

**Propuesta para la construcción de una
cuenta satélite de producción de servicios
de salud en el sector hogares,
en el marco del SCN**

**Prof. Dra. María-Angeles Durán
Consejo Superior de Investigaciones Científicas
España**

ÍNDICE

- 1.- La importancia social del trabajo no remunerado**
 - 1.1.- Lo políticamente correcto: cambios en las declaraciones y cambios reales
 - 1.2.- El marco conceptual: la investigación sobre el trabajo no remunerado y las familias.
 - 1.3.- La demanda de trabajo no remunerado en los hogares.
 - 1.4.- Implicaciones políticas del trabajo no remunerado: equidad, eficiencia y sostenibilidad del sistema.

- 2.- Las relaciones actuales entre los hogares y el sistema público sanitario.**
 - 2.1.- Los sistemas de cuidado de enfermos.
 - 2.2.- Las demandas de los hogares y familias al sistema sanitario.
 - 2.3.- Perspectivas de futuro en la demanda de cuidado.

- 3.- La asignación de valor al trabajo no remunerado**
 - 3.1.- Lucro cesante o coste de oportunidad: las posibilidades perdidas.
 - 3.2.- Coste de sustitución: el precio sustitutivo en el mercado.
 - 3.3.- El precio de mercado del servicio doméstico.
 - 3.4.- Asignación de valor según el criterio de la sociedad de gananciales.
 - 3.5.- Asignación de valor por los propios trabajadores no remunerados.

- 4.- La necesidad de medir los costes de la enfermedad para las familias**
 - 4.1.- La aparente neutralidad de las formas de contabilización y la competencia por teorías contables.
 - 4.2.- El concepto de coste en el lenguaje común y en el lenguaje económico.
 - 4.3.- Causantes, pagadores y beneficiarios.
 - 4.4.- El progreso del discurso teórico y del discurso experimental
 - 4.5.- Aplicación y límites de la lógica del intercambio: los que no pueden pagar.

- 5.- Opciones metodológicas para el avance en la elaboración de una Cuenta Satélite de Salud.**
 - 5.1.- Obtención de información.
 - 5.2.- Tipos de estudios sobre aportación del trabajo no remunerado al cuidado de la salud.
 - 5.3.- Procesamiento de la información
 - 5.4.- Integración de la información obtenida en el análisis de la Contabilidad Nacional.

1.- LA IMPORTANCIA SOCIAL DEL TRABAJO NO REMUNERADO

1.1.- Lo políticamente correcto: cambios en las declaraciones y cambios reales.

La intermediación del sujeto es inevitable en las ciencias sociales, tanto por parte de los observadores como de los observados¹. Las encuestas, tanto si son de opinión como descriptivas de hechos, requieren de la cooperación de informantes cuyas declaraciones no equivalen exactamente a su conducta real o a los hechos descritos. El deseo de ocultación, la consciencia de los hechos y el grado de conocimiento, son algunos elementos que mediatizan las respuestas. Un tipo especial de sesgo es el llamado “*deseo políticamente correcto*”, que empuja al entrevistado a decir lo que cree que debe decir, y que se suma a la “*declaración interesada*” o sesgo a favor de las respuestas que el entrevistado percibe como más convenientes para sí mismo, o al efecto “*congraciamiento*” que presiona al entrevistado a decir lo que cree que desea escuchar el entrevistador.

Todos estos sesgos confluyen en la investigación por encuesta y son conocidos y, en lo posible, contrarrestados por los investigadores. Es conocido, por ejemplo, que los ingresos tienden a declararse a la baja, y los gastos al alza. En el caso del trabajo remunerado, que se corresponde con contratos y obligaciones legales, también hay una tendencia a ajustar las declaraciones a los tiempos de trabajo contratados, eliminando ausencias, retrasos, descansos o simultaneación con actividades no laborales en el mismo horario.

Es necesario llamar la atención sobre la necesidad de estudios periódicos del sector de hogares y la producción no monetarizada y, al mismo tiempo, introducir en el estudio desde sus comienzos el necesario distanciamiento metodológico sobre el significado de las cifras que habitualmente se manejan en la investigación social y económica. No en las propias de este estudio, sino en todas y cada una de las que se hacen públicas. No sabemos en qué proporción ha calado entre la población la consciencia del tiempo que dedica a las actividades necesarias no remuneradas, ni en qué medida es ahora “*políticamente correcto*” el reconocimiento de que se participa de las actividades domésticas, o la medida en que existe mayor interés o al menos menor reticencia por parte de diferentes colectivos sociales en manifestarlo. Sería conveniente diseñar instrumentos específicos de análisis encaminados a comprobarlo.

¹ Durán, M.A., “*Viejas y Nuevas Desigualdades: la dialéctica entre observadores y observados*”. Revista Internacional de Sociología, nº 8 y 9, mayo-diciembre, 1997. pp. 61-87.

1.2.- El marco conceptual: la investigación sobre el trabajo no remunerado y las familias.

El trabajo no remunerado que se produce en los hogares sin convertirse directamente en dinero es un recurso tan esencial para el bienestar de las sociedades desarrolladas como el trabajo aplicado a la producción para el mercado.

La mayoría de la población no recibe directamente del mercado laboral los recursos que necesita para sobrevivir (niños, estudiantes, ancianos, enfermos y discapacitados, adultos carentes de empleo), y la supervivencia se garantiza principalmente por la mediación de redes familiares que redistribuyen los recursos monetarios y no monetarios.

En años recientes, la investigación sobre las implicaciones sociales del trabajo no remunerado ha ganado amplitud. En 1995, la Conferencia de Naciones Unidas de Pekín propuso la creación de una Cuenta Satélite de Hogares, para añadir a los sistemas convencionales de Contabilidad Nacional. La mayoría de los países asistentes a la Conferencia firmó su adhesión a la propuesta. En algunos países como España, en 1998 se han aprobado, por unanimidad de todos los partidos políticos, propuesta para llevar a cabo la mencionada Cuenta Satélite, que supondrá de hecho el reconocimiento contable de los hogares y las familias como agentes económicos activos y no sólo como agentes consumidores.

La Encuesta de Población Activa proporciona en la mayoría de los países con oficinas estadísticas una información periódica muy detallada sobre la población que dedica parte de su tiempo al trabajo no remunerado en el hogar, permitiendo contrastar su evolución a través de largas series temporales así como su desagregación por grupos de edad y tipo de actividad principal. La tabla nº 1 ilustra la situación para España: puede señalarse (columna G) que según esta fuente el 61% de las mujeres mayores de dieciséis años dedican parte de su tiempo al trabajo no remunerado en el hogar, que esta proporción llega al 79% en el grupo de cincuenta a cincuenta y nueve años, y al 47% en el de mayores de sesenta y cinco, que teóricamente corresponde con la edad de jubilación. Entre las mujeres con empleo, el porcentaje que asimismo dedica parte de su tiempo al trabajo doméstico no remunerado es el 62% (columna B.4.).

Desde el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Departamento de Economía del IEG, Madrid) se vienen realizando ininterrumpidamente investigaciones sobre los recursos de trabajo no remunerado de las familias desde 1987, tanto mediante encuestas propias realizadas en 1992, 1995, 1998, 2000 y 2003, con financiación de proyectos I+D (de tipo general o focalizadas en los cuidados de la salud dentro del hogar) como mediante el análisis secundario de otras fuentes disponibles de ámbito internacional, nacional y autonómico. Durante los años 2002-2003, el Instituto Nacional de Estadística de España ha llevado a cabo los trabajos de campo de la Encuesta de Empleo del Tiempo, con diseño elaborado por Eurostat, y aplicada también en otros países europeos. Dentro del año 2004 se conocerán los resultados detallados de este estudio, actualmente en fase de procesamiento de datos.

Mujeres dedicadas al trabajo no remunerado en el hogar en España, según edad y simultaneidad con el empleo, 2003 (miles de personas)

Edad	A	B				C		D		E		F		G
	Total mujeres	Mujeres con empleo y trabajo no remunerado				Mujeres inactivas con trabajo no remunerado como principal inactividad (labores del hogar)		Mujeres inactivas pensionistas con trabajo no remunerado como inactividad secundaria		Mujeres paradas que realizan labores del hogar		Mujeres dedicadas a trabajo no remunerado en España		Proporción de mujeres con trabajo no remunerado sobre total mujeres
		B.1	B.2	B.3	B.4	C.1	C.2	D.1	D.2	E.1	E.2	F.1	F.2	(F*100/A)
	Mujeres con empleo	Con empleo y TNR ¹	Distrib. mujeres con empleo y TNR por grupos de edad (%)	Porcent. de mujeres con empleo y TNR sobre empleadas en esa edad	Inactivas y TNR como principal inactividad	Distrib. mujeres inactivas con TNR como ppal actividad por grupos de edad (%)	Inactivas pensionistas	Inactivas pensionistas con TNR como inactividad secundaria (61% de inactivas pensionistas) ²	Total mujeres paradas	Mujeres paradas que realizan TNR ³	Total mujeres dedicadas a TNR en España (B.2+C.1+D.2+E.2)	Distrib porcentual por edad (%)		
Total	17.608,90	6.464,10	3.987,60	100	62	5.006,90	100	1.295,70	790,50	1.198,40	898,80	10.683,80	100	61
16 a 19	896,00	109,70	30,40	1	28	27,90	1	0,00	0,00	69,90	52,43	110,73	1	12
20 a 24	1.394,90	622,10	230,90	6	37	76,40	2	0,00	0,00	194,20	145,65	452,95	4	32
25 a 29	1.687,60	1.101,30	536,00	13	49	201,00	4	0,20	0,12	240,90	180,68	917,80	9	54
30 a 39	3.357,70	1.997,20	1.321,00	33	66	870,80	17	0,50	0,31	350,40	262,80	2.454,91	23	73
40 a 49	2.892,90	1.587,40	1.130,60	28	71	935,90	19	6,30	3,84	226,30	169,73	2.240,07	21	77
50 a 59	2.397,30	840,90	600,60	15	71	1.190,90	24	39,10	23,85	99,30	74,48	1.889,83	18	79
60 a 64	994,40	168,30	116,70	3	69	540,90	11	89,70	54,72	16,40	12,30	724,62	7	73
65 y más	3.988,10	37,20	21,50	1	58	1.163,10	23	1.159,90	707,54	1,00	0,75	1.892,89	18	47

Fuente: Elaboración propia sobre datos del servidor web del INE: "www.ine.es". Encuesta de Población Activa, III trimestre 2003.

(1) TNR: Trabajo no remunerado en el hogar.

(2) En España hay un total de 791.000 mujeres pensionistas que desarrollan labores del hogar como actividad secundaria, lo que supone el 61% del total de mujeres pensionistas. Al no disponer de datos desagregados por edad, se ha aplicado este mismo porcentaje del 61% al número de mujeres pensionistas en cada grupo de edad, a fin de estimar el número de mujeres pensionistas que además realizan labores del hogar.

(3) En España, el 44,01% de los parados realiza labores del hogar. Aplicamos la hipótesis de que este porcentaje se eleva, para el caso de las mujeres, al 75%. A falta de datos desagregados, lo mantenemos constante para todas las edades.

1.3.- La demanda de trabajo no remunerado en los hogares.

La literatura sobre componentes de los puestos de trabajo en el ámbito extradoméstico es muy abundante y la desagregación en tareas de los puestos de trabajo es un objetivo habitual para los analistas de empresas. La visibilización de estas tareas, su descomposición en elementos menores, forma parte generalmente de los planes de entrenamiento y formación profesionales, así como de la gestión de recursos humanos. Sin embargo, la visibilización de las tareas y cometidos dentro de los hogares no ha sido hasta ahora objeto de un esfuerzo similar: hay poca reflexión teórica (-comparada con el enorme caudal de la reflexión sobre el trabajo extradoméstico, especialmente el asalariado-) y menos aún, investigación empírica.

Comparado con el trabajo asalariado, el trabajo doméstico requiere una finura mucho mayor de análisis, y las dicotomías habituales de los instrumentos de medición del trabajo (respecto a la simultaneidad de papeles, responsabilidades, espacios, ciclos, etc.) resultan demasiados burdas para percibir con precisión su variada realidad.

A título de ilustración, los análisis efectuados en España permiten llegar a estas conclusiones:

- Si por trabajo se entendiese solamente el empleo, esto es, el trabajo vendido en el mercado habría que concluir que el tiempo diario medio que le dedican los días laborables los varones españoles mayores de dieciocho años es 4'78 horas, en tanto que las mujeres le dedican 1'88 horas. Los varones le dedican un 46% en exceso sobre el tiempo que habrían de dedicarle si el reparto fuese igualitario por género y las mujeres le dedican un 43% menos de lo que les correspondería. Si sólo se toma en consideración los que tienen empleo, esto es, los que venden tiempo de trabajo al mercado laboral, los varones también le dedican más tiempo, aunque la distancia se acorta mucho: los varones le dedican un 6% más de la media y las mujeres un 12% menos de la media.
- Si la distribución equilibrada de las cargas y de las obligaciones y derechos inherentes a cada tipo de trabajo es un objetivo político de primera magnitud, estos datos constituyen un buen punto de partida para la reflexión y el debate político. Sin duda son un marco de referencia en la búsqueda de políticas sociales y económicas que lleven a la vida cotidiana de hombres y mujeres las declaraciones programáticas de igualdad contenidas en los textos legales.

En muchas investigaciones empíricas, especialmente en las que se ocupan de otros temas y añaden o incluyen algunas preguntas sueltas sobre trabajo doméstico, el concepto de "trabajo doméstico" se ciñe a las transformaciones más frecuentes y elementales del entorno físico del hogar: cocinado de alimentos, limpieza de objetos u vivienda, lavado de ropa. La definición de "cuidados" suele ser muy restringida, ciñéndose a la prestación concreta, activa, de cuidados personales. Sin embargo, los conceptos esenciales para entender el trabajo de los responsables de hogar son los de "dirección", "gestión" y "disponibilidad", difícilmente traducibles a estimaciones de tiempo, intensidad o esfuerzo. Metodológicamente, los principales problemas de medición y análisis comparado se producen en este tipo de tareas, por lo que es necesario desarrollar una labor de "conversión" o "pacto" conceptual y metodológico a nivel internacional, similar a la que desde hace décadas vienen realizando la Oficina

Internacional del Trabajo (OIT) o el Eurostat sobre el trabajo convencional monetarizado.

El conjunto del trabajo no remunerado que se realiza en las familias en un momento dado es el resultado del ajuste entre demanda y oferta. La demanda de trabajo no remunerado parte de cinco categorías sociales principales: los niños, los enfermos, los ancianos, los sobreocupados en la producción para el mercado y los autoconsumidores. Las tres primeras categorías tienen en común que son en gran medida insolventes, esto es, no pueden pagar a precio de mercado el trabajo de asistencia que necesitan, por lo que alguien (el Estado a través de los servicios públicos, los familiares y amigos, los voluntarios o algún otro grupo social al que se obligue en forma de leva u otro impuesto similar) ha de hacerlo por ellos. La población que vende su tiempo en el mercado sí puede comprar trabajo de atención, especialmente si el precio diferencial de su trabajo y el que compra es elevado, lo que explica la procedencia social, generalmente de los niveles sociales más bajos o inmigrantes, de los que prestan servicios a los hogares. El autoconsumo de trabajo es la respuesta de la mayor parte de la población de rentas medias y bajas, especialmente de las mujeres, porque su nivel de salarios, la cantidad de trabajo que venden al mercado y otros componentes de tipo cultural no les permiten adquirir trabajo para su propia atención, pero en cambio están en condiciones de producirlo por sí mismos.

Además de los cambios en la cantidad total de trabajo no remunerado producido en los hogares, están teniendo lugar cambios en la distribución (quién lo produce, quién lo recibe) en su contenido (el tipo de tareas), en su calidad y en la valoración social del trabajo.

Respecto a los componentes de la demanda, en los últimos veinticinco años se ha reducido en los países desarrollados el número de niños, y se ha estabilizado en muchos países en vías de desarrollo, pero la demanda por niño ha aumentado, se ha hecho más exigente y cualificada. La demanda de los ancianos ha crecido tanto en cantidad como en calidad y lo mismo ha sucedido con las demandas relacionadas con la salud (prevención, rehabilitación, nuevas aspiraciones en relación con el cuerpo, incremento del número y proporción de ancianos enfermos como consecuencia del envejecimiento general de la población). Una parte importante de la demanda se ha reorientado hacia el mercado, tanto formal como informal (residencias, comedores, ayudas domésticas de la población inmigrante), y esta tendencia se hará más acusada a medida que vaya envejeciendo el segmento de población femenina que actualmente tiene más de cincuenta años y nunca se incorporó con plenitud a la población activa. Las nuevas generaciones de mujeres, con mejor cualificación profesional e integradas en el mercado de trabajo, difícilmente podrán hacerse cargo de los millones de horas anuales de trabajo no remunerado que han venido produciendo hasta ahora sus antecesoras.

El autoconsumo de trabajo también ha aumentado, especialmente en la clase media. Su máxima expresión es el bricolaje o “hágalo usted mismo”, en la frontera entre el trabajo y el ocio.

En cuanto a los sobreocupados y exentos de trabajo no remunerado, especialmente varones que viven en hogares familiares, ha habido una ligera y lenta incorporación al trabajo no remunerado, especialmente entre los varones más jóvenes, urbanos y de mayor nivel educativo; pero el cambio ha sido mucho menor en conjunto que los

cambios paralelos que han realizado las mujeres en el ámbito educativo, laboral y político.

La oferta de trabajo no remunerado, realizada con grados muy variables de voluntariedad, es producida principalmente por mujeres, y en especial por la categoría denominada “responsables de hogar”.

1.4.- Implicaciones políticas del trabajo no remunerado: equidad, eficiencia y sostenibilidad del sistema.

1. Hay que hablar del trabajo no remunerado para aclararlo. Mientras el trabajo remunerado tiene sus especialistas, su legislación, sus defensores, sus intérpretes, su jurisprudencia, sus historiadores, sus asociaciones, sus convenios a nivel temático, local e incluso internacional, el trabajo no remunerado carece de todo ello. Es el trabajo invisible, desconocido, abandonado a la tradición y a los contratos implícitos. Hay que estudiarlo, debatirlo y exponerlo ante la opinión pública.
2. Hay que hablar del trabajo no remunerado porque es mucho, enorme. Si apenas tuviera importancia numérica tal vez podría justificarse que no hablásemos de él; pero el trabajo no remunerado consume, según varias encuestas sobre uso del tiempo, el doble de horas anuales que el trabajo remunerado. Por cada hora trabajada y pagada, trabajamos otras dos horas no remuneradas. Por tanto, debe ser un asunto de primera importancia en la agenda política.
3. Hay que hablar del trabajo no remunerado porque se distribuye desigualmente. Según las encuestas de uso del tiempo, en algunos países las mujeres hacen el 80% del trabajo no remunerado. Mientras las mujeres desempeñen el 80% del trabajo no remunerado les será casi imposible lograr un acceso igualitario al trabajo remunerado y, menos aún, a la promoción en el trabajo remunerado. La desigualdad en el reparto es injusta, porque las mujeres no lo asumen libremente ni voluntariamente.
4. Hay que hablar del trabajo no remunerado para valorarlo adecuadamente. Para garantizar la eficiencia en el uso de los recursos humanos. Para saber quién hace qué, por qué, durante cuánto tiempo, a cambio de qué. Para saber cual es la aportación de los trabajadores no remunerados al bienestar colectivo y al bienestar individual y familiar.
5. Hay que hablar del trabajo no remunerado para incorporarlo a las políticas públicas y a la vida cotidiana. Sin el trabajo no remunerado desaparecería el cuidado de los niños, de los viejos, de los enfermos, de los sobreocupados en la producción para el mercado. Sin el trabajo no remunerado no se cubrirían las necesidades de alimentación, de limpieza, de transporte, de mantenimiento del utillaje y patrimonio inmobiliario, de gestión de los activos, de higiene y sanidad, de educación, de seguridad, de identidad. Sin el trabajo no remunerado

las pensiones serían muy insuficientes, el sistema impositivo apenas cubriría las demandas sociales. Hay que hablar del trabajo no remunerado para planificar el futuro. El modelo actual de desarrollo no es sostenible porque se basa en la sobrecarga de las mujeres.

Por estas cinco razones, y por mil más que no es necesario detallar, tenemos que hablar del trabajo no remunerado. Para que se conozca. Para que se redistribuya. Para que se reduzca cuando es excesivo y aumente cuando es insuficiente. Para darle valor e introducirlo en la planificación a corto y medio plazo. Para que ciudadanos y gobernantes lo incorporen definitivamente a su modo de ver la realidad social y a sus propuestas para mejorarla.

2.- LAS RELACIONES ACTUALES ENTRE LOS HOGARES Y EL SISTEMA PÚBLICO SANITARIO.

2.1.- Los sistemas de cuidado de enfermos.

La atención a enfermos se reparte entre dos grandes sistemas de producción; el doméstico y el extradoméstico. En el ámbito doméstico, las personas enfermas se auto-cuidan y/o reciben atención de otras personas. En la mayoría de los casos, estas personas son familiares que dedican su tiempo sin recibir remuneración por ello. En el ámbito extradoméstico hay dos grandes subsistemas: el de servicios no lucrativos y el de servicios para la venta. En ocasiones, y cada vez más frecuentemente, se forman servicios mixtos de colaboración entre el subsistema lucrativo y no lucrativo, o entre el sistema doméstico y extradoméstico.

Espacialmente, la mayoría de los servicios prestados por el sistema doméstico se producen en el hogar, y la mayoría de los servicios extradomésticos se producen en centros sanitarios que disponen de sus propios locales. Sin embargo, hay excepciones, y frente al proceso de exteriorización espacial de los servicios que tuvo lugar desde la década de los cincuenta hasta la de los ochenta, y que en líneas generales todavía continúa en fase expansiva para la mayoría de las enfermedades, en la década de los noventa han empezado a verse los efectos de una nueva tendencia de "devolución al hogar" de los cuidados de la salud. Ilustra esta tendencia el auge, todavía más llamativo por la novedad que por su implantación real, de los movimientos a favor del "parto en casa". A favor de esta tendencia actúan dos factores de signo muy diferente, pero de efectos coincidentes: la necesidad de reducir costes por parte de los servicios públicos de salud y de las compañías aseguradoras, y el auge de las ideologías "naturalistas" que se oponen a la medicalización excesiva de la enfermedad y la muerte.

Actualmente, los sistemas de cuidado de enfermos pueden clasificarse del modo siguiente:

A. Sistema doméstico

- A.1. Autocuidado
- A.2. Cuidado por otros familiares residentes en el hogar
- A.3. Cuidado por otros familiares no residentes en el hogar
- A.4. Cuidado en el hogar por no-familiares

B. Sistema extradoméstico

B.1. Servicios sin ánimo de lucro

B.1.1. Servicios Públicos

- B.1.1.1. Servicios Estatales
- B.1.1.2. Servicios de la Comunidad
- B.1.1.3. Servicios municipales
- B.1.1.4. Servicios de organismos autónomos

B.1.2. Servicios de voluntariado

- B.1.2.1. De carácter funcional (según tipos de enfermedad)
- B.1.2.2. De carácter social (según tipo de beneficiario)
- B.1.2.3. De carácter ideológico (según ideología de la institución que lo presta)

B.1.3. Servicios cooperativos o mutualistas

B.2. Servicios para la venta (con ánimo de lucro)

- B.2.1. De compra directa en el mercado
- B.2.2. De compra indirecta a través de compañías aseguradoras.

La composición demográfica y socioeconómica de los hogares es clave para entender y planificar la atención sanitaria, ya que varios estudios realizados desde hace una década en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España a partir de la Encuesta sobre Nuevas Demandas Sociales (ámbito nacional, 2.500 entrevistas, 1990, España), la Contabilidad Nacional, y otras fuentes, muestran que sólo el 12% del tiempo total dedicado anualmente en España al cuidado de la salud lo aportan los profesionales sanitarios. El 88% restante, la inmensa mayoría, es tiempo dedicado por los familiares y /o autocuidado. Las redes familiares, tanto por afinidad como por consanguinidad, son más extensas que el hogar, y sus límites son más difusos que los de los hogares. A medida que aumenta la longevidad y la movilidad espacial y social, la familia se torna un concepto cada vez más amplio y menos operativo, aunque mantiene todavía su preeminencia como instrumento de análisis por razones legales e ideológicas. En relación con la salud y enfermedad, los hogares prestan a sus miembros, o a los familiares residentes en otros hogares, tres tipos de servicios:

1. los servicios de infraestructura básica que repercuten indirectamente en la salud: alojamiento, alimentación, limpieza, información, seguridad, relaciones sociales, etc.
2. los servicios no remunerados relacionados directamente con la enfermedad, la discapacidad y la muerte (pre-diagnóstico, compañía, transporte, aplicación o vigilancia de tratamientos, etc.)
3. la gestión del consumo de servicios sanitarios (elección, tramitaciones, pagos, información, compra de medicamentos, etc.).

Los colectivos sociales que más dependen de sus familias son los niños, ancianos, personas con minusvalías severas y enfermos graves, pero las ya señaladas necesidades de cuidado, transporte, cobertura económica y gestión del consumo sanitario se extienden a toda la población y a todas las etapas de la relación con el sistema sanitario (hábitos de vida, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, etc.).

2.2.- Las demandas de los hogares y familias al sistema sanitario.

El tipo de familia más frecuente en muchos países de Europa y Latinoamérica sigue siendo el nuclear (padres e hijos de un mismo matrimonio), pero sólo la mitad de este tipo de familias tiene algún hijo menor de dieciséis años en los países de economías desarrolladas, por lo que menos de un tercio del total de hogares corresponde ya al prototipo tradicional de familia conviviente. En los hogares unipersonales, debido a que están constituidos mayoritariamente por ancianos, es más frecuente el nivel socioeconómico bajo que en el resto de los hogares: es un colectivo muy frágil porque carece de recursos monetarios y familiares, y en este tipo de hogares unipersonales son mayoría las mujeres.

De igual importancia que la posición socioeconómica es la condición de género del enfermo y sus familiares. Mujeres y hombres tienen diferentes tasas de morbilidad y mortalidad; pero las diferencias más acusadas no se producen en el modo de enfermar, sino en el de ser tratados/as durante la enfermedad y en la adscripción del papel de cuidadores, que tradicionalmente ha correspondido a las mujeres. Los hogares en los que no hay mujeres disponibles para el cuidado son más pobres en recursos monetarios, y esta pobreza de recursos afecta a todas las prestaciones de servicios. Al nivel individual, dentro de cada hogar las mujeres reciben menos cuidados que los varones, porque son ellas mismas las encargadas de desempeñar este papel y los restantes miembros del hogar carecen del entrenamiento, las actitudes y el tiempo necesario para ejecutarlo. La máxima disparidad se produce entre hombres y mujeres de edad avanzada: los varones reciben una cobertura social mejor que las mujeres en el período post-laboral (retiro, pensiones, seguros privados, infraestructuras asociativas), y sobre todo disponen de mejor cobertura de sus necesidades en el ámbito familiar. Las mujeres, por su mayor longevidad, menor edad que sus esposos y exclusión del mercado de trabajo, sufren mayores carencias monetarias, de salud y de cuidados inmediatos en los últimos años de su vida.

En la tabla sinóptica adjunta se sintetizan los tipos de demandas que las familias realizan en la actualidad al sistema sanitario. La tabla se ha organizado desde la perspectiva de los tipos de demandas, excepto el último punto, que se refiere al tipo de demandantes. El tipo tradicional de demandas, que en la tabla corresponde al punto número tres, sigue siendo en la actualidad el más frecuente, pero proporcionalmente su importancia tiende a decrecer por el rápido aumento de los restantes tipos de demandas. En la mayor parte de los casos cabría decir “los hogares” en lugar de “las familias”, porque los servicios sanitarios se organizan en torno al reducido grupo de miembros de la familia que comparten una vivienda (cartilla, tarjeta, asignación de médico, recursos monetarios, etc.). No obstante, aunque la relación es mucho más intensa y los servicios prestados a familiares convivientes constituyen la mayoría de los servicios de salud que presta cada familia, no puede desdeñarse la importancia de los familiares no convivientes en la prestación general de servicios a otros familiares, y especialmente de servicios relacionados con la salud.

El papel que juega la familia en el sistema de cuidado de salud lo resaltan bien los resultados de varias encuestas realizadas para el Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España sobre nuevas necesidades sociales y demandas sanitarias. Por ejemplo, según la encuesta sobre “Demandas urgentes de tiempo y asistencia sanitaria” (Madrid, 1994), la decisión de acudir a una urgencia hospitalaria se toma por iniciativa

familiar en el 67% de los casos, por envío de un especialista sólo en el 17'5% y por otros servicios de urgencia en el restante 15% de los casos. Los acompañantes emplean seis horas como promedio cada uno, desde que salen de su domicilio hasta el retorno. El número de acompañantes en urgencias hospitalarias alcanza una media próxima a tres personas, que se ocupan voluntariamente del enfermo. Lo más frecuente es que los enfermos vayan acompañados por dos personas (36% de los casos).

Otra encuesta sobre la salud de los niños escolarizados, la Encuesta sobre "Demandas sociales vinculadas al cuidado de la salud de los niños" (Madrid, 1993), que demuestra el papel clave de las madres en el cuidado de la salud de los hijos, permite además cuantificar la aportación de los familiares de dos generaciones anteriores: las abuelas son el principal cuidador en las enfermedades de los niños escolarizados en el 7% de los casos (2% si la madre no trabaja fuera de casa, 14% si trabaja fuera de casa).

En el caso de los ancianos, además del cuidado que se prestan entre sí los esposos, la Encuesta sobre "Las demandas de trabajo no monetarizado de los ancianos" (Madrid, 1993), muestra el funcionamiento de los lazos intergeneracionales. El 85% de los ancianos, y el 90% de los que viven solos, tienen algún problema de salud que dificulta su vida habitual, aunque de ellos, solamente una cuarta parte considera que es grave. El 57% dice tener dos y el 27% tres. El índice de gravedad en la segunda incapacidad es 28% y en la tercera, 23%. Un tercio de los ancianos entrevistados (34%) dijo que necesita ayuda para, al menos, un tipo de actividad. Las demandas generadas por la edad avanzada son duraderas: para el conjunto de las incapacidades o problemas citados en primer lugar, el promedio es de 14 años transcurridos desde su comienzo hasta la realización de la encuesta, y 6,5 años desde que reciben ayuda por su causa. El sistema de cobertura familiar a los ancianos se apoya sobre todo en los familiares convivientes, que cubren la mayoría de las atenciones. No obstante, los familiares no convivientes prestan también una ayuda sustancial en las actividades externas al hogar, como realizar compras, (en el 27% de los casos son familiares no convivientes quienes prestan la ayuda al anciano), ir al médico (32%), o salir fuera de casa (31%); y las relativas a las tareas domésticas dentro del hogar (limpieza de la vivienda y de la ropa, 49%; preparación de comidas, 29%).

En todos los tipos de atenciones, incluso en el acompañamiento durante la noche, los familiares no convivientes se hacen cargo de, al menos, un 10% de las atenciones. Este es un dato de gran relevancia para el análisis de la economía no monetaria de la salud, porque hace visible la solidez de las prestaciones interfamiliares en los hogares modernos, incluso en las grandes ciudades.

Tabla sinóptica
Las demandas de las familias al sistema sanitario.

Tipo de demanda	Tipo de relación con el sistema sanitario
1.- Demandas relacionadas con la reproducción (evitarla, planificarla, conseguirla, atenderla, etc.).	Las decisiones básicas corresponden a los individuos. Descenso en las demandas de atención en embarazo y partos, y en las demandas pediátricas básicas, aumento en las de planificación y fertilidad. Componentes ideológicos importantes.
2.- Demandas relacionadas con la prevención de enfermedades (estilos de vida saludable, vacunación, revisiones, etc.).	La decisión y la ejecución corresponden básicamente a los individuos, con mediaciones importantes de los hogares. Los sanitarios ejercen funciones de creación de opinión y asesoramiento. Alto componente organizativo.
3.- Demandas relacionadas con la curación o tratamiento de enfermedades, accidentes y minusvalías.	Es la relación tradicional médico-paciente, y sigue siendo la más habitual. Importancia creciente de las actuaciones socio-sanitarias debidas al envejecimiento de la población y la prevalencia de crónicos. Alto componente técnico.
4.- Demandas relacionadas con la producción social del cuerpo (estética, identidad)	La iniciativa corresponde a los individuos. Presiones sociales, moda. El paciente es un consumidor/cliente. Alto componente económico.
5.- Demandas relacionadas con la muerte (paliación, atención a terminales, investigación de la causa, actuaciones de certificación, etc.).	Nuevas demandas derivadas de los cambios tecnológicos y de nuevos valores y nuevas situaciones legales. Componentes ideológicos importantes.
6.- Demandas de tipo burocrático u organizativo.	Los sanitarios ejercen funciones de relación con la organización sanitaria y con otras organizaciones (laborales, de justicia, de pensiones y servicios públicos, etc.). Creciente absorción del tiempo del personal sanitario para estas tareas y presión para que satisfagan las demandas de las familias. La calidad en el ejercicio de esta función no depende tanto de la capacitación técnica médica como de otros tipos de formación y cualidades personales.
7.- Nuevas demandas procedentes de familias inmigrantes, carentes de cobertura sanitaria.	Un reto para el sistema sanitario por la precariedad de condiciones de vivienda, laborales, accesibilidad, comunicación, dispersión del núcleo familiar y distancia cultural. Patologías derivadas de estas circunstancias.

2.3.- Perspectivas de futuro en la demanda de cuidado.

El cuadro adjunto presenta la evolución previsible de la composición por edades de la población europea a corto y medio plazo. Se ha realizado a partir de las proyecciones demográficas realizadas por los institutos nacionales de estadística de los países miembros de la Unión Europea, sin ponderar las cifras con los cambios previsibles en las expectativas de atención de la población. Por ello, aunque la proporción de niños vaya a reducirse sensiblemente, probablemente la demanda de trabajo no remunerado de cuidado se mantendrá o incluso aumentará por el incremento de las expectativas de los padres respecto a sus hijos (incremento de servicios educativos, sanitarios, de ocio, etc.). Es espectacular el incremento previsible de la demanda de cuidados para ancianos, que obligará a generar nuevos servicios institucionales y nuevos modelos familiares de relación intergeneracional.

Proyección para los años 2010, 2020 y 2050. La evolución de la demanda de cuidado en Europa según edad de la población demandante (1995=100)

	Europa 1995	Escenario Básico		
		Europa 2010	Europa 2020	Europa 2050
Preescolar (0-4 años)	100.0%	94.5%	89.0%	79.5%
Escolar (5-14 años)	100.0%	95.4%	89.8%	79.9%
Joven/escolar (15-17 años)	100.0%	93.1%	91.6%	79.9%
Adultos (18-64 años)	100.0%	102.6%	100.9%	86.1%
Mayor (65-74 años)	100.0%	108.9%	125.9%	131.9%
De edad avanzada (75-84 años)	100.0%	138.4%	154.3%	225.8%
De edad muy avanzada (85 y más)	100.0%	133.6%	168.3%	297.4%

Fuente:Elaboración propia sobre datos de Eurostat. Statistiques Demographiques 1996.

El trabajo no remunerado que se desarrolla en los hogares resultará influido sobre todo por cuatro factores:

- a) El cambio en la estructura de edades de la población
- b) La creciente tecnificación de los hogares.
- c) El aumento de los recursos económicos monetarios.
- d) El cambio de valores y modelos familiares.

El cambio en la estructura demográfica producirá un desplazamiento de las actividades de cuidado de niños hacia las actividades de cuidado de ancianos y aumentará el número de hogares al mismo tiempo que se reducirá su tamaño (número de miembros). La creciente tecnificación doméstica reducirá la dureza y esfuerzo físico de las tareas domésticas, pero no afectará sensiblemente al trabajo de cuidado, que seguirá consumiendo un número muy elevado de horas. La mejora del nivel económico irá acompañada de una complejidad mayor en los servicios de cuidado prestados internamente por las familias, así como del trabajo de gestión de patrimonios (dotación, equipamiento, segunda vivienda, consumo de servicios, etc.), que sólo parcialmente se compensará con la externalización de estos servicios y con la contratación de trabajadores remunerados, en su mayoría inmigrantes, para realizar las actividades de menor cualificación.

En cuanto al cambio de valores, se incrementará la incorporación de las mujeres al mercado laboral y las presiones internas y externas para la redistribución de la carga global de trabajo (remunerado y no remunerado) dentro de las familias. No obstante, del análisis de las encuestas disponibles y los datos sobre número de horas dedicadas a cada actividad así como sobre el prestigio concedido a cada tarea y aspiraciones de cambio, es previsible que el cambio de los modelos tradicionales será lento. A corto plazo se recurrirá en mayor medida a la externalización de servicios y a la contratación de inmigrantes para tareas domésticas, que a una modificación sustantiva de los modelos de reparto del trabajo no remunerado entre los miembros de la familia.

3.- LA ASIGNACIÓN DE VALOR AL TRABAJO NO REMUNERADO

3.1.- Lucro cesante o coste de oportunidad: las posibilidades perdidas.

Del lucro cesante se ocupa el Código Civil de España con carácter general (art. 1106), estableciendo que “la indemnización de daños y perjuicios comprende no sólo el valor de la pérdida que haya sufrido, sino también el de la ganancia que haya dejado de obtener el acreedor”.

El coste de oportunidad es un término básico en la teoría económica para estimar el valor de las decisiones tomadas. El coste de oportunidad expresa la relación básica entre la escasez y la elección. Si ningún objeto fuera escaso, todas las demandas realizadas por todas las personas en cualquier periodo podrían ser satisfechas. No habría necesidad de elegir entre distintas opciones, ni habría necesidad de procesos de coordinación social que determinaran qué demanda tendría más prioridad.

Una vez que se introduce la escasez, es imposible satisfacer todas las demandas. La escasez introduce la necesidad de la elección. Esta elección implica la selección y el rechazo de distintas alternativas. El coste de oportunidad sería el valor concedido a la alternativa rechazada de mayor valor. Esta estimación compara el valor obtenido dados unos recursos (dinero, recursos humanos, etc...) asociados a una concreta utilización de los mismos, con el valor obtenido de haber utilizado los mismos recursos en otras alternativas. El coste de oportunidad sería el valor sacrificado para obtener el valor de la alternativa elegida.

El coste de oportunidad tiene que ser subjetivo, es un valor dado por el elector: es por tanto el valor personal y subjetivo de quien decide y no puede ser delegado en nadie más.

Este concepto ha sido ampliamente utilizado en el caso de acciones que no tienen lugar en el mercado y que por ello, no tienen un precio asignado. De esta forma se intenta visualizar en términos monetarios las consecuencias de dicho comportamiento, comparándolo con las posibilidades que ofrece el mercado.

La averiguación del lucro cesante o coste de oportunidad tiene siempre algo de adivinatorio, porque nadie puede conocer con exactitud cuál habría sido el curso de la vida de una persona si no se hubiese producido la circunstancia cuyos efectos tratan de estimarse en términos monetarios. Cuando existe abundancia de casos similares, bien

sistematizados a lo largo de años, es fácil proyectar el efecto de la interrupción sobre quien excepcionalmente interrumpe la trayectoria común. Sin embargo, en el caso de las mujeres responsables de hogar, la dificultad metodológica radica en que no existen trayectorias de referencia, porque lo común es la situación cuyo impacto quiere valorarse, y no al contrario. Incluso la trayectoria de las mujeres que no han sido afectadas a título personal por la incidencia del acceso a la responsabilidad del hogar, sí lo han sido indirectamente, como resultado de su pertenencia a un colectivo que mayoritariamente accede a esa circunstancia. O por decirlo de otro modo, la circunstancia deja de serlo cuando se hace comúnmente extendida, y deviene en "condición" o "seña estructural" de la identidad del colectivo.

Así pues, el coste de oportunidad del acceso a la responsabilidad del hogar por parte de las mujeres tendría que tener como referente no sólo a las mujeres que no acceden a esa condición, sino también a los varones, que mayoritariamente no acceden nunca a lo largo de sus vidas a la circunstancia de ser responsables de hogar.

El peso o influencia de la futura circunstancia se produce mucho antes de que efectivamente tenga lugar, en forma de especificidad educativa, entrenamiento profesional y formación de actitudes. Sin embargo, en la sociedad española se ha producido en el último medio siglo un gran cambio en el tipo y, sobre todo, en la cantidad de inversión educativa que las familias y el Estado o Administraciones autonómicas y locales depositan en las niñas y jóvenes. En la actualidad, las mujeres en edad de acceso al mercado de trabajo están en situación similar de entrenamiento previo que los varones, lo que es una novedad en términos históricos y establece diferencias generacionales importantes entre las mujeres españolas.

Para los niveles más bajos de preparación previa, el lucro cesante es relativamente fácil de calcular, porque los salarios se establecen por convenios y son muy homogéneos por categorías. Escapan a este perfil plano los trabajadores no cualificados por cuenta propia, entre quienes la variabilidad es mucho mayor. Sería, por tanto, muy difícil establecer el lucro cesante, puesto que dependería del éxito o fracaso obtenido en sus negocios.

Con algo más de heterogeneidad, el perfil es parecido para los trabajadores con una preparación inicial de nivel medio, donde las actividades no salariales o los incentivos y complementos juegan un papel mayor.

Sin embargo, donde resulta realmente difícil de calcular el impacto de la condición de responsable de hogar es en los niveles de preparación más altos, que se insertan en el mercado de trabajo en condiciones muy modestas, pero cuyo perfil registra una fuerte pendiente de ascenso que se prolonga hasta bien avanzada la madurez.

El abandono o no entrada en el mercado de trabajo por dedicación a las tareas del hogar tiene unas consecuencias diferentes en cada uno de esos niveles. Mientras en los niveles bajos y medios puede tomarse como referencia aproximada lo que se ganaba en el momento del abandono del puesto de trabajo (o las ofertas potenciales), en los niveles altos de preparación (o de capacidad para el trabajo por cuenta propia, especialmente si se acompaña de la accesibilidad a gestión de capital) la referencia no puede hacerse respecto al momento de la entrada en la condición de responsable de hogar, sino a lo que hubiera sido el desarrollo esperado de una carrera profesional continuamente ascendente, con un nivel máximo de ingresos y recursos en las edades anteriores pero próximas a la jubilación.

La asignación de valor al trabajo no remunerado puede tener consecuencias prácticas y no sólo teóricas, por ejemplo en peritajes para establecer indemnizaciones, división de patrimonio tras divorcios o separaciones, etc. De ahí que no sea una cuestión irrelevante, a efectos sociales y políticos, la elección de un sistema u otro de asignación de valor. En los niveles medios y altos de preparación, que son los más comunes entre las mujeres jóvenes que han de optar en la actualidad por el empleo o la dedicación completa al hogar, o intentar la conciliación entre ambos, hay una gran disparidad entre las estimaciones obtenidas por este procedimiento y las obtenidas por cualquier otro. Por poner un ejemplo: una potencial cirujana, o ejecutiva, no puede aceptar una asignación de valor monetario a su trabajo doméstico, aunque sea en la más burda de las tareas de limpieza, equiparada a la del coste de sustitución por una inmigrante en el nivel más bajo de la escala profesional, aunque ambas hicieran con idéntica eficacia la tarea. A efectos microeconómicos no tendría sentido esta equiparación, pero tampoco lo tiene a nivel macroeconómico si se considera que los recursos humanos disponibles son tan escasos y tan productivos como cualquier otro elemento físico susceptible de usos alternativos.

3.2.- Coste de sustitución: el precio sustitutivo en el mercado.

Parte del trabajo de los hogares es sustituible por servicio doméstico. La dificultad de valoración económica radica en las restantes actividades, las que no son fácilmente sustituibles. Como hemos señalado en el análisis de las ofertas y demandas de empleo, las funciones atribuidas a las/os empleados de hogar son, sobre todo, "limpieza", "plancha", "cocina sencilla" y "atender niños". No es frecuente que se deleguen funciones más complejas o que entrañan más responsabilidad, como compras, gestiones, reparaciones, educación, cuidado de enfermos o relaciones y representación familiar.

La *sustituibilidad* es elevada en los horarios normales de trabajo; pero no es aplicable fuera de estos horarios. El trabajo realizado en fines de semana, vacaciones o festivos, o por las noches, no puede valorarse del mismo modo que el resto. Del tiempo total dedicado anualmente al trabajo doméstico en cada hogar, puede estimarse que al menos el 34% corresponde a sábados y festivos, y un 7% a días laborables que serían vacaciones para los trabajadores asalariados, lo que equivale a un 41% de tiempo de mayor precio en el mercado de trabajo. Si se estima que el tiempo de trabajo fuera de horario tiene un precio entre un 50% y un 100% más alto del normal, la estimación del valor anual del trabajo doméstico habría que incrementarla aproximadamente un 31%, (41% al 175%) sobre el valor asignado al trabajo en "horas normales".

Sin embargo, el mayor problema de valoración del tiempo de trabajo "fuera de horario", no radica tanto en la estimación del volumen o del valor, cuanto en que remite necesariamente al concepto de *disponibilidad*. La disponibilidad es una importante condición laboral y ha formado parte de muchas ocupaciones tradicionales. La mejora general de las condiciones de vida de los trabajadores asalariados, en las que los movimientos sindicales y el avance tecnológico han jugado un importante papel, han reducido la frecuencia con que forman parte de la vida laboral. Ahora se mantiene en algunos empleos residuales de baja cualificación (guardeses, etc.) y sobre todo, entre los trabajadores del máximo nivel ocupacional (directivos en dedicación especial), así como entre algunos tipos de profesionales (sanitarios, seguridad, etc.) no directivos. En estos casos su regulación es objeto de negociación colectiva y clara especificación en las condiciones de contratación.

En el trabajo doméstico hay períodos de trabajo activo, que son los habitualmente relatados en las encuestas sobre uso del tiempo, tanto si se realizan por cuestionario como por diario. Pero hay también una disponibilidad implícita que impide a quienes asumen la responsabilidad de los hogares el acceso a actividades ajenas al ámbito doméstico (formación, empleo, participación ciudadana o política, ocio, etc.). En los hogares con personas dependientes (niños, enfermos, etc.), la disponibilidad se acerca al tiempo total del responsable del hogar; pero no sólo requieren disponibilidad las personas físicamente incapacitadas para atenderse a sí mismos. La “disponibilidad” es una condición frecuentemente requerida por parte de los miembros adultos de los hogares respecto a su “responsable”. Esta tradición, que en muchos hogares se mantiene, ejemplifica la permanente adscripción física y psicológica al hogar por parte de las mujeres. No ha variado sustancialmente, a pesar de los cambios jurídicos y educativos, especialmente entre la población que supera los cincuenta años.

3.3.- El precio de mercado del servicio doméstico.

En la medida que parte del trabajo del hogar podría ser realizado por personas ajenas al mismo, a cambio de dinero, es también posible utilizar este precio para proceder a valorar el trabajo efectuado sin remuneración dentro del hogar. Este procedimiento, también llamado coste de sustitución, entraña dos dificultades principales: la primera es la heterogeneidad de tareas comprendidas en el conjunto del trabajo doméstico; la segunda es la dificultad de medir el impacto del "aquí y ahora" sobre el hipotético coste de sustitución.

Por lo que se refiere a la heterogeneidad de tareas, algunas son relativamente fáciles de especificar y sustituir (por ejemplo, las de limpieza cotidiana), pero otras son difícilmente transferibles porque requieren mucha información previa (por ejemplo, gestiones), o implican un trato personal delicado (por ejemplo, cuidado de ancianos), o una gran flexibilidad en el uso o disponibilidad de tiempo: por ejemplo, los cuidados a niños o enfermos ocasionales, que se producen fuera de los horarios habituales de trabajo o son imprevisibles.

El mercado de servicio doméstico es muy fragmentario y los acuerdos entre empleadores y empleados se producen generalmente a través de conocidos comunes que sirven de referencia. Los acuerdos suelen ser verbales. Salvo entre quienes se dan de alta en la Seguridad Social, no figuran en registros laborales. Con frecuencia son ingresos sumergidos, invisibles ante Hacienda, a los que tampoco puede accederse vía empleadores puesto que, a diferencia de los demás trabajadores asalariados, los empleados en el servicio doméstico no se consideran fiscalmente "necesarios" para la producción del trabajo no doméstico, ni siquiera en las familias bisalariales o monoparentales con niños o enfermos dependientes y, consecuentemente no son gastos desgravables. No son un colectivo interesante para Hacienda porque, tratándose de rentas bajas, la declaración sería negativa para los empleados; y, si se aceptase como "gasto necesario" conllevaría una reducción de la presión fiscal en los hogares de los empleados de rentas medias/altas bisalariales, que son la mayoría de quienes contratan trabajo remunerado para el hogar.

3.4.- Asignación de valor según el criterio de la sociedad de gananciales.

El régimen de gananciales significa el reconocimiento de la paridad del valor de la contribución del esposo y de la esposa a la formación del patrimonio durante el período matrimonial. Es el régimen económico más común en la actualidad en los matrimonios en muchos países de Latinoamérica y en España.

Aunque la utilización de este régimen jurídico/económico suele hacerse más visible por relación al patrimonio acumulado que a las rentas que lo originan, puede también servir de base a la estimación monetaria del trabajo doméstico, al menos para las mujeres y hombres casados. Según este criterio, el valor del trabajo desempeñado por la esposa sería igual al del trabajo desempeñado por el esposo, con independencia de que éste último se realice en el ámbito extradoméstico monetarizado.

Junto a la interpretación de que las rentas reales de los matrimonios son el doble de las rentas monetarias, cabe otra posible interpretación: puede considerarse que la renta monetaria obtenida por el esposo no ha sido obtenida solamente por él, sino que ha sido obtenida conjuntamente por ambos cónyuges. En este sentido, el esposo "debe" a la esposa la mitad de las rentas laborales. La esposa gana, en realidad, la mitad de lo que gana el esposo al exportar su fuerza de trabajo al exterior de la unidad doméstica.

En esta segunda versión, el principio de paridad del régimen de gananciales también se aplica, pero se trata de una conceptualización completamente distinta del carácter "final" o "intermedio" de los ingresos del esposo. Desde esta interpretación, los ingresos reales de los cabezas de familia en la Comunidad de Madrid serían de 84.386 pts mensuales, y ese sería también el ingreso medio real que aportan sus cónyuges al hogar.

La primera interpretación, la de que las rentas reales duplican las monetarias en los hogares de estricta división de papeles, es mucho más realista, sobre todo por comparación con los hogares monoparentales o los de solteras/os y viudas/os. A efectos de comparación inter-regional o internacional no tiene sentido que se dividan las rentas no monetarias cuando las estructuras familiares analizadas son muy dispares, y en unos casos predominan los hogares bisalariales y en otros los monosalariales.

Sin embargo, dadas las dificultades prácticas de valoración de las rentas no monetarias y la necesidad cada vez más común de establecer criterios de reparto de rentas (en casos de separación matrimonial, etc...) es posible que prospere esta segunda interpretación, que permite resolver problemas muy específicos de reparto de rentas monetarias (pensiones, Seguridad Social, etc...).

3.5.- Asignación de valor por los propios trabajadores no remunerados.

Junto a los criterios del coste de sustitución y el lucro cesante, otro criterio posible de valoración es la estimación que los propios trabajadores no remunerados realizan de su trabajo y del de otras aportaciones de miembros de familia.

4.- LA NECESIDAD DE MEDIR LOS COSTES DE LA ENFERMEDAD PARA LAS FAMILIAS

4.1.- La aparente neutralidad de las formas de contabilización y la competencia por teorías contables.

Los servicios sanitarios se incluyen en la Contabilidad Nacional como parte del sector servicios, y su producción se considera parte del Producto Interior Bruto y la Renta Nacional. De modo implícito, se asimila a “servicios de producción de salud”, o, lo que es lo mismo, a servicios de “lucha contra la enfermedad”. Paradójicamente, si un año se produjese alguna catastrófica situación sanitaria que obligase a duplicar los recursos asignados a este sector, contablemente se reflejaría como una duplicación de la producción, esto es, como una riqueza, y no como un coste derivado de la enfermedad.

La consideración de la sanidad como coste se produce al nivel de los hogares, para los que se interpreta como un consumo, o en las empresas e instituciones no sanitarias, para los que también es considerado consumo intermedio o parte de los costes generales de producción. Para los hogares, a los que se niega contablemente el reconocimiento de la capacidad de producción, los servicios de cuidado de la salud son inexistentes y sólo se refleja el consumo de servicios externos al hogar (consultas médicas, intervenciones, rehabilitación, etc.) y de bienes (farmacéuticos, ortopédicos, etc.) como si fuesen consumo final.

Las formas de contabilización son aparentemente “neutrales”, esto es, sin consecuencias para los observados o contabilizados. Sin embargo, todas las formas de contabilidad reflejan pactos o acuerdos sociales sobre lo que debe ser contabilizado y lo que no, y sobre el modo de hacerlo, que tienen grandes implicaciones ideológicas y políticas. Por ejemplo, la determinación de los “costes” de la enfermedad requiere contabilizar los servicios aportados por las aseguradoras o servicios públicos, los comprados directamente en el mercado, el coste infligido por el absentismo en las instituciones en las que trabajase el enfermo, el coste de oportunidad o lucro cesante para el enfermo, así como los costes transferidos hacia sus familiares y allegados: un tipo de radiación realmente difícil de contabilizar con precisión, por lo que suele resolverse la no-contabilización de las partidas más importantes denominándolos “costes intangibles”. Según Lynch *"el concepto de ideología sigue siendo fructífero como base para investigar los medios por los que las formas de conocimiento verdaderas o falsas, exitosas o no exitosas, racionales o irracionales, juegan un papel en mantener las relaciones de poder. La sociología del conocimiento científico puede contribuir a hacer disminuir las disparidades de poder... pero puede requerir que se comprometa a persuadir a los que disienten de este propósito"*. (Lynch, 1994).

Lo que tiene de interesante esta cita es su propuesta de una sociología del conocimiento activa, interviniente en los procesos de producción de ideas, cifras y reproducciones de unas y otras. No es una propuesta meramente intelectual, sino organizativa, puesto que requiere una aplicación para "hacer disminuir las disparidades de poder" que empujan la producción de conocimiento científico en una dirección a expensas de otras. Que la propuesta no es sencilla, ya se hace notar, y que puede levantar resistencias, también. Y no serviría de gran cosa el enunciado del sesgo en la dirección o contenido de las investigaciones si no fuese acompañado por el compromiso de evitarlo, aún cuando

implique el innegable coste de comprometerse a intentar "persuadir a los que disienten de este propósito".

La contabilidad en general y las Cuentas Nacionales en particular, son formas de conocimiento y pocos podrían poner en duda que se trata de conocimientos racionales. Donde el problema se plantea es en la consideración de sus conocimientos como "verdaderos", o incluso de paradigmáticos (Arkhipoff, 1986). ¿Qué clase de "verdad" hay, por poner algunos ejemplos, en la contabilización del producto interior bruto del valor de la producción en el sector sanitario, o de los costes laborales en la atención a la salud?. ¿Qué implicaciones tiene la decisión de definir y clasificar de una manera y no de otra?.

S. Jönsson ha puesto el dedo en la llaga sobre los problemas de poder que surgen en torno a las operaciones contables. En *"Accounting regulation and elite structures"* plantea muy vívidamente los conflictos soterrados que subyacen en una actividad aparentemente técnica y neutral (Jönsson, 1988): a fin de cuentas, dice, una contabilización es un relato, un modo de mostrar algunas de las relaciones entre los sujetos implicados, y no todos los sujetos quieren exhibir la información que otros les solicitan o se resignan a que no se exhiba la información que están interesados en mostrar. Y si no hay unanimidad: ¿Quién actúa como árbitro para decidir lo que vale la pena contar? ¿Quién fija las reglas del juego, y paga los costes de su puesta en marcha y mantenimiento?

Aunque la contabilidad sea una ciencia, también actúa como fuente de normas. Los procesos de contabilización son procesos sociales altamente regulados, tanto más cuanto mayores puedan ser las diferencias de intereses entre todas las partes implicadas: sin embargo, los intereses de las partes no tienen posibilidad de hacerse patentes a menos que dispongan del poder suficiente para ello. No ya para dominar el sentido del proceso contable sino, como mínimo, para hacer notar sus propios intereses. De ahí que el silencio que trasluce la absoluta falta de poder de los disidentes, pueda interpretarse erróneamente como una señal de aquiescencia.

El proceso contable es un proceso consensuado, pactado. A mayor capacidad de las partes implicadas para hacerse oír, mayor crecimiento de las instrucciones metodológicas, de los convenios y acuerdos. Como ilustración, basta señalar que ya el estudio de V. Montesinos sobre *"Las Normas de Contabilidad en la Comunidad Económica Europea"*, (Montesinos, 1980) dedicaba una extensión de más de setecientas páginas a reproducir estos acuerdos, referidos básicamente a las empresas. Y cuando los convenios son necesarios es porque se ha reconocido explícitamente la necesidad de pactar y de establecer una jerarquía entre los posibles modos de interpretar y contar un mismo hecho.

Los técnicos que diseñan las grandes líneas del instrumento contable están con frecuencia próximos a los medios académicos y a los medios políticos. Una teoría contable es una forma de situar las actuaciones de los sujetos contabilizados dentro de un marco general, y en unos esquemas de interpretación de sus relaciones. Estos sujetos pueden presentar sus propios marcos generales de interpretación, su propia delimitación de las actuaciones que hay que contabilizar y las que no. Pero, como señala Jönsson, *"donde no hay perspectivas articuladas compitiendo, una teoría contable normativa se convierte en una fuerza conductora dominante"*.

Si de la contabilidad aplicada a las empresas puede decirse como argumento a favor de su regulación, que "la contabilidad abierta y completa contribuye a la eficiencia del mercado",

más aún podría aplicarse a los recursos globales -del mercado y ajenos al mercado- que una nación ha de administrar.

Actualmente, cada vez son más comunes las interpretaciones de las instituciones sanitarias como “empresas sanitarias”, incluso las financiadas públicamente. El mismo tipo de interpretación (intercambio, claridad, eficacia, gestión, selección de medios, formalización del pensamiento estratégico, cambio organizacional, financiación, logística, información, recursos humanos, etc.), que es característico de la ideología dominante en esta época, tiende a aplicarse en ámbitos no directamente monetarizados, como las relaciones familiares, donde existe una creciente sensibilidad ante el tema de los costes no monetarios y la distribución de cargas. Tomada aisladamente, cada familia es una pequeñísima “empresa sanitaria”, pero el conjunto de las familias constituyen un sector de prestación de servicios de salud que supera con creces en volumen de trabajo a todas las restantes instituciones sanitarias. La atomización no es causa suficiente para justificar su desconocimiento ni su ausencia en la toma de decisiones colectivas referentes al cuidado de la salud y la enfermedad. De ahí el importante papel vertebrador que juegan las asociaciones cívicas, especialmente las de familiares de enfermos de larga duración y alto coste social.

Los componentes ideológicos aparecen tanto en los procesos de definición (la frontera de la producción o el consumo), como en los de valoración (el mercado). Si el temor a que la inexistencia de contabilidad lleve a crear "desigualdad en la distribución de la información" es relevante para las empresas, tanto más para los restantes agentes económico-sociales. Y, finalmente, si en la contabilidad empresarial puede esperarse que "los gestores son reacios a suministrar la información que pueda resultarles desfavorables", este temor es igualmente fundado respecto a la gestión de los recursos globales, sobre todo respecto a los recursos globales que actualmente no contabiliza la Contabilidad Nacional. Existe, igual que una democracia en el acceso al voto, una posible democracia en el acceso a la producción de información, que raramente se lleva a término.

Desde finales de los ochenta, y en los noventa, las peticiones de cambios importantes en la Contabilidad Nacional cuentan con el apoyo de organizaciones que nada tienen que ver con las empresas o el Estado. Forman parte del conjunto de reivindicaciones de algunos movimientos sociales, fundamentalmente de los movimientos de mujeres y de los ecologistas, pero también los radicales (Mathews, 1994), los movimientos cooperativos y las instituciones sin ánimo de lucro.

Para los ecologistas es inadmisibles que no exista un sistema de medición del patrimonio ecológico y -lo que suele ser más llamativo- de los daños causados al mismo. Los movimientos de mujeres reclaman una visibilización de la aportación al bienestar colectivo realizada desde los hogares. Si la Contabilidad Nacional, tal como ahora se produce, sólo puede integrar los bienes y servicios fácilmente valuables a través del mercado, hay que resolver de algún modo -sea en la Contabilidad Nacional o trasladándolo a otro lugar- el problema de los recursos que no tienen cotización en mercado pero son escasos y susceptibles de uso alternativo, como el medio ambiente o el trabajo no remunerado. Negarles un lugar en las cuentas nacionales no resuelve el problema, simplemente lo relega o retrasa el avance hacia soluciones más satisfactorias.

4.2.- El concepto de coste en el lenguaje común y en el lenguaje económico.

En muchos estudios de economía sanitaria se desagregan tres tipos de costes:

- 1) Costes directos
 - 1.1. Costes médicos
 - 1.2. Costes farmacéuticos
- 2) Costes indirectos
 - 2.1. Días de trabajo perdido durante la enfermedad.
 - 2.2. Indemnizaciones, pensiones.
- 3) Costes invisibles, o transferidos fuera del mercado.

El primer apartado es, con mucho, el mejor conocido, y el tercero el peor. Con frecuencia no se tiene siquiera en cuenta, o se denominan “costes intangibles” y se justifica por ello la renuncia a investigarlos.

El análisis de costes requiere una clara definición de los conceptos que se manejan, por lo que es útil hacer una breve introducción sobre su significado y uso, tanto en el lenguaje común como en el económico.

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española no incluye *coste*, sino *costa*, además de *costar* y *costear*. Recoge varias acepciones, lo que da idea de que es un término complejo y ampliamente utilizado. Deriva del latín "constare", y significa "*ser comprada o adquirida una cosa por determinado precio*". Que la raíz de *costar* y *constar* sea la misma, implica que los aspectos de visibilidad y consciencia han sido consustanciales al concepto de coste desde sus orígenes. O, lo que es lo mismo, que donde no hay constancia no hay coste. De "costas" dice el DRAE, además, (2) que es "*estar en venta una cosa a determinado precio*", o (3), figuradamente, "*causar u ocasionar una cosa cuidado, desvelo, perjuicio, dificultad, etc.*", lo que ilustra con la frase "*costarle a uno caro, o cara, una cosa*", que familiarmente y en sentido figurado significa "*resultarle de su ejecución mucho perjuicio o daño*".

Por la vía del uso, el restringido concepto de coste o *costa* ligado a las actividades de comprar o vender, se amplía al campo mucho más extenso de los cuidados, desvelos, perjuicios y dificultades. Algunas voces relacionadas con "*costa*" son ilustrativas de la permeabilización de la idea de coste en el lenguaje común. La locución adverbial "*Al coste*" significa "*por el precio y gastos que tiene una cosa*", o lo que es lo mismo, "sin ganancia alguna". El adjetivo "*costeador/a*" significa "*el que costea*"; y "*costear*" es "*pagar o satisfacer los gastos de alguna cosa*" ilustrado con "*costear los estudios de alguien*" o "*costear una expedición*". También se recoge, como segunda acepción, "*producir una cosa lo suficiente para cubrir los gastos que ocasiona*".

Del sustantivo "*costa*" dice el DRAE que es "*la cantidad que se da o se paga por una cosa*": resulta ilustrativo el dualismo de los conceptos "*dar*" o "*pagar*", así como la concreción en una "*cantidad*". La referencia a la "*cantidad*" recuerda el origen de la palabra, sus contenidos implícitos de visibilización, límite y transacción entre partes. Otras acepciones resaltan la aplicación del término en el lenguaje laboral ("*ayudas de costa*": *el gasto de manutención del trabajador cuando se añade al salario*), jurídico (gastos judiciales; *condenar en costes*, que en lo civil es hacerle pagar los gastos que ha ocasionado a sus contrarios en el juicio), o de la vida cotidiana ("*a costa de*", locución

adverbial con que *"se explica el trabajo, fatiga y dispendio que cuesta alguna cosa"*, o *"a toda costa"*, que significa *"sin limitación en el gasto o en el trabajo"*). Figuradamente, el término *"salir en costas"* significa *"cargar con todo lo perjudicial de un negocio"* (DRAE, 1984, pág. 390-391).

Al analizar otras fuentes, como el *Diccionario de uso del español*, de María Moliner, (1970), o el *Diccionario Enciclopédico Grijalbo*, (Barcelona, 1986, p. 514), puede constatar una bifurcación en el concepto de coste: para algunos diccionarios el concepto se restringe hasta el punto de referirse casi exclusivamente a la contabilidad comercial, como es el caso del citado de Grijalbo, que lo define del modo siguiente: *"Coste" es el "precio que se paga por la adquisición de una cosa. Valor monetario de los factores de Producción aplicados a ésta o a la distribución. Se divide en fijo o variable, según que se mantenga estable o aumente a medida que aumenta el número de unidades producidas. El coste total medio tiende a disminuir hasta un nivel determinado de producción, después del cual aumenta. Coste de distribución: el imputable a dicho proceso. Representa un papel muy importante en el precio de un producto (50%-60% de su valor). El coste de estacionalidad: el que crea el hecho de que el producto sea de venta periódica. El coste de la vida: dinero que una persona o familia precisa para subvenir a sus necesidades; sobre él se confecciona un índice que refleja su evolución. Coste de oportunidad: el originado por la necesidad de seleccionar una línea de producción determinada. Costes sociales: los no cuantificables en el proceso de producción, pero que significan las repercusiones de ésta, como los ambientales (degradación paisajística o urbana), personales (migración, enfermedad física o psíquica de carácter profesional) o económicos (especialmente los gastos en infraestructura).*

Como puede verse, la acepción de coste no relativa a las mercancías prácticamente ha desaparecido en este texto, aunque es un diccionario enciclopédico y no exclusivamente económico. El único resquicio que abre puerta a consideraciones sobre el coste que vayan más allá de las relaciones mercantiles se encuentra en la referencia a los *"costes sociales"*: pero incluso aquí predomina claramente el aspecto mercantil o de intercambio. El texto cita los costes medioambientales, personales y económicos: pero los costes medioambientales sólo se mencionan en tanto que *"repercusiones del proceso de producción"*: los costes personales que se mencionan son los de las *"migraciones, enfermedades físicas o psíquicas de carácter profesional"*, y los económicos son, especialmente, *"los gastos en infraestructura"*. En resumen, el rasgo que se destaca para definir los costes sociales es periférico y podríamos decir que meramente clasificatorio o metodológico, puesto que son los gastos *"no cuantificables en el proceso de producción, pero que significan repercusiones de ésta"*. Este ejemplo ilustra los problemas semánticos subyacentes en cualquier ejercicio contable. ¿Habría que suponer que estos costes dejarían de ser sociales si fuesen cuantificados, o es que precisamente por ser sociales no se cuantifican?

En una dirección diferente, el *Diccionario de Uso* de M. Moliner amplía el concepto de coste: manteniendo su uso en el ámbito comercial, recoge también el uso en contextos o para fines no comerciales. Como segunda acepción, *"costar"* es *"ocasionar una cosa ciertos disgustos, molestias o perjuicios"*, o *"consumir un trabajo u ocupación cierto tiempo"*. Como tercera acepción, asociado a trabajo (*"costar trabajo"*) significa *"resultar una cosa difícil, molesta o penosa para alguien"*. En cuanto a *"costar caro algo"*, Moliner recoge tanto la acepción monetarizada (*"costar mucho dinero"*) como la acepción más amplia, no monetarizada (*"ocasionar mucho perjuicio"*). Moliner recoge otras voces que se

asocian a la idea de coste: entre otras, *"valer, ser, suponer, significar, ascender, importar, gravoso, oneroso, penoso, pesado, trabajoso, gratis, prohibitivo, inasequible"*.

La economía ha sido una ciencia en plena expansión en el siglo XX y sigue siéndolo en el XXI, y la incidencia de sus presupuestos ideológicos y de su vocabulario en los medios de comunicación y en la vida cotidiana es extraordinaria. Por ello han aparecido ya los diccionarios específicos económicos, como el de *"Economía y Finanzas"* de Tamames y Gallego (Alianza, 1994). En este diccionario se consagra la tendencia reduccionista de la economía, que va pareja a un mayor nivel de profesionalización y desarrollo técnico de un campo disciplinar. Tamames y Gallego recogen treinta y dos acepciones de *"coste"*. El coste se define como *"gasto o sacrificio en que se incurre en la producción de una mercancía o servicio"* y se especifica que *"Hace referencia al coste total si no se dice otra cosa"* (p. 156). Estas acepciones son: *Coste, Coste/beneficio, Coste de acceso, Coste de adquisición, Coste de capital, Coste de capital ponderado medio, Coste de explotación, Coste de la vida, Coste de mercancías vendidas, Coste de oportunidad, Coste de reposición, Coste de ruptura, Coste de sostenimiento, Coste fijo, Coste indirecto, Coste laboral, Coste Marginal, Coste Medio, Coste neto de financiación, Coste o mercado, Coste, seguro y fletes, Coste stand by, Coste total, Coste variable, Coste variable medio, Coste y flete, Costes comparativos, Costes estructurales, Costes de quiebra, Costes de venta, Costes directos y Costes sociales*. Este último se define como el coste que *"se incurre como consecuencia del crecimiento económico que se realiza sin tener en cuenta sus consecuencias negativas para la sociedad y especialmente en lo medioambiental"*.

La investigación económica se ha desarrollado considerablemente, centrándose en el análisis de mercancías. Estos términos contienen ideas directamente aplicables a la prestación de cuidados, tanto los que son mercancías como los que se prestan en el ámbito doméstico o por las instituciones sin ánimo de lucro. Con la importante salvedad de que no se trata de mercancías ni de servicios en sentido estricto, el análisis de los costes no monetarios en el cuidado de la salud puede beneficiarse de la expansión de conceptos que se ha producido en el análisis de las mercancías, aunque requerirá cautela y adaptaciones. Entre quienes prestan cuidados a enfermos mediante relaciones no laborables es poco frecuente que se utilice el vocabulario característico de los contables y economistas: casi nadie dirá que su gripe, el esguince de su hijo o el Alzheimer de su padre le ha ocasionado costes fijos, marginales, o de oportunidad. Pero de modo implícito, las ideas que subyacen en estas palabras son de uso común, tanto entre enfermos como entre familiares. Para no dañar las oportunidades de los más jóvenes, suelen hacerse cargo del cuidado de enfermos los familiares de mayor edad. Porque los costes son fijos, los que permanecen ajenos al mercado tienden a concentrar sobre sí todas las demandas de cuidados no remunerados; de ese modo intensifican el ritmo de producción de servicios, y logran una máxima utilidad para su tiempo de trabajo no pagado. La idea de coste marginal la aplican rápidamente quienes acumulan a su jornada habitual de trabajo remunerado algunas horas de cuidados de enfermos; el cansancio o coste que esta pequeña aportación les inflige no es proporcional a su duración, sino a que consume el único, el escasísimo tiempo de que disponían para el descanso o las actividades de mantenimiento.

No obstante, en algunos casos, puede resultar falsa la posible analogía, y resultar por tanto impropio la mera aplicación de los esquemas útiles en la investigación sobre mercancías.

La aplicación del análisis de costes-beneficios a la sanidad es tarea comúnmente aceptada por los especialistas en economía sanitaria y economía de la salud. La idea que preside sus investigaciones o análisis es que en cualquier situación los recursos son escasos, y hay que tener en cuenta los usos alternativos de estos recursos para lograr decisiones racionales. Las dificultades concretas del análisis de costes-beneficios en el cuidado de la salud pueden verse claramente en la aplicación que hace J. Artells (1989) a propósito de la asistencia antenatal. Para los economistas es frecuente asumir la “*la soberanía del consumidor*”, que presupone que el consumidor es quien mejor conoce sus necesidades y el modo de satisfacerles; pero esto, evidentemente, no aplica a los no-nacidos, ni a los niños o enfermos. A su vez, los receptores de los beneficios no son, en la mayoría de los casos, los mismos que aportan los recursos o asumen los costes. En lugar de su propia valoración, los diferenciales de poder y de posibilidades reales de participación o expresión de opiniones hacen que se recurra habitualmente a otras fuentes de valoración, como los políticos (los “*representantes*”) y los expertos (los “*técnicos*” o “*profesionales*”) de quienes se presupone, a veces muy erróneamente, una similitud de intereses y valores con los representados o los aconsejados en el tema concreto de la salud, la enfermedad o el cuidado del cuerpo. Habitualmente, el sujeto de referencia para la satisfacción de la necesidad es un *individuo*, un paciente individual; pero también se puede basar la evaluación o la opción en los beneficios que se atribuyen a un *colectivo de pacientes* o a la *comunidad en general*. Por asimilación, la evaluación se produce mediante la identificación de configuraciones paretianas potenciales, que son “*situaciones en que la cantidad que los beneficiarios de un proyecto estarían dispuestos a pagar por asegurarse de que el proyecto se lleva a cabo, excede de la cantidad que los perdedores estarían dispuestos a aceptar como compensación para permitir que se lleve a cabo*”. (op. cit., pag. 64).

En los estudios de coste-beneficio se consideran, teóricamente, todas las consecuencias de los programas sanitarios, tanto las adversas (costes) como las ventajosas (beneficios) que afectan a *todos los miembros de la comunidad*. Para ello se utilizan unidades monetarias como elemento homogeneizador tanto de costes como beneficios. En muchos casos no llega a hacerse esta monetarización o conversión en unidades de cuenta monetarias, y el proceso de estimación se queda a mitad de camino, en lo que ha venido llamándose “*análisis de coste-efectividad*”. En estos casos lo que se mide no es dinero sino otro tipo de unidades, como años de vida ganados, mortalidad reducida, etc.

El problema que plantean estos análisis es la delimitación de los fenómenos observados y la operacionalización de las mediciones. Para complicar el análisis, los programas y sus efectos no son habitualmente inmediatos, sino diferidos en el tiempo. Artells señala que son necesarias cuatro operaciones para llevar a cabo el análisis de costes:

- a) *Definición consistente de los objetivos del programa.*
- b) *Identificación del arco de posibilidades técnicas relevantes y alternativas.*
- c) *Delimitación cuantitativa de los efectos atribuibles a cada alternativa.*
- d) *Cálculo del coste de oportunidad asociado a cada una de las opciones.*

Ninguna de estas operaciones puede hacerse rigurosamente en la mayoría de los programas sanitarios, aunque sin duda la opción de intentar avanzar en su conocimiento es mucho mejor para todos que la de no intentarlo siquiera. Pero la consciencia de la limitación tiene que estar muy presente en el análisis. Por ejemplo, siguiendo a Drummond (op. cit p. 74), los cambios en los recursos no se refieren sólo al servicio sanitario sino a los suministrados

por los propios pacientes, en especial la aportación de tiempo, que no tiene precio de mercado. Este mismo recurso/coste implica grandes cantidades de tiempo de trabajo no remunerado, el de los cuidadores, que casi nunca son objeto de medición en las aplicaciones concretas del análisis de coste-beneficio o de coste-efectividad. Incluso, la habitual medición del número de años de vida “alargada” como indicador de beneficio o efectividad sería muy discutida si se precisase al paciente o a sus familiares la calidad de vida en la que han de transcurrir los años de existencia “alargada”. Aunque, en principio, deba incluirse en el análisis de costes, tal como Artells señala (op.cit.p.77) “*cualquier sacrificio que afecte a la comunidad en conjunto, independientemente de quien lo soporte*”, en la práctica habitual del análisis de costes sanitarios el ámbito de análisis se restringe a las instituciones (aseguradoras, empresas, hospitales, etc.) y los ciudadanos, especialmente los cuidadores, permanecen en total invisibilidad. A esta invisibilidad habitual del papel jugado por los pacientes o sus cuidadores en los *programas* sanitarios hay que añadir que la mayoría de los recursos asignados al cuidado de la salud no se asignan en conexión con *programas* específicos sanitarios, y ni siquiera en conexión con el sistema sanitario.

El abandono de lo general para concentrarse en lo particular tiene sin duda muchas ventajas de todo tipo, entre otras la de facilitar la profesionalización o tecnificación de los usuarios. Sin embargo, a los colectivos interesados en los costes no relativos a la producción y venta de mercancías, les obliga a desarrollar desde otros supuestos nuevas estrategias de visibilización y formas contables. Si en un primer momento la constatación del "abandono del campo" por los expertos en economía más próximos a él produce cierta desazón en los demandantes de un conocimiento más integrador, en un momento posterior lo único que permanece es el reconocimiento de que existe un enorme campo de investigación esperando a que alguien (persona, colectivo, institución o disciplina) lo aborde con el necesario rigor, continuidad y disponibilidad de recursos.

Actualmente apenas se estudia el trabajo y el tiempo fuera de su dimensión de mercancía o recurso vendido en el mercado de trabajo. El problema radica en saber si este enfoque mercantilista y 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 adultos más que un tercio que tenga vinculación directa con el mercado de trabajo.

4.3.- Causantes, pagadores y beneficiarios.

La Contabilidad es la constatación de un intercambio. Cuando los sujetos de intercambio son sólo dos, el objeto intercambiado puede definirse y medirse con claridad, y además se produce de modo instantáneo, la contabilización es sencilla. Estas circunstancias sólo se producen en una pequeña parte de la atención a la salud, y lo que predomina es *la dificultad de definir y medir el producto, la multiplicidad de sujetos intervinientes y la dilatación de las relaciones en el plano temporal*: por ejemplo, un reducción de costes en una institución (porque se reduzca el número de días de atención a los pacientes) puede implicar un aumento de costes en otra institución o para los familiares que acogen al paciente. La estimación de costes, así como el análisis de su distribución, tiene componentes ideológicos muy fuertes, que a veces no son explicitados. El componente ideológico también se halla presente cuando las instituciones sanitarias se analizan con el lenguaje aparentemente aséptico de la contabilidad empresarial, que rara vez tienen en

cuenta el problema de la derivación de costes hacia los propios enfermos (costes no monetarios, costes de oportunidad, etc.) o hacia sus familiares.

En la mayoría de las enfermedades no se conoce al causante, o no se le puede atribuir la responsabilidad ni que se haga cargo de los costes de la curación o indemnización. Los causantes y los pagadores son diferentes, como también es con frecuencia distinto el pagador y el que recibe la atención. Entre los pagadores, junto al propio enfermo (los adultos con capacidad económica que pagan por sí mismos directamente) es común la intervención de empleadores, aseguradores públicos y privados, familiares, organismos públicos y entidades sin ánimo de lucro.

Además, los productos sanitarios son sumamente complejos. Según el tipo de bien, incluyen tanto *servicios* como *objetos* (medicamentos, ortopedias) e *infraestructuras* (edificios, instalaciones, aparatos). Los servicios sanitarios son, a su vez, muy heterogéneos; una clasificación muy general distinguiría entre *servicios aplicados* (diagnóstico, pruebas, tratamiento, rehabilitación, revisiones) y *servicios generales* (investigación, formación de técnicos, educación sanitaria, gestión y administración). Según las bases que sustentan el derecho a recibir la atención sanitaria cabe distinguir entre *derechos contractuales*, *universales*, derivados de relaciones *locales*, *discrecionales*, etc. Según el criterio de prestación pueden clasificarse en *intercambio directo* (compra del servicio), *intercambio indirecto* (cuotas, pólizas), *derivación a gastos generales* de la colectividad vía impuestos o *adscripción a familiares*. Según la relación temporal, el pago puede *anticiparse* o producirse inmediatamente de la prestación del servicio o *postergarse*. En cuanto a la fragmentación, el pago puede realizarse en un *bloque único* o *fragmentadamente* y ser igual o desigual en la cuantía y ritmo de los pagos parciales. La complejidad del sistema produce inevitablemente su *burocratización*, el imparable crecimiento de los recursos destinados a *gestión* y *administración*, así como el *endeudamiento* y costes financieros.

4.4.- El progreso del discurso teórico y del discurso experimental

Arkhipoff señala que la economía sólo puede progresar si aúna el progreso del discurso "teórico" (los argumentos) con el progreso del discurso "experimental" (las mediciones). El discurso experimental caracteriza a la metrología, o disciplina encaminada a apreciar la precisión, credibilidad y fiabilidad de las estimaciones económicas, y la medida en que éstas se apartan de la teoría: en definitiva, la producción de las estadísticas adecuadas. (Arkhipoff, op. cit. p. 12). Pero hoy ya no es posible creer en la posibilidad de "experimentar", de construir modelos partiendo de las masas de datos (términos, cifras) que se ofrecen al estudioso, si no es a partir de las previas teorías económicas que han posibilitado su producción, su nacimiento. Textualmente, Arkhipoff dice que "... *la economía nos enseña que la objetividad de las cifras no es más que un epifenómeno*" (op. cit. p. 13) y que economía y estadística se unen cada vez más en una "comunidad de bienes".

El problema de los sujetos económicos se plantea al pasar del análisis de unos pocos o unos muchos a un todo que a su vez se representa como sujeto; sujeto desagregable y recomponible, elásticamente, en otros macrosujetos. ¿Puede suponerse que las ecuaciones contables son identidades reales, o sólo aproximadas?. Para Arkhipoff, "*cuando se preconiza el empleo de la contabilidad para la descripción de la economía nacional en su totalidad, lo que se propone es ya un paradigma, en el sentido kuhneano, y deja de ser una*

técnica especial o una disciplina de trabajo". (op. cit. p. 15). La Contabilidad Nacional tiene que resolver si pretende ser una teoría formal o una teoría modélica: la teoría formal "sólo se basa en su éxito", esto es, en su aceptación como convención entre profesionales y usuarios: en tanto que la teoría del modelo, que otros autores prefieren llamar "estructural", pretende que lo que describe es real, una estructura objetiva.

Arkhipoff no cree que pueda esperarse otra cosa que una coherencia relativa, y una integración flexible de distintos sistemas contables que dan lugar a un sistema inevitablemente "compuesto", donde coexisten diversidad de fuentes y de aproximaciones.

Uno de los aspectos que más incomodidad intelectual produce al sociólogo o político que se acerca al estudio de la Contabilidad Nacional es la escasa visibilidad de los sujetos o actores de la acción económica contabilizada: ¿Quiénes son los sujetos que dan entidad a las corrientes o flujos que la contabilidad estudia? ¿Quiénes otorgan sentido a la acción posibilitando el análisis de "bienes" o "utilidades"?

El problema de la opacidad de los actores (¿quiénes son? ¿los individuos, los hogares, las empresas, el Estado?) está ligado al de la dificultad de establecer, por agregación, una "voluntad general" integradora, radicada en todos o cada uno de estos sujetos susceptibles de acción.

El "bienestar nacional" difícilmente puede estimarse como una simple suma de los bienestar individuales, pero menos aún como una suma del "bienestar" de las entidades intermedias (empresas, instituciones públicas, etc.). Es un problema que ya preocupaba en el siglo XVIII a Condorcet y que sigue preocupando hoy día a los seguidores del "paradigma de la imposibilidad" o teorema de Arrow, que preconiza la imposibilidad de medir la utilidad colectiva.

No es casualidad que los manuales de contabilidad pasen muy ligeramente sobre el problema de la agregación de voluntades, o de utilidades, y que frecuentemente recurran a una deliberada simplificación, proponiendo que los sectores agregados (por ejemplo, las familias, o las empresas), se analicen como si fuesen un sujeto único; la Gran Familia o la Gran Empresa, en el Pequeño país. Y, para extremar el proceso, que el argumento o actuación económica de estos sujetos recaiga de modo recurrente en un "cabeza de familia" o "empresario" que expresa sin mayores dificultades ni resistencias la voluntad colectiva del grupo al que -según el modelo contable- le toca representar.

Es una convención contable que toda la riqueza de las sociedades es riqueza de las familias que la integran: "Las empresas se limitan a administrar parte de esa riqueza, haciendo uso de bienes temporalmente cedidos por las primeras", (Viaña, op. cit. p. 35). Pero, sin duda, esta convención choca con la experiencia personal de muchos ciudadanos, tanto en lo que se refiere a su relación con las familias (en realidad, la Contabilidad Nacional no emplea el término familias, sino hogares), como con el tratamiento no-productivo de los trabajos domésticos y con la relación con las empresas (nacionales y ajenas) y las restantes entidades económicas (Administración Pública, organizaciones intermedias, etc.). Y choca también esta delimitación de sectores o actores, que trasluce la presunción de que todo lo que existe es propiedad de alguien (el patrimonio, que en los actores no-familiares se denomina "pasivo neto no exigible"), con la experiencia vivida de que existe un patrimonio común, o infraestructura físico-ambiental, cuyas importantes alteraciones parecen contablemente irrelevantes a menos que se "apropien" o conviertan en mercancías.

4.5.- Aplicación y límites de la lógica del intercambio: los que no pueden pagar.

Hay una relación inversa entre la necesidad de atención de la salud y la capacidad para pagarla, que pone límites a la lógica del intercambio en este tipo de servicios. Los mayores demandantes de servicios sanitarios son los niños, los discapacitados, los enfermos crónicos y los ancianos. Como puede verse en el cuadro 4.5.1, hay una relación inversa entre el nivel de ingresos declarado y la autovaloración del estado de salud. La media de ingresos declarada, que para el conjunto de la muestra es 123 mil pesetas mensuales, en los de “mala salud” se reduce a 95 mil, y en los de “muy mala salud” se reduce a 92 mil. El porcentaje que declara ingresos inferiores a 60 mil pesetas mensuales es de 3’6% en los de “muy buena salud”, 12’7% en los de “regular” y 32’5% en los de “muy mala”. La enfermedad es causa y efecto de la pobreza, y las demandas de la población anciana o de enfermos crónicos que subsisten con pensiones no puede cubrirse, ni siquiera en parte, con cuidado remunerado. En Madrid, en 1999, el precio/hora del cuidado no cualificado es de 1000 a 2000 pts/hora, en los días laborables y horas normales, generalmente en bloques mínimos de cuatro horas. *Aunque dedicase a ello toda su pensión, un o una pensionista cuyos ingresos fueran de 70.000 pts mensuales, sólo podría pagar la atención durante cuatro horas diarias (excluidos los festivos) durante once días al mes.*

Autovaloración del estado de salud y nivel de ingresos.

Nivel de salud	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	Total
1. Menos de 60.000 pts.	3,6	6,1	12,7	20,6	32,5	8,9
2. De 60.001 a 100.000 pts.	14,1	17,6	29,9	31	17,5	21,1
3. De 100.001 a 150.000 pts.	20,9	23,5	22,9	17,4	25,0	22,6
4. De 150.001 a 200.000 pts.	17,3	13,3	10,8	7,7	12,5	12,8
5. De 200.001 a 300.000 pts.	8,8	8,6	5,4	2,6	2,5	7,3
6. Más de 300.000 pts.	9,2	5,1	2,1	1,3	--	4,5
Media (en miles de pts.)	160	142	113	95	92	132

Media: se ha ponderado con la siguiente escala: 1=30 mil; 2=80; 3=125; 4=175; 5=250; 6=300.
Fuente: Elaboración de M.A. Durán sobre datos de la Encuesta de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997, España.

El gasto trimestral directo de servicios médicos y sanitarios, según la Encuesta de Presupuestos Familiares de España (1998) se multiplica por seis entre los hogares de la primera decila de ingresos (6.959 pesetas) y los de la última (41.603 pesetas). Los hogares de la primera decila sólo gastan el 3’60% de todo lo que gastan los hogares por este concepto, en tanto que en la última decila gastan el 21’52%. Los hogares de la primera decila dedican el 2% de su gasto al capítulo sanitario, en tanto que en los hogares del nivel económico más alto le dedican el 3%. Por unidad de consumo la distribución es mucho más homogénea, aunque sigue habiendo una diferencia de tres veces a favor de la última decila (13.577 frente a 4.271 pesetas).

Algunos de estos necesitados de atención pueden haber acumulado en épocas anteriores suficiente patrimonio o número de cuotas de seguros como para cubrir sus necesidades de atención, pero la mayoría de los que lo necesitan no reúnen estas condiciones o sólo parcialmente y han de derivar sus demandas a otros ámbitos en los que no rigen reglas de

intercambio directo. De ahí que un problema económico (cómo lograr recursos escasos susceptibles de utilización alternativa) se transforme inmediatamente en un problema ético y político: hacia quién derivar los costes de la enfermedad.

Aunque el dinero lo objetiva todo, el coste marginal de un mismo producto sanitario para una persona de bajos ingresos es enseguida disuasorio, porque apenas le queda excedente después de pagar los gastos mínimos de su supervivencia.

5.- OPCIONES METODOLÓGICAS PARA EL AVANCE EN LA ELABORACIÓN DE UNA CUENTA SATÉLITE DE SALUD.

5.1.- Obtención de información.

La producción y consumo de servicios sanitarios así como la contabilidad farmacéutica y de infraestructuras y equipamiento sanitario, se refleja actualmente en la Contabilidad Nacional tipo SEC.

Lo que hasta ahora no se ha venido incluyendo es lo que pretende el análisis de exhaustividad aplicado a la salud la contabilización de las actividades extra-SEC aplicadas al cuidado de la salud, principalmente el tiempo de atención no remunerada que dedican al cuidado de la salud los hogares y las organizaciones de voluntariado o sin ánimo de lucro.

Para ello es preciso disponer de información pormenorizada sobre las actividades siguientes:

- Preventivas
- Curativas
- De aplicación de tratamientos
- Vigilancia de enfermos
- Rehabilitación
- Gestiones relacionadas con el sistema sanitario
- Acompañamiento a los enfermos durante los desplazamientos
- Atención a enfermos y discapacitados en sus necesidades fisiológicas.

El grado de calidad de la información dependerá de varios factores, especialmente del esfuerzo dedicado a obtenerla. Para poder introducirla en la Contabilidad Nacional es imprescindible que se cuantifique el tiempo dedicado en los hogares y voluntariado a estas actividades. Si por la escasez de recursos no puede llevarse a cabo el estudio del tiempo empleado, caben otras alternativas de muy bajo coste que pueden ser útiles como preparación de estudios posteriores.

5.2.- Tipos de estudios sobre aportación del trabajo no remunerado al cuidado de la salud.

- a) **Talleres de memoria.-** Consiste en la selección de una muestra variada de ocho o diez personas, responsables de hogares o asociaciones de voluntariado, que hagan memoria de las actividades de cuidado de la salud en sus hogares y otros hogares similares. Incluye la grabación, transcripción y discusión de las actividades, así como la comparación del tiempo dedicado por distintos miembros del hogar según las circunstancias de edad, nivel socioeconómico, nivel de salud, etc. Este tipo de estudio requiere muy pocos recursos económicos y es un buen ejercicio de reflexión que sirve para preparar otros estudios más complejos.
- b) **Inclusión en las Encuestas de Hogares de una relación detallada de actividades relacionadas con el cuidado de la salud.** Puede anexarse a la Encuesta de Condiciones de Vida, Encuesta de Presupuestos Familiares u otra encuesta similar de gran extensión que se realice periódicamente. Si sólo se pide una respuesta del tipo “sí” o “no”, y sólo se realiza una selección de hogares dentro de la extensa muestra habitual de la encuesta de referencia, apenas encarece el estudio. Este tipo de estudios ofrecen una aproximación a la contribución de los hogares, aunque no pueden utilizarse más que indiciariamente para la Contabilidad Nacional.
- c) **Inclusión de una estimación del tiempo dedicado a las actividades de cuidado de la salud,** en un estudio similar al anterior. Encarece ligeramente el estudio y lo hace más complejo, además requiere un análisis más cualificado. Permite hacer grandes avances hacia la Cuenta Satélite de Salud.
- d) **Inclusión de un módulo sobre cuidados de salud en una Encuesta General sobre Uso del Tiempo o Encuesta de Presupuestos Temporales.** Requiere la existencia de dicha encuesta. Si es una muestra muy extensa, puede reducirse el coste aplicando el módulo detallado a una submuestra.
- e) **Inclusión de un módulo sobre actividades de cuidado y tiempo dedicado al cuidado de la salud en los hogares en la Encuesta Nacional de Salud** o un tipo similar de encuesta sanitaria. Este tipo de estudio aporta gran cantidad de información y a bajo coste, con la desventaja de que las Encuestas de Salud no son periódicas.
- f) **Realización de encuestas “punta de lanza”, con muestras de pequeño tamaño sobre temas especializados:** por ejemplo, sobre el cuidado no remunerado de la salud de niños, ancianos, discapacitados, urgencias, enfermedades específicas, etc.. Estos estudios sirven para abrir camino a estudios más amplios o profundizar en problemas que no emergen en las encuestas de muestras convencionales por su escasa frecuencia (pocos casos). El coste de ejecución es bajo y puede reducirse considerablemente mediante la colaboración de voluntarios interesados en los colectivos de referencia. Hay que tener la precaución de que la dirección técnica sea cualificada y que la colaboración voluntaria no sesgue o reduzca la calidad técnica: en muchas ocasiones es la mejor o la única vía disponible para realizar investigación en sectores de pocos recursos económicos. Sólo son útiles indiciariamente para la Contabilidad Nacional, pero pueden ser muy iluminadores para la toma de decisiones en políticas públicas de salud.

- g) **Encuestas específicas sobre Uso del Tiempo en relación al cuidado de la salud.** Son diseñadas expresamente para facilitar el camino hacia la elaboración de la Cuenta Satélite de Salud. Permiten obtener información sobre tipos de actividades, persona que las realiza y recibe, periodicidad, tiempo dedicado, nivel de dificultad, relación con el sistema sanitario, costes indirectos para el cuidador, etc. Requieren muestras representativas a nivel nacional o regional. Por ser habitualmente mujeres quienes prestan los cuidados, hay que decidir si la muestra es de ambos sexos o sólo mujeres, así como las edades de los entrevistados, de 18 en adelante, generalmente, pero depende de la estructura etaria de cada país. Son los estudios más adecuados para elaborar la Cuenta Satélite, pero su inconveniente es que requieren un presupuesto específico para la encuesta.
- h) **Estudios cualitativos o mixtos sobre cuidados de salud.** Van encaminados a conocer con mayor profundidad las condiciones de vida de enfermos y cuidadores. Se basan en entrevistas largas, personales, con preguntas muy abiertas. No pueden aplicarse a grandes muestras, el trabajo de campo requiere mucha cualificación y confianza de los entrevistados. Asimismo es dificultoso el análisis. Estos estudios son complementarios a los basados en observación extensiva; su utilidad no es tanto estadística ni contable, cuanto humanizadora. Proporcionan materiales útiles para medios de comunicación y tomadores de decisiones políticas, así como para campañas de sensibilización y promoción de colaboraciones de voluntariado.

5.3.- Procesamiento de la información

Una vez obtenida la información, el procesamiento requiere codificación, tabulación y explotación de las bases de datos con programas del tipo SPSS o similar. Las distribuciones de frecuencias, medias y medianas en tablas de doble entrada suelen ser suficientes.

De gran utilidad son los índices sintéticos o elaboraciones a partir de índices simples, que resumen de modo claro y comprensible la situación.

En general, los indicadores que requieren de gran aparataje matemático no son muy convenientes, porque ni la calidad de origen de los datos ni el público al que van destinados los análisis los comprende.

Para los estudios de tipo cualitativo se requiere que los analistas tengan una excelente capacidad teórica y de expresión literaria.

5.4.- Integración de la información obtenida en el análisis de la Contabilidad Nacional.

Por el carácter novedoso e innovador de estos estudios, esta fase es muy delicada. El avance en los sistemas contables se ha realizado en gran parte por convención, esto es, por acuerdo entre instituciones sobre el modo en que debía realizarse la observación, procesamiento de los datos y preparación de los resultados para su difusión o publicación. En este proceso han jugado un papel decisivo los Congresos, Foros, Seminarios de Expertos, etc., así como los Organismos internacionales y las Universidades, Institutos o Fundaciones que han promovido los estudios.

En la actualidad no se ha resuelto todavía definitivamente el procedimiento para asignar valor económico al esfuerzo dedicado al cuidado de la salud fuera del mercado. La carencia de precio dificulta la integración en el sistema contable SEC, que está basado en las actividades remuneradas para las que se conoce el precio. En cualquier caso, el objetivo del análisis de exhaustividad es precisamente el de integrar en un marco único las actividades de mercado y las de fuera de mercado, y esa es su grandeza y fortaleza, además de su debilidad y dificultad.

Las discusiones técnicas sobre el valor que debe asignarse al trabajo no remunerado no deben retrasar el avance de los análisis de exhaustividad. Entre otras razones, porque una vez realizada la primera parte de la investigación, que es la obtención y procesamiento de la información ahora inexistente, el resto no requiere tanto esfuerzo. Puede dedicárselo, naturalmente, tantos recursos como se desee, porque es un campo nuevo y todo lo que se haga mejorará la calidad de los estudios; pero no es imprescindible que se realice una gran inversión para obtener resultados muy interesantes y útiles.

El punto álgido de la discusión teórica está en si al trabajo no remunerado se le aplica una valoración basada en los inputs (el esfuerzo invertido) o en los outputs (los logros conseguidos). Hay que decidir si se aplica al trabajo el valor de su coste de oportunidad (lo que el cuidador deja de obtener por dedicarse al cuidado) o el coste de sustitución (cuanto costaría sustituirlo por otro trabajador). La solución adoptada ante estas alternativas puede hacer variar mucho las estimaciones previas. Resulta muy condicionada por la estructura social y económica de cada país: si el coste de oportunidad para los cuidadores es mínimo, la estimación por este procedimiento será baja. En los países más desarrollados, donde las mujeres están incorporadas al sistema educativo y al empleo cualificado, el coste de oportunidad medio es más alto que el coste de sustitución en las tareas más simple del cuidado de enfermos.

Una propuesta eficiente, que implica costes de investigación moderados, es la de realizar esta última fase con varios escenarios: se trabaja un línea básica, en la que se asigna al tiempo de cuidado de la salud el valor medio de la hora de trabajo en el mercado de trabajo, que incluye tanto el mercado formal como informal. Sobre esta línea o escenario principal se desarrollan todos los indicadores. La ventaja de esta decisión es que el valor medio es relativamente fácil de hallar y muy fácil de comprender. Además, puede transformarse fácilmente para aplicarlo a sectores especializados o a regiones particulares.

El trabajo monetarizado (SEC) y la integración del trabajo no monetarizado (Extra SEC) en la Contabilidad Nacional Integral.

I.- Las grandes magnitudes socioeconómicas.	
I.1.- Producto Interior Bruto (en millones de dólares) I.2.- Renta Nacional Neta disponible a precios de mercado (en millones de dólares) I.3.- Población. (nº de personas) I.4.- Renta Nacional Neta disponible por habitante (en dólares) I.5.- Remuneración de asalariados (en millones de dólares) I.6.- % Remuneración asalariados sobre PIB. I.7.- Excedente neto de explotación (en millones de dólares) I.8.- % Excedente neto de explotación sobre PIB. I.9.- Numero de asalariados. 7 I.10.-% Remuneración de los asalariados, por asalariado (en dólares). I.11.-% No asalariados sobre trabajadores ocupados asalariados. I.12.-%Horas anuales de trabajo no remunerado sobre trabajo remunerado.	
II.- Los escenarios básicos.	
II.1.- Estimación de la remuneración por trabajador ocupado no asalariado sobre asalariado, 100%. II.2.- Valor del trabajo remunerado no asalariado (en millones de dólares). II.3.- Valor del trabajo remunerado (asalariado + no asalariado). II.4.- %del trabajo remunerado no asalariado sobre el excedente neto de explotación. II.5.- % del trabajo remunerado no asalariado sobre el PIB. II.6.- %del trabajo remunerado (asalariado + no asalariado) sobre el PIB.	
III.- Escenario complementario	
III.1. Estimación del valor hora trabajo no remunerado sobre hora trabajo remunerado III.2.- Valor del trabajo anual no remunerado, al 80% del valor /hora del trabajo remunerado (en millones de dólares).	
IV.- La integración del trabajo no remunerado en el PIB integral.	
IV.1.- Valor del trabajo anual integral (remunerado + no remunerado) (en millones de dólares). IV.2.-Incremento del valor del trabajo (IV.1 respecto a II.3) (en porcentaje). IV.3.-Valor del PIB Integral (I.1+ III.2) (en millones de dólares). IV.4.- Incremento del valor del PIB integral (SEC + extra SEC) sobre el PIB convencional (SEC) (IV.3 respecto a I.1) (en porcentaje)	

Fuentes a utilizar:

Contabilidad Nacional
Encuestas de Fuerza de Trabajo
Encuestas de Uso del Tiempo
Encuestas de Condiciones de Vida
Encuestas de Presupuestos Familiares
Encuestas de Salud

Una vez realizado el trabajo de conversión el precio medio, se completa el trabajo con varios escenarios alternativos, introduciendo las ponderaciones que se consideren necesarias según las circunstancias específicas de los cuidadores en cada país, sector o región. Si no se dispone de información detallada, los escenarios alternativos deben ser tratados como hipótesis razonables o puntos de partida. Para ello pueden ser de gran utilidad los estudios a los que nos hemos referido anteriormente, de “puntas de lanza”, “talleres de memoria” o indiciarios.

Como ya hemos señalado, el sistema S.E.C., o sistema económico de cuentas, es el convenido internacionalmente para realizar el análisis contable de las economías nacionales. En otros estudios hemos analizado su origen, así como las implicaciones ideológicas y políticas de su utilización². Como respuesta a las inexactitudes que el S.E.C. ocasiona y la invisibilización de amplios sectores de la producción de bienes y servicios, desde hace décadas hay un movimiento social e intelectual que propugna un nuevo tipo de contabilidad que incluya tanto los recursos como los costes que no pasan por mercado y carecen, por tanto, de precio. Este tipo de análisis se llama “*integral*” o de “*exhaustividad*”. Por comparación con el grado de experiencia, los recursos adscritos, y los acuerdos internacionales obtenidos por el S.E.C., los nuevos modos de interpretación del cuadro macroeconómico son todavía muy exploratorios y modestos, aunque mejoran y se consolidan constantemente.

La tabla adjunta se corresponde con un análisis convencional de la Contabilidad Nacional, en el que se recoge la aportación del trabajo remunerado a las grandes macromagnitudes socioeconómicas, como PIB y Renta Nacional (punto I). La novedad consiste en que añade los datos sobre trabajo no remunerado (punto II) en un escenario de equiparación en el valor medio del trabajo remunerado y no remunerado (hipótesis básica de equiparación o 100%), y añade también un escenario complementario de valoración inferior del trabajo no remunerado (hipótesis del 80%). En el punto IV se refleja la integración del punto I y II en una valoración de ambas formas de trabajo. Esta tabla es sólo ilustrativa de una de las aplicaciones posibles y puede hacerse más específica, para referirla exclusivamente al sector sanitario.

Sin duda ninguna, lo más conveniente para las investigaciones sobre el cuidado no remunerado de la salud es iniciarlas en cada lugar con los recursos disponibles; porque, como en tantas actividades sociales, lo mejor es con frecuencia enemigo de lo bueno. La investigación es un camino que se realiza al andar, y el sólo hecho de iniciarlo es ya una forma de abrir paso a la búsqueda de soluciones sociales más justas, eficientes y sostenibles para el problema del cuidado de la salud de los sanos, los enfermos y los discapacitados.

² Vid, M.A. Durán: “*Invitación al análisis sociológico de la Contabilidad Nacional*” en el número monográfico dedicado a “*El trabajo no monetarizado*”, en la Revista Política y Sociedad, nº 19, Madrid, 1995. “*The International Comparison of Gross Domestic Products: A Time and Gender Approach*”. En Hufton, O. y Kravaritou, Y. (Eds.), European University Institute, European Forum y Kluwer Law International, The Hague, pp. 75-108. “*The Future of work in Europe*”, European Commission, Directorate General V, Brussels, 1999.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

Arkhipoff, O. (1986): “Sobre algunos paradigmas de la ciencia económica”, en *Información Comercial Española*, nº 634, pp. 9-19.

Artells Herrero, J.J. (1989): *Aplicación del análisis coste-beneficio*.

Lynch, W. (1994): “Ideology and the Sociology of Scientific Knowledge”, *Social Studies of Science*, vol. 24, nº 2, mayo, pp. 197-227

Montesinos Julve, V. (1980): *Las normas de contabilidad en la Comunidad Económica Europea*, Institutote Planificación Contable, Ministerio de Hacienda, Madrid.

Jonson, S. (1988): *Accounting regulation and elite structures*, John Wiley and Sons, Great Britain.

Mathews, M.R. (1994): *Socially responsible accounting*, Chapman and Hall, London.

Tamames, R., Gallego, S.: *Diccionario de Economía y Finanzas*, Alianza Editorial, Madrid, 1994, p. 288.

Viaña, E. (1993): *Lecciones de contabilidad nacional*, Civitas, Madrid.

OTRAS OBRAS DE LA AUTORA SOBRE TEMAS SOCIOSANITARIOS Y TRABAJO NO REMUNERADO

"*Los costes invisibles de la enfermedad*". Fundación BBVA, Madrid . 1ª Ed., Bilbao, 1999, 2003.

"*La contribución del trabajo no remunerado a la economía española. Alternativas metodológicas*". (Dir.) Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales y Trabajo, Madrid, 2000.

"*Desigualdad Social y Enfermedad*". Tecnos. Madrid, 1983.

"*The Future of work in Europe*", European Commission, Directorate General V, Brussels. (Rapport), 1999, 500 pags. Un resumen de 50 págs. ha sido publicado en español, francés y alemán.

"Conciliación de la vida familiar y política", Cortes Generales de España y Red de Comisiones de Igualdad de los Parlamento Europeos, Madrid, 2000.

"Las demandas sanitarias de las familias españolas", Gaceta Sanitaria, SESPAS, Vol. 18 – Supl. 1, mayo, 2004, pp. 195-200.,

"Los costes de la salud para las familias", *Revista Arbor*, n. 694, Madrid, pp. 343.366.

"*El desafío contable del Tercer Sector*", Fundación ONCE, (en prensa).

"La estructura productiva de los hogares y la gestión de sus recursos monetarios" en VVAA *Las encrucijadas del cambio social*, Centro de Investigaciones Sociológicas-Universidad de Vigo, pp. 127-156, 2002.

"*Producción y consumo: las paradojas del sector hogares en la Contabilidad Nacional*", en VVAA "Estructura y cambio social", Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, pp. 653-672, 2001.

"*Concentración y reparto de trabajo no remunerado en los hogares*", Cuaderno de Relaciones Laborales, Universidad Complutense de Madrid, nº 17, 2000.

"*Empleo, remuneración y carga de trabajo de la población rural en España. Una aportación al debate sobre el nuevo contrato social*", en colaboración con Angel Paniagua, *Revista Sociología del Trabajo*, nº 41, pp. 127-154, 2000

"*Uso del tiempo y trabajo no remunerado*", *Revista de Ciencias Sociales*, nº 18 , Montevideo, Uruguay, pp. 56-70, 2000.

"*Nuevos objetivos de igualdad en el siglo XXI: las relaciones entre hombres y mujeres*", (Coord.) Dirección General de la Mujer, Comunidad de Madrid, 2000.

Número monográfico de la Revista Política y Sociedad dedicado a "Enfermedad y sociedad a finales del siglo XX" (Coord.), 2000.

"*La nueva división del trabajo en el cuidado de la salud*", Revista Política y Sociedad, Madrid, nº 35, pp. 9-30, 2000.

"*Los derechos constitucionales de los trabajadores autónomos y las amas de casa*", en T. Freixas, "Mujer y Constitución", Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, pp. 495-534, 2000.

"*La familia del futuro. La previsible demanda de cuidados en Europa, años 1999-2050*", José Félix Tezanos (Ed.) Escenarios del nuevo siglo, Sistema, pp. 401-418, 2000.

"*The International Comparison of Gross Domestic Products: A Time and Gender Approach*". En Hufton, O. y Kravaritov, Y. (Eds.) Gender and the Use of Time, Kluwer Law International, The Hague, pp. 75-108, 1999.

"*Fuentes bibliográficas sobre trabajo no remunerado*", (en colaboración con Cristina García Sainz), Comunidad de Madrid, Consejería de Economía y Empleo, Dirección General de Economía y Planificación, 1998.

"*La investigación sobre uso del tiempo en España en la década de los noventa. Algunas reflexiones metodológicas*", Revista Internacional de Sociología (RIS), nº 18, dic. 1997, pp. 163-189, 1998.

"*El trabajo invisible en las cuentas de la nación*", en Villota, P., (Ed.) "Las mujeres y la ciudadanía en el umbral del siglo XXI", Estudios Complutenses, pp.99-132, 1998.

"*El papel de mujeres y hombres en la economía española*". Revista Información Comercial Española, nº760. Febrero. pp.9-29, 1997.

"*Économie et citoyenneté en Espagne*". En A. del Re y J. Heinen (Dir.) "Quelle citoyenneté pour les femmes?. La crise des États-providence et de la représentation politique en Europe". L'Harmattan. Paris, 1996. pp.191-211, 1996..

"*The social structure of old age in Spain*". En colaboración con Vicente Rodriguez, en G. Dooghe and N. Appleton (Eds.) "Elderly women in Europe". Centrum voor Bevolkingsen en Gezinsstudies (Population and Family Study Centre, Brussels). Leuven. pp. 143-197, 1995.

"*Invitación al análisis sociológico de la Contabilidad Nacional*" en el número monográfico sobre "*El trabajo no monetarizado*", Revista Política y Sociedad, nº 19, Madrid, 1995.

"*Viejas y Nuevas Desigualdades: la dialéctica entre observadores y observados*". Revista Internacional de Sociología, nº 8 y 9, mayo-diciembre. pp. 61-87, 1994.

"Necesidades sociales y nivel de satisfacción en la década de los noventa". En Folguera, P. (Ed) "Otras visiones de España". Fundación Pablo Iglesias. Madrid, pág. 213-277, 1993.

"La producción doméstica. De la oikonomia a las cuentas satélites". En Del Campo, S. (Dir.) "Tendencias sociales en España (1960-1990)", Fundación BBV, Madrid, Vol. III, pág. 151-179.

"Building equality: a european proposal for socioeconomic research" en Actas del Simposio "Building equality", celebrado en Lisboa en mayo 1992, organizado por la European Community Presidency, reproducido por Cadernos Condição Femenina nº39, pág. 29-42.

"The Contribution of Non-Monetized Working Time in the Spanish Economy", en Westendorff D., and Ghai D., (eds) "Monitoring Social Progress in the 1990s". United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). Avebury. London 1993, pág. 284-300, 1993.

"Time Use Research in Spain". Ed. by N. Kalfs and A. Harvey. International Association for Time Use Research. NINMO. Amsterdam, pág. 71-88, 1993.