

MEDICINA PREVENTIVA, ECONOMÍA Y DERECHO. UN SISTEMA INESCINDIBLE

Por
RAMÓN MARTÍN MATEO

SUMARIO: 1. UN NUEVO ENFOQUE.—2. ORGANIZACIÓN: A) *Administración sanitaria*. B) *Organos de apoyo*.—3. ECONOMÍA DE LA PREVENCIÓN: A) *La opción preventiva*. B) *Prolongación de la vida: implicaciones socioeconómicas*.

1. UN NUEVO ENFOQUE

La prevención en materia de salud es el origen de toda la Administración sanitaria en cuanto que el Estado, que como tal sólo en el siglo XX va a instalar su propio aparato curativo (1), se venía apoyando en la infraestructura sanitaria local, filantrópica o privada lucrativa. El equipamiento hospitalario estatal es entre nosotros rigurosamente contemporáneo.

Con base científica, las primeras intervenciones públicas en el ámbito de la sanidad se basan en mecanismos policiales, es decir, restrictivos de las conductas de los particulares, si bien en su propio beneficio y en el de la colectividad. A pesar del predominio en el siglo XIX del ideario liberal surgido de la Revolución Francesa, se reconoce la función permanente del Estado en cuanto al «mantenimiento del derecho relativo a la salud que tiene su sanción en el Código Penal y en disposiciones reglamentarias» (2), lo que ya luce en la primera disposición española moderna en materia de sanidad, el Reglamento de 23 de julio de 1812, y se prolonga con la Ley de 23 de noviembre de 1855 y el Real Decreto de 31 de mayo de 1916 (3).

En el pasado, el principal enfoque de la medicina preventiva venía relacionado con la lucha contra las enfermedades transmisibles, algunas de las cuales: viruela, tifus, cólera y fiebre amarilla, habían

(1) Concretamente con la Instrucción de Sanidad de 13 de enero de 1904. Vid. S. MUÑOZ MACHADO, *La formación y crisis de los servicios sanitarios públicos*, Alianza Editorial, Madrid, 1995, págs. 49 y ss.

(2) SANTAMARÍA DE PAREDES, *Curso de Derecho Administrativo*, 2.^a ed., Madrid, 1888, pág. 372. Modernamente, E. COBREROS, *Los tratamientos sanitarios obligatorios y el Derecho de la Salud*, IVAP, Oñati, 1988.

(3) Vid L. MORELL OCAÑA, *La evolución y configuración actual de la actividad administrativa sanitaria*, en el núm. 63 de esta REVISTA, 1970, págs. 131 y ss.

asolado la humanidad; otras, menos dramáticas, produjeron también grandes estragos, aunque localizados: paludismo, o episodios de tuberculosis, gripe, etc.

El progreso económico operado en Occidente a partir de la Revolución Industrial permitió elevar el nivel de vida, mejorando las condiciones existenciales y con ello privando a las terribles pandemias medievales del medio propicio para su desarrollo: la miseria. Los avances científicos en la identificación de los agentes y el descubrimiento de remedios preventivos eficaces, como la vacunación, y de técnicas curativas más adelante, han permitido pasar la página de esta maldita historia, con apoyo en la bacteriología, en la inmunología y en la quimioterapia.

A todo ello sirvieron también los progresos paralelos, complementarios, de la higiene pública, emergente también en la pasada centuria, en cuya consecución se prosperaría espectacularmente con apoyos ingenieriles (4).

Una auténtica jungla conceptual sofoca la identificación de las actuaciones aquí abordadas; así, se alude a *salud pública* en cuanto protección por el Gobierno de la salud de la población (5), *salud comunitaria* que adiciona la participación de la colectividad, *promoción de la salud y prevención de la enfermedad*, actividades que inciden sobre las personas, *protección de la salud o control sanitario del medio ambiente*, concepto más amplio que el de *higiene pública* antiguamente referido a la actual *tutela ambiental y medicina preventiva*, actuaciones médicas dirigidas a la evitación de la incidencia de la enfermedad.

La delimitación rigurosa de estas áreas es tarea imposible dada la complejidad y las interrelaciones de las actividades que se concitan. Buena prueba de ello es el propio derecho positivo, incluido el vértice normativo que supone la Constitución española; donde se manejan sin el menor rigor expresiones como *protección de la salud* (6), *salud pública, medidas preventivas* (7), *educación sanitaria* (8), *salud de la tercera edad* (9), *salud de los consumido-*

(4) Estas intervenciones hoy se inscriben sin esfuerzo en el ámbito progresivamente sustantivado de la tutela ambiental; me remito a mi *Tratado de Derecho Ambiental*, vol. I. Trivium, Madrid, 1991, págs. 337 y ss.

(5) Sigo a este respecto la excelente síntesis contenida en el capítulo 2 de la ya clásica obra colectiva, dirigida por G. PIEDROLA GIL, expresivamente titulada *Medicina preventiva y salud pública*, 9.ª ed., Salvat, Barcelona, 1990, págs. 11 y ss., acotamiento conceptual que patentiza la evolución producida desde la edición de esta obra, rubricada: *Medicina preventiva y social. Higiene y Sanidad Ambiental*, Amaro, Madrid, 1978, vol. II, 6.ª ed.

(6) Artículo 43.1

(7) Artículo 43.2.

(8) Artículo 43.3.

(9) Artículo 50.

res (10), sanidad e higiene (11), sanidad exterior y bases de la sanidad (12).

En el presente trabajo nos proponemos reflexionar sobre las medidas adoptables por los poderes públicos, es decir, por el dispositivo de autoridades democráticamente elegidas o controladas a través del Derecho público, para evitar o paliar la incidencia de la enfermedad, decisiones que, como cualesquiera otras tomadas en este sector, vendrán moduladas por la disponibilidad de recursos económicos.

Convencionalmente y sin ninguna pretensión dogmática manejamos los términos de prevención de la enfermedad y prevención sanitaria, que concitan tanto los conocimientos a médicos implicados en la medicina preventiva tradicional, de incidencia individual o colectiva (13), como los inherentes a tecnologías saludables que implican también a expertos en ciencias sociales: economistas, educadores y, sobre todo, comunicadores, profesionales del denominado «marketing social» (14). Por razones meramente operativas omitimos lo relacionado con la protección del ambiente, que tiene metodología propia y objetivos más amplios: la protección a escala mundial de los sistemas naturales.

El viejo concepto de la medicina preventiva acantonado en torno a las enfermedades infecciosas pierde hoy sentido, dando lugar a una noción mucho más amplia que incluye las perturbaciones sanitarias más significativas de nuestro tiempo, muchas de ellas originadas o favorecidas por hábitos sociales perniciosos que dan lugar a otro tipo de contagios, quizás más peligrosos (15).

Esta nueva acepción, que encaja en la comprensión extensa de los servicios de salud pública (16), proporciona un nuevo enfoque a la vieja cuestión de la integración de la medicina preventiva y la curativa (17). Ambas actividades pretenden luchar contra la enferme-

(10) Artículo 51.1.

(11) Artículo 148.1.21.

(12) Artículo 149.1.16.

(13) Vid. una correcta reseña en A. SEGURA, *Las prestaciones sanitarias en el ámbito de la medicina preventiva y la salud pública*, en «Gaceta Sanitaria», núm. 46, 1995, suplemento editado por J. M. CABASES.

(14) Así, F. GARCÍA ESPAÑA y otros, *El marketing social aplicado a la promoción del condón: una propuesta de intervención sobre grupos de riesgo de enfermedades de transmisión sexual*, en «Gaceta Sanitaria», núm. 43/1994, págs. 169 y ss.

(15) Vid. sobre este nuevo enfoque E. ZAPATERO y M. YUSTE, *Introducción a la medicina preventiva y social*, Madrid, 1971, y G. PIEDROLA, *Higiene y medicina preventiva y social*, Madrid, 1968. También la obra clásica de J. HANLON, *Principios de Administración Sanitaria*, trad. esp., México, 1966.

(16) Vid. R. FREEMAN y F. HOLMES, *Administración de los servicios de Salud Pública*, trad. esp., Editorial Interamericana, México, 1966.

(17) Vid. M. MARTÍN GONZÁLEZ, *Sanidad Pública. Concepto y encuadramiento*, M.º de la Gobernación, Madrid, 1970, págs. 661 y ss.

dad, pero ahora los equipos participantes en las tareas de prevención incluyen, además de expertos en las técnicas terapéuticas, otros profesionales formados en el seno de las ciencias sociales o que manejan tecnologías o ingenierías distintas.

Como he escrito en otra ocasión, el concepto de enfermedad evitable se separa así del de enfermedad transmisible (18). Poco tienen que ver, por ejemplo, con las modalidades habituales de la medicina reparadora los intentos de paliar la incidencia de las grandes pandemias de nuestro tiempo: el SIDA, la drogadicción y los accidentes automovilísticos. Incluso las enfermedades cardiovasculares, que encabezan hoy las causas de las defunciones, son también determinadas, o al menos favorecidas, por hábitos o pautas culturales de comportamiento.

Uno de los más prestigiosos sanitaristas españoles, E. NÁJERA, opina que, aunque pueda parecer ilógico, al final del siglo XX las bases para una política de salud no serán «ni la promoción ni la prevención, ni la terapéutica (curación), sino simplemente el cuidar de la salud» (19); la aporía que aparentemente incorpora esta conclusión se fundamenta en la evidente constatación de la insatisfacción de las tendencias que tienden a perpetuar el modelo precedente, en el sentido de considerar, por ejemplo, que los procesos crónicos pueden someterse al mismo esquema que los agudos, o que el énfasis preventivo, vacunación incluida, para la patología infecciosa puede extrapolarse a la crónica. Los éxitos conseguidos con la población infantil no son trasladables al sector de personas mayores. Los cambios socioeconómicos que fueron claramente determinantes de estos logros difícilmente se reiterarán en el entorno de las personas postlaborales (20).

Sin embargo, creemos que la prevención, que efectivamente sólo marginalmente incluye hoy la inmunización: gripe, parálisis infantil, sigue teniendo plena vigencia si se tiene en cuenta que un importante porcentaje del número de fallecimientos producidos por las principales causas de muerte podrían ser evitados mediante la adopción, o evitación, de determinadas conductas, muchas de las cuales no tienen nada que ver con la medicina: velocidad de conducción, incidencia en la drogadicción, trabajo excesivo, vida social intensa, etc.

La relación entre prevención y terapéutica reaparece, sin embar-

(18) R. MARTIN MATEO, *Ordenación pública del Sector Salud*, en el núm. 84 de esta REVISTA, 1977, pág. 375, con apoyo en OMS, *Les Serveis de Santé en Europe*, Copenhague, 1965, pág. 41.

(19) «El marco epidemiológico: incidencia sanitaria», en Fundación BBV, *Debate Sanitario: Medicina, Sociedad y Tecnología*, Bilbao, 1992, pág. 200.

(20) E. NÁJERA, «El marco epidemiológico», *loc. cit.*, págs. 194-196.

go, desde la perspectiva antes indicada del ciclo de vida, si tenemos en cuenta que la medicina y la terapia genética podrían conseguir que las personas no se mueran como consecuencia de patologías a que vienen abocados desde su nacimiento, evitándose a la par accidentes o enfermedades para los que la voluntad del sujeto es determinante.

Cabría aludir, desde el enfoque que realiza C. VALLBONA, a una prevención primaria anterior a la enfermedad, tramo aquí abordado, que retrase secundariamente el progreso de una patología detectada precozmente y que terciariamente evite complicaciones de una enfermedad ya plenamente declarada (21).

2. ORGANIZACIÓN

La prevención ha tenido y sigue teniendo un evidente componente de Derecho público, y por tanto necesita de un adecuado soporte institucional, no obstante lo cual este enfoque ha sido con frecuencia olvidado, por lo que C. RICO-AVELLÓ lamentaba que existiese en España un auge y dominio del Derecho civil y del Derecho administrativo y con ello de las personas que los cultivan, desconociéndose, por olvidado, relegado o inexistente, el Derecho sanitario (22).

En estos momentos, aun en los países con una gran tradición de medicina liberal y con escasa infraestructura estatal en actividades curativas, la Administración pública en todos sus niveles asume sin vacilaciones funciones de prevención sanitaria, soportadas por una estructura poderosa (23).

Esto es obvio, ya que estas tareas, que reciben también el concurso de organizaciones privadas, corresponden, dados los intereses sociales implicados, a las organizaciones públicas, que deben aplicar a través de campañas adecuadas los resultados de investigaciones previamente llevados a efecto, que ponen de relieve las relaciones causa-efecto entre los comportamientos individuales y las enfermedades, orientando sobre las acciones que deben evitarse y las cautelas que conviene adoptar.

Aunque los principales cometidos de la prevención son la concienciación y la educación sanitaria, hay otras acciones que los po-

(21) Vid. C. VILLABONA, «El marco epidemiológico, incidencia económico-social», en Fundación BBV, *Debate Sanitario*, cit., pág. 152.

(22) C. RICO-AVELLÓ, *Historia de la Sanidad Española (1900-1925)*, Madrid, 1961, pág. 30.

(23) Vid. *ad exemplum*, para épocas en las que la prevención del sector público era más reducida en Estados Unidos, J. HANSON, *Principios de administración sanitaria*, cit., parte III, págs. 349 y ss.

deres públicos deben emprender en este campo relacionadas con determinados colectivos: niños, ancianos, presos, soldados, deportistas, etcétera, y servicios a instrumentar: análisis, inmunizaciones, asesoramiento individual o estrategias territoriales: equipamientos de barrios, pueblos, comarcas, distritos metropolitanos, etc.

La gestión de la prevención no se agota en el sector estrictamente sanitario, sino que incluye efectivos y competencias presentes, como veremos, en múltiples reductos administrativos. Todo ello produce, como se verá, una cierta diáspora institucional dando lugar a una galaxia de organismos que sintéticamente trataremos de ordenar a continuación.

A) *Administración sanitaria*

Hasta el siglo XIX los poderes públicos apenas intervenían en cuestiones sanitarias, sólo lo hacen débilmente en las de índole preventiva intentando evitar la transmisión de pestes y epidemias, lo que se instrumentaba principalmente a escala municipal prohibiéndose el acceso en las ciudades a forasteros o sospechosos, empleándose ingenuos e ineficaces artilugios para la desinfección a base de fumigaciones u otros más razonables pero igualmente inútiles arbitrios, como la vigilancia de fuentes o pozos.

Ya en esta centuria, la primera dependencia administrativa que integra las competencias sanitarias va a recaer en el Ministerio de la Gobernación, al primar las consideraciones autoritarias y de orden público en el intento de evitar la transmisión de infecciones, vía cordones sanitarios interiores y exteriores, lazaretos, hospitalizaciones forzosas y movilización de efectivos asistenciales, curativos y paramédicos.

La Dirección General de Sanidad, episódicamente adscrita a los Servicios de Prisiones y Beneficencia e incluso suprimida en algún período, albergaba la medicina preventiva pero también la rudimentaria atención primaria, ya que la asistencial quedaba a cargo de los hospitales gestionados por la Iglesia primero y por las Diputaciones y Municipios después (24), situación que se mantiene durante bien entrada la presente centuria (25).

Sólo recientemente se va a producir la responsabilización inte-

(24) Me remito a mi estudio «La asistencia social como servicio público», en *Guía de Actividades Asistenciales*, Ministerio de la Gobernación, Madrid, 1967, págs. 15 y ss.

(25) Una precisa efeméride en C. RICO-AVELLÓ, *Historia de la Sanidad Española (1900-1925)*, págs. 27 y ss.

gral del Estado por la salud de los ciudadanos (26), al hilo de lo cual se sustantivan las actividades preventivas como competencia pública que naturalmente se ensamblan con las propias de la Seguridad Social, integradas desde 1977 en el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (27), que en 1981 recibe las competencias de consumo (28), pasando a denominarse Ministerio de Sanidad y Consumo, asumiendo en 1985 las relacionadas con la ejecución del Plan Nacional sobre Drogas (29).

A este Ministerio están adscritos el Instituto Nacional del Consumo, el Instituto de Salud Carlos III y la Escuela Nacional de Sanidad, organismos implicados en la estrategia preventiva.

De acuerdo con el diseño del sistema de salud que establece la Ley General de Sanidad de 1986 (30), las Administraciones Públicas, a través de sus servicios de salud, van a desarrollar en materia de prevención actuaciones (31) sobre:

- Educación sanitaria.
- Promoción de la Salud.
- Prevención de la enfermedad individual y comunitaria.
- Atención a grupos de mayor riesgo.
- Promoción y mejora de la salud mental.
- Salud laboral.
- Control sanitario de alimentos.
- Difusión de información epidemiológica.
- Sanidad ambiental.

Especial interés tiene a nuestro respecto la introducción por la Ley de Sanidad de la figura de las Areas de Salud, que se delimitarán y constituirán en su territorio por las Comunidades Autónomas que, en el ámbito de la atención primaria de la salud, realizan funciones de promoción de la Salud y prevención (32), lo que se complementa, por supuesto, con las funciones preventivas que también deberán realizarse en los hospitales, complementariamente a sus funciones prevalentes: asistenciales y curativas.

(26) Vid. J. PEMÁN, *Derecho de la Salud y Administración sanitaria*, Publicaciones del Real Colegio de España, Bolonia-Zaragoza, 1989.

(27) Real Decreto 1553/1977, de 4 de julio. Vid. S. MUÑOZ MACHADO, *La Sanidad Pública en España. Evaluación histórica y situación actual*, IEAL, Madrid, 1975, y J. OLIVÁN, «Sanidad y Administración Pública», en J. BERMEJO (Dir.), *Derecho Administrativo, parte especial*, Civitas, Madrid, 1994, págs. 155 y ss.

(28) Real Decreto 223/1981, de 27 de noviembre.

(29) Real Decreto 1677/1985, de 11 de septiembre.

(30) Ley 14/1986, de 25 de abril.

(31) Artículo 18.

(32) Artículo 56.2.ª.

Además de la prevención realizada por el INSALUD, la Administración Central desempeña importantes funciones generales de este carácter con trascendencia para todo el territorio estatal, planificadas, dirigidas, organizadas o efectuadas desde el Ministerio de Sanidad y Consumo y los organismos autónomos con él vinculados, entre los que destaca el Instituto Carlos III, creado por la Ley General de Sanidad de 1986 (33). Son importantes también las atribuciones no personalizadas pero sustantivas del Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

La Administración Central se responsabiliza también de otros cometidos de distinta trascendencia, que afectan a determinados colectivos: escolares, trabajadores, funcionarios, militares, etc., con características peculiares.

La Constitución española, que reconoce, como sabemos, el derecho a la protección de la salud y contempla para ello medidas preventivas (34), reserva al Estado sólo la sanidad exterior, las bases y coordinación general de la sanidad (35) y la legislación básica de la Seguridad (36), correspondiendo íntegramente a las Comunidades Autónomas las competencias de sanidad e higiene (37). A éstas incumbe, pues, en su territorio todo lo relacionado con la prevención de la enfermedad, bien que en estos momentos todavía no se han transferido a la mayoría de las Comunidades Autónomas los servicios de salud, por lo que la prevención conexas con las actividades realizadas en estos centros sigue en la órbita estatal, lo que sin duda afecta de alguna manera al funcionamiento de las Areas de Salud que directamente asigna a las Comunidades Autónomas la Ley General de Sanidad, cuyos Centros de Salud deberán estar vinculados o disponer al menos de un hospital general (38).

Las Administraciones locales, que han sido en otros tiempos el reducto sanitario fundamental, tienen en estos momentos menos relevancia, al haber perdido las Diputaciones en beneficio de la red estatal sus hospitales generales y psiquiátricos, lo que es también el caso de los menos numerosos hospitales municipales.

Aparte de sus responsabilidades ambientales, las instituciones locales tienen hoy, pues, escasas competencias sanitarias; la vigente Ley de Bases de Régimen Local de 1985 (39) vagamente incluye

(33) Artículo 111; su estructura viene dada por el Real Decreto 10/1988, de 8 de enero.

(34) Artículo 42.1 y 2.

(35) Artículo 149.1.16.

(36) Artículo 149.1.17.

(37) Artículo 148.1.21.

(38) Artículo 64 en relación con el 65.1.

(39) Ley 7/1985, de 2 de abril.

entre las funciones municipales la protección de la salubridad pública (40).

Muchos Ayuntamientos tienen, sin embargo, servicios relacionados con la prevención en sus manifestaciones sociales más preocupantes: drogadicción, alcoholismo, SIDA, y realizan también campañas episódicas. Hay centros, como los de planificación familiar, que tienden a evitar incidencias sanitariamente poco deseables como la interrupción de la maternidad.

El siguiente cuadro puede dar una idea de la organización pública española relacionada con la prevención de la enfermedad (41).

Sinopsis del Sistema de Administración Sanitaria preventiva española

Administración Central	General	M.º de Sanidad y Consumo
		INSALUD
		Instituto de Salud Carlos III
		Otros Organismos Autónomos
	Sectorial	Laboral
		Castrense
		Penitenciaria
		Escolar
		Exterior
		Otros
Administraciones Autonómicas	Consellerías y equivalentes	
	Áreas de Salud	
	Servicios de salud transferidos	
Administración Local	Ayuntamientos	
	Diputaciones	

B) *Organos de apoyo*

Buena parte de los factores determinantes de ciertas enfermedades pueden ser aminorados mediante intervenciones administrativas

(40) Artículo 25.2.h).

(41) Para mayores precisiones, vid. L. GÓMEZ LÓPEZ y otros, «El sistema sanitario español», en G. PIEDROLA GIL y otros, *Medicina preventiva y salud pública*, 4.ª ed., Ediciones Científicas y Técnicas, Barcelona, 1991, págs. 1325 y ss.

que no están al alcance de las autoridades sanitarias. Si bien habitualmente éstas impulsan la adopción por otras Administraciones de las medidas pertinentes, su seguimiento por ellas es más problemático.

Este tipo de incidencias no es nuevo; ya con relación a la Ley de Repoblación Forestal de 1908 (42), C. RICO-AVELLÓ (43) señalaba que con su inaplicación se perdió la oportunidad de suprimir encharcamientos permanentes, que contribuían a la reproducción de los vectores del paludismo.

Pongamos un ejemplo; la disminución de los accidentes de tráfico requiere:

— *Control del consumo de alcohol*, en lo que a su vez incide el precio de las bebidas, publicidad, regulación de la venta a menores, horario de cierre de establecimientos, verificación de alcoholemias.

— *Características de la circulación*, que implican condiciones de la calzada, trazado, señalización, limitación de la velocidad.

— *Exigencias de seguridad*: casco, cinturones, *air bag*, revisión de los vehículos.

Sin ánimo de agotar el catálogo, una relación de organismos coadyuvantes con los sanitarios se consigna en el siguiente cuadro:

Competencias concurrentes

Hacendísticas
Obras Públicas
Información
Orden Público
Vivienda
Tráfico
Consumo
Ambiente
Agricultura y Ganadería
Educación
Ayuntamientos

(42) Ley de 24 de junio de 1908.

(43) *Historia de la Sanidad Española*, cit., pág. 101.

3. ECONOMÍA DE LA PREVENCIÓN

La salud, según el conocido tópico, no tiene precio, lo que es parcialmente cierto en cuanto a la materialización de los costos intangibles de la enfermedad: dolor, calidad de vida, etc.; pero hay elementos mensurables, como la pérdida de horas de trabajo, lo que se apuntaba ya en los albores de la Seguridad Social, la Ley de Accidentes de Trabajo española, de 30 de enero de 1920, que mencionaba C. RICO-AVELLÓ (44). Están también, desde luego, los costos de la curación a partir de recursos escasos, por lo que la salud puede sin duda clasificarse como bien económico (45).

En estos momentos, desde esta perspectiva hay dos aspectos, relativamente interrelacionados, realmente preocupantes: la progresiva elevación de los gastos sanitarios y la desigual distribución social de las prestaciones de esta índole.

En España se dedicó en 1988 el 6,34 por 100 del PIB a atenciones sanitarias, cifra que ascendía ya en 1991 al 13,2 por 100 en los Estados Unidos, lo que da un montante fabuloso al que no es ajeno el carácter prevalentemente privado en USA del sistema sanitario (46). Se estima en este país que sólo el despilfarro de los gastos administrativos supone de 90 a 120.000 millones de dólares anuales, a los que habría que sumar «el ineficaz e inadecuado coste de los servicios clínicos» (47). Especialistas en estas cuestiones han detectado como causas importantes del incremento del gasto sanitario (48) las siguientes:

- 1) Envejecimiento demográfico.
- 2) Más procesos crónicos degenerativos.
- 3) Mayor frecuentación de los centros sanitarios.
- 4) Mayor cantidad y calidad de servicios prestados.
- 5) Superespecialización profesional.
- 6) Medicalización de problemas sociales.
- 7) Falta de normas adecuadas de gestión y planificación.

(44) *Op. cit.*, pág. 31.

(45) Vid. P. CORTINA y J. L. ALFONSO, «Economía de la salud», en G. PIEDROLA (ed.), *op. cit.*, pág. 1358, y la obra básica en esta materia H. SAN MARTÍN y V. PASTOR, *Economía de la Salud. Teoría Social*, McGraw-Hill, Madrid, 1989.

(46) 6,34 en 1988 según los autores antes citados, con apoyo en J. ARTELL, *Compleментарiedad y Congruencia: reflexiones sobre un modelo sanitario integral*, «Revista de Sanidad e Higiene Pública», núm. 63/1989, págs. 5 y ss., según P. CORTINA y otros, «Desarrollo económico y social y salud», en G. PIEDROLA GIL y otros (eds.), *cit.*, pág. 1345, en 1982 el porcentaje era del 3,89 por 100 y éste debe aumentar por lo menos un 1 por 100 cada diez años.

(47) J. LÓPEZ BASTIDA, *¿Crisis de la sanidad o crisis de la medicina?*, en «Gaceta Sanitaria», núm. 44/1994, pág. 249.

(48) P. CORTINA y J. C. ALFONSO, «Economía de la salud», *loc. cit.*, pág. 1353.

La preocupante escalada de los costos sanitarios y el escepticismo generado sobre su racionalidad en términos de beneficios comparativos con otras inversiones (49) han dado un fuerte impulso a los estudios sobre las conexiones entre salud y economía, en la línea propugnada por la Asociación de Economía de la Salud (50). Todo tiene un límite y una alternativa, cualquier procedimiento es susceptible de mejora y, en nuestro caso, la prevención parece razonablemente que pueda ofrecer ventajas comparativamente nada desdeñables.

Los anteriores razonamientos son aplicables a la corrección de las desviaciones socialmente patológicas que suponen la desigual incidencia de los gastos sanitarios, asociada a la que implica la política económica en general y los niveles de rentas por estratos.

Es sabido también que la morbilidad y la mortalidad inciden desproporcionadamente sobre las distintas clases sociales, penalizando especialmente a las clases trabajadoras urbanas (51).

A) *La opción preventiva*

Si los recursos económicos fueran ilimitados y también los efectivos humanos disponibles, sería lógico que se pretendiese optimizar los resultados obtenibles, mediante la aplicación de técnicas curativas y preventivas. Pero como quiera que éste no es obviamente el caso, no lo será nunca, habrá que tomar en primer lugar macrodecisiones a la hora de optar entre las cantidades necesarias para financiar la salud y las precisas para otras atenciones: equipamiento sanitario *versus* educativo, por ejemplo, lo que puede hacerse tanto a escala individual y familiar como estatal.

Una vez precisadas, *grosso modo*, las cantidades con que se dispone para financiar la sanidad, la racionalidad teórica de los procesos de toma de decisiones debería basarse en la ponderación de los costos y beneficios esperables a partir de la elección de determinadas alternativas, utilizando para ello unidades de valor homogé-

(49) Vid. E. NAJERA, «El marco epidemiológico: incidencia sanitaria», en Fundación BBV, cit., pág. 189.

(50) Entre la literatura precedente, P. ETIENNE, *Economic de la Santé: factes et chiffres*, 2.^a ed., Dunod, París, 1978, y D. TRUCHET, *Etudes de droit et économie de la Santé*, Economica, París, 1982; OMS, *Economía aplicada a la Sanidad*, Ginebra, 1976.

(51) Así, P. SURAULT, *L'inegalité devant la mort*, Economica, París, 1979. Recientemente, J. BENACH, *Análisis bibliométrico de las desigualdades en salud en España 1980-1994*, en «Gaceta Sanitaria», núm. 49/1995, págs. 251 y ss., y E. REGIDOR y otros, *Diferencias y desigualdades en Salud en España*. Librería de Santos, Madrid, 1994.

neas, lo que no es fácil en el supuesto de los beneficios, pues si bien algunos son cifrables económicamente: valoración de años potenciales de trabajo, otros no lo son: prolongación de la vida, eliminación del dolor, de la angustia, de la incapacidad, o del propio estado de enfermedad, por lo que se debe recurrir a ciertos perfeccionamientos siempre insatisfactorios pero indispensables, como los que proporciona el análisis coste-efectividad que compara los costos de las distintas opciones con logros unitarios obtenidos en años de vida ganados, o pérdidas evitadas, comparando los costos con la utilidad recibida en términos de vida saludable (52); recordemos el dicho que imputa «a los necios la confusión entre valores y precios».

Estos planteamientos encajan perfectamente en la utilización de la estrategia de la prevención de la enfermedad, opción ésta intuitivamente asumida por la sabiduría popular, que secularmente ha sentenciado que «vale más prevenir que curar» y que puede perfectamente aplicarse, previa valoración comparativa de las diversas alternativas disponibles, para eliminar o corregir los factores, sobre todo los derivados de comportamientos individuales socialmente agregados, que determinan la aparición de la enfermedad.

Puede ser útil a efectos comparativos confrontar a estos efectos las principales dolencias a principios de siglo y las que se dan en la actualidad.

(52) Una síntesis de esta problemática, en P. CORTINA y J. L. ALFONSO, «Economía de la Salud», en G. PIEDROLA GIL y otros, *Medicina preventiva y salud pública*, cit., pág. 1350, lo que a la postre se reduce a la falsa antítesis entre bienes públicos y de mercado; vid. brillantemente en este sentido, J. M. CABASES, *Debate público vs. mercado*, Ponencia en II Jornadas de Economía de la Salud, Bilbao, 1982.

*Mortalidad por enfermedades infecciosas
y otras causas en Madrid, 1900*

<i>Enfermedades</i>
1. Tuberculosis
2. Neumonías
3. Viruela
4. Meningitis
5. Bronquitis aguda
6. Enfermedades del corazón
7. Apoplejía
8. Diarrea infantil
9. Sarampión
10. Bronquitis crónica
11. Convulsiones y eclampsia
12. Cáncer.
13. Gripe
14. Nefritis
15. Fiebre tifoidea
16. Difteria y crup
17. Sífilis
.....
27. Diabetes
30. Alcoholismo

FUENTE: C. RICO-AVELLÓ, *Historia de la Sanidad Española (1900-1925)*, pág. 89.

Podemos afirmar, con una cierta rotundidad, que en las principales causas de las enfermedades más difundidas en estos momentos se concitan factores relevantes de tipo social o de preferencias de consumo individual. Así, el Dr. FUSTER, el cardiólogo español con más prestigio internacional, declaraba recientemente que el ser humano con sus hábitos y pequeños placeres en la sociedad de consumo hace impensable lo que técnicamente será posible hacia el año

2015, la erradicación de las enfermedades cardiovasculares (53). En las antípodas, la OCU prevé un aumento del 33 por 100 del cáncer de pulmón (54) en Europa como consecuencia del tabaquismo.

*Porcentajes de mortalidad en EE.UU.
por las cinco mayores causas y potencial preventivo*

<i>Causas</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Prevención potencial (%)</i>
Enfermedades cardiovasculares y renales	51	19
Cánceres	18	25
Accidentes	6	38
Enfermedades respiratorias	5	17
Diabetes	2	63
Otros	18	—

FUENTE: G. GORI y B. RICHTER, *Macroeconomics of Disease Prevention in the United States*, «Science», 2000/1978.

La prioridad adjudicada a la prevención como estrategia sanitaria no es el resultado de una mera intuición, sino que está basada en sólidas conclusiones de base empírica. Enunciaremos a continuación una serie de casos-estudio especialmente relevantes (55) recogidos en el siguiente cuadro, en cuyo detalle valorativo no podemos entrar.

(53) «El País», 5 de marzo de 1997.

(54) Declaraciones a «El País».

(55) Que sintetizo a partir de la obra de D. COHEN y J. HENDERSON, *Health Prevention and Economics*, págs. 54 y ss.

Principales causas de muerte en EE.UU.

<i>Causas</i>	<i>Factores de riesgo</i>
Enfermedades del corazón	Tabaco, hipertensión, colesterol
Cáncer	Tabaco, carcinógenos en el lugar de trabajo
Derrame cerebral	Hipertensión, tabaco, colesterol
Accidentes distintos a los automovilísticos	Alcohol
Gripe y neumonía	Cobertura de vacuna
Accidentes de automóvil	Alcohol y velocidad
Diabetes	Obesidad
Cirrosis	Alcohol

FUENTE: Departamento de Salud de Estados Unidos, 1980. Cit. D. COHEN y J. HENDERSON.

Valoración de la prevención. Supuestos significativos

Vacunación	Tuberculosis Rubéola
Planificación Familiar	
Educación sobre dieta	
Regulación de alimentos	Leche Huevos
Fluorización	
Tabaco	Educación Tributación
Seguridad vial	Alcohol Casco Cinturón Velocidad
Salud ambiental	
Salud ocupacional	

FUENTE: D. COHEN y J. HENDERSON, *Health Prevention*, 1991.

La eficiencia de la prevención queda ampliamente probada en los estudios sobre vacunación frente a la rubéola, uso del casco por los motoristas, en la fluorización del agua y en la prohibición de venta de leche no pasteurizada. Contrariamente, carecía de justificación en términos económicos en la vacunación frente a la tuberculosis y la evitación de enfermedades en laboratorios, en el ámbito de la salud ocupacional. Los resultados en otros casos eran dudosos o dependían del peso asignado al factor tiempo o libertad de elección (56).

Hay dos grandes enfermedades contemporáneas en las que las causas son fundamentalmente sociales y para las que, por ahora, la única acción eficaz es preventiva: el SIDA y la drogadicción. Los enormes costos implicados en el tratamiento de estas enfermedades no guardan relación con el importe de las campañas preventivas. El hecho de que estas dolencias afectan fundamentalmente a los jóvenes dispara, por otra parte, los costes económicos basados en indicadores de días de trabajo perdidos.

La evitación del SIDA no exige apenas sacrificios desde el punto de vista hedónico; la utilización de un preservativo o de una jeringuilla no usada apenas si disminuye la satisfacción principal (57) y, desde luego, no guarda parangón con los sufrimientos que comporta esta enfermedad, cuya factura económica es del orden de 4 millones (58) a 22.000 pacientes y 8.000 camas de hospital. Con unos costos totales, incluyendo consultas, de 113 millones para nuestro país (59).

Es explicable por ello que en el conocido experimento llevado a efecto en Oregon sobre ordenación de prioridades de patología-tratamiento, para la financiación pública, el tratamiento del SIDA se situó en el puesto 702 (60), por lo que J. CABASES concluye que «la aparición de nuevos tratamientos y su administración a pacientes VI +, el aumento en la esperanza de vida de los pacientes, y la diversificación de la atención sanitaria y social explican una tendencia creciente del coste que puede encontrar límites en el estrecho marco de los presupuestos públicos» (61).

El SIDA, en España al menos, inicia por primera vez un cierto declive pero los costes siguen creciendo, felizmente por una parte,

(56) Según D. COHEN y J. HENDERSON, *op. cit.*, pág. 74.

(57) Me remito a mi trabajo *Las cuentas del SIDA*, en «Revisión en Salud Pública», 4/1995, págs. 191 y ss.

(58) Según mis apreciaciones, que coinciden en este aspecto con las de F. ANTOÑANZA y otros.

(59) Datos aportados en el excelente trabajo de F. ANTOÑANZAS y OTROS, *Cálculo de los costes del SIDA en España mediante técnicas de simulación*, en «Medicina Clínica», Barcelona, núm. 104/1995, págs. 568 y ss.

(60) Según J. CABASES, *¿Cuánto nos cuesta el SIDA?*, en «Medicina Clínica», Barcelona, núm. 104/1995, pág. 20.

(61) *Op. cit.*, págs. 574-575.

debido al hallazgo de fármacos eficaces para retrasar los progresos, pero negativamente desde la perspectiva económica, ya que estos productos inhibidores, que deben ser combinados en su aplicación, harán que el coste por tratamiento pueda subir a un millón de pesetas por enfermo/año.

La drogadicción presenta notables concomitancias con el SIDA y a menudo ambas enfermedades se solapan. El tratamiento es aquí más barato, aunque los costos no son desdeñables, si se trata de suministrar de por vida drogas alternativas menos perjudiciales, con probabilidades de curación-desintoxicación reducidas, pero efectivas. El contagio es aquí exclusivamente social, y la única prevención posible es la realizada mediante la educación sanitaria a través de campañas de mentalización. Las medidas policiales pueden influir en la disminución de los ya iniciados, pero encarecen los productos y ocasionan costos económicos adicionales por el incremento de delitos contra la propiedad para financiar la adquisición de droga.

B) *Prolongación de la vida: implicaciones socioeconómicas*

El principal factor preventivo es la disponibilidad de recursos económicos y la ocupación, normalmente asociada, de un puesto de trabajo. La pobreza genera enfermedades carenciales e impone hábitos poco sanos que favorecen las dolencias; el desempleo, por su parte, hace traspasar el umbral de la pobreza e intrínsecamente causa trastornos psíquicos y estimula comportamientos insanos: sedentarismo, alcoholismo, tabaquismo, favoreciendo incluso las enfermedades cardíacas (62), lo que es válido a escala nacional y de conjuntos de países (63).

El desarrollo económico que se ha producido sobre todo en las naciones occidentales, junto con las medidas específicas de prevención de la enfermedad, ha favorecido en general, pero especialmente en los países desarrollados, la esperanza de vida, lo que paradójicamente puede producir distorsiones que retroalimentan negativamente el ciclo empleo-economía-prevención. Parece existir suficiente evidencia entre las relaciones de mortalidad y empleo (64), que impli-

(62) Como afirma la OMS: «El desempleo mata: la última evidencia muestra que cuanto más recursos tienes, más enfermo estás y más pronto mueres». *La salud en peligro en el año 2000*, trad. esp. de la obra publicada en 1982 por la Oficina para Europa de la OMS, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1983, pág. 150.

(63) G. PIEDROLA y otros (Dir.), *Medicina preventiva*, págs. 1351 y ss.

(64) Hay un gráfico significativo de la coincidencia de ambas curvas en el Reino Unido en la obra cit. de D. COHEN y J. HENDERSON, pág. 10, tomado de H. GRAVELLE y otros,

can las políticas macroeconómicas que afectan a la vez a la salud y al paro.

En un sofisticado estudio llevado a cabo por B. GORI y G. RICHTER para los Estados Unidos (65), utilizando el modelo econométrico «Wharton», se llegó a la conclusión de que si en este país la esperanza de vida se incrementase al nacimiento en 5 años, a los 30 años en 5 y a los 60 en 2, el PIB caería en 106.000 millones de dólares y el empleo en 7 millones en los próximos 20 años.

Este tipo de cuantificaciones es evidente que son un tanto arriesgadas, pero sí hay elementos indicativos que nos sugieren claramente que el éxito de la prevención puede producir también resultados de problemática asimilación por la economía de un país.

Los beneficios económicos mensurables en función de los años de trabajo preservados se reducen a cero cuando se llega a la edad de jubilación. A partir de este momento entran en juego las pensiones, que restan activos económicos disponibles para otras atenciones. A medida que la vida se prolonga, esta carga se incrementa, dando lugar al crecimiento de los gastos por seguros de pensiones, públicos y privados, para hacer frente a prolongados plazos carenciales, lo que trasciende negativamente al consumo y positivamente al ahorro.

Los actuales sistemas de pensiones, por reparto o capitalización, no están calculados para financiar dos décadas o más de inactividad postlaboral. La corrección tiende entonces a orientarse a la prolongación de la actividad, medida que acentuaría el desempleo allí donde hay una población importante joven, aunque será inevitable si disminuye la natalidad, como sucede en España, y la población en su conjunto envejece.

Con los años se incrementan los gastos en salud si se pretende sobre todo no sólo sortear la enfermedad, sino también conseguir una vida saludable. En los últimos tramos de la vida los costos asistenciales crecen exponencialmente, las personas mayores precisan personas que las cuiden, y en muchos casos debe recurrirse a internamientos especializados, todo lo cual es muy oneroso, especialmente cuando la cultura dominante no implica a los hijos en estas atenciones, o simplemente no existen descendientes, ante las bajas tasas demográficas de natalidad.

Todo ello debe reconducirnos a una profunda reflexión sobre es-

Mortality and unemployment: a critique of Breener's time series analysis, «Journal of Health Economics», 1/1992, págs. 185 y ss.

(65) G. GORI y B. RICHTER, *Macroeconomics of disease prevention in the United States*, «Science», 700/1978, págs. 1123 y ss. Cit. D. COHEN y J. HENDERSON, *Health Prevention*, pág. 20.

tas implicaciones, todavía no preocupantes pero que en algún momento pueden hacer tambalear postulados bioéticos incorporados a los fundamentos de nuestra civilización, como es el caso de la indisponibilidad de la muerte.

No son fáciles, en efecto, los problemas socioeconómicos que debe afrontar la Sanidad Pública en la próxima centuria. En primer lugar, será precisa una efectiva solidaridad mundial que haga posible a los países infradesarrollados económicamente alcanzar niveles aceptables de renta *per capita*, lo que les permitirá mejorar su salud individual y colectiva, incluida la ambiental (66).

Es necesario abordar paralelamente la financiación de una vida cada vez más prolongada como consecuencia del éxito de la prevención, pese a la existencia de un mercado de trabajo crónicamente debilitado, por la reinstauración progresiva de nuevas tecnologías, lo que trascenderá inevitablemente al reparto racional del empleo, que evite lo que ya está sucediendo en países aparentemente con elevados índices de ocupación, pero con una progresiva segregación de rentas y un abultado predominio de las minorías más favorecidas (67).

Pero de momento los datos reales ofrecen una panorámica preocupante; así, entre nosotros el presupuesto sanitario, que sigue siendo insuficiente, se ha triplicado en ocho años, pasando de los 1,5 billones de 1989 a los 3,6 en 1997.

La solución pasa por un proyecto aparentemente utópico: menos trabajo, más ocio, mejor salud, suficientes ingresos, que tiene sin embargo sólidas posibilidades de materializarse, contando con el aporte de la tecnología que puede seguir incrementando hasta límites impensables el rendimiento del esfuerzo humano. Pero para ello se precisa del concurso de las ciencias sociales (68), buena parte de cuyas indagaciones se dedican a temas seguramente gratificantes para sus protagonistas, pero de escasa trascendencia colectiva.

(66) Me remito a mi obra *El hombre: una especie en peligro*, Ed. Campomanes, Madrid, 1993.

(67) Problemática que abordo en mi trabajo «Desempleo y crisis cultural en el Estado del Bienestar», en R. CASILDA y J. M. TORTOSA, *Pros y Contras del Estado del Bienestar*, Tecnos, Madrid, 1996, págs. 29 y ss. Desde una perspectiva sociológicamente estricta, M. T. ALGADO, *Envejecimiento y sociedad: una sociología de la vejez*, Instituto Juan Gil Albert, Alicante, 1997.

(68) Vjd. entre los economistas literarios españoles, J. L. GARCÍA DELGADO, «La economía española en la Europa de final del siglo xx», una presentación que encabeza la obra, de la que aparece como director, *España económica*, 6.ª ed., Espasa-Calpe, Madrid, 1993.