

# La demanda de trabajo no remunerado generada por el cuidado de la salud de los niños<sup>1</sup>

Alicia Garrido y Rosario Vega

## 1. El estatuto económico de la infancia

**E**l reduccionismo monetarista que ha caracterizado a los estudios económicos convencionales ha hecho que el papel económico asignado a las familias quede relegado al de destinatarias de ingresos y unidades de consumo y ahorro. Sin embargo, cada vez es más evidente la relevancia económica de la producción doméstica y, por tanto, la necesidad de que en el análisis económico de la familia sean tenidos en cuenta los recursos no monetarios —tiempo de trabajo no remunerado, fundamentalmente— que se producen y se consumen en los hogares. Si nos situamos en esta perspectiva no reduccionista, el papel económico de la infancia —que, en el contexto socio-histórico actual es, fundamentalmente, el de consumidor— debe ser analizado no sólo en relación al sistema monetario sino también en relación al subsistema de hogares.

Por lo que respecta al consumo de recursos monetarios, la presencia de niños en el hogar se asocia con el aumento del gasto familiar sólo en un modesto nivel. Partiendo de los datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares de 1991, el índice de gastos por hogar para el conjunto de hogares compuestos por una pareja y un niño es del 105 % respecto al promedio de hogares. El incremento de gasto no puede atribuirse exclusivamente a la presencia del niño, sino a la fase de instalación (vivienda, mobiliario, equipamiento, etc.) de la familia. Este índice aumenta al 114 % en las familias con dos niños, pero se mantiene sin crecimiento para las de tres o más niños. Es decir, el índice del gasto familiar sólo se incrementa, entre uno y tres hijos, en un 9 %<sup>2</sup>. Estos datos parecen revelar la existencia de un techo por encima del cual las familias no pueden aumentar el gasto de recursos monetarios y deben emplear otro tipo de estrategias para responder al incremento de las demandas generadas por sus miembros. Una de estas estrategias es el aumento de la producción doméstica mediante la asignación a la misma de un volumen mayor de tiempo de trabajo no remunerado. El criterio para definir el trabajo no remunerado o no monetario (*detrante*) que se produce en los ho-

gares, distinguiéndolo de otras actividades domésticas no productivas, es la posibilidad de que éste sea realizado por una tercera persona mediante un pago.

El objetivo de este artículo es analizar el volumen de la demanda de la *detranme* generada por el cuidado de la salud de los niños. Para ello, se utilizarán los datos de la Encuesta sobre Demandas sociales vinculadas al cuidado de la salud de los niños (D.S.N., en adelante), financiada por la CICYT y realizada en 1993 como parte de un proyecto radicado en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Instituto de Economía y Geografía). La muestra utilizada estuvo compuesta por 400 niños de edades comprendidas entre 3 y 14 años. Ocasionalmente, se utilizarán, además, datos secundarios procedentes de la Encuesta Nacional de Salud (1993) y del Avance del Censo de 1991.

En este estudio no se recogen algunos tipos de demandas de salud propios de la infancia como son los programas preventivos (vacunaciones, fluorización dental), ortodoncia, tratamiento ortopédico, etc., que también constituye una parte importante de la *detranme* infantil, y que serán objeto de otros estudios posteriores.

## 2. Las enfermedades de los niños sanos

**S**egún los datos obtenidos en la encuesta D.S.N. (1993), el estado de salud de los niños escolarizados es valorado por sus familiares de forma muy positiva. Como podemos ver en el cuadro 1, el 93 % de los encuestados percibe la salud del niño como «buena» o «muy buena», el 6 % la califica de «regular» y sólo un 1 % considera que es «mala». La valoración del estado de salud es igual para niños y niñas ( $\chi^2 = 0,43$ ;  $p = 0,93$ ) y no varía tampoco al considerar la edad ( $\chi^2 = 6,82$ ;  $p = 0,65$ ). Estos datos son bastante similares a los obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud (1993) en la que la salud de los menores de 16 años es valorada como «buena» o «muy buena» en el 89 % de los casos, como «regular» en el 10 % y como «mala» o «muy mala» en el 1 %.

A pesar de la valoración altamente positiva de la que es objeto, la salud de los niños genera una alta demanda de cuidados que, como veremos más adelante, va dirigida tanto a las instituciones sanitarias como a los hogares. Si adop-

**Cuadro 1**  
Población de 3 a 14 años, según la valoración que sus familiares hacen de su estado de salud (porcentajes en horizontal)

	Total		Muy buena		Buena		Regular		Mala	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	400	100	159	40	211	53	26	6	4	1
Sexo:										
Niños	206	100	81	39	108	53	15	7	2	1
Niñas	194	100	78	40	103	53	11	6	2	1
Edad:										
3-5 años	134	100	49	37	75	56	8	6	2	1
6-8 años	88	100	40	45	43	49	5	6	0	0
9-11 años	83	100	30	36	48	58	5	6	0	0
12-14 años	95	100	40	42	45	47	8	9	2	2

Fuente: Encuesta de demandas sociales vinculadas al cuidado de la salud de los niños. CSIC (1993).

tamos una definición del concepto de salud en sentido positivo —es decir, si equiparamos la salud, no sólo a la ausencia de enfermedad sino también al mantenimiento de un nivel óptimo de bienestar físico y psíquico— la población infantil se perfila como un colectivo con fuertes demandas de cuidados relacionados con la higiene, la prevención de enfermedades y el mantenimiento de un estado de salud general adecuado. A este tipo de demandas, de las que es sujeto la totalidad de la población infantil, se añaden las generadas por aquellos colectivos de niños que padecen alguna enfermedad. Dentro de este último tipo de demandas cabe distinguir dos grandes grupos, según cual sea el colectivo del que proceden:

1. Demandas procedentes de un colectivo de niños con problemas habituales de salud.
2. Demandas procedentes de flujos de población generados por la ocurrencia de episodios mórbidos esporádicos.

Según los datos de la encuesta D.S.N. (1993), un 25 % de los niños escolarizados padece algún problema habitual de salud. Como es lógico, la existencia de este tipo de problemas hace que el estado de salud del niño sea percibido de forma más negativa ( $\chi^2 = 55,61$ ;  $p < 0,001$ ). No obstante, el padecimiento de algún déficit habitual de salud no es totalmente incompatible con una valoración positiva de la misma. Como vemos en el cuadro 2, aun en el caso de que existan problemas habituales, la gran mayoría

Cuadro 2

**Población infantil con problemas habituales de salud, según valoración de su estado de salud (porcentajes en vertical)**

	Con problema habitual		Sin problema habitual	
	N	%	N	%
Total	100	100	300	100
Muy buena	18	18,0	141	47,2
Buena	60	60,0	151	50,2
Regular	19	19,0	7	2,3
Mala	3	3,0	1	0,3

Fuente: Encuesta de demandas sociales vinculadas al cuidado de la salud de los niños. CSIC. 1993.

de los encuestados (78 %) valora de forma positiva la salud del niño y sólo un 3 % la califica como «mala». La persistencia de una valoración positiva del estado de salud del niño, aun en el caso de que éste no sea el óptimo, tiene su explicación en la percepción por las familias del carácter no grave de la mayoría de los problemas habituales de los que informan los familiares: en el 63 % de los casos se trata de alergias, el 11 % tiene problemas de nutrición y un 7 %, problemas audiovisuales, mientras que otros tipos de problemas (síndrome de Down, diabetes, convulsiones, enfermedades mentales, etc.) son menos frecuentes.

A efectos de analizar el impacto social y económico de los problemas habituales de salud de los niños lo que nos interesa no es, sin embargo, la gravedad de los mismos sino el aumento de la demanda de recursos que su existencia origina. Por tanto, e independientemente de que la mayor parte de los problemas de salud que aquejan a la infancia tengan un carácter leve, es previsible que el colectivo que los padece presente unas demandas de atención superiores a las habituales en otros niños. Si extrapolamos el porcentaje obtenido en la encuesta D.S.N. a toda la población de niños escolarizados<sup>3</sup>, genera una cifra de 1,3 millones de niños con una demanda de cuidados habitual y superior a la media.

Un segundo tipo de demandas vinculadas al cuidado de la salud son las que tienen su origen en la aparición de episodios mórbidos esporádicos. Los datos de la encuesta D.S.N. (1993) indican que, independientemente de que gocen de buena salud o padezcan algún problema habitual relacionado con ésta, el 65 % de los niños ha sufrido al menos una enfermedad en los últimos seis meses. La probabilidad de padecer enfermedades no está significativamente asociada al género pero sí a la edad, siendo mayor de lo esperado en el intervalo de edad de 3 a 5 años (ver cuadro 3).

Para el análisis del impacto de la enfermedad infantil en los diferentes subsistemas económicos lo más relevante no es, sin embargo, el porcentaje de niños que han padecido una enfermedad sino el número de episodios mórbidos ocurridos en un determinado periodo de tiempo. Por ello, al porcentaje anterior debe añadirse que un 23 % de los niños tuvo dos enfermedades, un 9 % padeció tres, un 4 %, cuatro y un 2 %, cinco. Tomados en su conjunto, estos da-

Cuadro 3

Niños que padecieron y no padecieron enfermedad en los últimos 6 meses, según género y edad (porcentajes en horizontal)

	Total		Padeció enfermedad		No padeció enfermedad	
	N	%	N	%	N	%
Total	400	100	262	65	138	35
Sexo:						
Niños	206	100	133	65	73	35
Niñas	194	100	129	66	65	34
Edad:						
3-5 años	134	100	106	79	28	21
6-8 años	88	100	52	59	36	41
9-11 años	83	100	48	58	35	42
12-14 años	95	100	56	59	39	41

Fuente: Encuesta de demandas sociales vinculadas al cuidado de la salud de los niños. CSIC 1993.

tos generan un índice de enfermedades para el período de tiempo considerado del 103 %, y aunque un tercio de los niños (35 %) no haya padecido ninguna, el promedio es superior a una enfermedad por niño. Su equivalente anual, 2,06 enfermedades por niño, genera, cuando se extrapola a un colectivo de 5,3 millones de niños escolarizados, un volumen de 10,9 millones de enfermedades infantiles anuales.

### 3. La demanda de trabajo originada por las enfermedades infantiles

Las demandas generadas por la enfermedad pueden ser clasificadas en tres tipos:

1. Demanda de actuaciones de tipo estrictamente médico (diagnóstico, prescripción de medicación, terapia, etc.).
2. Demanda de actuaciones que hagan efectiva la relación entre el enfermo y las instituciones sanitarias (acompañamiento al médico, realización de gestiones relacionadas con la salud, etc.).
3. Demanda de actuaciones encaminadas a garantizar el mantenimiento y supervi-

vencia del enfermo (ayuda en actividades cotidianas que el enfermo no pueda realizar adecuadamente por sí mismo).

#### 3.1. La recepción de la demanda por el sistema sanitario

La demanda de actuaciones estrictamente médicas (diagnóstico, prescripción de medicación o terapia) generada por las enfermedades infantiles es recogida, en su mayor parte, por el sistema sanitario. Según la encuesta D.S.N. (1993) sólo un 16,5 % de los niños que habían enfermado en los últimos seis meses había sido tratado exclusivamente en casa, mientras que el 83,5 % restante había recibido algún tipo de atención institucionalizada.

El tipo de atención más demandada es la consulta médica ordinaria. Un 60 % de los niños acudieron a consulta externa y un 16 % recibieron consulta domiciliaria. Si extrapolamos estos porcentajes a toda la población de niños escolarizados, la demanda anual de consultas médicas generada por las enfermedades infantiles se estima en 4,1 millones de consultas de carácter externo y 1,1 millones de visitas médicas domiciliarias.

El volumen de la demanda se reduce cuando consideramos la utilización del servicio de urgencias. Sólo un 6 % de los niños que han padecido alguna enfermedad en los últimos seis meses ha sido tratado en urgencias, porcentaje que, extrapolado a toda la población infantil escolarizada, genera un cifra de 0,4 millones de demandas anuales.

La forma menos frecuente de relación de los niños enfermos con el sistema sanitario es la hospitalización. Según la Encuesta D.S.N. de 1993, solamente el 1 % de los niños escolarizados recibió hospitalización en el último semestre, lo que equivaldría a una tasa anual del 2 %, la mitad de la obtenida en la Encuesta Nacional de Salud (1993)<sup>4</sup>. Si extrapolamos estas cifras al conjunto de la población infantil escolarizada la demanda anual de hospitalización se estima en 0,069 millones de ingresos.

La demanda de actuaciones médicas generada por las enfermedades infantiles es recogida, fundamentalmente, por el subsistema de los servicios públicos. Prácticamente la totalidad de los niños españoles (hay un colectivo creciente de niños no españoles, hijos de inmigrantes)

están bajo la cobertura sanitaria de la seguridad social, a través de sus padres. Según la Encuesta Nacional de Salud (1993), el 78 % de los niños menores de 16 años que habían visitado al médico en los últimos 15 días había recibido atención en la Seguridad Social y un 2 % de los niños fue tratado por la Beneficencia, mientras que el sector privado recibió el 14 % y las sociedades médicas un 6 %. En el caso de hospitalización, la atención corre a cargo de la Seguridad Social en el 88 % de los casos, de una sociedad médica en el 7 % y del sector privado en un 5 %. Los niños se diferencian claramente en los ingresos hospitalarios de otros sectores de población, como las mujeres en edad intermedia (ingresos por maternidades), los varones jóvenes (accidentes) y los ancianos (crónicos).

### 3.2. La recepción de la demanda por los hogares

Aunque el sistema sanitario público (y, en mucha menor medida el privado y las instituciones sin fines de lucro) recoja una parte esencial de la demanda de cuidados generada por las enfermedades infantiles —sobre todo en la función del diagnóstico— el impacto más importante de éstas se produce en los hogares. Como se ha señalado anteriormente, la necesidad de atención médica especializada es sólo una parte de la demanda de cuidados originada por la enfermedad infantil. La otra parte tiene su fundamento en la necesidad de garantizar la relación entre el enfermo y el sistema sanitario (acompañamiento al médico, realización de gestiones relacionadas con la salud) y en la necesidad de ayuda relacionada con el mantenimiento y supervivencia del enfermo (administración de medicamentos, actividades cotidianas). Por tanto, independientemente de que se acuda a las instituciones sanitarias —e, incluso, precisamente por el hecho de hacerlo— las enfermedades infantiles generan unas demandas que, por no tener un carácter estrictamente médico, deben ser cubiertas fuera del sistema sanitario institucionalizado.

La unidad de análisis para calcular el volumen de la demanda de recursos no monetarios generada por la enfermedad es el tiempo asignado por los componentes de los hogares a proporcionar al enfermo los cuidados que ne-

cesita. Con objeto de evaluar la *detranme* originada por las enfermedades de los niños, se preguntó a los familiares de éstos cuántas horas habían invertido diariamente en diferentes actividades relacionadas con el padecimiento de problemas habituales de salud o con la aparición de episodios mórbidos.

Es necesario resaltar, antes de proseguir, las enormes dificultades que entraña, a veces, el interpretar los datos derivados de este tipo de autoinformes de utilización del tiempo. Algunas de estas dificultades se derivan de las características propias de los instrumentos de medida utilizados. En el caso de este estudio, por ejemplo, la presentación de una serie de actividades a las cuales la persona entrevistada debe asignar un tiempo, hace que se dupliquen los tiempos invertidos en algunas tareas que se realizan simultáneamente. Otro tipo de dificultad procede del fuerte componente subjetivo que conlleva la medición del uso del tiempo y de la dificultad de separar el tiempo de trabajo efectivo dedicado a una actividad, del tiempo durante el cual ésta ha mantenido la atención de la persona o del que se ha restado a otras actividades. Es obligado señalar, sin embargo, que estas dificultades no afectan únicamente a la medición del tiempo de trabajo no remunerado sino también a la del tiempo de trabajo monetarizado. Aunque en este último caso, la medición del tiempo de trabajo se ve facilitada por la existencia de una estructura temporal impuesta desde fuera y por la permanencia obligatoria en el lugar de trabajo, es evidente que el tiempo de trabajo efectivo no es equiparable a la duración total de la jornada laboral.

#### 3.2.1. La demanda de trabajo no remunerado generada por problemas habituales de salud

Según la encuesta D.S.N. (1993), el 77 % de los niños que padecen algún problema habitual de salud —que, como ya se ha señalado, representan al 25 % de los niños escolarizados— necesitan ayuda para realizar, al menos, una actividad. En la mayoría de los casos, las demandas generadas por los problemas habituales de salud de los niños tienen su origen en la relación que éste mantiene con las instituciones sanitarias: un 61 % necesitó ayuda para asistir al médico y un 35 % para realizar gestiones relacio-

nadas con la salud. La demanda de ayudas para la administración de medicamentos y terapia alcanza también un volumen importante en este colectivo de niños: un 40 % necesitó este tipo de ayuda. El porcentaje de niños que necesitaron otro tipo de cuidados varía notablemente, según la actividad considerada: un 16 % de los niños necesita habitualmente atenciones de tipo general, un 12 % precisa de acompañamiento y cuidados durante el día y en un 9 % de los casos, la demanda de cuidados continúa durante la noche. La necesidad de ayuda para realizar otro tipo de actividades es menos frecuente: sólo un 4 % de los niños escolarizados con problemas habituales de salud ha necesitado ayuda para comer o para salir a la calle.

Hecha esta descripción general, es necesario señalar que los niños con problemas habituales de salud no constituyen un colectivo homogéneo. La diversidad del tipo de problemas y los diferentes grados de gravedad que revisten los mismos, dan lugar a situaciones muy dispares desde el punto de vista del volumen que alcanzan las demandas. Por tanto, a efectos de analizar el impacto de este tipo de problemas en los hogares, resulta obligado tener en cuenta la existencia de subgrupos diferenciados en función del número de necesidades generada por sus problemas habituales de salud.

Según los datos de la encuesta D.S.N., en el 51 % de los casos, la existencia de algún problema habitual de salud genera una demanda de cuidados, que aun siendo superior a la habitual en otros niños, puede considerarse baja si la comparamos con la del resto de los niños con problemas habituales. Se trata de niños con problemas leves (alergias, déficits audiovisuales, etc.) que necesitan ayuda en una o dos actividades asociadas, en la mayoría de los casos, a la frecuente relación del niño con el sistema sanitario (acompañamiento al médico, gestiones relacionadas con la salud, etc.). El tiempo medio que se dedica a satisfacer las demandas de este subgrupo es de 2,3 horas por hogar al día, es decir, 839,5 horas anuales. Si se extrapola este dato a una población de 5,3 millones de niños genera una cifra de 567 millones de horas.

La necesidad de ayuda en tres actividades nos lleva a identificar un colectivo con un nivel medio de demandas, que se encuentra representado por el 9 % de los niños que padecen problemas habituales de salud. La demanda de cui-

dados de este grupo tiene su origen en la relación del niño con las instituciones sanitarias debido a problemas de carácter leve y en la necesidad de cuidados de tipo general. El consumo medio de tiempo en este grupo es de 4,5 horas diarias por hogar, lo que supone una media de 1.642,5 horas al año. La extrapolación de esta cifra a toda la población de niños escolarizados genera una demanda anual de trabajo no remunerado de 196 millones de horas al año.

Un tercer colectivo se encuentra constituido por niños que padecen problemas de mayor gravedad y que necesitan ayuda en, al menos, cuatro actividades. En este caso se encuentra, según la encuesta D.S.N., un 16 % de los niños escolarizados que tienen algún problema habitual de salud. Se trata de niños que padecen problemas que les incapacita para realizar las actividades cotidianas y que, por tanto, generan una mayor cantidad de demandas. El tiempo medio asignado a las diferentes actividades para las que el niño necesita ayuda es 6,8 horas diarias, que suponen 2.482 horas por hogar al año. La estimación de la demanda de trabajo no remunerado se estima, en este caso, en 526 millones de horas al año.

Por último, es necesario resaltar la existencia de un colectivo de niños con problemas de salud graves, que requieren tratamientos prolongados e, incluso, frecuentes períodos de hospitalización y que, por tanto, interfieren totalmente con la escolarización del niño. Aunque los datos de la encuesta D.S.N. (1993), referidos a la población de niños escolarizados, no nos permiten cuantificar la demanda de cuidados generada por este colectivo, cabe suponer que ésta alcanzará un volumen mayor que en los grupos anteriores.

Los datos de la encuesta D.S.N. (1993) indican que la demanda de carácter no médico generada por los niños con problemas habituales de salud es recogida, casi en su totalidad, por el sistema familiar. La presencia del servicio doméstico es muy escasa y está circunscrita a algunas actividades concretas: los cuidados generales durante el día y las ayudas en la administración de medicamentos o terapia, que en un 8 % y un 3 % de los casos, respectivamente, son proporcionadas por personas del servicio doméstico. En el resto de las actividades, la demanda es cubierta con trabajo no remunerado de los miembros de la familia. Las atenciones y cuidados requeridos por los niños que

padecen algún problema habitual de salud son proporcionados, en la mayoría de los casos por la madre, tanto si ésta se dedica exclusivamente a la producción doméstica (86 %) como si trabaja fuera del hogar (81 %). En los casos en que la madre no figura como cuidadora principal del niño, la demanda de trabajo no remunerado es cubierta de forma conjunta por todos los miembros de la familia (10 %) o recae en los abuelos (3 %). La distribución de la *detrante* generada por problemas habituales de salud entre los miembros de la familia varía en función del tipo de actividad para la que se requiere la ayuda de éstos. El reparto de tareas entre todos los miembros de la familia es más frecuente cuando el niño necesita ayuda para realizar actividades cotidianas, como alimentarse (25 %), salir a la calle (25 %), asearse (13 %) o utilizar transportes (13 %) y disminuye en el caso de actividades como el acompañamiento al médico (3 %), la administración de medicamentos (5 %) o la realización de gestiones relacionadas con la salud (6 %). La conclusión que parece desprenderse de estos datos es que en los hogares en los que hay un niño con problemas habituales de salud, la forma en la que se distribuye el trabajo no remunerado entre los componentes de la familia depende, en parte, de la gravedad del problema o del grado de incapacitación que éste conlleva. El reparto de las tareas entre todos los familiares es más frecuente en aquellos casos en los que el niño necesita ayuda para realizar actividades cotidianas básicas, como comer o asearse, es decir, cuando se da una situación de incapacitación que genera un alto volumen de demandas. En los casos de demanda baja o media, es la madre quien la cubre.

### 3.2.2. La demanda de trabajo no remunerado generada por episodios mórbidos esporádicos

Como se ha señalado anteriormente, un 65 % de los niños escolarizados ha padecido alguna enfermedad en los últimos seis meses. De ellos, el 97 % ha necesitado y ha recibido algún tipo de cuidados en el hogar. Las demandas generadas con mayor frecuencia son las que se refieren a cuidados de mantenimiento del enfermo: un 4 % precisó atención durante el día, un 1 % durante la noche, y un 67 % de los encuestados señala que durante el período que duró la en-

fermedad el niño recibió cuidados de tipo general, categoría en la que probablemente están incluidas las anteriores. Otra parte de la demanda generada por las enfermedades infantiles se refiere a la relación con el sistema médico: un 28 % necesitó de sus familiares a la hora de acudir al médico o de tomar la medicación.

Como vemos en el cuadro 4, la utilización de trabajo remunerado para atender a este tipo de necesidades es absolutamente minoritaria. Sólo un 3 % de los niños que han padecido alguna enfermedad en los últimos 6 meses ha recibido cuidados del servicio doméstico o de otros profesionales, mientras que el 97 % restante ha visto cubiertas sus demandas por personas del núcleo familiar o por la familia extensa. En la gran mayoría de los casos (84 %) es la madre quien asume la función de cuidadora principal de la enfermedad, aunque la distribución de la *detrante* entre los componentes de la unidad familiar varía si consideramos la actividad de la madre. Tanto si la madre se dedica exclusivamente a la producción doméstica como si trabaja fuera del hogar, es en ella en quien recae la demanda generada por la enfermedad del niño, aunque en este último caso aumentan los porcentajes de recepción de la demanda por parte de la abuela (14 %) y del servicio doméstico (8 %).

**Cuadro 4**

**Distribución de la *detrante* generada por las enfermedades infantiles entre los miembros de la unidad familiar (porcentajes en vertical)**

	Total	Madre no trabaja fuera	Madre trabaja fuera
Madre	84	93	80
Padre	2	2	2
Hermanos	2	1	3
Abuelo/a	7	2	14
Serv. dom./otro	3	1	8
Entre todos	2	1	3

Fuente: Encuesta de demandas sociales vinculadas al cuidado de la salud de los niños. CSIC 1993.

El número de horas que los familiares dicen haber dedicado al cuidado de la enfermedad del niño es muy variable. Como vemos en el cuadro

5, lo más frecuente es que se dedique entre 1 y 4 horas a atender las demandas generadas por los niños, aunque el 30% de los encuestados afirma haber dedicado más de 16 horas a proporcionar al niño los cuidados que éste demanda debido a su enfermedad y es notable la proporción de personas que manifiestan haber dedicado 24 horas. Estos datos son una clara muestra del importante componente subjetivo inherente a los autoinformes de uso del tiempo y de las dificultades que entraña, en ocasiones, la interpretación de los mismos. Aunque parece

evidente que el haber estado *las 24 horas del día* dedicado a la enfermedad del niño es más una forma de hablar que una valoración precisa del tiempo asignado a la realización de dicha actividad, el dato es altamente ilustrativo del fuerte impacto que las enfermedades infantiles tienen en los hogares. Desde un punto de vista subjetivo, no sólo cuenta el tiempo dedicado de hecho a la realización de actividades productivas relacionadas con la enfermedad, sino también el que se resta a otras actividades, tanto dentro como fuera del hogar.

Cuadro 5

Número de horas dedicadas a la enfermedad del niño, según edad de éste (porcentajes en vertical)

	Total	3-5 años	6-8 años	9-11 años	12-14 años
1-4 horas	41	30	32	52	65
4-8 horas	17	19	20	13	12
9-12 horas	7	10	6	6	2
13-16 horas	5	3	14	2	6
16 y más	30	38	28	27	15

Fuente: Encuesta de demandas sociales vinculadas al cuidado de la salud de los niños. CSIC 1993.

El número medio de horas dedicadas por el cuidador principal a la enfermedad del niño se muestra en el cuadro 6. Como vemos, para la totalidad de la muestra utilizada el cuidador principal del niño dedicó un promedio de 10,6 horas diarias a atenderle. Dado que la duración media de las enfermedades fue de 6 días, el número medio de horas consumidas por los

niños enfermos es, según la D.S.N. (1993) de 63,6 horas.

El número de horas dedicadas por el cuidador principal de la enfermedad del niño a atender a éste varía significativamente en función de la edad del niño ( $F = 5.265$ ;  $p = 0,002$ ), siendo los niños más pequeños los que, como es lógico, demandan una mayor atención. Asimismo, se puede considerar significativa la diferencia observada entre los niños con problemas habituales de salud y los que no presentan este tipo de problemas, siendo aquellos los que consumen mayor cantidad de trabajo no remunerado durante los períodos de enfermedad ( $F = 3.431$ ;  $p = 0,06$ ).

Aunque es posible que los episodios mórbidos generen mayor número de demandas en el caso de los niños más pequeños y en el de los que padecen problemas habituales de salud, estas diferencias podrían ser también interpretadas como una percepción sobredimensionada de las demandas de estos niños, cuyo nivel de necesidades en condiciones normales de salud es superior al habitual, por parte de sus familiares.

Aún cuando la demanda de trabajo no remunerado originada por las enfermedades infanti-

Cuadro 6

Número medio de horas dedicadas por el cuidador principal de la enfermedad, según edad del niño y existencia de problemas habituales de salud

	Total	Con problemas habituales	Sin problemas habituales
Total	10,59	12,18	10,02
3-5 años	12,59	13,49	12,34
6-8 años	11,39	12,22	11,03
9-11 años	9,40	12,72	8,03
12-14 años	6,82	9,46	5,83

Fuente: Encuesta de demandas sociales vinculadas al cuidado de la salud de los niños. CSIC 1993.

les es enormemente variable, tanto si tenemos en cuenta el trabajo realizado de hecho como si consideramos las estimaciones subjetivas del mismo, utilizaremos el número medio de horas por enfermedad para estimar el volumen que adquiere la *detranme* por episodios mórbidos para el conjunto de la población infantil. Si extrapolamos a toda la población infantil escolarizada, las 63,6 horas que han consumido, por término medio, los niños enfermos, el volumen de la demanda de trabajo no remunerado se estima en 694 millones de horas anuales.

Un tema diferente, aunque conexo, es la influencia de las enfermedades infantiles sobre el sistema escolar y la falta de asistencia a clase (véase cuadro 7). Los índices de absentismo son inferiores a los de enfermedad, tanto porque muchos días no corresponden a los laborables del calendario escolar cuanto porque la enfermedad o su cuidado puede tener lugar fuera del horario del centro docente.

Con todas las precauciones debidas al reducido número de casos, llama la atención que la duración media de las enfermedades de los niños cuyas madres tienen un empleo es mucho más reducida (4,28 días) que las de cuyas madres no tienen empleo (7,07), y el número medio de días de absentismo escolar es también más reducido (2,38 frente a 3,67). Sin duda el coste de repercusión sobre las madres empleadas es tan elevado que establecen umbrales de tolerancia mucho más altos que las madres que permanecen en el hogar.

#### 4. La demanda de trabajo generada por las enfermedades infantiles: conclusiones

**L**os datos presentados en páginas anteriores muestran claramente que la salud de los niños escolarizados, aun siendo objeto de una valoración muy positiva, genera un gran volumen de demandas que van dirigidas tanto a las instituciones sanitarias como a los hogares. A la demanda de cuidados generales que, en condiciones normales de salud, van encaminados a la prevención de enfermedades y al mantenimiento de un nivel óptimo de bienestar general, tanto físico como psíquico, se añaden las demandas generadas

por aquellos colectivos de niños con déficits habituales de salud y las derivadas de los episodios mórbidos esporádicos.

La demanda originada por la enfermedad puede ser clasificada en tres tipos: demanda de cuidados de carácter médico (diagnóstico, prescripción de medicación, terapia, etc.), demanda de actuaciones que pongan al enfermo en contacto con las instituciones sanitarias (acompañamiento al médico, realización de gestiones relacionadas con la salud, etc.) y demanda de atenciones encaminadas a garantizar el mantenimiento y supervivencia del enfermo (ayuda en actividades cotidianas que el enfermo no pueda realizar adecuadamente por sí mismo).

Las instituciones sanitarias recogen la mayor parte de la demanda de actuaciones estrictamente médicas (diagnóstico, prescripción de medicación o terapia) generada por las enfermedades infantiles. Partiendo de los datos de la encuesta D.S.N. (1993) podemos hacer las siguientes estimaciones del volumen que alcanzan este tipo de demandas:

##### A) Demandas anuales recogidas por el sistema sanitario.

1. *Número de niños de referencia:*  
5,3 millones · 2 semestres = **10,6 millones**
2. *Demanda de consultas externas:*  
 $10,6 \cdot 65 \% \cdot 60 \% =$  **4,134 millones**
3. *Demanda de consultas domiciliarias:*  
 $10,6 \cdot 65 \% \cdot 16 \% =$  **1,102 millones**
4. *Demanda de atenciones en urgencias:*  
 $10,6 \cdot 65 \% \cdot 6 \% =$  **0,413 millones**
5. *Demanda de hospitalizaciones:*  
 $10,6 \cdot 65 \% \cdot 2 \% =$  **0,069 millones**

Las demandas generadas por las enfermedades de los niños escolarizados no se agotan, sin embargo, en la necesidad de recibir atención médica especializada, sino que abarcan también la necesidad de ayuda para acudir al sistema sanitario (acompañamiento al médico, realización de gestiones relacionadas con la salud) y la necesidad de cuidados que garanticen el mantenimiento y supervivencia del enfermo (administración de medicamentos, actividades cotidianas). Si las demandas del primer tipo se dirigen, fundamentalmente, a las instituciones sanitarias, los otros dos tipos de demanda son recogidos, prácticamente en su totalidad, por los hogares.

**Cuadro 7**  
**Enfermedad y absentismo escolar de escolares por enfermedad en últimos seis meses**

Enfermedad	A	B	A × B	C	D
Primera Enfermedad	6,20	260	1.612	3,18	0,51
Segunda Enfermedad	4,43	91	403	2,00	0,45
Tercera Enfermedad	5,43	35	190	2,34	0,43
Cuarta Enfermedad	5,47	15	81	3,00	0,55
Quinta Enfermedad	9,00	10	90	2,70	0,30
<b>Total enfermedad</b>	<b>6,10</b>	<b>411</b>	<b>2.376</b>	<b>2,64</b>	<b>0,45</b>

A: Media de días de enfermedad.

B: Número de casos.

C: Media de días de absentismo escolar.

D: C/A.

El volumen de la demanda de trabajo no remunerado originada en los hogares por las enfermedades infantiles estimado a partir de los datos de la encuesta D.S.N. (1993) es el siguiente:

**B) Detranme por problemas habituales de salud.**

1. *Número de niños de referencia:*  
5,3 millones
2. *Número medio de horas por niño al año*
  - 2.1. Colectivo de baja demanda:  
 $2,3 \cdot 365 = 839,5$
  - 2.2. Colectivo de demanda media:  
 $4,5 \cdot 365 = 1642,5$
  - 2.3. Colectivo con alta demanda:  
 $6,8 \cdot 365 = 2482,0$
3. *Detranme anual generada por problemas habituales de salud de los niños escolarizados en España:*
  - 3.1. Colectivo de baja demanda:  
 $5,3 \cdot 25\% \cdot 51\% \cdot 839,5 = 567$  millones de horas
  - 3.2. Colectivo de demanda media:  
 $5,3 \cdot 25\% \cdot 9\% \cdot 1.642,5 = 196$  millones de horas
  - 3.3. Colectivo con alta demanda:  
 $5,3 \cdot 25\% \cdot 16\% \cdot 2482 = 526$  millones de horas

**C) Detranme anual generada por episodios mórbidos:**

1. *Número de niños de referencia:*  
 $5,3 \cdot 2$  semestres = 10,6 millones

2. *Índice de enfermedades en seis meses:*  
103 %
3. *Detranme media por enfermedad:*  
 $10,6$  (horas diarias por enfermedad) · 6 (días de duración media de la enfermedad) = 63,6 horas
4. *Detranme anual generada por las enfermedades de los niños escolarizados en España:*  
 $10,6 \cdot 103\% \cdot 63,6 = 694$  millones de horas

La enfermedad, como ponen de relieve los datos anteriores, genera unas demandas de tipo médico estricto (diagnóstico, medicación o terapia), otras demandas derivadas de la asistencia técnica (gestiones, desplazamientos) y otras de tipo general que, o bien el enfermo no puede satisfacer por sí mismo debido a su enfermedad o bien se incrementan por encima de lo habitual durante el período que dura ésta.

La mayoría de los estudios de economía de la salud se centran exclusivamente en las primeras, equiparando el coste directo de los servicios ofrecidos con el valor de la producción sanitaria. Sin embargo, los costes indirectos de la enfermedad son mucho mayores que los directos (lucro cesante del enfermo y lucro cesante transferido a sus empleadores, familiares y entorno de relaciones): ¿habría que considerar que estos costes indirectos forman parte del valor de la producción de salud, como en pura lógica resultaría de extender el razonamiento?. La frontera entre producción y consumo es muy difícil de determinar. En el caso de los niños, la estimación de los costes indirectos es aún más difícil que la de los adultos, puesto que resulta casi imposible asignar un valor a la pér-

dida de días de ocio o de asistencia al centro escolar que, en la mayoría de los casos, es a su vez un servicio público. Sin embargo, la dificultad no puede ser obstáculo para intentar conocer el alcance de las demandas y su influencia sobre el uso o distribución de los recursos globales de tiempo y dinero.

#### NOTAS

<sup>1</sup> En este artículo se ofrecen los primeros resultados de la encuesta sobre Demandas Sociales Vinculadas al Cuidado de la Salud de los niños, que forma parte de un estudio

inédito financiado por la C.I.C.Y.T. y realizado en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas bajo la dirección de M.<sup>a</sup> Angeles Durán, en el que colaboran Alicia Garrido y Rosario Vega.

<sup>2</sup> M. A. DURÁN (Dir.): *Familia y vida cotidiana. La dimensión económica de la familia*. 2 vols. Estudio realizado por encargo de la Dirección General de Protección Jurídica del Menor. 1994.

<sup>3</sup> Según el Avance del Censo de 1991, en España hay 5,3 millones de niños escolarizados de 5 a 14 años. Será ésta la cifra que utilizaremos para extrapolar a la población los datos obtenidos en esta encuesta.

<sup>4</sup> El menor porcentaje de hospitalizaciones obtenido en la encuesta D.S.N. puede deberse a que la población objetivo de esta encuesta no incluye a los niños no escolarizados ni a los mayores de 15 años.

