

La política social como vacuna social

Jalil Safaei

I. Introducción

Los predicamentos que han afectado en lo social y lo económico a tantas naciones en el mundo atestiguan la incapacidad del andamiaje institucional de las sociedades dónde el individualismo y las fuerzas del mercado han tomado el papel protagónico en la toma de decisiones y en la administración de sus recursos. Hoy, la desigualdad en salud y riqueza, la polarización de la brecha entre ricos y pobres, la precariedad laboral, la creciente exclusión social de los marginalizados y las amenazas inminentes al medio ambiente son más agudos que nunca. Aunque estas problemáticas tienen ya décadas, la reciente crisis financiera de 2008 y su saga de desastres económicos a través de Europa y Norteamérica en los últimos tres años le han dado cierto protagonismo a las razones y extensión de dichos problemas endémicos.

Los programas de bienestar social como práctica gubernamental datan de fines del siglo XIX y comienzos del XX y se convirtieron en política de estado a finales de los 1940s del siglo pasado. Dichos programas tomaron forma como respuesta a la saga de sufrimiento después de la Primera Guerra Mundial y el declive económico con alto desempleo derivados de la Gran Depresión, así como de las enormes pérdidas que significó la Segunda Guerra Mundial. Aparte de las graves consecuencias socioeconómicas de ambas guerras, el cálculo político fue también un factor importante en la instauración del Estado de Bienestar; la amenaza de radicalización de la fuerza laboral y su gravitación hacia movimientos radicales de izquierda que llevó a revoluciones, primero en la Unión de Repúblicas Soviéticas Socialistas (URSS) y después en Europa del Este, se veía clara y alentaba concesiones pragmáticas a

la clase trabajadora para desmotivar alternativas políticas similarmente inaceptables. En cierto sentido, el estado de bienestar actuó como vacuna sociopolítica que hizo a las sociedades capitalistas industriales inmunes al comunismo.

Más aún, este régimen de protecciones, junto con la acumulación coordinada de capitales crearon ambientes estables que desencadenaron un periodo relativamente largo de prosperidad económica, de casi 30 años.¹ Ésta, la llamada *Golden Age* del capitalismo fue posible gracias a la inyección masiva de inversión pública en infraestructura física y humana, progreso tecnológico, crecimiento local y global en la demanda de bienes y servicios a través de una regulación efectiva de mercados y promoción de la economía por parte de los gobiernos. Durante esta etapa, los ingresos y los estándares de vida de la mayoría de la población en los países industrializados de occidente se incrementaron notablemente, como si una marea de crecimiento económico hubiera sacado a flote todo barco, grande o chico.

Con la amenaza del comunismo alejada mediante una larga Guerra Fría, los capitalistas del mundo se sintieron suficientemente confiados y comenzaron a cuestionar la legitimidad del estado de bienestar y las concesiones otorgadas a la clase trabajadora. Los capitalistas exitosos percibían el impresionante progreso económico como efecto de sus propios esfuerzos y del milagro del mercado libre, al tiempo comenzaron a ver a los gobiernos bajo una luz distinta. Éstos, dejaron de ser los administradores responsables de la economía o los promotores de la industria o protectores de patentes y se convirtieron en agentes que distorsionaban los mercados y extraían grandes cantidades de impuestos de las empresas para gastarlos en poblaciones que iban en aumento que eran dependientes de programas sociales. Concluyeron que el estado de bienestar había cumplido con su propósito y que no sólo ya no era

Jalil Safaei. Doctor. Departamento de Economía, Universidad de British Columbia del Norte, Canadá. Correo-e: safaeij@unbc.ca

necesario, sino que hasta se había convertido en un lastre para la economía y las empresas que ya no podían permitirse pagar buenos salarios con prestaciones a sus empleados. Los gobiernos habrían crecido demasiado y tornándose ineficientes y burocráticos, sobrentendiéndose de cuestiones nacionales mucho más allá de sus obligaciones acotadas relativas a la defensa nacional, la manutención del orden interno y la protección de los derechos de propiedad.

Desafortunadas políticas macroeconómicas a mediados de los años 70s del siglo pasado fueron puestas en marcha para enfrentar shocks de aprovisionamiento en las cadenas productivas a partir del aumento en los precios del petróleo, que minaron la verosimilitud de las políticas keynesianas que habían sido, hasta ese punto, exitosas en traer prosperidad y estabilidad económica.

Los niveles sin precedente de estanflación¹ que afectaron a occidente, más la confusión concurrente en términos de las políticas para encararla, crearon un vacío teórico que permitió que la llamada economía desde la producción-proveedor resurgiera como discurso paradigmático que pertrechaba orientaciones clásicas, neoclásicas o de *laissez faire*. Apoyado por líderes industriales frustrados, los proponentes del capitalismo de libre mercado lograron encumbrar gobiernos a su imagen y semejanza durante los años 80s del siglo pasado. Margaret Thatcher en el Reino Unido y Ronald Reagan en los EUA fueron sinónimos de la ideología gubernamental de que los mercados operan óptimamente si no son afectados y, por ende, que el mejor gobierno es el que regula mínimamente.²

El entusiasmo por los mercados libres se esparció por el mundo vía el facilitar de créditos y la manipulación discursiva por parte de las organizaciones internacionales encargadas de extender el libre comercio, la privatización de compañías estatales y entidades públicas, el desmantelamiento de las regulaciones y el monitoreo gubernamental.³ Como resultado, muchos países de la esfera occidental comenzaron a retirar sus barreras proteccionistas para

involucrarse en tratados de libre comercio bilateral, multilateral, regional y global abriendo sus mercados a la competencia extranjera. Gracias a la abundancia de mano de obra barata en “el sur”, sus paraísos fiscales y la falta de regulación de la producción en los países en desarrollo. Hizo que las actividades manufactureras fueran gradualmente trasladadas o subcontratadas en el Lejano Oriente y Latinoamérica, con el previsible resultado de un nivel más alto de desempleo e inseguridad laboral también en los países originalmente industrializados.

De forma paralela, la acumulación deficitaria de recursos forzaba a los gobiernos a recortar de sus carteras programas sociales y de seguridad social, ahora juzgados como obstáculos demasiado generosos para la generación de la flexibilidad laboral deseada.⁴ Estos cambios pudieron ser efectuados sin mucha resistencia porque el dominio ideológico desde la economía de libre mercado, que enfatiza la responsabilidad individual y la igualdad de oportunidades como características de un mercado sin intervenciones, ya había convencido a gran parte de las clases medias de que dichos recortes eran no sólo necesarios, sino moralmente justificados.

Surge de esto una transición en las economías capitalistas occidentales,³⁻⁶ desde el llamado estado de bienestar fordista al estado post fordista del ser en función del trabajo. Las capas marginales de la población, junto con los trabajadores pobres, así como las clases medias bajas, se abandonaron a una protección social en franco declive justo cuando más lo necesitaban. Como era de esperarse, la brecha económica entre pobres y ricos se profundizó substancialmente, pero esta desigualdad creciente ya no era una preocupación para muchos gobiernos occidentales. El colapso del Bloque Comunista entre 1989-90, así como la integración de China al orden capitalista propulsaron aún más la ola neoliberal a través de la esfera occidental bajo la idea de que la economía de mercado contemporánea es el único modelo viable y tal vez el mejor.

Tal nivel de confianza en la economía del mercado puro, no obstante, se ha visto ampliamente cuestionado desde la crisis financiera de 2008. Intereses financieros operando en un vacío de

¹ Estancamiento o recesión más inflación [N de T].

monitoreo y responsabilidad jurídica regulatoria casi doblegan la marcha de la economía capitalista dominante. Todos sabemos que fueron los rescates financieros masivos pagados por los gobiernos de todo el mundo a la totalidad de la industria financiera lo único que impidió una nueva gran depresión, tal vez más severa que su primera versión; en cambio, los rescates permitieron que la economía mundial se moviera hacia una gran recesión. La triste ironía es que los proponentes de la libre economía de mercado, que abogaban por una intervención gubernamental minimizada, precisamente lograron durante la crisis que los gobiernos intervinieran y rescataran a los mercados financieros quebrados. Lo anterior no ha obstado para que una vez ya asumidos los costos del rescate, las mismas compañías corresponsables de la crisis, se vean a sí mismas a flote y nuevamente en posición de calificar la confiabilidad crediticia de los propios gobiernos que las financiaron.

Puede que la economía haya sobrevivido la reciente crisis financiera y la recesión económica inmediata, pero la creciente desigualdad e injusticia social seguirán existiendo como un recordatorio permanente de que las economías de mercado no regulado con poca seguridad social están condenadas. Mientras las fuerzas sociales progresistas y las capacidades equilibrantes de los gobiernos sigan marginadas por las fuerzas neoliberales prevalentes, el sombrío estado de cosas presente sólo puede llevar a mayores problemas y a una creciente frustración en quienes buscan alternativas al status quo - alternativas que han dado mejores resultados en los países escandinavos.⁷⁻¹¹ Poco a poco la gente se da cuenta de la raíz de sus problemas socioeconómicos y expresan su frustración con dicho status quo. El reciente movimiento *Occupy Wall Street* es sólo un ejemplo de estas expresiones y es apenas sintomático de la forma que tomarán dichas expresiones vía nuevos y potentes medios sociales. Hemos también atestado la profundidad y la amplitud del resentimiento social prevalente en Grecia y en menor grado en los países europeos del sur.

Este estudio enfatiza el papel histórico de los programas sociales y la legitimidad del papel del Estado en la regulación de los mercados y en

proteger a aquéllos que son excluidos de o dados de baja por los mercados. Toma la perspectiva de que las políticas sociales encarnadas en toda clase de programas y protección social protegerían a la población contra problemas de salud, pobreza, desigualdad y otros males sociales.

El estudio va más allá de lo anecdótico e intuitivo o de la evidencia transversal para examinar las relaciones empíricas entre el bienestar y el gasto social en un grupo de países de la *Organisation for Economic Cooperation and Development* (conocida como OECD) de manera sistemática. El bienestar social es medido a través de resultados en salud, pobreza, desigualdad de ingresos y crimen, se utilizan datos de 1980 a 2009. El descubrimiento general del estudio es que el incremento en protección social a través del gasto gubernamental mejora la salud y reduce la pobreza, la desigualdad económica directamente y la criminalidad de manera indirecta al reducir la desigualdad.

El documento está organizado como sigue: la Sección II describe la metáfora de la vacuna social y su relación con las políticas sociales y los determinantes sociales sobre la salud; la Sección III, los datos y la metodología empírica del estudio; la Sección IV reporta los resultados de la estimación; la Sección V discute los resultados y la Sección VI concluye el artículo.

II. Vacunas sociales: política social y determinantes sociales de la salud

La metáfora de la vacuna social y su evolución

El concepto de vacuna social es relativamente reciente y su significado y alcance han seguido evolucionando. Puede que el origen del término se remonte a los estudios de orientación y psicología que consideran la autoestima como

... una vacuna social o dimensión de la personalidad que empodera a la gente y la inocula frente a un amplio espectro de comportamientos socialmente indeseables y autodestructivos...¹²⁻¹³

El concepto también ha sido usado en la literatura del VIH/SIDA con énfasis en la educación. Por

ejemplo, Baker y sus colegas enfatizan el papel crítico de la escolarización como una vacuna social frente al riesgo de infección por VIH.¹⁴ En la lucha contra el VIH/SIDA el concepto también ha sido ampliamente entendido como un “paquete abarcarde de educación preventiva, promoción del uso de anticonceptivos y edificación de comunidades”.¹⁵

La Organización Mundial del Trabajo (OIT) se ha manifestado por una vacuna que “previniera la exclusión social, protegiera los ingresos y los sistemas de seguridad social...”¹⁶ Una reciente definición del concepto propuesto:

Una vacuna social es un proceso de movilización político social que lleva a una mayor disposición por parte del gobierno y otras instituciones a intervenir con acciones dirigidas hacia las poblaciones más que a individuos, ésta dirigida a mitigar condiciones socioeconómicas estructurales que hacen a la población y comunidades vulnerables a enfermedades y trauma.¹⁷

En el estudio presente, la vacuna social es pensada como cualquier medida o serie de medidas conducentes a la protección de la sociedad contra cualquier amenaza, de la misma manera que una vacuna protege a un individuo contra amenazas a su salud; dichas medidas son, generalmente, referidas como políticas sociales. La noción de vacuna social es cercana a la de la OIT. Las políticas sociales son convencionalmente entendidas como un conjunto de programas o políticas implementadas principalmente por los gobiernos para proteger el bienestar de ciertos segmentos de la población para los cuales la distribución de ingreso y los recursos mediante las fuerzas del mercado no esté dando buenos resultados. Incluye programas de bienestar, asistencia pública, seguros de desempleo y medidas similares, colectivamente denominadas Estado de Bienestar.

Determinantes sociales de la salud

Las vacunas sociales se refieren a la salud y el bienestar de poblaciones enteras, específicamente, desde una perspectiva sobre la salud y el bienestar como resultados de la distribución de recursos a

través de una estructura social. Como tal, pertenece al paradigma de los determinantes sociales de la salud (DSS). Este paradigma considera que el entorno social y económico es el determinante clave en la salud de las poblaciones.¹⁸⁻²⁷ El ambiente social se refiere a grandes rasgos a las condiciones de vida y estatus socioeconómico de la gente. Dahlgren y Whitehead (1991) diseñaron el diagrama esquemático sobre los determinantes de la salud en los que su papel es contrastado con los determinantes individuales de constitución biológica (página siguiente).

La literatura asociada a los DSS crece rápidamente y comienza a filtrarse a los medios tradicionales, a pesar de la prevalencia del discurso biomédico.

La Comisión de DSS de la OMS en su reporte final ha declarado que “la injusticia social está matando a gente a gran escala”. Conmina a gobiernos y legisladores alrededor del mundo a reconocer el papel de los DSS al formular políticas que consideren e incidan sobre dichos determinantes.²⁷ Algunas de las áreas clave identificadas en la literatura en cuanto a los DSS serían: desarrolló temprano infantil, empleo y condiciones de trabajo, ingreso y pobreza, desigualdad, inclusión social, educación, género, raza, etnicidad y cultura.

Un hallazgo pivote de la literatura sobre los DSS es la existencia de desigualdades en la salud en relación con la dimensión socioeconómica, conocida como el gradiente de salud. Existe evidencia importante que muestra que entre más alto se está en la escala social, más sano se es. Por tanto, no es de extrañar que los pobres y los marginalizados sean los menos saludables. Estos gradientes de salud se pueden observar tanto dentro de cómo entre poblaciones. Los gradientes de salud en función de la dimensión socioeconómica fueron identificados por vez primera en el Reporte Negro.²⁹ Desde entonces, un gran número de estudios han producido evidencia de gradientes de salud en función de otros parámetros como: ingresos, educación, empleo, desigualdad, capital social, acceso a servicios de salud y demás.

Encarar los DSS a través de políticas sociales es una inversión preventiva fundamental desde los gobiernos, que ofrece altos retornos en términos de mejoría en la salud de la población y en la reducción de los costos en su atención y cuidado. No se debiera pensar en las políticas sociales como regalos a “inútiles dependientes de la caridad gubernamental”. Debieran ser vistas más como una vacuna social en la prevención de la enfermedad y otros males sociales como: pobreza, desigualdad, exclusión social, agitación social y crimen. Las políticas sociales ayudan a reducir la pobreza y la desigualdad mediante una redistribución secundaria del ingreso y otros recursos sociales que mejoran las condiciones de vida de aquéllos en la base de la pirámide social. Esta manera estrecha de ver a la política social es denominada política social residual. Sin embargo, cuando se extiende a inversiones en infraestructura pública, desarrollo infantil temprano, educación, protección y entrenamiento del mercado laboral y protección del medio ambiente, las políticas sociales llevarían a una distribución primaria más equitativa de ingreso y otros recursos. Esta perspectiva más amplia de la política social es llamada política social universal o transformativa.³⁰

III. Datos y metodología

Datos

Se utilizan los datos 1980 - 2009 de 25 países de la OECD para estimar la relación entre el bienestar y el gasto social. El bienestar social fue medido mediante los siguientes resultados en salud: esperanza de vida y tasas de mortalidad. También se tomaron en cuenta indicadores sociales como el índice de pobreza, la desigualdad de ingresos y el índice delictivo. El gasto social fue medido como el gasto social total y el gasto público en salud, ambos como proporción del Producto Interno Bruto (PIB) del país. El PIB per cápita, la tasa de desempleo o índice de sindicalización fueron usados como variables de control en cada modelo. Los datos acerca de los indicadores de salud fueron tomados de la OECD.³¹ Los de ingresos, desempleo, gasto social, pobreza y desigualdad de la base de datos en línea de la OECD (Stat Extracts).³² y los de crimen y homicidios de la base de datos de la Unión Europea (Eurostat).³³ Los relativos a la salud de la población (esperanza de vida y mortalidad) se obtuvieron para todo el

periodo (1980 - 2009) para casi la totalidad de los 25 países de la OECD, no así los de pobreza y desigualdad (los coeficientes GINI), limitados a algunos países selectos -desde mediados de los 80s y cada cinco años hasta el 2008- reduciendo los puntos muestrales significativamente. Como el coeficiente GINI es persistente y cambian sólo de manera gradual, los datos faltantes para el GINI fueron sustituidos utilizando una fórmula de promedios ponderados. Datos consistentes sobre crímenes y homicidios estaban disponibles sólo desde 1991 en adelante para casi todos los países de la muestra.

Metodología

Para el estudio se utilizó un Panel OLS de Efecto Fijo como método de estimación para captar tanto las dimensiones temporales como espaciales de los datos muestrales para dar cuenta de efectos no observables específicos a cada país. Con los datos sobre salud se hizo una regresión sobre el ingreso per cápita, gasto social en salud y gasto social total (ambos como proporción del PIB) en un periodo temporal específico. Para los indicadores sociales, incluyendo pobreza, desigualdad y crimen, se hizo una regresión sobre la índice de sindicalización, desempleo, ingreso per cápita, gasto social total (como proporción del PIB) y los coeficientes GINI, según el caso. De forma que un modelo típico para un índice de salud quedó especificado como:

$$S_{it} = f (PIB_{it}, GSS_{it}, GS_{it})$$

Dónde S_{it} es uno de los índices de salud mencionados en el país i durante el periodo t . La esperanza de vida se refiere a: aquella al nacer (EVN), a los 40 (EV40) y a los 64 (EV65), estimados separadamente para hombres y mujeres. Las tasas de mortalidad incluyen: mortalidad neonatal (MN), mortalidad infantil (MI) mortalidad materna (MM) y mortalidad multicausal restante (MMC) también para hombres y mujeres. El PIB_{it} se refiere al PIB en escala logarítmica, GSS se refiere a gasto social en salud como proporción del PIB, GS_{it} , al gasto social total como proporción del PIB. De aquí que un modelo para la pobreza haya sido especificado como:

$$POB_{it} = f (PIB_{it} , DSind_{it} , U_{it} , GS_{it} , GINI_{it})$$

Dónde POB indica la tasa de pobreza antes o después de impuestos y transferencias, DSind indica la índice de sindicalización (en porcentaje), Dsmpl, la tasa de desempleo y GINI el coeficiente de desigualdad en ingresos correspondiente. La desigualdad en desempleo en sí se modeló como:

$$\text{GINI}_{it} = f(\text{PIB}_{it}, \text{DSind}_{it}, \text{Dsmpl}_{it}, \text{GS}_{it})$$

GINI indica desigualdad en ingresos antes o después de impuestos y transferencias. Se presume que la desigualdad en ingresos incide en la pobreza y no al revés, en otras palabras, la pobreza es considerada un resultado de la distribución inequitativa de ingreso y no un factor para la primera. Por último, el crimen está dado por la siguiente fórmula, idéntica a la de la pobreza:

$$\text{CRIM}_{it} = f(\text{PIB}_{it}, \text{DSind}_{it}, \text{Dsmpl}_{it}, \text{GS}_{it}, \text{GINI}_{it})$$

CRIM denota el índice de criminalidad u homicidios en un país i en el tiempo t. Los resultados de las estimaciones para cada índice de salud y socioeconómicos se presentan en la siguiente sección.

IV. Resultados de la estimación

Para ahorrar espacio, los efectos fijos de corte transversal social en la muestra no se incluyen en

los cuadros que siguen, aunque, como se menciona, contribuyan significativamente a la variación de las variables dependientes. Los resultados de la estimación para las variables de salud se consignan en los Cuadros 1 y 2. Los relacionados con los índices socioeconómicos, en el cuadro 3. La tabla 1 muestra los resultados de la estimación para esperanza de vida femenina y masculina, separadamente.

Los resultados del Cuadro 1 muestran claramente que los ingresos brutos promedio más altos, así como el gasto social en salud y los totales más altos contribuyen a una esperanza de vida más alta al nacimiento (EVN), a los 40 (EV40) y a los 65 (EV65), para ambos sexos. Estas contribuciones son todos estadísticamente significativos al 1%, excepto para el EV65 para hombres, significativo al 5%. La magnitud de las contribuciones por ingresos y gasto social en la salud es consistentemente más alta para los hombres que para las mujeres, mientras que la contribución total del gasto social es consistentemente más alto para las mujeres. El número de observaciones varía a través de los modelos debido a la disponibilidad de datos. Los R²s son todos altos, indicando un buen ajuste, una buena parte de los R²s pertenece a efectos por país, los cuales no son reportados aquí.

Cuadro 1
Estimación de Esperanza de Vida

Variable dependiente	LEB		LE40		LE65	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
Constante	-28.74***	-0.979	-42.53***	-21.46***	-39.35***	-31.70***
PIB	9.769***	7.604***	7.598***	5.966***	5.268***	4.823***
GSS	0.388***	0.234***	0.255***	0.143***	0.243***	0.077**
GS	0.113***	0.161***	0.050***	0.109***	0.028**	0.093***
N	684	684	675	675	682	682
R ²	0.931	0.943	0.919	0.945	0.888	0.922

Notas:

*** y ** indican significancia estadística al 1% y 5%, respectivamente.
n es el número de observaciones muestra
R² es el coeficiente de determinación

Cuadro 2.
Resultados de la Estimación para Mortalidad

Variable dependiente	NMR	IMR	MMR	ACMR	
				Masc	Fem
Constante	85.00***	166.5***	106.8***	7475***	4034***
PIB	-7.456***	-14.35***	-8.399***	-626.3***	-328.2***
GSS	0.027	-0.893	-0.211	-20.26***	-7.950***
GS	-0.258***	-0.426***	-0.543***	-6.340***	-6.979***
n	644	673	609	617	617
R ²	0.887	0.816	0.903	0.909	0.915

Nota: *** indica significancia estadística de 1%. n es el número de observaciones muestrales y R² es el coeficiente de determinación.

El Cuadro 2 reporta los resultados de la estimación para los índices de mortalidad. Sólo los ACMR, mortalidad por otras causas, están desglosados para hombres y mujeres.

Como se esperaría, los factores que contribuyeron a una esperanza de vida más alta, debieran reducir la mortalidad. Los resultados del Cuadro 2 reflejan un patrón general de reducción de mortalidad en función del PIBs y gasto social más altos en total y hacia la salud. Aquí, también, las contribuciones son altamente significativas, excepto las relativos al gasto social en salud respecto a mortalidad neonatal (MN), infantil (MI) y materna (MM). EL patrón de magnitudes en las contribuciones por género que se observaron para la esperanza de vida tuvieron eco en los resultados para la mortandad pluricausal (MMC). Es decir, el PIB y el GSS contribuyen más hacia la MMC de los hombres, que de las mujeres, mientras que el GS contribuye más para la MMC femenina. Los R2 son un poco más bajos que los del Cuadro 1, pero todavía altos, por lo que constituyen un buen ajuste.

Pasando a los resultados en cuanto al desempeño socioeconómico reportado en el Cuadro 3, tenemos la estimación de los índices de pobreza y desigualdad -tanto antes como después de impuestos y transferencias- y los resultados para criminalidad y homicidios. En el caso de pobreza previa impuestos/transferencias, un ingreso promedio (PIB) más alto lleva a una pobreza menor. Los índices de sindicalización (DSind) y

desempleo (Dsmp) no parecen contribuir a la pobreza. En cuanto a la pobreza después de impuestos y transferencias, no tiene una contribución directa del PIB, pero otros factores contribuyen en distintos grados de significancia estadística. Una índice de sindicalización más alta hace tender a una pobreza más baja, mientras que un desempleo más alto la incrementa. Como en el caso de la pobreza antes de impuestos y transferencias, tanto el gasto social (GS), como el índice GINI, contribuyeron con distintos grados de significancia estadística a la pobreza ya con impuestos y transferencias, aunque la contribución del gasto social total (GS) fue en la dirección opuesta, lo cual se discutirá más adelante. Los resultados al estimar la desigualdad (de ingresos) previa impuestos/transferencias fueron muy similares al estimarlos después de los mismos. Un PIB más alto o más desempleo están asociados a una mayor desigualdad en un país, mientras que una índice de sindicalización más alta, a una menor desigualdad.

La contribución del GS a la desigualdad antes y después de la fiscalización es idéntica en magnitud, pero con signos opuestos, haciendo eco a la misma pauta encontrada para la pobreza. La última serie de resultados en el Cuadro 3 indica que ingresos más altos estuvieron asociados a una baja en el total de crímenes, mientras que desempleo y desigualdad altos (GINI) incrementaron el crimen total del país. El mismo patrón se observó para homicidios, no obstante, la.

Cuadro 3.
Estimación de indicadores sociales

Variable dependiente	Pobreza		Desigualdad		Crimen	
	BTT	ATT	BTT	ATT	Total	Homicidio
Constante	20.15 ^{***}	0.611	-0.520 ^{***}	-0.444 ^{***}	198.7 ^{***}	24.64 ^{***}
PIB	-3.278 ^{***}	0.617	0.089 ^{***}	0.081 ^{***}	-15.53 ^{***}	-2.676 ^{***}
Índice De Sindicalización	-0.029	-0.069 [*]	-0.001 ^{***}	-0.001 ^{***}		
U	0.016	0.043 ^{***}	0.003 ^{***}	0.004 ^{***}	0.597 ^{**}	-0.006
GS	0.312 ^{***}	-0.127 ^{**}	0.003 ^{***}	-0.003 ^{***}	0.165	-0.076
GINI	76.61 ^{***}	27.27 ^{***}			49.21 ^{**}	14.42 ^{**}
n	101	115	398	478	313	285
R ²	0.935	0.942	0.866	0.892	0.966	0.946

Nota: ***, ** y * indican significancia estadística al 1%, 5% y 10% respectivamente

BTT AIT se refieren a antes de impuestos y transferencias

ATT DIT se refieren a después de impuestos y transferencias

magnitud de las contribuciones (los coeficientes) fueron significativamente más pequeños para la tasa de homicidios. Por otra parte, la contribución del desempleo al no fue significativa

V. Discusión

Los resultados obtenidos fueron una evidencia fuerte en cuanto a la contribución positiva del gasto social y un ingreso promedio más alto sobre la esperanza de vida. Para ilustrar la magnitud de dicha contribución, un incremento unitario en PIB per cápita en escala logarítmica equivale a un aumento de 9.8 años al nacer para hombres y 7.6 para mujeres. Los aumentos en la esperanza de vida decayeron con el aumento en la edad, por lo que el mismo incremento en ingresos se tradujo en un aumento de 5.3 y 4.8 años de vida para hombres y mujeres de 65 años, respectivamente.

Es interesante notar que los aumentos en la esperanza de vida son consistentemente más altos para los hombres que para las mujeres. Tal vez las mujeres no estén recibiendo su parte proporcional del ingreso en los países ricos. Tanto el gasto social total como el gasto social en la salud contribuyen a una esperanza de vida mayor para hombres y mujeres. Como con el ingreso, estas contribuciones declinan con la edad; por ejemplo, un incremento de una unidad en gasto en la salud (como porcentaje del PIB) lleva a un aumento en de 0.39 años al nacimiento y sólo de 0.24 a los 65 años en el caso de los hombres. Por otra parte, el

mismo aumento en el caso de las mujeres conlleva un aumento de sólo 0.23 años al nacimiento y 0.08 a los 65. Mientras que la contribución del gasto en salud sobre la esperanza de vida es más alta para hombres que para mujeres, la contribución del gasto social total es más alta en el caso de las últimas. Una posible interpretación es que las mujeres se benefician más de los otros tipos de gasto social (educación, cuidado a la infancia, vivienda). La contribución de un ingreso más alto y el gasto social a la reducción de la mortandad como se acusa en el Cuadro 2 tiene eco en nuestros resultados para esperanza de vida. Como era de esperarse, un ingreso más alto y mayor gasto social (tanto en salud como en total) contribuyen fuertemente a la baja de tasas de mortandad. Por ejemplo, el incremento de una unidad en escala logarítmica del PIB per cápita reduce la mortandad infantil por 14.3 (por cada 1000 nacidos vivos) y reduce la mortandad pluricausal en hombres por 626 (por cada 100,000). Un incremento de una unidad como porcentaje del PIB reduce la mortandad materna en 0.54 (por 1000 nacidos vivos) o la mortandad materna pluricausal en casi 7 (por cada 100,000). Aunque las contribuciones del gasto en salud a la reducción de la mortandad neonatal, infantil y maternal no son estadísticamente significativas, la contribución del gasto social en su totalidad sí. Muchos estudios han evidenciado tasas de mortandad infantil más bajas en función de un gasto social generoso^{7, 9-11, 34}. El mismo patrón de género se repite en el caso

de mortandad pluricausal. Es decir, mayores contribuciones del gasto en salud a la reducción de mortandad masculina y la correspondiente del gasto social total a la femenina, lo cual refuerza la importancia del gasto social más allá de la salud para las mujeres.

Los resultados para pobreza y desigualdad económica, reportados en el Cuadro 3, mostraron algunos patrones interesantes: un ingreso promedio más alto redujo la pobreza antes de impuestos/transferencias pero aumentó la desigualdad, antes y después de compensaciones. La implicación fue que la generación de ingresos más altos, si bien corrió la distribución general a la derecha, también tendió a favorecer a aquéllos ya del lado alto en la distribución de ingresos.

Una índice de sindicalización mayor llevó a una tasa de pobreza más baja y a una desigualdad menor, antes y después de redistribuciones, en la medida en que representó la capacidad de negociación de los trabajadores. Esto mostró que los derechos colectivos de negociación aseguraron salarios más altos y una distribución más compacta de los mismos.³⁵⁻³⁷ Un más alto desempleo como indicador del ambiente económico tendió a incrementar la pobreza (después de impuestos y transferencias) y la desigualdad. Este resultado, más o menos predecible, indicó que el desempleo podría llevar a la gente no sólo a la pobreza, sino también a una capacidad de negociación más baja para los trabajadores menos calificados que todavía tienen trabajo, provocando que acepten salarios menores y, por tanto, ampliando la desigualdad de ingresos. Otro descubrimiento notable es que la contribución de la desigualdad creciente en ingresos para un nivel de pobreza más elevado crea una presión al alza de precios de manera que el costo de la subsistencia sube también, a pesar del papel mitigante del gasto social. La contribución del gasto social total a la pobreza y la desigualdad fue también interesante e interpretarlo requiere de cuidado. Como es de esperarse, un gasto social más alto redujo tanto la pobreza como la desigualdad después de impuestos y transferencias. No obstante, el gasto social estuvo también asociado positivamente a la pobreza y la desigualdad antes de dichas compensaciones. Este resultado inesperado puede interpretarse como una respuesta en términos de

política pública por parte de los gobiernos frente a la pobreza y la desigualdad prevalentes. Es decir, los niveles de pobreza y desigualdad elevados provocaron que los gobiernos elevaran el gasto social. En todo caso, este resultado pudo ser sintomático de una causalidad bidireccional entre el gasto social, pobreza y desigualdad.

Finalmente, los resultados para tasas de criminalidad y homicidios apoyaron la postura de que un ingreso promedio más alto contribuía a la baja en el crimen y la tasa de homicidios. Como era de esperarse, esa contribución fue mucho más acusada para la tasa total de criminalidad -que incluye muchos delitos menores, como el robo- que en el caso más grave del homicidio. De manera similar, la desigualdad en ingreso contribuyó al crimen y, de nuevo, más al crimen en general, que al homicidio. Aparentemente, los sentimientos de injusticia -percibida o real- potenciarían la actividad criminal. De forma similar, un desempleo más alto también contribuiría al crimen, pero no al homicidio. Los resultados también mostraron que el gasto social total no es un factor suficientemente fuerte para mitigar la confluencia de los otros factores, dado que su contribución no fue estadísticamente significativa. Es posible que gastos orientados específicamente hacia el desempleo juvenil, educación, apoyo a las familias y resolución de conflictos fueran más efectivos como respuesta en términos de políticas de reducción del crimen.

VI. Conclusiones

Los resultados del estudio demostraron consistentemente que ingresos, gasto social total y en salud tuvieron un efecto favorable en la esperanza de vida y en las tasas de mortalidad. En cuanto a la pobreza; la índice de sindicalización y el gasto social la redujeron, mientras que el desempleo y la desigualdad la aumentaron. De manera similar, una índice de sindicalización y gasto social altos redujeron la desigualdad (después de impuestos y transferencias), pero el desempleo la incrementó. El desempleo, junto con la desigualdad, incrementó el índice de criminalidad (y de homicidios) en un país. Aunque el gasto social no incidió en la criminalidad directamente, sí afectó los índices delictivos

indirectamente a través de reducir la desigualdad, que a su vez incidió en la criminalidad.

Estos resultados apoyan evidencia ya existente sobre el papel decisivo de los determinantes sociales sobre la salud. Implican que incrementar el ingreso y reducir la desigualdad a través del gasto social -como parte de una política social universal- paga bien en términos de una mejoría significativa en la salud de la población, una mejoría en la situación económica de la misma por reducción de la pobreza y desigualdad y mejorías en el cuerpo social por reducción de la criminalidad. Con todo y que potenciar el bienestar y protección social son moralmente justificables en sí mismos, los resultados implican que hasta una visión racional concentrada en la relación costo/beneficio de las políticas públicas debiera encontrar en las políticas sociales una herramienta útil -o vacuna- en contra de enfermedades, pobreza, desigualdad y crimen. A un nivel más amplio, la política social también puede reducir la tensión social, agitación popular y caos político, los cuales van en detrimento de la seguridad, estabilidad y sostenibilidad a largo plazo de una sociedad.

Referencias

1. Glyn A, Hughes A, Lipietz A, Singh A. The Rise and Fall of the Golden Age. World Institute for Development Economics Research (WIDER) of the United Nations University, Working Paper 43, 1988. [cited 2012 May 25]; Available from: http://www.wider.unu.edu/publications/working-papers/previous/en_GB/wp-43/_files/82530823382895079/default/WP43.pdf
2. Pierson P. Dismantling the Welfare State: Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
3. Jessop B. The welfare State in Transition from Fordism to Post-Fordism. In: Jessop B, Kastendiek H, Nielson K, Pederson OK, editors. The politics of Flexibility: Restructuring State and Industry in Britain, Germany and Scandinavia. Aldershot: Edward Elgar; 1991. P. 82-105.
4. Jessop B. The Transition to Post-Fordism and the Schumpeterian Workfare State. In: Burrows R, Loader B, editors. Towards a Post-Fordist Welfare State? London: Routledge; 1994. P. 13-37.
5. Torfing J. Towards a Schumpeterian Workfare Post-National Regime: Path shaping and Path Dependency in Danish Welfare State Reform. *Econ Soc.* 1999; 28: 369-402.
6. Esping-Andersen G. Social Foundations of Postindustrial Economies. Oxford: Oxford University Press; 1999.
7. Coburn D. Beyond the Income Inequality Hypothesis: Class, Neo-Liberalism, and Health Inequalities. *Soc Sci Med.* 2004; 58: 41-56.
8. Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J. Politics and Health Outcomes. *J Lancet.* 2006; 368: 1033-37.
9. Bambra C. Health Status and the Worlds of Welfare. *Social Policy and Society.* 2006; 5: 53-62.
10. Chung H, Muntaner C. Welfare State Matters: A Typological Multilevel Analysis of Wealthy Countries. *Health Policy.* 2007; 80: 328-339.
11. Eikemo TA, Bambra C, Judge K, Ringdal K. Welfare State Regimes and Differences in self-Perceived Health in Europe: A Multi-Level Analysis. *Soc Sci Med.* 2008; 66: 2281-95.
12. California State Department of Education. Toward a State of Esteem – The Final Report of the California Task Force to Promote Self-esteem and personal and Social Responsibility. 1990. [cited 2012 May 25]; Available from: <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED321170.pdf>
13. Walz GR. Counseling To Enhance Self-Esteem. *ERIC Digest.* 1991. [cited 2012 May 25]; Available from: <http://www.ericdigests.org/pre-9219/self.htm>
14. Baker DP, Collins JM, Leon J. Risk factor or social vaccine? The historical progression of the role of education in HIV and AIDS infection in Sub-Saharan Africa. *Prospects.* 2009. doi: 10.1007/s11125-009-9097-y.
15. Ministry of Foreign Affairs, Japan. Japan's Initiative in the Fight against Infectious and Parasitic Diseases. Kyushu-Okinawa G8 Summit. Okinawa; July 2000. [cited 2012 June 10]; Available from: <http://www.mofa.go.jp/policy/oda/summit/infection.html>
16. International Labour Organization (ILO). HIV/AIDS and the World of Work – ILO Response. 2005. [cited 2012 June 12]; Available from: <http://www.ilo.org/public/english/region/afpro/hara/re/protection/hivaids.htm>.
17. Baum F, Narayan R, Sanders D, Patel V, Quizhpe A. Social vaccine to resist and change unhealthy social and economic structures: a useful metaphor for health promotion. *Health Promot Int.* 2009. doi: 10.1093/heapro/dap026.
18. Marmot M, Kogevinas M, Elstom MA. Social/economic status and disease. *Annu Rev Public Health.* 1987; 8: 111-135.

19. Feinstein JS. The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature. *Milbank Q.* 1993; 71: 279-322.
20. Evans RG, Barer ML, Marmor TR, editors. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: Aldine De Gruyter; 1994.
21. Marmot M, Wilkinson R, editors. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press; 1999.
22. Pickett KE, Pearl M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health.* 2001; 55: 111-122.
23. Wilkinson R, Marmot M, editors. Social Determinants of Health – The Solid Facts. 2nd ed. Geneva: WHO; 2003.
24. Navarro V, editor. Political and Economic Determinants of Population Health and Well-Being – Controversies and Developments. Amityville, New York: Baywood Publishing Company; 2004.
25. Raphael D, editor. (2004). Social Determinants of Health – Canadian Perspectives. Toronto: Canadian Scholars' Publishing Company; 2004.
26. Safaei J. Is Democracy Good for Health? *Int J Health Serv.* 2006; 36(4): 767-786.
27. Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization; 2008.
28. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
29. Townsend P, Davidson N, editors. Inequalities in health: The Black report. Harmondsworth: Penguin Books; 1982.
30. Haarstad H, St Clair AL. Social policy and global poverty: Beyond the residual paradigm? *Glob Soc Policy.* 2011; 11(2-3): 214-219.
31. OECD [Internet]. OECD Health Data. [cited 2012 June 5]; Available from: <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm>
32. OECD [Internet]. OECD StatExtract database. [cited 2012 June 5]; Available from: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
33. Eurostat [Internet]. European Commission Eurostat. [cited 2012 June 8]; Available from: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
34. Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga A, Rodriguez-Sanz M, Verges N, Pasarin MI. Politics and health outcomes. *J Lancet.* 2006; 368(9540): 1033-1037.
35. Bennett J, Kaufman BE. What Do Unions Do? A Twenty Year Perspective. Edison NJ: Transaction; 2007.
36. Zweig M. The Working Class Majority: America's Best Kept Secret. Ithaca NY: Cornell University Press; 2000.
37. Zweig M. What's Class Got to Do with it? : American Society in the Twenty-First Century. Ithaca NY: Cornell University Press; 2004.

Recibido: 6 de diciembre de 2012.

Aprobado: 6 de enero de 2013.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos