

# La mejora de la salud durante las crisis económicas: un fenómeno contraintuitivo

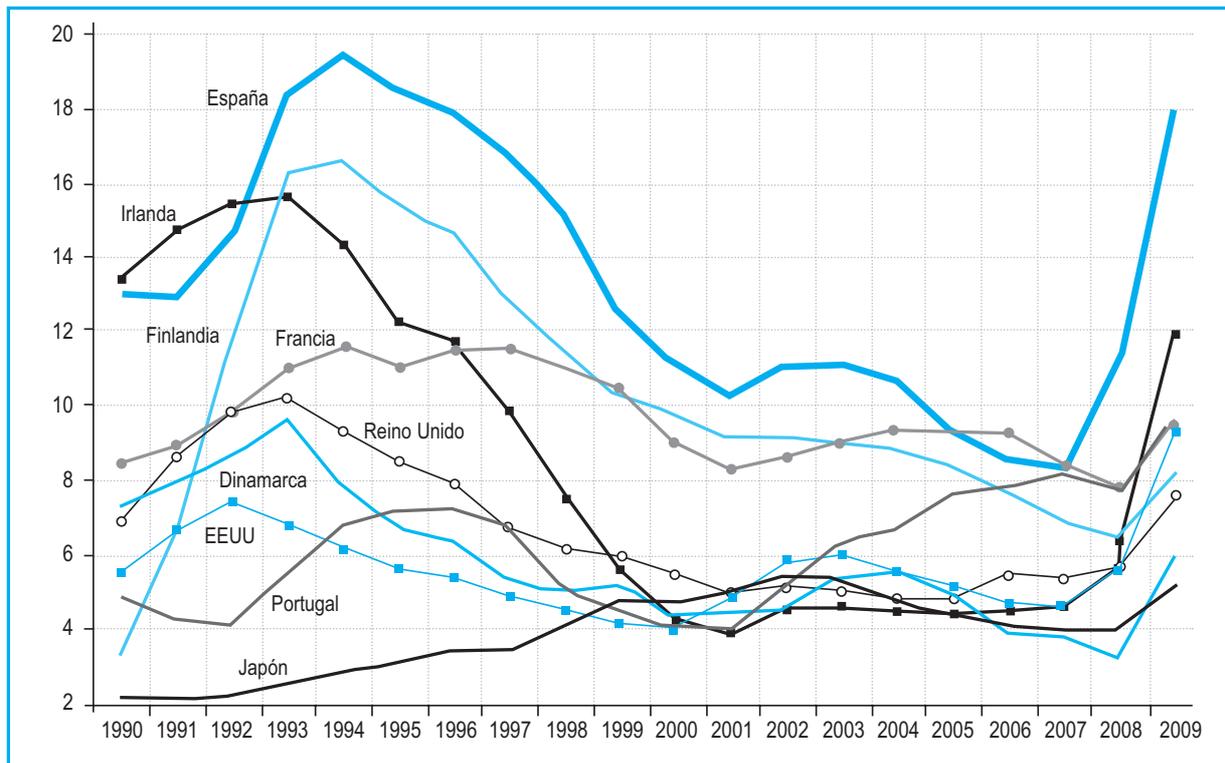
*En este texto, presentamos algunos datos sobre la crisis mundial que comenzó en 2007 y se comentan sus posibles consecuencias sobre la salud basándose en diversos estudios sobre la influencia de los ciclos económicos (de expansión-contracción) en la salud y en concreto en las experiencias de EE UU (1920-1940), España (1960-2000) y China e India (desde 1950 hasta el presente). Contrariamente a lo que pudiera parecer inicialmente, el crecimiento económico favorece los procesos y desarrollos a largo plazo que introducen mejoras en la salud, pero una vez alcanzado cierto nivel de ingreso comienza a perjudicarle.*

**E**n la segunda mitad de 2008 la economía mundial entró en crisis. Prácticamente en todos los países el desempleo aumentó (véase figura 1), el consumo privado disminuyó y las deudas impagadas y las quiebras de empresas y bancos se multiplicaron en lo que se denominó “la Gran Recesión”. Los Gobiernos intervinieron masivamente respaldando con dinero público a los grandes bancos y aseguradoras cuya caída, se decía, amenazaba con hundir todo el sistema financiero. En EE UU la tasa de desempleo aumentó 5 puntos porcentuales entre 2007 y 2010 y el PIB se contrajo en el primer trimestre de 2009 a una tasa anualizada del 5,7% tras haberse contraído 6,3% en el cuarto trimestre de 2008. En Japón el PIB se contrajo 3,3% en el cuarto trimestre de 2008, lo que corresponde a un 12,7% anualizado. En Australia el desempleo aumentó rápidamente de 2008 a 2009 y en China, según informaciones no oficiales, pudieron ser decenas de millones los que perdieron sus trabajos; en algunas áreas del país el desempleo podría haber alcanzado el 30% de la población activa. En la zona euro de la Unión Europea el PIB se contrajo un 4,6% entre el primer trimestre de 2008 y de 2009. El desempleo

José A. Tapia Granados, Programa de Ambiente Social y Salud (SEH/SRC), Instituto para la Investigación Social, Universidad de Michigan

aumentó prácticamente en todos los países europeos con España, Letonia y Lituania a la cabeza en tasas de desocupación de la población activa.

**Figura 1.**  
**Tasa de desempleo (porcentaje de personas sin trabajo en la población económicamente activa) en varios países**



Fuente: Datos de la oficina estadística de la Unión Europea (Eurostat). Las recesiones se manifiestan por aumentos de la tasa de desempleo, que se observa sobre todo a comienzos de los años noventa y hacia el 2002-2003. Las oscilaciones paralelas del desempleo en distintos países son indicativas de la mundialización de la economía. Los efectos de la "Gran Recesión" se reflejan (solo parcialmente, ya que solo hay datos hasta el 2009) en el aumento del desempleo en todos los países a partir del 2007.

Aunque en muchos países las estadísticas económicas muestran un cambio hacia una dinámica expansiva desde la segunda mitad de 2009, el crecimiento del PIB durante 2010 ha sido en general muy débil, los desequilibrios financieros siguen presentes y el desempleo sigue alto. Las revueltas antidictatoriales en el mundo árabe y el terremoto-maremoto en Japón con la posterior crisis nuclear son factores que complican y confunden aún más la situación mundial. A la fecha, en marzo de 2011, "la coyuntura", como solía denominarse en otros tiempos al estado expansivo o recesivo de la economía, parece muy inestable y podría evolucionar en cualquier dirección en la segunda mitad del año.

Las políticas de estímulo fiscal aplicadas por el Gobierno de Obama y por algunos Gobiernos europeos al comienzo de la crisis, a menudo juzgadas como muy insuficientes por economistas keynesianos como Krugman o Stiglitz, dieron paso durante 2010 a políti-

cas económicas claramente conservadoras, antikeynesianas, en las que olvidando la idea de aumentar la demanda agregada para impulsar la actividad económica, los Gobiernos buscan como primera prioridad recortar el gasto público para disminuir el déficit fiscal. Si de alguna forma se busca estimular la economía, es mediante recortes de impuestos que yendo generalmente a las empresas y las rentas más altas, probablemente solo sirvan para aumentar la desigualdad de ingreso y las masas monetarias flotantes en el espacio de inversión mundial (a la espera de oportunidades de inversión rentable). A la misma vez el *establishment* económico y político predica la necesidad de *apretarse el cinturón* y los Gobiernos recortan los salarios, directamente a los empleados públicos; a los trabajadores del sector privado, de momento, de forma indirecta, mediante, por ejemplo, el aumento de la edad de jubilación (en España, tristemente aceptado por los sindicatos mayoritarios). Por otra parte, no hay mejor argumento para “convencer” a los asalariados de que han de aguantar las reducciones de paga que reclaman los empresarios que las tasas altas de desempleo hoy presentes en muchos países. La inflación también puede ser un mecanismo para recortar los salarios reales y, de hecho, ya parece estar operando en algunos países. Así el *Financial Times* informaba en febrero de 2001 que la contracción de los salarios reales (es decir, ajustados según la inflación) que estaba teniendo lugar en el Reino Unido no tenía precedente desde la década de 1920, en la que la economía británica pasó por un periodo de prolongada y profunda depresión.

En Europa, la actitud generalizada de los Gobiernos, tras los titubeos y los intentos de políticas expansivas iniciales, es recortar gastos, resultado que parecía inevitable frente a las tensiones del área monetaria del euro, cuestionada por las crisis de Grecia e Irlanda, amenazada por los niveles de deuda pública en Portugal, España e Italia y paralizada por la falta de instituciones políticas para desarrollar políticas económicas unificadas. En el resto del mundo cada Gobierno enfrenta sus problemas y toma sus propias decisiones sin ningún punto de referencia claro, ahora que, lo reconozcan o no quienes fueron sus patrocinadores durante varios lustros, el Consenso de Washington y las ideas generales sobre política económica antes predominantes se han hundido casi tanto como se hundieron los valores bursátiles en 2008.

## La crisis y la salud

Un aspecto que se comenta poco es el de las posibles o probables consecuencias de la crisis sobre la salud. ¿Dañará esta crisis la salud de la población?

En principio, para quienes están familiarizados con el campo de la salud pública, la epidemiología o, en general, con el campo de estudio y práctica social que, bajo diversas etiquetas (demografía, medicina social, salud colectiva) ha investigado la distribución de la

enfermedad y la muerte en las sociedades humanas, una idea básica es que la pobreza, la miseria social y la enfermedad están íntimamente relacionadas. Por ello, lo que sería de esperar es que cuando el estrés y la miseria social aumenten en un periodo de crisis económica, empeoren los indicadores de salud de la población. En otras palabras, se esperaría que en las épocas de recesión económica disminuyeran los indicadores positivos de salud (esperanza de vida, por ejemplo) y aumentaran los indicadores objetivos de falta de salud, es decir, las tasas de morbilidad (frecuencia de enfermedad) y de mortalidad (frecuencia de muerte). Los datos muestran, sin embargo, que esta deducción es completamente equivocada.

La idea de que hay una conexión entre prosperidad económica y mejor salud y la conexión complementaria entre la penuria o la miseria y la enfermedad o la muerte tiene un precedente histórico clave en Malthus, que consideraba las guerras, las hambrunas y las epidemias como los mecanismos básicos para reducir la población al nivel compatible con los recursos alimentarios disponibles.<sup>1</sup> Pero, la idea general de que la prosperidad se asocia a la buena salud, mientras que la pobreza, la miseria y el desempleo se asocian a peor salud tiene también fundamentos empíricos. En primer lugar, la observación de que, en épocas preindustriales, las epidemias y las hambrunas que provocaban picos de mortalidad se asociaban a malas cosechas.<sup>2</sup> En segundo lugar, la observación repetida, en un ámbito geográfico y un momento dado, de que la mortalidad y la clase social están en relación inversa, es decir que a mayor ingreso o años de educación, o mejor calidad del empleo (los tres índices generalmente usados para “medir” la clase social), menor es el nivel de mortalidad (y mayor el nivel de salud individual medido por otros indicadores). En tercer lugar, los estudios en los que se ha comparado la salud de personas empleadas y desempleadas y en los que se ha observado que los desempleados tienden a tener peor salud y mayor mortalidad (aunque también se observó que cuando el desempleo es masivo, las diferencias entre desempleados y empleados tienden a desaparecer).<sup>3</sup>

<sup>1</sup> T. R. Malthus, *An essay on the principle of population; and, a summary view of the principle of population* [intr. y ed. Antony Flew], Penguin, Harmondsworth, 1970.

<sup>2</sup> M. Livi Bacci, *Population and nutrition: An essay on European demographic history* [trad de T. Croft-Murray & C. Ipsen], Cambridge University Press, Nueva York, 1991. D. S. Thomas, *Social and economic aspects of Swedish population movements, 1750-1933*, Macmillan, Nueva York, 1941.

<sup>3</sup> S. A. Burgard, J. E. Brand y J. S. House, «Toward a better estimation of the effect of job loss on health», *Journal of Health & Social Behavior* 48(4), 2007, 369-384. P. Martikainen, N. Maki y M. Jantti, «The Effects of Unemployment on Mortality following Workplace Downsizing and Workplace Closure: A Register-based Follow-up Study of Finnish Men and Women during Economic Boom and Recession», *American Journal of Epidemiology* 165(9), 2007, 1070-1075. M. Voss, L. Nylén, B. Floderus, F. Diderichsen y P. D. Terry, «Unemployment and early cause-specific mortality: A study based on the Swedish Twin Registry», *American Journal of Public Health* 94(12), 2004, 2155-2161. M. Bartley y J. Ferrie, «Glossary: unemployment, job insecurity, and health», *Journal of Epidemiology & Community Health* 55(11), 2001, 776-781. D. Dooley, J. Fielding y L. Levi, «Health and unemployment», *Annual Review of Public Health*, 1996, 17449-465. P. T. Martikainen y T. Valkonen, «Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment», *Lancet* 348(9032), 1996, 909-914. P. T. Martikainen y T. Valkonen, «The effects of differential unemployment rate increases of occupation groups on changes in mortality», *American Journal of Public Health* 88, 1996, 1859-1861. T. Valkonen y P. T. Martikainen, «The association between unemployment and mortality: causation or selection?» en A. D. Lopez, G. Casell y T. Valkonen (compiladores) *Adult mortality in*

Así, por ejemplo, según un estudio publicado en el 2005, en EEUU las personas de clase social alta –que tienen una buena educación, empleos con remuneración elevada y viven en buenos vecindarios– viven más años y tienen mejor salud que las personas de clases más bajas, muchas de las cuales son personas de raza negra o miembros de otras minorías étnicas. Y la brecha se está ensanchando.<sup>4</sup>

Si las malas cosechas, los menores niveles de ingreso y la desocupación a nivel individual se asocian a peor salud y mayor mortalidad, en una recesión económica en la que aumenta el desempleo y disminuyen en general los niveles de ingreso sería de esperar que la mortalidad tendiera a aumentar. Esta es la idea “lógica” que, apoyada en análisis estadísticos muy oscuros y confusos popularizaron durante el último cuarto de siglo David Harvey y Robert Brenner en numerosas publicaciones.<sup>5</sup>

Sin embargo, los resultados de Brenner no sostenían la idea de que la salud y la mortalidad tiendan a empeorar como consecuencia de las recesiones económicas. Ya en las primeras décadas del siglo XX algunos autores habían percibido con asombro que comparando épocas de expansión y épocas de recesión en economías industriales, la mortalidad tendía a aumentar en las épocas de recesión, no en las de expansión.<sup>6</sup> El hallazgo se olvidó durante casi medio siglo, pero en los años setenta, a la misma vez que Brenner publicaba sus estudios supuestamente probatorios del carácter nocivo de las recesiones para la salud, Joseph Eyer publicaba otros artículos que indicaban exactamente lo contrario e iniciaba una serie de críticas a Brenner<sup>7</sup> respaldadas por otros muchos autores.<sup>8</sup> La polémica, complicada por consideraciones estadísticas y económicas relativamente complejas, quedó limitada a un gueto de especialistas y fue poco lo que trascendió de todo ello al mundo de los profesionales de la atención a la salud y los investigadores de las ciencias sociales no directamente implicados en ese campo de estudio.

---

*developed countries: from description to explanation*, OxfordClarendon Press, 1996. J. B. Turner, «Economic context and the health effects of unemployment», *Journal of Health & Social Behavior* 36(3), 1996, 213-229.

<sup>4</sup> S. Isaacs y S. A. Schroeder, «Class—The ignored determinant of the nation's health», *New England Journal of Medicine* 351(11), 2005, 1137-1142.

<sup>5</sup> Por ejemplo, M. H. Brenner, «Mortality and economic instability: detailed analyses for Britain and comparative analyses for selected industrialized countries», *International Journal of Health Services* 13(4), 1983, pp. 563-620. M. H. Brenner, «Political economy and health» en B. C. Amick III *et al.*, *Society and health*, Oxford University Press, Nueva York, 1995.

<sup>6</sup> W. F. Ogburn y D. S. Thomas, «The influence of the business cycle on certain social conditions», *Journal of the American Statistical Association* 18, 1922, pp. 324-340; D. S. Thomas, *Social aspects of the business cycle*, Knopf, Nueva York, 1927.

<sup>7</sup> J. Eyer, «Prosperity of the Capitalist Variety as a Cause of Death – Reply», *International Journal of Health Services* 9(1), 1979, pp. 161-168; J. Eyer, «Review of [Brenner's] *Mental-Illness and the Economy*», *International Journal of Health Services*, 6 (1), 1976, pp. 139-148; J. Eyer, «Review of [Brenner's] *Mental-Illness and Economy* – Rejoinder», *International Journal of Health Services* 6(1), 1976, pp. 157-168; J. Eyer, «Does unemployment cause death rate peak in each business cycle – Multifactor model of death rate change», *International Journal of Health Services* 7(4), 1977, pp. 625-662.

<sup>8</sup> H. S. Gravelle, G. Hutchinson y J. Stern, «Mortality and unemployment: A critique of Brenner's time-series analysis», *Lancet* 2(8248), 1981, pp. 675-679; A. Wagstaff, «Time series analysis of the relationship between unemployment and mortality: a survey of econometric critiques and replications of Brenner's studies», *Social Science & Medicine* 21(9), 1985, pp. 985-996;

En lo que va de siglo las cosas parecen estar cambiando. Una serie de publicaciones han puesto de manifiesto que son las ideas de Eyer y no las de Brenner las que tienen sustento en los datos estadísticos de distintos países. O sea, que son las épocas expansivas más que las recesivas las que tienden a tener efectos nocivos sobre la salud. Este fenómeno se ha comprobado en EE UU,<sup>9</sup> Japón,<sup>10</sup> Alemania,<sup>11</sup> España,<sup>12</sup> Finlandia<sup>13</sup> y los 28 países ricos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) tomados en conjunto;<sup>14</sup> y también en países de menor nivel de ingreso como Argentina,<sup>15</sup> México<sup>16</sup> y Corea del Sur.<sup>17</sup> El caso de Suecia, donde existen excelentes estadísticas demográficas desde el siglo XVIII se ha estudiado extensamente.<sup>18</sup> Aunque los resultados iniciales parecían indicar que Suecia era un caso distinto, el análisis de distintos datos y las debilidades metodológicas de algunos estudios sugieren que la relación entre la economía y las fluctuaciones de la mortalidad en Suecia es similar a la encontrada en otros países (aunque, por ejemplo, las expansiones parecen perjudicar la salud menos que en EE UU).

---

P. J. Cook y G. A. Zarkin, «Homicide and economic conditions: A replication and critique of M. Harvey Brenner's new report to the U.S. Congress», *Journal of Quantitative Criminology* 2(1), 1986, pp. 69-80; J. Winter, «Unemployment, nutrition and infant mortality in Britain, 1920-50», en *The working class in modern British history: essays in honour of Henry Pelling*, Cambridge, Cambridge University Press, 1983; S. Kasl, «Mortality and the business cycle: some questions about research strategies when utilizing macro-social and ecological data», *American Journal of Public Health* 69(8), 1979, pp. 784-789; J. Sogaard, «Econometric critique of the economic change model of mortality», *Social Science & Medicine*, 34(9), 1992, pp. 947-957.

<sup>9</sup> C. J. Ruhm, «Are recessions good for your health?», *Quarterly Journal of Economics* 115(2), 2000, pp. 617-650; C. J. Ruhm, «A healthy economy can break your heart», *Demography* 44(4), 2007, pp. 829-848.

<sup>10</sup> J. A. Tapia Granados, «Macroeconomic fluctuations and mortality in postwar Japan», *Demography*, 45(2), 2008, pp. 323-343.

<sup>11</sup> E. Neumayer, «Recessions lower (some) mortality rates: evidence from Germany», *Social Science & Medicine* 58(6), 2004, pp. 1037-1047 [erratum corrigendum en 59(9):1993].

<sup>12</sup> J. A. Tapia Granados, «Recessions and mortality in Spain, 1980-1997», *European Journal of Population* 21(4), 2005, pp. 393-422; J. A. Tapia Granados, «Salud, economía y libertad: cuarenta años de crecimiento económico, transición política y condiciones de salud en España», *Medicina Clínica*, 128(12), 2007, pp. 463-467.

<sup>13</sup> J. A. Tapia Granados, «Case Study A2: Do health inequalities increase when employment grows?» en J. Benach, C. Muntaner y V. Santana (comps.), *Employment Conditions and Health Inequalities - Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) prepared by the Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET)*, Ginebra, WHO, 2007; T. Valkonen, P. Martikainen et al., «Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle-aged men and women in Finland», *European Journal of Public Health* 10274-280, 2000; M. Jäntti, P. Martikainen y T. Valkonen, «When the Welfare State works: unemployment and mortality in Finland», en G. A. Cornia y R. Panicià (comps.), *The mortality crisis in transitional economies*, Oxford University Press, Nueva York, 2000.

<sup>14</sup> U. G. Gerdtham y C. J. Ruhm, «Deaths rise in good economic times: Evidence from the OECD», *Economics & Human Biology* 4(3), 2006, pp. 298-316.

<sup>15</sup> F. Abdala, R. N. Geldstein, S. M. Mychaszula, «Economic restructuring and mortality changes in Argentina - Is there any connection?» en G. A. Cornia y R. Panicià (comps.), *The mortality crisis in transitional economies*, Oxford University Press, Nueva York, 2000.

<sup>16</sup> F. Gonzalez y T. Quast, «Macroeconomic changes and mortality in Mexico», *Empirical Economics*, 2010.

<sup>17</sup> Y. H. Khang, J. W. Lynch y G. A. Kaplan, «Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea», *International Journal of Epidemiology* 34(6), 2005, pp. 1291-1301; J. A. Tapia Granados, «Mortality effects of the economic crisis in South Korea», *International Journal of Epidemiology*, 2006.

<sup>18</sup> U. G. Gerdtham y M. Johannesson, «Business cycles and mortality: Results from Swedish microdata», *Social Science & Medicine* 60(1), 2005, pp. 205-218; M. Svensson, «Economic upturns are good for your health but watch out for accidents: a study on Swedish regional data 1976-2005», *Applied Economics* 42(5), 2010, pp. 615-625; M. Svensson, «Do not go breaking your heart:

En conclusión, las visiones conflictivas sobre la relación entre las oscilaciones macroeconómicas y la salud parecen estar dando paso a un consenso cada vez más general sobre una regularidad estadística, la de una oscilación de las tasas de mortalidad paralela a las oscilaciones del crecimiento económico. Quien lea esto ha de saber de todas formas que quien así lo afirma difícilmente puede ser un juez imparcial por ser parte implicada en la polémica.

En lo que sigue se explicarán tres casos concretos de la relación entre la economía y la salud. Los dos primeros, EE UU 1920-1940 y España 1960-2000, revelan la evolución de la salud durante épocas de expansión y épocas de crisis en economías industriales de libre mercado (alias capitalismo típico desarrollado). El tercer “caso” es el de China e India durante el último medio siglo. En estos dos “países en desarrollo”, cuyos 2.000 millones de habitantes forman casi un tercio de la población mundial los datos muestran que la evolución de la salud va fundamentalmente en contra de lo que predicen los apóstoles del desarrollismo.

---

**Hay un consenso cada vez más general sobre  
una regularidad estadística: las tasas de mortalidad oscilan  
en paralelo a las del crecimiento económico**

---

## La salud en EE UU entre 1920 y 1940

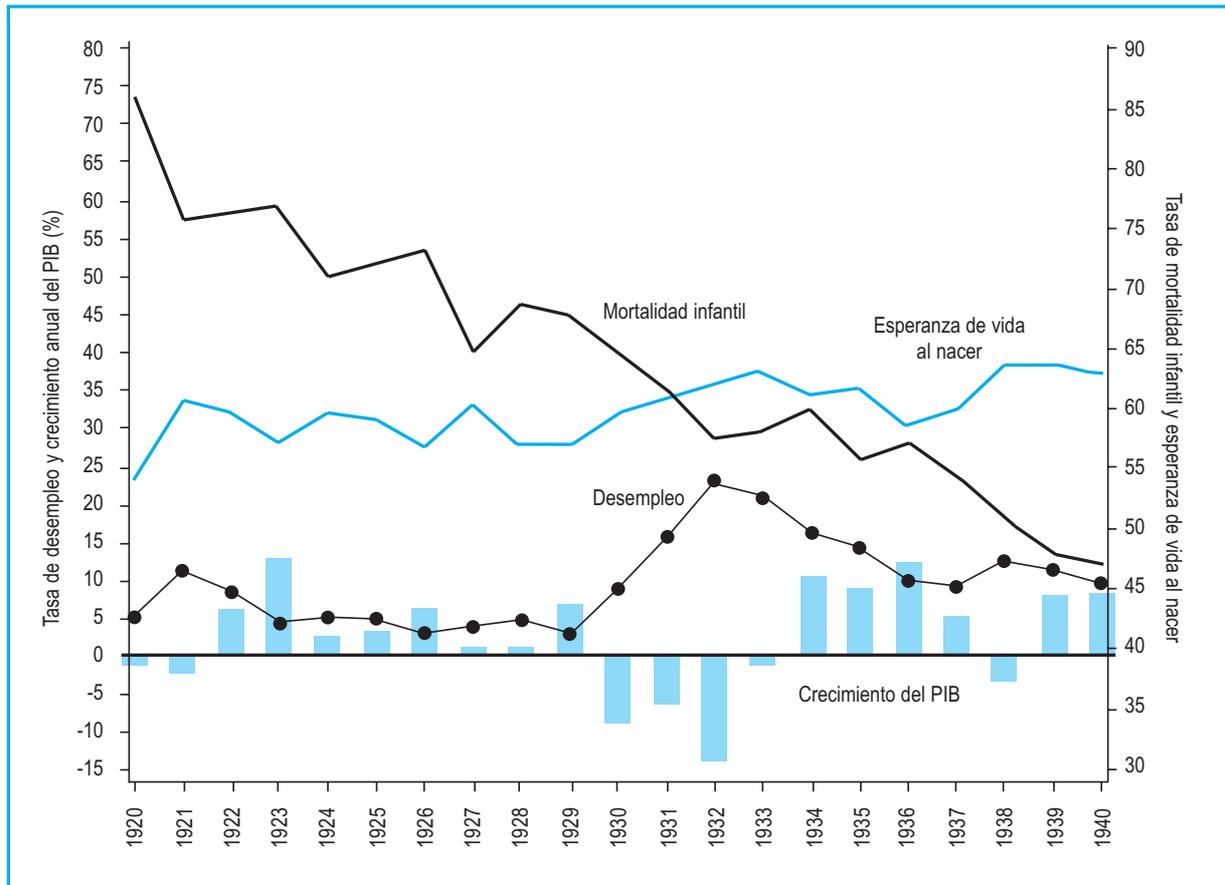
Los años veinte en EE UU se iniciaron con una importante recesión en la que el PIB se contrajo y la tasa de desempleo llegó a 11% en 1921 (véase figura 2). Durante el resto de la década, que pasó a la historia como *los felices* o incluso *los rugientes* años veinte (por la prosperidad industrial y comercial y el *boom* de la bolsa, donde todos pensaban enriquecerse), el crecimiento económico intenso (que llegó, por ejemplo, a 12,5% en 1923, figura 1) mantuvo las tasas de desempleo a niveles muy bajos, de menos de 5%. En el otoño de 1929 los valores en Wall Street comenzaron a desmoronarse y se inició la Gran Depresión. Durante cuatro años consecutivos el PIB se contrajo, siendo la máxima contracción, 14%, en 1932. El desempleo aumentó hasta llegar a casi 23% en 1932. Entre 1934 y 1937 la economía se reactivó y el crecimiento del PIB alcanzó tasas por encima del 10% en 1934 y 1936, pero en 1938 la economía volvió a entrar en recesión (la llamada recesión de Roosevelt) y el desempleo, que había disminuido entre 1933 y 1937 de más de 20% a menos de 10%, volvió a subir y alcanzó el 12,5% en 1938. Por los altos niveles de desocu-

---

Do economic upturns really increase heart attack mortality?», *Social Science and Medicine* 65, 2007, pp. 833-841; J. A. Tapia Granados y E. L. Ionides, «The reversal of the relation between economic growth and health progress: Sweden in the 19th and 20th centuries», *Journal of Health Economics* 27(3), 2008, pp. 544-563; J. A. Tapia Granados y E. L. Ionides, «Mortality and macroeconomic fluctuations in contemporary Sweden», *European Journal of Population*, 2011 [en prensa].

pación durante toda la década algunos autores piensan que la Gran Depresión duró prácticamente toda la década, aunque por lo general el término suele aplicarse estrictamente a los años iniciales de la misma, en concreto de 1930-1933.

**Figura 2**  
Evolución de la economía y la salud en EE UU, 1920-1940

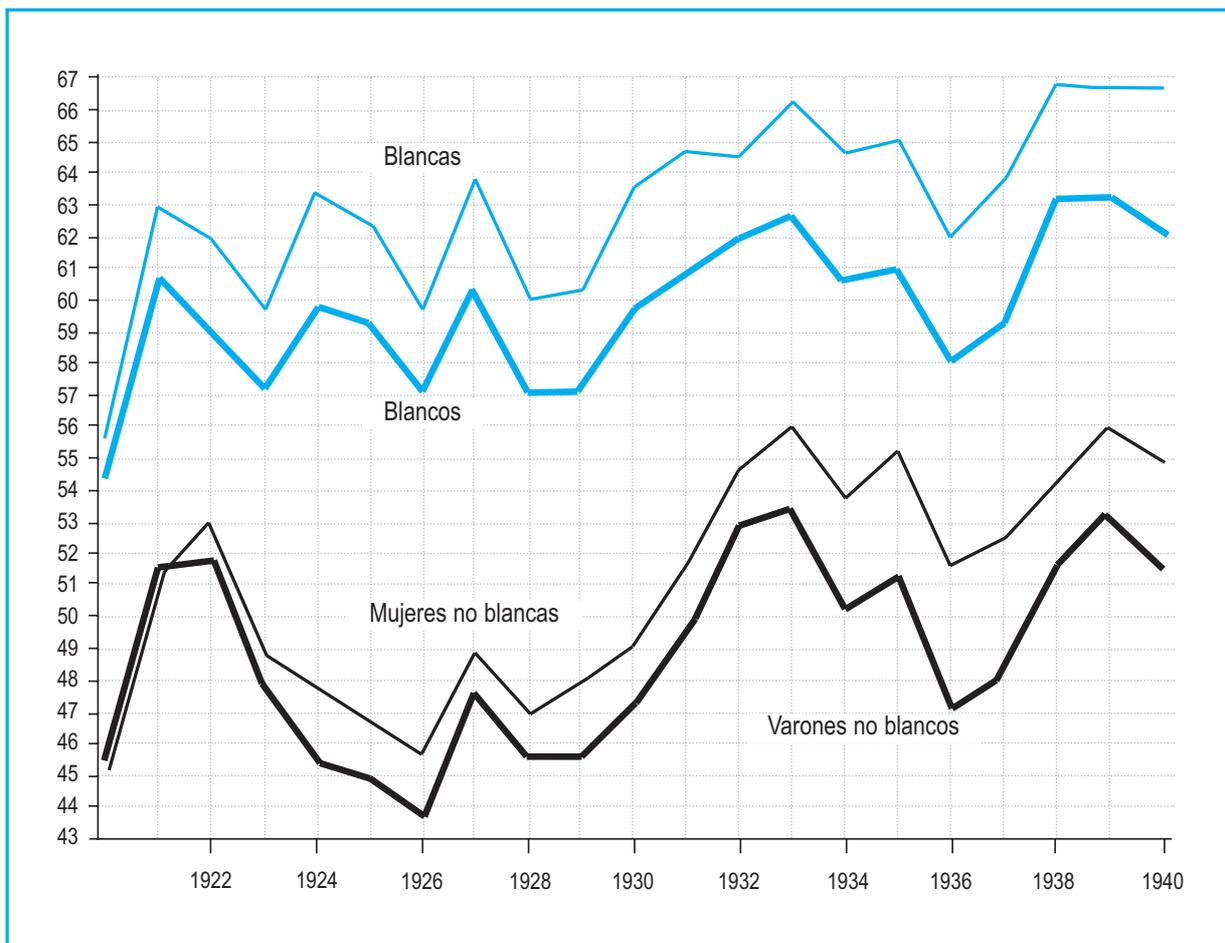


Entre 1920 y 1940 la tendencia general de la mortalidad infantil fue a la disminución y la de la esperanza de vida al nacer fue al aumento, revelando una tendencia general a la mejora de las condiciones de salud (véase figura 1). En los años 1930-1934 en que la crisis fue especialmente severa y el desempleo aumentó hasta alcanzar su máximo histórico en EE UU, la mortalidad infantil no solo continuó disminuyendo sino que disminuyó más rápidamente que en los años previos. En cuanto a la esperanza de vida al nacer, después de haber oscilado sin una tendencia clara entre 1921 y 1929, entre 1930 y 1934, en los años de depresión intensa de la economía, aumentó considerablemente. Luego disminuyó otra vez en los años de reactivación económica de mitad de la década.

La esperanza de vida de mujeres y varones blancos y no blancos (véase figura 3) revela claramente las peores condiciones de salud de los «no blancos» (que corresponden fun-

damentalmente a afroestadounidenses). Entre 1922 y 1929, la esperanza de vida de los no blancos en EE UU sufrió un claro empeoramiento que, sorprendentemente, se tornó en mejora durante la depresión de 1930-1933. En los años de reactivación económica a mediados de la década la esperanza de vida al nacer empeoró en todos los grupos demográficos.

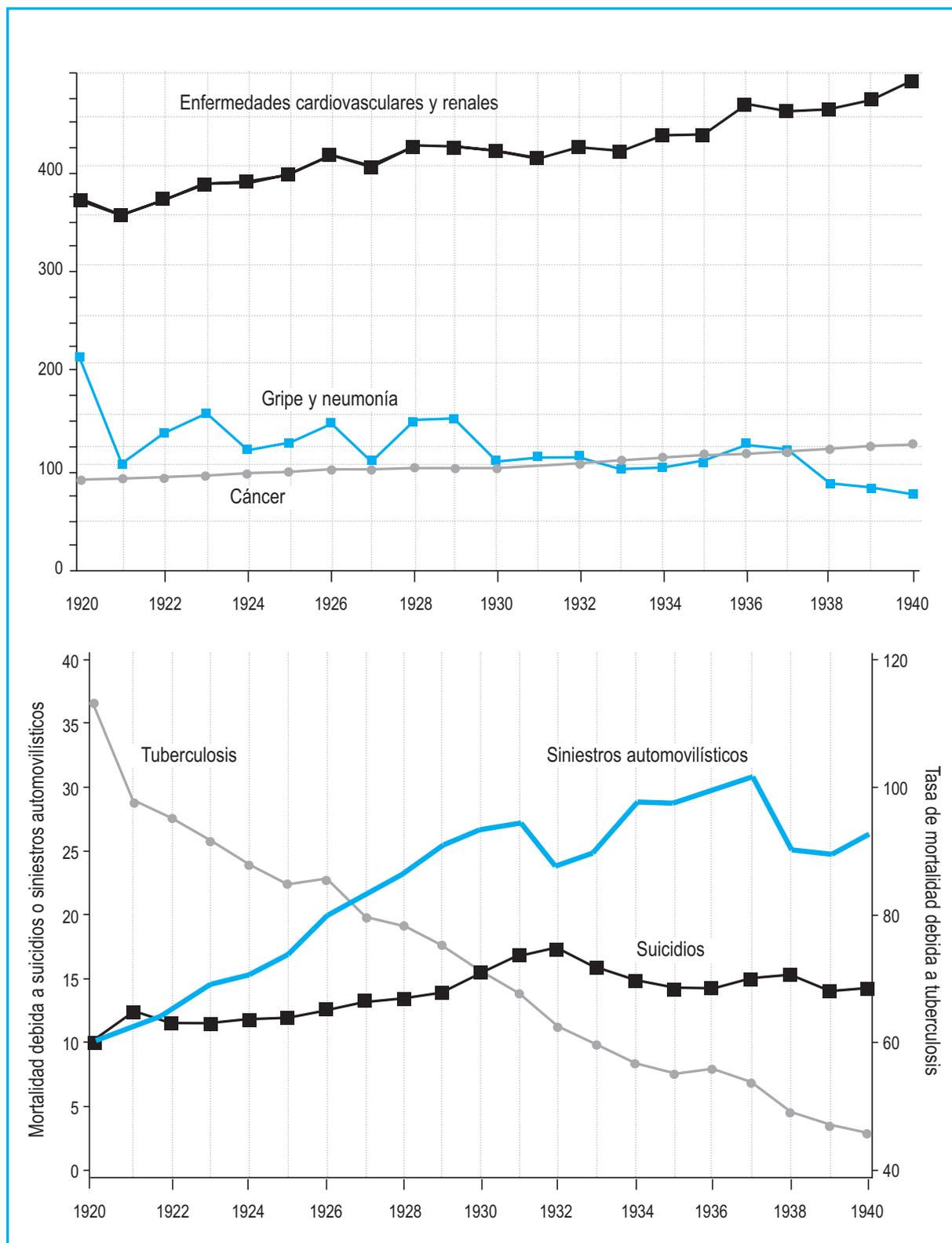
**Figura 3**  
Esperanza de vida al nacer en distintos grupos demográficos, EEUU, 1920-1940



En cuanto a mortalidad por causas específicas (véase figura 4), los datos muestran que la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y renales (la causa principal de muerte), aumentó entre 1920 y 1940. Sin embargo, aumentó más rápidamente en los años de expansión (1926, 1928-1929, 1937) que en los de depresión (por ejemplo, 1930-1931). La mortalidad por tuberculosis y por gripe y pulmonía en general disminuyó en 1920-1940 y la mortalidad por cáncer continuó su lenta progresión sin verse afectada de ninguna forma por las oscilaciones de la economía. La única causa de muerte que aumentó claramente en los años de crisis económica son los suicidios, que muestran picos en la recesión de 1921 y luego en la Gran Depresión a comienzos de los treinta y, otra vez, en la recesión de 1938.

**Figura 4**  
**Tasas brutas de mortalidad (por 100.000 habitantes) para distintas causas de muerte, EE UU, 1920-1940**

Nótese que las causas de muerte del panel superior son cuantitativamente mucho más importantes que las de panel inferior (las escalas son distintas en las gráficas).



En resumen, en términos de mortalidad (o de esperanza de vida al nacer, que se computa a partir de las cifras de mortalidad) los datos indican una mejora general de la salud de la población de EE UU durante la Gran Depresión. Los datos de morbilidad (frecuencia de enfermedad) disponibles no indican un empeoramiento durante las recesiones de los años treinta (véanse figura 5, cuadro 1). Así, la frecuencia de difteria, paludismo, viruela y sífilis se mantuvo durante toda la década de 1930 a niveles inferiores a los de 1928-1929, previos a la Gran Depresión, y la gonorrea se mantuvo a niveles similares a los de 1928-1929 (véase cuadro 1). El sarampión disminuyó durante los años iniciales de la depresión, en 1930-1933, pero aumentó luego en 1934-1935 a la vez que se reactivó la economía. Algo similar ocurrió con la tos ferina. Solo la poliomielitis aguda parece revelar un aumento significativo de notificaciones al comienzo de la Gran Depresión, en 1930-1932; pero luego aumentó incluso más durante la reactivación económica de mediados de la década. Las infecciones meningocócicas (véase figura 5) aumentaron en los años finales del *boom* (1927-1929), disminuyeron rápidamente durante la depresión, hasta 1934, y volvieron a aumentar cuando la economía se aceleró de 1935-1937.

**Cuadro 1**  
**Tasas de incidencia de varias enfermedades de notificación obligatoria en EEUU durante la década de la Gran Depresión**

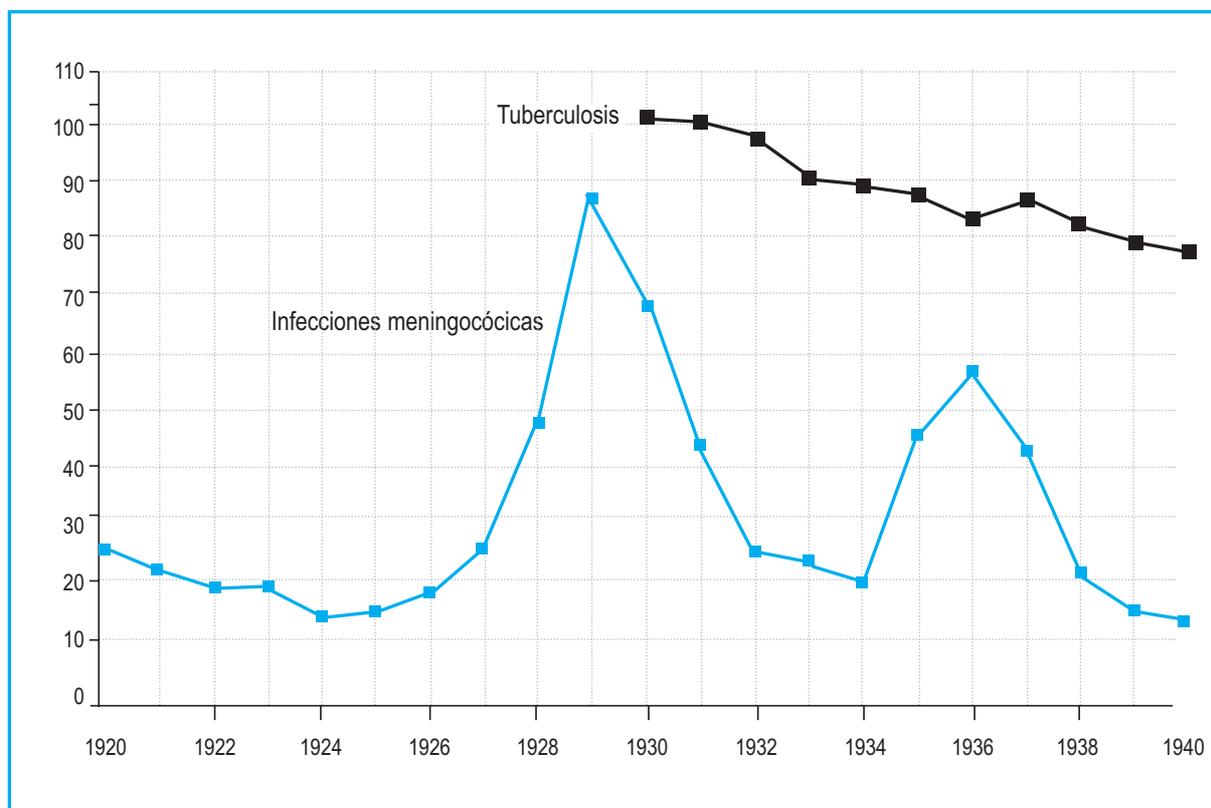
Números índice tomando la incidencia media de los años 1928-1929 como 100

Enfermedad	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939
Difteria	74	78	66	55	47	42	32	30	32	25
Gonorrea	99	100	97	89	91	96	95	105	112	102
Paludismo	59	42	40	73	77	79	77	62	48	46
Sarampión	89	100	84	83	165	152	61	65	165	80
Tos ferina <sup>a</sup>	91	94	116	96	142	96	78	112	118	94
Poliomielitis aguda	224	382	93	119	176	254	104	221	39	167
Escarlatina <sup>a</sup>	96	110	114	116	119	140	130	122	101	88
Viruela	118	72	27	15	13	19	18	27	34	22
Sífilis	108	115	121	113	109	120	124	154	217	214
Fiebre tifoidea <sup>b</sup>	106	103	103	89	84	69	59	59	55	48

<sup>a</sup> Incluye también casos notificados de faringitis estreptocócica.  
<sup>b</sup> Incluye también fiebre paratifoidea.

Fuente: Cálculo del autor a partir de datos tomados de Carter *et al.*, *Historical Statistics of the United States*, Cambridge University Press, 2006.

**Figura 5**  
**Incidencia de tuberculosis (por 100.000 personas) e**  
**infecciones meningocócicas (por millón) en EE UU, 1920-1940**



En resumen, mientras los datos de frecuencia de enfermedad son relativamente ambiguos aunque no muestran ningún aumento de la frecuencia de la morbilidad durante la Gran Depresión, los datos de mortalidad y de esperanza de vida (que es un índice calculado a partir de las tasas de mortalidad) revelan claramente que la salud se estancó o empeoró en los periodos expansivos de los años veinte o treinta y mejoró en las épocas de recesión.<sup>19</sup>

## España 1960-2000

En España, la evolución de la esperanza de vida al nacer durante el siglo XX revela un aumento general solo interrumpido por dos terribles “crisis sanitarias” en 1918-1919 y en 1936-1941 (véase figura 6). La primera corresponde a la pandemia de gripe que, como en todo el mundo, en España causó una gran mortandad entre 1918-1919. La segunda crisis es la de guerra civil y los primeros años de la posguerra, cuando resultaron muertos muchas

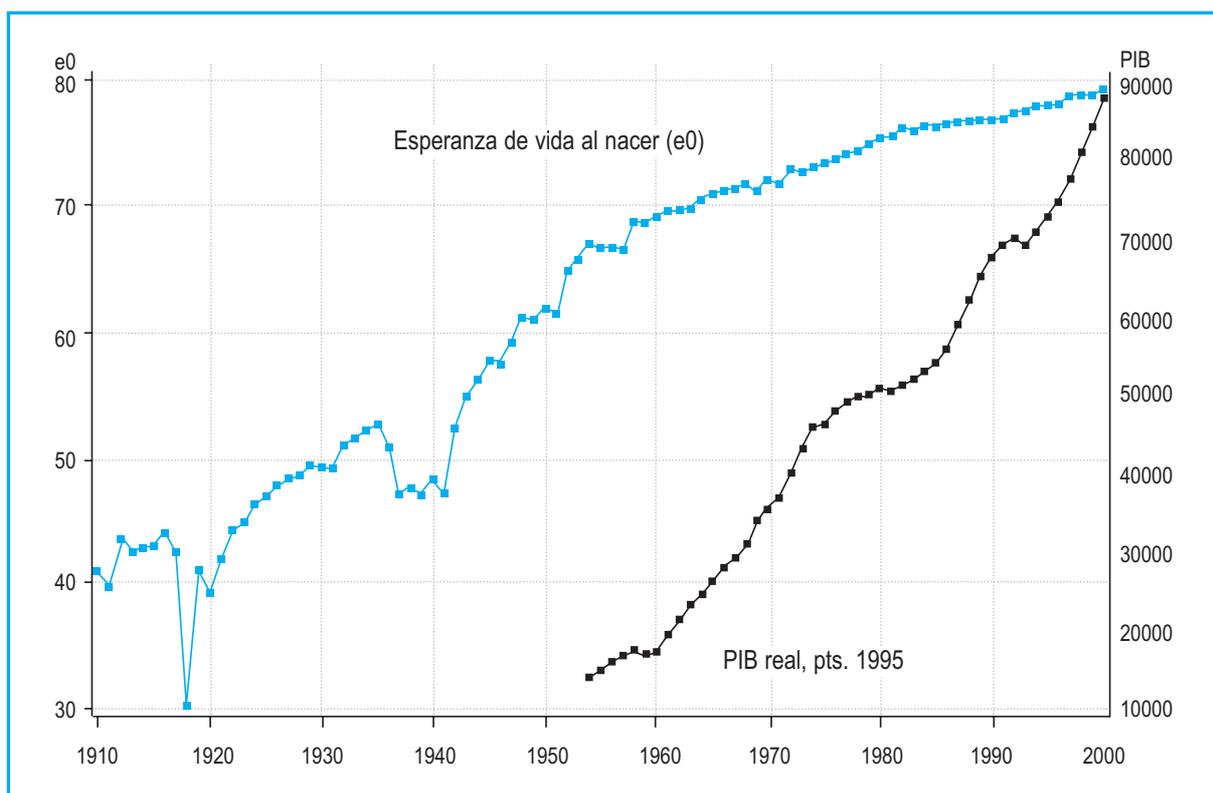
<sup>19</sup> Toda esta sección sobre EE UU en 1920-1940 está basada en J. A. Tapia Granados y A. V. Diez Roux «Life and death during the Great Depression», *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA* 1061, 2009, pp. 7290-17295 [en castellano disponible en [www.tlaxcala-int.org/article.asp?reference=757](http://www.tlaxcala-int.org/article.asp?reference=757)].

decenas de miles de españoles. Ambas crisis se traducen en un bajón en las cifras de esperanza de vida al nacer en los años correspondientes.

Promediando quinquenalmente el crecimiento económico anual del PIB y el crecimiento de la esperanza de vida, se observa que la mejora de la salud está en relación inversa al crecimiento económico

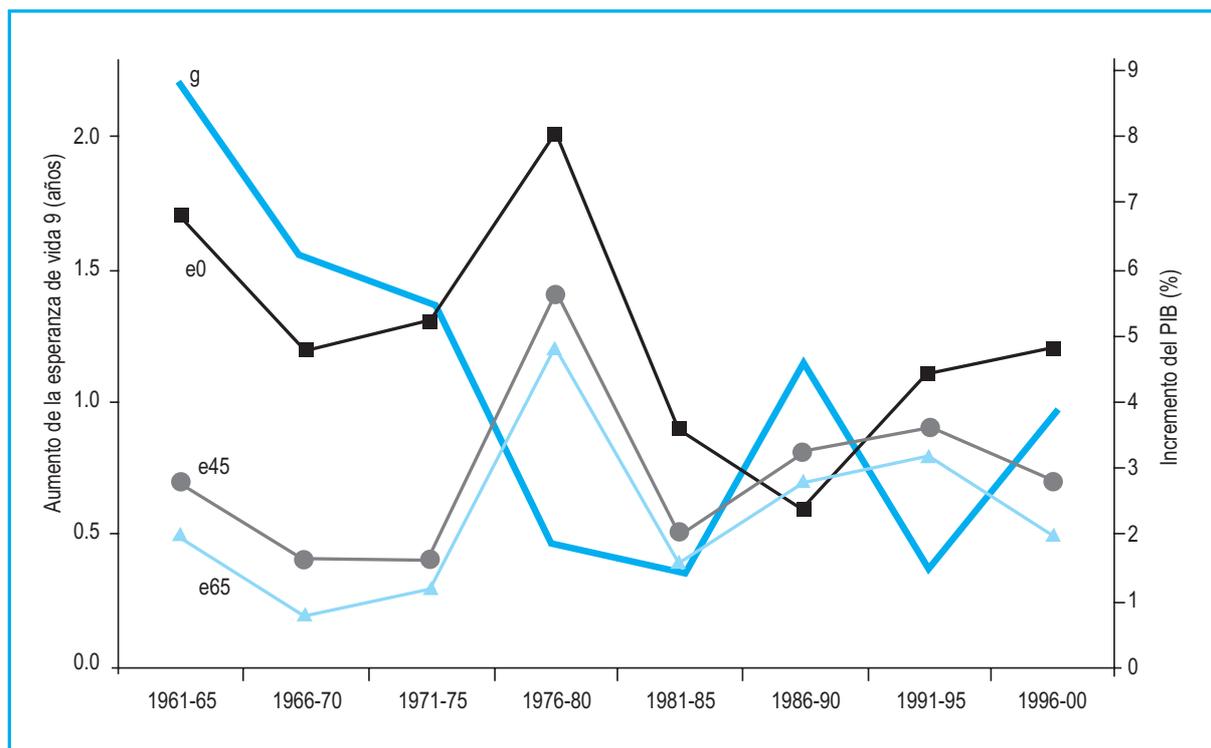
Las cifras de PIB disponibles a partir de los años cincuenta revelan el crecimiento económico general que hizo que el volumen del PIB se multiplicara aproximadamente por un factor de 5 desde mediados de los años cincuenta hasta finales de siglo. La comparación del aumento del PIB y el alza “paralela” de la esperanza de vida al nacer en la segunda mitad del siglo XX (véase figura 6) parece sugerir un sinergismo de ambas variables. El crecimiento económico y los consiguientes niveles crecientes de renta habrían impulsado y favorecido la mejora de la salud. Esta interpretación ha sido habitual, tanto en el caso de España como en el de otros países. Una consideración más detallada de la relación entre ambas variables sugiere, sin embargo, conclusiones bien distintas.

**Figura 6**  
Esperanza de vida al nacer y Producto Interior Bruto (en pesetas de 1995) en España a lo largo del siglo XX



Promediando quinquenalmente el crecimiento económico anual del PIB y el crecimiento de la esperanza de vida (al nacer y a las edades de 45 y 65 años) en los ocho quinquenios del periodo 1960-2000, lo que se observa es que la mejora de la salud está en relación inversa al crecimiento económico. Dicho de otra forma, cuanto más rápida era la expansión de la economía más lenta era la mejora de la salud (véase figura 7). Así el quinquenio en el que más mejoró la salud de los españoles fue entre 1976-1980, en el que la economía apenas creció un 0,5% (de hecho, hubo recesión, o sea contracción económica, durante varios años de ese quinquenio). Fue ese también el quinquenio de la recuperación de las libertades políticas, arrebatadas a los españoles por el régimen militar-católico durante casi cuarenta años. Si ese cambio político tuvo alguna repercusión en la mejora inusitada de los indicadores de salud en esos años es una hipótesis que se ha sugerido en otro lugar<sup>20</sup> y que quizá convendría estudiar más en detalle. De todas formas, el análisis de las tasas de mortalidad y de las tasas de desempleo provinciales en el periodo 1980-1997 lo que muestra es que cuando la economía mejoraba las

**Figura 7**  
**Crecimiento económico anual promedio (g) y ganancia anual media de esperanza de vida (al nacer, e0; a los 45 años, e45, y a los 65 años, e65) en España durante los ocho quinquenios del periodo 1960-2000**



Fuente: Cálculos propios según datos de esperanza de vida tomados de R. Gómez Redondo y C. Boe, «Decomposition analysis of Spanish life expectancy at birth: Evolution and changes in the components by sex and age», *Demographic Research* 13(20), 2005, 521-546.

<sup>20</sup> J. A. Tapia Granados, «Salud, economía y libertad: cuarenta años de crecimiento económico, transición política y condiciones de salud en España», *Medicina Clínica* 128(12), 2007, pp. 463-467.

tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, infecciosas y respiratorias tendían a subir. Solo los suicidios –de varones, pero no de mujeres– aumentaban al aumentar el desempleo provincial; la mortalidad por las demás causas de muerte tendía a disminuir.<sup>21</sup>

## China e India

En las décadas siguientes a la formación de la República Popular en 1949, en la economía china, planificada centralmente por el Partido Comunista, prácticamente no había lugar alguno para el mercado y la empresa privada. La economía hindú en las décadas que siguieron a la independencia de la India en 1947 nunca tuvo el grado de estatalización de la economía maoísta, pero la influencia soviética en India fue grande en esa época, el sector estatal de la economía era muy poderoso, muchas actividades económicas se desarrollaban bajo planificación central y había serias restricciones al mercado y a la inversión foránea. En ambos países hubo un estancamiento económico relativo en las décadas de 1950 a 1970. La política económica cambió luego durante los años ochenta, cuando se abrieron las puertas al capital privado nacional y extranjero, se privatizaron muchas empresas y en general se liberalizó la economía y se dieron muchas facilidades para el funcionamiento de los mercados. El crecimiento económico se aceleró enormemente en ambos países.

---

### En países de alto o medio ingreso las condiciones de trabajo y la contaminación atmosférica parecen empeorar cuando la actividad económica se acelera

---

En China y, en menor grado, en India, había habido importantes mejoras de la salud en las décadas previas a la liberalización de los años ochenta.<sup>22</sup> La mortalidad infantil se estaba reduciendo sustancialmente en los dos países y la mortalidad a otras edades estaba mejorando sustancialmente. Sin embargo, en las décadas de liberalización del mercado y rápido crecimiento económico la salud se ha estancado y prácticamente no ha habido progreso respecto del nivel alcanzado en los años ochenta.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> J. A. Tapia Granados, «Recessions and mortality in Spain, 1980-1997», *European Journal of Population* 21(4), 2005, pp. 393-422.

<sup>22</sup> El caso de la hambruna causada en China por las políticas de industrialización “heterodoxa” (el Gran Salto Adelante) de 1959-1961 es controvertido. Hay quienes dicen que tal hambruna pudo causar varias decenas de millones de muertos; otros niegan que existiera incluso.

<sup>23</sup> D. M. Cutler, A. Deaton y A. Lleras-Muney, «The Determinants of Mortality», *Journal of Economic Perspectives* 20(3), 2006, pp. 97-120.

En el caso de China, las causas del estancamiento de la salud desde los ochenta no parecen muy difíciles de intuir. La desigualdad social aumentó enormemente e incluso la pobreza aumentó en zonas rurales, donde además se desmanteló por completo el sistema de médicos descalzos que proporcionaba atención sanitaria básica, prácticamente gratuita, a la población.<sup>24</sup> Además, la vertiginosa industrialización de las décadas recientes a menudo ha creado condiciones de vida y trabajo muy insanas para los cientos de millones que se han desplazado de las zonas rurales a las ciudades. La mortalidad por lesiones y traumatismos en los centros de trabajo alcanza niveles altísimos comparada a la de otros países, y los niveles de contaminación atmosférica se considera que pueden ser responsables de medio millón de muertes anuales.

## Conclusión

Hay pruebas sobradas de que los periodos de expansión económica acelerada son perjudiciales para el avance de la salud. Ciertamente, la salud ha mejorado mucho en casi todos los países del mundo en el último siglo, a la vez que el crecimiento económico hacía aumentar los niveles de ingreso per cápita. Pero los factores clave para el progreso de la salud parecen ser una alimentación suficiente –que ya se ha tornado excesiva en muchos países–; la creación de infraestructuras que permitan el suministro general de agua no contaminada; la generalización de la educación primaria; y un ambiente que no sea nocivo para la salud. Inicialmente, el crecimiento económico favorece esos procesos, que a menudo son desarrollos a largo plazo que no tienen nada que ver con las fluctuaciones de la economía. Una vez alcanzado cierto nivel de ingreso, el crecimiento económico no solo no favorece la salud, sino que comienza a perjudicarla. De hecho, para la salud las épocas de prosperidad económica son peores que las épocas de recesión.

Los mecanismos concretos por los que los periodos de expansión económica acelerada dañan la salud no están todavía claros. En países de alto o medio ingreso las condiciones de trabajo (horas extraordinarias, ritmos de trabajo) y la contaminación atmosférica parecen empeorar cuando la actividad económica se acelera. También en las épocas de “prosperidad” aumenta el consumo de productos nocivos –tabaco, alcohol y comidas grasas– y disminuyen actividades beneficiosas como el ejercicio físico, las interacciones sociales, el sueño y, quizá, la actividad sexual. Esas podrían ser las causas de que en esas épocas aumente la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y se produzcan más traumatismos y lesiones laborales. También en esas épocas aumenta el tráfico industrial, comercial y

---

<sup>24</sup> J. Watts, «China admits first rise in poverty since 1978», *The Guardian*, 20 de julio, 2004; H. W. French, «Wealth grows, but health care withers in China», *The New York Times*, 14 de enero, 2006, p. A1; J. Amon, «High hurdles to health in China» en M. Worden (comp.), *China's great leap: The Beijing games and Olympian human rights challenges*, Seven Stories Press, Nueva York, 2008.

recreativo y hay más muertes en las carreteras. En España todas esas causas de muerte son cuantitativamente más importantes que los suicidios que, contrariamente, aumentan (en varones) durante los periodos de recesión. Desde el punto de vista práctico esto exige prestar especial atención en las épocas de crisis económica a la prevención del suicidio, un fenómeno revelador del deterioro social que a menudo se da en jóvenes y que, además del sufrimiento en los que sobreviven y la muerte del que lo padece, desde el punto de vista sanitario provoca para la sociedad una pérdida de muchos años potenciales de vida sana.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> El filme *La vida de los otros* hace interesantes alusiones a este carácter sintomático del suicidio como indicador de deterioro social precisamente en el contexto de la Alemania oriental, en cuya economía estatalista no había desempleo. La referencia sociológica obligada al hablar del suicidio es la obra de É. Durkheim, *Suicide. A study in sociology*, Free Press, Nueva York, 1966. Sin embargo, las consideraciones de Marx, que se basó en gran parte en las de un autor francés, Peuchet, fueron previas (véase E. A. Plaut y K. Anderson (eds.), *Marx on suicide*, Northwestern University Press, Evanston, 1999).