

población y desarrollo

La crisis actual y la salud

Álvaro Franco Giraldo



NACIONES UNIDAS

CEPAL



población y desarrollo

L a crisis actual y la salud

Álvaro Franco Giraldo



NACIONES UNIDAS



Centro Latinoamericano y Caribeño
de Demografía (CELADE) – División
de Población de la CEPAL

Santiago de Chile, abril de 2011



Este documento fue preparado por Álvaro Franco Giraldo, consultor del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el marco de las actividades del proyecto CEPAL/UNFPA 2010, RLA6P11A, Actividad 44.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN: 1680-8991

ISBN: 978-92-1-121772-8

E-ISBN: 978-92-1-054779-6

LC/L.3318-P

N° de venta: S.11.II.G.37

Copyright © Naciones Unidas, abril de 2011. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	5
Introducción	7
I. América Latina y el Caribe en la coyuntura actual	9
A. El desempleo	10
B. La caída del gasto social	12
II. El impacto de la crisis en la salud	15
A. Cambios demográficos	16
B. Cambios epidemiológicos	17
C. Efectos generales y teóricos de las crisis económicas en la salud	17
D. La evidencia empírica.....	19
E. Algunos estudios específicos.....	22
1. Sobre indicadores clásicos de salud.....	22
2. Sobre desnutrición	23
3. Sobre mortalidad infantil.....	23
4. Sobre mortalidad general.....	23
5. Sobre salud mental	24
III. Alternativas de políticas públicas	25
IV. Epílogo	31
Bibliografía	33
Serie Población y Desarrollo: números publicados	37

Índice de cuadros

CUADRO 1	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INDICADORES DE GASTO EN SALUD, 2005	20
CUADRO 2	AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): ALGUNAS POLÍTICAS SOCIALES PARA ENFRENTAR LA CRISIS ECONÓMICA, 2009	27
CUADRO 3	AMÉRICA LATINA: CAMBIOS FINANCIEROS EN LOS SISTEMAS DE PENSIONES AL MOMENTO DE LA CRISIS, 2007 Y 2008.....	29
CUADRO 4	AMÉRICA LATINA: INDICADORES SOCIALES POR GRUPOS DE PAÍSES AL MOMENTO DE LA CRISIS Y REFORMAS IMPLEMENTADAS A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL CON POSTERIORIDAD A LA CRISIS, 2007-2008.....	30

Índice de gráficos

GRÁFICO 1	AMÉRICA LATINA (9 PAÍSES): TASAS DE OCUPACIÓN Y DESEMPLEO, 2006-2009	11
GRÁFICO 2	AMERICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAISES): TENDENCIA DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL Y GASTO PÚBLICO TOTAL	12
GRÁFICO 3	AMÉRICA LATINA (19 PAÍSES): EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y DE MENORES DE 5 AÑOS, Y DEL GASTO PÚBLICO PER CÁPITA EN SALUD, 1999-2007	21
GRÁFICO 4	AMÉRICA LATINA (19 PAÍSES): EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y DEL GASTO PÚBLICO PER CÁPITA EN SALUD, 1999-2007	22

Resumen

El presente documento analiza el impacto que ha provocado la crisis económica y financiera de 2008-2010 sobre la salud de la población en América Latina y el Caribe, a la vez que propone alternativas políticas para paliar sus efectos.

En el primer capítulo, el autor realiza una breve reseña de la coyuntura económica de la región, describiendo los efectos sociales que ha tenido la crisis sobre el desempleo y el gasto social de los países. En la segunda parte del trabajo, se examinan los cambios demográficos y epidemiológicos de la región, así como el impacto de las crisis económicas sobre los distintos indicadores de salud, acudiendo a evidencia empírica y a estudios específicos desarrollados sobre el tema.

En la tercera parte del documento se explicitan algunas propuestas de políticas públicas para hacer frente a los efectos de la crisis sobre el sector salud. Finalmente y modo de epílogo, el cuarto capítulo hace una recapitulación de las principales consecuencias de las crisis económicas en la salud, enfatizando los efectos sociales negativos que produjeron las reformas económicas neoliberales de las décadas de 1990 y 2000.

Introducción

El objetivo principal de este trabajo es explorar los posibles impactos y mecanismos por los que la crisis actual puede generar efectos de mediano y largo plazo en la situación de salud en América Latina y el Caribe, así como las posibles respuestas de política.

La crisis económica se traduce en cambios sanitarios importantes en la población, expresándose en factores demográficos y en los indicadores de salud. Es sabido que las variaciones demográficas contribuyen a generar cambios en los indicadores de salud pero durante la crisis esta mediación se puede distorsionar y no siempre los resultados en salud dependen de los aspectos poblacionales.

De otro lado, las demandas de salud se incrementan como consecuencia de la recesión económica pero estarán moduladas por el grado de desarrollo de la protección social y por el desempeño del gasto en salud (público y total) durante la etapa pre crisis. Adicionalmente, el análisis de la crisis económica y su impacto demográfico y sanitario depende del contexto de los derechos humanos y la seguridad social, en tanto la crisis económica también afecta los derechos económicos, sociales y culturales de las poblaciones.

En este documento se describen algunos efectos de las crisis económicas y financieras en América Latina, aprovechando estudios anteriores y el seguimiento de la actual coyuntura que ha hecho, entre otras instituciones, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2009a). Los análisis destacan, de manera particular, temas regionales, las teorías sobre los determinantes de la salud, factores nutricionales y salud y otros antecedentes importantes tales como la crisis de 1929; la crisis de las décadas de 1970 y 1980; la disminución del tamaño del Estado en el período 1970-2000; la crisis de México en 1996 y el aumento de la mortalidad infantil en ese país; la crisis asiática de 1997 y el aumento de mortalidad en las personas mayores de 60 años y en los más

vulnerables, la crisis de Corea del Sur y el aumento de las tasas de mortalidad, la crisis de Rusia de 1990-1994 y el aumento de la mortalidad estandarizada debido a la desintegración institucional, entre otros antecedentes similares a la crisis financiera actual.

Así, este texto intenta una respuesta sobre el efecto de las crisis económicas en la salud, para lo cual se basa en el análisis teórico y en la evidencia empírica, a partir de estudios relacionados con crisis, demografía y salud. Responde a preguntas tales como ¿qué tanto indicadores como la fecundidad, la natalidad, la nupcialidad, la morbilidad, las migraciones, la desnutrición y la mortalidad se verían afectados por la crisis?

El conocimiento acumulado de otras experiencias permite hacer algunas consideraciones preliminares que resultan relevantes: i) las crisis desencadenan movimientos migratorios y efectos inmediatos sobre las condiciones de salud de la población, en general, y de la salud sexual y reproductiva, en particular; ii) las crisis afectan o desplazan la nupcialidad, así, uno de los efectos de la crisis es postergar los nacimientos; y iii) el factor nutricional y alimentario es un mediador entre crisis y salud y actúa como determinante social de la salud, siendo importante considerar el rezago alimentario que se tenga.

No siempre la crisis es vista como un hecho negativo y para algunos es una oportunidad. Este documento visualiza el momento como un punto de inflexión en la situación mundial, que podría llevar a mejorar indicadores rezagados en salud y el impacto acumulado de las crisis anteriores. Los sistemas de protección social bien estructurados se adelantan a las posibles consecuencias y logran mitigar sus efectos (CEPAL, 2006). Al plantearse la crisis como oportunidad, se está pensando en la respuesta política a la crisis. Ya sabemos que las políticas modulan los efectos de la crisis, y en el caso de la protección social, ésta sirve como paliativo. Al final de esta sección se hacen algunas aproximaciones al tema de las respuestas políticas frente a la crisis, con especial referencia a la seguridad y a la protección social.

Si bien se esperarían efectos drásticos sobre las condiciones de salud de la región, similares a los registrados a partir de las crisis anteriores¹, existen varios factores que condicionan estos posibles efectos. En primer lugar, se debe reconocer el efecto protector de los programas públicos y del gasto social, que pueden amortiguar o diferir los impactos de la crisis. Como ya se ha mencionado, en América Latina el gasto público y, en particular, el gasto social venían creciendo de manera significativa en el período anterior a la crisis, al tiempo que se impulsaban políticas y programas de transferencias a los sectores más vulnerables y componentes solidarios de los sistemas de protección social.

Finalmente, se deben reconocer algunas limitaciones: la mejor forma de establecer los efectos de la crisis sobre la salud es dirigiéndose a la evidencia empírica, pero para ello se necesitan algunos requerimientos de tiempo. El primero tiene que ver con la duración de la investigación, que demanda procesos más demorados. El segundo, con el tiempo necesario para determinar el efecto, dado que el impacto no es inmediato y los tiempos de rezago son cruciales para una precisión de la información.

¹ Musgrove (1987), al analizar los efectos de las crisis de los 70 y 90 en la salud, encontró que el gasto en salud disminuyó dramáticamente, y como consecuencia, se contrajeron los servicios de salud, condiciones que llevaron a un impacto negativo sobre la salud de la población, al aumentarse la mortalidad infantil y variar la estructura de morbilidad y mortalidad en el perfil epidemiológico de los niños.

I. América Latina y el Caribe en la coyuntura actual

La crisis del modelo establecido por el “Consenso de Washington” se había previsto por varios investigadores. Estefanía (2007) decía que *“desde principios de los años noventa empezaron a surgir una serie de señales de que un ‘crash’ bursátil estaba a punto de estallar en cualquier momento”*; y agregaba que *“millones de personas están perdiendo su dinero o se han arruinado”*. Pero lo más dramático estaba por llegar, según su expresión: *“el momento en que el contagio se traslade de los pequeños accionistas a la solvencia de los bancos”*. Se vaticinaba que la pérdida de dinero de pequeños accionistas durante toda la década de 1990, llegaría por contagio a la solvencia de los bancos y se preveía que sólo en ese momento los estados intervendrían, olvidándose de los principios de la economía de mercado.

La teoría neoliberal, finalmente se recogió como una receta en el “Consenso de Washington” en los diez puntos ya ampliamente difundidos (Williamson, 2003). Tres de esos pilares fueron la privatización de las empresas y servicios públicos, la austeridad fiscal y la liberalización del comercio y de los mercados. Tres pilares del “fundamentalismo del mercado” que ahora entran en colisión como parte del desplome paulatino del sistema capitalista y más exactamente de su modelo financiero. Para muchos más analistas, la crisis del 2008 también es la crisis del neoliberalismo, la crisis del “Consenso de Washington”, pero no es el interés de esta sección ahondar en explicaciones sobre la crisis financiera actual sino en sus implicaciones para América Latina.

Al respecto, si seguimos el Informe de la CEPAL (2008), el año 2002 fue un año crítico, que refleja las consecuencias del estancamiento económico mundial de comienzos del nuevo siglo, siendo su referente más cercano la crisis económica de Argentina. Luego de ésta, viene el período

2003-2007, destacado por ostentar el mayor crecimiento del PIB por habitante desde los años setenta en América Latina (mayor del 3% anual). Pero ya en el 2008, debido a la crisis financiera internacional viene un descenso en la economía en esta región, observada en algunos de los indicadores: menor demanda de los bienes de exportación, disminución de las remesas de los migrantes y el limitado acceso al crédito, con consecuencias negativas sobre la demanda. Lo real, es un frenazo al crecimiento de la economía en toda América Latina.

La evidencia disponible hasta mediados de 2009 muestra que la mayoría de países de la región han sido afectados por la crisis económica. Las proyecciones hablan de una contracción del PIB de la región en un 1,9% en 2009 (y reducción del PIB per cápita de 3%) y una tasa de desempleo del 9%; asimismo, se proyecta un deterioro de los términos del intercambio del 12% (CEPAL, 2008). Honduras, México y Paraguay serían los países con las mayores reducciones en su PIB per cápita, de por lo menos 4 puntos porcentuales, seguidos de la mayoría de países centroamericanos. Aun cuando hay países que no tendrán una contracción económica, ninguno de ellos crecería por sobre el 1% en términos per cápita.

Este deterioro guarda relación con el retroceso del crecimiento económico, la recesión económica y el freno a la expansión del gasto social y a la equidad distributiva. En un principio, la crisis financiera internacional tuvo un marcado impacto en la subregión, llegando a reflejar tasas de crecimiento negativas. Situación agravada por los menores ingresos del turismo, la pandemia de gripe A(H1N1), la reducción de los precios de los activos, el deterioro de las expectativas sobre la inversión y el consumo, la reducción del consumo privado y la caída de las remesas de los emigrantes. Pero pasado este punto de inflexión (2008-2009), el crecimiento de la región se vuelve a relanzar con cifras importantes en algunos países, a pesar de la crisis global.

Más allá del aspecto macroeconómico de las crisis, nos interesa saber qué aspectos de ellas tienen o se acompañan de dramáticos efectos reales, no sólo sobre la economía sino también y principalmente, sobre la población y el orden social. Son efectos de ellas: los altos costos económicos y sociales; el retroceso en el crecimiento y freno en el desarrollo; los cambios demográficos; los cambios institucionales; y la disminución del gasto social. Las implicaciones sobre la salud y la mortalidad, en los países afectados no se hace esperar y debe ser estudiado con rigurosidad.

Estudios de la CEPAL demuestran que previo a la crisis financiera actual, el empleo aumentó en América Latina y el Caribe en el período comprendido entre 2003-2008, momento en que la región experimentó una mejoría en las condiciones económicas (CEPAL, 2009a). De igual manera, entre los indicadores que mejoraron también está el aumento del gasto en salud en ese período, así como el gasto público y el gasto social; en tanto que el gasto de bolsillo en salud disminuyó. Considerar estos factores antecedentes al análisis de la crisis, ayuda a entender mejor los efectos posteriores. Más aún, cuando la crisis tiene un comportamiento muy diferente en América Latina que en el resto del mundo: menos desfavorable y menos insidioso. A continuación se revisan estos indicadores de manera más detallada, para la coyuntura actual.

A. El desempleo

Uno de los efectos más inmediatos de la crisis actual se evidencia sobre el empleo. Este quedó seriamente menguado en la subregión, afectando muy directamente la salud y por el incremento del desempleo, la informalidad, la evasión/mora patronal y la pobreza, la crisis impactó la cobertura del seguro social. De hecho, Mesa-Lago (2009) muestran cifras del comportamiento de los fondos de pensiones en el punto de inflexión de la crisis que ya dejan ver la tendencia en descenso de las finanzas de la seguridad social, como efecto de la recesión económica, lo que se explorará más adelante en esta misma sección.

Navarro (2009) estudió la dinámica del empleo en 15 países de América Latina y el Caribe, a raíz de la crisis, encontrando un *“impacto negativo directo de ciclos económicos recesivos en la creación neta de empleo total y asalariado, e incluso un aumento de la elasticidad de empleo”*. Señala que debido a la contracción de las economías y a la reducción del tamaño de algunas de ellas ya hay un impacto

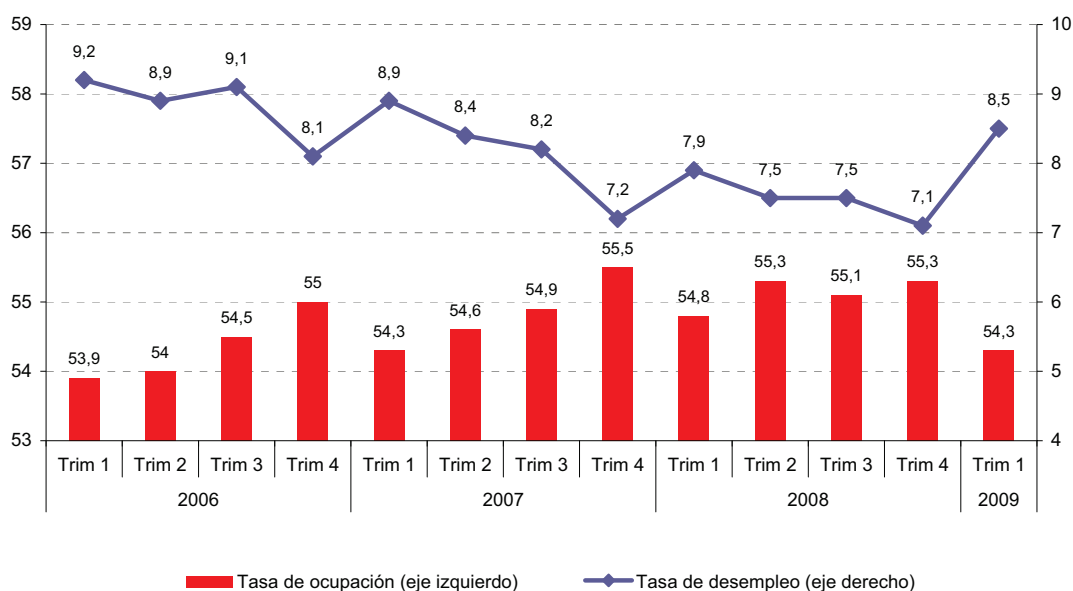
negativo en los mercados de trabajo, perdiéndose un millón de puestos de trabajo en los seis meses iniciales de la crisis.

El investigador encuentra, adicionalmente, que la recesión no sólo disminuyó la demanda de empleo sino que se produjo cambios en la capacidad de respuesta del empleo al crecimiento económico. Corroboró que las políticas encaminadas a reducir costos laborales tienen muy poco impacto en la disminución del desempleo en épocas de recesión y, por el contrario, las políticas destinadas a estimular la demanda agregada, fortalecerán su impacto positivo en el empleo en tiempos de crisis. Otro hallazgo importante tiene que ver con que el afectado es el empleo asalariado y no el empleo total, es decir que la mano de obra se desplaza hacia el sector informal de la economía.

Otros investigadores de CEPAL (2008) pronostican que el impacto de esta crisis no sea muy prolongado, aunque en el período inmediato y en la postcrisis, el empleo no crecerá suficientemente y el que se vaya creando no será de buena calidad. En igual forma, los indicadores sociales y de salud tardarán también en recuperarse, siendo este el tema que más interesa evaluar en este capítulo (incluidos, por supuesto, los indicadores demográficos).

De hecho, algunos datos que reflejan el comportamiento del empleo en relación con la crisis financiera de 2008, se pueden visualizar en el gráfico 1. El desempleo venía disminuyendo hasta finales del 2007 en la región, cuando vuelve a repuntar con un notorio incremento a partir del primer trimestre del 2009.

GRÁFICO 1
AMÉRICA LATINA (9 PAÍSES): TASAS DE OCUPACIÓN Y DESEMPLEO, 2006-2009
(En porcentajes trimestrales)



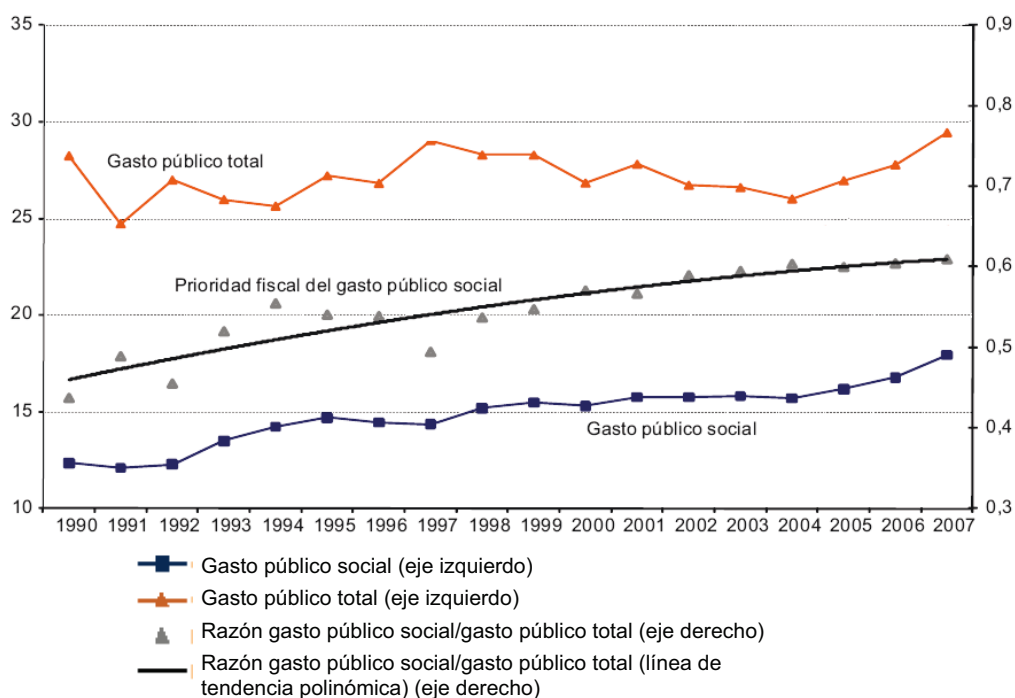
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Estudio económico de América Latina y el Caribe 2008-2009. Políticas para la generación de empleo de calidad* (LC/G.2410-P), Santiago de Chile, 2009.

B. La caída del gasto social

El gasto social, como se ha señalado en varios momentos, es la variable por excelencia para amortiguar los efectos de la crisis o para transferir sus efectos más inmediatos, siendo por lo mismo la que influye más rápidamente sobre los servicios de salud y sobre los indicadores de morbilidad. En ese sentido algunos investigadores prevén un escenario difícil porque ya no habrá crecimiento alto y se detendrá la expansión del gasto social, además de que no se contará con el rédito social del bono demográfico, que bien definiera la CEPAL (2009e). Llevando inexorablemente a la vulnerabilidad fiscal y del gasto social, aspectos que sumados a la caída del empleo, ejercen un impacto muy serio de tipo socio-sanitario.

De hecho, siguiendo a la CEPAL (2009a), antes de la crisis el gasto social creció de manera sostenida tanto el per cápita como en porcentaje del PIB, pasando del 12,2% del PIB al 17,3% entre 1990-2007, y estaba dirigido a enfrentar la pobreza, la desigualdad y la vulnerabilidad con programas de protección social. Como bien anota el anterior informe, se lograba así un cierto sinergismo entre política social y económica, una nueva orientación en la política social y “un cambio positivo en las áreas de transmisión entre economía, empleo, distribución del ingreso y pobreza”. Aunque, al gasto social se le considera poco positivo para contrarrestar ciclos de crisis económica y social, por su baja progresividad y su tendencia pro cíclica.

GRÁFICO 2
AMERICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAISES): TENDENCIA DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL Y GASTO PÚBLICO TOTAL
(En porcentaje del PIB)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Estudio económico de América Latina y el Caribe 2009-2010* (LC/G.2458-P), Santiago de Chile, 2010.

El gráfico 2 representa el gasto público social (GPS) y el gasto público total (GPT) en América Latina y el Caribe para un período de 15 años con una tendencia ascendente; así, el gasto social en los primeros años de este siglo supera el 15% del PIB. Aunque se muestra un gran desfase entre uno y otro

indicador (GPS y GPT), manteniéndose el gasto social muy por debajo del gasto público total. De otro lado si seguimos cálculos de CEPAL, el gasto social (según funciones) se presenta de manera muy heterogénea en los países de América Latina y el Caribe (últimos 15 años), siendo los mejores índices como porcentaje del PIB los de Cuba, Costa Rica y Uruguay, tres países con regímenes políticos muy disímiles pero con los sistemas de protección social más desarrollados históricamente. Cuba, por ejemplo, en el período señalado tiene un gasto fuerte en educación, seguridad social y salud con una cifra cercana al 25% del PIB, en tanto El Salvador y Guatemala arrastran unas cifras demasiado bajas en salud, educación y seguridad social muy por debajo del 5% del PIB. No obstante, aún las mejores cifras de América Latina se quedan cortas si comparamos con el gasto social de países desarrollados.

Finalmente, los analistas sociales concluyen que los costos sociales de la crisis inciden más en el trabajo y en los programas de protección social y pobreza. Los efectos regresivos en la distribución de los costos de la crisis se expresan en informalización laboral, más impacto en los empleos de baja remuneración, estrechez de la ayuda al desarrollo y de remesas, pérdida de activos en los sectores menos provistos de activos, problemas financieros para sostener el gasto social o expandirlo frente a los costos de la crisis. Por otra parte, la merma del empleo viene afectando el acceso a salud y a seguridad social (CEPAL, 2009a).

II. El impacto de la crisis en la salud

Como se parte del supuesto según el cual los países no están preparados para enfrentar las crisis ni para asumir sus efectos, conviene a guisa de método, hacer el análisis y seguimiento de indicadores desarrollados en estudios anteriores, que dan cuenta del impacto de diversas crisis sobre la salud y serán de utilidad para prever el efecto sanitario y demográfico de la actual crisis financiera global. Es recomendable, adicionalmente, enfatizar en dos variables sociosanitarias: mortalidad y desnutrición (CEPAL, 2009).

Cabe citar, inicialmente, algunos estudios de OPS (Jiménez, 1984) y UNICEF (1984) referenciados por Musgrove (1987), que revelan el efecto negativo de las crisis y la recesión económica en salud. En particular, los estudios hacen alusión a América Latina, en lo referente a la disminución de los ingresos y el acceso a los servicios de salud en poblaciones más vulnerables, que se han afectado visiblemente en las crisis.

Pero más allá de lo anterior, la crisis económica empeora las condiciones de vida y es responsable del deterioro de los indicadores de salud. Así se tienen familias desplazadas a situaciones inadecuadas, familias sin hogar, pérdida del empleo de millares de trabajadores y pérdida del seguro de salud (atención médica). Estos cambios son documentados por Barry y Sidel (2009) en la sociedad norteamericana, a partir de la actual crisis, al destacar la no cobertura de gastos de atención médica, odontológica o medicamentos; obligando a los trabajadores a elegir entre comprar alimentos o medicamentos. Y en relación con la salud, sostienen que la economía debilitada por la crisis lleva a las gentes a enfermar, por el aumento de la presión sanguínea, aumento del peso, mayor número de análisis diagnósticos en la atención médica, mayor

depresión; reducción de las propuestas para la atención médica y reducción de programas de salud y de atención médica. Según los mismos autores, se espera que estos efectos se incrementen en países menos desarrollados y en aquellos con grandes disparidades entre pobres y ricos.

A. Cambios demográficos

Algunos estudios, incluidos los de la CEPAL (2008, p.143) hacen énfasis en las transformaciones demográficas aceleradas en los últimos años en América Latina, aún en los países más rezagados. Se caracteriza por grandes cambios en la estructura por edades, por una importante reducción del peso de la población infantil y el aumento de la población adulta y de mayor edad, llegando a una etapa de relaciones de dependencia que aumentan como resultado del incremento de la proporción de personas mayores. Históricamente, en las primeras etapas, la población de la región sufrió un leve rejuvenecimiento como consecuencia del aumento proporcional de niños; desde mediados de los años sesenta, dado el descenso continuo de la fecundidad y el aumento sostenido de la esperanza de vida se inició un proceso de envejecimiento progresivo de la población².

Algunas cifras pueden ilustrar esta dinámica (CEPAL, 2009a, p.146): entre 1950 y la fecha actual, el promedio de hijos de las mujeres latinoamericanas bajó de 5,9 a 2,4; la mortalidad infantil se redujo de 12 8 a 22 por cada 1.000 nacidos vivos; la expectativa media de vida de la población creció de 52 a 73 años; la tasa media anual de crecimiento de la población disminuyó del 2,8% al 1,3%; la proporción de niños menores de 15 años se redujo del 40% al 30% y las personas de 60 años y más aumentó del 6% al 9%. En la actualidad, en pleno siglo XXI, aún persisten diferencias en la región por grupos de países en cuanto al descenso de su tasa global de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida. Aún persiste una alta tasa de fecundidad en Haití, el Estado Plurinacional de Bolivia y Guatemala, estimada por encima de 3,5, mientras que Cuba tiene 1,5. Paralelamente, existen países con una esperanza de vida al nacer cercanas a 60 años, como acontece en Haití y un poco mayor en Bolivia, mientras que para otros países, como Costa Rica, éstas se eleva a 80 años. Gracias a la disminución de la fecundidad y la mortalidad, disminuye la tasa de crecimiento de la población y se asiste a un proceso de paulatino envejecimiento de ésta. La población de la región, en promedio, crece a una tasa anual del 1.2%, que sigue disminuyendo.

Este cambio demográfico de la región ha favorecido la disminución de la pobreza (CEPAL, 2009b), por la vía de la disminución de la fecundidad y en consecuencia del tamaño de los hogares y de la tasa de dependencia. Pero esta relación de dependencia empieza a crecer en los años siguientes por el envejecimiento de la población.

Resulta importante esta dimensión, caracterizada por el aumento de la población de mayor edad y por la heterogeneidad del avance demográfico, puesto que *“para algunos países la ventana de oportunidades está finalizando mientras que para otros recién comienza”* (CEPAL, 2008, p. 13). Ventana que estuvo dada por la disminución de la tasa de dependencia (CEPAL, 2009a), acompañada del aumento de la población económicamente activa por hogar.

Por el contrario, a partir del período 2010-2015, la mayoría de los países de la región iniciarán procesos de aumento de la carga de dependencia. Las diferencias en el indicador son variables entre los diversos países y aún entre estratos de población de un mismo país. Esa tasa de dependencia (personas en edad dependiente/ persona en edad de trabajar) con carga alta, inhibe la posibilidad de participar en el mercado laboral (CEPAL, 2009a), al disminuir la población económicamente activa (PEA), aquella situada entre los 15 y los 59 años. Esta relación de dependencia tiene implicaciones en política social y en los modelos de protección social. Hoy, el renombrado pilar del cuidado se agrega a la protección

² La teoría de la transición demográfica, a pesar de lo controversial se ha documentado mucho en América Latina, y se describen los cambios que ocurren en varios momentos de la dinámica poblacional, siempre en conexión con el desarrollo y la salud: El primer momento está identificado por el descenso de la mortalidad, principalmente infantil, mientras se mantienen altos los niveles de fecundidad; seguido de un segundo momento en el cual hay un descenso sostenido de la fecundidad; para llegar a un tercer momento de niveles bajos en ambas variables. En la última etapa de la dinámica anterior, realmente hay escaso crecimiento de la población, pero en el estadio intermedio se presentan elevadas tasas de crecimiento (CEPAL/CELADE, 2008; CEPAL, 2009a, p 4).

social, para mitigar un poco esta necesidad, dados los cambios demográficos en el largo plazo, al pasar de mayor población infantil dependiente a una mayor población envejecida, también dependiente.

Para el año 2050, se proyecta un fuerte descenso de la población joven de niños menores de 15 años que se aproximaría al 18% de la población total, y un aumento considerable de las personas mayores hasta alcanzar el 24 %, en el 2050, es decir, un cuarto de la población total. Otro factor demográfico importante, las migraciones, si bien no son tan importante en la región, su impacto puede ser real en los países más pequeños que tienen tasas elevadas de migración (Nicaragua y el Uruguay), incidiendo en la estructura por edades y variando las proyecciones que se plantean.

A manera de síntesis, estos cambios demográficos tienen importante efecto en la economía. Así, una elevada proporción de personas dependientes (niños o adultos mayores) afecta negativamente el crecimiento económico, ya que generan mayores demandas, contrario a sí tuviéramos una alta proporción de personas en edad de trabajar, que mediante el incremento de los ingresos acumulan capital y a su vez satisfacen y reducen las demandas de las personas dependientes. En fin, que la relación de dependencia constituirá un importante indicador de los factores demográficos y su influencia en la economía en el futuro de la región.

B. Cambios epidemiológicos

Un efecto más difícil de vaticinar es el de la discutida transición epidemiológica, según la cual en ALC, siguen prevaleciendo las enfermedades transmisibles, perinatales y nutricionales, aunque ya se suman las causas accidentales y violentas, con gran variabilidad entre los países y entre las comunidades del mismo país (Di Cesare, 2007). Todos estos factores actúan de manera muy diversa entre países, llevando a que los efectos de la crisis sean recibidos de manera diferente y su impacto no pueda ser esperado de modo similar en toda la subregión. Los países tendrán predominancia de uno u otro grupo de enfermedades según su etapa transicional³.

Frenk, Lozano y Bobadilla (1994), defensores en otros casos de la transición epidemiológica, concluyen que dentro de la región resulta imposible hacer generalizaciones acerca de los niveles y tendencias de los indicadores de salud; que la llamada transición epidemiológica tiene características diferentes en cada país en respuesta a las grandes desigualdades que ostentan los países de la región y dentro de los propios países.

La discusión sobre la transición epidemiológica ha llevado a varios autores a hablar de transición en salud, término algo más complejo que la simple evolución de las características epidemiológicas, condicionado por la respuesta de la sociedad a la condición de salud misma y definido de la siguiente manera:

“tanto la transición en la salud como la epidemiológica se refieren a la distribución de los decesos y de las enfermedades en la población, a sus factores determinantes y sus consecuencias y a cómo estos factores cambian en el tiempo. Lo que es nuevo no es un tema de definición formal sino su énfasis en los determinantes sociales, culturales y comportamentales” (Di Cesare, 2007)

C. Efectos generales y teóricos de las crisis económicas en la salud

Musgrove (1987) desagrega los efectos de las crisis económicas sobre la salud en 4 categorías, distinguiendo entre efectos de largo y corto plazo; y entre efectos directos e indirectos. En el caso de los factores directos que inciden sobre la salud en un contexto de crisis económica, Musgrove (1987) parte de dos dimensiones de la recesión económica: la disminución de los ingresos y la reducción de las importaciones (ajuste externo de un país). La baja inversión como consecuencia de una crisis prolongada

³ Aunque finalmente es una mezcla de los tres grupos de enfermedades: enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales (grupo 1), enfermedades no trasmisibles (grupo 2), causas accidentales y violentas (grupo 3).

agudiza la pérdida de empleo e ingresos y la disminución de la capacidad del sistema de servicios de salud para atender la demanda, como ya se ha descrito.

Recientemente se ha estudiado la relación de la renta con los indicadores de salud, encontrándose correlación con el ingreso (Shin, 2002), aunque, como lo señala Musgrove (1987), *“la relación entre los ingresos y la salud no depende del flujo económico corriente sino del capital nacional, incluido el capital médico y el abastecimiento de agua potable y saneamiento, acumulado como resultado de los ingresos anteriores”*.

La sociedad durante la crisis se sigue protegiendo con ese capital acumulado; aún así, poco a poco la caída del ingreso irá afectando a la población y de manera más inmediata a los más pobres, quienes primero percibirán el empeoramiento de los indicadores sanitarios, aún en el caso de que la caída del promedio de los ingresos nacionales sea leve. La gestión de la crisis debe evitarlos e intervenir el impacto diferencial oportunamente, por ejemplo, redistribuyendo las pérdidas de la manera más equitativa posible. Que las pérdidas se deriven a los sectores más ricos de la población, garantizaría en lo inmediato una inmunidad sanitaria frente a la crisis, en particular para la población más vulnerable.

Debido a la crisis se disminuye tanto el consumo privado y público. La disminución del ingreso privado por el desempleo o los bajos salarios puede llevar a aumentar la morbilidad, la malnutrición, los accidentes y trastornos mentales, y por vía de esta cadena de determinantes, se incrementa la mortalidad y disminuye la esperanza de vida. También aumenta la demanda de servicios médicos aunque no siempre el acceso real, redundando en el empeoramiento del estado de salud de la población si es que esta demanda no es atendida.

La malnutrición es una de las primeras expresiones de una baja de ingresos en las familias o de una crisis económica general, y a su vez es causa de múltiples enfermedades. Estudios recientes también, demuestra que el 56% de las muertes en menores de 5 años son consecuencia, en general, de desnutrición (Paraje, 2009⁴). También se referencia que la desnutrición infantil causa cerca de 2,2 millones de muertes anuales. Así mismo es responsable del 21% de los DALY (Disability Adjusted Life Years o años de vida ajustados por discapacidad).

Otra morbilidad que aumenta en lo inmediato la constituyen los accidentes, cuyas tasas aumentan por situaciones de estrés, factor asociado a la crisis, que también puede producir un mayor consumo de psicoactivos (alcohol, por ejemplo); y aumentar la violencia (homicidios, agresiones, suicidios). El rápido empobrecimiento de algunos núcleos poblacionales puede causar el incremento de enfermedades infecciosas intestinales, parasitosis y enfermedades respiratorias y por esta vía aumentar la mortalidad infantil.

Adicionalmente, puede considerarse un efecto directo, agravado por el mal estado de los servicios de salud, el incremento de las enfermedades asociadas al embarazo, el aumento de la razón de mortalidad materna y en algunos casos de la mortalidad neonatal, siendo bien conocido y documentado en la salud pública que estos trastornos son los más sensibles a las deficiencias y carencias en la atención de salud.

En relación con los efectos indirectos, la crisis también influye en la situación de salud al afectar los ingresos públicos, la institucionalidad sanitaria y los mecanismos de protección social. Ante la pérdida de ingresos, se disminuye la capacidad privada para adquirir servicios médicos y se aumenta la demanda a los programas públicos, cuya capacidad de atención puede estar a su vez disminuida por la misma crisis. De ahí que mantener y reforzar el aseguramiento en salud sea clave para el bienestar de los hogares (mediante mecanismos de aseguramiento para provisión oportuna de prevención y curación en salud, financiamiento de costos prolongados de enfermedad y un esquema sustitutivo de ingreso cuando se enfrentan situaciones de enfermedad). Si esos mecanismos fracasan en contextos de crisis, la población no cubierta se verá más expuesta al riesgo (CEPAL, 2009b).

En épocas de crisis, hay una pérdida de cobertura de la seguridad social, por desfinanciación de la forma contributiva y de la basada en tributación, y como consecuencia se presenta una disminución del

⁴ Este estudio se realizó simultáneamente en 53 países del mundo.

gasto total en salud (público y de la seguridad social). La disminución del gasto se traduce en pérdida del servicio tanto en calidad como en cantidad, y por esta vía, mayor deterioro del estado de salud de la población, también porque en épocas de crisis la disminución de los ingresos privados condiciona a la gente a pagar menos servicios de salud, aumentando la demanda pública en busca de servicios gratuitos. El cambio en la composición del gasto en salud puede tener implicaciones adicionales, como por ejemplo la disminución del gasto en insumos médicos y medicamentos y el aumento de la demanda pública más costosa como es la hospitalización, servicios que también son los más restringidos durante la crisis.

Por último, los efectos de la crisis económica no necesariamente se expresan en la etapa de recesión sino en también en la de recuperación y peor aún se pueden mantener por períodos prolongadas como un acumulado histórico. Los efectos de largo plazo, razonablemente, no son suficientes para entender el comportamiento sociosanitario en una crisis económica. No nos permiten predecir qué pasará cuando los ingresos bajan ostensiblemente, por ejemplo. El impacto de la crisis económica sólo se evidencia cuando ese capital acumulado se deteriora por la crisis, y en tal sentido, una crisis económica no se acompaña de una caída inmediata de los indicadores de salud.

D. La evidencia empírica

Aparte del ya bien ilustrado efecto del desarrollo económico sobre la salud, mediante diferentes indicadores y en diferentes contextos⁵, otras variables socioeconómicas están incidiendo efectivamente sobre la salud. Situación que resulta relevante, porque la evidencia puede replicarse en los nuevos contextos de la crisis económica, debiendo estar muy vigilantes de cierta morbilidad, de algunos grupos de edades como los niños y de los grupos poblacionales más vulnerables, sobre los cuales ya sabemos que han incidido con mayor fuerza las crisis anteriores.

Así, algunos estudios (Jin, Shah y Svoboda, 1995) han demostrado que factores como el desempleo actúan rápidamente en la generación de morbilidad y mortalidad. Se citan también los estudios que relacionan desempleo y pobreza en Suecia. Así también, la mortalidad infantil y la malnutrición son los indicadores sanitarios más evidenciados en estudios relacionados con las crisis económicas, como se documenta en este mismo texto.

En el caso de la financiación de los servicios de salud, se ha expuesto ampliamente que el gasto per cápita en salud es el indicador financiero más importante de las finanzas y en salud, en cualquier época (en recesión económica o en economías boyantes). Durante la recesión económica aumenta la demanda y el volumen de enfermos, así como la gravedad de las patologías y aunque el gasto per cápita poblacional se mantenga constante o inclusive aumente, el gasto por paciente puede disminuir, desmejorando la atención y el estado de salud y aumentando la mortalidad. No obstante, la evidencia empírica, sobre este indicador (gasto per cápita en salud) también muestra una disminución en circunstancias de crisis.

En el cuadro 1 se presenta el gasto en salud (una fracción importante del gasto social) en varios países de América Latina y el Caribe en el período de crecimiento, un poco antes de que se desatara la crisis económica; siguiendo la clasificación de países y los parámetros utilizados para el análisis de los avances en seguridad social que define Mesa-Lago (2009). Los países del grupo 1, los más avanzados en seguridad social en la subregión, muestran de manera consistente el gasto per cápita más alto. El más bajo se da en los países del grupo 3, aquellos que llegaron muy tarde a la seguridad social. Llama la atención también que estos países, adicionalmente los más pobres, experimentan un mayor porcentaje sectorial de gasto privado. En cambio, el Caribe no latino, que posee un buen gasto per cápita en salud, tiene una buena participación del sector público.

⁵ Véase por ejemplo Wilkinson, (1992); Franco, Gil y Álvarez-Dardet, (2005); Franco, Palma y Álvarez-Dardet, (2006). Esta determinación del ingreso sobre la salud ha llevado a algunos a comparar unos países con otros, a partir de los indicadores de salud que se correlacionan con el avance de cada país en el desarrollo. Pero este efecto no siempre es lineal. En una gama de países pobres y ricos; dependerá también de otras variables que tienen su efecto particular, como es el caso de la tecnología médica, de los sistemas de salud y las tipologías de los modelos de atención, además de los determinantes sociopolíticos del desarrollo. En otras palabras, los cambios en el contenido del desarrollo van a modular la relación entre crecimiento económico y salud.

CUADRO 1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INDICADORES DE GASTO EN SALUD, 2005

(En dólares per cápita y en porcentajes)

Grupos Países ^a	Gasto US\$ per cápita ^b	Gastos totales de salud por sector (%) ^c					
		Público	Seguro Social	Privado			
Total	Familias			Seguros	Otros		
América Latina							
Grupo 1							
Uruguay	855	22,6	19,9	57,5	17,9	39,6 ^g	0,0
Argentina	1529	18,6	25,3	56,1	24,3	29,0	2,8
Costa Rica	684	5,5	70,5	24,0	19,0	3,0	2,0
Brasil	755	44,1	0,0	55,9	30,5	16,9	8,5
Cuba	333	90,8	0,0	9,2	8,6	0,0	0,6
Chile	668	^e	51,4 ^e	48,6	26,4	22,2	0,0
Panamá	660	35,9	33,0	31,1	25,1	5,9	0,1
Grupo 2							
Colombia	581	25,6	59,2	15,2	6,8	8,3	0,1
México	725	17,3	28,2	54,5	51,2	3,3	0,0
Venezuela (República Bolivariana de)	325	34,7	10,6	54,7	48,2	2,0	4,5
Grupo 3							
El Salvador	364	29,7	24,2	46,1	42,0	4,0	0,1
Perú	274	26,7	22,3	51,0	40,8	8,5	1,7
Bolivia (Estado Plurinacional de)	203	10,2	51,4	38,4	31,2	3,8	3,4
Ecuador	274	25,0	15,0	60,0	51,0	3,4	5,0
República Dominicana	356	22,8	8,3	98,9	60,9	4,7	3,3
Honduras	226	43,4	7,2	49,4	43,0	3,6	2,8
Nicaragua	253	36,5	13,1	50,4	48,5	1,5	0,4
Paraguay	312	22,9	13,6	63,5	55,7	7,8	0,0
Haití	71	51,3	0,0	48,7 ^f	43,8	0,0	4,9
Guatemala	244	20,6	17,3	62,1	57,2	2,2	2,7
Promedios^d	486	29,2	23,5	47,3	36,6	8,5	2,2
Caribe no latino							
Barbados	1102	63,5	0,0	36,5	28,7	7,8	0,0
Bahamas	1404	48,7	1,4	49,9	19,5	29,8	0,6
Trinidad y Tabago	763	53,7	0,0	46,3	40,6	3,1	2,6
Guyana	238	83,6	0,0	16,4	16,4	0,0	0,0
Jamaica	210	48,8	0,0	51,2	32,6	15,4	3,2

Fuente: C. Mesa-Lago, "Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de política", Serie *Políticas sociales* N° 150 (LC/L.3104-P/E), Santiago de Chile, CEPAL, 2009.

^a Los países se han ordenado por el promedio aritmético del orden combinado de dos variables: el mayor monto de gasto (US\$PPP por habitante) y el menor gasto de familias; los países del Caribe no latino se ordenan entre sí.

^b Dólares internacionales poder paritario adquisitivo por habitante.

^c El sector público es predominantemente el ministerio, pero también incluye otras instituciones en varios países; el seguro social se refiere al programa general pero en algunos países incluye programas separados; las familias es el gasto de bolsillo; los seguros incluyen prepagas, planes de salud, etc.; "otros" es un residuo no especificado, se explica en algunos países por la ayuda externa, pero no en otros.

^d Promedios aritméticos.

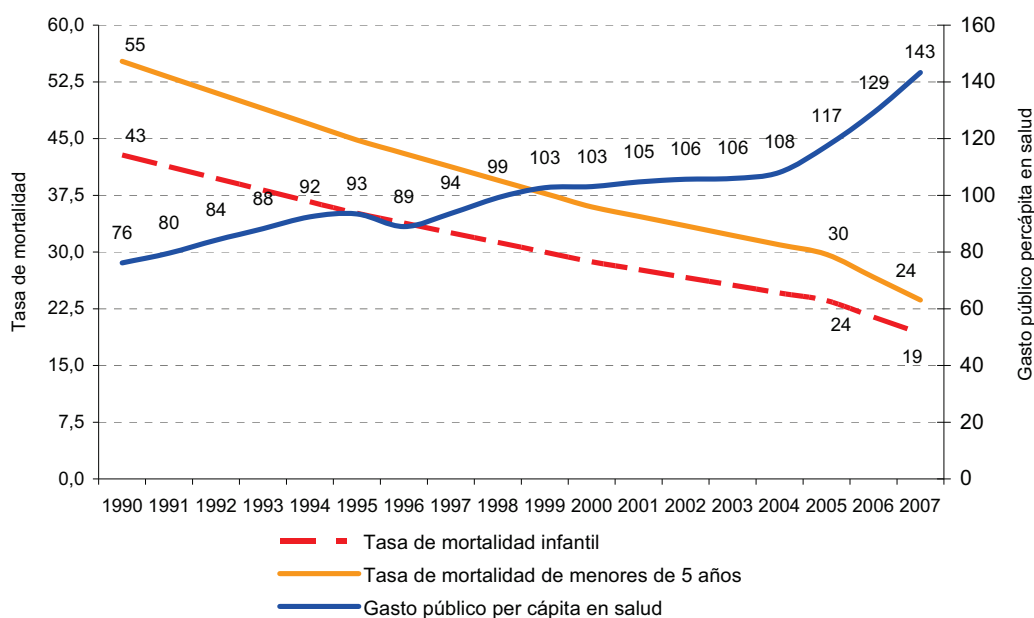
^e Público-seguro social, incluye FONASA, municipios y fuerzas armadas; familia incluye directo y copagos; seguros incluye ISAPRES y mutuales.

^f Parte del gasto privado es por ONGs, así como clínicas y otros establecimientos.

^g Principalmente mutuales.

En el mismo sentido, se ha demostrado la relación inversa entre el gasto público per cápita en salud y los indicadores de mortalidad infantil y mortalidad en menores de cinco años, como se observa en el gráfico 3 para 19 países de América Latina en un periodo de 17 años previos a la crisis financiera. Si bien el descenso sostenido de la mortalidad no puede ser atribuido enteramente al gasto, si es importante constatar una alta sensibilidad a los cambios en este indicador económico. Lo mismo pasa con la esperanza de vida, en el gráfico 4, en un período similar, pero mostrando una relación directa con el gasto público per cápita. En ambos gráficos se presenta un crecimiento sostenido durante los últimos 17 años, no obstante se tendrá en cuenta que son promedios regionales de ALC.

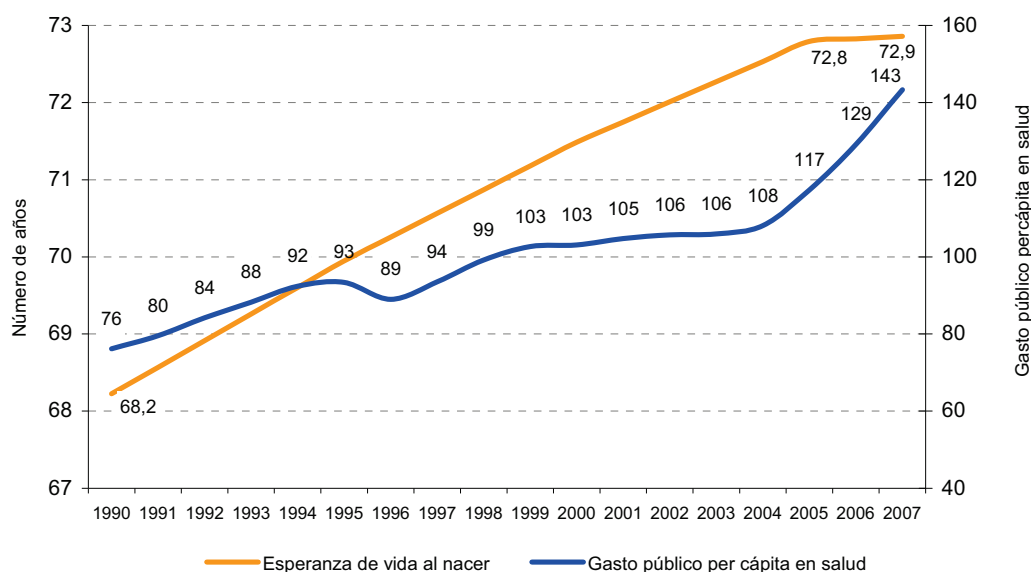
GRÁFICO 3
AMÉRICA LATINA (19 PAÍSES): EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y DE MENORES DE 5 AÑOS, Y DEL GASTO PÚBLICO PER CÁPITA EN SALUD, 1999-2007
(Tasas por 1000 nacidos vivos, y dólares del 2000)



Fuente: M. Hopenhayn, "Gasto social y crisis: una perspectiva de impacto, equidad y derechos", documento presentado en el Seminario Internacional "El gasto social en la Crisis: cómo mejorar el análisis del gasto social frente a los desafíos actuales en América Latina y el Caribe", CEPAL, Santiago de Chile, 16 y 17 de junio de 2009.

Complementando con estimaciones de la CEPAL, las cuales se basan en datos sobre gasto social y nutricionales de la encuesta nacional de nutrición disponible en cada país (2003-2005) —al relacionar desnutrición global y gasto público social per cápita en 13 países de América Latina—, se encuentra que entre este indicador sociosanitario de suma importancia para evaluar el efecto más inmediato de la crisis (la desnutrición global) se da una asociación inversa con el gasto social. Si bien no existe una completa correlación sí se sugiere que los países con mayores niveles de desnutrición han tenido un menor gasto social.

GRÁFICO 4
AMÉRICA LATINA (19 PAÍSES): EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER
Y DEL GASTO PÚBLICO PER CÁPITA EN SALUD, 1999-2007
(Número de años y dólares del 2000)



Fuente: Hopenhayn, "Gasto social y crisis: una perspectiva de impacto, equidad y derechos", documento presentado en el Seminario Internacional "El gasto social en la Crisis: cómo mejorar el análisis del gasto social frente a los desafíos actuales en América Latina y el Caribe", CEPAL, Santiago de Chile, 16 y 17 de junio de 2009.

E. Algunos estudios específicos

A raíz de la actual crisis se describen varios estudios que relacionan la crisis económica mundial con los principales retos y desafíos para la salud (Barry y Sidel, 2009): desnutrición, aumento de personas sin hogar, niños en situación de la calle (condiciones de vida deterioradas) y desempleo; drogadicción y otros problemas de salud mental como alcoholismo y la depresión; mortalidad aumentada y pérdida de la salud infantil, como consecuencia de la pobreza; violencia, doméstica y comunitaria, a causa del desempleo, el subempleo, la frustración y la desesperación. Así mismo se destacan nuevas fuentes de conflicto armado por la crisis económica; problemas de salud ambiental y laboral, por múltiples factores; poca disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de los servicios de atención médica y odontológica. Como puede verse, se van perfilando nuevas categorías de análisis que sirven para interrelacionar la crisis económica con el cambio demográfico y la salud.

1. Sobre indicadores clásicos de salud

Franco, Palma, Álvarez-Dardet (2006) analizan el efecto del ajuste estructural de los años ochenta en América Latina sobre la situación de salud entre 1980 y 2000, midiéndolo sobre la mortalidad infantil y la esperanza de vida. El estudio sugiere un efecto importante del adelgazamiento del Estado —medido por el gasto gubernamental total— en las condiciones de salud en América Latina, específicamente sobre la mortalidad (mortalidad infantil y esperanza de vida). En un estudio similar Franco, Gil y Álvarez-Dardet (2005) relacionan indicadores de salud con factores de gasto público y tamaño del Estado, esta vez en una muestra de 90 países: las correlaciones estimadas reflejan un efecto importante del tamaño del Estado sobre la situación de salud, bien sea que se le analice independientemente o ajustado por otras variables. Se halló asociación entre las variables independientes Gasto Gubernamental Central (GGC) y PIB per cápita con los indicadores de salud.

2. Sobre desnutrición

En el caso de la desnutrición, si bien no se cuenta con estudios agregados para todos los países, sí se pueden referenciar algunos enfoques parciales. Así, el estudio sobre la desnutrición crónica infantil en América Latina (Paraje, 2009) encuentra, para 8 países de América Latina y el Caribe, que la riqueza de los hogares y el nivel educativo de las madres son los determinantes más importantes del grado de desnutrición. Además, demuestra para 53 países que el 56% de las muertes en menores de 5 años son consecuencia de desnutrición. También en Zimbawe, a raíz de la crisis económica de la década de 1980, se incrementaron los niveles de desnutrición infantil.

La desnutrición no sólo es consecuencia, sino también causa de la desigualdad económica porque incrementa el empobrecimiento; y está invariablemente relacionada con la pobreza (es más frecuente en el quintil más pobre de la población), lo que quiere decir que un impacto sostenible contra la desnutrición sólo se logrará removiendo las causas socioeconómicas. Situación agravada porque la desnutrición infantil va mucho más allá, al fomentar poblaciones improductivas en la edad adulta, reproduciéndose así el ciclo de la pobreza y la desnutrición en futuras generaciones.

Barry y Sidel (2009) al explorar los problemas de salud pública que acarrió la gran depresión de los años 30 en Estados Unidos, encuentran que: la desnutrición fue quizá el problema más importante, llegando a afectar a más de un tercio de los niños y una cuarta parte de los adultos en 1932. En Nueva York encontraron un 20% de niños desnutridos, y la casi totalidad de los niños con bajo peso en un área minera. Describen el incremento de múltiples familias viviendo en una casa pequeña y personas sin hogar; o cientos de mujeres durmiendo en los parques; o la existencia de refugios contruidos en materiales de cartón. Se hace énfasis en el incremento de los problemas de salud mental, principalmente en los niños; en la reducción de los presupuestos para la salud pública y desaparición de programas y servicios de salud.

3. Sobre mortalidad infantil

Otros autores, citados por Barry y Sidel (2009), encuentran que la mortalidad infantil es uno de los indicadores más sensibles al desarrollo social y económico de una población y aunque reconocen que no es fácil medir esa sensibilidad en períodos cortos, se enfatiza en que los patrones demográficos no son inmunes a las fluctuaciones económicas. Agregando que los cambios en la tasa de mortalidad infantil no pueden recogerse rápidamente las pérdidas ocasionadas por las crisis económicas; siendo necesario establecer diferencias por status social, dado que la desigualdad podría estar explicando muchos de los cambios que no se ven inmediatamente en los promedios o en las tasas nacionales.

Romeo y Warcwald (2000), utilizando información de 9 países latinoamericanos, evidencian la asociación entre crisis económica y mortalidad infantil en las décadas de 1980 y 1990, documentando el deterioro de la salud infantil y las profundas desigualdades a partir de indicadores socioeconómicos, así como las variaciones en la tasa de mortalidad infantil. Los autores concluyen que la mortalidad infantil se asocia con los cambios económicos de corto plazo. Así mismo, correlacionan (correlación inversa y significativa) el ritmo del decrecimiento de la mortalidad infantil con el aumento de la pobreza y establecen diferencias entre países, según ingreso económico.

4. Sobre mortalidad general

Algunos estudios específicos relacionan mortalidad y morbilidad con factores de la recesión económica⁶; entre otros, estudios que relacionan la mortalidad por cardiopatía isquémica en aumento con recesiones económicas en Australia (Bunn, 1979). Otros demuestran que la recesión económica incrementa la mortalidad debida a principales causas de muerte y enfermedad mental: período 1950-1980, estudios que relacionan la elevada mortalidad al desempleo y la pobreza (Jin, Shah, y Svoboda, 1995); también en Suecia, la salud se deteriora en las madres solteras en la medida del incremento del desempleo y la pobreza (Burstrom, Diderichsen, Shouls y Whitehead, 1999). El desempleo es el indicador más directamente

⁶ Según la síntesis que hacen Barry y Sidel (2009).

ocasionado por la crisis financiera, asociado con el deterioro de la salud, debido a su asociación con pobreza relativa, aislamiento social y pérdida de la autoestima y comportamientos no saludables. Se han establecido correlaciones de desempleo con tasas de mortalidad general, con la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y con el suicidio.

Otros más relacionan crecimiento económico con la reducción de las tasas de mortalidad (Brenner, 2005). Muchos otros estudios así mismo lo señalan y demuestran con datos y evidencian efectos más directos en los países en desarrollo (Deaton, 2001; Regidor, 2002; Famer, 2001; Kennedy, Kawachi y Prothrow-Smith, 1996; Ben Shlomo, White, Marmot, 1996; Bartley, 2004).

5. Sobre salud mental

Algunos estudios realizados en Finlandia en la década de 1990 relacionan el ingreso familiar reducido con la salud mental de los niños, en una época de la recesión económica. Otros estudios en Japón relacionan deterioro de la salud mental en grupos de desempleados, siendo peor en estos que en trabajadores con mayor status. Así mismo se demuestra disparidad en la salud de trabajadores de diversos niveles de status y posiciones. En países pobres del sudeste asiático se relaciona la situación de salud y nutricional con la situación económica y la inversión en servicios sociales. En esa región, la crisis económica de la década de 1990 se acompañó de incremento del trabajo infantil, reducción de alimentos para madres y niños y el aumento de violencia doméstica. Al establecer la relación de la crisis económica con otras variables demográficas, se encuentra relación de la recesión económica con las tasas de divorcio, también en conexión con la enfermedad mental.

III. Alternativas de políticas públicas

Una evidencia de carácter más general señala que el impacto de la crisis económica sobre los indicadores de salud y financieros será mucho más agresivo dependiendo del estado de vulnerabilidad tanto biológica como institucional que ostenten los países previamente a la crisis. De la misma manera, su recuperación estará condicionada por la forma como se desarrollen los sistemas de seguridad social o protección social. En consecuencia, enfrentar los efectos de la crisis sobre la situación de salud en la región es una tarea compleja, porque el impacto de la crisis se experimenta primero en la cantidad y calidad del empleo de los grupos más vulnerables y en la posible reducción de los recursos de los programas de transferencias y de los sistemas de protección social.

Las políticas deben enfocarse a proteger los logros sociales obtenidos hasta antes de la crisis, específicamente el empleo de calidad, el incremento del gasto público y del gasto social, ampliar la cobertura de los programas de transferencias y de los componentes solidarios de los sistemas de de seguridad social. Las soluciones tendrán que reforzar el enfoque de la salud y la seguridad social como derechos y orientar importantes esfuerzos a la eliminación de las diferencias de acceso a los servicios de salud por género, etnia, cultura y edad.

Para estudiosos como Musgrove (1987), las decisiones se deben enfocar en el análisis las condiciones institucionales, las políticas y la organización social. Es decir, se deben considerar las políticas sociales compensatorias, los programas sociosanitarios, etc. Así, se consideró ante cada crisis que la previsión de la crisis y la salida a la misma se basa en las medidas regulatorias y en recuperar el control y el papel del Estado. La idea de la política regulatoria es suavizar la entrada de capital y mantener un flujo estable y predecible; ejemplo, la regulación de las entradas de capital en los momentos de auge, las medidas de prevención de la crisis y

las precautelares que se recomendaron. En ese sentido, Frenkel (2003) trae el ejemplo de los encajes sobre las entradas de capital que aplicaron Chile y Colombia a mediados de la década de los 90, en pleno auge de la globalización financiera, lo que llevó a estabilizar el mercado colombiano y la afluencia de capital.

En este contexto, aún antes de que, al menos se percibiera la crisis financiera global y su gravedad, la Declaración de Santiago⁷ incluía importantes acuerdos de los gobiernos de Iberoamérica sobre cohesión social, acceso universal a los servicios básicos, equidad de género y protección para jóvenes y grupos vulnerables; seguridad social, salud, cultura, educación, infancia y adolescencia, medio ambiente, vivienda y desarrollo. Sus principales acuerdos apuntaban a: aumentar la creación de trabajo decente y de calidad; la redistribución de objetivos comunes al conjunto de políticas públicas; dar prioridad en la agenda internacional a la cohesión social, la inclusión, el respeto de los derechos humanos y la protección social; impulsar las políticas sociales para la superación de la pobreza y el acceso a la educación, salud, vivienda y seguridad; políticas dirigidas al bienestar de los grupos más vulnerables y a la igualdad de género en las políticas públicas de cohesión social; desarrollar sistemas de protección social de cobertura universal (contributivos, no contributivos y solidarios); fortalecer la promoción y el respeto de los derechos humanos en las políticas de cohesión social; garantía de derechos humanos de los migrantes; y proyectar el diálogo social, la concertación social que genere riqueza, trabajo digno y productivo.

El seguimiento de los cambios institucionales y de política, en cada una de las economías nacionales permitirá establecer vínculos importantes con las condiciones de vida de la población y con las formas de enfermar y morir. En tal sentido un nuevo hilo conductor del análisis de la crisis y su impacto sanitario, epidemiológico y demográfico puede hacerse a través de las políticas y las medidas tomadas para enfrentarla en cada país.

Algunas de estas medidas se pueden sopesar desde ya en las respuestas de los gobiernos de América Latina y el Caribe ante la crisis financiera del 2008. Unas están orientadas a restaurar la confianza y poner en funcionamiento los mercados financieros y otras encaminadas a aquellas cuyo objetivo es afirmar la debilitada demanda agregada. La CEPAL (2009c) las agrupa en seis categorías: i) política monetaria y financiera; ii) política fiscal; iii) política cambiaria y de comercio exterior; iv) políticas sectoriales; v) políticas laborales y sociales; y vi) financiamiento multilateral. En casi todos los países se han incorporado medidas en materia de modificación del encaje bancario, aumento o anticipación del gasto, disminución de impuesto, aumento de subsidios y beneficios tributarios.

Pero, en general, poco ha interesado el tema de la salud en las políticas que se han implementado como respuesta a la crisis: Más grave aún es el caso de Colombia, que retrocede en términos de protección de la salud al aplicar la emergencia social y otra legislación de reforma en el 2010, para resolver el déficit económico del sistema de salud pero restringiendo mucho más las prestaciones y el derecho a la salud. Del total de países solo cinco de ellos (Bolivia, El Salvador, Honduras, Panamá y Perú) han explicitado medidas de salud para paliar los efectos de la crisis internacional. Otras decisiones en materia de política social, se concentran en vivienda, educación, transferencias condicionadas y programas focalizados para superar la pobreza. Las políticas sectoriales se dirigen a vivienda, pequeñas y medianas empresas (pymes), sector agropecuario e industria.

Como se resume en el cuadro 2, el panorama de políticas asumidas por los países para enfrentar la crisis es amplio y auspicioso. Pero el riesgo de su sostenibilidad frente al deterioro de las finanzas públicas es grande. Es necesaria la voluntad política renovada para no dejar que los logros se reviertan.

⁷ Los acuerdos de la XVII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, cuyo tema central fue “Cohesión social y políticas sociales para alcanzar sociedades más inclusivas en Iberoamérica”, celebrada en Santiago en noviembre de 2007 (CEPAL, 2008, p. 207).

CUADRO 2
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): ALGUNAS POLÍTICAS SOCIALES
PARA ENFRENTAR LA CRISIS ECONÓMICA, 2009

País	Política
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> - Estímulo (incentivos) para la formalización de trabajadores. - Aumento salarial del 15,5% para empleados públicos nacionales: 8% en junio de 2009, 7% en agosto de 2009.
Bolivia (Estado Plurinacional de)	<ul style="list-style-type: none"> - En mayo de 2009 se comenzó a pagar el bono madre niño-niña Juana Azurduy. Los beneficiarios de este bono serán las madres gestantes y las niñas y niños menores de 2 años.
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> - Se mantendrán los gastos del programa Bolsa Familia y las obras del Programa de Aceleración del Crecimiento (PAC).
Chile	<ul style="list-style-type: none"> - En marzo de 2009 se otorgó un bono de 70 dólares por carga familiar para las familias más vulnerables.
Costa Rica	<ul style="list-style-type: none"> - Subsidios para alimentos, transporte y gasolina. Mayor gasto social en educación y vivienda. - Aumento del 15% de las pensiones del régimen no contributivo de la Caja Costarricense del Seguro Social. - Proyecto para ofrecer alimentación durante los fines de semana (centros infantiles 37 cantones/ menor desarrollo). - Programa Avancemos: incremento del número de becas.
El Salvador	<ul style="list-style-type: none"> - Fortaleció el programa Red Solidaria para abatir la pobreza extrema: duplica monto de ayuda a cada familia, con hijos en la primaria (pasó de 150 dólares a 300 dólares). - Programa Alianza por la Familia (fortalecer el nivel de vida de las familias de ingreso medio): descuentos a las colegiaturas, ampliación de la cobertura de salud, revalorización de pensiones, pago del 100% del salario a las madres trabajadoras (ISSS) en licencia por maternidad. - Programa de comunidades urbanas solidarias: mejorar la vida en los asentamientos urbanos, (servicios públicos básicos, construcción de viviendas, bono de educación para niños y jóvenes, seguridad ciudadana). - Perfeccionará el programa Red Solidaria (Comunidades Solidarias Rurales).
Haití	<ul style="list-style-type: none"> - Asignación presupuestaria/ consolidación del programa Mi Familia Progresá y otros programas de carácter social, hasta llegar a un total de 458.000 familias beneficiadas. - Ejecución de programas de desarrollo rural. - Programas de subsidio a los gastos de alimentación y transporte.
Honduras	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementó el presupuesto de programas: merienda escolar, matrícula gratis de las escuelas rurales, paquete básico de servicios de salud, reforestación, bonos educativos, subsidios al combustible y la energía eléctrica. - Apoyo vivienda social, PYMES agrícolas y sectores sociales.
Nicaragua	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de apoyo alimentario en zonas de atención prioritarias, mejorar la alimentación y nutrición de los hogares en las localidades más alejadas del país. - Expansión del programa social Oportunidades: préstamo del Banco Mundial.
Panamá	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de mejora de la canasta básica, subsidios para productores de granos básicos y programas de salud para las personas no aseguradas. - Los usuarios cuyo consumo de energía mensual no supere cierto rango recibirán un descuento en la tarifa.
Paraguay	<ul style="list-style-type: none"> - Expansión del programa de transferencias condicionadas para beneficiar familias en situación de extrema pobreza. Alcanzan a 600.000 habitantes, es decir a la mitad de las personas que viven en situación de extrema pobreza.
Perú	<ul style="list-style-type: none"> - Se invierten recursos adicionales para el mantenimiento y equipamiento de instituciones de educación y salud. - Presupuestos de programas sociales (Fondo para la Igualdad y Programa de Complementación Alimentaria).

(continúa)

Cuadro 2 (conclusión)

País	Política
República Dominicana	<ul style="list-style-type: none"> - Focalización del subsidio al gas licuado de petróleo (GLP) para beneficiar a los grupos más pobres de la población. - Se crearon dos programas: i) el subsidio focalizado del GLP para transporte público, que beneficia a 24.000 choferes del transporte público, y ii) el subsidio focalizado del GLP para hogares, con una cobertura estimada de 800.000 hogares. - Programa de asistencia social de la República Dominicana, el Programa Solidaridad: subsidios para compra de alimentos, asistencia escolar y ayuda a adultos mayores. - Amplió la cobertura del seguro familiar de salud en el régimen contributivo.

Fuente: elaboración propia sobre la base de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama social de América Latina 2009* (LC/G.2423-P), Santiago de Chile, 2009.

Después de lo expuesto anteriormente se puede colegir que la crisis ha incrementado el desempleo, el sector informal y la pobreza; ha disminuido la cobertura de la seguridad social y deteriorado el acceso efectivo a la atención de salud y a la calidad de sus prestaciones, además de afectar la solidaridad social y la equidad de género. Según Mesa-Lago (2009), los ingresos de la seguridad social disminuyen por la caída en las contribuciones salariales, los aportes fiscales, la rentabilidad de la inversión y las reservas, y sumándose los efectos en la evasión y la morosidad. De otro lado, los gastos aumentan debido a mayor demanda por prestaciones de desempleo y asistencia social, incremento en los costos de medicamentos y equipo sanitario.

En resumen, ya se puede notar un retroceso en seguridad social a partir de los primeros escarceos de esta crisis, como se visualiza en los cambios financieros de los sistemas de pensiones de la región, en 2007 y 2008 (cuadro 3), si bien la tendencia de la crisis global no parece tocar profundamente a esta subregión, al menos por ahora. Es interesante ver en el cuadro 3 el decrecimiento que empieza a darse en los fondos acumulados de pensiones del 2007 al 2008, señalando una nueva tendencia a partir de la crisis; situación que es común a todos los grupos de la clasificación de Mesa-Lago, aunque no en todos los países. De otra parte la rentabilidad de los fondos cayó de manera importante en la mayoría de los países de la región durante en el año 2008.

Aunque todos los países de la región han ensayado respuestas a la crisis mediante los sistemas de protección social, se requiere que muchas de estas medidas se articulen en un horizonte estratégico de largo plazo y no sólo coyuntural, como sería el caso de la expansión de la cobertura de las transferencias de ingresos no contributivas, el incremento de los seguros de desempleo, la inversión en infraestructura de salud y educación, etc. (CEPAL, 2009a).

Es un hecho que los efectos de la crisis son atenuados por las políticas de protección social y con esa finalidad, históricamente, se han desarrollado las redes de seguridad social, las redes familiares y otros nexos de la cohesión social. De esa manera nació y se desarrolló el modelo del Estado de Bienestar durante una larga época, aún sobreviviente en Europa. Pero la crisis actual podría, inclusive, afectar la calidad de la atención, aumentar las listas de espera para consulta especializada y cirugía, y a mediano plazo deteriorar los indicadores de salud y de seguridad social. Esto es muy notorio desde ya en varios países europeos (Irlanda, España, Grecia, inclusive Inglaterra), en los cuales la crisis ha castigado muy fuerte sus finanzas públicas y al sector social, a partir del impacto sobre la economía.

CUADRO 3
AMÉRICA LATINA: CAMBIOS FINANCIEROS EN LOS SISTEMAS DE PENSIONES
AL MOMENTO DE LA CRISIS, 2007 Y 2008

Grupos/ Países	Afiliados (%) que contribuyen ^a		Fondos acumulados (millones de dólares)			Rentabilidad anual real ^b		
	2007	2008	2007	2008	Cambio (%)	Últimos 12 meses		Histórica Dic. 2008 ^c
						Dic. 2007	Dic. 2008	
Grupo 1								
Argentina (B) ^d	4,6	37,9	30 105	26 000	-13,6	2,2	-25,4	6,6
Brasil ^e	n.d.	n.d.	223 000	210 000	-5,8	19,8	-8,2	11,0
Costa Rica (B)	68,4	68,4	1 396	1 513	8,4	-0,7	-9,0	3,6
Chile (B)	53,8	54,6	111 037	74 313	-33,1	5,0	-18,9	8,8 ^g
Uruguay (B)	58,6	60,6	3 392	2 872	-15,3	0,5	-21,5	7,7
Grupo 2								
Colombia (B)	45,1	44,8	24 643	26 021	5,6	0,9	-2,7	3,7
México (B)	38,2	36,3	75 995	67 771	-10,8	2,5	-6,5	6,0
Grupo 3								
Bolivia (Estado Plurinacional de) (B)	47,3	43,1	2 910	3 885	33,5	-2,9	-1,9	6,8
El Salvador (B)	35,9	31,2	3 958	4 491	12,2	1,4	-2,3	7,7
Guatemala (A)	n.d.	n.d.	1 684	1 937	15,0	-0,7	-0,6	2,4
Perú (B)	41,4	41,2	20 155	16 682	-17,2	20,2	-26,7	7,5
República Dominicana	51,8	48,1	955	1 356	42,0	-0,4	8,0	1,2
Promedios/totales^f								
Todos	42,3	38,0	449 231	436 791	-2,8	12,5	-10,0	8,8
Sin Brasil	42,3	38,0	226 230	226 791	0,2	4,5	-11,7	6,8

Fuente: C. Mesa-Lago, "Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de política", Serie Políticas sociales N° 150 (LC/L.3104-P/E), Santiago de Chile, CEPAL, 2009.

A= Sistema público; B= Sistema privado

^a Afiliados que contribuyeron en el último mes.

^b Rentabilidad ajustada por inflación.

^c Promedio anual: últimos 10 años en los sistemas privados, 10 en Guatemala, 5 en Brasil.

^d El sistema privado se cerró en noviembre de 2008; las cifras de 2008 son diciembre para los contribuyentes, octubre 2008 para el fondo, entre octubre 2007 y octubre 2008 para la rentabilidad anual y los últimos 10 años hasta octubre 2008 para la rentabilidad histórica.

^e Fondos complementarios privados al sistema público.

^f Columnas 1 y 2 son promedios ponderados por aportantes; columnas 3, 4 y 5 son totales; columnas 6, 7 y 8 son estimados del autor ponderados por el fondo acumulado en cada país.

^g Fondo intermedio "C".

En el cuadro 4 se recogen algunas de esas características representativas de la seguridad social por países, un año antes de la crisis, con base en la clasificación de Mesa-Lago (2009), quien hace un balance de los sistemas de seguridad social en relación con la crisis y las medidas encaminadas a mitigarla (políticas recomendadas, en salud y pensiones).

CUADRO 4
AMÉRICA LATINA: INDICADORES SOCIALES POR GRUPOS DE PAÍSES AL MOMENTO DE LA CRISIS Y REFORMAS IMPLEMENTADAS A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL CON POSTERIORIDAD A LA CRISIS, 2007-2008

Grupo/ países	Indicadores antes de la crisis	Cambios y proyecciones post-crisis
Grupo I Uruguay, Chile, Costa Rica, Brasil, Cuba, Argentina y Panamá	Socialmente los más desarrollados. Sector informal: 28-41%. Incidencia de pobreza 14-33%. Aspectos de la organización de la seguridad social: las mayores fortalezas y las menores debilidades antes de la crisis. Relación de dependencia inferior (49-59%). Transición demográfica avanzada. Disfrutaban del bono demográfico, pero su ventana de oportunidad es la más corta.	Costa Rica ha logrado la cobertura más alta por el seguro social de salud: - Otorga los servicios a los trabajadores, a los pobres, y sus familias respectivas mediante financiamiento estatal. - Afiliación de los trabajadores independientes de bajo ingreso, mediante el financiamiento estatal. Chile: la segunda cobertura más alta por su sistema público-seguro social de salud (70,4% de la población en 2007). Implementó subsidios fiscales focalizados en los pobres y estratos de bajo ingreso. Argentina implementó en 2003-2005 políticas para extender la cobertura en salud por el Programa Federal de Salud y el seguro social ("obra social") de jubilados y pensionados. Los países del grupo 1 , con mayor cobertura antes de la crisis y probablemente serán relativamente menos afectados por ella. Los de seguro social o público integrados tienen el acceso más alto y probablemente serán menos afectados que los muy segmentados.
Grupo II Colombia, México y Venezuela (República Bolivariana de)	Estos países tienen un desarrollo social medio. Sector informal: 41-45%. Incidencia de pobreza: 31-46%. Fortalezas/debilidades en organización de la seguridad social. Relación de dependencia intermedia.	México ha conseguido extender la cobertura con el Seguro Popular de Salud. En Colombia las reformas de seguridad social crearon un régimen subsidiado en salud que cubre a los pobres: cobertura de la población por dicho régimen aumentó de 12% a 24% en 1995-2002 (una meta de 100% al 2010).
Grupo III El Salvador, Ecuador, Perú, República Dominicana, Guatemala, Nicaragua, Bolivia (Estado Plurinacional de), Paraguay, Honduras y Haití	Países menos desarrollados socialmente. Mayores sector informal (46-60%). Incidencia de pobreza (43-72%). Las debilidades más fuertes antes de la crisis, aunque algunos habían logrado avances importantes. Relación de dependencia mayor (62-90%). Transición demográfica plena (moderada en uno). Ventana de oportunidad más larga para enfrentar las debilidades de sus sistemas.	República Dominicana: las reformas de seguridad social crearon un régimen subsidiado en salud que cubre a los pobres. Los países del grupo 3 probablemente serán más afectados por la crisis: Poseen los sistemas más segmentados. El sector público carece de recursos suficientes para atender a la población no asegurada. Con el repunte de la pobreza habrá mayor demanda por cobertura de salud pública o no contributiva del seguro social. Flujos migratorios de los países más pobres a los más ricos pondrán presión en la demanda de servicios de salud de estos.

Fuente: elaboración propia sobre la base de C. Mesa-Lago, "Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de política", Serie *Políticas sociales* N° 150 (LC/L.3104-P/E), Santiago de Chile, CEPAL, 2009.

IV. Epílogo

La crisis económicas a las cuales ha aludido este capítulo, han llevado al desmonte de la política social, en unos casos, y en otros casos, como en Europa, a la crisis del Estado de Bienestar, debido a la disolución de la sociedad salarial ante la pérdida de valor del contrato de trabajo. América Latina y el Caribe, por el contrario, muestra signos de recuperación postcrisis, lo que no obsta para que nos preparemos de la mejor manera para enfrentar efectos retardados sobre la salud y la población.

El Estado en esta época de crisis ha perdido su papel redistributivo y más allá, los propios cambios económicos han llevado a cambios sociales y políticos, entre ellos los cambios en la estructura del Estado. De otro lado, la pobreza, ante el cambio de las funciones estatales, es enfrentada mediante un gasto social, focalizado en quienes carecen de oportunidades, luego de identificarlos con base en necesidades básicas insatisfechas (NBI).

Retrospectivamente es posible calificar de desacertadas políticas como la apertura comercial, la liberalización de las cuentas de capital, la privatización, las reformas fiscales y las desregulatorias de los mercados y otras tantas reformas que se experimentaron en la década de los 70 en los países del cono sur, más tarde extendidos a otros países de la subregión, pasando por las recetas de la “Escuela de Chicago” en Chile, hasta concretarse el famoso “Consenso de Washington”. Para el caso de Chile, *“los experimentos estaban fundados en una versión del moderno enfoque monetario del balance de pagos”* (Frenkel, 2003)⁸. En general se ha planteado lo inadecuado de las políticas macroeconómicas que llevaron a estas crisis cíclicas. Se aduce una incoherente secuencia de reformas, como por ejemplo la apertura financiera precipitada por la apertura económica y comercial de los países sin capacidad competitiva frente a los mercados externos.

⁸ Visión nacida de la universidad de Chicago, al unísono del restablecimiento de un mercado mundial de capitales. A estas reformas se agrega la idea de la estabilización de la economía, el fortalecimiento del sistema financiero, la liberalización comercial y otra serie de recomendaciones formuladas por el “Consenso de Washington”.

En este orden de ideas, las cosas deben cambiar como consecuencia de la crisis global y aunque se preveía una recuperación paulatina en el 2009, la recuperación está supeditada a que los organismos financieros internacionales desempeñen un rol activo en el financiamiento de políticas contracíclicas y de compensación del impacto de la crisis, a la vez que los gobiernos en los países fomenten y estimulen políticas nacionales de tipo laboral, encaminadas a promover un crecimiento sostenido y equitativo. Finalmente, se recomienda la institucionalidad laboral desarrollada en el marco de economías menos integradas a la economía global, que garanticen la inclusión de grupos excluidos, mujeres y jóvenes con bajo nivel educativo. Se proponen mejoras tendientes a aumentar la protección laboral, a incrementar la productividad, así como promover condiciones laborales más justas y fortalecer la legitimidad social de la institucionalidad (CEPAL, 2009b, pp. 11-13).

La crisis actual nos lleva a concluir que ha sido funesta la estrategia centrada en la flexibilización de los mercados laborales que resultó improductiva; siendo recomendable utilizar un enfoque más equilibrado e integral, adaptado a las condiciones tecnológicas, económicas y sociales, además de mejorar las regulaciones laborales de cada país. De ahí que sea tarea fundamental, el fortalecimiento institucional de las instancias de coordinación, para generar espacios de políticas y creación de los instrumentos necesarios.

Entre las recomendaciones generales se proponen (CEPAL, 2009a), se encuentran la creación o reforzamiento de modalidades solidarias no contributivas o subsidiadas en los sistemas de pensiones; desarrollar servicios colectivos de cuidado del adulto mayor; invertir en salud preventiva para incrementar los años de vida saludables en la población de mayor edad; extender el seguro de desempleo a los trabajadores informales (implementar formas de financiamiento que los incorporen); e integrar las transferencias desde el sector solidario no estatal a los sistemas de protección social de los más vulnerables.

En relación con la crisis y la salud, se puede concluir que

- Las evidencias apuntan a relacionar el deterioro del bienestar social con la crisis económica, así como a mostrar la declinación de los indicadores de salud. Lo que sustenta la idea de que la crisis económica y la recesión económica, debilitan el bienestar social (indicadores sociales) y como consecuencia los indicadores de salud, de mortalidad-morbilidad y nutricionales.
- La situación económica y social está estrechamente vinculada con la salud dentro y entre los países. Es posible establecer relaciones de determinación de las crisis económicas sobre el deterioro de los indicadores demográficos y de salud. Se ha venido observando también que los efectos de la crisis económica sobre la salud son rápidos y que las personas cercanas al margen de pobreza serán las que más sufrirán.
- El desempleo es el indicador más relacionado con los efectos directos de la crisis sobre la salud. Está asociado con trastornos mentales y mortalidad; del mismo modo la autopercepción que se produce en quien pierde el trabajo empeora su salud durante las épocas de crisis.
- En épocas de crisis como la actual, las gentes se afectan aún más por el reconocimiento de las inequidades y las carencias relativas, las cuales resultan importantes no solo por las deficiencias materiales sino también por la baja de autoestima (componente mental) que se produce en quien las padece. A ello se agregan mayores deficiencias en los servicios de salud, como se pudo ver en los efectos indirectos de la crisis sobre la salud y los sistemas de seguridad social.

Las medidas sociales y económicas que se tomen en el contexto de la crisis, se deben encaminar a amortiguar sus efectos, a cumplir una función de redistribución, a combatir la desigualdad, a aminorar la pobreza y la indigencia y a garantizar los derechos ciudadanos para todos, y deben estar basadas en la protección social en todos los países y grupos poblacionales. Inclusive, se espera que estas políticas tomen fuerza para revertir tendencias negativas de los indicadores de salud en algunos países, que venían desde antes de la crisis del 2008.

Bibliografía

- Barry L., y V.W. Sidel (2009), “Crisis económica y salud pública”, *Medicina social*, Vol. 4, No. 2, Nueva York, Escuela de Medicina Albert Einstein y Asociación Latinoamericana de Medicina Social.
- Bartley M. (2004), *Health inequality. An introduction to theories, concepts and methods*, Cambridge, Polity Press.
- Ben Shlomo Y., I. White y M. Marmot (1996). “Does the variation in the socioeconomic characteristics of an area affect mortality?”, *British Medical Journal*, No. 312, Londres, British Medical Association.
- Brenner, H.A. (2005), Commentary: Economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century -experience of the United States 1901-2000, *International Journal of Epidemiology*, N° 34, Oxford, Oxford University Press.
- Bunn, A. (1979), “Ischemic heart disease mortality and the business cycle in Australia”, *American Journal of Public Health*, No. 69, Washington D.C., American Public Health Association.
- Burström, B., F. Diderichsen, S. Shouls y M. Whitehead (1999), “Lone mothers in Sweden: Trends in health and socioeconomic circumstances, 1979-1995”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, No. 53, Londres, British Medical Association.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2010), *Estudio económico de América Latina y el Caribe 2009-2010* (LC/G.2458-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.10.II.G.3.
- ____ (2009a), *Panorama Social de América Latina 2009* (LC/G.2423-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.09.II.G.135.
- ____ (2009b), *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe 2009* (LC/G-2424-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.09.II.G.149.
- ____ (2009c), *La reacción de los gobiernos de las Américas frente a la crisis internacional: una presentación sintética de las medidas de política anunciadas hasta el 31 de agosto de 2009* (LC/L.3025), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.

- (2009d), *Estudio económico de América Latina y el Caribe 2008-2009* (LC/G.2410-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.09.II.G.2.
- (2009e), *Estudio económico de América Latina y el Caribe 2008-2009. Políticas para la generación de empleo de calidad* (LC/G.2410-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.09.II.G.2
- (2008), *Panorama social de América Latina 2008*. (LC/G.2402-P/E), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.08.II.G.89.
- (2006a), *La protección social de cara al futuro. Acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2295/SES.31/4), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2008), *Transformaciones demográficas y sus influencias demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe: Trigésimo segundo periodo de sesiones de la CEPAL* (LC/G.2378-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.
- Deaton, Angus (2001), “Health, inequality, and economic development”, *Journal of Economic Literature*, Pittsburgh, (EE.UU.), American Economic Association.
- Di Cesare, Mariachiara (2007). *Interacciones entre transición demográfica y epidemiológica en Nicaragua: implicancias para las políticas públicas en salud* (LC/L.2822-P), *Serie Población y Desarrollo* No. 79, Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.147.
- Estefanía J. (2007), “La enfermedad moral del capitalismo”, en Giraldo, F. (comp.), *Pánico en la globalización*, Bogotá: Editorial Rica.
- Famer P. (2001), “Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes”, *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, No. 19, Medellín, Universidad de Antioquia.
- Franco Giraldo, A., D. Gil y C. Álvarez-Dardet (2005), “State size as measured in terms of public spending and world health, 1990-2000”, *Gaceta Sanitaria* Vol. 19, No. 3, Barcelona, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
- Franco Giraldo, A., M. Palma y C. Álvarez-Dardet (2006), “Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 19, No. 5, Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud.
- Frenk, Julio, Rafael Lozano y José Luis Bobadilla (1994), La transición epidemiológica en América Latina, *Notas de Población* No. 23, Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.
- Frenkel R. (2003), “Globalización y crisis financiera en América Latina”, *Revista de la CEPAL* No. 80 (LC/G.2204-P/E), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.
- Hopenhayn, M. (2009), “Gasto social y crisis: una perspectiva de impacto, equidad y derechos”, documento presentado en el Seminario Internacional “El gasto social en la Crisis: cómo mejorar el análisis del gasto social frente a los desafíos actuales en América Latina y el Caribe”, CEPAL, Santiago de Chile 16 y 17 de junio de 2009.
- Jiménez, W. (coord.) (1984), *La crisis económica en América Latina y el Caribe y sus repercusiones en el sector salud*, documento CD30/16, Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud.
- Jin, R.L., C.P. Shah y T.J. Svoboda (1995), “The impact of unemployment on health: A review of the evidence”, *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 153, No. 5, Ottawa, Canadá, Canadian Medical Association.
- Kennedy B, I. Kawachi, y D. Prothrow-Smith (1996), “Income distribution and mortality: cross-sectional ecological study of the Robin Hood. Index in the United States”, *British Medical Journal* No. 312, Londres, British Medical Association.
- Mesa-Lago, Carmelo (2009), *Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de política* (LC/L.3104-P/E), *Serie Políticas sociales* No. 150, Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.09.II.G.85.
- Musgrove, Ph. (1987), “La crisis económica y sus repercusiones en la salud y la atención de la salud en América Latina y el Caribe”, *Interdisciplinary Journal of Health Sciences*, Vol. 17, No. 3, Ottawa, Canadá, University of Ottawa.
- Navarro, Lucas (2009), “Crisis y dinámica del empleo en América Latina”, *Revista de la CEPAL* No. 99 (LC/G.2418-P/E), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.
- Paraje, G. (2009), Desnutrición crónica infantil y desigualdad socioeconómica en América Latina y el Caribe”, *Revista de la CEPAL* No. 99 (LC/G.2418-P/E), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.
- Regidor, E. (2002), “Determinantes socioeconómicos de la salud”, en Regidor, E. (coord.), *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX*, Alicante, España, Universidad de Alicante.

- Romeo, S.Z. y C.L. Warcwald (2000), “Crisis económica y mortalidad infantil en Latinoamérica desde los años ochenta”, *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 16, No. 3, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
- Shin, Michael (2002), “Income inequality, democracy and health: A global portrait”, ponencia presentada a la conferencia *Responding to Globalization: Societies, Groups and Individuals*, patrocinada por The Globalization and Democracy Research and Training Program, Program on Political and Economic Change, Institute of Behavioral Science, University of Colorado at Boulder, 4-7 de Abril de 2002.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (1984), “The impact of world recession on children: A UNICEF especial study”, en *The state of the world children*, Nueva York, UNICEF. Publicación de las Naciones Unidas.
- Wilkinson R (1992), “Income distribution and life expectancy”, *British Medical Journal* No. 304, Londres, British Medical Association.
- Williamson J (2003), “From reform agenda to damaged Brand name”, *Finance & Development*, Vol. 40, N° 3, Washington D.C., Fondo Monetario Internacional.



NACIONES UNIDAS

Serie

CEPAL

población y desarrollo

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

104. La crisis actual y la salud, Álvaro Franco Giraldo, (LC/L.3318-P), N° de venta: S.11.II.G.37 (US\$ 10.00), 2011.
103. Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real, María Fernanda Stang Alva, (LC/L.3315-P), N° de venta: S.11.II.G.33 (US\$ 10.00), 2011.
102. La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo – 1994, Laura Rodríguez Wong e Inez H. O. Perpétuo, (LC/L.3314-P), N° de venta: S.11.II.G.32 (US\$ 10.00), 2011.
101. Evaluación de la experiencia censal reciente sobre vivienda y hogar, Camilo Arriagada Luco, (LC/L.3312-P), N° de venta: S.11.II.G.30 (US\$ 10.00), 2011.
100. La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos, Sandra Huenchuan, (LC/L.3308-P), N° de venta: S.11.II.G.27 (US\$ 10.00), 2011.
99. Familia y nupcialidad en los censos latinoamericanos recientes: una realidad que desborda los datos, Magda Ruiz Salguero y Jorge Rodríguez Vignoli, (LC/L.3293-P), N° de venta: S.11.II.G.15 (US\$ 10.00), 2011.
98. Viejos y nuevos asuntos en las estimaciones de la migración internacional en América Latina y el Caribe, Laura Calvelo, (LC/L.3290-P), N° de venta: S.11.II.G.12 (US\$ 10.00), 2011.
97. Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva, Maren Andrea Jiménez y Jorge Rodríguez Vignoli, (LC/L.3276-P), N° de venta: S.11.II.G.9 (US\$ 10.00), 2011.
96. Inserción laboral y acceso a mecanismos de seguridad social de los migrantes en Iberoamérica, Alicia Maguid y Viviana Salinas Ulloa, (LC/L.3265-P), N° de venta: S.10.II.G.70 (US\$ 10.00), 2010.
95. Migración y salud en zonas fronterizas: informe comparativo sobre cinco fronteras seleccionadas, Alejandro I. Canales, Jorge Martínez Pizarro, Leandro Reboiras Finardi y Felipe Rivera Polo, (LC/L.3250-P), N° de venta: S.10.II.G.55 (US\$ 10.00), 2010.
94. Migración y salud en zonas fronterizas: Nicaragua y Costa Rica, Abelardo Morales, Guillermo Acuña y Karina Li Wing-Ching (LC/L.3249-P), N° de venta: S.10.II.G.54 (US\$ 10.00), 2010.
93. Migración y salud en zonas fronterizas: el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina, Corina Courtis, Gabriela Liguori y Marcela Cerrutti (LC/L.3248-P), N° de venta: S.10.II.G.53 (US\$ 10.00), 2010.
92. Migración y salud en zonas fronterizas: Colombia y el Ecuador, Abelardo Morales, Guillermo Acuña y Karina Li Wing-Ching (LC/L.3247-P), N° de venta: S.10.II.G.52 (US\$ 10.00), 2010.
91. Migración y salud en zonas fronterizas: Guatemala y México, Alejandro I. Canales, Patricia N. Vargas Becerra e Israel Montiel Armas (LC/L.3246-P), N° de venta: S.10.II.G.51 (US\$ 10.00), 2010.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre: Actividad: Dirección: Código postal, ciudad, país: Tel.: Fax: E.mail:
