

Año 3
Número 3
verano 2016

Revista de Políticas Sociales

Esperanza de vida al nacer, mortalidad y crisis global

Unas notas sobre la pobreza y los alcances de la política sanitaria

Enrique Aschieri

Docente de la
Licenciatura
en Economía
UNM

aschierenrique@yahoo.com.ar

La economía global anda a los tumbos desde que se desató entre 2007 y 2008 la llamada crisis *sub-prime*. Las perspectivas que se albergan para dejar atrás la mala hora no son precisamente halagüeñas.¹ En medio de alucinantes flujos financieros que van y vienen dando vuelta por los cielos, sin que la riqueza real tome nota –al menos para no perder de vista que hay seres humanos detrás de toda la arrebatada y rabiosa riqueza abstracta que gira y gira–, cabe hacer aflorar el clavo en el zapato de las posibles consecuencias que la debacle podría propinar a la salud humana. En tales circunstancias, con la riqueza real en retirada, es esperable que tome nota, estropeándola desde los ángulos de la esperanza de vida al nacer (EVN) y la mortalidad.

En este mundo que en muchos aspectos está lejos de haber dejado de ser maltusiano –el hiato centro-periferia es buena prueba de ello–, para examinar la pertinencia y alcance de los criterios de formulación de la contingente respuesta nacional a los problemas sanitarios como tendencias globales –más allá del hecho de que los agentes infecciosos ignoran las fronteras políticas– es menester tomarle el pulso a las diferentes aproximaciones e hipótesis en pugna que pululan por el mundo académico, sin que al parecer haga falta recordar lo que Lord Keynes decía sobre los fantasmas intelectuales que acosan a aquellos hombres prácticos que se consideran completamente liberados de ellos. Particularmente, queremos inquirir cómo juegan implícitamente los diferentes enfoques en la situación que se da en el debate público y publicado. Cualquier decisión de gasto del Estado a favor de la alegría de vivir recibe el reproche de una (generalmente) variopinta coalición *ad hoc*, a socaire del sambenito de que con esas partidas presupuestarias se podrían haber construido ene cantidad de hospitales. Se la enfrenta con la melancolía de la convalecencia y el estertor.

Si bien es curiosamente serio y descalificador que el debate por lo común ignore o prescinda olímpicamente de los óptimos relacionados –y aún que cuando los tuviera en cuenta sus objeciones se relativizarían–, lo destacable es que tal criterio estaría poniendo de manifiesto la creencia de que una sociedad pobre puede ser sana con sólo gastar “adecuadamente” en salud pública, mientras implícitamente se reivindica la frugalidad como norma de comportamiento público. Otra vez Lord Keynes, pero ahora para comprobar cómo, junto a sus seguidores, devino en el epítome de los perfectamente desconocidos.

La indagación sobre las hebras con las que se teje la trama académica de tal “creencia” nos servirá para responder al interrogante acerca de cómo es que juega en la superestructura ideológica del subdesarrollo –en vista del “carácter afirmativo de la cultura” (Marcuse, 1967)– este asunto poco o nada saludable: el de la cultura del atraso.

Cuadro de situación

La situación que intentamos examinar comienza a delinear sus contornos a partir del Cuadro 1, tomado de Riley (2005: 541) y ampliado con cifras de Maddison (2002), para considerar las regiones más desarrolladas contra las más pobres del planeta, en términos de las consecuencias sobre la EVN de la dinámica del desarrollo desigual² del mundo tal cual es. (Cuadro 1)

1. Para una visión ortodoxa de este proceso ver Spence *et al* (2015). Para un abordaje heterodoxo, Cline y Vernengo (2015).

2. Sobre el desarrollo desigual conviene tener presente que Arghiri Emmanuel (1974) reafirma su ineludible existencia al salirle al cruce a las tesis de Bill Warren (1973), quien había sostenido que el desarrollo de la periferia como un todo era posible, atendiendo que

Cuadro 1
Regiones con más alta y más baja esperanza de vida al nacer y diferencias, con respectivos PBI per cápita y razón, 1800-2001

	a	b	c = a - b	d	e	f = d /e
	Esperanza de Vida			Producto Bruto Per Cápita		
Años	Alta	Baja	Diferencia	PBIpc a	PBIpc b	Razón
1800-1820	35,6	26,4	9,2	1.230	420	2,9
1850-70	36,3	26,4	9,9	2.430	440	5,5
1900-1913	51,0	26,4	24,6	5.260	550	9,6
1950	64,7	35,6	29,1	9.290	440	21,1
1973	70,9	46,9	24,0	16.170	840	19,3
1990-2001*	76,8	50,5	26,3	26.150	1.370	19,1

(*) PBIpc de 1998

Fuente: elaboración propia sobre Riley (2005) para EVN y para PBIpc, Maddison (2002). Los PBIpc en dólares de 1990 GK.

El cuadro original de Riley así modificado amerita varias lecturas, pero nótese cómo, a medida que se va ensanchando la razón entre los PBI per cápita, se amplía la diferencia entre las respectivas regiones en la EVN a favor de la más próspera. Asimismo, puede observarse que recién en 1998 la región pobre alcanza un PIB per cápita similar al que poseía la región rica en 1820. La esperanza de vida de los prósperos era en 1820 de 35,6 años, la de los menesterosos del planeta en 1998 de 50,5 años. La cuestión de saber a qué se deben esos 15 años de diferencia con un mismo ingreso nos deposita en el debate sobre política sanitaria, en el que se entreveran las “transiciones”, el salario versus la tecnología médica, y la incumbencia de la llamada “trama social”, que son los

en el debate actual de la mano del *decoupling* (desacople) de Arthur Lewis (2015 [1977]) algunas voces se hacen sentir, esgrimiendo que la periferia desde hace década y media viene creciendo –singularmente su PBI per cápita– más que el centro, a raíz de haber “desacoplado” su ciclo comercial del centro y comerciar entre sí. Ver, por ejemplo, Akyüz (2012). Por cierto, suponen que ese crecimiento “desacoplado” sería sostenible si se logra vencer algunos difíciles condicionantes.

temas que trataremos en este trabajo. Es menester, entonces, adentrarse con algún detalle en cada una de estas tenidas, a fin de alcanzar el acotado objetivo que nos propusimos con estas notas.³

Las proyecciones demográficas indican que la esperanza de vida va a seguir sin detenerse, hasta el límite aún impreciso en donde la naturaleza está aguardando el arribo de la longevidad posible de la especie humana. Sin embargo, los interrogantes sobre el porvenir inmediato y mediano que suscitan los datos volcados en el cuadro 1 no estriban sobre la distancia que falta recorrer hasta la infranqueable frontera natural, sino que nos interpelan en el plano de las respuestas que genere la cultura para que resulte posible el avance de la EVN, cuando todo pinta para el retroceso de la mano de la crisis. Grushka contabiliza siete factores que inciden sobre la esperanza de vida al nacer: tres positivos (p) y tres negativos (n), y advierte de uno “con efecto neto poco claro: los estilos

3. Esta forma de presentar la cuestión es muy diferente a la de Preston (1975), sobre la que volveremos hacia el final.

de vida modernos” (Grushka, 2014: 17).⁴ Por poco claros que devengan sus efectos netos, para Himes tienen una importancia capital, puesto que si bien la atención médica puede reducir estos riesgos de la salud en la edad adulta resultantes de la predisposición genética, las experiencias de la infancia y el medio ambiente, “los constituyentes del estilo de vida juegan un papel muy importante en el desarrollo de la mayoría de las enfermedades crónicas”. Eso lo lleva a postular que la comprensión del connubio “entre los comportamientos de salud y el desarrollo de la enfermedad es fundamental para la proyección de las necesidades de salud y de atención futura de la población”. En la actuación conjunta de ambos ítems cifra la mejoría observada en la salud de los países desarrollados (Himes, 2011: 304-305).

Transiciones

Lo primero que debe advertirse es que los núcleos del debate son dos, con un tercero en discordia que pone en duda ambos, asunto éste último que abordaremos en la próxima sección. El primer núcleo es entre los que creen en la convergencia entre causas de muerte y esperanza de vida, y los “divergentes”, que creen exactamente lo contrario. El segundo núcleo es sobre las dos categorías que los unifican en sus respectivas posturas: la teoría de la transición epistemológica versus la teoría de la transición de la salud.

El modelo básico de transformación de patrones de salud y enfermedad a través de la transición epidemiológica (Omran, 1971) propone que hay una tendencia histórica por la que tiende a disminuir la prevalencia de cuatro grupos de problemas de salud: a) enfermedades infecciosas y transmisibles, diarreas, enfermedades prevenibles por vacunas y enfermedades transmitidas por vectores; b) mala salud reproductiva y materno-in-

fantil; c) deficiencias nutricionales; y d) enfermedades relacionadas con las malas condiciones sanitarias. Según este modelo, estas condiciones tradicionales son reemplazadas por un nuevo conjunto de condiciones “modernas”: a) enfermedades cardiovasculares; b) diferentes formas de cáncer; c) trastornos y enfermedades mentales, enfermedades relacionadas con la longevidad, incluyendo Alzheimer; d) accidentes ocupacionales y de tránsito; y e) enfermedades emergentes y reemergentes, incluyendo sobrepeso y obesidad, diabetes e hipertensión, además del VIH/SIDA. El modelo también dice que esta transición procede en diferentes formas en distintas partes del mundo y momentos históricos, y que la organización y desenvolvimiento de los sistemas de salud pueden promover o inhibir avances en la salud pública. De hecho, los países de América Latina y el Caribe han seguido diferentes trayectorias (Omran, 1996). En otras palabras, los perfiles emergentes de salud sugieren que la transición epidemiológica no es solamente el reemplazo de un juego de enfermedades por otro, sino una superposición epidemiológica de condiciones tradicionales y modernas. Los desafíos que se presentan al sector público y la sociedad civil son, por lo tanto, sustanciales.

Sin embargo, “la llamada transición epidemiológica [que] describe el proceso empírico de descenso de la mortalidad (...) acompañado por una transformación en la estructura de sus causas” avanza en su fuerza descriptiva, de la mano de una más abarcadora “teoría de la transición de la salud”, que resulta “un concepto más amplio, el cual incluye al primero”, siendo que el segundo componente, “que puede denominarse ‘transición de la atención a la salud’, se refiere al proceso de cambio en los patrones de la respuesta social organizada a las condiciones de salud” (Frenk *et al*, 1991: 450). En consecuencia, si consideramos que “la transición epidemiológica tiene (o debe tener) un efecto determinante sobre el sistema de atención a la salud”, en tanto que –para decirlo de manera tosca pero que allana la argumentación puesta en juego– los pobres mueren infectados y los ahitos de viejos, padeciendo enfermedades crónicas, el proceso tiene el potencial de exacerbar “el riesgo de que la polarización epidemiológica ocasione una competencia por la definición de prioridades entre tipos de patología y por la asignación correspondiente de recursos”, de suerte tal que “la forma de abordar estos posibles conflictos consiste en asumir el reto de desarrollar modelos innovadores de servicios, mediante los cuales la transición epidemiológica sirva como guía para lograr la correspondiente transición de la atención a la salud” (Frenk *et al*, 1991: 459).

4. Los tres positivos son: 1p) la reducción de los niveles de privación y el mejoramiento de las viviendas; 2p) el apoyo público para mejorar la salud, los ingresos y el gasto en avances médicos; 3p) el descenso en la prevalencia de la población fumadora. Los tres negativos: 1n) la obesidad; 2n) la emergencia de nuevas enfermedades (HIV, SARS); 3n) la reaparición de viejas enfermedades (por ejemplo, tuberculosis).

El punto está ahí. La teoría de la transición epidemiológica sugiere reemplazar una colección de enfermedades por otra, o traslaparlas. La teoría de la transición de la salud, en cambio, dice que tal reemplazo no permite concebir el diseño de políticas más adecuado, puesto que se está suponiendo que todo el peso recae sobre los avances y la aplicación de tecnología médica, dejando a un lado lo que antes y ahora fue clave para esa visión: la trama social.⁵

Las mejoras en la nutrición y la salud en general –por la difusión de los estándares y las innovaciones provenientes de los países desarrollados– perfilaban el escenario convergente. Desde allí se esperaba que se acelerara la baja de la mortalidad, aupada en los países periféricos por el *stock* de enfermedades infecciosas que albergaban, fáciles de tratar con ese utillaje que incluía medicamentos muy baratos. Al mismo tiempo, se aguardaban menos progresos en los países de baja mortalidad a causa de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Shkolnikov señala al respecto que en las décadas del 70 y del 80 del siglo pasado “las proyecciones mundiales de la División de Población de la ONU suponían una ganancia en la esperanza de vida al nacer de 2,5 años cada cinco años calendario para los países con una esperanza de vida por debajo de los 62 años, después de lo cual la ganancia se reduciría a cerca de dos años” (Shkolnikov, 2004: 2). Cuando arribó la década del 90, la convergencia global a la baja mortalidad en las siguientes décadas era casi unánime en casi todas las previsiones. Pero divergió. Es que “según la División de Población de la ONU, en 2001 la esperanza de vida al nacer en siete países fue menor que en 1960, y en 26 y 40 países fue menor que en 1980 y 1990, respectivamente”.

Mientras en los 70 los demógrafos aguardaban que la convergencia tuviera su día, sin ser advertido operaba un aumento de la mortalidad en

la ex Unión Soviética y se estancaba en Europa del Este, lo que marcó el comienzo de una reversión sin precedentes de la mortalidad a largo plazo. Lo mismo ocurría con grupos vulnerables en otros países occidentales. Entre 1980 y 1990 las diferencias socioeconómicas en la mortalidad se ampliaron en la mayoría de los países desarrollados. El hecho que los estudios mostraran que el peso del aumento de la mortalidad recaía en la población de 25 a 65 años de edad –por efecto del alcohol, los accidentes y la violencia, la presión sanguínea o el cáncer de pulmón– ponía de manifiesto que “esta desviación en el ritmo regular en el descenso continuo y generalizado de la mortalidad demostró que ciertas combinaciones de las condiciones socioeconómicas y socio psicológicas con los patrones epidemiológicos pueden causar reversiones significativas de la mortalidad en las poblaciones nacionales” (Shkolnikov, 2004: 2).

En sentido global en los 70 se había logrado controlar las epidemias, pero en África al Sur del Sahara en los 80 el SIDA hizo volver la terna. Para el resto del continente la malaria y la tuberculosis avanzaron. Como secuela, “en la parte sur y sur-oriental de [esa] región, la esperanza de vida estimada ha vuelto a los niveles característicos de la década 1950–1960, mientras que la probabilidad de muerte en las edades de 15 a 55 años se ha elevado cerca del 50% en la década de 1990” (Shkolnikov, 2004: 3).

Debe consignarse que el grueso de las reversiones de mortalidad acontecidas durante los 80 y los 90 se debió al exceso de mortalidad de los adultos, lo que localiza las causas en las condiciones socioculturales. En contraste, se verifica que “la esperanza de vida al nacer ha aumentado continuamente en la mayoría de los países de Asia y América Latina, apoyando el continuo acrecimiento en la prolongación de la vida media en el planeta”. Asimismo, entre “1980 y 1990 los países occidentales hicieron avances espectaculares en la reducción de la mortalidad debida a enfermedades cardiovasculares en edades avanzadas, la que alcanzó niveles muy altos de longevidad” (Shkolnikov, 2004: 3).

5. Una buena ilustración de cómo examinar la realidad a partir de la lente de la “transición de la salud” la proporciona, McQuestion, en una investigación que hizo centrada en Colombia y Paraguay, donde explica que “la hipótesis central de este estudio es que los efectos de la interacción social contribuyeron a evitar que recrudesciera la mortalidad en América Latina durante los años ochenta mediante el cambio de los comportamientos relativos a la salud y la intensificación de la producción de salud en el hogar, compensando efectivamente los efectos negativos del ingreso emanados de una recesión prolongada. La conclusión de que las fuerzas sociales afectan los resultados de salud individuales por encima de las fuerzas económicas y de otra índole explicaría cómo la gente puede estarse volviendo más sana mientras se sigue empobreciendo” (McQuestion, 2001: 199).

Epistemología Crítica

Vallin y Meslé (2004) sugieren que la noción de una transición epidemiológica, caracterizada por una secuencia fija de eventos, no es adecuada para la comprensión de las mejoras en la esperanza de vida observadas entre los países en los últimos 200 años. Expresan que la evolución de la esperanza de vida entre los países, y por lo tanto la evolución de la desigualdad en la EVN, es impulsada por nuevos conocimientos y por la absorción gradual de este nuevo conocimiento en las diferentes sociedades. Por lo general, mientras van apareciendo los nuevos conocimientos y algunos países aprovechan las tecnologías desarrolladas, se tiene como resultado un aumento en la desigualdad de salud, lo que refleja el acceso diferencial a los nuevos beneficios en los países. Los autores se preguntan si “una serie de países, principalmente en África subsahariana, parecen ser excepciones a esta globalización de la primera etapa de la transición de la salud” (Vallin y Meslé, 2004: 19). Y responden negativamente, puesto que “estos casos no constituyen verdaderas excepciones a la transición epidemiológica, ya que el esquema postula un cambio económico y social normal que finaliza en la ‘tercera etapa’ de Omran” (Vallin y Meslé, 2004: 20). Para estos autores, la “transición epidemiológica” de Omran está comprendida como primera etapa de la “transición de la salud”. Lo que entienden que obliga a revisar la teoría de Omran –e inscribirla como una primera etapa de la de Frenk *et al*– es justamente que “las razones detrás de la aparición o reaparición de enfermedades infecciosas no son diferentes de las que rigen la segunda fase de la transición de Omran: el peligro de infección nunca puede ser completamente erradicado, sólo puesto bajo control, y si la batalla se libra en condiciones desfavorables, todo lo que se ha adquirido de repente se puede perder, como lo demuestra la dramática situación en África” (Vallin y Meslé, 2004: 13).

Frente a esta enmienda, Farmer, un antropólogo, es crítico –o al menos muy escéptico– acerca de la teoría de la transición de la salud. Postula que en lugar de la teoría de la transición de la salud hay que enfocarse y profundizar los desafíos, particularmente epistemológicos, que genera “una de las explosiones en cuestión –quizás la más notable– [que] es la de ‘las enfermedades infecciosas emergentes’ (EIE)” (Farmer, 2000: 181). Para enmarcar el desafío que enuncia entiende que “no todas las teorías sobre la producción social de las enfermedades son igualmente sensibles a la importancia del grado en que la posición económica y social



–la desigualdad– influye en el riesgo de infección”, y entonces hace hincapié en que “los modelos con poder exploratorio deben ser capaces de rastrear con rapidez los fenómenos clínicos, y aun moleculares, y relacionarlos con fuerzas sociales (y a veces hasta transnacionales) de gran escala, que determinan de manera evidente el entorno del surgimiento de las enfermedades” (Farmer, 2000: 186). Ilustra su hipótesis advirtiendo que “muchas enfermedades tropicales afectan sobre todo a los pobres; los grupos con riesgo de estas enfermedades se definen más por su condición socioeconómica que por la latitud de las tierras que habitan” (Farmer, 2000: 184). A partir de ahí, le entra de lleno a la crítica de la teoría de la transición de la salud que “influye tanto en lo que muchos llaman ‘la nueva salud pública’, como en las instituciones financieras internacionales que dirigen a menudo [sus] esfuerzos” para desarrollarla. El modelo de la transición de la salud “define patrones de validez general y encubre al mismo tiempo otras realidades, como la de las diferencias intranacionales de enfermedades y muertes que se encuentran más vinculadas a las desigualdades locales que a la nacionalidad”. Pero, asimismo, “muchas fronteras políticas funcionan como membranas semi-impermeables, abiertas con frecuencia a las enfermedades pero todavía cerradas a la libre circulación de los remedios”. De resultados de este curso de los acontecimientos “las desigualdades de acceso pueden ser creadas o bloqueadas en las fronteras, aun cuando no ocurra lo mismo con los microorganismos que ocasionan las enfermedades” (Farmer, 2000: 184 y 194).

En cuanto a la epistemología crítica, y a modo de síntesis final de su enfoque, Farmer sostiene que las flagrantes desigualdades sociales que devastan a comunidades y países crean un patrón de salud enfermo y de discapacidad que también limita la capacidad de las personas para participar activamente en la sociedad. La salud no es sólo un reflejo de factores biológicos o conductuales de la persona, sino también está contextualizada en la sociedad, en las normas prevalecientes y en las relaciones de poder. Enfermedades como VIH/SIDA o Tuberculosis conllevan características adicionales de discriminación y estigmatización tales que los individuos y grupos que son percibidos como enfermos son aún más vulnerables –en otras palabras, tener VIH o TB es en sí un factor importante de vulnerabilidad en la sociedad. Esa relación causa-efecto entre pobreza y enfermedades infecciosas está descrita con precisión. Pero ¿cuáles son las estrategias para lograr el control de esas infecciones re-emergentes, prevenibles y curables, como la Tuber-

culosis? Es sobre ese infausto estado de cosas al que hay que encontrar respuestas, sabiendo que “los microbios siguen siendo la más importante causa de muerte en el mundo”, a partir de formular los interrogantes pertinentes, provistos por “una epistemología crítica [que] exploraría los límites de la discusión cortés o descortés en la ciencia. Un tesoro de preguntas complejas y cargadas con causas –la atribución de la culpabilidad a posibles vectores de infección, la identificación de los chivos expiatorios y las víctimas, el papel [del] estigma– rara vez es discutido en la medicina académica, aunque son evidentemente parte integral de muchas epidemias” (Farmer, 2000: 196).

Epílogo: la vida y la brújula

Hasta este momento, únicamente hemos tratado de hacer emerger la punta de un iceberg hartamente complejo, imposible de abordar de otra forma por cuestiones de espacio, que aún en su marcada limitación esperamos que resulte adecuado para advertir que episodios del pasado remoto de la humanidad, como la peste negra, o mucho más recientes, como la gripe española, lo que tienen de potencial retorno en la actualidad por mutaciones genéticas aún no comprendidas, lo tienen de controlables por el impresionante crecimiento del producto bruto acontecido en estos dos últimos siglos, siendo condición necesaria los impresionantes avances médicos de la actualidad. El punto es que, en la medida que la crisis global continúe estropeando la maquinaria del crecimiento económico, las credenciales lúgubres se revalidan.

Esta forma de ver las cosas remite al trabajo primigenio de McKeown y Brown (1955) con el que se disparó toda la discusión posterior sobre la baja de la mortalidad en medio de la transición demográfica –consignada a trazo muy grueso en este trabajo–, toda vez que estos autores sostuvieron que fueron las condiciones de vida (alimentación y servicios públicos sanitarios) y no las mejoras médicas –como se había supuesto hasta entonces– las que habían impactado en la baja de la mortalidad, impulsando así el crecimiento de la población inglesa. El historiador Paul Bairoch resuelve el episodio diciendo que se está “en presencia de un mismo fenómeno de dos causas dominantes distintas”, de tal suerte que también “los progresos, y sobre todo los trabajos de Jenner

(...) desempeñaron treinta o cuarenta años más tarde un papel decisivo (...) haciendo disminuir de manera muy notable la mortalidad” (Bairoch, 1975: 34). Pero es justamente el presente como historia el que nos interpela, puesto que si lo que está en vilo es la riqueza por habitante, hay que tener presente el análisis de corte marginalista aplicado a la salud, encabezado por Samuel H. Preston –el gran contradictor de McKeown.⁶ Preston, tras puntualizar –citando a otros autores– que el cruzamiento de datos entre países entre 1960 y 2000 no arroja casi ninguna relación entre los cambios en la esperanza de vida y el crecimiento económico, siendo que en muchos países las subrayables mejoras en la salud fueron conseguidas sin casi crecimiento económico, pasa a referir que “el cambio debe ser un motivo de celebración. Esto significa que un elemento críticamente importante del bienestar humano puede ser mejorado sin tener que esperar a que los densos procesos de crecimiento económico empujen a los países lentamente hacia adelante en la curva esperanza de vida/ingreso. *Claro que esto no dice que haya razón para frenar el crecimiento económico*”⁷ (cursivas nuestras, Preston, 2007: 502).

6. “En el proceso de defensa de las mejoras nutricionales como el principal factor de los avances sobre la mortalidad, McKeown también eliminó las mejoras de salud pública como un factor. Esta manifestación fue mucho menos sistemática y exitosa que su tratamiento de las tecnologías médicas”. La utilización por parte de Preston del verbo “eliminar” merece una aclaración que quizás sirva para una mejor comprensión de su análisis. Citando a Kunitz, dice que éste puso de manifiesto que tanto él como McKeown razonaron mediante un proceso de eliminación “para argumentar que un factor importante que se había pensado responsable de una gran parte de las mejoras en la mortalidad no fue, de hecho, influyente. La atención se centró en lo que fue eliminado, y no en lo que quedaba. Irónicamente, lo que fue eliminado era una variable central en nuestras propias disciplinas: la tecnología médica en el caso de McKeown, un médico y epidemiólogo; y el ingreso per cápita para alguien entrenado como economista y demógrafo” (Preston, 2007: 502).

7. Sobre este importante punto, atinadamente explica Sen que “el proceso impulsado por la política social es una receta para conseguir mejorar rápidamente la calidad de vida, y eso tiene una enorme importancia desde el punto de vista de la política económica, pero sigue habiendo una excelente razón para, a partir de ahí, conseguir logros más generales, entre los cuales se encuentra el crecimiento económico, así como la mejora de los aspectos habituales convencionales de la calidad de vida. [...] Es evidente que el proceso mediado por el crecimiento tiene una ventaja frente al proceso impulsado por la política social; puede acabar ofreciendo más. [Es que] es mejor tener un ingreso elevado y una elevada longevidad que sólo la segunda. Merece la pena hacer hincapié en este punto, ya que corremos el riesgo de que las estadísticas de la esperanza de vida y otros indicadores básicos de la calidad de vida nos ‘convenzan con excesiva rapidez’” (Sen, 2000: 9). Posiblemente el que se habría convencido con “excesiva rapidez” haya sido Caldwell (1986). Ver especialmente los argumentos que despliega entre las páginas 209 y 211, con una marcada ambigüedad hacia el crecimiento a favor de la inversión en salud y educación, sobre todo en la rama

Sí, claro que no lo dice. Dice algo nada edificante: que no hace falta impulsar el crecimiento para conseguir una población saludable. Basta con la buena voluntad de redistribuir el ingreso. Si por un instante dejamos a un lado que Preston se haya olvidado o pasado por alto los episodios de retroceso acontecidos en la EVN –señalados líneas más arriba–, cifrar gran parte del argumento –si no todo– en que con un PBI per cápita se pueden conseguir dos EVN diferentes, no dice nada de la asimetría expuesta en el cuadro 1, o peor: niega su incumbencia. Además, es algo irritante que no se explicita por qué razón todas las medidas “sanitarias” enumeradas por Preston –como por ejemplo, mejoras en el hábitat y vacunas– suponen el no-crecimiento del producto per cápita. La coartada se cierra como una pinza cuando enuncia que no hay que “esperar a los densos procesos de crecimiento económico” para lograr mejoras en la salud. El desarrollo desigual supone que unos se desarrollan *porque otros* se subdesarrollan. Mal entonces puede esperar la humanidad –como un todo– convergir. Puede algún país, el resto no. Va contra la lógica de la acumulación a escala mundial. Es ese cuadro estructural lo que suponemos que la crisis va a agravar. El analgésico Preston es de espectro muy apocado, y más si se considera el hecho bastante obvio de que “no existe virtualmente ejemplo alguno de sociedad en la cual el estado de la salud global esté (o haya estado) inversamente relacionado con la riqueza, los ingresos o el estatus social” (Hertzman *et al*, 1996: 86).⁸

Sin tantas vueltas, es evidente que la tecnología médica desarrollada en el centro se derramó a la periferia. ¿Eso es ineluctable o contingente? Si lo que define el comportamiento en la arena internacional de las naciones es el interés nacional definido en términos de poder (Morgenthau, 2000), hasta el momento –con sus más y sus menos– la diseminación de la tecnología médica fue contingente porque no desafió la necesidad de los poderes nacionales respectivos. ¿Qué pasaría si fuera desafiado por esos avatares que son propios de la “astucia de la razón”? El bienestar general

femenina. Curioso para un maltusiano convencido.

8. Para evitar cualquier tipo de malentendido con relación a los alcances de los tratamientos médicos, considérese que los mismos autores unos párrafos antes puntualizan que “eso no significa que la asistencia médica carezca de efectividad; la obra de McKeown en epidemiología histórica muestra bastante claramente los efectos de las mejoras en la terapia médica y la salud pública sobre ciertas enfermedades. Demuestra, sin embargo, los límites de los efectos de la intervención médica sobre las poblaciones (...) y los efectos extraordinariamente poderosos desde una perspectiva a largo plazo de los efectos externos al sistema asistencial” (Hertzman *et al*, 1996: 76).



de la humanidad no es algo que conmueva al balance de poder mundial realmente existente. Por otra parte, se ve a las claras la pertinencia de los argumentos de Jared Diamond (1997) cuando señala que, en parte, la tecnología está determinada geográficamente. No hay ventajas asociadas al desarrollo de una mayor división del trabajo (Diamond en ese sentido participa de las ideas primigenias de Adam Smith) si no hay plantas y animales para domesticar y proveer un excedente de gran magnitud (ahí entra a tallar en Diamond la vieja noción de “excedente” de los economistas clásicos), y una mayor densidad de población –con las enfermedades y las inmunidades asociados a esos gérmenes–, todo lo que redundaría en el consiguiente desarrollo de la tecnología (armas y acero).⁹ Ese proceso muy, pero muy remoto, tiene un nexo fuerte, un hilo común, con la actualidad: la disputa por el excedente, lo que conlleva el ejercicio del poder, lo que a la postre implica mayor EVN para quienes lo detentan. El “elemento moral e histórico” marxiano y la “biopolítica” foucaultiana son bemoles y sostenidos en esta partitura.

9. Según Diamond, las instituciones políticas complejas surgieron en torno al año 3400 AC en determinadas partes del mundo donde se relacionaron las circunstancias materiales, el clima y la disponibilidad de vegetales y animales (no hay tantos) domesticables que hacen rentable para los seres humanos el tránsito de poblaciones de cazadores o recolectores a las civilizaciones sedentarias. Con la agricultura surgió un excedente de alimentos que desató la posibilidad de crear una clase de personas que no trabajasen en la lucha diaria para recoger alimentos y sobrevivir y, en cambio, podían dedicarse –explotando a los demás, por supuesto– a la organización política de la sociedad, escribir códigos legales, la filosofía (que incluye a la ciencia y la tecnología) y la guerra.

Con lo dicho hasta aquí creemos estar ya en condiciones de responder al interrogante que habíamos planteado. Las sociedades más ganan cuando más gastan (Emmanuel, 1978), de manera que si se quiere aumentar el nivel de vida reflejado en una mayor EVN, hay que vencer la principal causa de los límites a la expansión del salario real (expansión de la demanda) y del crecimiento continuo, los que provienen de la balanza de pagos, ya que los salarios más altos y el consumo atizan pesadamente el aumento de las importaciones. El resto es política sanitaria específica. Cuando a la apuesta decidida por la alegría de vivir se la enfrenta con el lúgubre sentido común de “más hospitales” –en términos académicos, con ideas tipo Preston–¹⁰ no se hace otra cosa que expresar los postulados que de la mano de la ley de Say constituyen los pilares de la teoría moderna del crecimiento económico dominada por las explicaciones de la oferta, en la que el progreso tecnológico es exógeno (Solow) o endógenamente determinado por el gasto en educación (Romer, Lucas).¹¹

10. En este mismo orden de ideas, Agnus Deaton, con un tono siempre ambiguo, sostiene que “no existe una relación directa desde la desigualdad de los ingresos hacia la mala salud, en el sentido de que los individuos no son más propensos a enfermar o morir si viven en lugares más desiguales. Las correlaciones rudimentarias que existen en [algunas de las] series de datos son muy probablemente el resultado de factores distintos de la desigualdad de ingresos, algunos de los cuales están íntimamente ligados a las nociones más amplias de desigualdad o injusticia”. Los “factores distintos de la desigualdad de ingresos” son aquellos que invoca por necesidad de las causas, o sea que vuelven necesario lo que quiere demostrar. Más adelante, en el mismo trabajo, reivindica a Preston (1996) para contraponerlo y bajarle el precio a “los argumentos sobre la importancia histórica de la nutrición de McKeown (1976) y de Fogel (1994)” (Deaton, 2001: 3 y 22).

11. Según este punto de vista, en las transiciones demográficas, cuando disminuyen las

No hay salud que valga en la pobreza o en el no-crecimiento. Los que postulan tal cosa apuestan –voluntaria o involuntariamente, poco importa– al *statu quo*. No negamos la importancia de la política social o de la propia “trama social” pero –si con las mismas no se quiere hacer virtud de la necesidad– resulta ineludible perseguir el crecimiento del producto per cápita en aquellos países que están en condiciones de hacerlo, por caso la Argentina.¹² Al fin y al cabo lo que se eroga en salud es una fracción del gasto. Como corolario queda de manifiesto, una vez más, que el problema más importante de la política en general, y de la política sanitaria en particular, no es únicamente el verdaderamente entreverado de evitar la crueldad, sino el mucho más denso de limitar a los bien intencionados.

tasas de mortalidad y natalidad, tienen particular incidencia en el crecimiento. La idea es que la caída inicial de la fecundidad conduce a una relación más baja de dependencia de los jóvenes (menos los jóvenes que se alimentan a expensas de) y potencia el crecimiento. Además, los autores de la corriente principal suponen que los trabajadores tendrían una mayor tasa de ahorro –dado el argumento inscripto en la llamada hipótesis del ciclo de vida–, lo que supone una mayor inversión (la ley de Say). A este proceso se lo llama “bono demográfico”.

12. Para los fundamentos de lo expresado ver Aschieri y Mango (2015).

Bibliografía

- Akyüz, Y. (2012): *The staggering rise of the south?* South Centre, UNCTAD.
- Aschieri, E. y F. Mango (2015): “El ciclo-D: déficit, deuda y default en los países en desarrollo en el orden económico internacional actual”. En *Revista argentina de economía internacional*, 4, 3-29.
- Bairoch, P. (1975): *Revolución industrial y subdesarrollo*. México, Siglo XXI.
- Caldwell, J.C. (1986): “Routes to low mortality in poor countries”. En *Population and development review*, 171-220.
- Cline, N. y M. Vernengo (2015): *Interest Rates, Terms of Trade and Currency Crises: Are We On the Verge of a New Crisis in the Periphery?* Massachusetts, PERI.
- Deaton, A. (2001): *Health, inequality, and economic development*. National bureau of economic research, número w8318.
- Diamond, J. (1997): *Guns, Germs and Steel: The Fates of Human Societies*. New York, Norton.
- Emmanuel, A. (1974): “Myths of development versus myths of underdevelopment”. En *New Left Review*, 85, 61-82.
- (1978): *La ganancia y las crisis: un nuevo enfoque de las contradicciones del capitalismo*. México, Siglo Veintiuno.
- Farmer, P. (2000): “Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes”. En *Papeles de Población*, 6 (23).
- Fogel, R.W. (1994): *Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term processes on the making of economic policy*. National Bureau of Economic Research, número w4638.
- Frenk, J., J.L. Bobadilla, C. Stern, T. Frejka y R. Lozano (1991): “Elementos para una teoría de la transición en salud”. En *Salud Pública Mex*, 33(5), 448-62.
- Grushka, C. (2014): “Casi un siglo y medio de mortalidad en Argentina”. Trabajo presentado en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población.
- Hertzman, C., J. Frank y R.G. Evans (1996): “Heterogeneidades en el estado de salud y determinantes de salud de una población”. En Evans Robert G., Morris L. Barer y Theodore R. Marmor: *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Madrid, Díaz de Santos.
- Himes, C.L. (2011): “Relationships among health behaviors, health, and mortality”. En *International handbook of adult mortality* (289-310). Springer, Netherlands.
- Lewis, W.A. (2015 [1977]): *The evolution of the international economic order*. Princeton University Press.
- Maddison, A. (2002): *La economía mundial. Una perspectiva milenaria*. Madrid, Mundi-Prensa.
- Marcuse, H. (1967): “Acerca del carácter afirmativo de la cultura”. En *Cultura y sociedad*. Buenos Aires, Sur.
- McQuestion, M.J. (2001): “Los comportamientos de salud correlacionados y la transición de la mortalidad en América Latina”. En *Notas de Población*, 28(72), 189-228.
- McKeown, T. y R.G. Brown (1955): “Medical evidence related to English population changes in the eighteenth century”. En *Population Studies*, 9(2), 119-141.
- McKeown, T. (1976): *The rise of modern population*. Londres, Edward Arnold.
- Morgenthau, H. (2000): *Política entre naciones. La lucha por la guerra y la paz*. Buenos Aires, GEL.
- Omran, A.R. (1971): “The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change”. En *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 509-538.
- (1996): “The epidemiologic transition in the Americas”. En *The epidemiologic transition in the Americas*. Pan American Health Organization.

Preston, S.H. (1975): "The changing relation between mortality and level of economic development". En *Population studies*, 29(2), 231-248.

—— (1996): "American longevity: past, present, and future". En *Present, and Future* (October 1, 1996).

—— (2007): "The changing relation between mortality and level of economic development". En *International journal of epidemiology*, 36(3), 484-490.

Riley, J.C. (2005): "Estimates of regional and global life expectancy, 1800-2001". En *Population and development review*, 537-543.

Sen, A. (2000): *Desarrollo y libertad*. Buenos Aires, Planeta.

Shkolnikov, V.M. (2004): "A summary of Special Collection 2: Determinants of Diverging Trends in Mortality". En *Demographic Research*, volumen 10, 12.

Spence, M.D., D. Leipziger, J. Manyika y R. Kanbur (2015): *Restarting the Global Economy: Harnessing the Forces of Economic Growth*. Growth Dialogue White Paper, Bellagio, Italia.

Vallin, J. y F. Meslé (2004): "Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition". En *Demographic research*, 2(2), 10-43.

Warren, B. (1973): "Imperialism and capitalist industrialization". En *New Left Review*, 81(1), 3-44.