanzada, y a los costes de todo tipo que ello entraña. En cierto

modo, las encuestas generales contribuyen a la opacidad e invisibilización de los problemas de dependencia o discapacidad generados por la edad, porque se producen constantemente sesgos en las muestras, en las que «desaparecen» quienes por su mala salud (enfermos, en cama, en instituciones) no están en condiciones de responder o ser entrevistados y se renuncia a hacerlo (por ejemplo, las Encuestas Nacionales de Salud, que no incluyen la población que vive en residencias) o se sustituyen por entrevistados más accesibles y, habitualmente, más sanos o con menores índices de discapacidad.

Reproducimos la tipología utilizada en el Informe del Insero, que no coincide exactamente con la utilizada por los analistas de la Encuesta del I.N.E. de 1986.

Tabla 4.2.2
Clases de discapacidades

Clases	Población afectada
<i>De carácter psíquico</i>	296.401
Retraso Mental	152.548
Enfermedades mentales	100.648
Otras	43.205
<i>De carácter sensorial</i>	288.320
De audición	105.832
De visión	128.707
De lenguaje	34.997
Otras	18.784
<i>De carácter físico</i>	832.867
De aparato locomotor	481.314
De aparato circulatorio	189.647
De aparato respiratorio	96.557
Endocrino-metabólicas	65.349
<i>De carácter mixto</i>	17.749
<i>Otras discapacidades</i>	11.865

Fuente: INSERSO, *Plan de acción para las personas con discapacidad*, 1996.

En cuanto a los tipos de discapacidad referidos, se plantea el mismo problema metodológico de saliencia. Las discapacidades de los ancianos se aceptan como «naturales» y resultan poco visibles, aunque en el conjunto de la población sean las más abundantes y las que mayor demanda colectiva de recursos institucionales y no institucionales generan. A la inversa, los «casos raros» y los «casos dramáticos» lla-

man más la atención y se visibilizan o recuerdan más fácilmente. También contribuye a su visibilización la existencia de organizaciones activas, e incluso la aparición reciente de casos notables en los medios de comunicación.

La investigación sobre la discapacidad se beneficiaría de estudios fenomenológicos, que recojan la experiencia directa de los enfermos y no la de las instituciones o allegados, especialmente en el modo de vivir la relación con su propio cuerpo y con los iguales (Mulderij, 1996).

El tipo de discapacidad que padecen las personas referidas por los entrevistados en la Encuesta de Bienestar Social, ONCE, 1996-97, se refleja en la tabla adjunta.

Tabla 4.2.3
Tipo de discapacidad que padece la persona referida

Tipo de discapacidad	%	N
1 Ciego	11	(274)
2 Sordo	4	(100)
3 Mudo	3	(41)
4 Sordomudo	3	(74)
5 Falta brazo/mano	2	(60)
6 Falta pierna/pie	3	(63)
7 Problemas para desplazarse	6	(144)
8 Parapléjico (parcial)	7	(174)
9 Parapléjico (total)	3	(84)
10 Parálisis cerebral	3	(70)
11 Síndrome de Down	10	(237)
12 Autismo	*	(11)
13 Otras discapacidades mentales	11	(254)
14 Otras discapacidades físicas	8	(205)

Fuente: Encuesta de Bienestar Social, ONCE, 1996-97.

El interés metodológico de la saliencia es que permite preguntarse por el papel de los estereotipos en la investigación social, e indirectamente, en la adopción de medidas en las políticas sociales y sanitarias.

4.3. EL EFECTO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Donde más se aprecia el efecto de la edad sobre la salud es en las enfermedades crónicas.

Para los adultos muy jóvenes (16-24 años) el índice de «libres de enfermedad crónica» es 84'1%, y se mantiene casi idéntico hasta los cuarenta y cuatro años (80'9%). A partir de ahí se produce un descenso considerable (55'6% en los de cuarenta y cinco a sesenta y cuatro años), y se estabiliza en 38% a partir de los sesenta y cinco años. A la inversa, puede decirse que el 62% de la población mayor de sesenta y cinco años padece alguna enfermedad crónica que ha sido diagnosticada, entre las siete referidas, y que la mitad de ellos padece dos o tres. La estabilización, e incluso la ligera mejoría de los indicadores para el grupo de edad más avanzada, plantea una cuestión de gran interés metodológico. Nuestra hipótesis es que no puede atribuirse a una mejora real en sus condiciones de salud, sino a un acceso menor a los reconocimientos médicos en la situación actual y pasada y, sobre todo, a una accesibilidad más difícil para los sistemas de sondeo (muestreo, entrevistas, etc).

La diferencia entre los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 1995 y la de 1997 es pequeña, aunque en su conjunto la ten-

dencia es de mejoría o disminución en la mayor parte de los indicadores. La proporción de personas que afirman que no han sido diagnosticadas de ninguna de las enfermedades crónicas más comunes (hipertensión arterial, colesterol, diabetes, asma o bronquitis crónicas, enfermedades del corazón, úlcera de estómago o alergias) ha sido, respectivamente de 67'3% y 68'8 %; el índice de diagnosticados se ha reducido por tanto, en un 1'5 %, que respecto al índice de quienes «no tienen enfermedades crónicas diagnosticadas» representa un descenso del 2'2%.

Si una lectura optimista de estos datos concluiría señalando que dos tercios de la población adulta no han sido diagnosticados de ninguna enfermedad crónica, una lectura más pausada llevaría a preguntarse por la extensión con que la población se ha sometido a reconocimientos o chequeos que permitan detectar estas dolencias. No obstante, no hay razones para suponer que el índice de reconocimientos sea inferior en 1997 que en 1995, por lo que esta salvedad no afecta a la tendencia, sino solamente a la cuantía.

Tabla 4.3.1
Enfermedades crónicas diagnosticadas. Población de 16 años y más

	EDAD						N.C.
	Total	16-24	25-44	45-64	65-74	75 y más	
Hipertensión arterial (tensión arterial elevada)	12,0	0,8	3,6	18,3	31,4	30,4	0,0
Colesterol elevado	9,5	0,4	4,3	15,4	23,1	15,7	0,0
Diabetes (azúcar elevado)	4,7	0,1	1,3	6,5	14,1	13,1	0,0
Asma o bronquitis crónica	4,9	2,6	2,0	6,2	10,1	12,3	0,0
Enfermedad del corazón	4,8	0,7	1,1	6,1	12,6	18,6	0,0
Úlcera de estómago	4,3	1,1	3,5	6,1	5,8	7,9	0,0
Alergia	8,1	12,0	7,3	7,1	7,6	6,0	0,0
Ninguna de estas	67,3	84,1	80,9	57,3	37,6	38,6	100,0
(N)	(6398)	(1240)	(2226)	(1783)	(746)	(393)	(9)
Ninguna	65,3	81,2	77,8	55,6	37,2	38,2	100,0
Una	20,9	13,7	15,1	26,0	32,9	31,7	0,0
Dos	7,4	1,7	2,8	10,3	18,2	19,0	0,0
Más de dos	3,4	0,0	0,4	5,2	10,5	10,1	0,0
Alguna	34,7	18,8	22,2	44,4	62,8	61,8	0,0
N.C.	3,0	3,5	3,9	2,9	1,2	1,0	0,0
(N)	(6600)	(1285)	(2317)	(1837)	(755)	(397)	(9)

Fuente: Elaboración de M.A. Durán y S. García Díez sobre la Encuesta Nacional de Salud de España, 1995, (pág. 119).

La proporción de personas adultas que padecen enfermedades crónicas diagnosticadas es 32'7% en 1995 y 31'2% en 1997, esto es, un tercio de la población adulta. Las enfermedades crónicas se concentran en el colectivo de enfermos, y como promedio, quienes tienen una enfermedad crónica diagnosticada, no sólo tienen una sino 1'5 enfermedades.

La mayoría de las enfermedades crónicas, en el nivel que son padecidas por la población, no limitan sus actividades habituales. Esto, no obstante, no significa que no requieran cuidados y asignación de recursos de tiempo, organización y dinero, o que no entrañen preocupaciones o sufrimientos de otra índole. Como ya hemos señalado, las «actividades habituales» son sumamente elásticas y se ajustan constantemente a las posibilidades físicas, económicas, psicológicas, sociales y de todo tipo de cada persona. La «no limitación de las actividades habituales» hay que entenderla como un ajuste a posteriori y no a la inversa.

El 30% de quienes padecen una enfermedad crónica diagnosticada han tenido que limitar sus actividades habituales en el año anterior. El indicador, al referirse a un período tan largo y no precisar el número de días o veces que se ha producido la limitación, abre un margen excesivamente amplio de posibilidades, a efectos del cómputo del impacto. Algunos casos pueden haber tenido una duración muy prolongada o permanente, en otros puede haberse producido la limitación solamente durante una crisis o período agudo, de recrudescimiento de la enfermedad. Entre los varones la proporción de quienes han tenido que reducir la actividad principal es algo más elevada que entre las mujeres (32'4% frente a 28'6% en el año 1997) lo que podría ser atribuido al impacto físico de la enfermedad. Pero también es probable, incluso más probable, que se deba a condicionantes organizativos. Los varones tienen mayor rigidez y dependencia externa en sus condiciones de vida y de trabajo y mayores expectativas de movilidad, esfuerzo y relaciones sociales. Además, y esto se puso claramente de relieve hace algunos años con ocasión del envenenamiento por aceite de colza, los trabajadores asalariados disponen de sistemas de protección social y de sistemas de sustitución que permiten al trabajador faltar a su trabajo con menores costes derivados de lo que le ocurre a los trabajadores

por cuenta propia y, especialmente, a las amas de casa.

Al cabo del año, un 30'3% de los enfermos crónicos resultan afectados por su enfermedad. En conjunto, un 9'3% del total de la población mayor de dieciséis años, resulta limitada en sus actividades habituales por las enfermedades crónicas (30'3x31'2).

Tabla 4.3.2
Enfermedades crónicas diagnosticadas
(adultos) (multirrespuesta)

Total	1995	1997
Hipertensión arterial (tensión arterial elevada)	12,0	11,4
Colesterol elevado	9,5	8,2
Diabetes (azúcar elevado)	4,7	5,0
Asma o bronquitis crónica	4,9	5,0
Enfermedad del corazón	4,8	4,9
Úlcera de estómago	4,3	3,5
Alergia	8,1	8,0
No le han dicho que padezca ninguna de estas enfermedades (N)	67,3 (6398)	68,8 (6259)

Fuente: Elaboración de M.A. Durán sobre datos de la Encuesta Nacional de Salud de España, 1995 (pág. 117) y 1997. (pág. 66).

4.4. LA HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización puede tomarse como un indicador de mala salud, pero también como un indicador del uso de recursos sanitarios y de los cuidados familiares complementarios. *La tasa de hospitalización de los varones mayores de sesenta y cinco años es doble que la del conjunto de la población.* Por cada mil varones de 65 a 74 años se hospitalizan al año ciento noventa y siete, y esta proporción sube a doscientos sesenta, esto es, *más de uno de cada cuatro*, en el grupo de *mayores de setenta y cinco años*. La hospitalización de mujeres es sensiblemente más baja para los mismos grupos de edad (120 y 165%, respectivamente) y los analistas no lo interpretan tanto como una muestra de mejor salud cuanto de una *discriminación larvada que presiona más a las mujeres para la aceptación de sus enfermedades y para el no-consumo o ahorro de recursos familiares, tanto monetarios como*

no monetarios, así como para la continuidad en su trabajo como amas de casa y cuidadoras del resto de los miembros de su propia familia, (Cais, Castilla y De Miguel, 1993).

En 1991, el índice de personas mayores de 65 años en residencias era el 2% en España (108.000 personas, según el INE). En algunos países europeos, como Dinamarca, esta cifra es seis veces más alta (13'2%) - En Países Bajos es 12'3%, y en el Reino Unido, 10% (Kauffman et al, 1997, p. 23). El índice de plazas en residencias asistidas por cada cien personas mayores de sesenta y cinco años en España es 0'2%, mientras que en Dinamarca es 5'3% y en el Reino Unido 2'6%. El crecimiento de la dotación residencial se ha estancado en España, y al mismo tiempo se ha agravado la dependencia y cronicidad de los residentes antiguos. La razón principal del estancamiento es económica; ni los pensionistas, ni los familiares ni los presupuestos públicos pueden absorber los costes del cuidado por personal remunerado, siquiera sea empleando personal de media y baja cualificación. Kauffman señala **que es común la idea de que los trabajadores que prestan cuidados** (op. cit. p. 33) ejercen presiones ante la dirección de los centros para mejorar sus condiciones laborales, y que **tienen más fuerza para lograr sus reivindicaciones que los ancianos.**

5. La prestación de cuidados durante la enfermedad: el papel de los familiares, el Estado y la sociedad

Según la encuesta ONCE 96, sólo el 34% de los entrevistados no ha sufrido ninguna de las carencias mencionadas, ni en sí mismo ni en sus familiares. La carencia más común (46%) es la de haber sufrido alguna enfermedad leve, que es más elevada en la encuesta del 96 (se realizó en noviembre) que en la del 94 (se realizó en mayo, 34%). La proporción de enfermedades graves se mantiene (22%), la de problemas económicos aumenta considerablemente (de 10% a 22%), la de problemas mentales se mantiene (8%), y aumenta la de incapacidad física (de 6% a 8%), igual que la de subnormalidad (3%).

Aunque son frecuencias bajas, y por tanto más susceptibles de variaciones provocadas por el azar, destaca el crecimiento del alcoholismo (del 2 al 3%), adicción a drogas (de 2 a 3%), SIDA (de menos de 0,5% a 3%) y malos tratos (de menos de 0,5 a 3%). En este grupo de situaciones carenciales son importantes los elementos de estigma y temor, por lo que el crecimiento de los individuos que las mencionan puede deberse tanto a la mayor difusión real de las situaciones como a una desinhibición para hablar de ellas. En este sentido, el papel de las organizaciones sociales y de los medios de comunicación, especialmente en el caso del SIDA y los malos tratos, ha sido decisivo en este período.

En conjunto, y aunque las carencias hayan sido referidas por una misma persona, en 1996 hay un 110% de referencias a situaciones carenciales asociadas a enfermedad o invalidez, entre los entrevistados y sus familiares.

La transferencia a la familia de los costes de todo tipo derivados de la situación carencial es evidente. No sólo es que la familia se hace cargo mayoritariamente de la demanda de ayuda en todos los casos, sin cooperación con las instituciones especializadas, sino que los casos de ayuda prestada principalmente por instituciones (entre el 2 y el 11% en 1996) son menos frecuentes que los combinados de familia e institución.

Las instituciones especializadas son, en algunos casos, financiadas con dinero público, pero en otros *se financian privadamente*. Entre las instituciones privadas algunas tienen ánimo de lucro y los receptores de ayuda son «clientes» de sus servicios. En otras predomina *el carácter benéfico o «sin ánimo de lucro»*, y emplean fundamentalmente **el trabajo de voluntarios**. Los voluntarios que trabajan en estas instituciones prestan su ayuda habitualmente con carácter no remunerado, pero todas las organizaciones o instituciones tienen al menos una mínima infraestructura organizativa compuesta por personal retribuido. Los costes de las instituciones financiadas total o parcialmente **con dinero público son sufragados por el conjunto de los ciudadanos, sufran o no la situación carencial. Solidaridad y transferencia son dos aspectos del mismo fenómeno.**

Las instituciones especializadas han sido citadas como únicas receptoras de la demanda

Tabla 5.1
Los receptores de la demanda de apoyo en situaciones carenciales
Índice de necesitados y entidades que facilitaron ayuda

Tipo de situación carencial	Base: los que sí han tenido carencia N	Entidades que facilitaron ayuda						
		% sobre muestra	Sólo familia	Instit. especia.	Familia e institu.	Ajenos (amigos) (vecinos)	Nadie, por sí mismo	NS/NC
Encuesta CIRES (Mayo, 1994)								
– Estar demasiado mayor para valerse por sí mismo	(173)	14	88	3	5	2	2	1
– Tener una enfermedad no grave	(414)	34	83	3	6	2	6	1
– Tener una enfermedad grave y duradera	(266)	22	73	8	14	2	3	–
– Tener problemas mentales (epilepsia, depresiones..)	(98)	8	72	6	16	3	2	–
– Tener problemas psíquicos (subnormalidad)	(34)	3	49	21	24	3	3	–
– Estar incapacitado físicamente (ceguera, parálisis..)	(69)	6	71	6	19	–	4	–
– Tener problemas de malos tratos	(4)	–	100	–	–	–	–	–
– Tener problemas de alcoholismo	(28)	2	53	11	18	4	14	–
– Ser adicto alguna droga	(19)	2	47	17	31	–	5	–
– Tener problemas económicos	(118)	10	69	6	3	6	14	2
– Ser enfermo de SIDA	(6)	–	16	18	67	–	–	–
Muestra total	(1.200)							
Encuesta de Bienestar-ONCE 1996/97 (noviembre, 1996)								
– Estar demasiado mayor para valerse por sí mismo	(424)	18	78	4	8	1	2	7
– Tener una enfermedad no grave	(1.113)	46	78	2	12	2	4	3
– Tener una enfermedad grave y duradera	(532)	22	59	8	22	1	3	7
– Tener problemas mentales (epilepsia, depresiones..)	(203)	8	50	8	17	1	5	19
– Tener problemas psíquicos (subnormalidad)	(112)	5	44	4	18	–	5	30
– Estar incapacitado físicamente (ceguera, parálisis..)	(181)	8	53	7	17	1	3	19
– Tener problemas de malos tratos	(64)	3	14	11	9	3	8	55
– Tener problemas de alcoholismo	(78)	3	26	4	17	3	8	44
– Ser adicto a alguna droga	(83)	3	20	10	22	1	6	41
– Tener problemas económicos	(541)	22	69	2	3	2	18	7
– Ser enfermo de SIDA	(61)	3	18	5	13	–	2	62
Muestra total	(2.416)							

Fuente: Elaboración M.A. Durán sobre datos de la Encuesta CIRES, 1994 y Encuesta de Bienestar Social, ONCE, 1996-97.

de ayuda entre el 4 y el 11% de los casos, según el tipo de situación, por los entrevistados en la encuesta del 96, y entre el 3 y el 21% según la encuesta del 94. En los temas que más se han citado es en la adicción a las drogas, alcoholismo y malos tratos. En cooperación entre instituciones especializadas y la familia, las situaciones carenciales más citadas son los casos de adicción a drogas (31% según la encuesta del 94, 22% según la encuesta del 96), la subnormalidad (18% en el 96, 24% en el 94), las enfermedades graves y duraderas (22% en el 96, 14% en el 94), los problemas de alcoholismo (17 y 18%), discapacidades físicas (17 y 19%) y problemas mentales (17 y 16%).

El papel de las personas cercanas ajenas a la familia (amigos, vecinos) es muy poco relevante: entre 1 y 3%, según la encuesta de 1996.

Después de constatar que el apoyo de las instituciones especializadas es muy escaso por comparación con el de la familia, hay que preguntarse si la rúbrica de «familia» no es excesivamente extensa, y si no sería conveniente indagar con mayor profundidad sobre quiénes son los familiares que se hacen cargo de las demandas de ayuda (y, muy probablemente, detectan previamente las situaciones de necesidad), y sobre qué bases (libertad de elección o adscripción, reciprocidad, secuencia temporal, grado de implicación, duración, etc.) se asienta esta relación de apoyo.

6. La carga del cuidado: condiciones de vida de los cuidadores

Una de las dificultades mayores del análisis comparado en encuestas de salud o de morbilidad es la disparidad de períodos de referencia. En la tabla 5.2 se ha homogeneizado el período de referencia de todos los indicadores, haciéndolo anual, para facilitar el análisis del impacto. Los datos proceden de la Encuesta Nacional de Salud de 1997. En síntesis, cada cien adultos sufren al cabo de un año 221 días de reducción de su tiempo libre, 196 días de reducción de la actividad principal, 70 días de permanencia en cama, nueve accidentes (sin precisar duración de las secuelas o tratamiento), 85 consultas, 82

días de hospitalización, 29 utilizaciones de urgencias, 194 días afectados por dolencias de larga duración y 86 limitaciones de actividad.

El nivel medio de salud autopercebida es bueno, 3,7 en una escala de cinco puntos; pero un 32%, esto es, uno de cada tres adultos, considera que sólo es regular o mala y un 8% considera que es mala o muy mala. Además las ENS tienden a sesgar optimistamente los resultados porque no incluyen la población institucionalizada (residencias, geriátricos, hospitales, etc.) ni pueden garantizar que los «inaccesibles» contesten la encuesta, aunque entre estos haya una alta proporción de enfermos y discapacitados.

Los riesgos del trabajo, tanto si se trata de empleo remunerado como de trabajo no remunerado, se dividen en cinco grandes grupos. Son los derivados del ambiente físico (espacio, temperatura, etc.), los contaminantes (biológicos, químicos, físicos) el esfuerzo físico y carga mental (esfuerzos, cargas, postura inadecuadas, monotonía, ritmos, iniciativa, atención, carga sensorial), las condiciones de seguridad y la organización del trabajo (jornada, remuneración, status profesional, comunicación).

Todos estos elementos de análisis pueden incorporarse al análisis de las condiciones de vida de los cuidadores de enfermos. Por ejemplo, la Ordenanza General de Seguridad e Higiene en el trabajo establece que las condiciones mínimas de espacio por trabajador son 3 metros de altura del piso al techo, 2 m² de superficie descontando mobiliario y 10 metros cúbicos por trabajador: probablemente son muy pocos los cuidadores de enfermos que pueden poner condiciones o requisitos al espacio en que se desenvuelven, agravado cuando los enfermos son no-convivientes con el cuidador y han tenido que incorporarse a otro lugar o trasladarse el cuidador para su cuidado. El contagio o contaminación es otro elemento que preocupa igualmente a los cuidadores remunerados y no remunerados (hepatitis, sida, herpes, tuberculosis, etc.). Los factores de tipo físico (carga y desplazamiento del peso del enfermo o sus aparatos), la realización de esfuerzos repetidos y los factores posturales son asimismo comunes a los cuidadores no remunerados, que además poseen menos formación profesional y menos posibilidades de recibirla por la vía de la tutoría de otros compañeros en el centro de trabajo.

Tabla 5.2
El impacto anual de las enfermedades de los adultos

1.-Reducción de tiempo libre	
A.-% Frecuencia en 2 semanas	12.9
B.-Media, días	6.58
C.-Impacto ($26 \times A \times B$) = $26 \times 84.88=$ (en días/año por 100 adultos)	220.69
2.-Reducción de actividad principal	
A.-% Frecuencia en 2 semanas	12.2
B.-Media, días	6.19
C.-Impacto ($26 \times A \times B$) = $26 \times 75.52=$ (en días/año por 100 adultos)	196.35
3.-Quedarse en cama (en meses/año por cien adultos)	
A.-% Frecuencia en 2 semanas	7.2
B.-Media, días	3.74
C.-Impacto ($26 \times A \times B$) = $26 \times 26.93=$	70.01
4.-Tomar medicamentos (en meses/año por cien adultos)	
A.-Al menos una vez en 2 semanas	51.7
C.-Impacto (al menos, $26 \times A$)	134.4
5.-Algún accidente, últimos doce meses	
A.-Al menos una vez	8.8
6.-Consulta al médico en 2 semanas (no incluye pruebas, análisis, etc...)	25,0
A.-Al menos una vez	1.31
B.-Media veces	
C.-Impacto ($26 \times A \times B$) = $26 \times 32.75=$	85.15
7.-Hospitalización (días/año por cien adultos)	
A.-En últimos 12 meses, hospitalización	8.50
B.-Media días	7.64
D.-Media veces	1.27
C.-Impacto: ($A \times B \times D$) =	82.47
8.-Urgencias	
A.-Uso urgencias en 12 meses	18.7
B.-Media veces	1.57
C.-Impacto ($A \times B$) (veces/año por cien adultos)	29.36
9.-Dolencias larga duración (más 10 días) en 12 meses	
A.-Frecuencia	19.4
C.-Impacto (al menos, $10 \times A$) (días/año por cien adultos)	194.0
10.-Enfermedades crónicas diagnosticadas	
A.-Alguna diagnosticada	31.2
B.-Limitación de actividades habituales en 12 meses	27.7
C.-Impacto ($A \times B$)	86.4
11.-Nivel autopercebido de salud	
5.-Muy bueno	12.8
4.-Bueno	55.6
3.-Regular	23.5
2.-Malo	6.5
1.-Muy malo	1.6
0.-N.C.	0.0
(N)	(6392)
Media	3,715

Fuente: Elaboración de M.A. Durán sobre datos de la Encuesta Nacional de Salud de España, 1997.

El punto de mayor similaridad entre cuidadores remunerados y no remunerados es el de la carga mental y psíquica del trabajo. La cantidad de información que el cuidador debe procesar, lo desconocida o novedosa que ésta sea, la rapidez con que necesite responder y los obstáculos que interfieran con el proceso, condicionan fuertemente, tanto por exceso como por defecto, la calidad de las condiciones de desempeño de su actividad.

La carga psíquica afecta emocionalmente a los cuidadores: son los sentimientos de miedo, impotencia, responsabilidad, inseguridad y ansiedad que se traducen en trastornos digestivos, del sueño, dolores de cabeza, estados depresivos e irritabilidad.

Los trabajadores asalariados consideran que la presión del tiempo, los ritmos rápidos de trabajo y el elevado nivel de atención al enfermo son factores que empeoran sus condiciones de trabajo, haciéndolo más difícil y arriesgado para su propia salud. Los cuidadores no remunerados no están urgidos por el enfermo solamente, sino por las demás funciones que desempeñan para el resto de los familiares, cada una sujeta a sus propios horarios y ritmos. A ello se suma su propio trabajo remunerado, del que habitualmente depende su subsistencia o su calidad de vida material y las oportunidades educativas y condiciones de vida de la siguiente generación.

7. Propuestas de conocimiento, propuestas de acción

Hasta ahora, los costes sociales de la enfermedad se asumen fundamentalmente por los hogares.

¿Qué sucederá en los próximos años?

Para que los hogares asuman el cuidado de incapacitados y enfermos hace falta que se cumplan algunas condiciones que difícilmente se darán en la sociedad española del próximo futuro: estrechos lazos intergeneracionales, reducida tasa de enfermos/per cápita, poca movilidad geográfica, disponibilidad de hogares de la segunda generación, abundancia de mano de obra fuera del mercado de trabajo.

No se percibe por ahora ningún cambio en las actividades u opiniones que permita pronosticar un refuerzo de las relaciones intergeneracionales. Al contrario, los valores individualistas siguen en alza y los jóvenes reclaman cotas de independencia mayores cada día.

La proporción de enfermos respecto a sanos tiende a aumentar: los avances técnicos de la medicina han permitido alargar mucho la vida, pero no han conseguido hacerla más saludable en la misma medida. La proporción de incapacitados entre los jóvenes crecerá y crecerá sobre todo el número de ancianos con malos niveles de salud. Por tanto, la tasa de enfermos por cada cien habitantes, o por cada hogar, aumentará paulatinamente.

El cuidado de enfermos requiere una coincidencia de lugar, una proximidad geográfica. O se desplaza el enfermo o se desplazan sus cuidadores: pero, ¿dónde residirán los enfermos? La distancia en kilómetros y en tiempo entre la mayoría de los enfermos o incapacitados y sus familiares tiende a aumentar. La época de las grandes emigraciones exteriores españolas terminó, pero ahora sufrimos el gigantismo de las ciudades. Los inmigrantes extranjeros son un nuevo ejemplo de dispersión de familias, con especiales carencias de accesibilidad a las redes sociales y a la sanidad institucional.

Mientras descienda la natalidad, el número de hogares de la generación subsiguiente seguirá descendiendo; no habrá más oferta o disponibilidad de hogares para la población envejecida de lo que hay ahora o hubo en las dos décadas anteriores.

Si ni el mercado ni las instituciones de la Seguridad Social pueden hacerse cargo de una demanda creciente, sólo queda el recurso a la abundante mano de obra fuera del mercado de trabajo. Esta mano de obra la constituyen actualmente tres grandes grupos ocupacionales: las amas de casa, los jubilados y los parados. Cabe esperar que los parados disminuyan en el próximo futuro. En cuanto a los jubilados, sin duda su contribución al autocuidado y al cuidado colectivo puede ser muy importante en los próximos años, tanto en el ámbito familiar como a través de organizaciones humanitarias y a través del empleo irregular, sumergido. Sin embargo, a partir de los sesenta y cinco años el 21% de la población percibe su salud como «mala» o «muy mala»; el 81% de los varones y el 87% de las mujeres dicen padecer alguna

enfermedad o problema crónico de salud (Encuesta de Salud, 1987), en una proporción doble a la de los menores de cuarenta y cuatro años. ¿Puede esperarse que este colectivo, en conjunto, genere un excedente importante de fuerza de trabajo para aplicarlo al cuidado de los enfermos de todos los grupos de edades? ¿Puede otorgársele el papel de alternativa real, a través del voluntariado?

En cuanto a las amas de casa, es previsible que su número —al menos en las de dedicación exclusiva al ámbito doméstico— descienda a corto plazo. Otra cosa sería incoherente con la mejora del nivel de educación (la tasa de permanencia en la fuerza de trabajo es proporcional al número de años de estudio) y con las aspiraciones y valores expresados repetidamente en distintas encuestas (entre otras, la Encuesta de Valores de 1981 y 1987 o la Encuesta de Desigualdad Familiar de 1984).

No parece que vayan a producirse en el próximo futuro ninguna de las condiciones que facilitan la transferencia de la enfermedad a los hogares. Pero esta absorción puede forzarse por la ausencia de soluciones alternativas o por el empeoramiento de la oferta institucional que existe ahora. En cualquier caso, no se trata de un problema trivial. Y no puede reducirse al ámbito privado, porque lo privado y lo público se entrecruzan cuando de salud y enfermedad se trata.

NOTAS

* Quiero agradecer a tres instituciones su ayuda para la preparación de este artículo. En primer lugar, por ser el origen del mismo, a la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, donde presenté la primera versión como ponencia en el curso titulado «Salud y Sociedad a fines del siglo XXI», co-dirigido con José Luis Barona (Valencia, 1997). En segundo lugar, a la Fundación BBV, por las facilidades concedidas para anticipar aquí algunos resultados del libro de inmediata publicación titulado «Los costes invisibles de la enfermedad» en el que trato en extensión muchos de los temas apuntados aquí. Finalmente, al Consejo Superior de Investigaciones Científicas, donde se cumple ya una década de ininterrumpida dedicación a la investigación en sociología de la salud; especialmente deseo expresar mi agradecimiento a los compañeros Susana García, Vicente Rodríguez y Gloria Fernández Mayoralas por el apoyo y sugerencias recibidas en la preparación del estudio.

** DETRANME: «Demandas de trabajo no monetizado», término ya utilizado por la autora en su artículo «Demandas urgentes de tiempo y asistencia sanitaria» (*Política y Sociedad* 19, 1995).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONSO, L.E. (1986): «La producción social de la necesidad». *Economistas*, n.º 18, pp. 26-31.
- CIRES, (1991): *Encuesta sobre el Uso del Tiempo*, Madrid.
- CIRES, (1996): *Encuesta sobre el Uso del Tiempo*, Madrid.
- CSIC (1990): *Encuesta de Nuevas Demandas y Necesidades Sociales*, Madrid.
- CSIC (1993): *Encuesta sobre Demandas Vinculadas a la salud de los niños sanos*, Madrid.
- DURÁN, M.A. (Dir.) (1988b): *De Puertas adentro*. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.
- DURÁN, M.A. (1993): *Desigualdad Social y Enfermedad*, Madrid, Tecnos.
- DURAN, M.A. (1988c): «La mediación invisible: de las utopías sociales a los programas políticos en materia de salud. Visión sociológica», en Miguel, J.M. de; Yuste, F.J., y Duran, M.A. *El futuro de la salud*. Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, pp. 119-144.
- DURÁN, M.A. (1991): «La conceptualización del trabajo en la sociedad contemporánea». *Revista de Sociología y Economía del Trabajo*, n.º 13-14, 8-22.
- DURÁN, M.A. (2000): *Los costes invisibles de la enfermedad*, Bilbao, Fundación BBV.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; RODRÍGUEZ, V. (1992): «Accessibility and use of health services in Spain», Proceedings of workshop 3 Equity Aspects, *European Health Services Research Meeting*, París, Université Paris Dauphine, 16-18 diciembre.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. et al (1994): «Encuesta Nacional de Salud», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, Volume 68, Number 1, enero-febrero.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. y RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, V. (1995): «La capacidad funcional de los ancianos españoles», *Revista. Gerontología*, 1, págs. 16-22.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., RODRÍGUEZ, V., BARRIOS, L.: «Factors affecting the use of health services in Spain», *XV Congress of the International Association of Gerontology*, Budapest, 4-9, Junio.
- INSTITUTO DE DEMOGRAFÍA (1994): *Proyección de la Población Española, vol. I*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1988): *Contabilidad Nacional de España* (Base 1980). Madrid.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1986): *Encuesta sobre Discapacidades deficiencias y minusvalías*, Madrid.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES (INSERSO), (1988): *Cuidados sustitutos: Servicios de apoyo para las personas con discapacidades y sus familias*, Madrid, Instituto de Servicios Sociales.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES (INSERSO), (1989): *Las personas con minusvalía en España. Necesidades y Demandas*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales e Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES (INSERSO), (1995): *Las personas mayores en España* (Encuesta de la población de 65 y más años. Centro de Investigaciones Sociológicas), Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES (INSERSO), (1996): *Plan de acción para las personas con discapacidad*, Madrid.

- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1990): *Indicadores de Salud*. Madrid.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1993, 1995, 1997): *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid.
- MUÑOZ MACHADO, GARCÍA DELGADO Y GONZÁLEZ SEARA (1997): «Las estructuras del bienestar», *Civitas*, Madrid.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1986): «On the Concept and Principles of Health Promotion». *Health Promotion*, vol. 1, n.º 1.
- ONCE (1996-97): *Encuesta de Bienestar Social*, Madrid.
- PACHA, E. y DURÁN, M.A. (1995): «Demandas urgentes de tiempo y asistencia sanitaria», *Revista Política y Sociedad*, n.º 19.
- RODRÍGUEZ, V. (1998), «El trabajo no remunerado de atención a enfermos y ancianos: propuestas metodológicas», en Durán (coord.), Memoria de Investigación del proyecto *La contribución del trabajo no remunerado a la economía española: alternativas metodológicas*, Madrid, Instituto de la Mujer (en prensa).
- RODRÍGUEZ, V., FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., (1994), «La capacidad funcional de los ancianos españoles. Estudio a partir de la Encuesta Nacional de Salud de 1993». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68 (1), pp. 40-45.
- VEGA, R. Y GARRIDO. A. (1995): «Demandas de tiempo en el cuidado de los niños», *Revista Política y Sociedad*, n.º 19.
- ZAMBRANO ÁLVAREZ, I. (1998), «Los tiempos invisibles del cuidado de la salud: Consideraciones sociales, políticas y económicas», en Durán (coord.), Memoria de Investigación del proyecto *La contribución del trabajo no remunerado a la economía española: alternativas metodológicas*, Madrid, Instituto de la Mujer (en prensa).
- ZAMBRANO ALVAREZ, I. (1997): «La aportación de las mujeres a la economía de la salud: una aplicación del estudio de tiempos al análisis de las incapacidades graves», *Revista ICE*, n.º 760, febrero.