

Los determinantes sociales de la salud en la etapa neoliberal: un abordaje de las desigualdades desde la economía política*

Mariano Treacy**

Universidad Nacional de General Sarmiento, Argentina

<https://doi.org/10.15446/ede.v31n58.89606>

Resumen

Los determinantes sociales explican la mayor parte de las inequidades de salud. Uno de los principales determinantes que identifica la Organización Mundial de la Salud es la desigual distribución de los ingresos. En este artículo nos proponemos identificar, en el marco de los determinantes sociales de la salud, aquellos que se vinculan con las tendencias sistémicas y de largo plazo de propagación de la desigual distribución del ingreso y la riqueza. El abordaje de esta temática se realiza desde la economía política, que nos permite visualizar las tendencias macrosociales que configuran los determinantes sociales de la salud. En las últimas décadas, en el marco del despliegue del neoliberalismo a escala global, las inequidades sanitarias se han profundizado en paralelo al incremento de la brecha de ingresos entre países desarrollados y emergentes y hacia el interior de estos, entre los sectores de más altos ingresos y los de más bajos. En Argentina esto se ha traducido en un proceso de desintegración productiva y de un mercado de trabajo cada vez más fragmentado y excluyente, con efectos negativos sobre las inequidades de salud.

Palabras clave: economía política; neoliberalismo; desigualdad; factores socioeconómicos; disparidades en el estado de salud; inequidad social.

JEL: I14, I15, I18, I19, P16

* **Artículo recibido:** 30 de junio de 2020 / **Aceptado:** 01 de octubre de 2020 / **Modificado:** 03 de diciembre de 2020. Este trabajo fue realizado en el marco del proyecto de investigación "Desafíos y alcances en el control del cáncer desde el primer nivel de atención en centros periurbanos y rurales: dinámicas institucionales, lógicas territoriales, comunidades y culturas políticas/articulación entre niveles", financiado por la Universidad de Buenos Aires (Argentina) bajo la dirección de la Doctora Natalia Luxardo, a quien el autor agradece sus comentarios a una versión previa y exime de los errores u omisiones que pudieran existir aquí.

** Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (Buenos Aires, Argentina). Investigador-Docente de la Universidad Nacional de General Sarmiento (Buenos Aires, Argentina), Instituto del Desarrollo Humano. Correo electrónico: mtreacy@campus.ungs.edu.ar  <https://orcid.org/0000-0002-1516-6076>

Cómo citar/ How to cite this item:

Treacy, M. (2021). Los determinantes sociales de la salud en la etapa neoliberal: un abordaje de las desigualdades desde la economía política. *Ensayos de Economía*, 31(58), 134-157. <https://doi.org/10.15446/ede.v31n58.89606>

Social Determinants of Health in the Neoliberal Phase: An Approach on Inequalities from a Perspective of Political Economics

Abstract

Social determinants explain most of the disparities in health. One of the main determinants identified by the World Health Organization is uneven distribution of income. In this article the aim is to identify, in the framework of the social determinants of health, those associated with systemic and long-term trends of the propagation of uneven distribution of income and wealth. This subject matter is approached from a political economics perspective, which allows us to visualize macro-social tendencies that shape the social determinants of health. In the last decades, in the framework of the spread of neoliberalism on a global scale, sanitary inequities have grown deeper parallel to the increase in the income gap among developed and emerging countries and, within these, among the sectors with highest income and those with the lowest. In Argentina this has translated into a process of productive disintegration and a job market more and more fragmented and exclusionary, with negative effects on all health inequities.

Keywords: political economics; neoliberalism; inequality; socio-economic factors; disparities in the state of health; social inequity.

JEL: I14, I15, I18, I19, P16

Introducción

Desde la publicación del Informe Black¹ (Black, 1981), el campo de la salud ha prestado creciente atención a los determinantes sociales de las desigualdades en salud y los organismos internacionales han promovido una activa estrategia orientada a su tratamiento y reducción.

Hacia fines del siglo XX las desigualdades en la salud² se volvieron tan evidentes que algunos estudios llegaron a afirmar que la mitad de la carga total de enfermedad no era atribuible a servicios sanitarios sino a condiciones socioeconómicas (Diderichsen et al., 2001). La evidencia indica que las poblaciones más sanas se encuentran en sociedades más prósperas y con una distribución del ingreso más equitativa, y que la segregación de la pobreza tiene peores efectos sobre la salud que la pobreza en sí misma (Wilkinson & Marmot, 2006).

Las inequidades sanitarias se definen como diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países, en lo que respecta a la situación sanitaria. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales explican la mayor parte de estas inequidades (OMS, 2009). Los determinantes sociales de la salud se vinculan con las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. La OMS los define como los “determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país” (OMS, 2009). Dentro

-
- 1 El Informe Black (1981) es como se conoce al reporte realizado por el Douglas Black a pedido del secretario de Estado de servicios sociales del gobierno laborista británico en 1977. En este informe se analizan las causas y la magnitud de las desigualdades sociales en el ámbito de la salud en el Reino Unido y se sugieren intervenciones de políticas públicas para reducirlas.
 - 2 Las desigualdades en la salud se definen como las diferencias en morbi-mortalidad que recaen en determinados grupos, vinculadas a su posición en la estructura social. Estas desigualdades son injustas ya que no están genéticamente determinadas, sino que dependen de acuerdos sociales (Organización Mundial de la Salud, 2003)

de estos determinantes, la OMS identifica factores como la desigual distribución del poder, de los ingresos y los bienes y servicios, del acceso a la atención sanitaria, de la escolarización y la educación, de las condiciones de trabajo y del estado de la vivienda y el entorno físico.

La estructura económico-social, por lo tanto, contiene factores elementales para el análisis de las inequidades en salud, ya que las causas que propagan las desigualdades en salud suelen ubicarse mayormente aguas arriba, por fuera del sistema sanitario. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades³. Existe suficiente evidencia empírica de acciones posibles para disminuir dichas inequidades, principalmente a través de la implementación de políticas e intervenciones de salud que actúen sobre los determinantes sociales.

Las desigualdades sociales son actualmente uno de los problemas más graves que debe enfrentar la humanidad (Bauman, 2012). Como señalan Thompson y Garry (2019) “la salud global es también en sí misma producto de un tiempo y espacio específico en la que el neoliberalismo es dominante” (p.1187). Las inequidades sanitarias se han profundizado en paralelo al incremento de la brecha de ingresos entre países desarrollados y emergentes y hacia el interior de estos, entre los sectores de más altos ingresos y los de más bajos.

Esta tendencia se vincula con la forma que adquiere la economía política global bajo el neoliberalismo, donde el individuo, el mercado y el poder corporativo se ubican en el centro de la escena. El financiamiento para el estudio de tratamientos de prevención y cura de ciertas enfermedades está atravesado por la búsqueda de la rentabilidad y por una tensión irresoluble entre los intereses de las empresas y los objetivos de la salud pública. Hay algunas enfermedades cuyos tratamientos reciben flujos de inversiones ya que su comercialización resulta rentable, mientras otras —debido al bajo poder adquisitivo del segmento de la población que las padece— no logran conseguir financiamiento para su desarrollo⁴.

Por otro lado, el financiamiento de la salud depende de la capacidad financiera de cada Estado. La política fiscal, por lo tanto, también resulta un elemento central para comprender las desigualdades en el acceso a la salud. Uno de los efectos de largo plazo del neoliberalismo fue la promoción de estructuras fiscales regresivas y el desfinanciamiento del Estado. La capacidad fiscal para direccionar el gasto público hacia el sistema de salud se ha visto amenazada, lo que ha repercutido en el desfinanciamiento de la salud pública y por lo tanto una mayor desigualdad para acceder a las prestaciones.

El desenvolvimiento del capitalismo en su fase neoliberal ha configurado una nueva dinámica espacial del desarrollo desigual. En América Latina ha provocado una desintegración de la estructura productiva y un incremento de las desigualdades sociales, agudizando los factores económicos y sociales que determinan las desigualdades en salud.

3 En el campo de la salud son muy relevantes las discusiones que existen sobre las formas de pensar el sistema sanitario donde se complementen la Atención Primaria de Salud (APS) y la atención hospitalaria especializada y no compitan como ocurre en muchos lugares en la actualidad.

4 Por ejemplo, enfermedades como la obesidad, la calvicie e impotencia reciben el 90% de los recursos de inversión. Otras, como el mal de Chagas o la tuberculosis reciben el 10% de los recursos. La diferencia radica en el poder adquisitivo del segmento de la población al cual se orienta.

La relación entre inequidad sanitaria, problemas de salud y determinantes sociales es íntima, pero sumamente difícil de configurar. En el abordaje que nos interesa desarrollar aquí, vincularemos la economía política con los determinantes sociales de la salud y la reproducción de las desigualdades. La economía política de la salud, como un subcampo específico, nos permitirá entender los escenarios estructurales y coyunturales que inciden sobre la salud y las políticas sanitarias.

En este artículo nos proponemos identificar, en el marco de los determinantes sociales de la salud, aquellos que se vinculan con las tendencias sistémicas de largo plazo de propagación de la desigual distribución del ingreso y la riqueza. El abordaje de esta temática se realiza desde la economía política ya que nos ofrece herramientas teóricas, conceptuales y empíricas para verificar las tendencias macrosociales que configuran los determinantes sociales de la salud en el marco de la etapa neoliberal y su impacto sobre Argentina en el periodo reciente.

Identificaremos –en primer lugar– los factores macroestructurales que configuran los determinantes sociales de la salud identificando algunos indicadores clave. Luego, indagaremos las tendencias de largo plazo en la propagación de las desigualdades en la distribución de riqueza e ingresos. Posteriormente, caracterizaremos las reformas neoliberales que tuvieron un impacto en la ampliación de las desigualdades en los países de América Latina en general y en Argentina en particular. Para concluir, se presentarán reflexiones finales.

Los factores macroestructurales que configuran los determinantes sociales de la salud

Las inequidades en salud y bienestar tienen una determinación multicausal que obedece a distintos niveles de análisis (Acheson, 1998; Dahlgren & Whitehead, 1991; Diderichsen et al., 2001). La suma de los factores responsables de los resultados en la salud se puede sintetizar en la categoría determinantes sociales de la salud.

En los niveles más próximos, los determinantes intermedios se configuran en función de las características del sistema sanitario y de factores biológicos, psicosociales y de circunstancias materiales como las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a alimentos, agua y servicios sanitarios, etcétera. En los niveles más distales, los determinantes estructurales de las inequidades se vinculan con la posición socioeconómica, cuestiones de clase, género o etnia, y con el contexto socioeconómico y político que incluye factores como el gobierno, las políticas públicas –educación, salud, protección social–, sociales –mercado laboral, vivienda, hábitat– y macroeconómicas –actividad económica, empleo, inflación– (Davies & Adshear, 2009).

Las condiciones macrosociales reproducen desigualdades e inequidades en materia de salud. La pertenencia a un grupo ubicado en lo bajo de la escala social conlleva una duplicación del riesgo de padecer enfermedades graves y muertes prematuras (Wilkinson & Marmot, 2006).

En niveles proximales, esto se debe al grado de acceso al servicio sanitario y a la eficacia en su utilización, pero en los niveles distales responde a determinantes más complejos.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha promovido en sus Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS)⁵ una agenda para reducir los efectos de los determinantes sociales de la salud en proyectos con ejes sobre pobreza, salud y el bienestar, educación, género y desigualdad. Estos proyectos han mostrado algunos resultados en materia de reducción de la indigencia, pero no tanto de la pobreza y la desigualdad, que siguen estando fuertemente vinculadas al ciclo económico y han tenido un comportamiento más errático en las últimas cuatro décadas.

Entre 1981 y 2008 la pobreza extrema mundial⁶ se redujo considerablemente, ya que descendió del 52% al 22,4%. En Este de Asia y Pacífico lo hizo del 77% al 13%, impulsado por la reducción que ocurrió en la República Popular China del 84% al 13,1% (Banco Mundial, 2019).

En paralelo a la reducción de la pobreza extrema se dio un incremento de la desigualdad⁷ en prácticamente todas las regiones del mundo. Según un informe del World Inequality Lab, WIL (2018), en América Latina el 10% de las personas con más ingresos obtiene más del 50% el de la renta nacional, en Oriente Medio el 61%, en África Subsahariana el 54%, en Estados Unidos y Canadá el 47% y en Europa el 37%. La desigualdad de la riqueza se incrementó más que la del ingreso en las últimas décadas⁸. En la actualidad, el 1% más rico del mundo posee el 33% de la riqueza mundial, cuando en 1980 poseía el 28%. El 50% más pobre de la humanidad no llega a poseer el 2% de la riqueza⁹. La contracara de la desigualdad en la distribución del ingreso y de la riqueza es la concentración de la renta¹⁰(WIL, 2018).

5 Tras el fracaso de los ODM, los 193 estados miembros de la ONU adoptaron 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en 2015. Los principales ejes son la erradicación de la pobreza, la disminución de las desigualdades y el abordaje del cambio climático. Para más información se recomienda la lectura del “Informe mundial sobre ciencias sociales” publicado por UNESCO en 2016.

6 La pobreza extrema se calcula con una línea de pobreza de individuos que ganan menos de 1,25 dólares por persona por día ajustada a paridad de poder adquisitivo a precios de 2005 (Banco Mundial, 2019)

7 La desigualdad de ingresos es lo que gana una persona y la de la riqueza tiene que ver con activos financieros (como depósitos, acciones, fondos de inversión) y no financieros (vivienda, empresas, bienes). Entre los factores que afectan la desigualdad se cuentan los contextos institucionales y políticos nacionales, la política fiscal, la evasión fiscal el acceso a la educación y el empleo, la participación de los trabajadores en la toma de decisiones y el nivel de los salarios (WIL, 2018).

8 Los más ricos del mundo poseen de riqueza 7,6 millones de millones de dólares. En 2015 62 personas poseían tanta riqueza como la mitad de la población más pobre del mundo (3600 millones de personas). Además, entre 2010 y 2015 la riqueza de estas 62 personas se incrementó un 45% (+542 mil millones de dólares). En ese mismo periodo la mitad más pobre del planeta perdió 1 millón de millones de dólares. (Hardoon et al., 2016).

9 El empleo global ha empeorado desde la crisis de 2008, con efectos negativos sobre la pobreza y la desigualdad. Según un informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2016), en 2015 hubo casi 200 millones de desempleados en todo el mundo, casi 30 millones más que antes de la crisis.

10 Una de las principales causas de esta concentración es la evasión y elusión fiscal. Cerca del 10% del PBI mundial se atesora en guaridas fiscales. Por año, esta evasión implica una pérdida de recaudación global de alrededor de 350 mil millones de euros. La evasión y elusión fiscal es una de las principales razones de la pérdida de progresividad fiscal. En un reciente estudio se demostró para los países escandinavos —los de menor desigualdad del mundo— que la evasión fiscal es significativamente más elevada en el sector de más altos ingresos. El 0,01% de mayor riqueza —quienes poseen más de 45 millones de euros de riqueza neta— evade en promedio entre el 25% y el 30% de los impuestos personales cuando el promedio general de evasión es de alrededor del 2,8% (Alstadsæter, Johannesen & Zucman, 2019).

La pobreza relativa, —es decir, ponderada por la desigualdad en la distribución del ingreso— es, probablemente, el determinante social individual más importante de la salud (Kawachi, et al., 2002) ya que repercute directamente sobre el acceso a la vivienda digna, los servicios, la educación y el transporte (OMS, 2003).

Como se puede observar en la tabla 1, en lo que respecta a indicadores de salud, Argentina se encuentra mejor que el promedio del mundo, de América Latina y el Caribe, de Este de Asia y Pacífico, de Medio Oriente y Norte de África y de África Subsahariana y peor que el promedio del Área Euro¹¹, América del Norte y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos —OCDE—¹² (Banco Mundial, 2019).

Tabla 1. Indicadores de salud seleccionados por regiones geográficas, último dato disponible

	Argentina	América Latina y el Caribe	Medio Oriente y Norte de África	África Subsahariana	Este de Asia y Pacífico	Euro Área	América del Norte	OCDE	Mundo
Tasa de mortalidad por CVD, cáncer, diabetes o CRD entre los 30 y los 70 años (%)	15,8	16,0	18,9	21,0	17,7	11,1	14,1	12,4	18,8
Tasa de mortalidad atribuible a polución del aire doméstico o ambiental (cada 100.000 hab.)	26,6	39,3	78,7	186,7	105,0	14,3	12,7	18,9	114,0
Tasa de mortalidad atribuida al agua insegura, saneamiento inseguro y falta de higiene (cada 100.000 hab.)	0,4	1,7	2,2	47,1	2,1	0,3	0,2	0,4	11,8
Prevalencia de desnutrición (% población total)	3,8	6,2	9,1	21,3	8,7	2,5	2,5	2,6	10,8

11 El Área Euro incluye a Alemania, Austria, Bélgica, Chipre, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Portugal y República Eslovaca.

12 Los países de la OCDE son Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, Dinamarca, Eslovenia, España, Estados Unidos, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Hungría, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, , Letonia, Luxemburgo, México, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República Eslovaca, República de Corea, Suecia, Suiza y Turquía.

	Argentina	América Latina y el Caribe	Medio Oriente y Norte de África	África Subsahariana	Este de Asia y Pacífico	Euro Área	América del Norte	OCDE	Mundo
Probabilidad de morir entre los 5 y los 14 años (cada 1000 niños de 5 años)	2,0	3,0	4,0	17,5	3,4	0,8	1,3	1,3	7,2
Personas que utilizan servicios de saneamiento gestionados de forma segura (% población total)	26,5	22,4	31,8	N/D	55,3	92,4	79,3	83,8	39,3
Gastos particulares en salud (% gasto corriente en salud)	15,8	36,7	30,1	36,7	25,7	15,4	11,3	13,9	18,6
Esperanza de vida al nacer	76,7	75,7	73,7	60,8	75,6	82,0	78,9	80,3	72,2

Fuente: elaboración propia con base en Banco Mundial (2019).

Los resultados de los indicadores de salud se vinculan con algunos factores distales que permiten explicar, parcialmente, estas desigualdades ya que sin presupuesto no hay política de salud y el presupuesto depende de los recursos fiscales, que es una variable que a su vez se vincula bastante linealmente con el Producto Bruto Interno per cápita. Como observamos en la tabla 2, Argentina¹³ posee un PBI per cápita, una recaudación impositiva per cápita y un gasto público en salud y educación per cápita superior al del promedio de los países de América Latina y el Caribe, Medio Oriente y Norte de África, África Subsahariana y Este de Asia y Pacífico pero inferior al de los países del Área Euro, América del Norte y la OCDE.

La economía política de la salud es un campo en formación que se focaliza en los factores políticos, económicos y psicosociales para explicar sus efectos sobre la salud. Según Morgan (1987), se define como una “perspectiva macroanalítica, crítica e histórica para analizar la distribución de la enfermedad y de los servicios de salud bajo una variedad de sistemas económicos, con un énfasis particular en los efectos de las relaciones sociales, políticas y económicas estratificadas en el marco del sistema económico mundial” (p. 132)¹⁴.

13 Argentina es uno de los países con mayor evasión y elusión fiscal de todo el mundo. Argentina encabeza, junto a Rusia y Grecia, la lista de países en los que una mayor porción del ingreso nacional se atesora en guaridas fiscales, con cerca del 40% del total (WIL, 2018).

14 Traducción del autor.

Tabla 2. Indicadores económicos seleccionados por regiones geográficas, último dato disponible

	Argentina	América Latina y el Caribe	Medio Oriente y Norte de África	África Subsahariana	Este de Asia y Pacífico	Euro Area	América del Norte	OCDE	Mundo
PBI Per cápita (USD Corr)	14398	9272	7374	1575	10368	36984	58407	38283	10749
Recaudación impositiva per cápita (USD Corr)	1690	1326	N/D	285	1162	7577	6023	5963	1582
Gasto público en salud per cápita (USD Corr)	711	326	260	27	436	2862	7593	3717	761
Gasto público en educación per cápita (USD Corr)	791	541	381	74	347	2109	2724	2029	516
Pobreza (% población total)	25,7	10,6	15,6	66,3	12,4	N/D	N/D	N/D	26,2
Desempleo (% población económicamente activa)	9,5	8,0	9,8	6,1	3,9	8,2	4,2	5,3	5,0

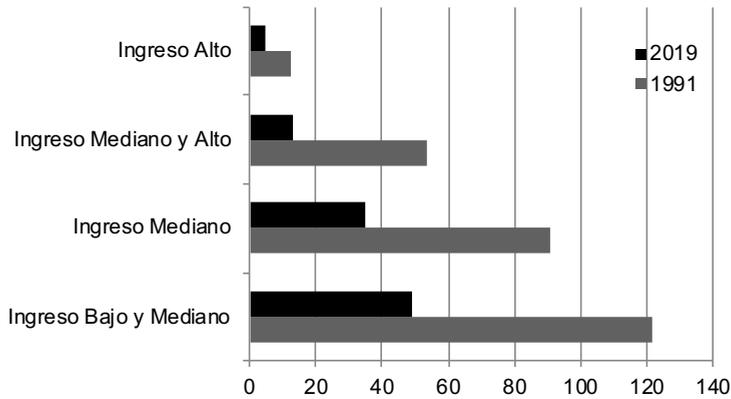
Fuente: elaboración propia con base en Banco Mundial (2019).

Tanto el sistema económico mundial como las relaciones de poder como la política estatal y el modelo de desarrollo nacional impactan sobre las inequidades afectando la calidad de la salud de la población (Cockerham et al., 2014). La figura 1 muestra que, si bien se han mejorado las condiciones y la esperanza de vida a lo largo de todos los grupos sociales, el impacto del sistema económico capitalista sobre la salud se distribuye de forma desigual, afectando en mayor grado a los sectores sociales de menores ingresos.

La desigualdad en la distribución del ingreso es, por lo tanto, uno de los factores identificados en este campo como uno de los determinantes sociales de la salud más relevantes¹⁵. Los países en desarrollo no solo tienen peores condiciones de salud que los desarrollados, sino que además la industria farmacéutica se ha concentrado en las necesidades de salud de los países y poblaciones más ricas (Doyal & Pennel, 1979; Navarro, 1976). Además de la desigualdad internacional, mayores niveles de desigualdad al interior de un país contribuyen a generar mayores problemas de salud: los países con distribuciones del ingreso más equitativas tienden a tener menores problemas vinculados a la salud como obesidad, enfermedades psiquiátricas o abusos de drogas (Wilkinson & Pickett, 2009).

15 Un enfoque crítico a esta perspectiva puede hallarse en el trabajo citado en la bibliografía de Lynch et al. (2004) y Morgan (1987).

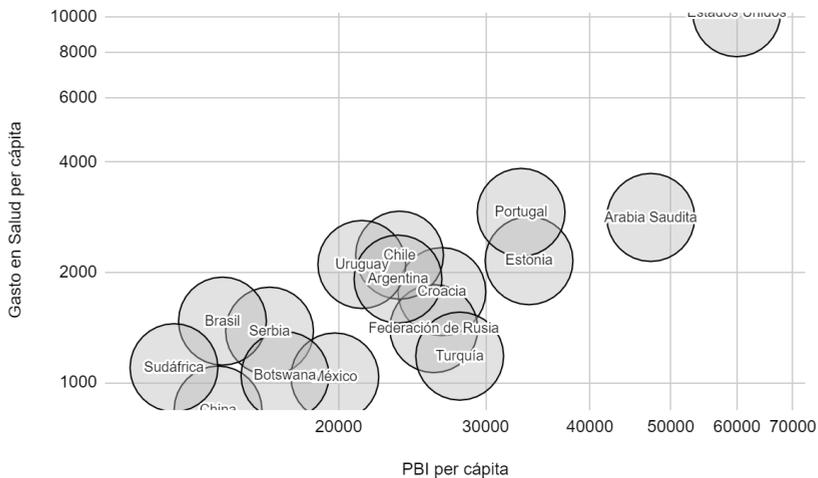
Figura 1. Tasa de mortalidad en menores de cinco años (cada 1000 nacidos vivos) Años 1991 y 2019. Países seleccionados por grupo de ingresos



Fuente: elaboración propia con base en Banco Mundial (2019).

Existe una correlación entre el ingreso per cápita del país y su gasto en salud per cápita y –por lo tanto– también con los resultados obtenidos en indicadores de salud. Como vemos en la figura 2, países de altos ingresos per cápita como Estados Unidos, Portugal, Estonia o Arabia Saudita, también invierten más recursos en salud en términos per cápita.

Figura 2. Ingreso per cápita e inversión en salud. Países seleccionados, año 2017, precios internacionales corrientes a paridad de poder adquisitivo



Fuente: elaboración propia con base en Banco Mundial (2019).

Las desigualdades en salud entre regiones adoptan una distribución geográfica que se vincula con desigualdades de las variables socioeconómicas entre los distintos países. Esta relación, que parece evidente, esconde sin embargo una situación de propagación de desigualdades que es funcional al funcionamiento del sistema. Si bien la ONU se ha concentrado en el problema distributivo, las desigualdades en los determinantes sociales de la salud tienen componentes que quedan por fuera del alcance de los ODS. Los factores distales responden a una determinación estructural que se vincula con los ciclos económicos locales, regionales y mundiales.

La desigualdad es inherente al desenvolvimiento del sistema y a la vez necesaria para la acumulación del capital. La configuración espacial de las desigualdades es producto de un proceso histórico de desarrollo económico y social. La desigualdad en la distribución del ingreso, uno de los factores que explican los determinantes sociales de la salud, tiene asimismo condicionantes macrosociales o distales que son necesarios identificar.

La reproducción de desigualdades como resultado de un normal desenvolvimiento del capitalismo

La reproducción de desigualdades se puede encuadrar en un desenvolvimiento normal del capitalismo¹⁶. El desarrollo desigual es una tendencia característica de todo desarrollo social (Rosenberg, 2006). Con la consolidación y expansión del capitalismo, las fuentes socioeconómicas pasan a ser predominantes en los procesos de desigualdad y las militares van perdiendo peso (Allinson & Anievas, 2009).

La UNESCO identifica siete dimensiones de la desigualdad: económica, política, social, cultural, ambiental, espacial y basada en el conocimiento. Estas desigualdades crean y refuerzan la división, marginación y la pobreza. La desigualdad también aumenta la tensión política y alimenta el conflicto y la inestabilidad. En el marco de las desigualdades económicas, la heterogénea distribución del ingreso y de la riqueza engendran y potencian, según Lischinsky (2016):

Desigualdades de acceso a la educación y la capacitación, la salud, la vivienda, la tierra, las oportunidades de trabajo, el conocimiento, la cultura, el deporte, el transporte, la tecnología, las instituciones, el financiamiento, el acceso a servicios de agua y cloacas, electricidad, gas u otras energías, y las comunicaciones. (p. 114)

En la actualidad vivimos en un mundo que genera mucha más riqueza que en el pasado, pero el ingreso que genera esta riqueza es concentrado cada vez en menos manos ya que los mecanismos

16 En el marco del capitalismo las relaciones de poder reproducen desigualdades y configuran la vida social mediante estrategias biopolíticas que no necesariamente se encuadran en relaciones de explotación tradicionales (Han, 2017). En el marco de la reproducción de desigualdades existen también diferencias vinculadas al género, a la etnia, la nación o la identidad sexualidad. Se recomienda la lectura de Fraser (2012).

redistributivos han sido desregulados o desmantelados. La desigualdad del ingreso global¹⁷ es una de las más altas de la historia ya que el 1% más rico del mundo captura el 26% del ingreso total, equivalente a lo que recibe el 57% más pobre de la humanidad (UC Atlas of Global Inequality, s. f.).

Thomas Piketty (2014) demuestra una tendencia de largo plazo que marca desde el siglo XIX un crecimiento de la desigualdad mundial hasta comienzos del siglo XX. Luego se reduce entre el estallido de la Primera Guerra Mundial y el fin de la edad dorada del capitalismo (1945-1973), y finalmente aumenta desde 1974 a la actualidad (Piketty, 2014). Otros estudios también aportan evidencias en la misma dirección: el desarrollo del capitalismo ha ido siempre de la mano del incremento de la desigualdad en la distribución del ingreso excepto durante el interregno del Estado de Bienestar durante la posguerra en la llamada “edad de oro” –1952-1978– (Boyer, 2016).

La clave del proceso de agudización de las desigualdades coincide con la desregulación de la economía global que ocurrió en los años de 1980 y el establecimiento del neoliberalismo¹⁸ para contrarrestar los efectos de la caída de la tasa de ganancia y la crisis en los países centrales¹⁹. François Dubet (2015) plantea que desde los años de 1970 nuestras sociedades eligen la desigualdad y que la intensificación de las desigualdades procede de una crisis de solidaridades²⁰. El resultado de estas preferencias es la concentración de la riqueza por un lado y de la pobreza, el desempleo y la precariedad del empleo por el otro.

El repliegue del estado de bienestar y el bloqueo de políticas distributivas coincide con estas tendencias, y se ve fortalecido –ideológicamente– por un descrédito generalizado de su capacidad de garantizar la igualdad social y un rechazo semejante al pago de impuestos, que desde muchos sectores es caracterizado como coercitivo. La pérdida de los lazos de solidaridad se retroalimenta

17 Para entender las causas de la desigualdad es necesario –en primer lugar– diferenciar la desigualdad de ingresos de la desigualdad de riqueza. En economía política es muy común hablar de flujo y de stock. La desigualdad de ingresos es típicamente una variable flujo ya que mide la diferencia que existe en el flujo de ingresos que se apropia el sector de la población que más gana con respecto al que se apropia la población que menos gana en el curso de un año. La desigualdad de riqueza es típicamente una variable stock y suele ser mayor que la otra ya que mide la diferencia en términos de riqueza –propiedades, herencias, ahorros acumulados, rendimiento de inversiones– entre la población más rica y la menos rica de un país (Milanovic, 2017).

18 El diagnóstico neoliberal identificó la “decadencia” del modelo de acumulación de la posguerra a la excesiva presencia del Estado y en el elevado nivel de protección laboral que había empoderado a las organizaciones sindicales. Estos factores, junto a la represión financiera, obstruían desde esta perspectiva el desarrollo de incentivos privados como guía del proceso de acumulación, generando persistentes desequilibrios en las cuentas públicas, corrupción y atraso.

19 Como respuesta a la disputa hegemónica con la Unión de las Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), Alemania y Japón, Estados Unidos dio forma a una nueva fase de acumulación mediante la doctrina neoliberal del mercado autorregulado, del libre comercio y los programas de reformas estructurales, que brindaron un poder sin precedentes al capital financiero y los organismos multilaterales por ellos controlados. Las instituciones como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) se convirtieron en brazos ejecutores del proyecto de consolidación hegemónica de las clases dominantes de los EE. UU. (Anderson, 1995).

20 En un trabajo recientemente publicado, Panigo, et al. (2019) realizan un análisis econométrico donde aproximan la hipótesis de Dubet (2015) para estudiar la preferencia por la desigualdad y el ascenso de gobiernos de derecha en América Latina. Entre sus principales hallazgos encuentran que, para el periodo 2009-2017, las reducciones –aumentos– de la desigualdad se asocian con incrementos –caídas– del bienestar subjetivo auto reportado en América Latina, lo que podría explicar la preferencia por la desigualdad y los cambios electorales.

de los cambios en la base económica de este proceso, caracterizada por una cada vez mayor extensión del mercado mundial y del peso de las finanzas sobre el producto, que provoca un quiebre en la relación entre los productores con la economía real y entre poder adquisitivo y consumo.

La economía mundial se ha orientado de forma creciente en beneficio de un sector minoritario más rico²¹. En términos de distribución de la riqueza, el 0,1% de la población mundial posee el 20% del patrimonio mundial, el 1% posee el 50% y el 10% posee entre el 80 y el 90%²². Además, el análisis dinámico de estos indicadores nos muestra que el patrimonio del 0,1% más rico del planeta ha crecido a un ritmo del 6% anual en las últimas décadas, muy por encima del 2% del promedio. Por otro lado, en lo que respecta a la desigual distribución de ingresos, Piketty demuestra que el 1% más rico obtiene el 20% de los ingresos en los Estados Unidos²³ y el 10% en Europa, mientras que el 10% más rico obtiene el 50% y el 35% respectivamente.

La UNESCO (2016) ha planteado que la disminución de la desigualdad es fundamental para erradicar la pobreza extrema. Sin embargo, la erradicación de la desigualdad en la distribución del ingreso exige acciones para menguar la desigualdad de la riqueza, es decir, en el acceso primario a los recursos.

Neoliberalismo, reconfiguración productiva y despliegue de las desigualdades en América Latina

Con el neoliberalismo se incrementaron las desigualdades entre sectores de altos y bajos ingresos, al igual que las brechas entre los países de altos, medianos y bajos ingresos, ya que se reconfiguró la geografía de la división global del trabajo. La implementación de reformas de mercado en los años de 1980 y 1990 generó un incremento en las desigualdades de salud (Beckfield & Krieger, 2009).

La particularidad de la época contemporánea —en lo que refiere al desarrollo de desigualdades— es que se ha modificado su origen. Si en 1870 la clase social de pertenencia explicaba el 50% y la ubicación geográfica explicaba cerca del 20% de la desigualdad en la distribución del ingreso, hacia el 2000 esta relación se invirtió y la clase social de pertenencia pasó a explicar poco más del 20%, mientras que la ubicación geográfica casi el 60%²⁴ (Milanovic, 2012).

21 Los grandes ganadores del neoliberalismo han sido los “súper ricos”: el 1% de mayores ingresos del mundo. Este grupo —compuesto por alrededor de 70 millones de personas— incrementó considerablemente sus ingresos en este periodo, siendo los principales beneficiarios de las políticas de reducción de aportes y contribuciones, desregulación de los movimientos de capital y emergencia de guaridas fiscales.

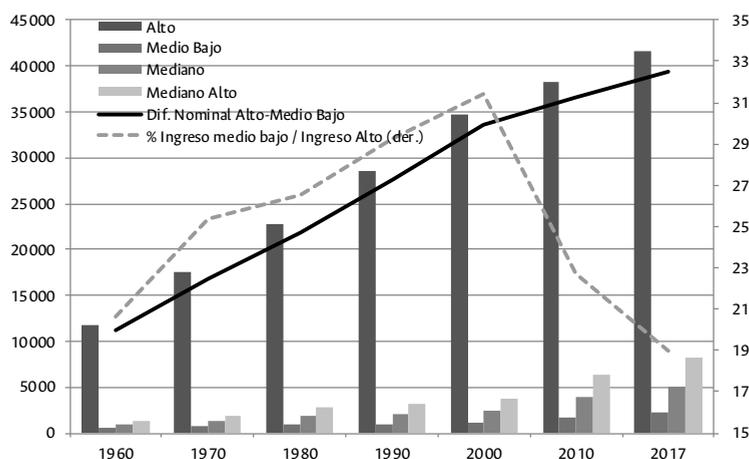
22 La reducción de las desigualdades y la exigencia de políticas fiscales redistributivas ha estado en el centro del escenario político en los últimos años. Ejemplo de ello han sido movimientos como *Occupy Wall Street* que, reconociéndose dentro del colectivo del 99%, exigía mayores impuestos para el 1% más rico.

23 En Estados Unidos, el 1% de los más ricos se quedó con una participación del ingreso —antes de impuestos— de 19,6%, 7,8% y 18,3% en 1928, 1973 y 2007, respectivamente (Piketty, 2014).

24 Para realizar este cálculo, Milanovic (2012) utiliza el índice de Theil para los años 1870 y 2000. El índice de Theil tiene ventaja sobre el índice de Gini que sus valores no están afectados por el volumen de la población sobre la que se calcula. Además, puede descomponerse en valores intragrupo e intergrupo.

En la actualidad, más de la mitad de la población mundial vive en centros urbanos²⁵ por lo que las desigualdades en un mundo cada vez más urbanizado configuran los modos en que se presentan los determinantes sociales de la salud. Con la globalización, las ciudades se incorporan a las redes globales de producción, configurando una nueva geografía de la centralidad y de la marginalidad. En esta geografía la ciudad encarna el proceso de desigualación entre lo productivo para el capital y las zonas de exclusión, produciéndose el fenómeno de la gentrificación y el *favelado* (Sassen, 1999).

Figura 3. PBI per cápita según grupos de países medidos por ingresos. Años 1960, 1970, 1980, 1990, 2000, 2010 y 2017. Dólares constantes de 2010



Fuente: elaboración propia con base en Banco Mundial (2019).

Entre 1960 y 2017, la brecha de ingresos per cápita entre los países de ingreso alto y los países de ingreso mediano bajo se incrementó en términos nominales de USD 11139 a USD 39457. Entre 1960 y 2000, el ingreso per cápita de los países de ingreso alto pasó de representar 20 veces el ingreso de los países de ingreso mediano bajo a representar 30 veces ese ingreso. Sin embargo, a partir del 2000 esa tendencia se modifica y en 2017 alcanza valores similares a los del comienzo de la serie, con 19 veces. Esto se vincula con la desaceleración del crecimiento del PIB per cápita en el primer grupo y la aceleración en el segundo, que incluye países con elevado dinamismo económico el último periodo, como la India, Vietnam, Filipinas o Indonesia (Banco Mundial, 2019).

25 Según datos del Banco Mundial (2019) en el año 2017 el 54,8% de la población mundial vive en áreas urbanas. La tendencia histórica es marcadamente ascendente: 33,6% (1960), 36,6% (1970), 39,4% (1980), 43% (1990), 46,7% (2000), 51,7% (2010). Sin embargo, la distribución geográfica de la urbanización sigue un patrón norte-sur, ya que en los países desarrollados la proporción de población urbana asciende al 77,5% y en los países en desarrollo disminuye al 48,5%.

La reorganización de la producción mundial ha actualizado los mecanismos de desarrollo desigual y combinado²⁶ (Treacy, 2019). En vez de integrar verticalmente todas las fases de producción, la empresa transnacional puede ubicar los procesos de extracción de recursos naturales y minerales en los territorios donde son abundantes, así como los procesos de manufactura en aquellos en donde la mano de obra es más barata y se ofrezcan condiciones fiscales y laborales ventajosas²⁷ (Minian, 2009).

En América Latina, los actores locales se subordinaron a la lógica de la acumulación global promoviendo un modelo de crecimiento basado en la exportación de materias primas y minerales, desmantelando el tejido industrial y reduciendo el margen de autonomía estatal (Minian, 2009). El resultado de este proceso fue el endeudamiento externo, el estancamiento económico, la desintegración industrial y la explosión del fenómeno de la exclusión social en la forma de desigualdad distributiva, pobreza e indigencia, así como también en la precarización laboral. Entre los años 2000 y 2010 América Latina experimentó un proceso de crecimiento que permitió sacar a más de 58 millones de personas de la pobreza, incrementando el tamaño de los sectores medios. En este periodo se ha acercado al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, no solo debido a la reducción de la pobreza sino también al incremento de los niveles de escolaridad, el descenso de la mortalidad infantil y a la ampliación del acceso a la prevención, tratamiento y atención del VIH/SIDA. Sin embargo, aún existen más de 200 millones de personas en situación de vulnerabilidad, que subsisten con apenas un poco más de cuatro dólares diarios.

Elevadas tasas de crecimiento, creación de empleo formal y una formidable mejora en los términos del intercambio permitieron una reducción de las desigualdades. Sin embargo, pese a que mejoraron considerablemente los indicadores en el último periodo, todavía 10 de los 15 países más desiguales del mundo se encuentran en América Latina²⁸. Como agravante, subsisten serios problemas de desigualdad, principalmente en mujeres, jóvenes, indígenas, afrodescendientes y poblaciones rurales²⁹ (Díaz et al., 2019).

26 El desarrollo combinado se deriva del hecho de que el capital, en su proceso de valorización, busca las combinaciones más rentables de las formas socioeconómicas —por ejemplo, formas de producción avanzadas con formas laborales flexibles, económicas y disciplinadas (Vitale, 1992)—. Así, la tendencia a la desigualdad converge con la tendencia a la combinación para dar origen al concepto de desarrollo desigual y combinado.

27 El proceso de competencia entre estados periféricos por la atracción de inversiones puede desembocar en lo que muchos llaman “Racetothebottom” ya que las ventajas competitivas se basan en mecanismos espurios como la baratura de la mano de obra, la represión sindical o las exenciones fiscales.

28 Pese a tener un ingreso promedio mucho mayor al de los países de África, América Latina es la región del mundo donde la apropiación del ingreso nacional por el decil de la población de mayores ingresos es más alta. Al interior de la región, sin embargo, existen fuertes disparidades ya que países como Brasil, Honduras o Bolivia presentan una desigualdad relativamente alta y Uruguay, por caso, una desigualdad relativamente baja (Banco Mundial, 2019).

29 La reducción de la desigualdad depende del ciclo económico, lo que quiere decir que cuando hay crecimiento se reduce y que cuando la economía se estanca se incrementa. Entre 1950 y 2016, Argentina estuvo casi un tercio de los años en recesión, ubicándose en el segundo puesto mundial. Según un reciente informe del Banco Mundial (2018) Argentina pasó el 32% de los años comprendidos entre 1950 y 2016 con crecimiento económico negativo, solo superada por la República Democrática del Congo en un ranking. Esta inestabilidad y las recurrentes crisis afectaron de modo negativo los indicadores de pobreza y desigualdad. Se recomienda la lectura del informe completo.

Una de las razones que generan este elevado nivel de desigualdad a nivel internacional radica en la baja carga tributaria y su regresividad, si se la compara con la Unión Europea o con los países de la OCDE. La presión tributaria de América Latina y el Caribe es, en promedio, el 21% del PBI cuando el promedio de los países de la OCDE asciende al 33%.

La baja carga tributaria lesiona la capacidad de impulsar políticas públicas, ya que los estados pueden financiarse únicamente mediante el cobro de impuestos, la emisión monetaria o el endeudamiento. La imposibilidad de sostener sus actividades mediante el cobro de impuestos conduce a crecientes niveles de endeudamiento, que terminan sometiendo aún más la soberanía estatal.

La clave para comprender la desigualdad que caracteriza a nuestra región radica, además, en el sesgo profundamente regresivo de su estructura tributaria. Los programas de apertura económica y ajuste fiscal recomendados por los organismos multilaterales como el Banco Mundial o el Fondo Monetario Internacional impusieron reformas de los sistemas tributarios con el objetivo de garantizar el pago de la deuda externa, generando una estructura fuertemente regresiva donde se redujo la importancia del comercio exterior, las cargas al sector corporativo y se aumentaron los impuestos sobre los ingresos y los consumos de sectores medios y populares.

La fuerte apertura económica que se dio en América Latina y el Caribe desde los años de 1980 implicó —entre otras cosas— la reducción unilateral de aranceles al comercio exterior, lo que provocó una transformación de la estructura tributaria, en donde los derechos de exportación y aranceles perdieron peso. Según Coronado (2020), entre 1985 y 2014 los aranceles promedio se redujeron del 48% al 6%. Debido a esto, la carga tributaria del comercio internacional pasó de representar casi un 16% de la recaudación total en 1990 a tan solo un 5,2% en 2014.

La caída de la contribución de los impuestos sobre el comercio exterior a la recaudación tributaria formó parte de una transformación más general que consolidó una estructura fiscal con un sesgo regresivo. Este sesgo está dado por la fuerte presión fiscal que existe sobre impuestos indirectos —al consumo, por ejemplo— y la baja presión relativa que se aplica sobre las rentas y los patrimonios³⁰.

El incremento de la desigualdad a escala global y en nuestra región se debe a que los mecanismos redistributivos han sido desregulados o desmantelados, consolidando estructuras tributarias que, siendo injustas, han profundizado su sesgo regresivo.

Además de la baja presión tributaria y el sesgo regresivo de la estructura fiscal, existen otros factores que limitan el espacio de los estados para moldear las políticas nacionales. Las instituciones financieras multilaterales recomendaron reformas del estado que impulsaron privatizaciones masivas de empresas, servicios públicos y programas de ajuste estructural que profundizaron el sesgo regresivo y la debilidad de las finanzas públicas.

30 Los impuestos patrimoniales comprenden impuesto a los bienes personales, impuestos inmobiliarios —rurales y urbanos—, impuestos de patentes sobre automóviles y embarcaciones e impuestos sobre la herencia.

La provisión de servicios públicos forma parte de un abanico de acciones que permiten a los estados garantizar derechos básicos como educación, salud, cultura, entretenimiento, telecomunicaciones, correo, transporte, energía, agua o recolección de basura, entre otros. La apertura de estos espacios restringe la capacidad de los estados de garantizar la universalización y la calidad en el acceso a estos derechos.

Política neoliberal y reproducción de desigualdades en Argentina

La configuración de la estructura tributaria Argentina actual puede rastrearse hasta la última dictadura cívico-militar de 1976, que interrumpió el modelo de industrialización por sustitución de importaciones e implementó una reforma fiscal con un claro sesgo regresivo, eliminando impuestos a las herencias, derogando el impuesto al enriquecimiento patrimonial y eliminando aportes patronales (Gaggero, 2008).

Entre 1976 y 2002 se modificó en Argentina el modelo de desarrollo y se incrementaron las tendencias regresivas de la estructura tributaria. La deuda externa, las devaluaciones escalonadas y la estatización de la deuda privada comprometieron las finanzas públicas en la década de los años de 1980. En los años de 1990, si bien se consiguió cierta estabilidad macroeconómica, se habilitó un proceso de privatizaciones y se otorgaron nuevos privilegios al capital extranjero que, junto con un nuevo ciclo de endeudamiento externo, volvieron a erosionar las cuentas públicas. El shock institucional neoliberal consistió en un cóctel de políticas de apertura, desregulación y privatización³¹.

La apertura económica consistió en la reducción de aranceles y la apreciación del tipo de cambio real, que provocó cierta estabilidad del nivel de precios a costa de una profunda desindustrialización de la economía y una desintegración de la estructura productiva local, que se reflejó en una inserción productiva en la división internacional del trabajo tipo enclave cada vez más frágil frente a las fluctuaciones del mercado mundial. Esta transformación cualitativa de la estructura productiva local llevó a una pérdida de peso relativo de la industria, que pasó a ser un reducto de ensamblaje de productos importados, y a un fuerte incremento, en compensación, del sector servicios y primario³².

La fuerte desindustrialización se reflejó, por un lado, en una fuerte reducción de establecimientos, empresas, personal ocupado y participación en el producto; y, por el otro, en la pérdida de la participación relativa de la industria en el PBI³³ (Nochteff, 1999). Con esto se consolidó

31 Además de la pérdida de recursos y sectores estratégicos, las privatizaciones profundizaron la tendencia a la concentración y centralización del capital, y contribuyeron a la desindustrialización y desintegración productiva. Asimismo, las privatizaciones tuvieron un impacto estructural sobre el mercado de trabajo, deteriorando considerablemente las condiciones de trabajo y el nivel de empleo, y generando un ejército industrial de reserva que operó como un regulador de las demandas laborales (Duarte, 2002).

32 A excepción de la industria automotriz, donde mantuvieron —en términos relativos— los niveles de protección y promoción (Azpiazu & Schorr, 2010).

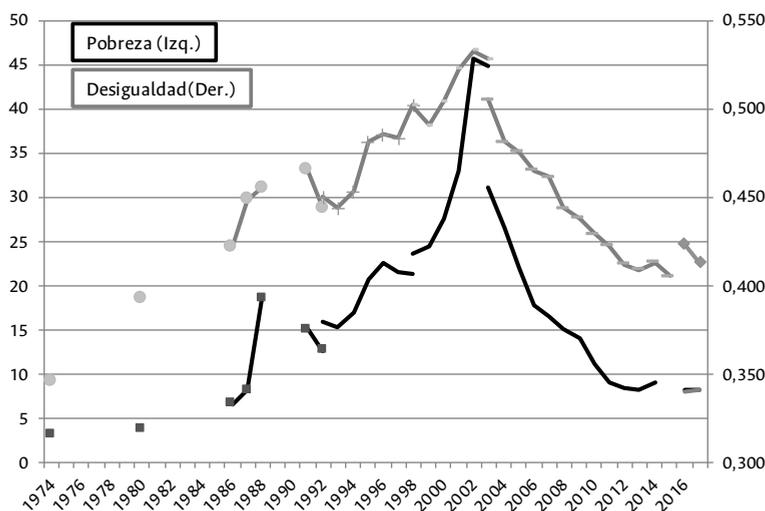
33 Este proceso puede verificarse a través de la comparación de la evolución del Producto Bruto Interno de toda la economía, que aumentó, entre 1976 y 2001 un 38,7%, y el Producto Bruto Industrial, que en el mismo periodo disminuyó un 8,2%. En adición a la contracción absoluta del nivel del PBI industrial, observamos también su persistente pérdida de peso relativo en todo el periodo estudiado, ya que en 1976 representaba el 27% del PBI y en 2001 llegó a representar el 15,3% del PBI. En particular, entre 1989 y 2001, la industria pasó a representar del 18,8% del PBI al 15,3% (Azpiazu y Schorr, 2010).

un patrón de acumulación basado en la distribución regresiva del ingreso, el elevado nivel de desempleo y la exclusión social.

Además de esto, con el objetivo de buscar el “equilibrio fiscal”, durante la convertibilidad se desfinanció al sistema público y se profundizó el sesgo regresivo, imprimiéndose una mayor presión fiscal sobre impuestos indirectos como el IVA, menores cargas sobre impuestos aduaneros o ganancias eventuales y una caída de la recaudación por seguridad social como consecuencia de la privatización del sistema previsional. La deuda externa, junto con el desequilibrio fiscal, llevaron a la economía al colapso: los pagos de los servicios de la deuda externa pasaron del 0,7% al 4,4% del PBI entre 1991 y 2001 (Gaggero, 2008).

Todas estas políticas tuvieron un sesgo que profundizó, por un lado, la concentración y centralización del capital en los grandes actores económicos, y, por el otro, la regresividad distributiva, que dejó fuera del mercado de trabajo a una gran masa de ciudadanos —con niveles de desempleo abierto récord— conduciéndolos a una situación de extrema vulnerabilidad, marginación y pobreza.

Figura 4. Desigualdad y pobreza en Argentina, 1974-2017³⁴



Fuente: elaboración propia con base en CEDLAS & World Bank (2019).

34 La desigualdad se mide en función de la evolución del índice de GINI IPCF que calcula la distribución del ingreso per cápita en los hogares. La pobreza se mide como habitantes por debajo de la línea de USD 4 al día (PPP 2005). Ambos indicadores cuentan con series discretas debido a cambios de metodología. Hasta el año 1992 se considera Gran Buenos Aires, de 1992 a 1998 quince grandes ciudades, de 1998 a 2003 veintiocho grandes ciudades, de 2003 a 2015 la encuesta EPHC y en 2016 y 2017 la Nueva Metodología EPHC.

Luego de 2003 se incrementó la presión tributaria y se modificó su composición, ya que se expandieron los aportes a la seguridad social, se reestatizó el sistema de pensiones, se establecieron derechos de exportación —retenciones— y creció en importancia del impuesto a las ganancias y a la propiedad, y cayó el peso del impuesto al consumo como el IVA. Hasta 2010 el crecimiento del gasto público se pudo hacer sin incurrir en déficit y se lograron avances en la distribución del ingreso. Sin embargo, desde 2011 la economía ha estado experimentando, una vez más, síntomas de crisis y estancamiento.

Pese a este cambio de tendencia, no se ha logrado revertir la regresividad estructural del sistema tributario argentino, y el gasto público ha resultado cada vez más ineficaz en su función redistributiva. Las sucesivas crisis y ciclos de endeudamiento externo, la fuga de capitales, el fraude fiscal, la gestión del gasto público y la presión de los grupos de poder han provocado cierta cristalización de la regresividad de la estructura tributaria.

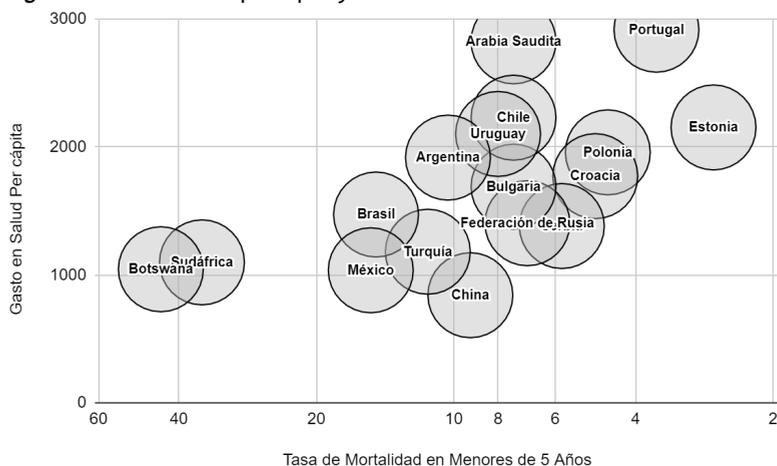
La desigualdad del sistema de salud en Argentina

De acuerdo con lo explicado, la evolución del capitalismo en su fase neoliberal configuró una nueva dinámica de desarrollo, incrementando las desigualdades entre países. Tanto en América Latina como en Argentina se ha desintegrado la estructura productiva y se han incrementado los problemas sociales, verificándose un incremento de la pobreza y la desigualdad. Estos factores, como hemos visto en la primera parte del artículo, son algunos de los más relevantes dentro de los determinantes sociales de la salud.

En Argentina la situación se ha agravado por la volatilidad macroeconómica de los últimos 20 años, por la regresividad de la estructura fiscal y el desfinanciamiento del sector público. Argentina tiene un nivel relativamente alto de inversión en salud, pero sus indicadores no son los mejores. Como puede verse en la figura 5, el gasto per cápita en salud de Argentina se encuentra por encima del promedio de la muestra —se tomaron países de ingresos medios—, los resultados en salud se encuentran por debajo del promedio. Esto puede deberse, según Maceira (2011), a factores que van más allá de la capacidad de gasto, vinculados con mecanismos de financiamiento, aseguramiento y gestión de los recursos.

Las inequidades del sistema de salud argentino tienen —además de los componentes macrosociales— factores específicos ya que este se encuentra extremadamente segmentado. En primer lugar, el sistema de seguridad social se encuentra atomizado, pues cuenta con más de 300 fondos de gerenciamiento y atención de la salud³⁵. Adicionalmente, la estructura de su financiamiento se sostiene en gran parte sobre la estructura de las obras sociales sindicales, que dependen de la generación de empleo formal.

35 Coexisten obras sociales provinciales, obras sociales nacionales, empresas de medicina prepaga y el sistema de salud público.

Figura 5. Gasto en salud per cápita y tasa de mortalidad en menores de 5 años* **

*Cada 1000 nacidos vivos.

**Países seleccionados, año 2017, precios internacionales corrientes a paridad de poder adquisitivo.

Fuente: elaboración propia con base en Banco Mundial (2019).

Con las sucesivas crisis y el estallido del desempleo y del empleo informal, los fondos de la cobertura social se han ido desfinanciando, lo que derivó en una caída de la cobertura formal. Según los datos que presenta Maceira (2011) la cobertura formal en los sistemas de salud en Argentina disminuyó en casi todas las provincias entre 1991 y 2001.

La cobertura social —entre obras sociales sindicales, provinciales o PAMI— llega al 56% de la población, mientras que el 10% cuenta con cobertura privada y el 34% restante cuenta con la cobertura del sistema público. La cobertura, sin embargo, varía significativamente según el quintil de ingresos. Conforme se va disminuyendo en la escala de ingresos, pierden participación las coberturas de obras sociales y del sistema privado, y gana participación la cobertura del sistema público —que llega a más del 60% en el quintil más pobre—. A diferencia de esto, el 87% de la población del quintil más rico tiene cobertura privada o por obra social. Además, el quintil más pobre destina proporcionalmente una mayor parte de su ingreso a gastos de bolsillo en salud que el quintil más rico —10% contra 5%—. Finalmente, existe una desigualdad marcada en lo que respecta a cuidados preventivos que se evidencia entre sectores de mayores ingresos y sectores de ingresos bajos³⁶ (Maceira, 2011).

36 Además de esto, existe una gran desigualdad en el acceso a servicios de agua corriente y cloacas, que es uno de las principales causas de enfermedades en el mundo. Pese al incremento que se ha dado en el último tiempo, en Argentina todavía existen más de 8 millones de habitantes (el 23%) sin red de agua potable y más de 21 millones de habitantes (el 21%) sin desagües cloacales (Maceira et al, 2007).

Conclusiones

Argentina es un país muy desigual en términos de empleo, protección social, acceso a salud y educación, calidad de vivienda y hábitat, etcétera. Desindustrialización, reformas laborales, desintegración productiva, debilitamiento del sector sindical y pérdida de solidaridades explican en parte las formas en las que se han desenvuelto y reproducido estas desigualdades. Sin embargo, existen también algunos factores que no saltan a la vista y se vinculan con las tendencias generales del sistema a la concentración de la riqueza y los ingresos.

La consecuencia de la convergencia de la represión política y la regresividad de las medidas económicas adoptadas en nuestro país desde 1976 fue la consolidación de una estructura laboral que transformó las relaciones sociales e implicó un quiebre estructural basado en menores salarios, una participación más reducida de los trabajadores en el ingreso nacional y un mercado de trabajo cada vez más excluyente, con ingentes problemas de desempleo, subempleo, recortes en prestaciones sociales y menor estabilidad. Por el lado subjetivo, las consecuencias de las políticas mencionadas fueron una fragmentación y diferenciación de las distintas fracciones de la clase trabajadora que quebró los lazos de solidaridad existentes y restó poder sobre los sindicatos para dar cohesión a los intereses de la clase trabajadora en su conjunto.

Durante el neoliberalismo se reconfiguraron las relaciones sociales de modo tal que se profundizó la concentración del poder y de los ingresos en una porción minúscula de la población mundial. La re-regulación del sistema internacional se dio de la mano de la reducción de impuestos a los movimientos de capital y a los sectores de mayores ingresos y el recorte de los gastos sociales. Junto a esto se dio una fuerte ofensiva contra el trabajo que contempló la represión sindical, el aplazamiento de huelgas, la elevación del nivel de desempleo y flexibilización laboral. Todas estas medidas permitieron reducir los costos laborales, disciplinaron a la clase trabajadora y profundizaron la concentración de la riqueza y el ingreso.

Tanto la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2016) reconocen en las desigualdades uno de los principales factores que conforman los determinantes sociales de la salud. Han promovido proyectos como los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) para reducirlas y con ello atenuar el impacto de los determinantes sociales sobre las inequidades de salud.

Sin embargo, la regulación del sistema responde a relaciones de poder que muchas veces determinan la capacidad de estos programas de reducir las desigualdades. La concentración de la riqueza y del ingreso, y el desarrollo desigual y combinado han sido la norma y no la excepción del desenvolvimiento del capitalismo.

La organización de la producción mediante cadenas de subcontratación genera una competencia desigual por la atracción de inversiones que en el caso de América Latina ha llevado a una

desintegración productiva y ha profundizado su carácter primario-exportador. Los efectos macroeconómicos y distributivos de este proceso consolidaron una estructura vulnerable y desigual.

Por otro lado, los sectores minoritarios de más altos ingresos de la humanidad han incrementado sus riquezas, favorecidos por la regulación vigente. La protección de sus intereses –junto con las formas legales para eludir el pago de impuestos– reproducen este tipo de inequidades y restan a los estados nacionales los recursos necesarios como para tener una incidencia eficaz.

Con más de un tercio de la población trabajando en condiciones informales y precarias, la desigualdad desborda por lejos la condición salarial. Esto se debe en gran parte a la consolidación de las tendencias regresivas que identificamos desde los años de 1970. A diferencia de una marcada tendencia que se había dado en el siglo pasado, en la actualidad la condición salarial ha perdido su potencial de fuente de integración social ya que el trabajo se ha desligado de las protecciones y redes características del salariado.

En el mundo actual no es suficiente pensar e implementar programas para reducir el impacto de los determinantes sociales de la salud mediante la reducción de las desigualdades. Para que esto sea posible es necesario repensar las relaciones de trabajo y establecer mecanismos fiscales nacionales e internacionales que permitan desarticular la concentración de la riqueza y el ingreso a nivel mundial.

Referencias

- [1] Acheson, D. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report*. HM Stationery Office. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265503/ih.pdf
- [2] Allinson, J. & Anievas, A. (2009). The Uses and Misuses of Uneven and Combined Development: An Anatomy of a Concept. *Cambridge Review of International Affairs*, 22(1), 47-67. <https://doi.org/10.1080/09557570802680132>
- [3] Alstadsæter, A., Johannesen, N. & Zucman, G. (2019). Tax Evasion and Inequality. *American Economic Review*, 109(6), 2073-2103. <https://doi.org/10.1257/aer.20172043>
- [4] Anderson, P. (1995). Neoliberalismo: un balance provisorio. En E. Sader & P. Gentili (eds.), *La trama del neoliberalismo. Mercado, crisis y exclusión social* (pp. 15-27). Oficina de publicaciones del CBC-UBA.
- [5] Azpiazu, D., & Schorr, M. (2010). *Hecho en Argentina. Economía e industria, 1976-2007. Siglo XXI*.
- [6] Banco Mundial. (2018). *Hacia el fin de las crisis en Argentina: Prioridades para un crecimiento sostenible y prosperidad compartida* [informe]. Banco Mundial. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/693981558012501931/pdf/Summary.pdf>
- [7] Banco Mundial (2019). World Development Indicators Database. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>

- [8] Bauman, Z. (2012). *Daños colaterales: desigualdades sociales en la era global*. Fondo de Cultura Económica.
- [9] Beckfield, J. & Krieger, N. (2009). Epi + demos + cracy: Linking Political Systems and Priorities to the Magnitude of Health Inequities – Evidence, Gaps, and a Research Agenda. *Epidemiologic Reviews*, 31(1), 152–177. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxp002>
- [10] Black, D. (1981). Inequalities in health. *British Medical Journal*, 282(6274), 1468. <https://doi.org/10.1136/bmj.282.6274.1468>
- [11] Boyer, R. (2016). A World of Contrasted but Interdependent Inequality Regimes: The Latin America Paradox. *Review of Political Economy*, 28(1), 1-22. <https://doi.org/10.1080/09538259.2015.1065578>
- [12] CEDLAS & World Bank (2019). Socio-economic database for Latin America and the Caribbean. <http://www.cedlas.econo.unlp.edu.ar/wp/en/estadisticas/sedlac/> Cockerham, G. B., Dingwall, R. & Quah, S. R. (eds.). (2014). Political Economy of Health. En *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society* (pp. 1036-1040). Wiley-Blackwell
- [13] Coronado Marroquín, J. (2020). El impacto de los Tratados de Libre Comercio en la fiscalidad, las finanzas públicas y la capacidad regulatoria de los Estados en América Latina. En L. Ghiotto & P. Lartera (eds.), *25 años de tratados de libre comercio e inversión en América Latina: análisis y perspectivas críticas* (pp. 97-124). Fundación Rosa Luxemburgo/ América Latina mejor sin TLC
- [14] Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health* [working paper]. Institute for Future Studies. <https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filnz8uvqv2wqfshmr6cut.pdf>
- [15] Davies, M. & Adshead, F. (2009). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Conferencia internacional en torno al trabajo de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, 6-7 Noviembre 2008, Londres. *Global Health Promotion*, 16(1), 108-109. <https://doi.org/10.1177/1757975909103770>
- [16] Díaz Langou, G., De León, G., Florito, J., Caro Sachetti, F., Biondi, A., & Karczmarczyk, M. (2019). *El género del trabajo: entre la casa, el sueldo y los derechos*. CIPPEC, OIT, PNUD, ONU Mujeres. https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/WCMS_734272/lang--es/index.htm
- [17] Diderichsen, F., Evans, T. & Whitehead, M. (2001). The Social Basis of Disparities in Health. En T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya & M. Wirht (eds.), *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action* (pp. 12-23). Oxford Scholarship Online.
- [18] Doyal, L. & Pennell, I. (1979). *The Political Economy of Health*. South End Press.
- [19] Duarte, M. (2002). Los impactos de las privatizaciones sobre el mercado de trabajo: Desocupación y creciente precarización laboral. En D. Azpiazu (comp.): *Privatizaciones y poder económico*. FLACSO/ Universidad Nacional de Quilmes/IDEP.
- [20] Dubet, F. (2015). *¿Por qué preferimos la desigualdad?(aunque digamos lo contrario)*. Siglo XXI.
- [21] Fraser, N. (2012, junio). Nuevas batallas de la igualdad. *Le Monde Diplomatique*, 156. <https://www.eldiplo.org/notas-web/nuevas-batallas-por-la-igualdad/>
- [22] Gaggero, J. (2008). La cuestión tributaria en Argentina. *Ciclos*, 17(33/34), 215-237. http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/ciclos/ciclos_v17_n33-34_09.pdf
- [23] Han, B. (2017). *La sociedad del cansancio*. Herder.

- [24] Hardoon, D., Fuentes-Nieva, R., & Ayele, S. (2016). Una economía al servicio del 1%: Acabar con los privilegios y la concentración de poder para frenar la desigualdad extrema. Oxfam. <http://oxf.am/ZniS>
- [25] Kawachi, I., Subramanian, S. V. & Almeida-Filho, N. (2002). A Glossary for Health Inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(9), 647-652. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.56.9.647>
- [26] Lischinsky, B. (2016). Distribución del ingreso y la riqueza a nivel mundial. *Voces en el Fénix*, 7(55), 112-119. https://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/numero_pdf/fenix%2055%20baja.pdf
- [27] Lynch, J., Smith, G., Harper, S., Hillemeier, M., Ross, N., Kaplan, G. A. & Wolfson, M. (2004). Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 5-99. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378x.2004.00302.x>
- [28] Maceira, D. (2011). Desafíos del sistema de salud argentino. *Voces en el Fénix*, 7, 60-67. <https://www.vocesenelfenix.com/content/desaf%C3%ADos-del-sistema-de-salud-argentino>
- [29] Maceira, D., Kremer, P., & Finucane, H. (2007). El desigual acceso a los servicios de agua corriente y cloacas en la Argentina. *Políticas Públicas Análisis*, 39. https://www.revistamedicos.com.ar/opinion/n39_aguas1.pdf
- [30] Milanovic, B. (2012). *Los que tienen y los que no tienen. Una breve y singular historia de la desigualdad global*. Alianza.
- [31] Milanovic, B. (2017). *Desigualdad mundial. Un nuevo enfoque para la era de la globalización*. Fondo de Cultura Económica.
- [32] Minian, I. (2009). Nuevamente sobre la segmentación internacional de la producción. *Economía unam*, 6(17), 46-68. <https://www.redalyc.org/pdf/3635/363542899006.pdf>
- [33] Morgan, L.M. (1987). Dependency Theory in the Political Economy of Health: An Anthropological Critique. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(2), 131-154. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.2.02a00010>
- [34] Navarro, V. (1976). *Medicine under Capitalism*. Prodist.
- [35] Nochteff, H. (1999). La política económica en la Argentina de los noventa. Una mirada de conjunto. *Revista Época* 1 (1), 15-32. <http://publicacioneseconomia.flacso.org.ar/images/pdf/168.pdf>
- [36] Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2016). *Preguntas y respuestas. Informe Mundial sobre Ciencias Sociales 2016*. <https://es.unesco.org/wssr2016/questions-answers>
- [37] Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. 2.ª ed. Oficina Regional para Europa de la OMS. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
- [38] Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: informe de la Secretaría (No. A62/9). Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf
- [39] Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2016). *Perspectivas sociales y del empleo en el mundo 2016*. International Labour Office.
- [40] Panigo, D., Castillo, K. & Monzón, N. (2019). La preferencia por la desigualdad y el ascenso de gobiernos de derecha en América Latina: una aproximación econométrica a la hipótesis de Dubet. *Cuadernos de Economía Crítica*, 5(10), 71-98. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5123/512359395007/html/index.html>

- [41] Piketty, T. (2014). *El capital en el siglo XXI*. Fondo de cultura económica.
- [42] Rosenberg, J. (2006). Why is There No International Historical Sociology? *European Journal of International Relations*, 12(3), 307-340. <https://doi.org/10.1177/1354066106067345>
- [43] Sassen, S. (1999). *La ciudad global: Nueva York, Londres, Tokio*. Eudeba.
- [44] Thompson, R. & Garry, S. (2019). The Political Economy of NCDs, and the Limits of Global Health. *The Lancet*, 393(10177), 1186-1187. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30432-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30432-5)
- [45] Treacy, M. (2019). Desarrollo desigual del capitalismo: colonialismo, imperialismo y dependencia en América Latina. *Sociedad*, 38, 14-29. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/revistasociedad/article/view/3560>
- [46] UC Atlas of Global Inequality. (s. f.). *The UC Atlas of Global Inequality*. Consultado el 16 de agosto de 2019. <https://web.archive.org/web/20090301224906/http://ucatlas.ucsc.edu/home.html>
- [47] Vitale, L. (1992). Modos de producción y formaciones sociales en América Latina. En *Introducción a una teoría de la historia para América Latina* (p.p. 37-69). Planeta.
- [48] Wilkinson, R. & Marmot, M. (eds.). (2006). *Los hechos probados: los determinantes sociales de la salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- [49] Wilkinson, R. & Pickett, K. (2009). *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. Penguin.