

CRECIMIENTO ECONÓMICO E INEQUIDADES EN SALUD

ECONOMIC GROWTH AND HEALTH INEQUITIES

José A. Tapia Granados^{1,a}

¹ Program on Social Environment & Health, University of Michigan Institute for Social Research, Ann Arbor, Michigan. EE. UU.

^a Médico, Magister en salud pública y economista

Recibido: 20/09/2013; Aprobado: 16-10-13

RESUMEN

En este artículo se discute la relación entre la inequidad en salud y el crecimiento económico. Se revisa el significado general de estos y otros conceptos relacionados (desarrollo económico, desigualdades en salud), se presentan algunos estudios que ilustran las diferentes hipótesis sobre la evolución histórica de la inequidad en salud y se analizan tres casos –EE. UU. en 1920-1940 y en años recientes, y Finlandia durante la expansión de los años 80 y la recesión de los 90– para mostrar la evolución de las inequidades en salud durante los periodos de expansión y recesión en economías de mercado sometidas al denominado ciclo económico. Las inequidades en salud entre grupos étnicos y entre clases sociales son frecuentes en sociedades modernas y algunas de estas inequidades parecen estar aumentando. Al parecer, los periodos de expansión económica no son favorables para la disminución de las inequidades en salud. Por el contrario, y en contra de lo que podría intuirse, los datos sugieren que es durante los periodos de recesión cuando tienden a reducir las inequidades en salud entre grupos privilegiados y desfavorecidos.

Palabras clave: Desigualdades en salud; Desarrollo económico; Disparidades en atención de salud (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

This essay reviews the relation between health inequities and economic growth. The general meaning of these and ancillary concepts (economic development, health inequalities) is briefly reviewed. Some studies illustrating different hypotheses on the long-run historical evolution of health inequalities are presented, and three case studies -the United States in 1920-1940 and in recent years, Finland during the expansion of the 1980s and the recession of the 1990s- are reviewed to demonstrate the evolution of health inequalities during the periods of expansion and recession in markets economies that conform to the so-called business cycle. Health inequities between ethnic groups and social classes are often found in modern societies, and some of these disparities seem to be widening. Periods of economic expansion do not seem favorable for the lessening of health inequalities. Contrarily, and counter-intuitively, evidence rather suggests that it is during periods of recession that gaps in health between privileged and disadvantaged groups tend to narrow.

Key words: Health inequalities; Economic development; Healthcare disparities (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El Centro para la Reducción de las Diferencias en Salud del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos define las inequidades en salud como las diferencias en la incidencia, prevalencia, mortalidad, carga de morbilidad y otras condiciones de salud adversas entre grupos de población específicos. Los términos *health disparities* y *health inequities* (que podrían traducirse como “desigualdades en salud” e “inequidades en salud”) suelen considerarse sinónimos, aunque el primero se utiliza más comúnmente en Estados Unidos y el segundo

en Europa ⁽¹⁾. Cualquiera de estos términos puede implicar un juicio normativo, aunque no necesariamente. Por ejemplo, en los países desarrollados, muchas personas considerarían justo que las mujeres tengan una esperanza de vida mayor que la de los varones (por razones biológicas), pero se considera como injusto que los ricos tengan una esperanza de vida mayor que la de los pobres (por razones sociales). Aquí no discutiremos este tipo de consideraciones éticas. Consideraremos las inequidades en salud definidas por diferencias en los indicadores de salud entre grupos caracterizados por variables socioeconómicas, o, en otras palabras,

diferencias en los indicadores de salud entre clases definidas por variables tales como ocupación, ingreso o educación. Las inequidades en salud entre grupos de distinto origen étnico tienen su propia especificidad, pero a menudo se utilizan como aproximación a las inequidades en salud entre clases sociales.

Usualmente se entiende por crecimiento económico el aumento de la capacidad de una nación para producir y consumir bienes y servicios. Para Simon Kuznets, uno de los primeros teóricos del crecimiento económico, este término hace referencia al aumento sostenido en la producción per cápita o por trabajador, acompañado normalmente por un aumento en la población y por profundos cambios estructurales ⁽²⁾. En definiciones más recientes el crecimiento económico se refiere a "un aumento de la productividad de una nación o área ⁽³⁾ o a un aumento de la renta nacional de un país o, a veces, en su renta nacional per cápita" ⁽⁴⁾. En general, los economistas concuerdan en que el crecimiento económico se refleja "en un mejoramiento de la calidad de vida" ⁽³⁾ o es "la base para el incremento del bienestar humano" ⁽⁴⁾, pero cada vez más se reconoce que el crecimiento en la renta nacional "no debe equipararse necesariamente con un crecimiento en el bienestar" ⁽⁴⁾.

En la década de 1950, cuando aparecieron estos conceptos, crecimiento económico y desarrollo económico a menudo se consideraban sinónimos (así lo hacía por ejemplo Paul Baran) ⁽⁵⁾ y se asociaban con un incremento en la producción per cápita de bienes materiales. En décadas recientes, los dos conceptos se han utilizado de manera más específica: *crecimiento económico* significa un aumento cuantitativo en el ingreso monetario, medido por el producto interno bruto (PIB); en tanto que *desarrollo económico* se refiere más específicamente a aspectos cualitativos (por ejemplo, mejora en la condición social de las mujeres, los niños o grupos minoritarios) o aspectos no monetarios (por ejemplo, tasas de alfabetización) de un proceso en el que la sociedad progresa hacia objetivos deseables ⁽⁶⁾. Para los fines de este artículo, crecimiento económico significa específicamente un aumento en el PIB per cápita en una economía de mercado, el cual puede coincidir o no con otros procesos que se circunscriben más adecuadamente bajo la rúbrica de desarrollo social.

El crecimiento de la población es por lo general mucho menos volátil que el crecimiento del PIB. Desde principios de siglo, el aumento anual de la población (C_p) ha variado en los distintos países desde tasas de poco más de 3% en países de renta baja hasta índices negativos ligeramente inferiores a cero en Europa y Japón. El crecimiento del PIB (C_e , crecimiento económico) puede ser muy negativo en recesiones graves (-18% en

Letonia en 2009, -19,9% en Argentina en 2002) o llegar hasta más de 30% en un boom económico (34,5% en Azerbaiyán en 2006, 22,6% en Angola en 2007, 9,8% en Perú en 2008) ⁽⁷⁾. Por estas razones, en series temporales anuales los índices de crecimiento del PIB (C_p) y del PIB per cápita (C_e , por crecimiento del ingreso o renta) tan solo difieren en la diferencia relativamente constante en de la tasa de crecimiento de la población (ya que $C_i = C_p - C_p$), que a menudo es de unos pocos puntos porcentuales y con mucha frecuencia menos de un punto porcentual. A efectos prácticos, las series temporales de crecimiento del PIB o del PIB per cápita pueden considerarse estimadores igualmente válidos del crecimiento económico.

ASPECTOS HISTÓRICOS

Investigaciones sobre distintas épocas históricas y naciones revelan que las inequidades en salud son un fenómeno prevalente en las sociedades humanas. Los primeros estudios sobre este tipo de desigualdades que se llevaron a cabo en Gran Bretaña en el siglo XIX mostraron que, por ejemplo, la tasa de mortalidad de los mineros era mucho mayor que la de individuos de edad similar en la población general ⁽⁸⁾ y que los pobres morían a edades menos avanzadas que los ricos. Esto contradecía la opinión médica predominante, según la cual los ricos corrían mayor riesgo debido a su sedentarismo, negligencia moral y excesos ⁽⁹⁾.

Históricamente, como se carece de información sobre tasas de morbilidad, las inequidades en salud suelen medirse por las diferencias en las tasas de mortalidad de los diferentes grupos sociales. Se han propuesto tres teorías enfrentadas respecto a las inequidades en salud. La primera es la hipótesis de la divergencia que sostiene que las inequidades en salud son un fenómeno moderno que ha aparecido en siglos recientes; la segunda es la hipótesis de la convergencia que establece que las disparidades en salud que fueron sustanciales en el pasado han declinado en el presente; la tercera, la hipótesis de la constancia, sostiene que las disparidades están presentes a lo largo del tiempo. Lo que se sabe sobre las inequidades en salud en el pasado se basa en fragmentos de información sobre distintos lugares y periodos. En esa colección heterogénea de datos, los autores han encontrado información que sustenta cada una de las tres hipótesis mencionadas.

Algunas reconstrucciones de la historia de la población de Inglaterra apoyan la hipótesis de la divergencia. Las series temporales de esperanza de vida al nacer (EVN), que es un índice inverso de las tasas de mortalidad

a todas las edades, indican que la aristocracia no se encontraba en una mejor situación que la de la población general durante los siglos XVI y XVII, en los cuales la EVN fluctuaba entre los treinta y los cuarenta años (Figura 1). Solo en el siglo XVIII surge una diferencia entre clases sociales y la EVN de la aristocracia comienza a aumentar más rápidamente que la de la población en general. La EVN de las mujeres aristócratas era veinte años mayor que la de la población en general a principios del siglo XX. Por ejemplo, Antonovsky ha explicado la similitud entre la EVN de la nobleza y de la población en general en siglos anteriores por el hecho de que la mayoría de las muertes en esa época se debían a enfermedades altamente contagiosas, así como virulentas, para las cuales no existían tratamientos. Ni el contagio ni la tasa de letalidad tenían relación con los niveles de nutrición o riqueza. De este modo, el factor clave era la exposición, no la resistencia y, por consiguiente, tanto ricos bien alimentados como pobres desnutridos morían a tasas similares⁽⁹⁾.

Durante la revolución industrial en Inglaterra, la mortalidad era mucho mayor en las ciudades que en el campo, y en las zonas urbanas más baja en las áreas residenciales de los ricos. Los obreros trabajaban en "fabricas infernales" (los *satanic mills* de los que habló el poeta William Blake) en un ambiente malsano, durante jornadas de trabajo de doce a catorce horas, a veces incluso más, y habitaban barrios de condiciones insalubres^(10,11). En las ciudades abundaban las montañas de basura con cadáveres de animales, proliferaban los vectores de enfermedades y el agua potable estaba a menudo contaminada por residuos fecales, de forma que eran frecuentes las epidemias letales. Como en las ciudades la tasa de mortalidad era mayor que la tasa de natalidad, el crecimiento urbano solo era posible gracias a la inmigración masiva y continua desde el campo. Los datos muestran que las tasas de mortalidad estaban en descenso tanto en zonas urbanas

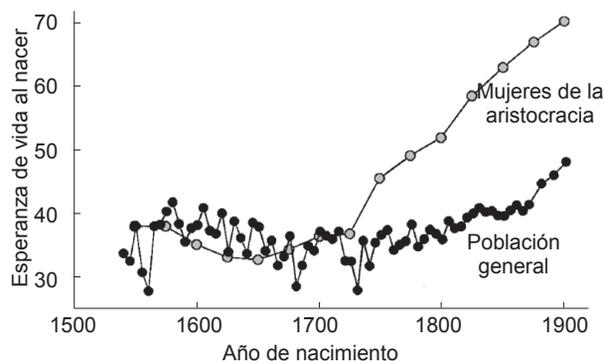


Figura 1. Evolución de la esperanza de vida al nacer (años) en Inglaterra, 1500-1900 (EVN según datos de cohorte)
Fuente: Cairns⁽¹³⁾

como en zonas rurales pero, puesto que la mortalidad era mucho mayor en las ciudades y la inmigración del campo masiva, las tasas de mortalidad a nivel nacional se estancaron o aumentaron (con el consiguiente descenso o estancamiento de la EVN) durante las décadas de mediados del siglo XIX (Figura 1)⁽¹²⁻¹⁵⁾. Un fenómeno similar puede haber sucedido en China durante las últimas tres décadas^(16,17).

Algunas investigaciones sobre la evolución de la salud en el sur de Suecia entre 1815 y 1968 respaldan la hipótesis de la divergencia. Durante este periodo, la mortalidad en adultos disminuyó en todos los grupos socioeconómicos, pero solo en los años cincuenta apareció un gradiente socioeconómico entre los adultos en edad de trabajar; entre los ancianos, no se encontraron diferencias significativas entre los distintos grupos sociales a lo largo del periodo estudiado⁽¹⁸⁾. El caso de Ginebra (Suiza) sugiere una conclusión opuesta con datos que respaldan las hipótesis de la constancia y de la convergencia. Durante el periodo comprendido entre los años 1625 y 2000, durante el cual un círculo aristocrático cerrado gozaba de poder económico, religioso y político, la mortalidad entre los miembros de esta elite fue sistemáticamente más baja que el promedio. No obstante, la diferencia entre los extremos de la escala social disminuyó con el tiempo⁽¹⁹⁾.

Los estudios históricos proporcionan así resultados contradictorios sobre la evolución de la inequidad en salud en siglos recientes, durante los cuales las sociedades sufrieron una transformación que implicó un largo proceso de crecimiento económico: de sociedades agrícolas, en las que la economía de subsistencia y los tributos en especie eran frecuentes, evolucionaron a sociedades industriales modernas, con economías basadas en el mercado y en el intercambio de dinero por mercancías.

Según la tesis de Bruce Link y Jo Phelan⁽²⁰⁾ sobre la causa fundamental de enfermedad, un nivel social alto y un acceso fácil al poder político y económico hace que los individuos estén mejor capacitados para enfrentar las condiciones adversas y para resistir la enfermedad. Por otra parte, el determinismo nutricional de McKeown⁽²¹⁾ plantea que la mejora de la nutrición fue el factor clave para la transición epidemiológica de siglos recientes, en la que los niveles de mortalidad disminuyeron continuamente⁽²²⁾. Tanto la teoría de la causa fundamental de enfermedad como la hipótesis del determinismo nutricional llevarían a suponer que las inequidades siempre habrían existido en las sociedades divididas en estratos con y sin poder, y con diferentes niveles de acceso a recursos, en particular a alimentos. Los ejemplos anteriores indican sin embargo que los datos históricos concretos a menudo no corroboran esa expectativa.

INEQUIDADES EN SALUD Y CRECIMIENTO ECONÓMICO EN SOCIEDADES MODERNAS

La experiencia histórica de los últimos doscientos años muestra un descenso secular de las tasas de mortalidad, lo cual sucede a la vez que tiene lugar un aumento secular del nivel medio de ingreso (medido por el PIB per capita). Además, si en un año dado se correlacionan el PIB per capita y las tasas de mortalidad de distintos países se observa una correlación negativa intensa, con tasas de mortalidad más bajas asociadas a los niveles de PIB per capita más altos^(23,24). Esto podría indicar que un crecimiento acelerado del PIB se correlacionaría con descensos rápidos en la mortalidad y con un aumento acelerado de la EVN. Sin embargo, estudios detallados sobre el cambio en las tasas de mortalidad año a año durante diversas épocas del siglo XX han mostrado que estas disminuyen más rápidamente durante los años en los que la economía crece más lentamente. En otras palabras, las recesiones benefician la salud de la población⁽²⁵⁻³²⁾. En China e India, el crecimiento económico acelerado en años recientes ha coincidido con un estancamiento de las tasas de mortalidad, mientras que el crecimiento lento entre 1950 y 1970 llevó a un mejoramiento sustancial, indicado por la reducción de la mortalidad, en la salud de la población⁽¹⁷⁾.

Muchas investigaciones han mostrado que las inequidades en salud entre las clases sociales se han ampliado. Por ejemplo, en Inglaterra las inequidades sociales evaluadas a través de indicadores de salud crecieron durante los años 90. En comparación con el promedio nacional, las tasas de mortalidad infantil en las familias de trabajadores manuales eran 13% más altas entre 1997 y 1999, 17% más altas entre 1999 y 2001 y 19% entre 2001 y 2003. Es más, en las familias de este grupo de trabajadores manuales, la mortalidad infantil entre 2001 y 2003 fue 69% más alta que en el grupo de "directivos y profesionales"⁽³³⁾.

En las economías de mercado, el PIB oscila entre tasas altas durante los períodos de expansión económica (períodos de *boom* o de recuperación) y tasas bajas o negativas durante las recesiones (o depresiones, crisis económicas, contracciones, o períodos de estancamiento). Esta oscilación se denomina ciclo económico, ciclo comercial, ciclo de negocios o ciclo industrial⁽³⁴⁾. Es lógico plantearse entonces si las inequidades en salud tienden a ampliarse o reducirse o si no responden de ninguna forma a las fases de expansión y recesión del ciclo económico. Tres estudios de caso específicos pueden arrojar luz sobre esta pregunta.

LOS "RUGIENTES AÑOS VEINTE" Y LA GRAN DEPRESIÓN DE LOS AÑOS TREINTA EN ESTADOS UNIDOS

En Estados Unidos el período comprendido entre 1920 y 1940, comenzó con una recesión grave en 1920-1921 en la que el crecimiento económico fue negativo y el desempleo alcanzó el 11,3% en 1921 (Figura 2). Luego hubo un período de crecimiento económico acelerado con un PIB que se expandió a una tasa anual del 12,5% en 1923. El crecimiento del PIB osciló niveles más moderados durante el resto de la década y llegó a un máximo de 6,6% en 1929. En el verano de 1929 comenzaron a observarse signos de debilidad de la actividad económica y, en octubre de ese año, la Gran Depresión comenzó con el derrumbe bursátil, seguido por una importante contracción de la actividad industrial y comercial^(35,36). En 1930, el PIB se redujo 9% (Figura 2) y la contracción económica continuó por tres años más. Este período 1929-1933 es el que corresponde a la Gran Depresión en sentido estricto. La economía no comenzó a recuperarse hasta mediados de 1933⁽³⁵⁻³⁷⁾ y alcanzó luego tasas de crecimiento altas, incluso superiores a 10% entre los años 1934 y 1936. En 1938 ocurrió una nueva crisis en la que el PIB decayó un 3,6%. La tasa de desempleo aumentó considerablemente durante los primeros años treinta (Figura 2) y alcanzó un máximo histórico de 22,9% en 1932, luego disminuyó entre 1933 y 1937 y subió una vez más al 12,5% en 1938. En general, la tasa de desempleo se mantuvo muy alta durante todo el decenio aunque, obviamente, disminuyó durante el período de recuperación a mediados de la década.

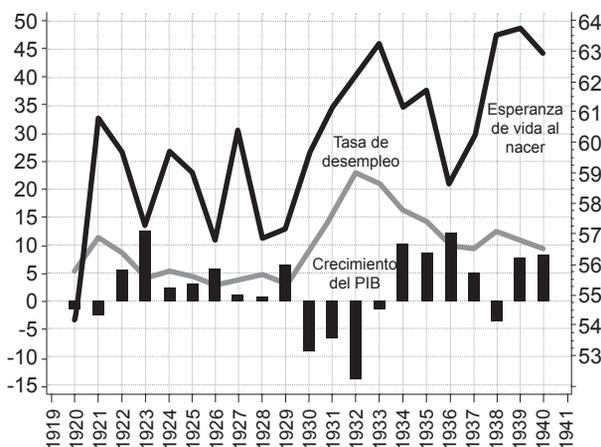


Figura 2. Esperanza de vida al nacer (años, escala a la derecha), tasa de desempleo (porcentaje de desempleados en la población económicamente activa, escala a la izquierda) y crecimiento económico (crecimiento económico anual del PIB real, escala a la izquierda), Estados Unidos 1920-1940

Fuente: elaborado por el autor a partir de estadísticas históricas de Estados Unidos⁽⁴³⁾

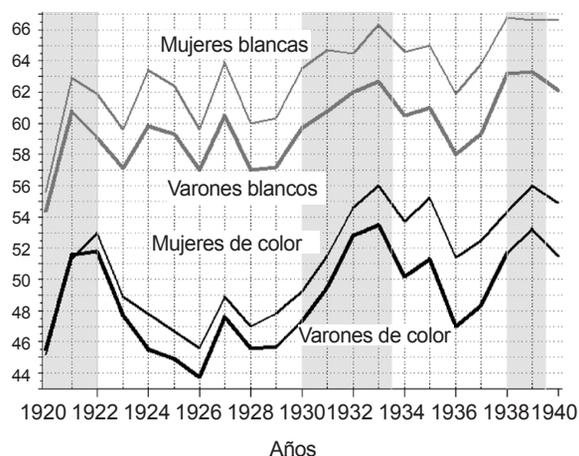


Figura 3. Esperanza de vida al nacer (años) para varones y mujeres de la población blanca y de la población de color de Estados Unidos, 1920-1940.

Fuente: elaborado por el autor a partir de estadísticas históricas de Estados Unidos ⁽⁴³⁾

Nota: las áreas sombreadas corresponden a las tres recesiones importantes de estas dos décadas: la depresión de 1920-1921, la Gran Depresión de 1930-1933 y la "recesión de Roosevelt" de 1938.

La EVN creció entre 1920 y 1940 (Figura 2) pero osciló sustancialmente a lo largo de este periodo con caídas importantes en 1923, 1926, 1928-1929 y 1936, es decir, durante las expansiones económicas de esos veinte años. Durante la Gran Depresión la EVN aumentó de 57,1 años en 1929 a 63,3 en 1933 ⁽³⁸⁾. La EVN para la población blanca y de color de ambos sexos (Figura 3) muestra los mismos patrones que la EVN global (Figura 2). Durante la Gran Depresión aumentó la EVN en la población blanca y de color de ambos sexos tras el periodo de niveles estables o decrecientes de EVN durante los años veinte. La EVN disminuyó otra vez en 1936, coincidiendo con un crecimiento económico marcado, y aumentó otra vez durante la recesión de finales de los años treinta. Las oscilaciones de la EVN son especialmente marcadas para la población de color, en particular para los varones. Así los varones de color perdieron 8,1 años de EVN durante la recuperación económica entre 1921 y 1926, mientras que las mujeres de color perdieron 7,4 años de EVN en el mismo periodo. En contraste, durante la Gran Depresión, la población de color ganó 8,0 años de EVN. En este grupo de población de color la EVN aumentó de 45,7 años en 1929 a 53,8 en 1933 para los varones y de 47,8 a 56,0 para mujeres ⁽³⁸⁾.

La diferencia de EVN entre la población blanca y la población de color durante el periodo comprendido entre 1920 y 1940 (Figura 4) revela aumentos significativos durante las expansiones de 1922 a 1925 y de 1933 a 1938 que siguieron a las depresiones de 1921 y de 1929 a 1933; igualmente se observan reducciones sustanciales de la brecha de EVN entre personas blancas y personas de color durante

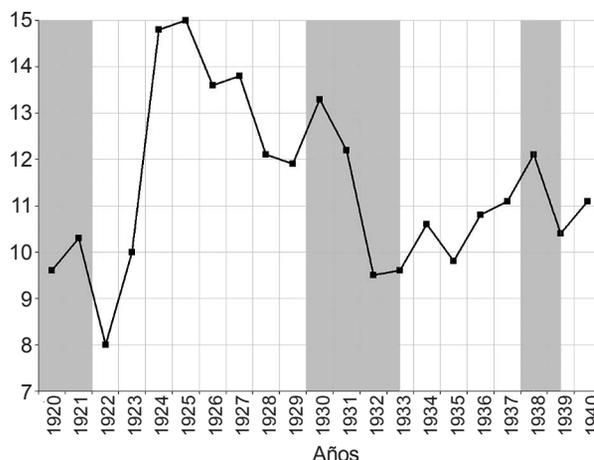


Figura 4. Diferencia en la esperanza de vida al nacer (años) entre la población blanca y la población de color de Estados Unidos, 1920-1940

Fuente: elaborado por el autor a partir de estadísticas históricas de Estados Unidos ⁽⁴³⁾

Nota: las áreas sombreadas corresponden a las tres crisis económicas importantes de estas dos décadas.

las crisis económicas de 1921, 1930-1933 y 1938. Así, la evolución de la brecha de EVN entre la población blanca y la población de color durante las grandes oscilaciones de los ciclos económicos de la economía estadounidense entre 1920 y 1940 sugiere que las inequidades en salud entre grupos étnicos tienden a aumentar durante las expansiones y a disminuir durante las recesiones.

DESIGUALDADES EN SALUD DURANTE CICLOS ECONÓMICOS RECIENTES EN ESTADOS UNIDOS

En Estados Unidos, la diferencia de EVN entre la población blanca y la población de color aumentó desde mediados de los años ochenta hasta mediados de los noventa, y luego disminuyó ⁽³⁹⁾. Durante las últimas décadas del siglo XX las tasas de mortalidad de mujeres y de persona de color están sustancialmente más vinculadas a las fluctuaciones de la economía que las tasas de mortalidad de varones y personas blancas ⁽²⁹⁾. Usando datos del Estudio Longitudinal Nacional de Mortalidad de Estados Unidos, Ryan Edwards halló que durante los años ochenta los grupos poblacionales de bajos ingresos y de bajos niveles educativos estaban expuestos a mayor riesgo de muerte durante los periodos de mayor crecimiento económico ⁽⁴⁰⁾. El aumento de la mortalidad durante los periodos de expansión económica parecía ser mayor para empleados que para desempleados y también mayor para afroamericanos que para blancos. En general, un ingreso alto parecía ser un elemento protector contra el aumento de mortalidad durante las expansiones económicas. El aumento de la mortalidad durante las expansiones fue mucho menor en el tercio superior de ingreso familiar.

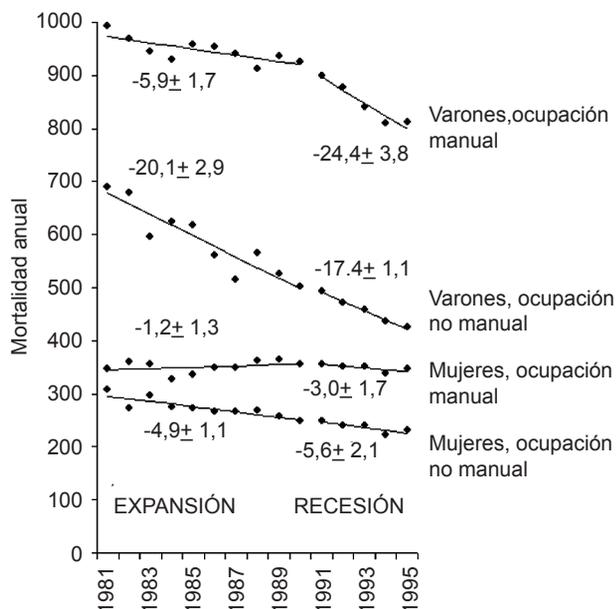


Figura 5. Mortalidad anual estandarizada por edades para la población finlandesa de edades entre 35 y 64 años (por 100 000 personas) por sexo y clase social

Fuente: elaborado por el autor a partir de datos cedidos por Tapani Valkonen ⁽⁴¹⁾

Nota: Los círculos negros son las tasas anuales observadas, los segmentos rectos son rectas de regresión (se indican las pendientes con su error estándar) calculada con los datos correspondientes a los años de expansión (1981-1990) o de recesión (1991-1995) del periodo en cuestión

FINLANDIA DURANTE LA EXPANSIÓN DE LOS AÑOS OCHENTA Y LA RECESIÓN DE LOS NOVENTA

Finlandia experimentó una expansión económica prolongada durante los años ochenta, pero entre 1991 y 1995 la economía finlandesa entró en una depresión profunda (en gran medida vinculada a la desaparición de la Unión Soviética, principal importador de bienes finlandeses) y la tasa de desempleo se disparó hasta alcanzar el 18% después de oscilar en niveles mucho más bajos de alrededor del 5% en los años ochenta. Usando los registros nacionales del país, se clasificaron todos los hogares finlandeses según tipo de ocupación laboral del cabeza de familia, manual y no manual, y se calcularon las tasas de mortalidad de varones y mujeres de entre 35 a 64 años de edad en cada uno de estos grupos ocupacionales durante el periodo de 1981 a 1995 (Figura 5) ⁽⁴¹⁾. La tasa de mortalidad para mujeres de familias clasificadas en ocupaciones manuales se mantuvo estable a lo largo del periodo, aunque se observa una tendencia ligera al alza, no significativa en términos estadísticos, durante la expansión. Sin embargo, en las mujeres de clase ocupacional no manuales la mortalidad disminuyó considerablemente en este periodo. Resulta entonces que durante la expansión de los ochenta la diferencia en la tasa de mortalidad femenina

por clase social según la ocupación se incrementó. Durante la recesión la mortalidad en mujeres disminuyó considerablemente en ambos grupos. La tasa de mortalidad en varones disminuyó claramente entre 1981 y 1995, aunque para los varones que ejercían ocupaciones manuales la disminución fue lenta durante la expansión y acelerada durante la crisis de los noventa. La tasa de mortalidad de varones para ocupaciones no manuales cayó un poco más rápido durante los años de expansión que durante la recesión de los noventa. En resumen, este estudio muestra que, por lo general, la mortalidad disminuyó más rápido durante la recesión que durante la expansión aunque las diferencias de la mortalidad según la ocupación aumentaron durante los años de expansión ⁽⁴²⁾. Este caso parece sugerir también que las inequidades en salud por clase social tienden a estrecharse durante las recesiones y ampliarse durante las expansiones.

REFLEXIONES FINALES

Los datos disponibles sugieren que las inequidades en salud entre grupos definidos por factores socioeconómicos o étnicos son prevalentes en las sociedades modernas. Estas desigualdades no están disminuyendo; de hecho, existen pruebas de que actualmente se están ampliando en muchos países. Por ejemplo, en los Estados Unidos, a pesar de las mejoras en la longevidad de todos los grupos, las diferencias persisten entre grupos raciales y entre grupos de distinto nivel educativo y han aumentado con el tiempo. En 2008, los adultos estadounidenses con menos de 12 años de educación tenían una EVN similar a la de la población general adulta en los años 1950-1960. Comparando los blancos estadounidenses con 16 años o más años de escolaridad con los negros de Estados Unidos con menos de 12 años de educación, la diferencia de la esperanza de vida a favor de los blancos y educados fue 14,2 años para varones y 10,3 años para mujeres ⁽⁴³⁾. Los datos que vinculan las fluctuaciones macroeconómicas y las inequidades de salud son escasos, pero algunas experiencias históricas indican que en comparación con las recesiones, los periodos de prosperidad económica no son favorables a la reducción de las inequidades de salud. Por el contrario, en contra de lo que podría intuirse, parece que las inequidades en salud tienden a reducirse más bien cuando la economía se estanca o incluso cuando se encuentra en contracción. En este campo se necesita todavía mucha investigación para confirmar patrones, identificar mecanismos y desarrollar políticas para favorecer la salud de toda la población y de quienes más lo necesitan.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: el autor declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LaVeist T, Isaac L, Relosa R. Health disparities. In: Boslaugh S, ed. *Encyclopedia of Epidemiology*. Vol 1. Thousand Oaks, Ca: Sage; 2008. p. 477-9.
2. Kuznets S, ed. *Modern economic growth: rate, structure, and spread*. New Haven: Yale University Press; 1966.
3. Ammer C, Ammer DS. *Dictionary of Business & Economics*. New York: Free Press; 1977.
4. Bannock G, Baxter RE, Davis E. *The Penguin Dictionary of Economics*. London: Penguin Books; 1998.
5. Baran PA. *The Political Economy of Growth*. New York: Monthly Review Press; 1957.
6. Esteva G. Development. In: Sachs W, ed. *The Development Dictionary: A Guide to Knowledge as Power*. London: Zed Books; 1992.
7. The World Bank. *World DataBank: World Development Indicators* [Internet]. Washington, DC: The World Bank; c2013 [citado el 12 de agosto del 2013]. Disponible en: <http://databank.worldbank.org/data/views/variableSelection/selectvariables.aspx?source=world-development-indicators>
8. Farr W. Mortality of miners. In: Buck C, Llopis E, Nájera E, Terris M, eds. *The Challenge of Epidemiology: Issues and Selected Readings*. Washington, DC: Pan American Health Organization (PAHO/WHO); 1988. p. 67-71.
9. Bengtsson T, van Poppel F. *Socioeconomic inequalities in death from past to present: an introduction*. *Explorations Econ Hist*. 2011;48(3):343-56.
10. Engels F. *The Condition of the Working Class in England in 1844* (ed. by D. McLellan). New York: Oxford University Press; 1999.
11. Easterlin RA. *How beneficent is the market? A look at the modern history of mortality*. *Eur Rev Econ Hist*. 1999;3(3):257-94.
12. Easterlin RA. *Industrial revolution and mortality revolution: Two of a kind?* *J Evol Econ*. 1996;5(4):393-408.
13. Cairns J. A history of mortality. In: *Matters of Life and Death — Perspectives on Public Health, Molecular Biology, Cancer, and the Prospects for the Human Race*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1997.
14. McKeown T. *The Origins of Human Disease*. New York: Basil Blackwell; 1988.
15. Szreter S. *Urbanization, mortality, and the standard of living debate: New estimates of the expectation of life at birth in 19th-century British cities*. *Econ Hist R*. 1998;51(1):86-112.
16. Szreter S. *Rapid economic growth and 'the four ds' of disruption, deprivation, disease and death: Public health lessons from nineteenth-century Britain for 21st-century China?* *Trop Med Int Health*. 1999;4(2):146-52.
17. Cutler DM, Deaton A, Lleras-Muney A. *The determinants of mortality*. *J Econ Perspect*. 2006; 20(3):97-120.
18. Bengtsson T, Dribe M. *The late emergence of socioeconomic mortality differentials: A micro-level study of adult mortality in southern sweden 1815–1968*. *Explor Econ Hist*. 2011;48(3):389-400.
19. Schumacher R, Oris M. *Long-term changes in social mortality differentials, Geneva, 1625–2004*. *Explor Econ History*. 2011;48(3):357-365.
20. Link BG, Phelan J. *Social conditions as fundamental causes of disease*. *J Health Soc Behav*. 1995; Spec No:80-94.
21. Tapia Granados JA. *Economics, demography, and epidemiology: an interdisciplinary glossary*. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(12):929-35.
22. McKeown T. Food, infection, and population. In: Rotberg RI, Rabb TK, Boserup E, eds. *Hunger and History—The Impact of Changing Food Production and Consumption Patterns on Society*. Cambridge: Cambridge University Press; 1985. p. 29-51.
23. Pritchett L, Summers LH. *Wealthier is healthier*. *J Human Resour*. 1996;31(4):841-68.
24. Riley JC. *Rising Life Expectancy: A Global History*. New York: Cambridge University Press; 2001.
25. Sen A. Economic progress and health. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, Inequality, and Health: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 333-45.
26. Gerdtam UG, Ruhm CJ. *Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD*. *Econ Hum Biol*. 2006;4(3):298-316.
27. Ruhm CJ. *Are recessions good for your health?* *QJ Econ*. 2000;115(2):617-50.
28. Tapia Granados JA, Ionides EL. *Mortality and macroeconomic fluctuations in contemporary Sweden*. *Eur J Popul*. 2011;27(2):157-84.
29. Tapia Granados JA. *Increasing mortality during the expansions of the US economy, 1900-1996*. *Intern J Epidemiol*. 2005;34(6):1194-202.
30. Tapia Granados JA. *Macroeconomic fluctuations and mortality in postwar Japan*. *Demography*. 2008;45(2):323-43.
31. Tapia Granados JA. *Economic growth and health progress in England and Wales: 160 years of a changing relation*. *Soc Sci Med*. 2012;74(5):688-95.
32. Lin S. *Economic fluctuations and health outcome: a panel analysis of Asian-Pacific countries*. *Applied Econ*. 2009;41:519-30.
33. Dyer O. *Disparities in health widen between rich and poor in England*. *BMJ*. 2005;331(7514):419.
34. Tapia JA, Astarita R. *La Gran Recesión y el capitalismo del siglo XXI*. Madrid: Catarata; 2011.
35. Galbraith JK. *The Great Crash 1929*. New York: Time; 1961.
36. Lee MW. *Economic Fluctuations: An Analysis of Business Cycles and Other Economic Fluctuations*. Homewood, IL: R. D. Irwin; 1955.
37. Mitchell WC. *What Happens During Business Cycles: A Progress Report*. New York: National Bureau of Economic Research; 1951.
38. Tapia Granados JA, Diez Roux AV. *Life and death during the Great Depression*. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2009;106(41):17290-5.
39. Harper S, Rushani D, Kaufman JS. *Trends in the black-white life expectancy gap, 2003-2008*. *JAMA*. 2012;307(21):2257-9.

40. Edwards R. **Who is hurt by procyclical mortality?** Soc Sci Med. 2008;67(12):2051-8.
41. Valkonen T, Martikainen P, Jalovaara M, Koskinen S, Martelin T, Makela P. **Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle-aged men and women in Finland.** Eur J Public Health. 2000;10(4):274-80.
42. Tapia Granados JA. **Case study A2: Do health inequalities increase when employment grows?** In: Benach J, Muntaner C, Santana V, eds. **Employment Conditions and Health Inequalities — Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH)** Prepared by the Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET). Geneva: World Health Organisation; 2007. p. 154-5.
43. Carter SB, Gartner SS, Haines MR, Olmstead AL, Sutch R, Wright G. **Historical Statistics of the United States: Millennial Edition Online.** New York: Cambridge University Press; 2006.

Correspondencia: José A. Tapia Granados
 Dirección: Institute for Social Research,
 University of Michigan, P.O. Box 1248, 426
 Thompson St., Ann Arbor, MI 48106-1248,
 EE. UU.
 Correo electrónico: jatapia@umich.edu




PERÚ Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud

Inclusión social en salud: aporte de las tecnologías de diagnóstico para las enfermedades desatendidas

TARIKI-FIEBRE AMARILLA IgM
ELISA DE CAPTURA IgM FIEBRE AMARILLA
 Diagnóstico in vitro

Instituto Nacional de Salud - Centro Nacional de Productos Biológicos
 Av. Defensores del Morro 2268 - Chorrillos
 Telf.: (51-1) 748-0000 / 748-1111
 Anexo. 1550 Ventas
 www.insp.gob.pe
 e-mail: ventas@insp.gob.pe

KIT PARA EL DIAGNÓSTICO DE FIEBRE AMARILLA
“TARIKI - FIEBRE AMARILLA IgM”

Pronto disponible para su uso en el Perú y en las Américas