

Editorial

Salud pública y seguridad social, dos componentes básicos del estado del bienestar

Public health and social security: two basic components of the welfare state

Fernando G. Benavides

Centro de Investigación en Salud Laboral, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España; CIBER de Epidemiología y Salud Pública, España

Introducción

El concepto de «estado del bienestar» está asociado con la capacidad de una sociedad para satisfacer necesidades básicas de las personas que la componen, como la educación, el trabajo o la salud, entre otras¹. La salud pública, al igual que la seguridad social, tiene su origen institucional en actividades que el estado, como expresión organizada de la sociedad, ha ido adoptando para hacer frente, colectivamente, a necesidades básicas de la población, estén estas necesidades relacionadas con problemas de salud o con mecanismos de protección social. Así, la especialización es la principal diferencia entre ambas instituciones, que comparten el haber contribuido las dos a conformar el estado moderno.

Es necesario destacar que ambas instituciones emergen a golpe de crisis, sea por la aparición de epidemias que asolan a la población² o para responder a los efectos devastadores de la industrialización³. Sin olvidar que en España, y tras la creación del Instituto Nacional de Previsión en 1908 (inicialmente para promover la cobertura frente a los accidentes de trabajo y la vejez), es la Seguridad Social la que sienta las bases de nuestro actual Sistema Nacional de Salud, constituido en 1986, cuando pasamos de un sistema financiado por la Seguridad Social que daba cobertura sólo a los afiliados y beneficiarios a otro de carácter universal financiado por los impuestos. Sanidad y Seguridad Social han estado tan unidas que aún hoy persiste en el imaginario de la población, incluidos algunos profesionales sanitarios, la convicción de que su médico sigue siendo «el del seguro». La evolución del sistema sanitario, en el cual está incluida la salud pública, y de la seguridad social, junto al sistema público de enseñanza, especialmente desde los años 1950, configura el actual estado del bienestar en España, al que se ha sumado más recientemente, y en fase de desarrollo, el sistema de atención a la dependencia⁴.

Sin embargo, a pesar de este origen compartido, la relación actual entre la seguridad social y la salud pública es escasa, por no decir inexistente. Una situación que debería ser corregida, dado que las políticas de protección social (como mecanismo de redistribución de la renta a través de las pensiones, el desempleo y las prestaciones por enfermedad e invalidez) pueden ser intervenciones fundamentales para reducir las desigualdades sociales en salud: un objetivo fundamental de la salud pública.

Trabajo y empleo, como determinantes sociales de la salud

El reciente informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud⁵ señala una vez más al trabajo,

y al empleo como expresión del trabajo remunerado, como uno de los principales determinantes sociales de la salud. Disfrutar de un empleo decente, en los términos que lo define la Organización Internacional del Trabajo⁶, es un requisito para alcanzar un aceptable nivel de salud y bienestar.

Muchos y variados son los mecanismos por los cuales las condiciones de trabajo y empleo afectan a la salud de las personas, tanto de forma positiva como negativa. Las lesiones por accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales son los efectos directos más conocidos, aunque no siempre tenidos en cuenta en salud pública⁷. También sabemos que la precariedad laboral, los factores psicosociales y el estrés laboral afectan, a medio y largo plazo, a la salud física y mental de las personas⁸. La situación de empleo y la ocupación define el estatus social, la identidad social, el poder y la capacidad adquisitiva, que determinan la salud del propio trabajador o trabajadora, así como de las personas dependientes. La comparación de múltiples indicadores de salud según la clase social ocupacional muestra esta realidad una y otra vez⁹.

Los cambios que se vienen produciendo en el mercado de trabajo, como la creciente flexibilización de las condiciones de empleo (jornadas, salarios, derechos, etc.), la incorporación de la mujer al trabajo productivo (doble jornada, segregación, etc.) y la llegada de personas procedentes de otros países (discriminación, trabajo irregular, etc.) están teniendo un enorme impacto sobre la salud¹⁰ e incrementan las desigualdades sociales en salud¹¹.

La seguridad social como modulador de la relación entre trabajo y salud

La Seguridad Social española, con un presupuesto previsto para el año 2011 de unos 124.000 millones de euros, es uno de los instrumentos más potentes de que dispone el estado para combatir las desigualdades sociales en salud. La mayor parte de esta cantidad (el 89%) se destina a atender a los más de nueve millones de personas pensionistas, entre jubilados (5,3 millones de personas) y trabajadores con una incapacidad permanente reconocida (1 millón de personas), junto al pago de los subsidios por incapacidad temporal (6,8%)¹⁷.

Pero además, en España, el sistema de seguridad social dispone de un sistema sanitario paralelo al Sistema Nacional de Salud, gestionado actualmente a través de 20 Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social¹⁸, que atienden sanitariamente a unos 14 millones de trabajadores cuando sufren una lesión por accidente de trabajo (unos 700.000 en 2009) o una enfermedad profesional (17.000 casos reconocidos en 2009). Para ello, las mutuas gastarán en asistencia sanitaria (primaria, especializada y farmacéutica) unos 1600 millones de euros en 2011. Este sistema sanitario, que podemos denominar de salud laboral,

Correo electrónico: fernando.benavides@upf.edu

está empezando a coordinarse con el Sistema Nacional de Salud, como muestra el reciente acuerdo firmado entre la administración sanitaria en Cataluña y la Seguridad Social¹⁹, para compartir los recursos asistenciales, así como el reconocimiento de las enfermedades profesionales atendidas en el sistema público de salud²⁰.

En definitiva, desde la salud pública no debe olvidarse, por obvio, que la seguridad social desempeña un importante papel en la redistribución de la riqueza, y de manera especial en tiempos de crisis económica como los actuales, subsidiando a las personas que se quedan sin empleo y manteniendo las pensiones, entre otras prestaciones sociales, lo que sin duda previene de manera significativa la pobreza y reduce las desigualdades sociales²¹.

Igualmente, desde las políticas de empleo y seguridad social deben tenerse en cuenta, cuando se elaboran y ejecutan dichas políticas (incluida la última reforma del mercado de trabajo o la prevista de las pensiones), su posible impacto sobre la salud, pues como muestra la evidencia científica, la salud se ve afectada negativamente por el desempleo^{12,13} y por la precariedad laboral¹⁴. Por el contrario, estudios recientes han mostrado que las diferentes políticas de cobertura al desempleo y de formación a los desempleados impulsadas por los sistemas de seguridad social en los diferentes tipos de estados del bienestar amortiguan el impacto del desempleo sobre la salud¹⁵, y que la financiación de políticas activas de empleo reduce de manera significativa la mortalidad por suicidio asociada al desempleo¹⁶.

La salud laboral como bisagra entre la salud pública y la seguridad social

La salud laboral, como respuesta social a los problemas de salud de las personas que trabajan, es la bisagra que mejor puede conectar la salud pública y la seguridad social. La incorporación a la vigilancia epidemiológica, llevada a cabo en las administraciones de salud pública, del análisis sistemático de las lesiones por accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales y las relacionadas con el trabajo, y las incapacidades laborales, puede ayudar a la Seguridad Social a planificar y evaluar sus políticas de protección social para que sean más efectivas y eficientes.

Así mismo, el desarrollo de la Ley de prevención de riesgos laborales en 1995, que establece la responsabilidad empresarial de prevenir los factores de riesgos laborales, con cargo a su propio presupuesto, ha abierto la puerta para actuar sanitariamente en el seno de las empresas, donde se genera una parte importante de las desigualdades sociales en salud²². Un paso significativo en esa dirección sería el reconocimiento legal de la actividad sanitaria que desarrollan los servicios de prevención de riesgos laborales como parte del Sistema Nacional de Salud²³. La actividad sanitaria, junto a la de seguridad, higiene, ergonomía y psicología que forman el servicio de prevención, tiene como objetivo fundamental reducir la incidencia de los daños a la salud derivados del trabajo, sean lesiones, enfermedades o incapacidades. Los servicios de prevención de riesgos laborales, tanto externos como propios de las empresas, adecuadamente coordinados por las unidades de salud laboral en el territorio, y como parte de la estructura de la salud pública, constituyen un instrumento, aún poco desarrollado, para impulsar más allá de los discursos retóricos las políticas de salud en todas las políticas²⁴.

Finalmente, la salud laboral debe incorporar a su agenda la evaluación del impacto en salud de estas políticas, tal como prevé el anteproyecto de la Ley general de Salud Pública. Preguntarse acerca de cuáles serán los impactos en la salud, positivos y negativos, de la actual reforma laboral o de la ampliación de la edad de jubilación, es una tarea pendiente que debe realizarse antes de la implantación de esas políticas, así como para realizar su seguimiento y corrección, si fuera necesario. Recientemente hemos podido comprobar que en 1984, coincidiendo con la reforma laboral de ese año y que

inició la tendencia que nos ha conducido a las cifras actuales de temporalidad del 30%, se produjo una inflexión en la tendencia de la incidencia de las lesiones por accidentes de trabajo, que venía descendiendo desde 1971 (de 120 lesiones por accidentes de trabajo por 1000 trabajadores en 1971 a 40 por 1000 en 1984), y se inició un ascenso de la incidencia que llegó hasta el año 2000 (60 por 1000), cuando de nuevo volvió a descender (50 por 1000 en 2005)²⁵. Sería deseable que algo así no volviera a pasar.

Contribuciones de autoría

Este manuscrito ha sido ideado y elaborado por el único autor firmante.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Las ideas expuestas son deudoras del trabajo de colaboración continuado con los compañeros del Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL), fruto del acuerdo entre la Universitat Pompeu Fabra, el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) y Corporación Mutua, especialmente con Fernando Rodrigo, Pere Boix, Ana M. García, Jordi Delclós, Consol Serra, José Miguel Martínez, Elena Ronda y David Gimeno. También agradezco el continuo estímulo intelectual de Carlos Álvarez-Dardet.

Bibliografía

1. Esping-Andersen G. The three worlds of welfare capitalism. Cambridge, UK: Polity Press. Princeton University Press; 1990.
2. Perdiguero-Gil E, Vidal Hernández JM, editors. La ciudadela de los fantasmas. Lazaretos y protección sanitaria en el mundo moderno. Menorca: Institut Menorquí d'Estudis; 2010.
3. Castillo S, director. Solidaridad, seguridad, bienestar. Cien años de protección social en España. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2008.
4. Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia. BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 2006.
5. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Subsana: las desigualdades sociales en salud en una generación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2009. (Consultado el 8/11/2010.) Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf.
6. International Labour Organization. Decent work. (Consultado el 8/11/2010.) Disponible en: <http://www.ilo.org/global/Themes/Decentwork/lang-en/index.htm>.
7. Benavides FG, Delclós J, Benach J, et al. Las lesiones por accidentes de trabajo en España: una prioridad de salud pública. Rev Esp Salud Pública. 2006;80:553-65.
8. Vives A. A multidimensional approach to precarious employment: measurement, association with poor mental health and prevalence in the Spanish workforce. PhD thesis. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona; 2010.
9. Borrell C, Muntaner C, Benach J, et al. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? Soc Sci Med. 2004;58:1869-87.
10. García AM. Mercado laboral y salud. Gac Sanit. 2010;24(Supl 1):62-7.
11. Benach J, Muntaner C. Empleo, trabajo y desigualdades en salud. In: Una visión global. Barcelona: Icaria editorial; 2010.
12. Benavides FG, García AM, Sáez-Lloret I, et al. Unemployment and health in Spain: the influence of social-economic environment. Eur J Public Health. 1994;4:103-7.
13. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, et al. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. Am J Public Health. 2004;94:82-8.
14. Benavides FG, Benach J, Diez-Roux AV, et al. How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on Working Conditions. J Epidemiol Community Health. 2000;54:494-501.
15. Stuckler D, Basu S, Surhcke M, et al. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. Lancet. 2009;374:315-23.

16. Bambra C, Eikemo TA. Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63:92–8.
17. Secretaría de Estado para la Seguridad Social. Proyecto de Presupuestos. Ejercicio 2011. (Consultado el 8/11/2010.) Disponible en: <http://www.segsocial.es/prdi00/groups/public/documents/binario/141358.pdf>.
18. Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT). (Consultado el 8/11/2010.) Disponible en: <http://www.amat.es/index.php>.
19. Acord marc de col·laboració entre el Ministeri de Treball i Immigració i del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, per al foment de la cooperació entre l'Institut Nacional de la Seguretat Social, les Mútues d'accidents de treball i malalties professionals de la seguretat social, el Servei Català de la Salut i els centres que configuren el sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya. Mimeografiado.
20. Benavides FG, Castejón J, Gimeno D, et al. Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting. *Am J Ind Med*. 2005;47:176–80.
21. International Labour Office. World Social Security Report 2010-11. Providing coverage in times of crisis and beyond. Geneva: ILO. 2010. (Consultado el 17/11/2010.) Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/-publ/documents/publication/wcms_146566.pdf.
22. Borg V, Kristensen TS. Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Soc Sci Med*. 2000;51:1019–30.
23. Proyecto de Real Decreto por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. (Consultado el 8/11/2010.) Disponible en: <http://www.msps.es/normativa/proyectos/home.htm>.
24. World Health Organization. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO European Office for Europe; 1999.
25. Benavides FG, López-Ruiz M, Castejón E. Tendencia secular de las lesiones por accidentes de trabajo en España, 1904–2005. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2008;11:141–7.