

Perfil de la mortalidad en Argentina durante la crisis económica de 2001. El rol de los determinantes psicosociales en la salud de las personas.

Trabajo Final de Máster presentado por: Mariana Herrera Rubalcaba

Tutora del Trabajo Final de Máster: María Roura Castelló

Barcelona, Abril de 2014

Índice de Contenidos

Resumen.....	5
Parte I Presentación	8
1. 1 Introducción	8
1.2 Objeto de Estudio	11
1.3 Hipótesis.....	12
1.4 Metodología.....	12
1.5 Indicadores utilizados.....	13
1.6 Fuentes de Datos.....	13
1.7 Validez de los datos	13
1.8 Limitaciones	14
1.9 Aportaciones	15
1.10 Estado de la cuestión.....	16
Parte II Marco Teórico	20
2.1 Introducción	20
2.2 La importancia de la estructura social.....	21
2.3 El estrés psicosocial y su influencia sobre la salud.....	25
Parte III Evolución de las tasas de mortalidad.....	28
3.1 Presentación	28
3.2 La mortalidad general en América Latina. Niveles y Tendencias.....	29
3.3 Las tendencias en la mortalidad en Argentina durante la segunda mitad del siglo XX.....	31
3.4 Contexto político, social y económico de crisis argentina. Análisis de la mortalidad.....	36
<i>3.4.1 Mortalidad en Argentina y otros indicadores de salud. Tendencias y evidencias.....</i>	<i>40</i>
3.5 Conclusiones	57
Parte IV Análisis de los determinantes de salud y mortalidad	59

1	Introducción	59
2	Logros y deficiencias del sistema sanitario argentino. Antecedentes y evolución histórica.	60
2.1	Estructura del Sistema Sanitario argentino	63
2.2	¿Es el sistema sanitario la causa que explica la mortalidad argentina?	68
3	Hábitos y Estilos de vida	69
3.1	Introducción	69
3.2	Tabaco	70
3.2.1	Impacto del tabaco sobre la salud y mortalidad	70
3.2.2	Tabaquismo en Argentina	70
3.2.3	¿Es el tabaquismo la causa que explica el aumento de la mortalidad argentina?	72
3.3	Alimentación	73
3.3.1	Impacto de la dieta en la salud de las personas	73
3.3.2	Evolución de los patrones de consumo de alimentos en Argentina	74
3.3.3	¿Es el problema de acceso a los alimentos la causa de la mortalidad en los años de crisis económica argentina?	77
3.4	Alcohol	78
3.4.1	Consumo de alcohol y su impacto en la salud de las personas	78
3.4.2	Consumo de alcohol en Argentina	79
3.4.3	¿Es el consumo de alcohol responsable de la mortalidad Argentina en el período de crisis económica?	83
3.5	Especial mención a la situación medioambiental	83
3.5.1	¿Explica la situación medioambiental la mortalidad del país?	86
3.6	Conclusiones	86
Parte V: Evolución de los componentes de la estructura social: su impacto sobre la salud		
1.	Introducción	89

2 La Familia en Argentina	90
2.1 La crisis de la institución familiar y su impacto sobre la salud de las personas	90
2.2 El papel de la familia en la sociedad argentina: evolución de indicadores.....	92
2.3 Conclusiones	97
3 Empresas.....	98
3.1 La situación de las empresas, mercado laboral y su impacto sobre la salud ..	99
3.2 Cambios en el mercado laboral argentino. Tendencias e indicadores.....	100
3.3 Conclusiones	105
4 Comunidad	106
4.1 La cohesión social como determinante de salud.....	106
4.2 La cohesión social en Argentina durante la crisis de 2001: indicadores y tendencias	107
4.3 Conclusiones	115
5 El Estado.....	115
5.1 El Estado como actor en la sociedad y en ciclos de crisis: su impacto sobre la salud	116
5.2 Debilidad institucional y falta de legitimidad del Estado argentino	119
5.3 Conclusiones	123
Parte VI Conclusiones Generales.....	124
Referencias Bibliográficas.....	132

Resumen

Durante los años 2001 y 2002, y después de tres años de recesión ininterrumpida, Argentina se encontraba sumida en una profunda crisis económica, financiera, social y política. En este período la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes en varones de 30 a 34 años pasó de 182,6 en el año 2000 a 190,9 en el año 2002. Estas variaciones en las tasas de mortalidad parecen observarse en las enfermedades cardiovasculares, enfermedades del sistema respiratorio y causas externas. En este sentido, el objetivo de este trabajo es analizar las posibles transformaciones de las tendencias en la mortalidad del país y determinar si dichos cambios suponen un punto de inflexión en la tendencia previa o si, por el contrario, los cambios observados no son significativos a nivel general.

Para la realización de este trabajo se ha recurrido fundamentalmente al análisis de fuentes secundarias, estadísticas correspondientes a indicadores sanitarios, sociales y económicos de Argentina. El principal indicador utilizado es la tasa de mortalidad, aunque no se ha podido acceder a datos estadísticos de mortalidad estandarizados por edad para cada causa de muerte. La complejidad de esta situación dificulta la formulación de un análisis más exhaustivo y estrategias más exactas en relación al objeto de estudio.

Si bien en el trabajo se observa un aumento en la mortalidad masculina debido a enfermedades cardiovasculares y por enfermedades respiratorias, no se puede afirmar que este aumento para el período de crisis haya supuesto un punto de inflexión en las tendencias generales del país, de hecho se observa que dicha tendencia continúa con su ritmo descendente. Con el objetivo de encontrar posibles respuestas a las dudas que pueden surgir en este sentido, se han analizado diferentes determinantes de salud y mortalidad y su comportamiento a lo largo de las últimas décadas. Asimismo, se explica la evolución de los componentes de la estructura social del país y su impacto sobre la salud de las personas.

Las conclusiones obtenidas no dan por válidas algunas de las hipótesis iniciales. De hecho, la posible desestructuración derivada de la difícil situación económica de Argentina puede contribuir a explicar un aumento de la mortalidad del país, pero no lo hace de manera determinante a nivel general. El impacto de la situación de inestabilidad en la salud de la población no parece reflejarse en las tasas de

mortalidad general del país al tratarse de una población que supo contrarrestar los efectos de la crisis económica, ideando nuevos mecanismos y alternativas económicas que les permitieron poder hacer frente a un colapso general del país.

Parte I
Presentación

Parte I Presentación

1. 1 Introducción

Durante los años 2001 y 2002, y después de tres años de recesión ininterrumpida, Argentina se encontraba sumida en una profunda crisis económica, financiera, social y política. En este período la tasa de mortalidad en varones de 30 a 34 años pasó de 182.6 en el año 2000 a 190.9 en el año 2002¹. Estas variaciones en las tasas de mortalidad parecen observarse en las enfermedades cardiovasculares, enfermedades del sistema respiratorio y causas externas (suicidios y homicidios). En este sentido, cabe preguntarnos si este aumento de la mortalidad supone un punto de inflexión en la tendencia previa del país o si, por el contrario, este cambio no es tan significativo a nivel general.

El objetivo de este trabajo es analizar las posibles transformaciones y cambios de las tendencias en la mortalidad del país y comprobar si los efectos de diversas situaciones traumáticas, como una crisis social y económica, pueden reflejarse negativamente en la salud de las personas.

Históricamente la disminución de la mortalidad y la fertilidad en Argentina ha sido atribuida al desarrollo experimentado durante la primera parte del siglo XX. Si la esperanza de vida al nacer era de 50 años en 1913, ya en 1960 había alcanzado a 66 años (Abdalá, F., Geldstein, RN., Mychaszula, SM., 2000).

Sin embargo, desde los años '70 se observó una lenta mejoría en los niveles de mortalidad y también altos niveles de mortalidad materna, probablemente debido a los limitados avances en los niveles de vida de la población en ese momento.

Durante la última década del siglo XX la economía sufrió una reestructuración con el objetivo de crear una economía de mercado más abierta, pero los resultados de estas medidas se reflejan con el PIB experimentando una caída sostenida desde 1998 y tasas de desempleo que alcanzaron aproximadamente el 25%.

Así, analizando la evolución de la mortalidad por causas y edades, se argumentará que la situación de colapso y crisis económica y social ha dado lugar a una situación de estrés psicosocial en la población.

¹ Por 100.000 habitantes.

En este sentido, la situación de incertidumbre e inestabilidad generalizada, derivó en una situación de estrés general en la población, hecho que se refleja en las estadísticas de suicidios y aumento de la violencia social en el país. Por otra parte, indicadores como el sistema sanitario o los hábitos y estilos de vida no explican detalladamente el aumento de la mortalidad para este grupo concreto en ese período. De esta manera, la hipótesis principal de este trabajo es que la situación de colapso y estrés psicosocial que vivió la sociedad argentina durante los años 2001 y 2002 repercutió de manera negativa en las tasas de mortalidad masculina para ese período concreto.

Para demostrar este argumento se analizará, en primer lugar, la evolución de la mortalidad en el contexto latinoamericano. Tras observar que las tendencias argentinas son diferentes en dicho contexto, se procederá a analizar las tendencias de mortalidad argentinas y su evolución. Una vez observado el incremento de mortalidad en los hombres de edades medias, será necesario analizar:

- 1) La continuación de las tendencias previas
- 2) Los logros y deficiencias del sistema sanitario argentino, así como también los hábitos y estilos de vida de la sociedad argentina (consumo de tabaco, dieta y acceso a los alimentos, consumo de alcohol)
- 2) Determinantes psicosociales de la salud

Éstos últimos entendidos como aquellos factores que repercuten en la salud de las personas pero no son necesariamente de carácter biológico y que, en consecuencia, no pueden ser abordados exclusivamente desde un punto de vista estrictamente médico/científico, sin embargo, cada uno de éstos interactúan entre sí, por lo que deben ser analizados desde una perspectiva heterogénea e interdisciplinaria. Para ello, se estudiará cada elemento estructurador de la sociedad: el modelo familiar, el mercado laboral, la comunidad y el papel del Estado.

Esta forma de organizar el trabajo responde a la estructura desarrollada por María Roura en su tesis doctoral *“El aumento de la mortalidad adulta masculina en Rusia entre 1990-1994. El papel de los determinantes de tipo psicosocial”* (1996). Su estudio ha sido fundamental para la organización de este trabajo, así como también para comprender de qué manera los determinantes sociales repercuten en la salud de las

personas. Agradezco a María su apoyo, paciencia, ayuda y disponibilidad en todos estos meses de trabajo.

Para la realización de este trabajo se ha recurrido principalmente al análisis cuantitativo de fuentes de datos secundarias en base a series estadísticas de indicadores socioeconómicos y sanitarios.

En el caso concreto de Argentina se utilizan los datos sobre mortalidad y otros indicadores de salud disponibles a través del INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) y las estadísticas vitales publicadas por DEIS (Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud argentino).

Además del análisis de tipo cuantitativo, el trabajo se complementa con el análisis de tipo documental sobre la evolución de los indicadores de salud en Argentina, el impacto de las crisis económicas en la salud de las personas y la importancia de los indicadores económicos en la salud pública.

En este sentido, se utilizaron dos estudios que relacionan directamente la mortalidad argentina y enfermedades cardiovasculares con la crisis económica y social sufrida por el país. El primero de ellos, encabezado por el Dr. Enrique Gurfinkel Jefe de Cardiología del Hospital Universitario de la Fundación Favaloro de Buenos Aires, Argentina, en el que se demuestra que la crisis financiera argentina entre 1999-2002 tuvo un impacto negativo en la mortalidad cardiovascular del país. El segundo, encabezado por la Dra. María Inés Sosa Liprandi del Servicio de Cardiología del Hospital Güemes, Buenos Aires, Argentina; en el que se analiza si las crisis económico-financieras constituyen un nuevo factor de riesgo de mortalidad cardiovascular, tomando como variable la evolución del PIB del país.

Además, se utilizó un estudio encabezado por Félix Abdala, Doctor en Sociología de Fordham University. En dicho estudio, se asocia los cambios estructurales en la economía y la mortalidad en Argentina, aunque solo lo hace hasta el año 1995.

También destaca el hecho de que otros estudios como el llevado a cabo por investigadores de McGill University de Montreal, Canadá, que analiza el nivel de desempleo y su impacto sobre la salud utilizando encuestas anuales entre 2003-2010 de Behavioral Risk Factor Surveillance Surveys, afirma que no existe relación entre los comportamientos y cambios en salud respecto a las condiciones económicas locales.

En este sentido, la principal aportación de este trabajo es el análisis más detallado de aquellas variables que pueden explicar las causas de mortalidad en Argentina en ese período concreto.

El trabajo se estructura en cinco partes. En la Parte I se explica el objeto de estudio, hipótesis propuestas, métodos de trabajo e indicadores utilizados, así como también el estado de la cuestión, límites y aportes de este análisis. Detallando a su vez, las fuentes de datos y su validez.

La Parte II analiza el marco teórico, en el que cobra especial importancia la estructura social y los componentes que se interrelacionan en ella, a la vez que se define el concepto de estrés y su impacto sobre la salud.

En la Parte III se estudia la evolución de las tasas de mortalidad en Argentina. Primero, destaca el contexto latinoamericano, y posteriormente se estudian las tendencias de salud en Argentina durante los diferentes períodos del siglo XX.

La Parte IV hace referencia al estudio de los diferentes determinantes de salud relacionados con el consumo de tabaco y alcohol en el país, así como los estilos de vida y hábitos de alimentación que inevitablemente repercuten en la salud de las personas, aunque como se especificará más adelante, no explican el aumento de la mortalidad en Argentina para ese período.

Por último, la Parte V estudia la evolución de cada uno de los componentes de la estructura social: familia, empresas y mercado laboral, comunidad y cohesión social y el rol del Estado como proveedor de bienes y servicios. En este sentido, se argumentará que la situación de crisis económica, política y social derivó en una desestructuración social que explica el aumento de la mortalidad argentina entre 2001-2002.

1.2 Objeto de Estudio

El objeto de estudio de este trabajo es la evolución de las tasa de mortalidad adulta masculina en Argentina entre 2001 y 2002, así como el relevante papel de los diferentes determinantes en la salud.

1.3 Hipótesis

Las hipótesis planteadas en este trabajo son:

1. Los cambios en las tendencias de la mortalidad en Argentina entre 2000 y 2002 no se distribuyeron de forma homogénea entre la población, sino que se concentró en los hombres de edades medias y estuvo ocasionado fundamentalmente por enfermedades cardiovasculares, enfermedades del sistema respiratorio y causas externas.
- 2) La desestructuración social del país vivida a raíz del colapso económico explica un aumento de la mortalidad argentina entre 2001-2002.
- 3) El estrés psicosocial asociado a una situación de crisis económica y social fue el factor más determinante del aumento de la mortalidad.
- 4) La situación de colapso y crisis económica y social ha sido en término generales, determinante para la mortalidad del país.

1.4 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha recurrido fundamentalmente al análisis de fuentes secundarias, estadísticas correspondientes a indicadores sanitarios, sociales y económicos de Argentina.

Además, se ha recurrido a un análisis documental en diferentes ámbitos con el fin de estudiar el contexto del país en ese momento y comprender el funcionamiento del sistema de salud argentino y sus reformas durante la década de 1990. Asimismo, ha sido necesario el análisis de estudios en el ámbito epidemiológico para poder comprender el alcance del estrés psicosocial en la salud de las personas. Así pues, han sido imprescindibles los estudios de Michael Marmot y Richard Wilkinson (Marmot, M., y Wilkinson, R., 2006) y Richard Wilkinson (Wilkinson, R., 1996).

También la base de datos PubMed (US National Library of Medicine, National Institutes of Health), así como el Journal of Epidemiology & Community Health y el

Health & Financial Crisis Monitor del European Observatory on Health Systems and Policies, fundamentales para la búsqueda de artículo de investigación e informes en el ámbito socioeconómico y de salud mental.

1.5 Indicadores utilizados

Debido a la dificultad para acceder a datos de mortalidad estandarizados por edad, el principal indicador utilizado en este trabajo son las tasas de mortalidad general del país., fundamental para el análisis demográfico de la población. También en este caso concreto se evaluarán los determinantes de la salud imprescindibles en el estudio de la salud como concepto amplio que abarca también factores sociales que afectan al bienestar de las personas.

1.6 Fuentes de Datos

Para la realización de este trabajo se ha recurrido a fuentes secundarias de datos, complementadas con informes, estudios, artículos y libros especializados en el ámbito de determinantes sociales de la salud, a la vez que se utilizan datos estadísticos.

Entre éstos destacan los proporcionados por el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) y el DEIS (Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud argentino). Por otro lado, también se utilizaron datos estadísticos de la Encuesta Permanente de Hogares del Ministerio de Economía sobre características demográficas y socioeconómicas de la población, datos provenientes de la Organización Mundial de la Salud, así como de la Organización Panamericana de la Salud.

1.7 Validez de los datos

Este apartado resulta esencial en nuestro análisis debido a la dificultad para la obtención de determinados datos estadísticos, que no están disponibles a través del INDEC.

En cuanto a los indicadores de salud en la década de 1970, los datos de los que se dispone no resultan del todo válidos debido a que durante esa década el país vivió bajo un régimen de tipo militar, durante este período no se publicaban datos estadísticos que sirvieran para la medición de los diferentes indicadores de salud del país. A la vez que, los datos estadísticos disponibles a través del INDEC no siempre se encuentran de manera completa y accesible. En los últimos años, ha surgido en Argentina un debate generalizado acerca de la validez de los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, éste último ha sido cuestionado por sectores de la sociedad argentina debido a la supuesta manipulación de algunos datos. La complejidad de esta situación es remarcada a lo largo del trabajo, pues las dudas que se generan en torno al INDEC (y en el caso de datos económicos, acerca del IPC) dificultan tanto el análisis de variables como la formulación certera de planes y expectativas. La falta de información confiable por parte del Estado aumenta la difusión de datos obtenidos por organismos privados que no cuentan con la disponibilidad técnica y logística para calcular índices confiables. En este sentido, es importante destacar que no existen sustitutos rigurosamente aceptables a la información que debe generar un sistema coherente de estadísticas públicas, cuya provisión es, por tanto, una obligación indelegable del Estado². Así pues, la calidad y el impacto de las decisiones públicas dependen en gran medida de los datos demográficos, económicos y sociales fiables, por lo que la información estadística resulta imprescindible para la toma de decisiones a nivel estatal.

1.8 Limitaciones

El análisis del objeto de estudio en este caso concreto resulta complejo. La mortalidad es un indicador que requiere ser estudiado dentro de un contexto específico, dentro de una coyuntura en la que múltiples factores se interrelacionan e impactan en el bienestar de las personas. En ocasiones estos impactos no son visibles en el corto plazo, y esto dificulta un análisis mucho más detallado de la situación objeto de estudio.

² UBA, 2010.

El caso concreto de Argentina resulta difícil de estudiar, debido a los continuos cambios y transformaciones en el ámbito político y económico de las últimas décadas, que sin duda repercuten en el bienestar cotidiano de las personas, a la vez que la limitación viene dada por la dificultad para acceder a determinadas fuentes de datos o la fiabilidad de éstas.

Por otro lado, utilizar la mortalidad como indicador de la salud supone una limitación importante ya que los problemas de salud más frecuentes no tienen por qué ser necesariamente los que más mortalidad ocasionan (Roura, M., 1996).

En este sentido, las causas de las variaciones de la mortalidad son complejas y su análisis requiere un enfoque desde una perspectiva heterogénea y multidisciplinaria.

1.9 Aportaciones

El caso argentino es especialmente apropiado para estudiar de qué manera un fenómeno tan ampliamente conocido como el de la crisis económica que estalla en el año 2001, repercute en los indicadores de salud de la población.

Se trata de un país en el que los cambios y transformaciones se sucedieron de manera muy rápida. El incremento de las desigualdades se hace más evidente durante la década de 1990 coincidiendo con la aplicación de determinadas políticas económicas que llevarán al país a una situación de recesión y colapso económico, pero también un colapso político y social, que continuará a comienzos del siglo XXI.

En este trabajo se pretende estudiar el caso no sólo teniendo en cuenta los aspectos más relevantes de la crisis económica y social de Argentina entre los años 2001-2002, sino que también se estudia las tendencias previas, para poder comprender con mayor exactitud el por qué de la aplicación de determinadas políticas, así como también los comportamientos de la población.

De esta manera, el trabajo pretende demostrar que efectivamente los cambios en la coyuntura social del país durante esos años de crisis pueden explicar de manera clara los cambios en la mortalidad argentina, y determinar así que efectivamente existe un vínculo, una relación entre dichos cambios en la sociedad y la salud de las personas.

1.10 Estado de la cuestión

Finalmente, en este apartado se explicará los antecedentes existentes en el estudio de la asociación entre una situación de crisis económica y su impacto sobre la salud de las personas.

Desde el punto de vista de estudios que relacionan situación de colapso económico, situación de incertidumbre con impacto en la salud, nos encontramos con una amplia literatura que analiza otras situaciones de crisis económicas en relación con la salud de las personas.

1) La situación de crisis económica vivida por Finlandia a principios de los años 1990, resultó una crisis severa en términos de producción y empleo. Entre 1991 y 1993 su PIB cayó un 12% y la cifra de desempleo creció hasta el 18% para ese período (el nivel de desempleo del país en 1990 era del 3,5%). En este sentido, se realizó un estudio en el que se demostró que si bien el país había aumentado de manera significativa su tasa de desempleo, los indicadores de mortalidad del país no reflejaban dicha situación de crisis económica (Hintikka, Saarinen y Viinamaki, 1999). Como consecuencia de la crisis financiera mundial, a partir de 2008 la mayoría de los países de la zona euro han aplicado diferentes políticas de austeridad económica que se reflejan en diversos recortes en el sector sanitario, así países como Finlandia disminuyeron la amplitud de los servicios cubiertos aumentando los pagos por parte de los usuarios por algunos servicios sanitarios en respuesta a la crisis (Marina Karanikolos, Philipa Mladovsky, Jonathan Cylus, Sarah Thomson, Sanjay Basu, David Stuckler, Johan P Mackenbach, Martin McKee, 2013). Sin embargo, en la mayoría de los países la escasez de datos y los efectos tardíos potenciales hacen que la valoración de los efectos de esas reformas en el acceso a la asistencia y en la situación de la salud no sea todavía posible.

2) En el caso de la crisis de transición de Rusia coincidiendo en el tiempo con la crisis económica que sufrió Finlandia, también observamos auténticas transformaciones a nivel económico y político. Sin embargo, en el caso ruso sí se observan cambios en los indicadores de salud como consecuencia de la coyuntura económica de crisis (Notzon, Komarov y Ermakov, 1998; Stuckler, D., King, L., y McKee, M., 2009; Roura, M., 1996).

3) La reciente crisis económica mundial en relación con la salud de determinados países europeos también ha sido objeto de estudio. Investigadores del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Atenas desarrollaron sus investigaciones haciendo referencia a la drástica situación de Grecia en los últimos años y el aumento notable de los casos de suicidios como consecuencia del estrés ocasionado por la situación de inestabilidad e incertidumbre a partir del año 2008 (V. Kontaxakis, Th. Papaslanis, B. Havaki-Kontaxaki, G. Tsouvelas, O. Giotakos, G.N. Papadimitriou, 2013). En este estudio se demuestra el aumento significativo del número de suicidios en el país en el período 2008-2011, en este caso la tasa general de suicidios aumentó un 27, 2% coincidiendo con la crisis económica mundial y europea.

4) Investigadores de Corea del Sur han demostrado a través de su estudio, que la situación de reciente recesión económica se refleja en los datos de suicidios en el país, por lo que sí se demuestra el vínculo inevitable entre crisis, inestabilidad y salud física y mental (Chee Hon Chan, Eric D Caine, Sungeun You, King Wa Fu, Shu Sen Chang, Paul Siu Fai Yip, 2013)

5) El debate se extiende también a la situación de España en los últimos años. De esta manera, existen estudios que relacionan la situación de colapso económico español con la situación de la salud de la población del país (Enrique Regidor, Gregorio Barrio, María J Bravo, Luis de la Fuente, 2013). En este caso, se argumenta que la situación de salud de la población española no se ha visto empeorada durante estos años de recesión económica. Aunque existen otros investigadores que sostienen la idea de que la crisis ha influido en la salud de los españoles y en su acceso en los últimos años. De hecho, expertos en salud pública temen un impacto negativo de la crisis en las condiciones de vida y bienestar de la población. En este sentido, los primeros estudios realizados para el caso español apuntan a un claro impacto de la crisis sobre la salud. Uno de los últimos estudios publicados por el European Journal of Public Health sostiene la idea de la prevalencia de mala salud mental (síntomas de ansiedad y depresión) entre los varones, que pasó del 14,7% al 16,9%³ (Bartoll, X., Palència, L., Malmusi, D., Suhrcke, M. y Borrell, C., 2013). Los más afectados son los hombres entre 35 y 44 años (que actúan como sustentadores principales del hogar). En este sentido, el estudio vincula el aumento de la mala salud mental con un mayor

³ La investigación utiliza los datos de la Encuesta Nacional de Salud (2011-2012) y los compara con la edición (2006-2007).

aumento del desempleo. Sin embargo, dicha investigación no encontró un impacto del desempleo en la salud mental de las mujeres, algo que los autores asocian con que las mujeres “encuentran una compensación psicológica en su papel familiar como sustituto del empleo”. Hacen falta más investigaciones sobre el mismo fenómeno para contar con evidencia científica suficiente para triangular estos resultados.

Respecto a los estudios que específicamente relacionan la crisis económica argentina y los indicadores de salud de la población, nos encontramos con:

1) El estudio encabezado por el Dr. Enrique Gurfinkel de la Fundación Favaloro e investigadores del Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento y el Center for Outcomes Research de la Universidad de Massachusetts, USA. Dicha investigación intenta demostrar si existe algún vínculo entre la crisis económica entre 1999-2002 y los pacientes ingresados por enfermedades cardiovasculares. Se analizaron las características demográficas, los diagnósticos, la morbilidad y la mortalidad. En este sentido, se llegó a la conclusión efectivamente puede existir una relación entre crisis financiera y un impacto negativo en la mortalidad cardiovascular durante la hospitalización (Gurfinkel, Bozovich, Dabbous, Mautner, Anderson, 2005)

2) Otro estudio relaciona la mortalidad cardiovascular argentina con la crisis económica financiera del país tomando como variable principal el incremento del PIB. Así, se explora si realmente ha habido cambios en las tasas de mortalidad cardiovascular en relación con los cambios en las tendencias del PIB como indicador. Los resultados indican una estrecha relación temporal entre el aumento relativo de la mortalidad cardiovascular y el descenso del PIB. (Sosa Liprandi, M., Racki, Khoury, Villarreal, Cestari, Mele y Sosa Liprandi, A., 2011)

3) Investigación a cargo de Félix Abdala, donde se relacionan los cambios económicos sufridos por Argentina durante las últimas décadas del siglo XX y los cambios en las tendencias de mortalidad del país, hasta 1995. En este caso se observa que la tendencia de mortalidad ha sido descendente a pesar de las transformaciones del sistema político y económico argentino, haciendo especial hincapié en la década de 1980 y 1990. (Felix Abdala, Rosa N. Geldstein y Soma M. Mychaszula, 2000).

Parte II
Marco Teórico

Parte II Marco Teórico

2.1 Introducción

La medición y el análisis de la mortalidad suscitan el interés de múltiples disciplinas o campos de acción, entre ellos los sectores de la salud, demografía, seguridad social y las políticas sociales en general. Este amplio interés obedece a que la vida constituye el bien máspreciado para todos y por ello, el esfuerzo por tratar de evitar la muerte y disminuir en la mayor medida posible su incidencia individual y social. A esto se agrega que la mortalidad es un indicador de la situación de la salud y también de las condiciones de vida de la población en una amplia variedad de aspectos (América Latina y el Caribe. Observatorio Demográfico nº4).

Existe un creciente consenso de que los patrones de salud y enfermedad de una sociedad concreta están determinados de manera multicausal, y por tanto, la mortalidad puede ser considerada como el resultado de la interacción de diferentes factores que pueden influir en el bienestar de los individuos a lo largo de su vida.

En todas las sociedades se da el hecho de que a medida que descendemos por la escala social, se va acortando la esperanza de vida y se vuelven más comunes la mayoría de las enfermedades (Wilkinson, R. y Marmot, M., 2003). Las denominadas causas psicosociales, así también como las materiales, son factores muy relevantes a la hora de generar esas diferencias y su efecto se extiende a la mayoría de enfermedades y causas de muerte. Si existe una situación de desventaja, ésta tiende a concentrarse en las mismas personas y sus efectos acumulativos sobre la salud se prolongan durante toda la vida. A su vez, aquellos individuos que se encuentran viviendo bajo una situación de estrés social o económico, disminuyen sus posibilidades de permanecer sanos.

El punto de partida de este trabajo centra su atención en el estrés social y la existencia de una situación de crisis como determinante de la salud de los individuos, por lo que el bienestar de una población se basa en el mantenimiento de una organización social estable.

2.2 La importancia de la estructura social

En sociología la estructura social se refiere a la forma que adopta el sistema de las relaciones entre individuos de una sociedad o grupo. De esta manera, las estructuras sociales se componen de un conjunto limitado de elementos estructurales (individuos, grupos comunitarios, valores, instituciones y grupos asociativos) y de las relaciones pautadas que se establecen en su seno y entre ellos (Aguilar, S. 2001).

Por su parte, la desestructuración social tiene que ver con el debilitamiento de los cuatro elementos que interactúan entre sí: familia, comunidad, empresas y estado. Cuando estos elementos dejan de actuar de la misma forma, las normas de conducta de los individuos cambian y éstos basan sus conductas en acciones que persiguen intereses individuales (Roura, M., 1996)

En el seno de una sociedad la familia juega innegablemente un papel central ya que garantiza una parte importante de los recursos emocionales y materiales necesarios para la existencia humana (Roura, M. 1996). Por su parte, Parsons (1956) destaca la estabilización de la personalidad adulta al proporcionar la familia apoyo emocional o equilibrio ante las presiones de la vida social⁴. Dennis (1962) cree en un rol estabilizador al argumentar que la familia es la única institución social donde, en una cada vez más especializada sociedad, se valora y percibe a la persona de manera integral o global.

Así, la familia posee un grado particular de unidad, algo que la diferencia de las demás unidades sociales. En ella sus miembros comparten un vínculo emocional apoyándose mutuamente y encuentran el ambiente favorable para el desarrollo, progreso y cultivo de todas sus facultades. La familia constituye el vínculo transmisor de cultura, costumbres, tradiciones y sentimientos encaminados a la identificación cultural, en definitiva, podríamos decir que la unidad familiar constituye la estructura social donde se establecen los comportamientos básicos que determinan la condición de salud de las personas.

Sin embargo, otros autores han llamado la atención sobre los aspectos negativos de algunas relaciones familiares. Así pues, Laing (1976) al examinar las interacciones de los miembros de la familia y su impacto en los individuos, señala los aspectos

⁴ Citado en el artículo "*Familia y Salud*" de Carmen de la Cuesta (1995)

explotadores de las relaciones familiares haciendo ver que no todo es felicidad y funcionalidad. Dicho autor popularizó la idea de que la esquizofrenia no es tanto una enfermedad, sino una etiqueta que se adjudica a las personas que reaccionan de cierta manera a la vida familiar. También se ha observado que la falta de cuidados familiares produce carencias importantes (Oakley, 1976). En este sentido, las mujeres son identificadas como las cuidadoras principales en el seno familiar (Land, 1978; Graham, 1984) y se ha apuntado al detrimento que ello puede acarrear en su vida personal y social. Algunos estudios muestran algunos de los efectos de cuidar a un familiar (McGown & Braithwaite, 1992), son frecuentes la tensión, el estrés, las alteraciones en la vida del hogar, el aislamiento social, el poco descanso y la precaria salud física y mental. Continuando con estos argumentos, Cooper (1972) considera incluso que la familia condiciona al individuo a ser obediente y sumiso.

Las familias argentinas a principios de los 2000 muestran un panorama heterogéneo resultante de los múltiples cambios que han afectado las estructuras y dinámicas familiares, no sólo en este país sino también en los demás países de América Latina y el Caribe.

En las sociedades avanzadas el trabajo sigue desempeñando un papel importante para la salud y el bienestar en la vida adulta.

Por su parte, las empresas constituyen otro pilar destacado en la estructura social como agentes encargados de ofrecer trabajo a los individuos, de ahí que se reconozca la importancia del trabajo para la salud y el bienestar de las personas. Más allá del sustento económico, la ocupación de una persona es importante para la socialización. Proporciona oportunidades para el crecimiento y el desarrollo personal, incluyendo la experiencia favorable de verse a sí mismo en un papel social y permite la participación en redes sociales más allá de los grupos primarios (Marmot, M. Siegrist, J. y Theorell, T., 2006).

En un contexto de colapso económico y desempleo creciente resulta inevitable que los trabajadores se sientan presionados debido a los escasos puestos de trabajo ofrecidos por las empresas, aumentando la sensación de inseguridad e incertidumbre entre ellos. Así pues, el estrés laboral puede ser el detonante de importantes problemas psicológicos.

En el caso argentino es importante destacar el rol que juegan las empresas y el movimiento sindical en la conformación y organización del sistema de salud y atención médica. Dicho sistema se estructura en base a tres sectores: el sistema público, el sistema privado y el sistema de “obras sociales”.

Es éste último sistema el que está dirigido a los trabajadores asalariados de cada rama de actividad, en relación de dependencia o personas con seguro de desempleo, así como también a jubilados del Régimen Nacional de Previsión Social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI). Este subsector se constituyó como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio⁵.

En el contexto de crisis de 2001 el Estado argentino reconoció la Emergencia Sanitaria⁶ asumiendo que se encontraba en riesgo la prestación del plan médico obligatorio en el territorio nacional, generando fuertes tensiones en los sectores más afectados.

Sin embargo, la profunda crisis económica que se manifestó a partir del 2001, y sus graves consecuencias en el plano del ámbito laboral, no deben hacernos olvidar que el deterioro de la situación de los trabajadores fue una constante a lo largo de toda la década del noventa.

Así fue que, mientras la tasa de desocupación llegó a un pico de 21,5% en mayo del año 2002, su valor se había mantenido por encima del 12% desde 1994, alcanzando ya el 18% en 1995⁷.

En cuanto a la comunidad en general, es sabido que la existencia de factores de estrés constante en el entorno de los individuos actúa y repercute de manera negativa en el bienestar de éstos. También la evidencia nos muestra que el hecho de que las personas puedan sentirse parte de una comunidad o una red social influye de manera directa en la salud física y mental de éstas. El hecho de que el factor social pueda

⁵ Además la Ley 18.610 de febrero de 1970 creó el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) que se encargaba de coordinar e integrar las actividades de las obras sociales. Entre sus acciones estableció un Fondo de Redistribución.

⁶ Decreto 486/2002 de Emergencia Sanitaria.

⁷ El esquema económico dificultaba la creación de empleo por un lado, mientras que por otro hacía a la economía especialmente vulnerable a sufrir repentinas crisis que agravaban aún más la situación de los trabajadores.

influir en los desórdenes psiquiátricos ha sido probado cuando Durkheim⁸ (1858-1917), ya en el siglo XIX, demostró que el aislamiento social estaba asociado con altos niveles de suicidios en las sociedades.

En este sentido, variables como la criminalidad o las tasas de suicidios en la sociedad pueden vincularse a indicadores de salud, tales como la mortalidad.

En Argentina los datos oficiales revelan que desde el año 1991 al 2007 el incremento de delitos fue del 245%. El mayor número de delitos se produjo en el año 2002, en medio de la mayor crisis económica, cuando los índices de pobreza e indigencia alcanzaron también su máximo porcentaje.

Finalmente, el Estado en la sociedad tiene un papel cohesionador e integrador que permite asegurar la gobernabilidad facilitando la protección de los derechos de las personas en un contexto de cambios constantes, regulando las condiciones que permitan la interacción de los individuos y las organizaciones.

El mantenimiento del consenso social requiere un cierto nivel de gastos destinados a garantizar las funciones mencionadas ya que cuando el estado no es capaz de responder al compromiso adquirido con los ciudadanos, éste deja de estar legitimado para amplios sectores de la población (Roura, M., 1996).

La crisis argentina tiene sus raíces en el funcionamiento del Estado y la relación que éste mantiene con sus ciudadanos. También tiene, por lo tanto, una importante dimensión social muy propia.

El estallido de la crisis se puede ver entonces como el rechazo por parte de la ciudadanía de un proceso político-institucional y económico insostenible. Pero la crisis argentina va incluso más allá de esto: es también una crisis de valores.

⁸ En concreto Durkheim hace referencia a diferentes tipos de suicidios según las características de las diferentes comunidades.

2.3 El estrés psicosocial y su influencia sobre la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al fenómeno del estrés como las reacciones fisiológicas que en su conjunto preparan al organismo para la acción (OMS, 1994). Desde este punto de vista, el estrés funciona como un estímulo que conduce a una acción, una respuesta necesaria para la supervivencia.

Las personas reaccionan de manera diferente ante unas mismas circunstancias, las personas experimentan estrés cuando sienten que existe un desequilibrio entre lo que se les exige y los recursos con que cuentan para satisfacer dichas exigencias. Nuestro organismo es una máquina muy eficiente y trata de mantener una homeostasia (equilibrio del ambiente interno). La homeostasia se caracteriza por un nivel adecuado de salud en todos sus componentes, todos estamos expuestos diariamente a cierto grado de estrés, si la intensidad del estrés es alto, nuestro nivel homeostático se altera, lo cual afecta negativamente a la salud.

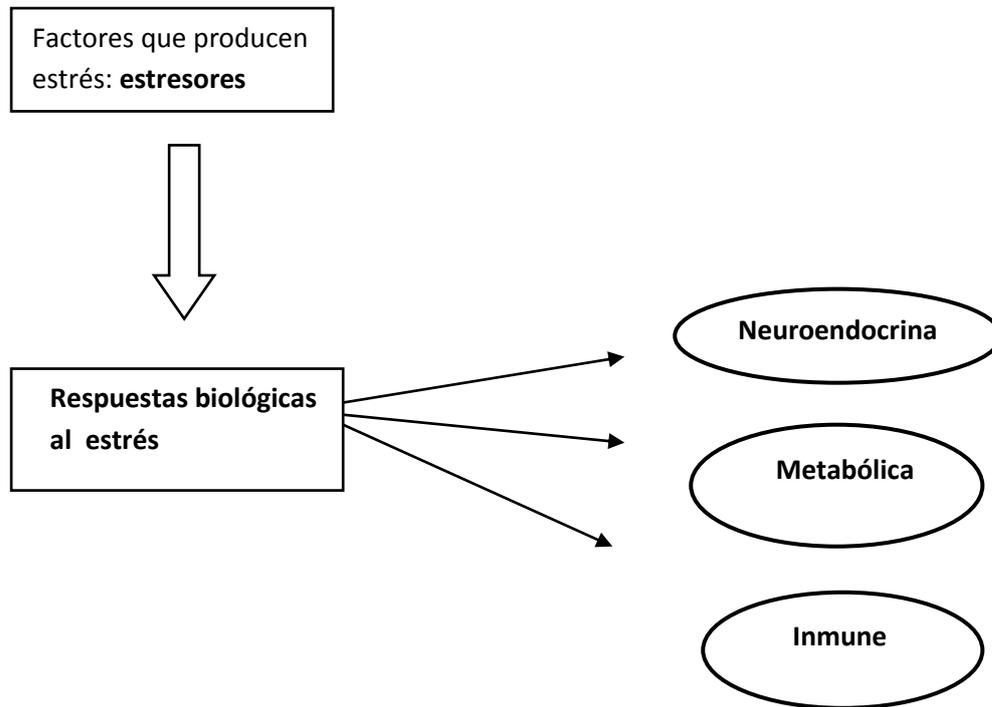
Siguiendo con este argumento, las circunstancias que provocan estrés preocupan a las personas y les hacen sentirse incapaces de salir adelante, perjudican la salud y pueden causar una muerte prematura (Wilkinson, R. y Marmot, M., 2003).

El estrés negativo o “distrés” produce una sobrecarga de trabajo difícil de asimilar, la cual desencadena un desequilibrio fisiológico y psicológico.

En las respuestas biológicas los mecanismos fisiológicos del organismo se ponen en marcha para defenderse de la agresión, intervendrían el sistema nervioso central y periférico y el sistema endocrino, que incrementa la secreción de hormonas como adrenalina, noradrenalina o cortisol (Lopategui Corsino, E. 2000).

En este trabajo se parte del hecho de que la enfermedad se produce a partir de un determinado contexto social teniendo en cuenta tanto aspectos biológicos como físicos. Esto da lugar a que hagamos referencia al denominado estrés psicosocial que se deriva de procesos sociales.

Figura 1: La respuesta psicobiológica al estrés



Fuente: Elaboración propia en base a Brunner E y Marmot M.G, 1999.

Parte III

Evolución de las tasas de mortalidad

Parte III Evolución de las tasas de mortalidad

3.1 Presentación

El objetivo de este trabajo es explicar los cambios en las tendencias de la mortalidad en Argentina durante el estallido de la crisis económica y social de 2001. Para eso será necesario analizar cuál fue la evolución de esta variable en las décadas previas al inicio de la gran recesión económica.

En primer lugar, se analizará la evolución de las tasas de mortalidad en América Latina, sus niveles y características. Luego se hará referencia a la mortalidad Argentina durante la segunda mitad del siglo XX, evaluando si existe alguna relación entre éstas y los cambios económicos y políticos acontecidos en el país durante esos años.

A continuación, se hará referencia al contexto político, social y económico de Argentina durante los primeros años del siglo XXI, teniendo en cuenta la evolución de la mortalidad en el período 2000-2002.

Finalmente, en los apartados posteriores se estudiarán los diferentes determinantes sociales que pudieron influir en el incremento de la mortalidad en ese grupo etario observado en Argentina.

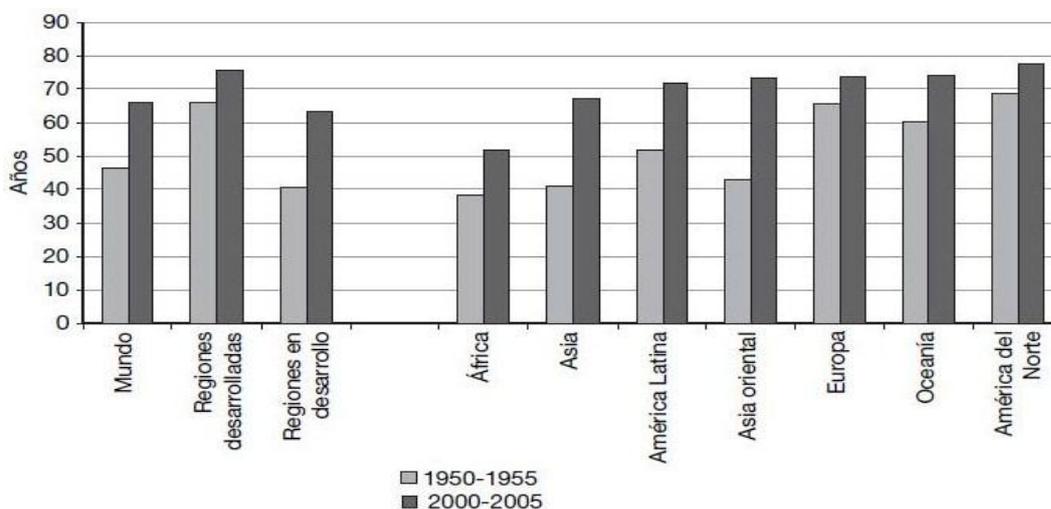
3.2 La mortalidad general en América Latina. Niveles y Tendencias

Como ocurrió en los países desarrollados, hace aproximadamente un siglo y medio, la transición demográfica en América Latina se inicia con un descenso de la mortalidad. Sin embargo, los niveles y tendencias han sido heterogéneos en los diferentes países, debido a los cambios y transformaciones vividos por éstos, y a sus características distintivas.

Si bien en algunos países comenzó el descenso de la mortalidad en la primera mitad de este siglo, principalmente en la década de 1930 (Pérez Brignoli, 1993), podemos decir que es a partir de los años '50 cuando comienzan a realizarse los censos de población, y en consecuencia, comenzaron a utilizarse los indicadores de salud para la elaboración de estimaciones demográficas y proyecciones de población.

La esperanza de vida al nacer en América Latina a mediados del siglo pasado era de 52 años, mientras que en los últimos años es de aproximadamente de 72 años⁹.

Gráfico 1: Esperanza de vida al nacer por grandes regiones del mundo



Fuente: Informe “*La mortalidad en América Latina: una trayectoria auspiciosa pero heterogénea*”. Datos extraídos de Naciones Unidas, “World Population Prospects. 2006 Revision.” Y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones de población revisión 2007.

La transición epidemiológica manifiesta las transformaciones que ocurren en la salud de la población por los avances en las tecnologías, medicina y estilos de vida. Sin

⁹ La duración media de la vida de 72 años lograda en América Latina supera la meta de 70 años fijada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2000.

embargo, el cambio epidemiológico no se desarrolla de la misma forma en cada país, por el contrario se produce de manera diferente según el nivel de desarrollo alcanzado por cada uno de ellos.

En cuanto a la mortalidad por sexos es conocido que en términos generales las mujeres se ven favorecidas. Sin embargo, la magnitud de las diferencias de la esperanza de vida al nacer de las mujeres menos la esperanza de vida al nacer de los hombres son heterogéneas entre países, aún en aquellos que tienen niveles similares de mortalidad (CEPAL. América Latina y el Caribe. Observatorio demográfico nº4).

También una de las manifestaciones de la transición epidemiológica es el marcado envejecimiento que se observa en la estructura por edades de las defunciones como consecuencia de los mayores logros para evitar las muertes en edades tempranas, asociadas a enfermedades transmisibles, así como del envejecimiento de la población, que responde mayormente a la reducción de la natalidad.

El análisis de la mortalidad, sobre todo por causas específicas de muerte, es extremadamente relevante debido a sus efectos —en términos de costos, políticas y acciones— en los sistemas de salud y asistencia social. En cuanto al análisis del perfil epidemiológico, la región se caracteriza por una superposición de etapas, lo cual implica que además de la alta incidencia de enfermedades transmisibles es preciso abordar el aumento de las enfermedades no transmisibles, los accidentes y la violencia.

El análisis diferencial de la mortalidad según causas —considerando las variables de sexo y edad— muestra las especificidades típicas de cada grupo poblacional.

Así, los niños son más vulnerables a las enfermedades transmisibles, los jóvenes a las causas externas y la población adulta a las enfermedades crónico-degenerativas.

Cabe destacar que en la región la realidad demográfica de los países muestra la importancia que tiene la población adulta mayor y la disminución de la población joven, evidentemente el ritmo en el que se producen estos cambios no es el mismo para todos los países.

Según estimaciones realizadas por el Comité Especial de la CEPAL¹⁰ Sobre Población y Desarrollo de 2010, en la actualidad las personas mayores representan el 10% de la población regional, equivalente a 57,3 millones de habitantes.

El proceso de envejecimiento seguirá profundizándose de manera acelerada en los próximos años, sobre todo en el período 2010-2030, cuando la tasa de crecimiento del segmento de 60 años y más será del 2,3%. Si bien esta cifra disminuirá al 1,5% en 2030-2050, seguirá siendo la más elevada de la población en su conjunto.

A su vez, algunos investigadores prevén un escenario difícil porque ya no habrá crecimiento alto y se detendrá la expansión del gasto social, llevando inexorablemente a la vulnerabilidad fiscal y del gasto social, aspectos que sumados a la caída del empleo, ejercen un impacto muy serio de tipo socio-sanitario, así las crisis económicas empeoran las condiciones de vida y son responsables del deterioro de los indicadores de salud.

3.3 Las tendencias en la mortalidad en Argentina durante la segunda mitad del siglo XX

Históricamente las crisis económicas y las transformaciones que afectaron a Argentina entre 1975 y 1995 tuvieron un claro efecto en los niveles de desempleo y en los niveles de vida en varios segmentos de la población.

La temprana modernización de la sociedad argentina en relación con la mayor parte de los países de América Latina, su elevado nivel de urbanización y la expansión de la educación formal, dieron lugar a un inicio precoz de la transición demográfica.

Argentina, junto con Cuba, Chile y Uruguay, tenían un modelo de población y epidemiológico diferente al resto de Latinoamérica. Mientras que en la región los niveles de mortalidad y fertilidad comenzaron a decrecer respectivamente entre 1940 y 1960, estos cuatro países ya habían alcanzado un nivel de transición demográfica a

¹⁰ Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

principios del siglo XX. Así, el descenso de la mortalidad y fertilidad argentina ha sido atribuido al modelo de desarrollo que caracterizaba al país durante las primeras décadas del siglo XX.

En Argentina la esperanza de vida al nacer ya alcanzaba los 50 años en 1913-15 y en 1960 alcanzaba la cifra de 66 años. Aunque a partir de la década de 1970 se observa un aumento de la esperanza de vida a un ritmo más lento.

Podríamos decir que, desde 1950 el país ha ido perdiendo posiciones en el ranking de países latinoamericanos por niveles de mortalidad.

Tabla 1: Esperanza de vida al nacer en Argentina. Evolución.

Período	EVN en años
1895-1914	40,0
1915-1945	48,5
1946-1958	61,1
1959-1961	66,4
1965-1970	67,4
1975-1980	68,7
1985-1990	71,0
1995-2000	73,1
2000-2005	74,3

Fuente: Informe “*Perfil epidemiológico de la Argentina*” de Santiago Barragán

En la primera mitad de los años ‘50 la Argentina mostraba un nivel de esperanza de vida muy superior al de los otros dos países (12 años de vida media más que México y 22 más que Bolivia).

Sin embargo, el hecho de que el país no haya experimentado una mejora en los niveles de mortalidad durante 1960-1970 se debe probablemente a los limitados avances en las condiciones de vida de la población en ese momento, ya que comenzaron a aplicarse diversas políticas económicas que produjeron inestabilidad macroeconómica y deterioro del poder adquisitivo de la población¹¹. De hecho, aunque la esperanza de vida continúa aumentando para el conjunto del país, lo hace a un ritmo inferior. Si en el período 1958-1961 la esperanza de vida pasaba de 61, 1 a 66,4; ya en el período 1961- 1970 tan solo pasaba de 66, 4 a 67,4.

¹¹ En 1976 el gobierno de la dictadura militar implementó un plan económico de orientación liberal, que resintió la industria nacional y aumentó drásticamente el endeudamiento externo del país.

La mortalidad adulta en 1970 se estancó ya que el número de años de vida perdidos¹² no varió entre 15-75 años, aunque el número de años de vida perdidos debido a tumores y enfermedades del sistema circulatorio se incrementó para ambos sexos.

La derrota en la Guerra de las Malvinas y el fracaso de la política económica militar llevaron a la democratización del país en 1983 en un clima de aguda crisis social. Algunos autores consideran que en ese momento Argentina entró en la denominada segunda transición epidemiológica¹³, en la cual predominan las enfermedades propias de la vejez y la disminución en las tasas de mortalidad infantil y en edades jóvenes (González, L. y Peranovich, A., 2012).

El análisis de la mortalidad y la morbilidad del período 1986-1995 muestran la existencia de patrones de distribución y tendencias que varían de región en región. En este período la tasa de mortalidad general descendió de 8,2 por mil entre 1986-1988 a 7,8 por mil en 1995. De estas muertes, el 38% fueron causadas por enfermedades cardíacas y 18,1% por tumores malignos.

Si bien la década de 1980 estuvo caracterizada por un débil crecimiento económico y una alta inflación, a principios de los '90 se observa una mejora en los niveles de pobreza. Esta tendencia, sin embargo, derivó más adelante en un repentino aumento del desempleo y, en consecuencia, en los niveles de pobreza como consecuencia de la aplicación de medidas económicas del “nuevo” modelo neoliberal argentino que provocaron profundos cambios estructurales en el país.

Entre 1990 y 1995 la mortalidad causada por enfermedades del sistema circulatorio no aumentó significativamente, a pesar del creciente estrés derivado de los problemas económicos. Observamos que esta tendencia no fue uniforme y en algunas provincias las muertes debido a problemas circulatorios se incrementó pero a un ritmo claramente más lento que en el pasado. Cabe destacar que esta tendencia no significa que estos tipos de problemas de salud no resulten relevantes. A su vez, por ejemplo, en

¹² El uso del índice de años de vida perdidos permite relacionar la mortalidad de determinadas causas de muerte en determinadas edades con el cambio de la esperanza de vida al nacimiento o entre edades seleccionadas.

¹³ El concepto de transición epidemiológica se refiere al proceso de cambio en la estructura de causas de la mortalidad. En el caso concreto de Argentina comienzan a predominar las enfermedades degenerativas y por causas violentas (finales siglo XX).

provincias como La Pampa y Mendoza las muertes por causas cardiovasculares se incrementaron entre los hombres de entre 15-39 años.

Diversas encuestas sobre desempleo llevadas a cabo en el área metropolitana de Buenos Aires¹⁴ identificaron un incremento en los niveles de depresión, alcoholismo, ansiedad y violencia.

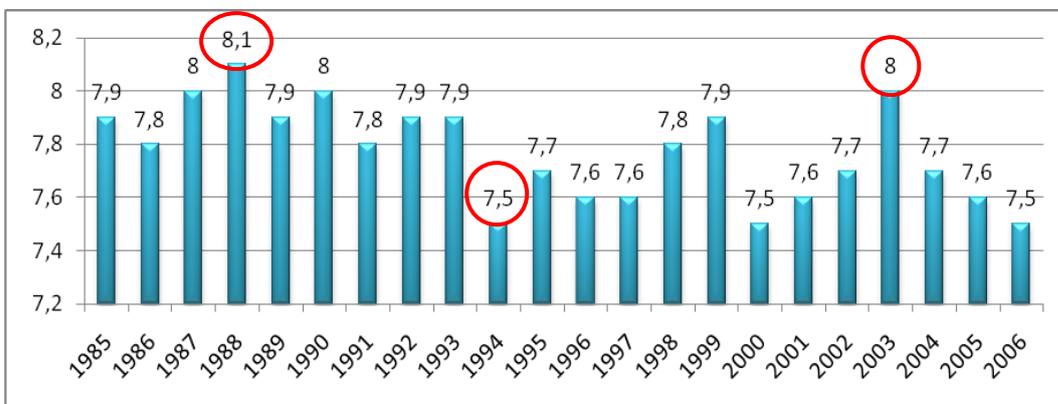
Asimismo, la tendencia descendente de la mortalidad debido a enfermedades transmisibles no significa que no se haya incrementado para los individuos entre 15-39 años entre 1990 y 1995.

En definitiva, la situación sanitaria del país en las últimas décadas del siglo XX muestra una tendencia de mejoría en muchos de sus indicadores de salud, sin embargo se presentan aún grandes heterogeneidades según jurisdicciones y grupos de población.

Concretamente las variaciones porcentuales en el PIB argentino a finales de los años '80 y principios de los '90, así como las variaciones en las tasas de inflación del país se reflejan en las tasas de mortalidad general del país en ese período, con los valores más altos para los años 1987 y 1988 con 8 y un 8,1 por mil respectivamente; cifras que coinciden temporalmente con la hiperinflación de finales de la década del ochenta. Por su parte, en mitad de la década de 1990 se observan los valores más bajos en la tasa de mortalidad, hecho que coincide temporalmente con los valores inflacionarios más bajos del país. Asimismo, en el año 2003 se alcanza la cifra más alta en la tendencia de la mortalidad general argentina, sin embargo observando la evolución de la tasa no es posible hablar de crisis en la mortalidad del país.

¹⁴ También denominada GBA (Gran Buenos Aires): es la denominación genérica utilizada para referirse a la megaciudad argentina que comprende la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su conurbación sobre la Provincia de Buenos Aires, sin constituir en su conjunto una unidad administrativa.

Gráfico 2: Tasa de mortalidad general Argentina (por mil habitantes). Evolución durante el período 1985-2006.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC.

3.4 Contexto político, social y económico de crisis argentina. Análisis de la mortalidad.

Una vez analizadas las tendencias de la mortalidad durante el período 1970-1990, se procederá a analizar con más detalle el caso específico argentino desde la década de 1990 hasta principios de los 2000 con el fin de entender el contexto en el que tuvo lugar el aumento de la mortalidad masculina.

En primer lugar se hará referencia a las principales medidas adoptadas durante la década de 1990 y las transformaciones que supuso la adopción de un “nuevo” modelo neoliberal para el país; lo que derivaría posteriormente en la crisis económica y social de comienzos de siglo XXI.

En segundo lugar, una vez explicadas las características del proceso de crisis, se evaluará las tendencias en las tasa de mortalidad teniendo en cuenta diferentes estudios realizados al respecto.

Si bien en la historia argentina de las últimas décadas fueron recurrentes las crisis económicas y políticas, nunca antes habían tenido un impacto social tan demoledor como el de la crisis del año 2001 caracterizado por altos niveles de pobreza, indigencia y desempleo.

Aunque las políticas adoptadas se generalizaron e intensificaron en el decenio 1990-2000, la mayoría de los analistas coinciden en que el modelo neoliberal imperante en la economía argentina tuvo sus raíces en la dictadura militar instaurada en 1976, que sumió al país en un grave endeudamiento externo que perduraría durante toda la década de 1990.

Bajo la presidencia de Carlos Menem (1989-1999) la estructura de poder en Argentina se caracterizó por una fuerte concentración del poder en manos del Ejecutivo. El estilo de gobierno estaba justificado por la necesidad de aplicar ciertas normas y políticas ante la emergencia económica¹⁵ del país en ese momento.

A su vez, Menem aprovechó una situación económica deplorable para que se aprobara la exclusión del poder legislativo de la toma de decisiones.

¹⁵ La Ley de Emergencia Económica suspendió los regímenes de promoción industrial. A falta de apoyo legislativo para renovarla, Menem lo consiguió por medio de un decreto.

El estilo menemista de gobierno ilustra el influyente concepto de *democracia delegativa*, acuñado por O'Donnell, que caracteriza a muchas de las democracias en América Latina y que se basa “en la premisa de que cualquiera que gane la elección a la presidencia está autorizado a gobernar como lo crea necesario” (...) (Legrain, M., 2004).

El nuevo gobierno se inicia con un proceso de privatización de empresas públicas y ajuste del aparato estatal que producen una salida masiva de empleados (150.000 personas en 3 años), quienes debieron salir a buscar nuevo trabajo con una muy limitada calificación laboral. La creciente falta de legitimación del gobierno y la debilidad institucional propició el establecimiento de un modelo económico insostenible.

En términos generales, la primera parte de la década de los años 90 mostró un crecimiento extraordinario para la historia argentina: el producto industrial creció un 5% anual, y la productividad un 6,6%, impulsado por el violento cambio de la función de producción.

Pero la pobreza aumentó significativamente al principio y firmemente al final: entre 1992 y 1995 la pobreza aumenta del 21,9% al 28,8% de las personas; luego entre 1995 y 1998 se mantiene relativamente constante; y finalmente a partir de 1998, cuando la economía entra en recesión y luego explota en la crisis, la pobreza pasa del 30% a más del 57% de la población.

Tabla 2: Argentina. Índice de pobreza. Junio de 2002 (porcentaje de individuos)

	Encuesta del Banco Mundial Junio 2002	Encuesta Permanente de Hogares (EPH)	
		Mayo 2002	Oct. 2001
Pobreza	53.7	53.0	38.3
Indigencia	23.8	24.8	13.6
PPA (1 dólar)	9.9	9.5	7.5
PPA (2 dólares)	24.6	20.8	17.1

Fuente: Informe “*El impacto de la crisis argentina en el bienestar de los hogares*” 2003.

Son varios los expertos que creen que la crisis argentina representa el fracaso del modelo neoliberal¹⁶. El “default”¹⁷ soberano por parte del Estado argentino el 23 de diciembre de 2001 fue el detonante de una crisis que llevaba ya tres años desarrollándose.

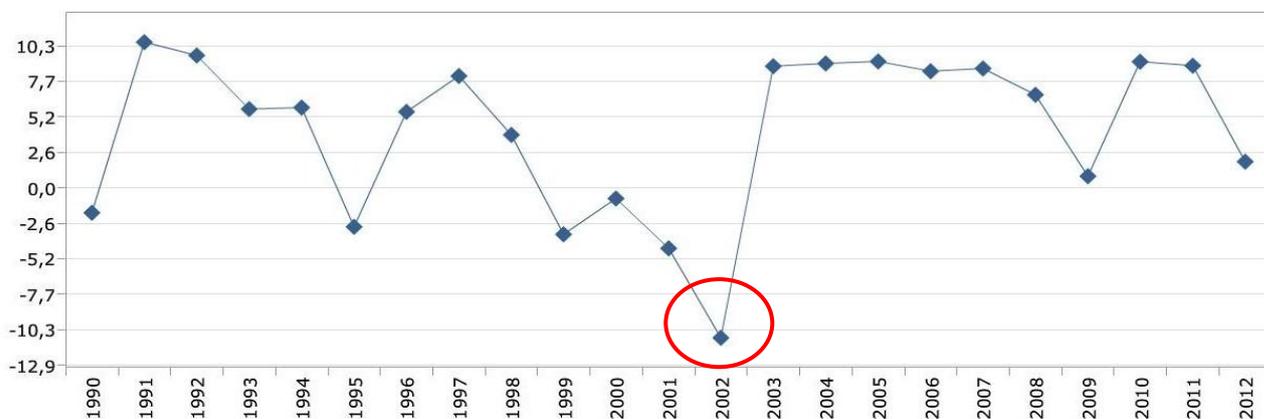
Cuando el Fondo Monetario Internacional se negó inesperadamente a desembolsar fondos requeridos por el Gobierno argentino, lo inevitable se produjo.

A finales de 2001 diferentes acontecimientos económicos y políticos en el país derivaron en un colapso social y económico.

El presidente en ese momento abandona su cargo e inmediatamente el Congreso anuncia la suspensión de pagos, lo que conlleva a la quiebra de miles de empresas y negocios, y al posterior embargo de los depósitos en dólares, devaluándose la moneda nacional hasta un 200% con respecto al US dólar.

Durante el año 2002 el PIB descendió más del 11% y el nivel de desempleo se disparó.

Gráfico 2: Tasa de variación anual del PIB argentino (a precios constantes del 2005).



Fuente: CEPALSTAT 2013.

¹⁶ En teoría el neoliberalismo es el conjunto de políticas que busca reducir la sobrecarga de demandas sobre el Estado con vistas a mejorar la eficacia del sistema, dejando actuar al mercado como regulador de la economía.

¹⁷ Tradicionalmente se definía como el simple atraso en el pago por una falta transitoria de liquidez.

En el mes de diciembre de 2001, frente a la aceleración de los retiros de depósitos bancarios, el Gobierno tomó una decisión que fue luego conocida en la jerga económica como “el corralito”, consistente en limitar severamente los retiros de efectivo del sistema, bajo la excusa de incitar a toda la población a utilizar sus tarjetas de crédito o débito, sin considerar que el trabajo informal alcanzaba en ese momento al 44% de la población ocupada.

Según Eduardo Amadeo¹⁸, “el efecto, que aún no ha sido medido en su plenitud, fue desastroso para los más pobres, la carencia de efectivo dejó literalmente sin ingresos a trabajadores informales diversos, desde empleadas domésticas hasta vendedores callejeros o empleados en pequeños talleres, y tuvo una relación directa con las explosiones sociales que condujeron a la caída del gobierno del Presidente De La Rúa”.

Mientras que en 1992 el individuo mediano podía adquirir dos veces la canasta básica, en 2002 sólo podía comprar alrededor del 90% de la canasta básica. Esto es, en 1992 el individuo mediano estaba lejos de ser pobre, en tanto que en 2002 era definitivamente pobre (Busso, M., Cerinero, F. y Cicowiez, M., 2005).

¹⁸ Presidente de la Asociación Argentina de Políticas Sociales.

3.4.1 Mortalidad en Argentina y otros indicadores de salud. Tendencias y evidencias

Una vez explicado el contexto político, económico y social que enmarca el comienzo de la crisis en Argentina hacia finales de la década de 1990 y principios de 2000, se analizará la evolución de los indicadores de salud teniendo en cuenta las tendencias en las tasas de mortalidad y los cambios sufridos en determinados grupos etarios de la población argentina.

El estudio de la mortalidad es un tema de interés en la demografía, la salud pública y la planificación del desarrollo, ya que como hecho demográfico contribuye al análisis de la dinámica de una población y a la comprensión del cambio de estructura y magnitud de la misma.

También sirve para aproximarse a la situación de salud presentándose como información confiable y de gran cobertura que permite dar cuenta de las condiciones saludables de una población.

Las variaciones en las tasas de mortalidad de la población como consecuencia de situaciones de incertidumbre e inestabilidad económica y política, se observaron en casos como la crisis Rusa de principios de los años 1990 durante el proceso de transición política, en la que las tasas de mortalidad aumentaron en las edades comprendidas entre los 30-54 años. Otra de las principales características del incremento de la mortalidad producido a principios de los años 90 es que afectó más a los hombres que a las mujeres (Roura, M. 1996).

En el caso concreto de Argentina, durante la década de 1990 las tendencias en la mortalidad argentina se han mantenido constantes y no se han desviado significativamente de la tendencia previa.

A comienzos de siglo XXI, los valores de la tasa general de mortalidad del país estandarizada por edad y sexo¹⁹ indican que entre el año 2000 y el 2002 la tasa pasó de 182,6 a 190,9 respectivamente para caer en el año 2003 a un 172,6 en los hombres entre 30 y 34 años. Sin embargo, no contamos con los datos estandarizados por edad y sexo para el período anterior, por lo que no se puede afirmar que el aumento de esta

¹⁹ Por 100.000 habitantes

cifra durante el período de crisis económica suponga un punto de inflexión en la tendencia general del país.

No obstante, coincidiendo con el colapso económico del país destaca el hecho de que en la última década ha aumentado el número de muertes como consecuencia de enfermedades del sistema respiratorio y las causas externas, principalmente por el aumento de los suicidios y homicidios en los hombres en el conjunto del país.

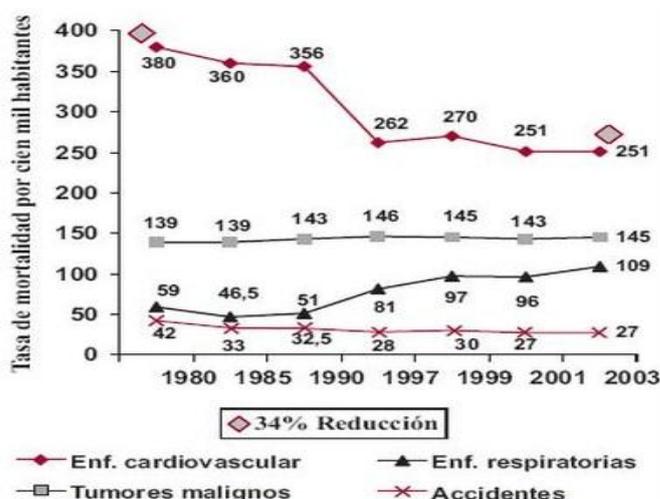
Con respecto a las enfermedades cardiovasculares, éstas constituyen la primera causa de muerte en hombres y mujeres en países desarrollados.

Según los datos obtenidos en la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud y Medio Ambiente, las enfermedades cardiovasculares constituyeron la primera causa de muerte en 2003, con 95.090 defunciones sobre un total de 302.064 fallecimientos (31,5%), muy por encima del cáncer, las enfermedades respiratorias y los accidentes en Argentina.

La tendencia de la mortalidad cardiovascular en el país presenta una reducción consistente desde 1980 hasta 2003 que alcanzó un 34% de la reducción en la tasa bruta de mortalidad anual (Sosa, M., Harwicz, P., Sosa, A., 2006).

En las mujeres se observa una tendencia en este mismo sentido (27% de reducción), pero notablemente menor que la observada en los hombres (35%).

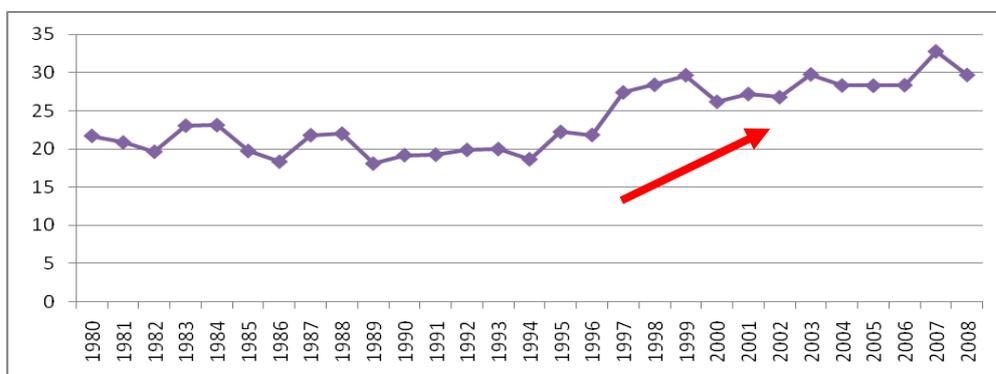
Gráfico 3: Causas de mortalidad y sus tendencias en la Argentina para ambos SEXOS (tasa de mortalidad anual por cien mil habitantes. Período 1980-2003).



Fuente: Informe "Causas de muerte en la mujer y su tendencia en los últimos 23 años en la Argentina".2006

Al compararse la estructura de la mortalidad de varones y mujeres se observa que las tasas de mortalidad por edad de la población masculina son mayores que las femeninas en todas las edades. Asimismo, teniendo en cuenta el gráfico anterior podemos observar que, si bien la mortalidad cardiovascular parece mantenerse constante desde la década de 1990 para ambos sexos a falta de datos específicos por grupo etario; la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio comienza a aumentar de manera significativa y esta tendencia se observó tanto en mujeres como en hombres. En ambos grupos esta tendencia se observó especialmente a partir de la segunda mitad de la década de 1990, y ya para el año 2000 desciende aunque posteriormente continúa con su tendencia en aumento.

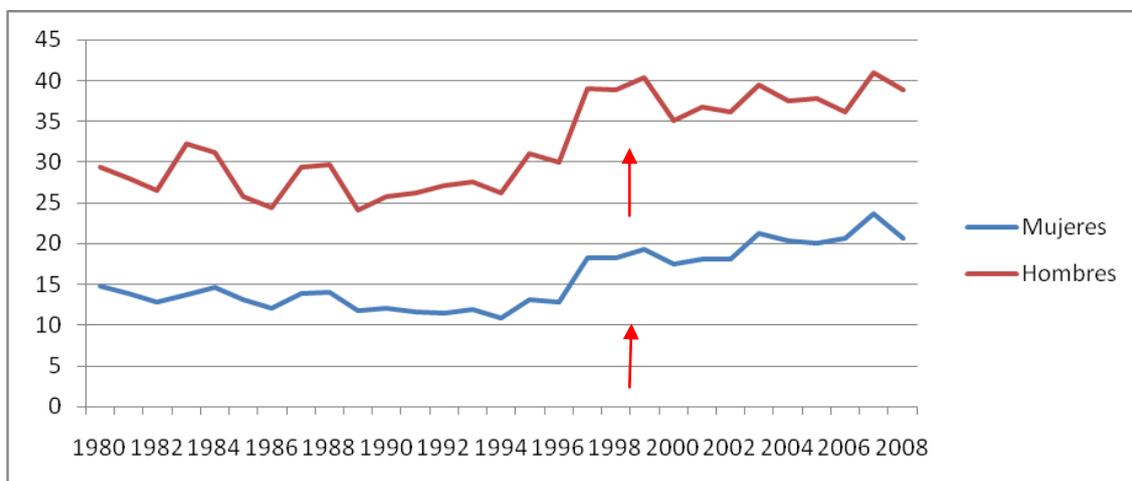
Gráfico 4: Tasa de Mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio para ambos sexos, población de 20 a 64 años (por 100.000 hab.). Argentina. 1980-2008



Fuente: Elaboración propia en base a datos de marzo de 2010 de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud, Argentina. A través de Informe "Mortalidad por Enfermedades del Sistema Respiratorio en la población de 20 a 64 años" del Ministerio de Salud de la Nación.

Esta tendencia hizo que el riesgo de morir por una enfermedad del sistema respiratorio se incrementara en varones con respecto a las mujeres entre 1980 y 1994, pasando de 1,99 a 2,43. A partir de 1994, y dado el mayor ritmo de aumento de la tasa de mortalidad en mujeres, el riesgo de morir entre los varones se redujo de 2,43 a 1,88 (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

Gráfico 5: Tasa de Mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio por sexos. Argentina 1980-2008



Fuente: Elaboración propia en base a datos de marzo de 2010 de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud, Argentina. A través de Informe “Mortalidad por Enfermedades del Sistema Respiratorio en la población de 20 a 64 años” del Ministerio de Salud de la Nación.

Algunos estudios apuntan a una posible relación entre una situación de crisis económica y de inestabilidad generalizada, con la complicación de las situaciones personales de los individuos que sufren problemas respiratorios, lo que puede derivar en un peor control de este tipo de enfermedades, incluso aquellos individuos que se encuentren más preocupados por el coste de su tratamiento médico pueden tener un control inadecuado de sus enfermedades respiratorias (Rubinstein, P., Martos, A., Domingo, C., Navarro, MD., Martínez, C, Tubella, M. y grupo de trabajo ASMADUAL, 2013). En este sentido, el estudio descriptivo liderado por el Dr. Pablo Rubinstein del Servicio de Neumología del Hospital General de Catalunya, basado en encuestas en Catalunya (feb.-abril de 2012), constata que las dificultades económicas producidas por la crisis llevan a muchos pacientes a preocuparse por poder mantener el coste de los tratamientos de las enfermedades crónicas que padecen. Así pues, el Dr. Rubinstein explica que el coste económico del tratamiento para una enfermedad como el asma es considerable, por lo que prescindir del tratamiento puede ser una opción muy arriesgada. Si los pacientes abandonan los medicamentos y dejan de estar controlados, puede conllevar a agudizaciones más graves de este tipo de enfermedades.

Asimismo, otro estudio explica directamente la relación entre el asma y los factores psicosociales (Jáuregui Presa, I. y Tejedor Alonso, M., 2004). En dicho estudio se argumenta que los factores psicosociales juegan un indudable papel en enfermedades como el asma bronquial. De esta manera, factores como la co-morbilidad psiquiátrica (trastornos depresivos y ansiedad), alcoholismo y toxicomanías, negación, bajo nivel socioeconómico y otros factores de estrés psicosocial contribuyen a la morbilidad del asma en todo el mundo. De hecho, el mismo estudio hace referencia a diferentes investigaciones llevadas a cabo en países de ámbito anglosajón en las que se confirma una correlación positiva de las tasas de mortalidad por asma con áreas urbanas menos favorecidas y nivel socioeconómico bajo²⁰.

Diversos estudios epidemiológicos apuntan a la idea de que existe un vínculo entre los efectos que pueden tener situaciones traumáticas producidas por guerras, terrorismo o crisis económicas, y los efectos sobre el bienestar de las personas y en los indicadores de salud.

Concretamente en el caso argentino, según un estudio llevado a cabo por el equipo de investigación encabezado por el Dr. Enrique Gurfinkel de la Fundación Favaloro²¹ de Buenos Aires en el año 2005, existen evidencias de que la crisis financiera podría tener un impacto negativo en la mortalidad cardiovascular e incidencia en las complicaciones médicas en este ámbito.

Este estudio se centró en la población ingresada en hospitales entre el período abril de 1999 hasta septiembre de 2004.

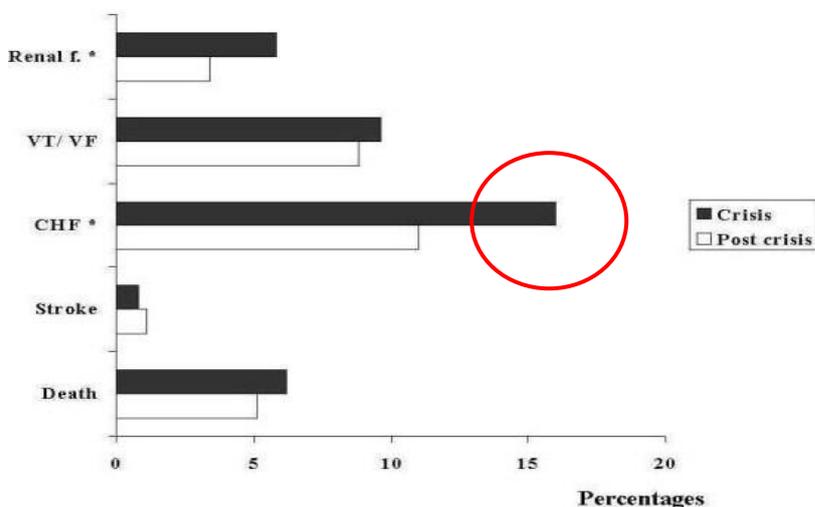
En dicho estudio se observó que el número de pacientes menores de 65 años ingresados por insuficiencias cardíacas fue de 1527 (47%), que representa la proporción de la población normalmente en condiciones de ser económicamente activa.

También durante el período de crisis se observó un incremento en la proporción de intervenciones coronarias.

²⁰ Higgins, BG. & Britton, JR. (1995); Carr, W., Zeital, L. & Weiss, K. (1988).

²¹ Es una ONG argentina dedicada a la asistencia médica, la docencia y la investigación. Fue fundada en 1975 por René Favaloro. En base a los principios del Dr. Favaloro, la fundación financia la atención médica, en sus centros de salud, de personas de bajos recursos, alcanzando casi el 30% del total de los pacientes.

Gráfico 5: Porcentaje de enfermedades por insuficiencia cardíaca. Argentina. Comparación.



CHF: Insuficiencia cardíaca. VT/VF: Taquicardia ventricular. Renal F: Insuficiencia Renal.

Fuente: Informe "Socio economic crisis and mortality. Epidemiological testimony of the financial collapse of Argentina". 2005.

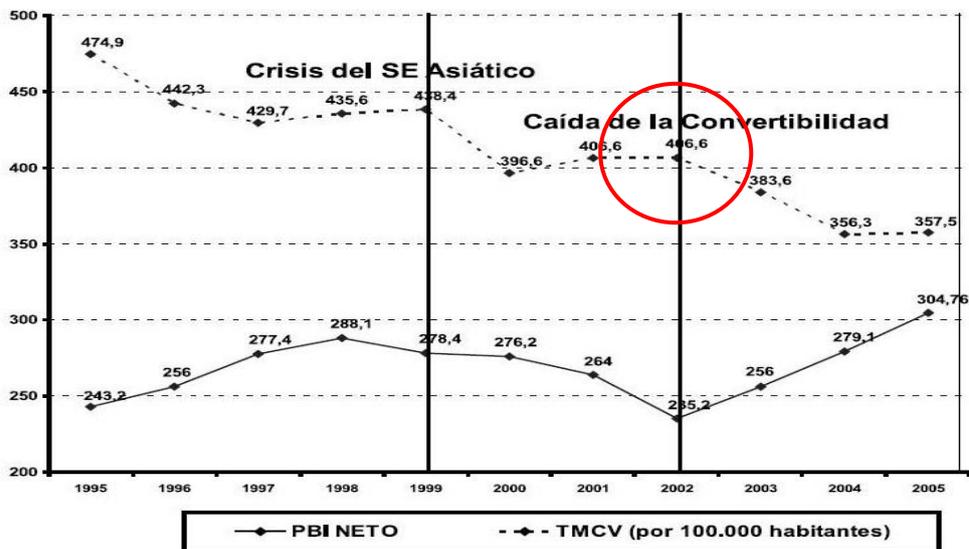
Asimismo, existen estudios clínicos y experimentales como el llevado a cabo por investigadores del Servicio de Cardiología del Sanatorio Güemes de Argentina en 2012, en el que se ha documentado la relación entre el impacto negativo de la crisis financiera sobre la mortalidad cardiovascular de la población.

Concretamente se estudió si los cambios en las tendencias del PIB como indicador de crisis económica-financiera coinciden con los cambios en las tasas de mortalidad cardiovascular en el país.

Así pues, se observó que entre 1995 y 2005 la tasa de mortalidad cardiovascular (TMCV) descendió el 24,72% (de 479,9 a 357,5 por 100.000).

Sin embargo, esta tendencia descendente no fue constante. Inicialmente, desde 1995 hasta 1997, la tasa mencionada disminuyó el 9,52% en coincidencia con el incremento neto del PIB anual del 14,06%. Luego entre 1997 y 2002 se observó un incremento en la TMCV del 5,38% y un descenso del PIB neto del 15,21%.

Gráfico 6: Tendencias de la tasa de mortalidad cardiovascular y el PIB. Argentina 1995-2005



Fuente: Informe "Economic and financial crisis in Argentina: a novel risk factor for cardiovascular mortality?" 2012 Revista Argentina de Cardiología vol.80 n°2. Se calculó la TMCV por 100.000 habitantes utilizando la base de datos del Ministerio de Salud de la Nación (Clasificación Internacional de Enfermedades 9º y 10º).

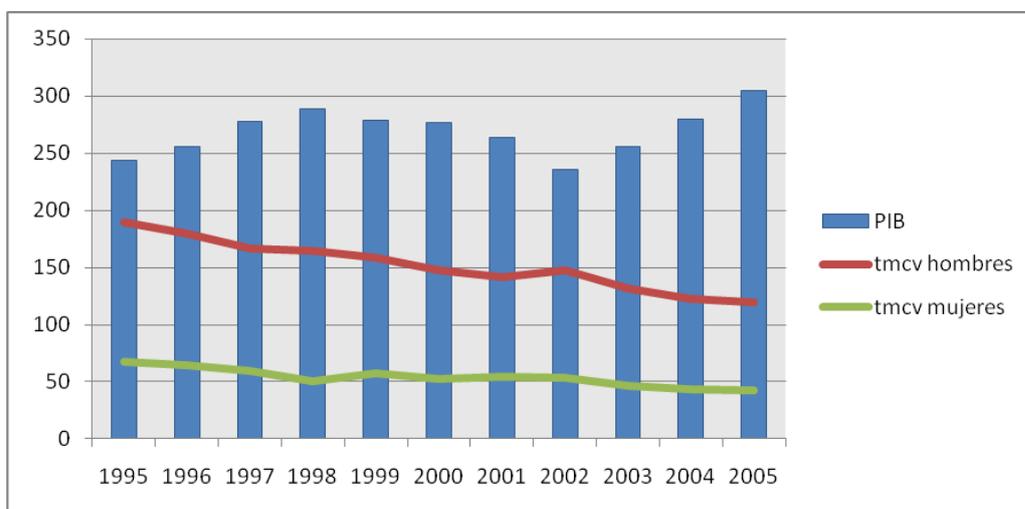
Las crisis económicas tendrían un impacto asimilable a las catástrofes naturales, irrumpen en la vida cotidiana de la población generando consecuencias sobre la salud cardiovascular (Sosa, M., Racki, M., Villarreal, R., Cestari, G., Mele, E., y Sosa, A., 2012).

De esta manera, si bien se observó un descenso de la mortalidad cardiovascular, esta tendencia no fue lineal y se evidenciaron cambios en la pendiente (siempre descendente) en coincidencia temporal con los sucesos económicos identificados.

Así, entre 1995 y 2005 la TMCV descendió el 24,72% (de 474,9 a 357,5 por 100.000). Sin embargo, la tendencia descendente no fue constante ya que inicialmente, desde 1995 hasta 1997, la tasa mencionada descendió un 9,52% en coincidencia con el incremento del PIB anual del 14,06%.

Luego, entre 1997 y 2002 se observa un incremento en la TMCV del 5,38% y un descenso del PIB del 15,21%. En concreto en los hombres de entre 35 y 64 años la tasa de mortalidad cardiovascular ascendió el 4,26% entre 2001 y 2002 (de 141 a 147 por 100.000).

Gráfico 7: PIB y Tasas de mortalidad cardiovascular en población entre 35-64 años. Argentina período 1995-2005.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Informe “*Economic and financial crisis in Argentina: a novel risk factor for cardiovascular mortality?*” 2012 en base a datos de DEIS. El PIB se expresa en miles de millones de \$.

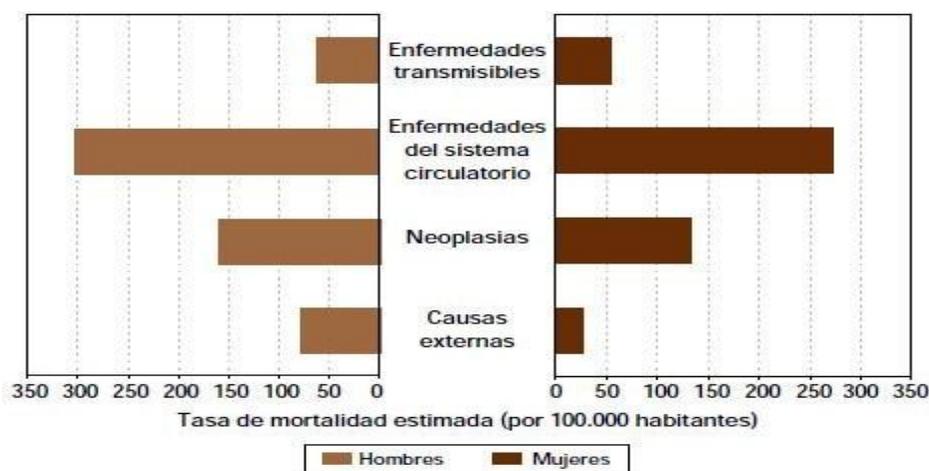
A partir de ese momento, en el período 2002-2005 se observó un incremento del 29,57% en el PIB, que se acompañó de un descenso en la curva de mortalidad cardiovascular del 7,65%.

Por otro lado, el aumento de la mortalidad masculina en esas edades seguramente se relaciona con una mayor exposición a morir debido a causas externas.

En cuanto a la distribución de muertes según grupo de causas, en el año 2001 ésta muestra una estructura acorde con el nivel general de la mortalidad alcanzado por el país, es decir un predominio relativo de las enfermedades cardiovasculares (33%) y cánceres (19.5%) y una proporción reducida (4.9%) de enfermedades transmisibles.

Teniendo en cuenta la evolución de la mortalidad por grandes causas se observa un predominio de las enfermedades del sistema circulatorio como la principal causa de muerte en Argentina para ambos sexos.

Gráfico 8: Mortalidad estimada por grandes grupos de causas y sexo. Argentina 1995-2000



Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

A la vez que aumentó la mortalidad en los hombres de edades medias por enfermedades cardiovasculares, también destacan las causas externas (suicidios y homicidios) como consecuencia de la situación de crisis generalizada que vivió el país.

Con el propósito de conocer los cambios en el estado mental y emocional de los individuos, en la Encuesta Permanente de Hogares²² del año 2002 se preguntaba si “se sentían desalentados y/o desesperanzado con respecto al futuro”.

En este sentido, la encuesta indica una incidencia y creciente de desaliento y pesimismo entre los encuestados (en su mayoría jefes de hogar). (Fiszbein, A. 2003).

Tabla 3: Argentina. Cambios de Estado emocional (porcentajes)

	Se siente desanimado		Siente desesperanza sobre el futuro	
	Ahora	Antes de octubre de 2001	Ahora	Antes octubre de 2001
Nunca	26.8	47.8	21.1	45.5
A veces	34.2	37.3	33.2	36.2
Frecuentemente	24.8	9.6	27.5	11.3
Siempre	13.5	4.0	16.7	4.8
Sin respuesta	0.6	1.3	1.5	2.2
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Fuente: Informe *El impacto de la crisis en el bienestar de los hogares*. 2003

²² Esta encuesta proporciona las estadísticas oficiales del mercado laboral y de la situación social tales como, las tasas de actividad, empleo, desocupación, indicadores de pobreza e indigencia.

Por otra parte, según la investigación *Suicidios en la vejez*, en Argentina en el período 1997-2002 (Risoli y Prizze, 2010) se observa que los suicidios en el total de la población de adultos mayores registraron una tendencia descendente entre los años 1997 y 2007.

La literatura epidemiológica profundiza en el estudio del impacto de las crisis económicas en la salud de las personas.

En el análisis concreto de los suicidios, nos encontramos con diversos estudios que hacen especial hincapié en la relación entre colapso económico y aumento de las tasas de suicidios. De esta manera, en determinados casos se evidencia este vínculo.

Diversos estudios demuestran la relación directa entre crisis económica y financiera con el aumento de las tasas de suicidios en diferentes países europeos como consecuencia de la recesión económica que comenzó en 2007.

En el caso de Inglaterra, un estudio que comprende el período 2008-2010 determinó que, efectivamente, ha habido un aumento en las tasas de suicidios en el país, coincidiendo con la recesión económica. Concretamente en los hombres ingleses los niveles se habían incrementado en 846 nuevos casos de suicidios; en el caso de las mujeres esta cifra lo había hecho en 155 nuevos casos. Por lo que, concluyen que es posible que exista un impacto en la salud de la población debido a la difícil coyuntura económica que vivió el país (Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, Mckee M y Stuckler D, 2012).

Es el caso de Grecia como ejemplo del impacto en la salud de la actual crisis económica que comenzó en 2007. Durante la última década los casos totales de suicidios aumentaron significativamente en el país, especialmente en hombres (un 26,9%) coincidiendo con el auge del colapso financiero a nivel europeo (V. Kontaxakis, Th. Papaslanis, B. Havaki-Kontaxaki, G. Tsouvelas, O. Giotakos, G.N. Papadimitriou, 2013).

También observamos el mismo impacto en la mortalidad por suicidios en el caso de Italia, donde los suicidios atribuidos a la crisis han aumentado un 24% de 2008, con 150 casos y 200 intentos, hasta 2010, con 187 y 245 frustrados. En concreto, la tasa de suicidios era de un 10.2% por año antes de la crisis, sin embargo después del

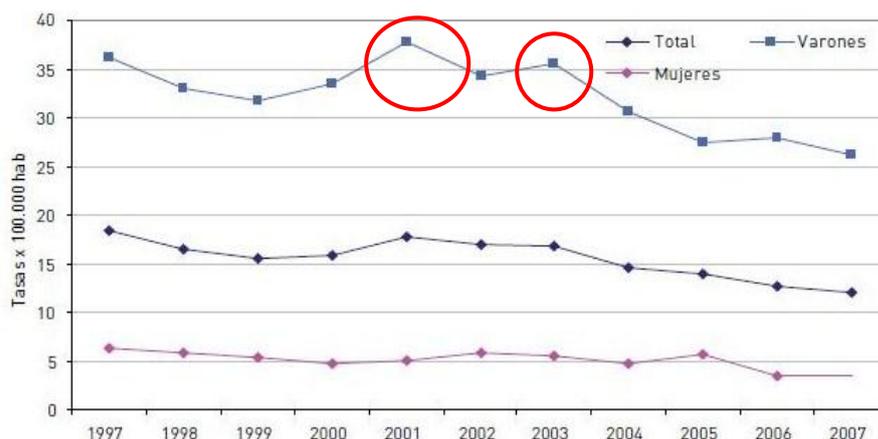
estallido de la crisis financiera en Europa, la tasa de suicidios en Italia aumentó hasta alcanzar el 53,9% por año (De Vogli R, Marmot M, Stuckler D, 2012).

Tal y como se indica en este último estudio, no todas las investigaciones están totalmente de acuerdo con esta hipótesis, que relaciona la tendencia al suicidio con la crisis económica. Así pues, artículos publicados en la revista The Lancet, apoyan la idea de que relacionar recesión económica y aumento de las tasas de suicidios constituye una interpretación prematura del caso²³.

Con respecto al caso argentino, existen 3 picos con valores máximos que permiten delimitar 3 segmentos en la tendencia, en los años 1997, 2001 y 2003, curiosamente coinciden con la crisis del sudeste asiático (con grandes repercusiones para la economía argentina), y el estallido del colapso en la economía argentina con la crisis económica respectivamente.

Desde ese último año en adelante se inicia un descenso que culmina con los valores más bajos del período en el año 2007.

Gráfico 9: Evolución de las tasas de suicidios en adultos ajustadas por grupos de edad. Ambos sexos 1997-2007



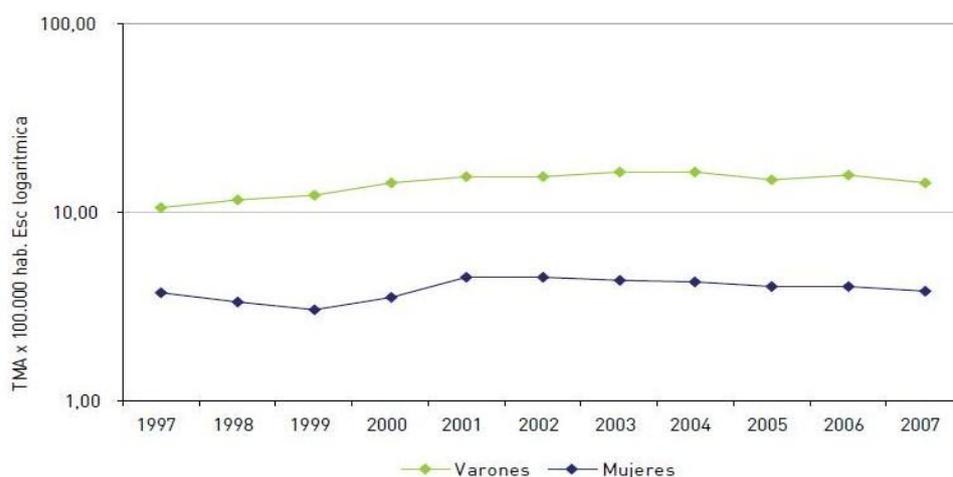
Fuente: Risoli, A.; Prizze, A. (2010). Suicidios en la Vejez. Tendencia 1997-2007 en Argentina

²³ Fountoulakis KN, Grammatikopoulos IA, Koupidis SA, et al. Health and financial crisis in Greece. Lancet 2012;379:1001e2.

Según datos de la investigación (Prizze y Risoli, 2009), las tasas de suicidios en la población económicamente activa²⁴ fueron notablemente más altas en los varones que en las mujeres durante todos los años del período, con valores superiores a los 10 casos cada 100.000 habitantes.

En las mujeres, la mortalidad por suicidios se mantuvo entre los 3 y 5 casos cada 100.000 habitantes. En los hombres se registró una tendencia ascendente, con una diferencia de cuatro puntos en los años extremos del período. También teniendo en cuenta las tasas de mortalidad por suicidios, observamos que en las mujeres se mantuvieron estables a lo largo del decenio, sin grandes variaciones en los diferentes años.

Gráfico 10: Evolución tasas de suicidios en la población económicamente activa. Argentina 1997-2007



Fuente: Risoli, A.; Prizze, A. (2010) Los suicidios en la población económicamente activa en Argentina en el período 1997-2007.

Analizando las tasas del decenio para cada grupo etario de la PEA, se observó un descenso progresivo de los suicidios a partir de los 20 hasta los 39 años. A partir de ese momento comienzan a incrementarse nuevamente, con tasas más altas a medida que se envejece. En las mujeres, el total de suicidios fue de 5.169 casos. Se observa un comportamiento similar al de los hombres: un descenso hasta los 39 años y un incremento de los suicidios a medida que aumenta la edad.

²⁴ Sus siglas PEA

Por otra parte, algunos autores argumentan que las políticas públicas implementadas durante la década de 1990 en el marco de las reformas neoliberales impactaron negativamente en las estadísticas de *muertes por violencias* (suicidios, homicidios y accidentes) en la Argentina (Bonaldi, 2002).

El problema de las muertes por armas de fuego es tan sólo una dimensión de un tema de mayor magnitud social: las *violencias* y su relación con la salud.

En ese sentido, el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud del año 2003 de la Organización Mundial de la Salud estima en ese año se produjeron 1,65 millones de muertes por violencia, un 32% de esas muertes correspondería a homicidios.

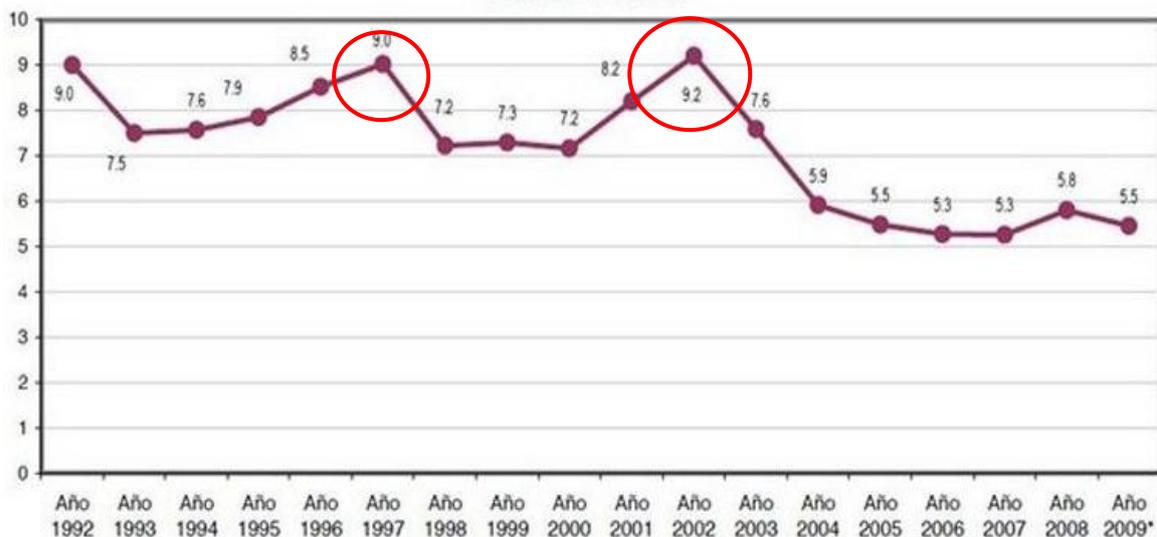
De esta manera, múltiples estudios demuestran que los factores macroeconómicos pueden repercutir de manera negativa en los indicadores de seguridad y violencia social.

Investigadores de la Universidad de Atenas demostraron que, teniendo en cuenta los datos obtenidos de 26 países de la Unión Europea, el incremento en los niveles de desempleo como consecuencia de la complicada situación económica desde 2007 se relaciona directamente con el incremento en los niveles de violencia y homicidios detectados (Michas, G., Varytimiadi, A. y Micha, R., 2013).

En el caso de Argentina, entre los años 1990 y 2008, se observa una tendencia temporal de la tasa cruda de homicidios que aumenta a partir del año 1999 con el pico más alto en el año 2002²⁵, cifra que supone la mayor registrada en los últimos veinte años, y un descenso a partir del 2003, dato cuya temporalidad coincide con la grave crisis económica y social.

²⁵ La crisis estalló en diciembre de 2001, tras haberse alcanzado niveles récord de pobreza, indigencia y desocupación, como producto de las políticas implementadas durante la década precedente, que derivaron en estallidos sociales en diferentes ciudades del país, con saqueos a comercios y masivas manifestaciones populares en contra del Gobierno de entonces. En la Ciudad de Buenos Aires, los días 19 y 20 de diciembre de ese año, y producto de la inmensa movilización popular en contra del Gobierno –y del “estado de sitio” que el mismo decretara–, se produjo una brutal represión a manos de las “fuerzas de seguridad” contra los manifestantes, lo que ocasionó más de un centenar de heridos y 5 muertos (34 en total en todo el país, número que luego ascendería a 39). Tras la renuncia del presidente De La Rúa, se sucedieron 4 Presidentes en 10 días.

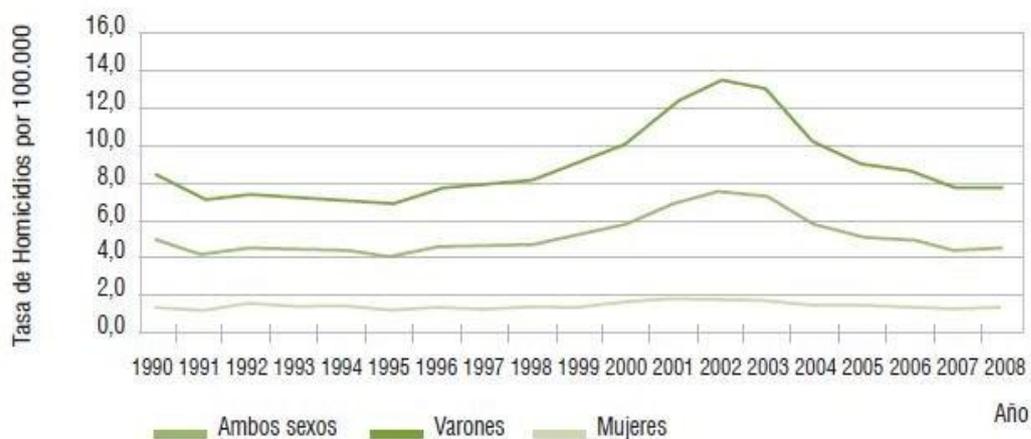
Gráfico 11: Evolución anual de tasas de homicidios dolosos (por 100.000 hab.) Argentina.



Fuente: Estadísticas en materia de criminalidad. Ministerio de Justicia y Derecho Humanos. Argentina.

A su vez, se observa que la tasa de homicidios es mayor en hombres que en mujeres como sucede en otros países de América Latina (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Gráfico 12: Tasas crudas de homicidios según sexo (por 100.000 hab.). Argentina 1990-2008



Fuente: Informe *Mortalidad por armas de fuego en Argentina 1990-2008*. OPS 2010.

Desde el punto de vista de las Ciencias Sociales, podríamos pensar en la teoría durkheimiana, según la cual existiría en este período, una situación de anomia²⁶, esto es, de debilitamiento del lazo social, de las normas, de los valores compartidos y, probablemente, del valor de la vida del otro (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

De esta manera, para ofrecer una serie de datos que puedan ser puestos en diálogo con otros estudios, cabe destacar por ejemplo, los informes anuales sobre la situación de los Derechos Humanos en la Argentina, elaborados por el CELS²⁷, los cuales insisten en la relación entre las crisis socioeconómicas y la violencia institucional. Así, los informes llegaron a la conclusión de un aumento de las muertes provocadas por las fuerzas de seguridad, durante el período crítico de 2001-2002 (CELS, 2008).

Podemos notar, entonces la presencia de indicios empíricos sobre un aumento de violencia institucional y armamentismo civil durante la crisis de 2001 y 2002 (OPS, 2010).

3.4.1.1 Especial referencia a la mortalidad materna e infantil

Dentro del análisis de mortalidad de Argentina, resulta importante destacar el papel de mortalidad materna e infantil durante los años de crisis económica.

Así pues, especialmente en América Latina se encuentran importantes estudios que demuestran la transición de la mortalidad y su relación con el tipo de desarrollo socioeconómico establecido (Behm, 1979; Breilh & Granda, 1984; Chackiel, 1984).

En el estudio de los efectos irreversibles de la crisis económica en los indicadores de salud materna²⁸ e infantil en Argentina, los resultados indican que por cada punto

²⁶ Concretamente según Durkheim la anomia es la falta de normas o incapacidad de la estructura social de proveer a ciertos individuos lo necesario para lograr las metas en la sociedad.

²⁷ Centro de Estudios Legales y Sociales.

²⁸ La tasa de mortalidad materna en Argentina solo puede analizarse a partir de 1980, ya que no se dispone de datos hasta esa fecha.

porcentual de caída del producto per cápita provincial, el 0,5% de la población cae en una situación pobreza extrema, aunque el efecto es mayor (0,8%) entre los menores de 12 años (Guillermo Crucesa, Pablo Glüzmann y Luis Felipe López Calva, 2011).

El análisis realizado por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (DINAMI) y la Dirección de Fiscalización del Ministerio de Salud de la Nación muestra que sobre 676 efectores evaluados, el 77 % atiende menos de 1000 partos al año.

Sin embargo, en estas instituciones se produce sólo 30 % de los nacimientos. Estas madres y sus hijos tienen mucho más riesgo de complicaciones y muerte, ya que la inmensa mayoría de dichas instituciones (más del 60 %) no cumple con las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (quirófano disponible y adecuado, anestesia, sangre segura, traslado y asistencia neonatal inmediata) (Speranza, A., Kurlat, I., 2011).

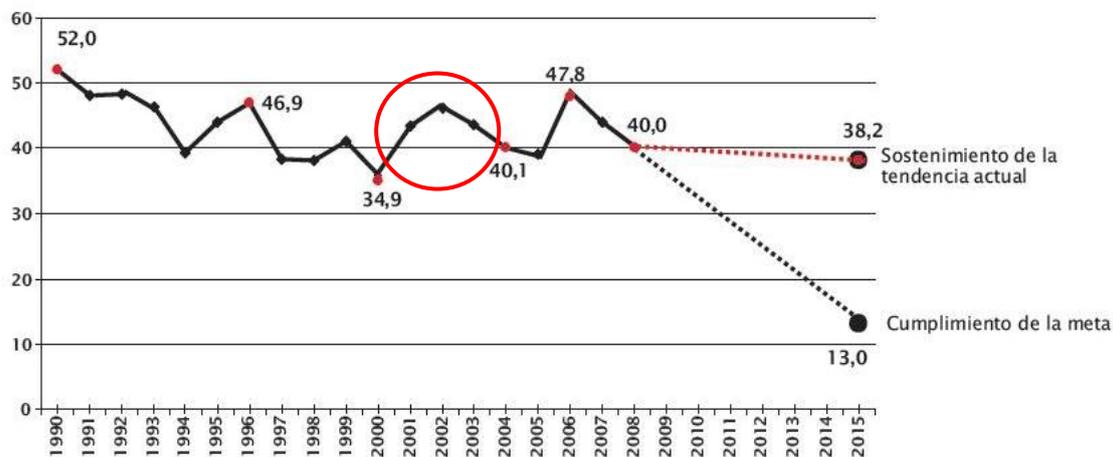
En este sentido, es importante destacar el hecho de que Argentina junto con otros 188 países, suscribió los Objetivos del Milenio (ODM) establecidos en la Cumbre celebrada por Naciones Unidas en septiembre de 2000.

En particular, los objetivos 4 y 5 (Reducir la Mortalidad Infantil y Mejorar la Salud de las Mujeres) requieren que el país reduzca tanto las muertes en el primer año de vida, como las muertes maternas. El estancamiento en el descenso de la mortalidad infantil y la mortalidad materna en Argentina, anteriormente mencionado, obliga a las autoridades sanitarias a desarrollar estrategias que mejoren el cuidado perinatal (Speranza, A., Kurlat, I., 2011).

Según el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de Argentina, la razón de mortalidad materna (RMM)²⁹ en el país resulta alta en relación con otros indicadores de salud reproductiva (Abril, 2010).

²⁹ Definida como el número de muertes maternas en una población dividida por el número de nacidos vivos. Indica el riesgo de muerte materna en relación con el número de nacimientos (OMS, 2007).

Gráfico 13: Tendencia de la RMM por 100.000 NV y meta propuesta para alcanzar el ODM. Argentina. 1990-2015



Fuente: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2010 en base al Ministerio de Salud 2009.

Si bien a lo largo de la década de 1990 ha habido algunos puntos de inflexión en la razón de mortalidad materna argentina, de hecho uno de esos puntos coincide temporalmente con la crisis económica del país, la tendencia general descendió un 23% para el período 1990-2008.

En este sentido, puede llamar la atención el hecho de que, aun habiendo intervenciones costo efectivas fáciles de implementar, el descenso de la RMM no ha sido el esperado por los compromisos asumidos por Argentina.

De esta manera, los datos que maneja el Observatorio en base al Ministerio de Salud indican que para que la Argentina cumpla con la meta propuesta por el ODM 5, la RMM debe llegar a 13x100.000 NV (nacidos vivos) en 2015 con un descenso anual del 5,4% desde 1990 hasta el final del período comprometido. Así, se indica que este ritmo de descenso hubiera significado que la RMM llegara a 19,2x100.000 NV en 2008. Sin embargo, la razón de ese año fue de 40x100.000 NV, poco más del doble.

Por lo que, en el caso de Argentina juegan un papel muy importante las constantes inequidades sociales y la incapacidad de los gobiernos de elaborar programas y políticas que busquen mejorar el acceso a la salud de las madres. De hecho, es partir del año 2004 (posterior al estallido de crisis económica) cuando se comienzan a implementar políticas que comprometan metas en relación a la mortalidad materna³⁰.

³⁰ El Plan Federal de Salud 2004-2007 fue la única política pública de la última década que comprometió metas en favor de la reducción de la mortalidad materna del país.

3.5 Conclusiones

Como se ha analizado en esta parte, con el estallido de la crisis económica y financiera argentina en el año 2001 se observa un leve incremento en la mortalidad debido a enfermedades de tipo cardiovascular y a causas externas (suicidios y homicidios). Este cambio de tendencia en la mortalidad no se distribuyó de manera homogénea en la población, ya que tanto en el caso de enfermedades cardiovasculares como en el caso de causas externas, todo parece indicar que son los hombres los más afectados en comparación con las mujeres.

También en el caso concreto argentino, es importante destacar el análisis de la mortalidad materna e infantil, que también se ha visto afectada, de hecho la razón de mortalidad materna aumentó de cara al año 2001, como consecuencia de la compleja situación económica que vivió el país a comienzos de los años 2000. Y la tendencia que continuó a lo largo de la última década nos hace llegar a la conclusión de que resultará imposible que Argentina cumpla con el compromiso adquirido en el marco de los Objetivos del Milenio en materia de salud materna.

En las siguientes secciones de este trabajo, se estudiarán los diferentes factores que pueden explicar (algunos en mayor y otros en menor medida) este incremento en las tasas de mortalidad del país.

Parte IV

Análisis de los determinantes de la salud y mortalidad

Parte IV Análisis de los determinantes de salud y mortalidad

1 Introducción

Como se ha analizado anteriormente, los últimos años de la década de 1990 y los primeros años de los 2000 coincide con años de intensa recesión económica y crisis social, que se refleja en el aumento de los casos de mortalidad en los hombres debido a enfermedades cardiovasculares y, en especial, por causas externas como los suicidios y los homicidios.

Concretamente se argumentará que ni los cambios en el estilo de vida (tabaco, dieta, alcohol) ni aspectos como el deterioro del sistema sanitario, logran explicar este aumento de la mortalidad por estas causas concretas.

En este sentido, se analizará la incidencia de otros factores explicativos de tipo psicosocial que podrían haber actuado como claves, generando un incremento de los casos de mortalidad a principios de los años 2000.

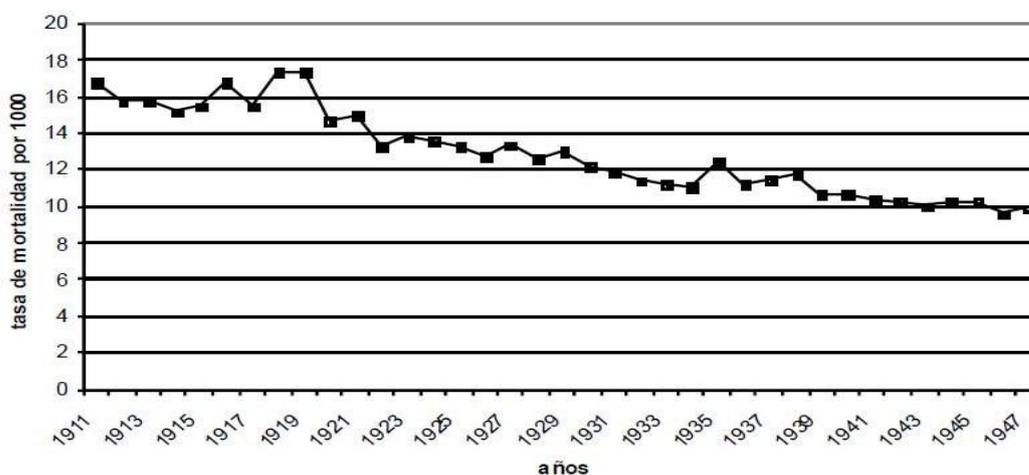
2 Logros y deficiencias del sistema sanitario argentino. Antecedentes y evolución histórica.

En la mayoría de los países el sistema de salud nació para dar respuestas a las amenazas de las epidemias.

Así, el sistema sanitario argentino estaba conformado durante la primera mitad del siglo XX por una multiplicidad de instituciones casi todas de beneficencia y algunos hospitales comunitarios. La función del Estado era subsidiaria y se limitaba a cuidar la higiene pública, controlar epidemias y vigilar la sanidad de fronteras a la vez que se ocupaba de la asistencia frente a contingencias no previstas (Acuña, C. y Chudnovsky, M., 2002).

Desde un punto de vista temporal, se observa en esta primera mitad de siglo un comportamiento en la curva de mortalidad dispar: en los primeros años, la curva de mortalidad general fue alta por la existencia de enfermedades infecciosas endémicas. A partir de 1918³¹, la curva comienza un descenso muy marcado y luego a un ritmo menor³² hasta que se estabiliza con tendencia a la baja hacia mitad de siglo.

Gráfico 14: Tasa bruta de mortalidad en Argentina. Período 1911-1947



³¹ En este año la curva muestra su punto más alto por la incidencia de la pandemia denominada “gripe española” causada por un brote de Influenza Virus A del subtipo N1H1. Es considerada la pandemia más devastadora de la historia humana ya que en solo un año mató entre 50 y 100 millones de personas.

³² Seguramente debido a la expansión de la tuberculosis, que llegó a constituir una de las principales causas de muerte durante el período 1934-1939. En concreto representó un 10,2% del total de muertes.

Fuente: Informe *Historia Epidemiológica de la tuberculosis en la Argentina 1914-1947* (2012) sobre base de datos de Somoza J. La mortalidad en la Argentina entre 1869 y 1960. Centro de Investigaciones Sociales del Instituto Di Tella- Celade. Edit. del Instituto . Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Tablas de vida. Estadísticas del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

A partir de 1945, y con la irrupción del peronismo³³ en la vida política del país, el paradigma cambió significativamente. La idea que predominaba en esta etapa es que la salud es responsabilidad del Estado y, en consecuencia se nacionalizaron todos los establecimientos públicos y se desarrolla una red de cobertura sanitaria a través de centros de atención ambulatoria.

En este período se produjo un importante crecimiento de los servicios públicos. Se instalaron nuevos hospitales y centro médicos ambulatorios, a la vez que se incrementó el número de empleados afectados al Ministerio de Salud Pública.

Sin embargo, tras el gobierno de Perón en 1955 se observa una progresiva desconcentración de los centros de planificación y decisión de los servicios de salud. Por un lado, se realizaron las primeras transferencias jurisdiccionales y por el otro, las denominadas Obras Sociales³⁴ cobraron importancia dentro del entramado de actores relevantes del sistema.

Hacia la década de 1970³⁵ se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud³⁶ que asignaba al Estado la responsabilidad de hacer efectivo el derecho a la salud.

Éste debía actuar como financiador y ser garante económico en la dirección de un sistema único e igualitario. Este seguro permitía la incorporación de provincias,

³³ Movimiento de masas creado alrededor de la figura de Juan Domingo Perón que desde mediados de la década de 1940 forma parte de la vida política argentina, convirtiéndose en portavoz y defensor del movimiento obrero.

³⁴ Los antecedentes históricos del sistema de Obras Sociales en Argentina, se remontan a las sociedades de ayuda y socorros mutuos organizadas espontáneamente por la inmigración europea a mediados del siglo XIX. A pesar del fuerte impulso que recibió esta forma de organización de los servicios médicos durante la década peronista, las Obras Sociales tal como hoy las conocemos no fueron una creación de dicho gobierno. Aunque existe cierta inclinación a relacionarlas, la política de Perón en materia de salud asumió rasgos universalistas – de la mano del ministro de salud Dr. Ramón Carrillo- propias de todo Estado asistencial o de bienestar, centrado su acción –principalmente- en el subsector público.

³⁵ Concretamente 1974

³⁶ Ley 20.748

universidades y del sector privado por medio de convenios. Sin embargo, después del Golpe de Estado de 1976 se agudizó la descentralización, es decir se debilitó el protagonismo del Estado.

Desde entonces el Estado fue transfiriendo sus establecimientos hospitalarios a las provincias y municipios (Ministerio de Salud Argentino).

Posteriormente con la llegada de la democracia, concretamente hacia 1983 el deterioro de los servicios del sistema de salud se veía reforzado por la profunda crisis económica que ya afectaba al país.

El gobierno de Alfonsín intentó recomponer el papel del Estado y se dieron los primeros pasos hacia un Seguro Nacional de Salud.

Siguiendo con este argumento, en la década de 1990 se profundizaron las medidas tendientes a la descentralización y el Estado se fue debilitando hasta casi quedar ausente.

La lógica imperante a partir de ese momento, vino acompañada de una consolidación del modelo ideológico neoliberal, donde el protagonismo pasó al mercado.

En este sentido, el proceso de reforma del sistema de salud en la década de 1990 se inscribe dentro de las llamadas reformas de “segunda generación” impulsadas por el Banco Mundial (1993) y el Banco Interamericano de Desarrollo –de ahora en más BID- (1994) que tras, la primer ola de reformas macroeconómicas en muchos de los países de América Latina, intentaron modificar sus mandatos en una dirección que acentuara la necesidad de la participación de la sociedad civil, de transparencia, de fiscalización en las operaciones y, sobre todo, con el objetivo de asegurar las condiciones político-institucionales y sociales funcionales a la sustentabilidad de las reformas macroeconómicas (Acuña, C. y Chudnovsky, M., 2002).

Entre las reformas del subsector de la salud pública destacan las transformaciones de la modalidad de gestión financiera de los hospitales y la privatización de los servicios de salud³⁷. Por su parte, el sistema de seguridad social comenzó su propia crisis.

³⁷ En este momento el sistema privado se estaba desarrollando progresivamente.

De esta manera, el Estado restringió los recursos dedicados a las políticas sociales, a la vez que el creciente desempleo y precarización laboral profundizaron la demanda al sistema público, el cual también se hallaba colapsado.

En este sentido, la atención médica gratuita se dirigía a los sectores de la población con los ingresos más bajos que no tenían cobertura de seguridad social o seguro privado.

2.1 Estructura del Sistema Sanitario argentino

Podríamos decir que el sistema de salud argentino queda conformado en base a tres subsectores principales: el subsector público, el privado y de seguro social (Obras Sociales).

Así pues, esta heterogeneidad en su composición y su fragmentación hace que los niveles de cobertura y acceso a los sistemas de salud sean muy diferentes para los diferentes sectores de la población.

Tabla 4: Estructura del Sistema de Salud argentino

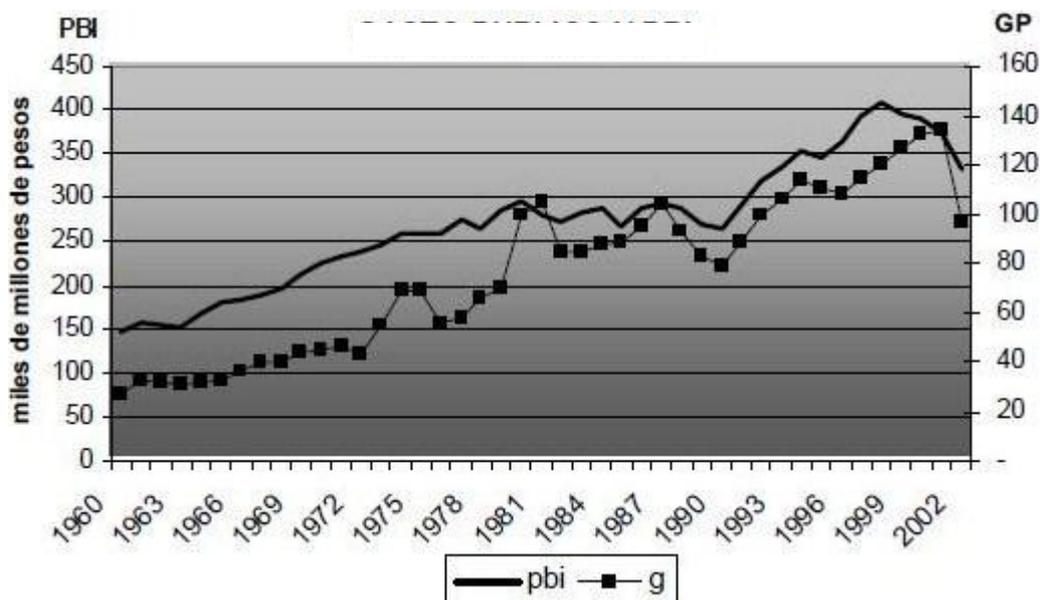
Subsistema	Cobertura	Financiamiento
Público	Universal. Aunque atiende en su mayor parte a los sectores de baja renta.	Ingresos provenientes de impuestos o recursos fiscales Se ejecutan a través de los gobiernos, en los tres niveles jurisdiccionales (Nación, provincias y municipios).
Subsistema del seguro social.	Sectores medios, integrados al mercado formal de trabajo.	Los ingresos provenientes de aportes y contribuciones con base en salarios son transferidos a las Obras Sociales; tanto sean ellas Nacionales, Provinciales, Municipales u otras pertenecientes a Universidades o Cuerpos Legislativos, por ejemplo.
Subsector privado	Los grupos de mayores ingresos, se proveen de servicios a través de la compra directa y voluntaria de los mismos en el mercado o de la contratación de seguros privados.	Gasto privado o gasto de las familias, que está constituido en pagos directos y en cuotas de seguros voluntarios.

Fuente: Informe *El gasto en salud en Argentina y su método*. 2000

Teniendo en cuenta esta heterogeneidad, es lógico pensar que el gasto público en salud en Argentina durante la década de 1990 no se vio especialmente incrementado durante esa etapa. Sin embargo, la tendencia fue creciente a lo largo de esa década, y los cambios en el gasto público en salud se daban de manera cíclica subiendo en tiempos de expansión económica y bajando durante las fases recesivas.

Por lo tanto, la población (especialmente los sectores más vulnerables) recibió un menor apoyo por parte del Estado en los años de recesión y crisis, justo cuando más lo necesitaban (UNICEF, 2006).

Gráfico 15: Gasto público en relación al PIB. Argentina. Evolución 1960-2002

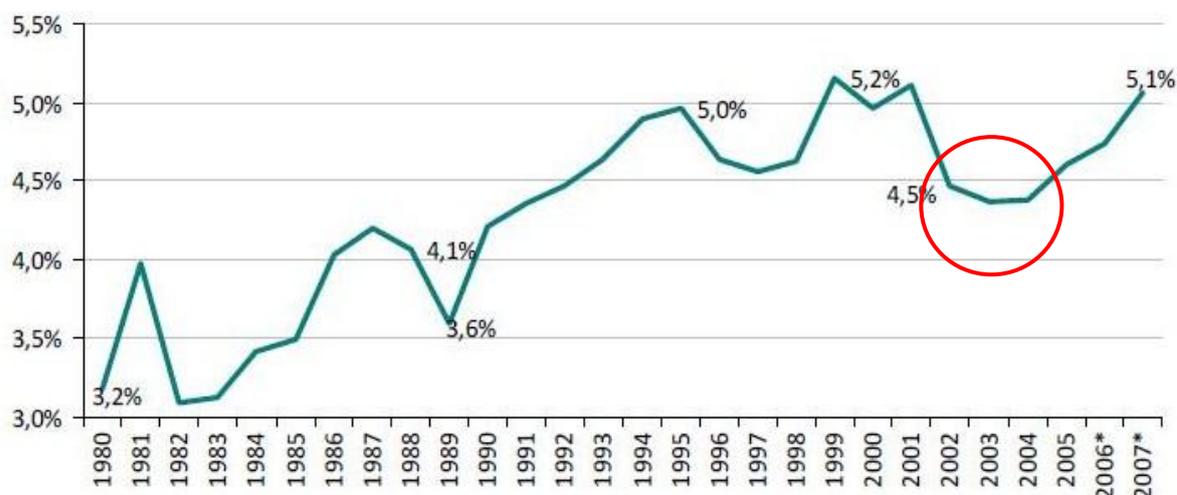


Fuente: Informe *Causas del Crecimiento del gasto público*.

A partir de 1990 y hasta el 2001 el gasto tuvo un fuerte y sostenido crecimiento para decaer abruptamente en el año 2002. El PIB que había mostrado una tendencia similar hasta 1998, comenzó a retroceder antes que lo hiciera el gasto, primero suavemente y luego en forma pronunciada en el 2002.

Concretamente el gasto público en salud en Argentina responde a estas dinámicas cambiantes como resultado de las transformaciones en la economía. De esta manera, con el colapso económico y social del año 2001, el gasto público en salud se vio afectado considerablemente en ese período para luego aumentar progresivamente.

Gráfico 16: Gasto público en Salud como porcentaje del PIB. Argentina. Evolución



Fuente: Informe *Gasto público argentino en Salud. Algunos aspectos salientes de su evolución reciente*. IARAF 2009.

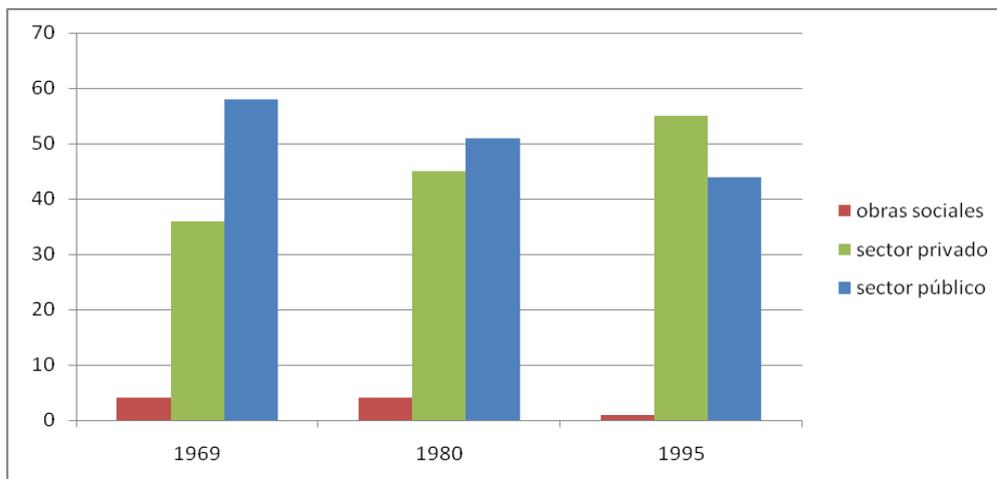
Por su parte, el sector privado³⁸ ha tenido un papel relevante en la conformación del sistema de salud argentino.

Este subsector se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios, los cuales tienen un nivel de ingresos alto (muchas veces cuentan con “doble afiliación”).

Entre 1969 y 1995, la participación de este subsector privado en el total de establecimientos asistenciales del país prácticamente se cuadruplicó. Mientras que a fines de la década de los años sesenta, sus establecimientos representaban un tercio del total nacional, a mediados de los noventa superaban el 50%. (Acuña, C. y Chudnovsky, M., 2002)

³⁸ Bajo la denominación global de empresas de Medicina Prepaga se agrupa un amplio y muy diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos mucho mayor que el de las Obras Sociales.

Gráfico 17: Establecimientos asistenciales según sector. Argentina. Evolución 1969-1980-1995



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Informe *El Sistema de Salud en Argentina*. 2002 sobre la base de Repetto, *et al.* 2001,17.

La debilidad del sistema argentino de salud se da como consecuencia de la progresiva desestructuración y fragmentación del mismo.

Por lo que, resulta difícil poder responder a las demandas y necesidades de salud de los ciudadanos si no existe una coordinación entre los actores que forman parte del sector.

Resulta relevante destacar que con el estallido de la crisis económica y social en el año 2001, la dinámica política de ese momento amenazó la continuidad del Ministerio de Salud y su reemplazo por una coordinación con menor rango que una Secretaría de Estado, así la lógica de intereses y toma de decisiones públicas es incapaz de responder a las prioridades y necesidades de salud.³⁹

Finalmente, cabe destacar el subsector del seguro social también conocido como el de las *obras sociales*.

Como había mencionado anteriormente el sistema de las Obras Sociales se consolida hacia 1970, históricamente el rasgo central de este subsector fue el carácter obligatorio de la adhesión y su organización por rama de actividad (Ministerio de Salud argentino).

³⁹ De hecho, los únicos actores que hicieron un llamado a la cautela y en defensa de resguardar las funciones principales del Ministerio de Salud fueron organismos multilaterales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

Su fuente de financiamiento está constituida por contribuciones de empleados y empleadores, y su importancia se deriva del hecho de que ya en 1997 la mitad de la población contaba con cobertura exclusiva de Obra Social, de hecho, el sistema en general ha girado fundamentalmente alrededor del subsistema de Obras Sociales, que ha sido dependiente de los cambios políticos y del mercado laboral ocurridos en los últimos cuarenta años.

Sin embargo, a pesar de la magnitud de la población cubierta por este subsistema, podemos ver que su peso sobre el total de establecimientos asistenciales en el país es baja (ver Gráfico 17).

Dado que el sistema de salud constituye un elemento fundamental en el bienestar de la sociedad, en su análisis intervienen diferentes factores y recursos. En este contexto, el sector salud en la Argentina ha sido cuestionado en diversos momentos y el nivel de satisfacción que genera en los ciudadanos es bajo.

Autores como Colina, Giordano y Rodríguez Del Pozo (2004) en su análisis acerca del fracaso del sistema de salud argentino, sostienen que las claves que explican el fracaso sanitario argentino están en la organización del sector. En este sentido, las reformas que se introdujeron durante la década de 1990 no generaron los resultados esperados, aumentando la desprotección de los sectores más vulnerables de la población. Asimismo, argumentan que el hospital público al operar como prestador de última instancia resulta incapaz de coordinar los diferentes actores que en él actúan; sufre de las ineficiencias micro-económicas tradicionales del sector público, que se derivan de procedimientos centralizados y burocráticos.

Como observábamos en el Gráfico 14, la evolución de la inversión pública en salud muestra que el porcentaje con respecto al PIB había aumentando de manera sostenida a lo largo de la década de 1990, con un punto de inflexión en el que la tendencia disminuye a partir de 1997 (coincidiendo temporalmente con el comienzo de la recesión de la economía argentina). Con posterioridad al año 2001 es muy difícil evaluar el impacto que tuvo sobre el sector salud la gran caída en el nivel de actividad económica y del nivel de ingresos de la población.

2.2 ¿Es el sistema sanitario la causa que explica la mortalidad argentina?

Al igual que en otros países de su entorno, la cobertura del sistema de salud argentino estuvo a cargo de los subsectores públicos y de los seguros sociales, además del privado. Su conformación actual es el resultado de una evolución que responde a diferentes intentos de reforma⁴⁰.

Si hay algo que caracteriza especialmente al sistema de salud argentino es la falta de integración entre los subsectores, por lo tanto se trata de un sistema muy fragmentado, heterogéneo.

A su vez, es necesaria una mayor coordinación entre los niveles nacional, provincial y municipal dada la estructura federal del país. De hecho, cuando se presentan deficiencias o incluso fracasos en el sistema sanitario buscamos las causas en la restricción presupuestaria y en la falta de recursos, sin tener en cuenta que en otras ocasiones también resulta necesario analizar la forma en que se asignan los recursos, que deriva de las “reglas de juego” bajo las que se estructura y organiza el sistema. Es decir, los problemas no se deben solo a la falta de recursos, en ocasiones se deben también a la forma en que éstos son gestionados.

En este sentido, el complejo funcionamiento del sistema de salud en Argentina no logra explicar el deterioro en determinados indicadores de salud a nivel general en el período 2001-2002. Para esto es necesario analizar otros factores que complementen la argumentación y ayuden a explicar el aumento de la mortalidad en Argentina en ese período.

Aún así, la falta de coordinación en la aplicación de determinadas políticas en el sector, junto a los problemas en la gestión de recursos como consecuencia de la situación de colapso económico del país, sí que podría explicar el aumento de la mortalidad en aquellos grupos más vulnerables: los niños y las madres debido a la imposibilidad para determinar las necesidades reales de estos segmentos de la población, impidiendo una atención sanitaria óptima. Para esto es necesario analizar

⁴⁰ Diferentes intentos de reforma pretendieron dotar al sector de mayores niveles de articulación y coordinación pero sin mayor éxito. Ejemplo de ello es el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en 1974 y las Leyes N° 23.660 y N° 23.661, de 1989, que propusieron la creación del Seguro Nacional de Salud. Durante la década de 1990 se realizaron reformas sectoriales con resultados insatisfactorios en términos de acceso y solidaridad.

otros factores que complementen la argumentación y ayuden a explicar el aumento de la mortalidad en Argentina en ese período.

3 Hábitos y Estilos de vida

3.1 Introducción

En sociología el estilo de vida constituye la manera en la que vive una persona o un grupo de personas, esto puede incluir desde las formas en las que se establecen las relaciones personales, el consumo o la forma de vestir. A su vez, estos estilos de vida pueden reflejar los valores, actitudes y formas de ver el mundo de los individuos. Por tanto, en los estilos de vida y hábitos los individuos utilizan su racionalidad.

Se reconoce que tradicionalmente el concepto de estilo de vida tiene una raíz *weberiana* que concibe a los estilos de vida como “comunidades emocionales”.

Así pues, Marx y Weber las definen como estructuras efímeras, cambiantes, de inscripción local, sin organización y cotidianas (Margulis, M. y Urresti, M., 1996).

Tomando como referencia este punto de vista, el estilo de vida mantiene un vínculo muy estrecho con la vida social, política y económica del individuo. Es decir, aunque los individuos se encuentran en una situación de libertad para adoptar aquellos modos de vida que crean idóneos para su día a día, éstos inevitablemente están influidos por el entorno en el que viven, el cual limita su margen de acción.

Como consecuencia, los hábitos de vida pueden ser considerados como “factores de riesgo del entorno social” (Roura, M, 1996).

3.2 Tabaco

3.2.1 Impacto del tabaco sobre la salud y mortalidad

Hay aproximadamente 1.3 billones de fumadores en el mundo, de los cuales alrededor de 1 billón son hombres (Guindon y Boisclair, 2003). Eso es así aunque existe suficiente evidencia que demuestra la relación causal del tabaquismo con patologías tumorales, cardiovasculares y respiratorias, las cuales ocasionan un número importante y creciente de muertes prematuras.

Además, hay una tendencia creciente a un cambio en la distribución mundial del consumo de tabaco desde países desarrollados a países en desarrollo.

Hoy, alrededor de 80% de las personas que fuman viven en países de ingreso medio o bajo (Conte Grand, M., Perel, P., Pitarque, R. y Sánchez, G., 2003).

3.2.2 Tabaquismo en Argentina

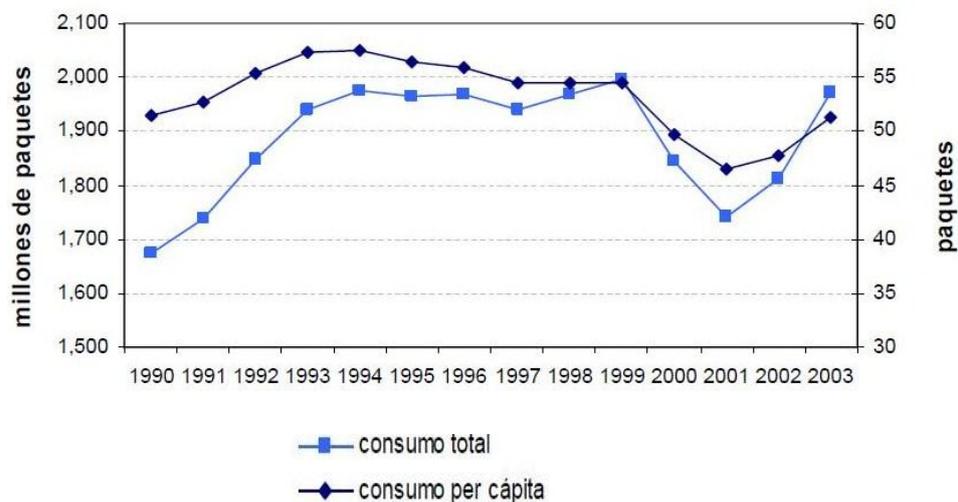
El tabaco demandado ha variado en los últimos años, así desde 1990 hasta 2002 el consumo de cigarrillos en Argentina no fue uniforme aunque se observa una tendencia decreciente, algo característico de los países desarrollados.

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo en las enfermedades crónicas no transmisibles, y en Argentina genera 40.000 muertes anuales (Ferrante, D., Virgolini, M., 2005).

Podemos observar que desde 1990 hasta 1994 presentó un crecimiento del 18%, con una tasa promedio anual del 4%; seguido de un período de estabilidad en el consumo para los años 1995-1999; y finalmente, exhibió una caída para el período 1999-2002 del 3% promedio anual (González, M., 2004)

Por su parte, no sólo las ventas de paquetes de cigarrillos se ven afectadas por la situación de crisis económica que vivió el país durante los primeros años de los 2000. Esta tendencia descendente también se ve reflejada en el consumo de cigarrillos diarios en Argentina, que a su vez disminuye para este período.

Gráfico 18: Consumo de cigarrillos. Argentina. 1990-2003

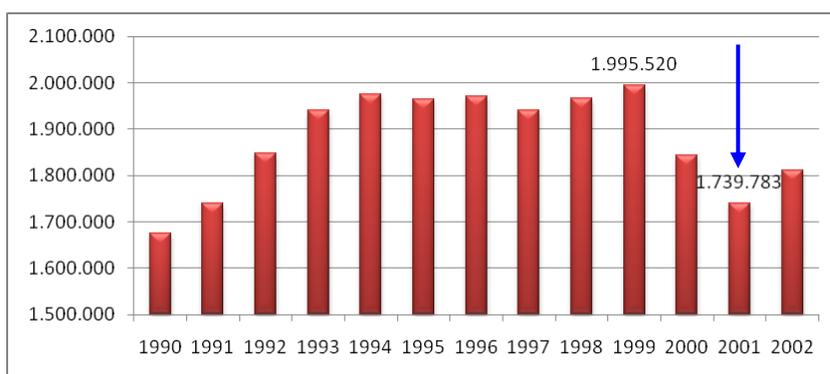


Fuente: González Rozada (2005) en base a datos de la Secretaría de Agricultura, Pesca y Alimentación

Según estudios realizados por la consultora Ipsos-Mora y Araujo⁴¹, pese a esta tendencia decreciente, la población que más consume tabaco se ubica en el rango de edad entre 18 y 44 años.

Con respecto al sexo, los hombres continúan representando el grupo que más consume tabaco por encima de las mujeres⁴².

Gráfico 19: Ventas de paquetes de cigarrillos. Argentina. Evolución.



⁴¹ El consumo de productos derivados del tabaco, Investigación en opinión pública del área metropolitana, septiembre / octubre de 2003, Ipsos- Mora y Araujo.

⁴² Aunque esta brecha entre hombre y mujeres es cada vez menor que en décadas pasadas.

Fuente: Elaboración propia en base a *Informe Análisis de la Economía del Tabaco en Argentina. 1996-2003 (2004)* según Anuarios Estadísticos de la Secretaría de Agricultura. Las ventas están expresadas en miles de paquetes.

Debido al impacto que el tabaquismo tiene en la salud de los argentinos, el Estado debería implementar medidas que puedan minimizar los efectos del consumo de tabaco en la población.

Sin embargo, la tendencia histórica siempre ha sido la de favorecer al sector de la comercialización y producción del tabaco por encima del ámbito de la salud pública. De hecho, muchos proyectos de ley de control de tabaco no han salido adelante, además cabe destacar que Argentina es el único país de Sudamérica que aún no ha ratificado el Convenio Marco para el Control de Tabaco de la Organización Mundial de la Salud⁴³.

Es cierto que ha habido diferentes esfuerzos por parte de los últimos gobiernos de controlar el consumo de tabaco, de hecho se ha sancionado la Ley Nacional de Control de Tabaco nº 26.687, aún así existen algunos puntos dentro de la misma ley que no garantizan el máximo estándar de protección para la salud y que facilitan la interferencia de la industria tabacalera en la implementación de la norma (O'Neill Institute for National and Global Health Law, 2011).

3.2.3 ¿Es el tabaquismo la causa que explica el aumento de la mortalidad argentina?

Pese a la importancia del tabaquismo en la sociedad argentina y su influencia en los indicadores de salud, el consumo del tabaco no explica el aumento de la mortalidad en durante los años 2001 y 2002 en el país. Se estima que en Argentina existen aproximadamente 6.500.000 consumidores de cigarrillos con una tendencia a la baja.

De diversas encuestas realizadas se estima que alrededor de un tercio o más de la población adulta es fumadora, y en este sentido los hombres continúan siendo los mayores consumidores de tabaco en relación a las mujeres. Sin embargo, hemos observado que el consumo de tabaco y sus ventas en el país durante los primeros años

⁴³ Es un tratado basado en pruebas que reafirma el derecho de todas las personas al máximo nivel de salud posible. (entró en vigor en 2005).

de los 2000 ha disminuido y el problema del tabaquismo en los últimos años se ha convertido no sólo en un problema de la población adulta, sino también en un problema de la población más joven.

El Estado argentino debería implementar medidas que impulsen bajar el consumo de tabaco de manera eficaz y poder garantizar el derecho a la salud de todos los sectores de la población.

Por lo que, el tabaquismo no parece ser el principal factor que puede explicar el aumento de la mortalidad durante la crisis económica argentina. Será necesario analizar otros factores explicativos de la mortalidad argentina en ese período concreto.

3.3 Alimentación

3.3.1 Impacto de la dieta en la salud de las personas

Con respecto a este punto, según la OMS una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la *buena salud*. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental y reducir la productividad.

Las condiciones socioeconómicas influyen en la calidad de la dieta, y esto a su vez, puede influir en las desigualdades en la salud (Marmot, M. y Wilkinson, R., 2003).

De esta manera, el consumo de alimentos es uno de los factores más importantes que refleja el poder adquisitivo de las familias, y por ende es un buen indicador del costo social de la crisis económica.

3.3.2 Evolución de los patrones de consumo de alimentos en Argentina

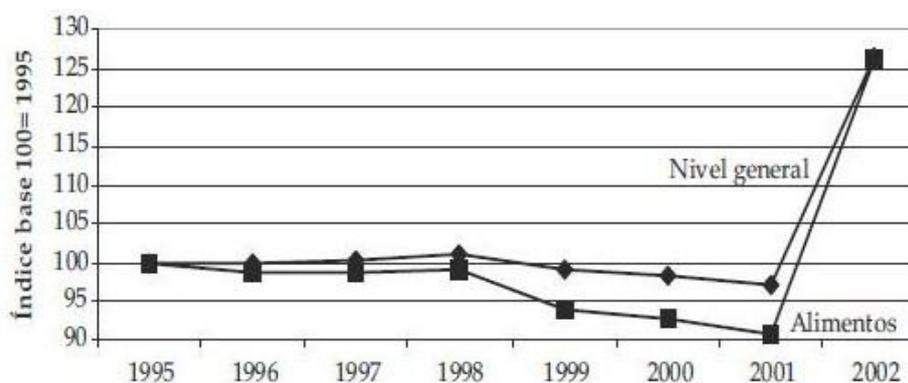
Las variables macro que condicionan la seguridad alimentaria han experimentado un considerable deterioro en los últimos años, llegándose a una crisis grave en el acceso a los alimentos de gran parte de la población a comienzos del 2002 (Calvo, E. y Aguirre, P., 2005)

Podríamos decir que el período 1995-2002 fue uno de los más dramáticos para la seguridad alimentaria⁴⁴ de Argentina. En este sentido, la problemática se centra en el acceso a los alimentos, donde la capacidad de compra de los individuos adquiere un papel fundamental.

Durante los primeros años de la política de convertibilidad⁴⁵ el consumo de alimentos creció como consecuencia de la estabilidad y recomposición del ingreso.

A su vez, en la segunda etapa de 1996-2001 el incremento de los precios se detuvo, lo que ayudó a las familias a mantener su nivel de consumo.

Gráfico 20: Precios de los alimentos en relación al índice de precios. Argentina. 1995-2002



⁴⁴ La seguridad alimentaria entendida como el derecho de todas las personas a tener una alimentación culturalmente y nutricionalmente adecuada y suficiente. De las cinco condiciones a ella asociadas, Argentina cumple con cuatro: suficiencia, estabilidad, autonomía y sustentabilidad. Lo que no está garantizado es la equidad, es decir, que toda la población y sobre todo los más pobres, tengan acceso a una alimentación adecuada y suficiente.

⁴⁵ La Ley de Convertibilidad del Austral de 1991 establecía una relación cambiaria fija entre la moneda nacional y la estadounidense, con el objetivo de controlar la hiperinflación del país.

Fuente: Informe *Crisis de la seguridad alimentaria en la Argentina y estado nutricional en una población vulnerable*. 2005 en base a INDEC. Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentación.

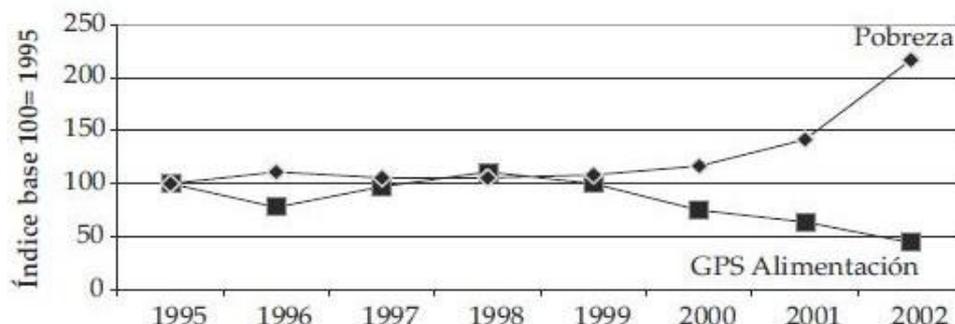
La salida de la convertibilidad en enero de 2002 con una devaluación de 283% (anual), provocó una abrupta subida del nivel general de precios internos, sobre todo alimentación, que alcanzó el 57,9%, provocando una de las caídas más notorias de la historia en el consumo global de alimentos, aún mayor que la registrada durante la hiperinflación (1989). Por su carácter de "comodities" los que más aumentaron su precio fueron los derivados del trigo (harina, pan, fideos), que son justamente los que consumen los más pobres (Calvo, E. y Aguirre, P., 2005).

Argentina es un país cuya disponibilidad alimentaria registrada, según Hojas de Balance (FAO) siempre ha variado entre algo más de 2850 kcal y un poco menos de 3100 kcal por habitante (Britos y Costa, 2007). Por tanto, presenta un patrón de alimentación similar a algunos países desarrollados. Sin embargo, como consecuencia de la situación de crisis económica algunos problemas estructurales como la desnutrición continuaron afectando a los sectores más vulnerables de la población como la infancia.

Frente a esta situación el Estado no era capaz de llevar a cabo acciones que pudieran compensar el incremento significativo de los niveles de pobreza. La línea de pobreza alcanzó en 2002 niveles que no se habían alcanzado antes durante los momentos de hiperinflación en 1989 y 1990.

La pobreza comenzó a aumentar hasta llegar al 35,4% en el fin de la convertibilidad, cifra que se elevó al 54,3% durante el año 2002. Se estimaba que más de la mitad de la población era pobre (18 millones de personas) a la vez que un 22% (7,7 millones de personas) era indigente. Concretamente, entre enero y mayo de 2002 el número de personas que cayeron por debajo de la línea de pobreza aumentó en 3,8 millones, a razón de 762.000 por mes (Teubal y Palmisano, 2013)

Gráfico 21: Gasto público social en alimentación en relación al nivel de pobreza. Argentina. 1995-2002



Fuente: Informe *Crisis de la seguridad alimentaria en la Argentina y estado nutricional en una población vulnerable*. 2005

Durante la crisis, el aumento de los precios, el deterioro de los salarios y, por lo tanto, el crecimiento de la pobreza, agravaron la situación alimentaria.

El incremento de los precios se debió especialmente a la devaluación del peso respecto del dólar que incrementó la competitividad de los sectores dedicados a la producción de alimentos, que en Argentina son los de mayor importancia para el mercado externo, encareciendo los precios locales especialmente de los alimentos.

Teniendo en cuenta que los hogares de menores ingresos orientan gran parte de sus ingresos en alimentos, esto los afectó mayormente (CESNI, 2002)

Según Britos y Costa (2007), algunos estudios con indicadores dietéticos o bioquímicos corroboran el escenario de carencias nutricionales en el país, concretamente en niños menores de 2 años y mujeres en edad fértil, pero con adecuación suficiente de energía. La cuestión está en lo que ellos denominan como monotonía alimentaria, que se traduce en dietas de densidad de nutrientes inferior a la recomendable, acompañada de un exceso en la ingesta de energía; es decir, se consume mucha comida (mucha energía) pero proveniente de alimentos de baja concentración de nutrientes. Por tanto, en muchas ocasiones el problema no es acceder a los alimentos, sino poder llevar a cabo una dieta variada que permita a la población consumir los nutrientes necesarios para el desarrollo óptimo.

En este sentido, es importante destacar que en este contexto se puso en marcha el Programa Nacional de Seguridad Alimentaria⁴⁶ (PNSA) de 2003 también conocido como “El hambre más urgente”, bajo el paradigma de la crisis, el hambre y la desnutrición aunque recuperando la visión de la alimentación en términos de derecho, tal y como el concepto de seguridad alimentaria lo propone⁴⁷.

3.3.3 ¿Es el problema de acceso a los alimentos la causa de la mortalidad en los años de crisis económica argentina?

Observando la evolución de los patrones de acceso a los alimentos de Argentina en las últimas décadas, destaca el hecho de que con el estallido social y económico en el país se vea altamente amenazada la seguridad alimentaria de la población.

La recesión económica no sólo impidió que una parte de la población no pueda acceder a los alimentos, sino que incluso aquellos alimentos que resultan básicos en la dieta como harina, pasta o pan también aumentaron su precio considerablemente impidiendo que resulte más difícil acceder a ellos.

Esta dificultad en el acceso a los alimentos sí que se ve reflejada en los índices de pobreza de la población en ese período concreto, es decir los hogares pobres al dedicar la mayor parte de sus ingresos a adquirir alimentos son muy susceptibles al incremento de sus precios. Es por este motivo que resulta imprescindible una acción integral del Estado para poder hacer frente a este problema que permanecerá después del estallido de la crisis, ya que no sólo es importante la escasez de calorías, sino también la baja calidad nutricional de la alimentación consumida.

Si bien es cierto que una dieta poco equilibrada y variada tiene una repercusión negativa en la salud de las personas (de hecho puede jugar un papel importante en el aumento de las tasas de mortalidad a largo plazo), no podemos sostener que el tipo de

⁴⁶ Ley 27.524

⁴⁷ Catizone (2009) cita a Aguirre (2004) que considera que en Argentina no hay política alimentaria, sino acciones alimentarias que consisten en la entrega directa de alimentos. Una política alimentaria debe abordar la producción, distribución y consumo, ya que si sólo se considera la entrega directa de alimentos a la población, se estaría haciendo hincapié en permitirle a una mayor parte de la población solamente la posibilidad de alcanzar las calorías diarias recomendadas, Es decir, no se tienen en cuenta otros aspectos como la calidad de la alimentación, distribución equitativa de los ingresos y acceso igualitario a los alimentos.

alimentación de los argentinos explica en su totalidad la mortalidad de los hombres adultos jóvenes en el período de crisis económica debido a que esta dificultad en el acceso a los alimentos afectó de manera heterogénea a la población, especialmente a un sector concreto de la población más vulnerable. Por otra parte, en muchos casos la población podía tener acceso a alimentos, aunque éstos no cubran todas las necesidades nutricionales recomendables.

3.4 Alcohol

Anteriormente hemos descartado al consumo de tabaco y a los hábitos de alimentación como posibles causas de la mortalidad durante los primeros años de crisis económica argentina, aún así también resulta importante analizar el consumo de alcohol como factor de riesgo.

Primero analizaremos el impacto del consumo de alcohol en la salud de las personas, también tendremos en cuenta la evolución del consumo de bebidas alcohólicas en Argentina en las últimas décadas y veremos si realmente existe una conexión entre este consumo de alcohol y tasa de mortalidad en el período de crisis económica.

3.4.1 Consumo de alcohol y su impacto en la salud de las personas

El consumo de alcohol en diferentes formas es una práctica muy extendida en el mundo.

En este contexto, hay que distinguir entre el consumo moderado, que es socialmente aceptado y no origina problemas de salud u otras consecuencias indeseables, y el consumo en exceso con efectos devastadores sobre las condiciones de vida y de salud de los individuos y de grupos importantes de población.

En la actualidad el consumo de alcohol se convirtió en un importante problema de salud pública a nivel nacional e internacional. Entre otros, hoy se presentan importantes cambios en la modalidad y patrón de consumo que se manifiestan en una edad de inicio cada vez más temprana (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2011).

Según el Informe Final Multicéntrico de la Organización Panamericana de la Salud (2007) el alcohol constituye un importante factor de riesgo de morbilidad y mortalidad.

En este sentido, los hombres tienen mayores niveles de carga de morbilidad atribuible al alcohol en comparación con las mujeres, lo cual podría deberse principalmente a su perfil de consumo de alcohol tanto en términos de un mayor volumen total como en patrones más nocivos de ingesta, incluyendo ingesta episódica intensa.

3.4.2 Consumo de alcohol en Argentina

El contexto concreto de Argentina nos muestra un escenario diferente a otras regiones o países. Diversos estudios de la Organización Panamericana de la Salud estiman que un 5,4% de todas las muertes en las Américas en 2002 fueron atribuibles al alcohol en comparación con la cifra mundial de 3,7%, es decir, 68% más que el promedio mundial.

Con respecto a la prevalencia de consumo de alcohol en países de América, Argentina se encuentra ubicada en tercer lugar tan sólo por detrás de países como Canadá o Perú.

Históricamente dado el contexto del país, el alcohol en Argentina no ha significado un factor de riesgo relevante en la salud de las personas.

A diferencia de lo ocurrido en otras crisis como la de Rusia a principios de los años noventa, donde el alcohol es un factor importante en la sociedad y su consumo aumentó de manera significativa en ese período y responde a un patrón nórdico dominado por bebidas de fuerte graduación (Roura, M., 1996).

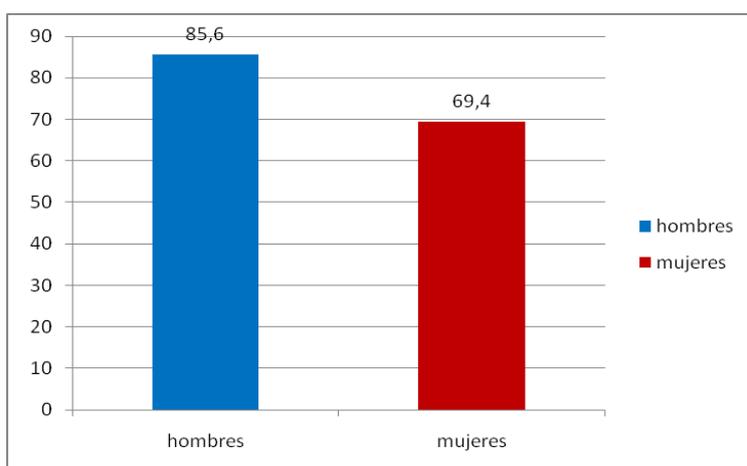
Es importante destacar que en el caso de Argentina el uso de bebidas de fermentación tal como la cerveza, están minimizados al punto que no se los visualiza como alcohol y a la vez, en los últimos años, se ha intensificado el uso de bebidas de alta graduación en forma combinada. Es decir, la bebida más consumida es la cerveza, seguida por otras bebidas como el vino.

Habitualmente diferentes indicadores se han utilizado para evaluar la problemática del alcohol. Así, los indicadores más ampliamente utilizados para los objetivos de la vigilancia epidemiológica han sido los relacionados con el nivel de consumo.

La asociación entre el consumo regular de riesgo y sexo se ha reportado extensamente en la literatura, en especial en países en vías de desarrollo, ya que en los países desarrollados estas diferencias no son tan marcadas.

En el caso de Argentina, la tendencia siempre ha sido la misma, es decir que el menor consumo siempre se visualiza en las mujeres, siendo los hombres quienes consumen en mayor proporción.

Gráfico 22: Prevalencia de Consumo de Alcohol. Argentina. Sexos. Año 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas-ENPreCoSP 2008.

Se observa que la tendencia va en alza, toda vez que, hay una necesidad mayor de espacios no laborales o también de gente sin trabajo, donde el alcohol aparece como un aportante hacia la diversión o un soporte frente a diversas carencias (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2011).

Gráfico 23: Consumo de alcohol registrado. Argentina. Evolución. Adultos 1961-2005 (en litros de alcohol per cápita)



Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Otros aspectos a tener en cuenta en el caso argentino es la prevalencia del consumo de alcohol en población adolescente y joven que en las últimas décadas ha aumentado de manera considerable. Así a principios del 2000, el Estudio Nacional sobre Adicciones señalaba que la edad de iniciación en la bebida alcohólica se situaba en los once años. Aproximadamente el 60 por ciento de los menores de 12 a 15 años había tomado alguna bebida alcohólica y un tercio de esa población lo había hecho en el mes anterior a la encuesta. La modalidad del beber adolescente lo situaba por fuera de la alimentación y de la situación familiar, asociado en cambio al encuentro nocturno y en la calle.

En Argentina, el consumo de sustancias psicoactivas por parte de jóvenes y adolescentes constituye uno de los problemas más graves de salud pública. Este hecho quizás se encuentre favorecido por determinadas características distintivas en este período evolutivo, tales como la búsqueda de autonomía e identidad personal, la necesidad de experimentar sensaciones nuevas y la importancia otorgada por el grupo de iguales (Villacé, M., Fernández, A. y Da Costa Junior, M., 2013)

Munné (2005) en su estudio derivado del proyecto GENACIS (Gender, Alcohol and Culture: An International Study), del cual Argentina formaba parte, recogió opiniones de la población en general en relación con el alcohol y la crisis económica. Sus resultados sostienen la idea de que durante la crisis económica del país gran parte de la población cambió sus hábitos en el consumo de alcohol, por lo que las personas

dejaron o disminuyeron sus salidas a bares, en su lugar prefieren reunirse en casa de amigos. Un gran número de los encuestados también informó que la gente optaba por bebidas alcohólicas de menor calidad y más baratas.

En el estudio las mujeres compartían el argumento de que debido a la difícil situación económica y a la reducción de sus ingresos, optaban por dejar de consumir alcohol. Por su parte, los hombres se inclinaban más por la idea de reducir el consumo de alcohol en bares y establecimientos públicos, y en su lugar optan por consumir bebidas más baratas y de menor calidad. En definitiva, los hallazgos sugieren que la crisis económica en Argentina condujo a cambios importantes en los patrones de consumo de alcohol, los cuales diferían según los roles de género y otras variables demográficas. Sin embargo, estos cambios de hábitos (y a falta de datos estadísticos más concretos y detallados) no se reflejan en la tendencia general del país que muestra que ese consumo de alcohol se mantuvo constante durante ese período, tal y como lo venía haciendo en años anteriores.

Por otro lado, es importante destacar que, a excepción de determinadas leyes, no se había desarrollado una legislación completamente efectiva en el control del consumo de alcohol en Argentina. Concretamente a través de la ley 24.788 de 1997 sobre Lucha contra el Alcoholismo se prohíbe la venta a menores de 18 años, y se crea en 2010 la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, así como también el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, que deberá contar con un consejo asesor de tres áreas de gobierno (Salud, Educación y SEDRONAR^{48,49}).

⁴⁸ Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico que coordina las políticas nacionales de lucha contra las drogas y adicciones, el Decreto 1177/2012 aprobó su nueva estructura organizativa.

⁴⁹ Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Informe de Resultados 2006.

3.4.3 ¿Es el consumo de alcohol responsable de la mortalidad Argentina en el período de crisis económica?

Si bien existen diversos estudios que sugieren que existe una relación entre consumo excesivo de alcohol y mortalidad asociada a esto, en el caso concreto argentino no podemos afirmar que éste sea causa de mortalidad en el período de crisis económica.

Un hecho relevante a tener en cuenta es el aumento del consumo de bebidas alcohólicas cada vez a edades más tempranas, por lo que la población adolescente ha sido el principal foco de atención de las políticas llevadas a cabo en los últimos años para combatir las intoxicaciones por consumo de alcohol. Sin embargo, los daños que causa dicho consumo no explica la mortalidad argentina para el momento de estallido de crisis económica, más bien indica que ante esa situación de inestabilidad económica y pérdida progresiva del nivel de ingresos, la población cambió sus hábitos en el consumo de alcohol, reduciéndolos u optando por otro tipo de bebidas; aunque la tendencia general del consumo de alcohol del país continuó estable y constante para ese período concreto.

3.5 Especial mención a la situación medioambiental

La salud y el medio que nos rodea están íntimamente relacionados y tiene una gran implicación en el bienestar y la salud de las personas. Así, la contaminación atmosférica sigue siendo uno de los principales factores de riesgo para la salud humana. De esta manera, según datos de la Agencia Europea de Medioambiente (2013) en torno al 90% de la población urbana de la Unión Europea está expuesta a concentraciones de algunos de los contaminantes atmosféricos más perjudiciales que la OMS califica como nocivos para la salud. Al mismo tiempo, el Departamento de Salud Pública y Medioambiente de la OMS calcula que un 24% de la carga mundial de morbilidad y un 23% de la mortalidad son atribuibles a factores medioambientales, por lo que logrando reducir estos factores de riesgo sería posible prevenir cerca de una cuarta parte de la carga de morbilidad mundial.

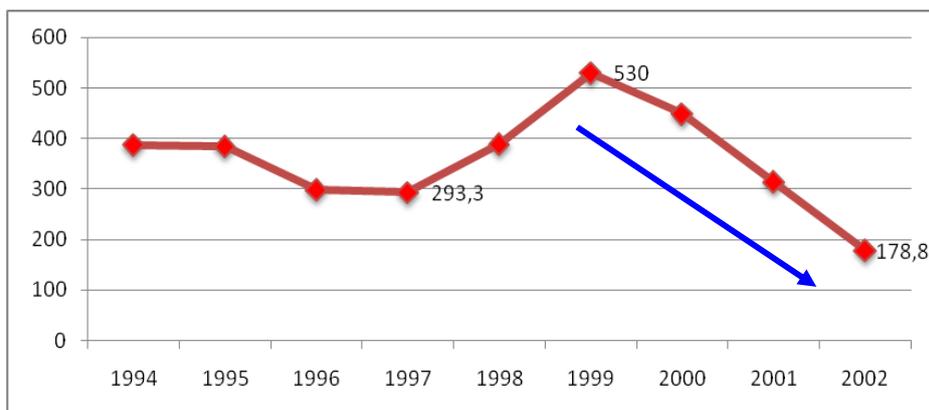
La necesidad de que el Estado incurra en gastos en medio ambiente es reconocida por la teoría económica por razones de eficiencia, pues los problemas ambientales pueden ser vistos como claros casos de “fallas de mercado” (Cetrángolo, O., Chidiak, M., Curcio, J. y Gutman, V., 2004).

A pesar de este reconocimiento, los gastos en materia medioambiental suelen verse afectados por los recortes presupuestarios y ajustes macroeconómicos en situaciones de mala salud económica. En el caso concreto argentino, este hecho se refleja en la evolución del gasto en este sector.

El sector público argentino experimentó un fuerte ajuste nominal de su nivel de gasto primario (excluyendo el destinado al pago de intereses de la deuda) durante el año 2001 (Cetrángolo, O., Chidiak, M., Curcio, J. y Gutman, V., 2004).

Como se observa, teniendo en cuenta el ajuste económico sufrido por Argentina en 2001 y 2002, el gasto público ambiental presenta una reducción de 66,3% en relación con el nivel de gasto del año 1999.

Gráfico 24: Gasto público nacional y provincial en medioambiente⁵⁰. Argentina 1994-2002. Millones de pesos constantes de 2001⁵¹



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Informe “Política y gestión ambiental en Argentina: gasto y financiamiento” (2004) en base a datos del Ministerio de Economía argentino.

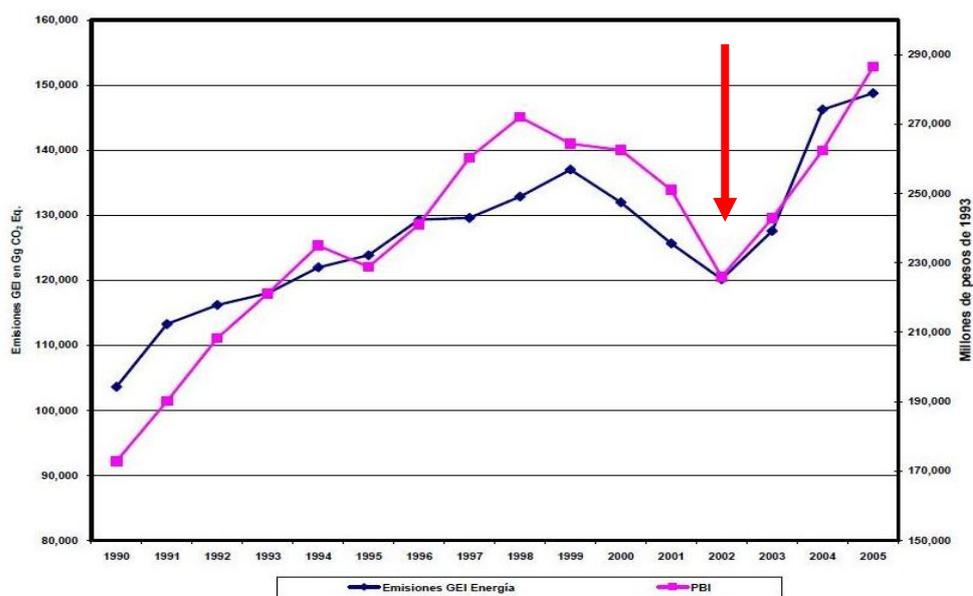
⁵⁰ Gastos corrientes y de inversión.

⁵¹ Deflactado por un índice de precios combinado, compuesto en partes iguales por el índice de precios mayoristas nivel general y el nivel de precios al consumidor.

En la evolución se aprecia un progresivo crecimiento entre el período 1997-1999. Sin embargo, desde 1999 en adelante el gasto se redujo hasta llegar al año 2002 en el que la caída es significativa coincidiendo temporalmente con el colapso de la economía del país. Por su parte, en la evolución histórica de las emisiones de gases de efecto invernadero (GEI) del sector energético de Argentina se observa que en el año 2002 las emisiones disminuyen en términos absolutos de manera muy significativa. De hecho, en ese año las emisiones se encuentran al mismo nivel que las del año 1994.

Asimismo, se aprecia una fuerte correlación entre la evolución del PIB nacional y las emisiones de GEI. Resulta importante destacar que durante período 1990-1999 la tasa de crecimiento del PBI fue superior a la tasa de crecimiento de las emisiones GEI, esto se debió a que durante dicho período los sectores más dinámicos de la economía nacional fueron los vinculados con los servicios y el comercio (los cuales no son grandes consumidores de energía). Por su parte, la recuperación del PBI registrada a partir del año 2003, se ha basado principalmente en sectores productores de bienes, tales como la industria y el sector agropecuario, con lo cual se aprecia que la tasa de crecimiento del PBI, a partir de dicho año, resulta casi equivalente a la observada en las emisiones GEI (Fundación Bariloche, ENDESACemsa, 2008).

Gráfico 25: Evolución de las emisiones GEI del sector energía argentino y el PIB. 1990-2005



Fuente: Informe Fundación BARILOCHE (2008)

3.5.1 ¿Explica la situación medioambiental la mortalidad del país?

Durante los años de crecimiento económico los niveles de generales de gasto público destinado al sector medioambiental se ven incrementados. Sin embargo, en el marco de los ajustes económicos derivados de la difícil situación de la economía del país en el año 2002, el gasto en el sector medioambiental disminuyó a niveles mínimos registrados. De esta manera, se puede observar una correlación entre evolución en las tendencias del PIB argentino y la reducción de las emisiones de gases de efecto invernadero del sector energético en el período analizado que se traduce en reducciones de las emisiones al mismo ritmo de contracción del PIB. Si bien, el entorno medioambiental puede ser un factor de riesgo para la salud de las personas, el hecho de que las emisiones puedan disminuir en el momento de crisis económica, evidencia que no podemos relacionar a priori la mortalidad debido a estas causas a falta de un estudio más detallado y con datos más específicos de este sector.

3.6 Conclusiones

Tal y como se ha analizado en este apartado, aquellas variables relacionadas con el estilo de vida de la población y sus tendencias en los últimos años no explican completamente la mortalidad que aumentó durante el estallido de la crisis económica y social en Argentina en el año 2001.

Las tendencias que se observan en el consumo de tabaco y en sus ventas reflejan una caída importante en el período previo a la crisis, así como también durante el momento más crítico de crisis económica. Por otro lado, si bien cuando analizamos la evolución de los patrones de alimentación y acceso a los alimentos en Argentina vemos claramente que el concepto de seguridad alimentaria se encuentra totalmente amenazado con el incremento de los precios de los alimentos más básicos de la canasta alimentaria, este hecho por sí solo no explica el aumento de mortalidad en la población masculina de edades medias.

Respecto al alcohol, a falta de datos estadísticos más exactos, su consumo no supuso una causa de muerte en sí misma, de hecho la tendencia de consumo se mantiene constante a lo largo de los años previos a la crisis económica. De todas formas es

importante destacar que en la población adolescente cada vez se observa un incremento del consumo de alcohol, lo que podría reflejarse a largo plazo en un problema de salud pública. Por su parte, los datos aportados en materia medioambiental del país no evidencian por sí solos, un aumento de las emisiones contaminantes debido a la situación de recesión económica del país.

En este sentido, como se ha argumentado anteriormente existen otros factores que repercuten sobre la mortalidad a corto plazo que no están relacionados con los hábitos y estilos de vida de la población.

Parte V

Evolución de los componentes de la estructura social: su impacto sobre la salud

Parte V: Evolución de los componentes de la estructura social: su impacto sobre la salud

1. Introducción

Tal y como había analizado anteriormente los determinantes de tipo psicosocial tienen un gran impacto sobre la salud de las personas y las tasas de mortalidad.

En el caso concreto de Argentina determinados componentes de la estructura básica social se vieron afectados. De esta manera, la forma de entender la familia, el papel de la comunidad en la cohesión social, así como también el rol de las empresas en el mercado de trabajo y el estado sufrirán grandes cambios durante el período de crisis social y económica.

En este apartado se estudiará cada componente de la estructura social y su evolución a fin de determinar de qué manera ha influido en el aumento de la mortalidad argentina en ese momento, ya que como veremos existen argumentos para sostener que cada uno de estos componentes juega un papel fundamental en el bienestar de las personas.

2 La Familia en Argentina

Para poder determinar si los cambios en el concepto de familia ha influido de manera notable en la salud de los argentinos, se analizará la evolución de las tendencias en el marco familiar y sus cambios como consecuencia de la crisis a principios de siglo XXI.

En primer lugar, se hará referencia a las evidencias epidemiológicas que asocian los cambios en la estructura familiar a los cambios en la salud de las personas. Posteriormente, veremos la evolución y la crisis de la institución familiar en el país, lo que contribuyó al aumento de las tasas de mortalidad argentina en los primeros años de crisis económica.

2.1 La crisis de la institución familiar y su impacto sobre la salud de las personas

La familia es una institución social anclada en necesidades humanas universales de base biológica: sexualidad, reproducción y subsistencia cotidiana (Jelin, E., 2004)

El rol que desempeña la familia en la determinación de la salud constituye, pues, un tema de vital importancia en un momento de inestabilidad económica debido a que los individuos buscarán un apoyo emocional necesario para superar esa situación.

Así, la desestructuración social genera un descenso del apoyo social que reciben los individuos, tanto de tipo emocional como de tipo práctico o instrumental (Roura, M., 1996).

Existen evidencias empíricas que indican el importante rol de la familia en la salud de los individuos.

Así, *Dingle* y colaboradores en la década de los 60 analizaron familias por un período de tres años para estudiar la incidencia de enfermedades respiratorias y obtuvieron que la incidencia acumulativa de las más comunes de estas enfermedades cambian en función de la intensidad y magnitud de las relaciones familiares. Por otra parte la susceptibilidad al infarto se encontró altamente relacionada con la fragmentación y

desorganización de la familia, definida como situaciones de divorcio, separación, hogares monoparentales (Louro, I., 2003)

Hay quien mantiene la importancia de los efectos del matrimonio y del compromiso normativo sobre las relaciones familiares. Al ofrecer un apoyo legal y normativo a una relación, el matrimonio fomenta mejores relaciones sentimentales y paternales que las ofrecidas por sus alternativas.

En este sentido, esto puede explicar el hecho de que los adultos casados disfruten de relaciones más felices y sanas, y menos violentas que los adultos que cohabitan o son novios (Waite, L. y Gallagher, M., 2000). Igualmente, los padres casados disfrutan de relaciones de más apoyo y menos conflicto en comparación con los padres que cohabitan o que, de alguna otra manera, están asociados sentimentalmente (Carlson, M. y McLanahan, S., 2005).

Otras de las conclusiones de diversos estudios sobre el caso sostienen que los hombres y mujeres casados consumen menos alcohol que los solteros. Una investigación longitudinal confirma que los jóvenes adultos que se casan, especialmente los hombres, tienen tendencia a reducir los niveles de consumo y de abuso del alcohol y de drogas ilegales (Trude, B., 1992).

De cara al tema de las tendencias en mortalidad asociadas a los cambios sufridos en las unidades familiares, es importante destacar que también existen evidencias empíricas que reafirman la relación entre éstos conceptos. Así pues, las personas casadas viven más años que las solteras o divorciadas, de cualquier raza, nivel de ingresos y origen social (Blanchflower, D. y Oswald, A., 2004). En general, se observa que los hombres y mujeres casados gozan de mejor salud que las personas solteras o divorciadas.

Sin embargo, a pesar que se muestra la importancia del rol de la familia como un componente fundamental para el bienestar físico y emocional de las personas, tal y como se afirma en el Informe *El Matrimonio Importa* del Social Trends Institute Nueva York-Barcelona, el matrimonio está en recesión, y así parecen demostrarlo estadísticas de diferentes países en los que crece el número de nacimientos en hogares donde los cónyuges no se encuentran casados y la tendencia continuará en los próximos años.

2.2 El papel de la familia en la sociedad argentina: evolución de indicadores

Dado que Argentina emerge como nación y como estado independiente de España a principios del siglo XIX, hereda de ésta las pautas del catolicismo como parámetro normativo básico.

Es por este motivo, que con el paso del tiempo surgieron conflictos en relación con las normas familiares entre la jerarquía de la iglesia católica y sus aliados civiles, quienes intentaban mantener al sistema legal argentino lo más acorde posible a las visiones sobre la familia sostenidas por la iglesia, por un lado, y los actores sociales liberales y progresistas que buscaban cambios legales, por el otro. (Jelin, E., 2004).

Como se ha analizado en apartados anteriores, las últimas décadas del siglo XX en Argentina se caracterizaron por fuertes vaivenes económicos, crisis políticas y transformaciones en la estructura social, por lo que la familia como institución social no puede mantenerse al margen, ajena a estos procesos. Así, las políticas que lleva a cabo el Estado afectan de manera directa las características de las familias, así como su valoración social y su rol en el conjunto del país.

Los cambios que se van produciendo en el ámbito legal y normativo en este último período del siglo XX, se extienden desde el reconocimiento de los derechos de compañero/as en uniones consensuales (beneficios de salud, derechos a pensiones de viudez, aunque no herencias y otros derechos) hasta la introducción (en la ciudad de Buenos Aires) de uniones civiles del mismo sexo en 2003, a pesar de considerable oposición. Uno de los aspectos más sobresalientes de los regímenes de nupcialidad latinoamericanos es la estabilidad que a lo largo del tiempo ha mostrado el calendario de las primeras uniones. La evidencia empírica aportada por diversos investigadores (Naciones Unidas, 1990; García y Rojas, 2002; Fussell y Palloni, 2004) sugiere la existencia de este patrón, por lo menos durante la segunda mitad del siglo XX.

A diferencia de Estados Unidos que, desde la década de 1960, propiciaba políticas que impulsaran el control de la natalidad para poder hacer frente al crecimiento de la población en la región, Argentina⁵² se oponía a políticas de control de la población.

Sin embargo, muchos consideran esta década como el momento en el que se comenzó a delinear la Argentina moderna y se produjeron importantes cambios, tanto en la vida cotidiana como en las relaciones de género, los cuales están expresados en una creciente participación femenina en los espacios públicos y en modificaciones en los comportamientos concretos de las mujeres en la vida cotidiana, libertad de movimientos y libertad sexual. En síntesis, ellas lograron mayor autonomía (Palermo, A.)

A comienzos de la década de 1970 el país aprueba el decreto presidencial que limita la comercialización de métodos anticonceptivos⁵³, y ya en la década de 1980 comienza a surgir en determinados grupos sociales una nueva forma de entender los comportamientos reproductivos, al tener en cuenta los derechos de las mujeres. En este sentido, Argentina ratificó tratados internacionales concernientes a los derechos humanos de las mujeres, aunque se alineó con el Vaticano en los foros internacionales donde se debatían temas ligados al control poblacional y a los derechos reproductivos.

Desde mediados de la década del 70, Argentina se vio afectada por una crisis económica profunda que se tradujo en una recesión. Esta crisis tuvo efectos diferenciales sobre varones y mujeres. Se produjo a partir de ese momento un aumento del trabajo extradoméstico de las mujeres mientras que por otro lado crecía el desempleo entre los varones, sobre todo jefes de hogar. Las mujeres que más crecieron en su participación en el mercado laboral fueron “las casadas y unidas, en su mayoría cónyuges del jefe de hogar y relativamente más educadas, con niveles medios y sobre todo, alto de educación formal, es decir de los sectores medios y altos de la sociedad” (Wainerman y Geldstein, 1994).

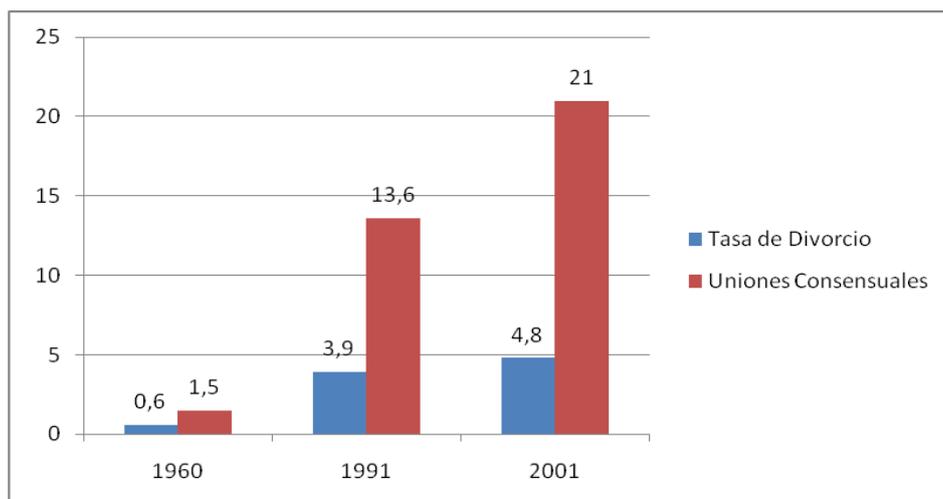
⁵² La derecha nacionalista y católica (con base en consideraciones morales) como la izquierda (con argumentos antiimperialistas) se oponían a este tipo de control de la natalidad.

⁵³ Esta política tuvo un claro efecto en términos de estratificación social: quienes podían pagar los servicios de medicina privada tuvieron acceso a servicios reproductivos especializados y modernos; la/os demás, la/os pobres, se vieron excluidas por los cambios en los servicios públicos de planificación familiar (Jelin, E., 2004)

Cabe destacar que el prototipo de familia argentina que se ha ido conformando con el paso del tiempo hace referencia a un modelo patriarcal⁵⁴ en el que la división del trabajo por género está muy arraigada⁵⁵. Este modelo familiar va evolucionando a la vez que cambian las pautas de formación familiar. Así pues, destaca el aumento notable de las uniones consensuales (uniones de hecho) en todas las regiones del país.

También es importante destacar los nuevos patrones de separación, ya que el aumento en los divorcios y separaciones es un hecho en el país, aunque a un ritmo menor a partir de comienzos de los años 2000, debido entre otras causas al aumento de las uniones de hecho o consensuales que han crecido significativamente en el país en los últimos años.

Gráfico 26: Relación entre Uniones Consensuales y Tasa de Divorcios. Evolución. Argentina



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Estadísticas Vitales 1990, 2000. Ministerio de Salud.

Un estudio reciente que analiza la información de dos ondas de la *World Value Survey* (1983 y 1995) que contienen información sobre valores familiares y miden las actitudes hacia el matrimonio, los hijos, el divorcio y el aborto en la Argentina puede ser ilustrativo al respecto. Entre 1983 y 1995, ha habido un incremento significativo en la

⁵⁴ En este trabajo el concepto de patriarcado hace referencia al modelo de familia en el que los varones tienen preeminencia en uno o varios aspectos de las relaciones familiares.

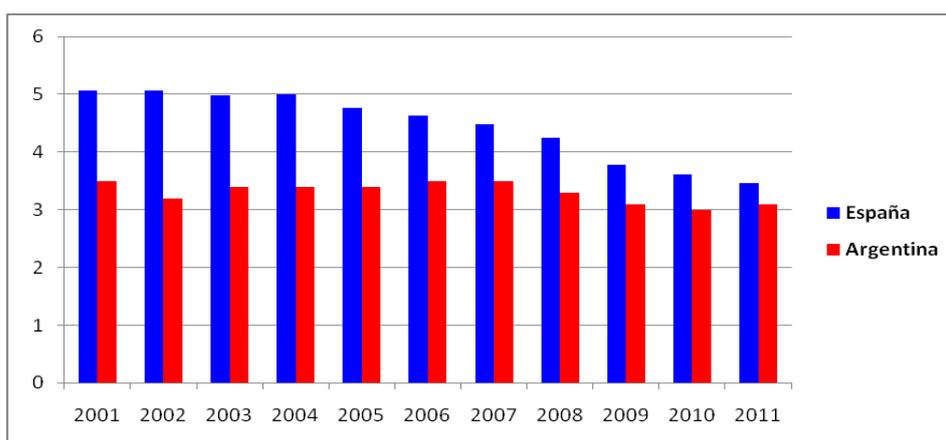
⁵⁵ Aunque en las clases trabajadoras y urbanas las mujeres se ocupaban de otras tareas productivas también.

aceptación del divorcio, con un promedio que subió de 4,3 a 5,5 en una escala de 1 a 10 (Binstock y Cerrutti, 2002).

En otros casos como la transición rusa de principios de 1990 se observó un descenso en la tasa de nupcialidad general como consecuencia del contexto de transición del país.

En el caso de España, las tasas de nupcialidad muestran un claro descenso en los últimos años, a la vez que el número de divorcios aumentó para el período 2006-2007 coincidiendo con la aprobación de la denominada Ley de “Divorcio Express”⁵⁶ para seguir aumentando en los años más difíciles de la crisis económica actual.

Gráfico 27: Relación Tasa de nupcialidad España y Argentina. Evolución. (Por mil hab.)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE y Estadísticas Vitales del DEIS.

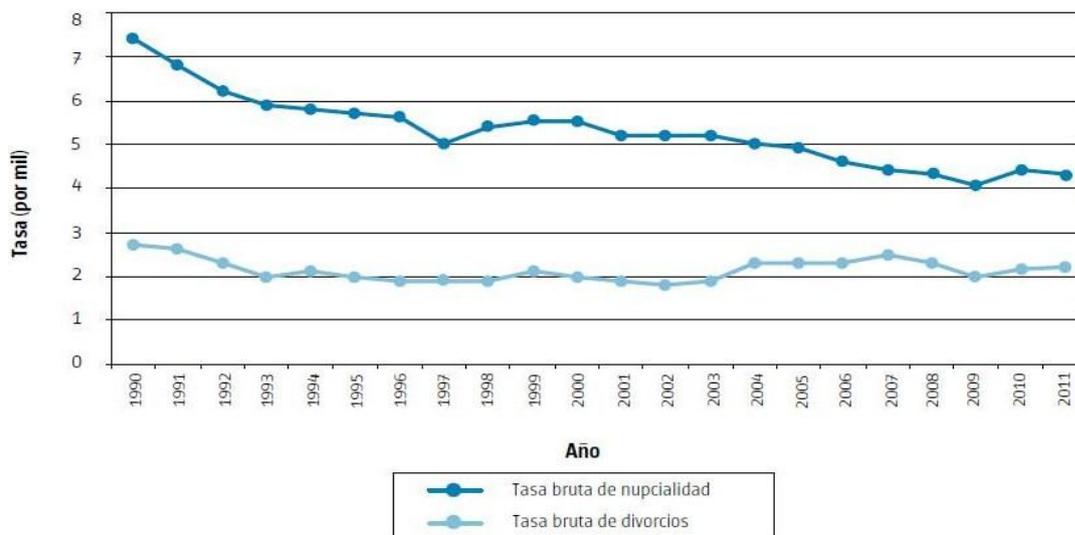
En el caso argentino por el contrario, si bien es cierto que la evolución del divorcio ha mostrado un claro aumento teniendo en cuenta los años 1960, 1991 y 2001; hay que destacar que a partir de comienzos de siglo XXI las tasas de divorcios se mantendrán constantes en el conjunto del país.

En el caso de las tasas de nupcialidad continúan con su tendencia descendente con el valor más bajo en el año 2002. Aun así, no sufren grandes variaciones en el conjunto del país..

⁵⁶ Ley 15/2005 de 8 de julio.

Por ejemplo, este hecho lo vemos claramente en la evolución de estos indicadores en la ciudad de Buenos Aires, en donde se observa una evolución descendente durante el período; en 1990 se registraron 7,4 matrimonios por cada mil personas y en 2011 fueron tan sólo 4,4 por mil.

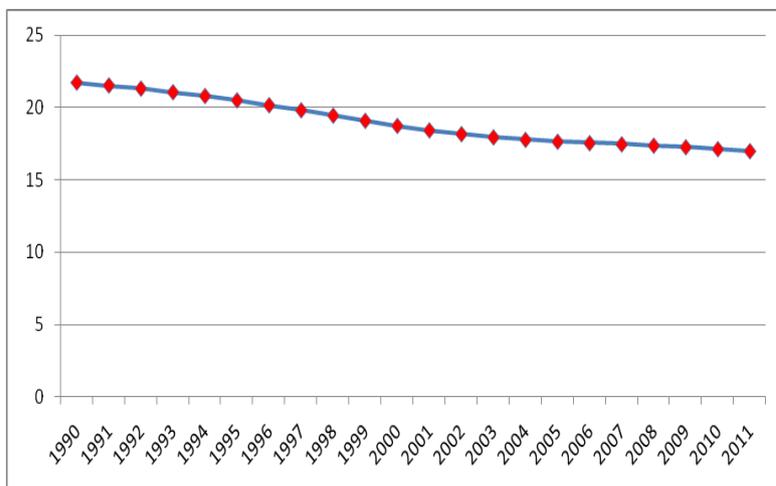
Gráfico 28: Tasa bruta de nupcialidad y Tasa bruta de divorcios. Buenos Aires. 1990-2011



Fuente: Informe *Nupcialidad en la Ciudad de Buenos Aires*, 2012. Informe de Resultados.

Respecto a las tasas de natalidad de Argentina es importante destacar la tendencia descendente en las dos últimas décadas. Durante el estallido de la crisis económica no se observa un cambio brusco de tendencia, por el contrario ésta se mantiene constante.

Gráfico 29: Tasa de Natalidad. Argentina. 1990-2011 (Por mil hab.)



Fuente: Elaboración propia en base a Datos de DEIS Estadísticas Vitales.

También destaca en el caso argentino la progresiva disminución de la fecundidad, incluso esta disminución se produjo a pesar de políticas llevadas a cabo por el estado de control de población. Quizás se pueda dar un indicio del predominio de un tipo ideal de familia pequeña por los resultados de un estudio longitudinal en profundidad de un grupo pequeño de familias llevado a cabo en los años ochenta (Jelin y Feijoo, 1980; Ramos 1984; Llovet 1984). En ese estudio, Ramos siguió la historia reproductiva de varias mujeres de bajos recursos. Sus historias de vida indican que, en todos los casos de nacimiento de un tercer hijo, el embarazo no fue planeado y la mujer consideró practicar un aborto pero "fracasó" en concretarlo (Jelin, E., 2004)

Es este sentido, es importante hacer referencia al hecho de que el aumento en el nivel educacional de las mujeres también puede constituir un factor que influye muy significativamente en los cambios en las tendencias de natalidad y fecundidad en las últimas décadas en Argentina⁵⁷, al igual que otros países latinoamericanos.

2.3 Conclusiones

Como institución social basada en necesidades humanas biológicas, el modelo familiar argentino no se mantuvo ajeno a las transformaciones y cambios en la estructura de la sociedad. Con el paso del tiempo se produce una desestructuración de la institución familiar en sí misma, es decir la forma de concebir la familia y entender sus procesos internos cambia y surgen nuevos modelos o tipos de familia cada vez más aceptados en la sociedad.

Sin embargo, estos cambios y procesos no se ven reflejados en los indicadores que analizan las tendencias en las familias argentinas. De esta manera, indicadores como la natalidad y fecundidad continúan con la tendencia descendente, a la vez que lo hacen las tendencias de nupcialidad y divorcios en el país. Seguramente estos descensos notables pueden ser un reflejo de nuevas formas de entender las relaciones familiares tal y como se observa en el aumento de las uniones de hecho o

⁵⁷ Aunque aún sigue habiendo un alto nivel de maternidad en población adolescente en Argentina.

consensuales para el año 2001 en las que el matrimonio convencional no resulta relevante.

Teniendo en cuenta estos datos, las tendencias y cambios en el modelo familiar argentino no parecen haber sufrido grandes transformaciones. La situación de incertidumbre y desorganización en Argentina a comienzos de los años 2000, lejos de debilitar los pilares de apoyo y contención en el seno de las familias, el comportamiento de éstas parece continuar con su tendencia previa. Cuando la situación de crisis económica y social resulta una constante a través del tiempo, las familias pueden haber reforzado sus vínculos mutuos, favoreciendo una mayor solidaridad intrafamiliar. Es más, la situación de inestabilidad general pudo haber favorecido la cooperación intergeneracional de las familias ante la desconfianza derivada de esta situación

3 Empresas

Pese a que la desestructuración y crisis del modelo familiar argentino no parece tan evidente, otro de los pilares fundamentales de la sociedad lo constituye la situación del entramado empresarial y mercado laboral, fundamentales para garantizar condiciones de trabajo que permitan a los individuos realizarse y crecer personalmente.

Por lo que, un deterioro en la situación de las empresas y el debilitamiento de las condiciones de acceso al mercado laboral, pueden influir negativamente en la salud de las personas y repercutir sobre las tasas de mortalidad de una población.

3.1 La situación de las empresas, mercado laboral y su impacto sobre la salud

Las empresas llevan a cabo funciones tan básicas en la sociedad como proveedoras de empleo y determinación de las condiciones laborales, la desestructuración de estas funciones repercuten en la salud de las personas y el nivel de estrés en ellas.

Desde hace tiempo existe el conocimiento de que hay una relación negativa entre el desempleo y la salud y esta relación está sustentada en una numerosa bibliografía científica (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2012)

En este sentido, los mecanismos más comunes que se reflejan en la salud de las personas tienen que ver, por un lado con la privación económica que sufren los individuos y que conlleva situaciones tales como peor alimentación y peores condiciones de vida. Por otro lado, destacan el estrés como una secuela inevitable de la falta de empleo, así como también la importancia de la existencia de trabajo para que las personas puedan sentir que forman parte de un ambiente de trabajo, en el que el compañerismo y el apoyo resultan fundamentales.

Siguiendo con estos argumentos, existen bastantes publicaciones que relacionan desempleo y aumento de mortalidad general, así se ha señalado que el riesgo de morir por cualquier causa se incrementa en un 63% en los desempleados de EEUU (Roelfs, 2011)

La relación entre desempleo y aumento de los suicidios está bien establecida hace tiempo. El desempleo aparece como uno de los factores de riesgo de suicidio en un amplio estudio a nivel mundial (Borges, G., 2010). Un estudio reciente señala que el aumento del 3% de desempleo en Europa iría aparejado con un aumento del 4,45% de muertes por suicidio (Stuckler, D., 2009) y los datos de la realidad parecen confirmar estas hipótesis, así se ha señalado que en Grecia entre 2007 y 2009 el número de suicidios se incrementó en un 17% y entre 2010 y 2011 en un 40% (Economou, M., 2011)

Por otro lado, respecto a la mortalidad cardiovascular también se ve incrementada en los desempleados, se ha calculado que el incremento sería de 1,82 veces sobre los empleados (IC 95% 1,29-2,45) y que el desempleo provocaría en Europa 5,4 muertes

por cada 100.000 habitantes por cada 1% de incremento del paro. Asimismo se ha referido un aumento de la hipertensión arterial y de la hipercolesteremia entre los desempleados (Stuckler, D., 2009).

Por lo que, el papel que juegan las empresas como generadoras de trabajo en la sociedad es indiscutiblemente relevante y los cambios producidos en el mercado laboral se traducen de manera directa en los cambios de los patrones de salud de la población.

3.2 Cambios en el mercado laboral argentino. Tendencias e indicadores

Durante los años '90 se produjeron grandes transformaciones en la estructura ocupacional como efecto de la reorientación de las políticas estatales y de la implementación de distintas estrategias empresarias.

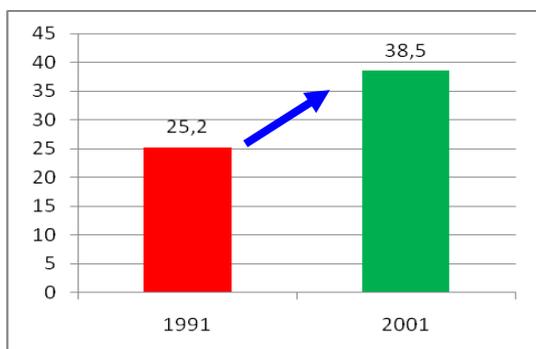
Las reformas estructurales implementadas supusieron un nuevo campo de acción para las distintas fuerzas sociales, a favor de los sectores más concentrados del capital (Marticorena, C., 2008)

Si analizamos las características del mercado laboral durante ese período observamos que las pequeñas y medianas empresas sufrieron un proceso de reorientación y cierre hacia actividades de comercialización o distribución debido a la apertura comercial en ese momento.

En este contexto, las principales transformaciones en la estructura ocupacional se caracterizan tanto por una marcada heterogeneidad y fragmentación de los trabajadores como por un proceso de descalificación y proletarización de los sectores medios (Marticorena, C., 2008).

Es preciso agregar que el mencionado proceso de fragmentación y heterogeneidad se produce incluso al interior de una misma empresa, entre trabajadores estables y contratados, reconocidos y "en negro", sindicalizados y no sindicalizados, situación que es acompañada con mecanismos de estratificación salarial.

Gráfico 30: Trabajadores en “negro” como porcentaje de los trabajadores asalariados.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Informe *Precariedad laboral y caída salarial. El mercado de trabajo en la Argentina post convertibilidad, 2008*.

Además la terciarización –externa e interna- de partes del proceso productivo o subcontratación de servicios antes integrados en una misma empresa permitió a las grandes empresas bajar sus costos y regular la contratación de ciertos servicios o procesos en función de la demanda, reduciendo el plantel de trabajadores y precarizando las condiciones de trabajo en las empresas subcontratistas.

Así, al finalizar la década de 1990 la precarización de las condiciones de trabajo, el creciente desempleo, dentro de un ciclo de recesión económica constituyeron las bases del estallido económico de principios del siglo XXI.

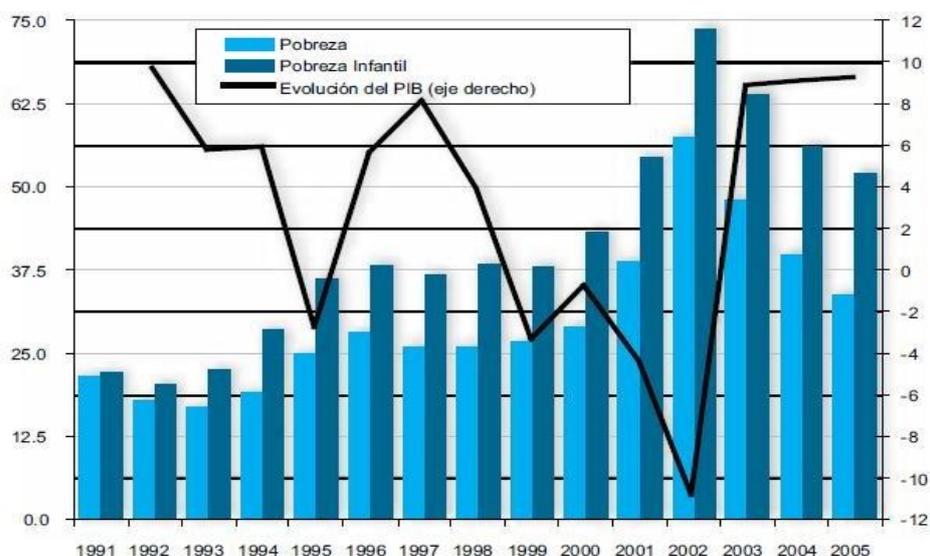
El año 2001 se caracterizó por una gran turbulencia económica, política y social que provocó la caída del gobierno. El índice de desocupación, que desde la segunda presidencia de Menem en 1995 venía en ascenso, llegó en octubre de 2001 a 18,3%, sin que el gobierno encontrara ya apoyo en ningún sector de la sociedad para las medidas económicas y sociales que anunciaba (OMS Argentina, 2003).

Así, el aumento sostenido de la tasa de desempleo que se triplicó pasando de representar 6,3% en 1992 a 18,3% en 2001, y superando el 21% en la eclosión de la crisis económica, va unido a la creciente inseguridad laboral, ya que la porción de la población con derecho a jubilaciones se redujo de 71% en 1992 a 56% diez años más tarde, y la cobertura del seguro médico cayó de 68% a 55% en ese mismo período (CEPAL y UNICEF, 2006).

La progresiva precarización del mercado laboral afectó negativamente a la población, hecho que se refleja en los indicadores de pobreza alcanzados en el período de crisis económica y social. Esta creciente pobreza generó en todo el país una enorme presión de los sectores sociales más desfavorecidos en demanda de atención inmediata.

En este contexto, para poder hacer frente a los efectos de la crisis el Estado sancionó el decreto 165/02 donde declaró la “Emergencia Ocupacional Nacional” y creó un programa de subsidios para los jefes y jefas de hogar.⁵⁸

Gráfico 31: Pobreza y Crecimiento económico en Argentina.



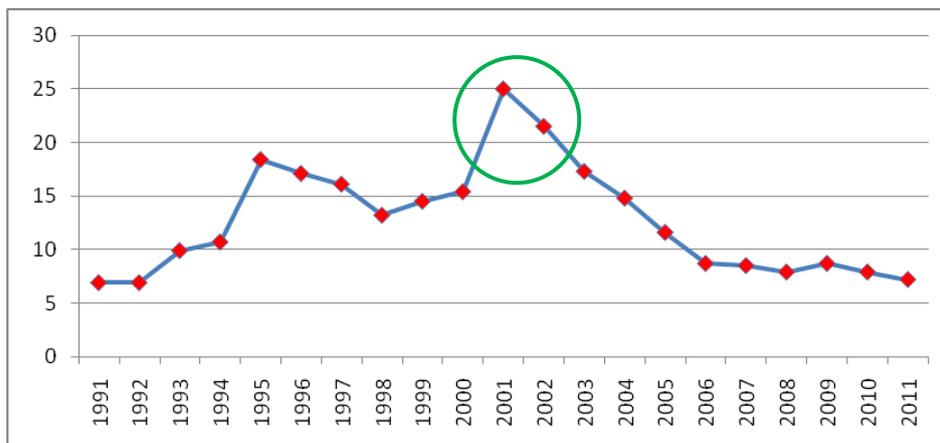
Fuente: Informe *Efecto de la crisis en Argentina*. UNICEF Y CEPAL. 2006. En base a Estimaciones de UNICEF en base a datos de la Encuesta Permanente de Hogares (INDEC) y de la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales.

Esta situación de precariedad laboral repercute en la salud de las personas, por lo que el desempleo es uno de los riesgos sociales más graves porque tiene efectos desestabilizadores y destructores para quienes los sufren.

El desempleado pierde la capacidad de control sobre su propia vida, su libertad de elección desaparece y se siente cada vez más a merced de los acontecimientos externos, por ello tiende a perder las esperanzas, la confianza en la ayuda y a deprimirse (Burijovich, J., y Sandomirsky, M., 1998).

⁵⁸ Por el decreto 165/02 y su complementario 565/02, el Poder Ejecutivo, con intervención de los ministerios de Desarrollo Social y de Trabajo, otorga subsidios de 150 pesos (unos 50 dólares) a todo jefe y jefa de hogar desempleado, a los desocupados jóvenes y a los mayores de 60 años que no perciban prestaciones previsionales. A comienzos de marzo de 2003, según fuentes oficiales, estos subsidios beneficiaban a dos millones de personas en todo el país.

Gráfico 32: Tasa de Desempleo. Argentina. Evolución.



Fuente: Elaboración propia en base a datos INDEC.

La erosión casi ininterrumpida de los ingresos reales es otro aspecto del mismo desarrollo. Entre 1992 y 1996 se registró una reducción del ingreso real de 7,1%. A partir de 1998 los hogares perdieron un 13% adicional de sus ingresos reales hasta 2001, a lo que se suma un 30% más durante la crisis que marcó el fin de la convertibilidad. A su vez, el debilitamiento de las condiciones laborales hace que la jornada laboral extienda su duración, hecho que puede influir en la salud de los trabajadores aumentando su estrés y cansancio.

En este sentido, el incremento en las horas trabajadas y el menor dinamismo en la incorporación de trabajadores puede observarse para distintos sectores de la economía (Marticorena, C., 2008).

A diferencia del contexto de crisis europeo actual, en el que la jornada laboral se ha reducido una media de 0,7 horas entre 2008 y 2009 pasando de 41 horas semanales a 40,3 horas semanales, en el caso argentino podemos observar que el índice de horas trabajadas aumenta considerablemente en 2002, que demuestra la extensión de la jornada laboral para los trabajadores⁵⁹. Dicho índice nos indica también que las horas trabajadas comenzaron a disminuir a partir del año 2004.

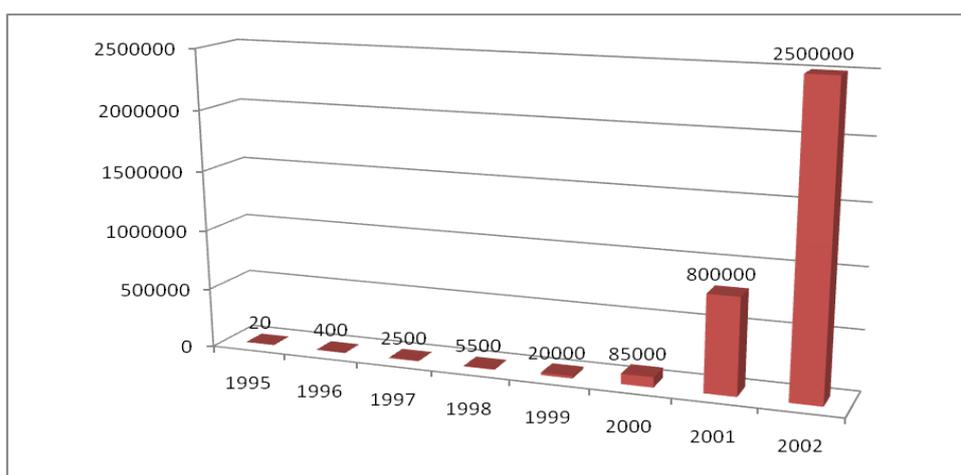
⁵⁹ También demuestra una mayor explotación de la fuerza de trabajo ocupada.

La mayor parte de los empleos perdidos correspondían a la economía formal y eran relativamente estables, con mayor productividad relativa y también con mejores salarios.

Fueron reemplazados por ocupaciones de menor calidad, principalmente en el sector de servicios o bien por el autoempleo. La caída de los ingresos familiares hizo que una cantidad muy numerosa de personas busque un segundo empleo con la intención de mejorar su ingreso o, en muchos casos, de compensar el vacío causado por la desocupación del jefe de hogar (proporción que pasó de 27% en 1991 a 35% del total de los desocupados en el año 2000). (OMS Argentina, 2006)

En este contexto de crisis económica de principios de siglo XXI y ante el debilitamiento del entramado empresarial argentino, resulta importante destacar el papel que han tenido nuevas formas de trabajo que surgieron como respuesta a esta situación de inestabilidad. Durante 2002 florecieron espontáneamente los mercados de trueque, que funcionan por lo común en espacios abiertos⁶⁰. Podríamos decir que esta nueva modalidad de intercambio mitigó de alguna forma la falta de recursos para poder acceder a los alimentos o productos básicos.

Gráfico 33: Número de personas afiliadas al sistema del trueque. Evolución. Argentina.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Ovalles (2002) Centro de Estudios para la Nueva Mayoría.

⁶⁰ Según fuentes periodísticas, en esta modalidad de intercambio llegaron a participar más de 6 millones de personas en unos 8000 nodos o “clubes de trueque” en los momentos más agudos de la crisis.

Así pues, ante la imposibilidad de poder acceder a un mercado de empleo en donde desarrollar las capacidades como trabajador, resulta lógico pensar que esta situación puede repercutir de manera negativa en la salud de los trabajadores argentinos, ya que ciertos estudios muestran que la situación de desempleo o subempleo debilita la integración social, facilitando el aislamiento.

3.3 Conclusiones

Como hemos podido comprobar las empresas constituyen uno de los pilares fundamentales en la estructura social del país. En este sentido, su importancia viene dada por su rol de proveedora de trabajo a los individuos. Dicho trabajo inserta a cada persona en una red social en la que integrarse y cohesionarse, a la vez que el trabajo genera un lugar de pertenencia y es fuente de identificaciones.

Las evidencias empíricas muestran que los individuos que están desempleados o trabajan bajo condiciones laborales inadecuadas tienen mayor probabilidad de presentar malestar psicológico que quienes tienen empleos estables.

En Argentina, el papel de las empresas comenzó a deteriorarse a comienzos de la década de 1990 con las crecientes privatizaciones y la flexibilización de los mercados laborales. Como consecuencia de esto y con el estallido de la crisis económica de 2001 el desempleo aumentó de manera significativa y las condiciones de trabajo sufrieron grandes transformaciones, a la vez que aumentó el índice de pobreza del país de forma considerable. Este hecho puede explicar el deterioro de la salud de la población en edad de trabajar que se reflejan en las tasas de mortalidad.

4 Comunidad

Junto con la leve desestructuración del modelo familiar y los cambios producidos en el mercado laboral argentino como consecuencia de la situación de crisis económica, es importante destacar también las transformaciones que tuvieron lugar dentro del seno de la comunidad. Así, el debilitamiento de los vínculos de cohesión social derivó en la existencia de pesimismo generalizado en la sociedad e incertidumbre sobre el futuro.

De esta manera, después de analizar la importancia de los lazos de la comunidad para la salud de las personas, se hará referencia a las características de la sociedad argentina en el momento de crisis que vivió el país en 2001.

4.1 La cohesión social como determinante de salud

La importancia de las relaciones que se establecen dentro de una sociedad también se refleja en la salud de las personas. De hecho son varias las evidencias empíricas que demuestran el papel que tiene la cohesión social dentro de una sociedad, y de qué manera dicha cohesión se refleja en el acceso a los derechos fundamentales y empleo, así como también ayuda a desempeñar un rol en la sociedad.

Las sociedades más cohesionadas, con mayor sentido de pertenencia y solidaridad entre los diferentes grupos hacen más factible avanzar en la concertación de pactos entre diversos agentes que se sienten parte de una comunidad política, para sustentar políticas de largo plazo cuyo objetivo es igualar oportunidades y otorgarle una proyección más estratégica al desarrollo. Para esos efectos, los actores deben sentirse parte del todo y con disposición de ceder en sus intereses personales a fin de favorecer al conjunto (CEPAL, 2008)

Dentro del entramado de las redes sociales, Michael Marmot distingue entre el número y la frecuencia de los contactos y la “densidad”⁶¹ de dichas redes sociales. Así, el hecho de poder medir las relaciones sociales nos permitirá conocer hasta qué punto

⁶¹ Marmot describe la densidad de la red social haciendo referencia a la frecuencia de contacto que existe entre cada miembro de la red, esto nos daría evidencias acerca de cuan integrados están sus miembros.

existe una auténtica integración social, o si el individuo se siente realmente parte de la comunidad.

Como se ha indicado anteriormente, las evidencias sugieren que el apoyo social repercute en la salud mental y física de las personas, y esto se refleja en los indicadores de mortalidad de las sociedades.

En este sentido, el estudio de Alameda County Study tuvo en cuenta para la construcción del índice de relaciones sociales diferentes variables como el estado marital de los individuos, número de contactos con amigos, etc. Los resultados fueron evidentes, aquellos que tenían unas relaciones sociales débiles o escasas, tenían mayores probabilidades de mortalidad (Marmot y Wilkinson, 2006 basado en Berkman y Syme, 1979).

Para poder analizar más detalladamente la importancia de la cohesión social en la sociedad argentina es importante estudiar indicadores como la criminalidad, las tendencias en la movilidad social del país y el sentimiento de incertidumbre o pesimismo asociado a la situación de crisis.

4.2 La cohesión social en Argentina durante la crisis de 2001: indicadores y tendencias

4.2.1 Criminalidad

Diversos estudios buscan ahondar en las causas de la criminalidad o delincuencia desde diferentes ámbitos. En ellos, entre los factores económicos que pueden incentivar el comportamiento de determinadas personas a delinquir se encuentran: el crecimiento económico o la desigualdad.

Con respecto al primero de ellos, autores como Fajnzylber (1998) sostienen que el impacto de un 1% en el crecimiento del PIB está asociado con una caída del 8% en la tasa de homicidios, es decir que existe una relación directa entre crecimiento económico y criminalidad.

Desde el punto de vista de la desigualdad Fajnzylber (1998, 1999, 2000) halló una relación significativa entre desigualdad en la distribución de ingresos y mayores

niveles de criminalidad. A su vez, se reconoce una relación positiva entre el desempleo y la delincuencia.

Este mecanismo se daría a través de la ausencia de oportunidades de empleo legal que impulsaría a muchas personas (sobre todo a hombres jóvenes) a dedicarse a actividades ilegales que les reportarían mayores ganancias. El desempleo refleja el costo de oportunidad de las actividades ilegales, por lo que incentivaría a los individuos a cometer delitos (Obando, N., y Ruiz, C., 2007)

Sin embargo, esta relación no ha sido demostrada empíricamente por todos los estudios revisados. Por ejemplo, en Fuentes (2006) la relación del desempleo tendría un impacto mínimo en la reducción de la tendencia creciente de la delincuencia. A la vez que, Rodríguez (2003) no halló tal relación en el estudio de variables instrumentales.

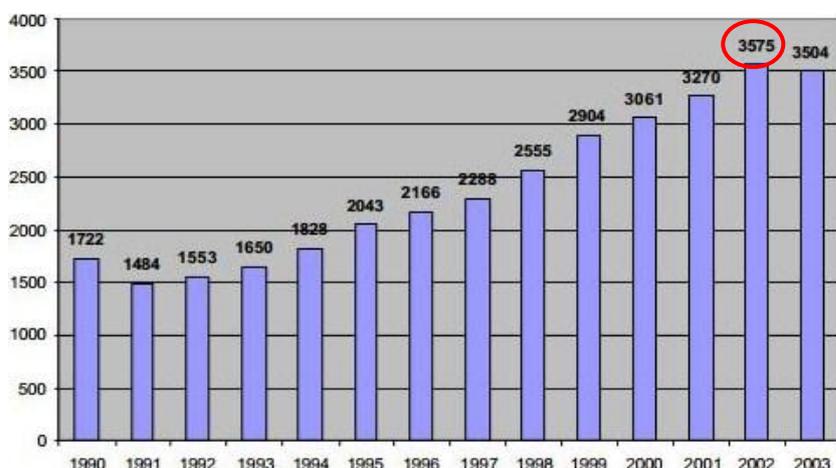
A la par de los procesos de transformación del sistema económico que indudablemente impactaron en la situación social de la población, los niveles de violencia en Argentina se fueron incrementando significativamente.

Mientras los factores asociados a la criminalidad sufrieron variaciones que repercutieron en su aumento, las capacidades institucionales no estuvieron a la altura de las circunstancias para dar una respuesta adecuada (FUNDAR, Romano, Chiti y Pinto, 2005).

En este contexto, entre 1990 y 2003 la cantidad de delitos registrada en el conjunto del país pasó de 560.240 a 1.270.725 respectivamente, y en el año 2002 alcanzó la cifra récord de 1.340.529 delitos⁶². Por su parte, la tasa de delitos también muestra una tendencia creciente desde comienzos de la década de 1990 hasta el momento de estallido de crisis económica y social.

⁶² Es decir, en ese período de tiempo los delitos aumentaron en un 174%.

Gráfico 34: Evolución de la Tasa de Delitos cada 100.000 habitantes. Argentina 1990-2003



Fuente: Informe *El ranking de la violencia en América Latina*. En base a datos de Dirección Nacional de Policía Criminal. 2005.

Otro de los factores que hay que tener en cuenta es la evolución de los delitos según su tipo.

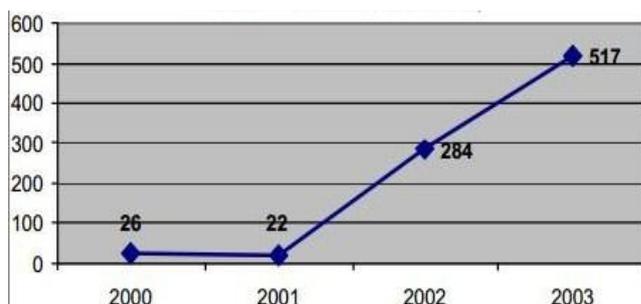
Así, para el año 1990, los delitos contra la propiedad representaban el 72.19% del total; los delitos contra las personas el 14,07% y el rubro otros delitos el 13.72%. Trece años después estos porcentajes presentan algunas variaciones dignas de destacarse: mientras los delitos contra la propiedad –que igualmente siguen concentrando la mayoría de los casos- se redujeron al 68.29% del total; los delitos contra las personas –aquellos que involucran una mayor violencia física- han aumentado su proporción en el total de delitos registrados, representando al 17.49% de los casos (FUNDAR, Romano, Chiti y Pinto, 2005).

Esto implica que los delitos contra las personas se incrementaron a un ritmo mayor a los delitos contra la propiedad. En efecto, mientras los delitos contra la propiedad se incrementaron entre 1990 y 2003 un 111%, los delitos contra las personas sufrieron en el mismo período de tiempo un aumento del 178%, denotando el fuerte incremento en los niveles de violencia que viene registrando la Argentina.

Siguiendo con estos argumentos, a comienzos de los 2000 comienza a ser un factor de preocupación en la sociedad argentina el número de secuestros registrados como otra de las manifestaciones de los crecientes niveles de violencia.

En efecto, desde fines del año 2001 este tipo de delitos se ha convertido en una de las peores pesadillas de los argentinos. La gravedad del asunto no reside únicamente en que los mismos se hayan incrementado durante los últimos años –desde 2001 se cuadruplicaron- sino en que se han generalizado de modo que cualquiera puede resultar víctima de los secuestradores, sin importar su escala social.

Gráfico 35: Evolución de los secuestros en Argentina 2000-2003



Fuente: Informe *El ranking de la violencia en América Latina*. En base a datos de Procuración General de la Nación.

Por último, además de las estadísticas de tipo policial podemos analizar otras variables para comprender la evolución de la criminalidad en Argentina. En este sentido, la sensación de inseguridad⁶³ de las personas destaca con los niveles más altos de los últimos años.

Encuestas realizadas entre el año 1999 y 2000 demuestran que para el 90% de la población de la Ciudad de Buenos Aires y de la Provincia de Buenos Aires existen altas probabilidades de ser víctima de un delito. Al mismo tiempo que el 56% considera que Argentina es más insegura que el resto de los países de América Latina y sólo un 20% de los argentinos considera que la inseguridad está mejorando en el barrio donde viven⁶⁴ (FUNDAR, Romano, Chiti y Pinto, 2005)

⁶³ Corresponde al temor de la población a ser víctima de un delito.

⁶⁴ Estudios de Victimización Ciudad de Córdoba 1999 y 2000, Estudios de Victimización Ciudad de Mendoza y Gran Mendoza 1999 y 2000, Estudios de Victimización Ciudad de Rosario 1997, 1999, 2000 y 2002, Estudios de Victimización Gran Buenos Aires 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002 y 2003, Estudios de Victimización en Centros Urbanos de la Argentina 1999 y 2000, Estudios de Victimización Ciudad de Buenos Aires 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002 y 2003; Dirección Nacional de Política Criminal, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación

4.2.2 Las tendencias en la movilidad social argentina

Otro aspecto a tener en cuenta en este análisis es la capacidad de las personas de poder cambiar de estatus, ya que en la medida en que estas posibilidades aumenten, también lo harán las posibilidades de competitividad asociada a ascender en la escala social.

La pobreza, la desigualdad y la movilidad social son fenómenos estrechamente relacionados. Cuando las oportunidades económicas y de desarrollo humano favorecen a grupos reducidos de la población, es muy factible que haya mucha pobreza y desigualdad. Y si la concentración de las oportunidades persiste a través del tiempo y, por consiguiente, hay poca movilidad social, tenderán a perpetuarse la pobreza y la desigualdad (Bouillon y Lora, INDES)

En cuanto a las repercusiones en términos de salud, existen estudios empíricos que revelan que las personas que tienen grandes desproporciones entre sus ingresos reales y el estilo de vida que *desean* tener, tienen un riesgo mayor de desarrollar hipertensión (Roura, M. 1996 en base a Dressler W, 1982; Dressler W et al., 1987).

El proceso de cambio que tuvo lugar en Argentina desde la década de 1990 y principios del siglo XXI ha alterado la estructura social del país. Factores como el desempleo, la creciente precarización laboral, el empobrecimiento de gran parte de la población derivan de estas transformaciones en el país. En este sentido, desde 1994 se registra un aumento de la desigualdad porque disminuyen los ingresos de los trabajadores, disminuyen las remuneraciones y no existe una verdadera protección social ante el despido. De esta manera, si observamos la relación entre movilidad social y procesos de cambio estructurales llegamos a la conclusión que las transformaciones estructurales están cada vez más vinculadas al crecimiento del desempleo, desigualdad y empobrecimiento.

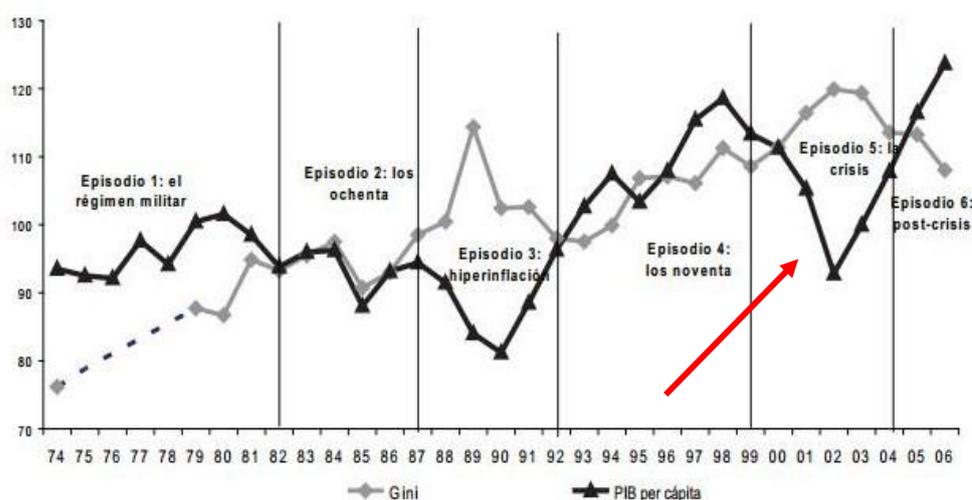
Simultáneamente las probabilidades de ascender y descender se reparten casi aleatoriamente en la población; hay quienes han pasado alternativamente por momentos de mejora y de empeoramiento de la situación (Espinoza, V., 2007).

En la aguda crisis del año 2001 se observan una serie de factores que fueron profundizando un proceso de polarización social, incidiendo notablemente en la

estructura social argentina. Diversos estudios como los de Mora y Araujo (2002) hacen referencia a la estratificación social argentina, y califican a la sociedad del país como una sociedad segmentada con acceso creciente diferenciado a los recursos de la modernidad y las mejores oportunidades laborales. En su análisis se establece diferenciaciones en los estratos intermedios, que diferencian a los asalariados sindicalizados de los no sindicalizados.

La vulnerabilidad que sufren determinados grupos sociales como consecuencia de esta situación de crisis explica los cambios en la estructura social, en este sentido la vulnerabilidad e inestabilidad se relacionan con la precariedad laboral, ya que en el escenario de crisis económica vivida no es necesario estar desempleado para situarse por debajo de los umbrales de pobreza (Diloretto, M., 2009).

Gráfico 36: La desigualdad en Argentina. Índice de Gini y PIB per cápita



Fuente: Informe *Los determinantes de los cambios en la desigualdad de ingresos en Argentina*. En base a microdatos de EPH.INDEC.

Así, en términos de Bayón (2006) la dificultad creciente que enfrentan los sectores más desfavorecidos para escapar de los circuitos de privación, manifiesta con más claridad las tendencias excluyentes del modelo neoliberal. Se trata no sólo de sociedades más desiguales y segmentadas, sino de estructuras sociales más rígidas en las cuales aparecen debilitados los anteriores canales y expectativas de movilidad social.

4.2.3 Incertidumbre o pesimismo vinculado a la situación de crisis económica

La situación de crisis económica no solo tiene consecuencias en la economía del país, la salud mental de los ciudadanos se ve afectada de manera considerable. El sentimiento de incertidumbre y pesimismo generalizado impacta de manera directa en la cohesión social, ya que la desmotivación y la incertidumbre respecto al futuro pueden llevar a sentimientos de depresión entre las personas.

En agosto de 2001 en diversos diarios de Buenos Aires aparecieron notas sobre “La semana de los desórdenes de ansiedad”, una campaña de información destinada a que los pacientes acudieran a hospitales para consultar a expertos. “Uno de cada cuatro argentinos sufre de ellos” proclamaba un artículo: “ataques de pánico, fobias: los especialistas dicen que están incrementándose y que pueden estar influenciados por factores tales como la inseguridad o la incertidumbre respecto del futuro” (Lakoff, 2003 en base a Cecchi 2001).

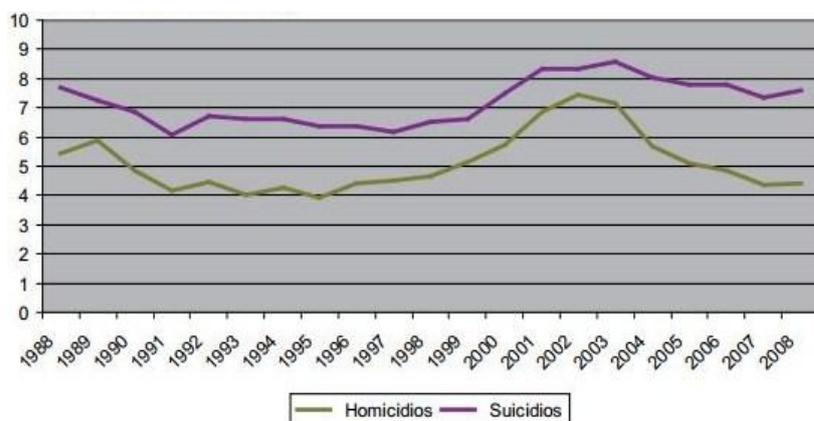
En ese contexto, mientras las ventas de la medicación para la ansiedad crecían, las de antidepresivos se elevaban incluso más rápido. La Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales han detectado una epidemia aparente de desórdenes afectivos a escala mundial, citando guarismos que indican que se espera que el 10% de la población experimente depresión en algún momento de su vida (OMS 2001). Por lo que, el abrumador sentido de inseguridad vinculado a la crisis económica en curso fue generalmente la primera respuesta que los funcionarios de la industria farmacéutica dieron a la pregunta de por qué se incrementaban las ventas de antidepresivos.

Por otra parte, es importante destacar que las progresivas transformaciones en el seno de una sociedad que conduce a situaciones de pesimismo e incertidumbre generalizado, derivan en el aumento significativo de las tasas de mortalidad asociadas a suicidios.

Así pues, como observamos en la evolución de la tasa de mortalidad por lesiones intencionales, el aumento coincide con el período de crisis económica del país entre 2001 y 2002.

En este indicador es relevante destacar el hecho de que al considerar los datos sobre el suicidio se observa una desigual proporción según sexo. La preponderancia del género masculino en la consumación de los suicidios es una regularidad que se encuentra presente en todos los países en las distintas épocas (Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles, Argentina).

Gráfico 37: Evolución de la tasa de mortalidad por lesiones intencionales. Argentina (por 100.000 hab.)



Fuente: Informe *Perfil epidemiológico del suicidio en la Argentina, 1988-2008*. En base a datos del DEIS.

En definitiva, el suicidio es la punta del iceberg de una problemática más compleja, que tiene amplias conexiones sociales, psicológicas, económicas, culturales, religiosas, políticas, etc. Y en muchos casos deja al desnudo a una sociedad que no ha podido “sostener” a alguno de sus miembros, que ha mirado para otro lado cuando el sufrimiento humano se ha hecho visible (Ministerio de Salud, 2012).

4.3 Conclusiones

Como hemos podido analizar a lo largo de este apartado, a comienzos de los 2000 Argentina estalla en una situación de crisis económica y social que se refleja en indicadores que afectan a la cohesión social. De esta manera, los índices de criminalidad en el conjunto del país aumentaron de manera significativa en ese período, a la vez que la estructura social y movilidad social se veían afectadas por la recesión vivida. Por su parte, la tasa de mortalidad atribuida a los suicidios crece también, así como también el sentimiento de pesimismo e incertidumbre acerca de la situación del país impacta en la salud mental de las personas.

5 El Estado

En el análisis de mortalidad de la sociedad argentina a comienzos del siglo XXI, hemos observado los progresivos cambios de la estructura familiar y las transformaciones de la comunidad en su conjunto, así como también las características del mercado laboral durante el período más agudo de crisis económica.

Sin embargo, en este contexto resulta importante analizar también el rol del Estado como ente que ha sufrido un debilitamiento. En este sentido se argumentará que dicho debilitamiento y el deterioro de sus funciones pueden haber repercutido en la situación de mortalidad de la sociedad argentina en ese momento.

5.1 El Estado como actor en la sociedad y en ciclos de crisis: su impacto sobre la salud

El Estado es un sistema de subordinación que organiza todos los individuos de un área geográfica dada, dentro de la cual se posee un monopolio efectivo de la fuerza física (Hirshleifer, J., 1980). De esta manera, el Estado se constituye como un elemento fundamental en la estructura de la sociedad ya que debe garantizar el bienestar y los derechos de los ciudadanos (Roura, M., 1996)

El rol del Estado o del gobierno se relaciona directamente con la existencia de fallos o distorsiones del mercado que impiden que el sistema económico opere de manera eficiente, en esta circunstancia la presencia del Estado como ente regulador se hace imprescindible, ya que puede encargarse de la prestación directa o el financiamiento de determinados bienes y servicios públicos.

De esta manera, en el plano macroeconómico, el estado debe coadyuvar al crecimiento económico con justicia social mediante políticas agresivas en el campo de la educación y la salud y también mediante políticas monetarias y fiscales relativamente equilibradas evitando procesos de atraso cambiario y políticas comerciales que frenen el desarrollo de la competitividad necesaria de nuestro país. En el plano microeconómico, el estado debe intervenir activamente en el mercado mediante sistemas óptimos de: regulación, impuestos y subsidios, fijación de derechos, prestación de los bienes públicos (defensa, justicia, salud, educación, investigación básica) (Mendoza, J., 2000)

En el campo institucional, el estado debe encargarse de crear el marco institucional y las instituciones necesarias, promoviendo la vigencia un sistema de derechos de propiedad claras, estables y respetables; ello será posible mediante la prestación de servicios institucionales (servicio legislativo, ejecutivo, judicial, defensa, seguridad, información) eficientes y eficaces. Por tanto, teniendo en cuenta estas funciones principales del Estado resulta evidente pensar que en momentos de recesión económica, éste no será capaz de garantizar el compromiso asumido y proveer los bienes y servicios públicos a la sociedad de manera eficaz. Por tanto, los efectos e impactos que puede tener una situación de crisis económica en la salud de las personas son inevitables.

Una población sana es una población más productiva, ya que tiene mayores ingresos y necesita menos asistencia médica, por ello, el Estado debería contar entre sus prioridades de una parte el gasto social para mejorar el capital social, y en segundo lugar asegurar un sistema de seguridad social que asegure el bienestar de la población (Hernández, O., 2004).

Diferentes evidencias empíricas nos hablan de que las crisis económicas no sólo afectan a la situación económica del país y las personas, sino también repercute en el estado de salud y bienestar de éstas. Así, el factor causal de mayor relevancia en esto es el estrés crónico, el cual puede conducir a una amplia gama de condiciones y enfermedades, desde cansancio hasta enfermedad cardiovascular.

Según encuestas realizadas por la Asociación Psicológica de Estados Unidos, las principales causas de estrés a finales del 2008 fueron: el dinero (81%), la economía (80%), el trabajo (67%) y problemas de salud en la familia (67%). En ese mismo año, se reportaron más síntomas físicos y emocionales relacionados al estrés que en años anteriores. De estos síntomas, los más comunes fueron: fatiga relacionada al estrés, irritabilidad, enojo y falta de sueño. Asimismo, la mitad de las personas encuestadas indicaron que su nivel de estrés general aumentó durante ese año⁶⁵.

El doctor Manuel Peña, representante de la Organización Panamericana de la Salud, sobre el tema del impacto de la crisis económica en la salud, indicó que “existen ya repercusiones de la crisis financiera en la calidad de vida de las personas, pues se ha dado por ejemplo el aumento del costo de los alimentos. La crisis ha elevado además el costo de los medicamentos e insumos de la tecnología médica. Por otro lado, el incremento del desempleo y la disminución de la demanda en el mercado laboral pueden ocasionar cambios en el estilo de vida de las personas, como por ejemplo la reducción de la actividad física, calidad de la dieta, incluso el componente de higiene por disminución del ingreso”.

Con el aumento en los despidos y el desempleo prolongado, cada vez son más las personas cuyo presupuesto familiar se ve altamente comprometido. El estrés consecuente afecta no sólo la salud sino las relaciones personales, especialmente la relación con la pareja. El problema no es el estrés en sí, sino la falta de actividades para mitigarlo. Peor aún, ante la crisis económica muchas personas recurren a

⁶⁵ Informe Impacto de la Crisis Económica en la salud y el bienestar.

acciones no saludables con el fin de disminuir su ansiedad y estrés. Este supuesto manejo del estrés incluye actividades como consumo excesivo de alimentos, elección de alimentos “confortantes” (la mayoría de los cuales no son saludables), consumo de alcohol y tabaquismo.

Una consecuencia muy importante de la crisis económica es que, debido al alto costo de las consultas médicas, existe la tendencia a no recurrir al médico en caso del apareamiento de alguna enfermedad. Un estudio realizado a principios del 2009 en Estados Unidos indicó que uno de cada cuatro estadounidenses no acudió al doctor, simple y sencillamente porque no podían pagar la consulta.

En este sentido, es necesario analizar los efectos de la crisis económica dentro del contexto institucional de cada país y de la estructura de la sociedad civil.

La vertebración social y el capital social tienen un efecto protector de la salud durante las crisis. En los antiguos países del bloque soviético, el capital social, medido por la pertenencia a organizaciones sociales amortiguó la subida de la mortalidad a raíz de la desintegración económica y las privatizaciones masivas del período (Stuckler, D., King, L., y McKee, M., 2009). Por el contrario, la combinación de descomposición de las instituciones y la falta de redes sociales de apoyo agravó las consecuencias de la transición del comunismo al capitalismo en Rusia (McKee, M., 2002).

El caso de Rusia como vemos es bastante claro, a raíz de la desintegración del bloque soviético y de la puesta en marcha de las “terapias de choque” hacia el capitalismo, la mortalidad estandarizada por edad en Rusia aumentó un 30% entre 1990 y 1994, así como la esperanza de vida de los hombres cayó de 64 a 58 años (Notzon, Komarov y Ermakov, 1998).

Como contrapunto de Rusia, en Finlandia los datos mostraron un impacto deferente en la población. En este sentido, el aumento del desempleo que sufrió Finlandia entre 1990 y 1994 no tuvo efectos adversos sobre la salud, más bien al contrario, pues durante la crisis disminuyó el consumo de alcohol, así como también los suicidios (Hintikka, Saarinen y Viinamaki, 1999). En este caso, es importante destacar el papel del Estado de Bienestar finlandés porque las prestaciones que efectuó el Estado amortiguaron los efectos de la crisis en la población. Por tanto, resulta imprescindible analizar las crisis económicas dentro de cada contexto.

Por su parte, algunas investigaciones evidencian que la situación de crisis económica no necesariamente influye de manera negativa en la salud de la población.

Aunque Deaton y Paxson concluyen en 1999 que los aumentos de rentas en épocas buenas del ciclo hacen aumentar la mortalidad porque empeoran los estilos de vida. Ruhm basándose en un análisis con datos agregados de Estados Unidos en los años 1972-1991 estima que las fases más bajas del ciclo se asocian a caídas de la mortalidad. Otro estudio del mismo autor con microdatos de adultos entre los años 1987-2000 observó que cuando subía el desempleo en Estados Unidos disminuía ligeramente la mortalidad, las personas reducían el consumo de tabaco y el exceso de peso y aumentaban el ejercicio físico en el tiempo libre (Ruhm, 2000 y 2005).

Así pues, el signo y la intensidad de los efectos dependen de las condiciones particulares en que se produce la crisis, de su intensidad y de su duración (Dávila, C., y González, B., 2009).

5.2 Debilidad institucional y falta de legitimidad del Estado argentino

Como hemos analizado en apartados anteriores, a mediados de 1998 la sociedad argentina comenzó a vivir una depresión económica que estalló en el año 2001 con el denominado “corralito” económico. La debilidad institucional en ese momento se refiere al funcionamiento inadecuado de las instituciones políticas, a la vez que las relaciones entre el Estado y los ciudadanos se vieron debilitadas, por tanto esta crisis económica tiene una dimensión social propia muy importante.

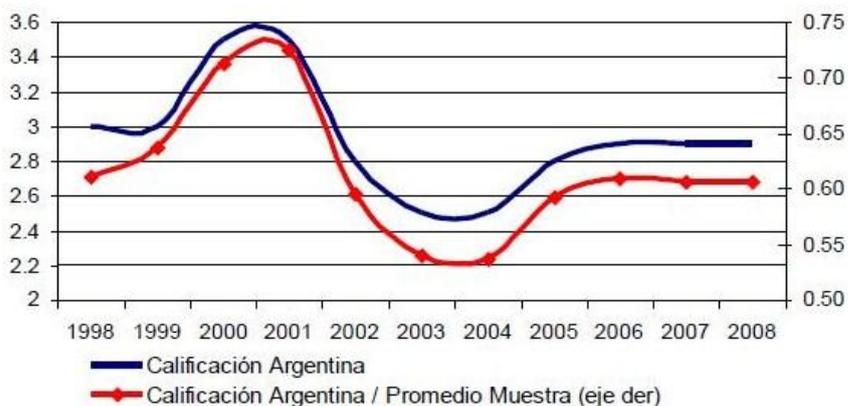
El estallido de la crisis se puede ver entonces como el rechazo por parte de la ciudadanía de un proceso político-institucional y económico insostenible. Pero la crisis argentina va incluso más allá de esto: es también una crisis de valores (Legrain, M., 2004).

Ya desde la década de 1990 el Estado argentino era demasiado débil para supervisar el proceso de privatización de entidades públicas.

En este contexto, la corrupción es un factor importante a tener en cuenta, ya que una clase política motivada por intereses personales permitió que se produjera una verdadera patrimonización del Estado.

De esta forma, la debilidad del Estado argentino se atribuye en gran parte a la mala calidad de los dirigentes, en particular su falta de probidad y de voluntad política (Legrain, M., 2004)

Gráfico 38: Desempeño argentino en materia de corrupción⁶⁶



Fuente: Informe *La corrupción en la Argentina: un diagnóstico de la actual situación*, en base a Transparency International.

Sin embargo, una vez acabó este proceso de privatizaciones, la debilidad del Estado argentino continuaba siendo relevante.

Según Sidicaro (2003) los nuevos propietarios, o concesionarios, se convirtieron en poderosos interlocutores de un Estado que casi carecía de instrumentos burocráticos para hacer cumplir las disposiciones que debían regular sus acciones.

El estado argentino durante el período de crisis económica ve debilitada su función como proveedor de bienes y servicios en el ámbito social, y este hecho a su vez, contribuye a la progresiva pérdida de legitimidad del Estado por parte de la sociedad.

Gupta, Davoodi y Alonso-Terme (1998), estiman el impacto de la corrupción sobre la desigualdad. Los resultados son significativos; un incremento del nivel de corrupción en 2,52 puntos (en una escala de 1 a 10) genera un incremento del coeficiente de Gini de aproximadamente 4,4%.

En el caso de la Argentina, se observa cierta relación entre el coeficiente de Gini y el nivel de corrupción. En general, un aumento del nivel de corrupción percibida ha estado correlacionado con un Gini más elevado (peor distribución del ingreso). (Brodschi, Fracchia y López Amorós).

⁶⁶ El índice mide la corrupción percibida.

Gráfico 39: Índice de Gini y nivel de corrupción. Argentina



Fuente: Informe *La corrupción en la Argentina: un diagnóstico de la actual situación*. En base a INDEC y Transparency International.

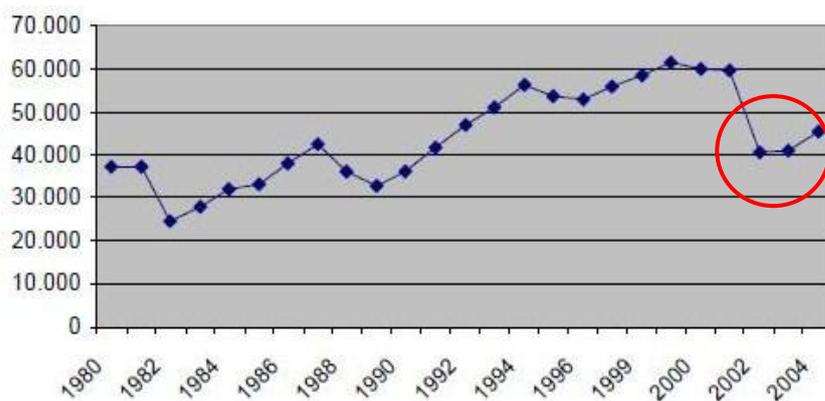
Continuando con el ámbito social, en 2002, debido a la declaración de la emergencia social en todo el país, se creó, a través del Decreto N° 357, el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, a fin de constituir un ámbito de planificación y coordinación de la política social nacional que pudiera mejorar la gestión del gobierno, mediante la formulación de políticas y la definición de cursos de acción coordinados e integrales para optimizar la asignación de los recursos.

En el contexto de crisis, la generalizada y profunda disminución de los ingresos reales explica el notable salto de la incidencia de pobreza y también de la indigencia entre 2001 y 2002.

La hipótesis de la desigualdad es relevante, ya que sugiere la idea de que las personas que viven en aquellos Estados donde la desigualdad es elevada experimentan de un 10% a un 14% más de riesgo de mortalidad.

Este fue, quizás, el rasgo más saliente del panorama social del período, ya que hacia octubre de este último año más del 45% de los hogares –el 58% de la población– de las áreas urbanas se encontraba bajo la línea de pobreza y un cuarto de los habitantes vivían en hogares con ingresos inferiores al valor de la canasta básica de alimentos (UNICEF, CEPAL, 2006).

Gráfico 40: Gasto Público social (millones de dólares de 2001)



Fuente: Informe El Estado de Bienestar argentino en base a *Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica- Ministerio de Economía y Producción*

A la vez que el papel del Estado como proveedor de bienes y servicios perdía legitimidad, las familias argentinas no podían hacer frente a un incremento en los precios de los bienes, como consecuencia de la creciente inflación⁶⁷ en la que estaba sumergido el país, por tanto la estabilidad política y económica del país no estaba consolidada.

Estas son tendencias que llevaron a la pérdida de cohesión social, a la generación de una sociedad fragmentada o dual (incluidos y excluidos), de fuertes movimientos de protesta y con alta vulnerabilidad e inseguridad (García Delgado, D., 2005)

La desconfianza de la población hacia el Estado era cada vez más evidente y se extendió hacia el mismo sistema democrático.

Así, según datos de Latinobarómetro (2002) las encuestas revelaban que sólo un 8% de los argentinos se declaraban satisfechos con ella, y hasta un 47% decía que no le importaría que llegara al poder un Gobierno no democrático si pudiera resolver los problemas económicos y dar trabajo a todos.

En este sentido, cuando analizamos el estallido de la crisis económica y el papel del Estado en ella, nos damos cuenta que en determinados aspectos es también una crisis política.

⁶⁷ Entre comienzos de 2002 y mediados de 2003, se verificaron las mayores tasas de inflación asociadas a la fuerte devaluación del peso que dio por finalizada la convertibilidad.

La deslegitimación estatal se reflejó a comienzos de 2002 por medio del auge de antiguos movimientos sociales y la formación de organismos paralelos a los mismos partidos políticos.

La crisis argentina ha sido una crisis integral donde la economía, la política y la sociedad han estado intrínsecamente imbricadas. La debilidad institucional, una mala arquitectura financiera internacional y la falta de legitimidad del Estado causaron estragos en un país de múltiples recursos naturales e humanos (Legrain, 2004)

5.3 Conclusiones

Cuando estalló la crisis económica y social en Argentina en el año 2001, el creciente debilitamiento del Estado y la falta de legitimidad de éste eran dos características claras de la desestructuración social que vivía el país en ese momento, fruto de la herencia de las políticas adoptadas en la década anterior.

La progresiva incertidumbre en el ámbito social y político, la disminución del gasto público social, favorecieron una situación de estrés y tensión en la población, a la vez que la desigualdad creció de manera significativa.

La falta de legitimidad del Estado y los cambios en el mercado laboral puede explicar el deterioro de la salud de algunos grupos de población en ese período concreto, pese a que esa situación de colapso general no se refleje en la tendencia de la mortalidad general del país.

Parte VI Conclusiones Generales

En el presente trabajo he analizado los cambios y las transformaciones en las tendencias de mortalidad en Argentina durante el período de colapso económico, político y social del año 2001. El objetivo de este trabajo es comprobar si las diferentes hipótesis presentadas se adecuan a las conclusiones resultantes:

- 1) Los cambios en las tendencias en la mortalidad de Argentina entre 2000 y 2002 no se distribuyeron de forma homogénea entre la población, sino que se concentraron en los hombres de edades medias y estuvo ocasionado fundamentalmente por enfermedades cardiovasculares, enfermedades del sistema respiratorio y causas externas.
- 2) La desestructuración social del país vivida a raíz del colapso económico explica un aumento de la mortalidad argentina entre 2001-2002.
- 3) El estrés psicosocial asociado a una situación de crisis económica y social fue el factor más determinante del aumento de la mortalidad.
- 4) La situación de colapso y crisis económica y social ha sido en término generales, determinante para la mortalidad del país.

Para poder constatar estas hipótesis se ha analizado la evolución de las tasas de mortalidad en Argentina desde la segunda mitad del siglo XX hasta principios de siglo XXI, junto con la evaluación de indicadores de salud en otros contextos en los que ha habido una crisis económica y social.

Además de explicar el contexto argentino en que evolucionan las tasas de mortalidad, se hizo especial hincapié en la explicación de la estructura del sistema de salud argentino y sus transformaciones en las últimas décadas. Posteriormente se han estudiado cuatro grandes grupos de determinantes de la salud que constaten los cambios en las tendencias de mortalidad. Así pues, los estilos de vida (alcohol, tabaco, dieta y patrones de alimentación) pueden explicar algunas de estas transformaciones en los indicadores de salud, aunque no de manera completa. Es importante destacar que, tal y como se ha explicado a lo largo de este trabajo, no se ha podido acceder a

determinados datos estadísticos acerca de la mortalidad estandarizada de Argentina en el período previo.

Por tanto, es necesario estudiar los determinantes de tipo psicosocial y su impacto en la salud de los argentinos. Para ello se ha constatado que los pilares fundamentales de la estructura de la sociedad (la familia, las empresas, la comunidad o cohesión social y el Estado) se han debilitado desde finales de siglo XX y los primeros años del siglo XXI en la sociedad argentina, así como también se han tenido en cuenta otras investigaciones epidemiológicas existentes que comprueban la importancia de la estructura social y su estabilidad para los indicadores de salud de los países.

Los resultados obtenidos de los ámbitos analizados demuestran que:

1) El análisis estadístico de la evolución en las tendencias de mortalidad argentina muestra que durante los primeros años del siglo XXI se evidenciaron cambios en la pendiente de la mortalidad cardiovascular argentina, coincidiendo con los momentos de mayor tensión económica y social del país. A la vez que aumentó la mortalidad en los hombres de edades medias por enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, la dificultad para acceder a las tasas de mortalidad estandarizadas del país impide considerar estos cambios como un punto de inflexión en la mortalidad general del mismo al no poder contrastar estos datos con las tendencias de años anteriores. También destaca el aparente aumento de las causas externas (suicidios y homicidios) y de las enfermedades del sistema respiratorio como consecuencia de la situación de crisis generalizada que vivió el país. Las tasas de suicidios en la población económicamente activa fueron notablemente más altas en los varones que en las mujeres durante todos los años del período, con valores superiores a los 10 casos cada 100.000 habitantes. Por otra parte, en Argentina entre los años 1990 y 2008, se observa una tendencia temporal de la tasa cruda de homicidios que aumenta a partir del año 1999 con el pico más alto en el año 2002. En el caso de las enfermedades del sistema respiratorio, nos encontramos con un aumento pronunciado en los años posteriores a la crisis económica, esto puede estar ocasionado por la falta de cuidados de los tratamientos para enfermedades respiratorias derivadas de las dificultades económicas de la población.

Por tanto, la primera hipótesis no queda validada:

Los cambios en las tendencias en la mortalidad de Argentina entre 2000 y 2002 no se distribuyeron de forma homogénea entre la población, sino que se concentró en los hombres de edades medias y estuvo ocasionado fundamentalmente por enfermedades cardiovasculares, enfermedades del sistema respiratorio y causas externas.

2) Atendiendo a los diferentes elementos que forman parte de la estructura social argentina, observamos algunas características específicas. Respecto a la familia, si bien el país atraviesa a principios de siglo XXI una aguda crisis económica, política y social, las tasas de divorcios se mantendrán constantes en el conjunto del país a la vez que, las tasas de nupcialidad continúan con su tendencia descendente en ese período. Esto puede explicarse como consecuencia de un leve cambio en el modelo familiar argentino, que cada vez más adopta a las “uniones consensuales” (o uniones de hecho) como la mejor forma de convivencia entre parejas. Es decir, el aumento en los divorcios y separaciones es un hecho en el país, aunque a un ritmo menor a partir de comienzos de los años 2000 debido a las transformaciones que tienen lugar dentro del núcleo familiar y los nuevos patrones de separación que se derivan de ello.

Sin embargo, a lo largo del análisis del modelo familiar argentino no se observan grandes transformaciones en él, por lo que las tendencias continúan con su ritmo constante y descendente de las últimas décadas

Por otra parte, en el caso argentino, durante los años '90 se produjeron grandes transformaciones en la estructura ocupacional como efecto de la reorientación de las políticas estatales y de la implementación de distintas estrategias empresarias. La estructura ocupacional se torna heterogénea y fragmentada, por lo que al finalizar la década de 1990 la precarización de las condiciones de trabajo, el creciente desempleo, dentro de un ciclo de recesión económica constituyeron las bases del estallido económico de principios del siglo XXI.

El pesimismo que se deriva de la situación de colapso económico y recesión resulta cada vez más notable en la Argentina de principios de siglo XXI, y se refleja en los cambios en las tendencias de criminalidad y movilidad social del país.

También es importante destacar el debilitamiento y la falta de legitimidad del Estado argentino a comienzos de los años 2000. El estado argentino durante el período de crisis económica ve debilitada su función como proveedor de bienes y servicios en el

ámbito social, y este hecho a su vez, contribuye a la progresiva pérdida de legitimidad del Estado por parte de la sociedad. La posible desestructuración vivida por el país en estos ámbitos derivada del colapso económico, puede contribuir a explicar un aumento en la mortalidad de Argentina en ese período, aunque no lo hace de manera determinante.

Así pues, la segunda hipótesis sostenida no queda validada:

La desestructuración social del país vivida a raíz del colapso económico explica un aumento de la mortalidad argentina entre 2001-2002.

3) Tras comprobar que durante los primeros años del siglo XXI en Argentina tiene lugar un proceso de desestructuración social, el estrés psicosocial aumentó como consecuencia de este hecho. El sentimiento de incertidumbre y pesimismo generalizado impacta de manera directa en la cohesión social, ya que la desmotivación y la incertidumbre respecto al futuro pueden llevar a sentimientos de depresión entre las personas. Durante la crisis argentina de 2001 se observan una serie de factores que fueron profundizando un proceso de polarización social, incidiendo notablemente en la estructura social argentina. La vulnerabilidad que sufren determinados grupos sociales como consecuencia de esta situación de crisis explica los cambios en la estructura social. Por lo que, la reducción del gasto social y de los ingresos por parte de las familias (que deriva en la creciente desigualdad), la inestabilidad económica, política y social del país son aspectos que pueden haber influido en el estrés generalizado y, por tanto, en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y causas externas. Asimismo, el estrés psicosocial es un factor que inevitablemente se relaciona con los determinantes de tipo social, ya que actúa en cada uno de los elementos que forman la estructura social y que se vieron debilitados en ese período concreto. En este sentido, el estrés puede haber jugado un papel importante en la sensación de incertidumbre y pesimismo en la sociedad, pero a falta de mayores datos estadísticos no se puede afirmar que ha sido el factor más determinante en la mortalidad general del país.

Por tanto, puede decirse que la tercera hipótesis de este trabajo no resulta válida:

El estrés psicosocial asociado a una situación de crisis económica y social fue el factor más determinante del aumento de la mortalidad.

4) Finalmente del análisis estadístico de los indicadores de salud en Argentina en las últimas décadas llegamos a la conclusión que, aunque las tasas de mortalidad aumentaron para los hombres en edades medias por causas externas y enfermedades cardiovasculares con el estallido de la crisis económica en el año 2001, en términos generales no es posible afirmar que dicha situación de colapso económico ha sido determinante en términos de mortalidad general para el país, por el contrario cuando se analiza las tendencias de mortalidad general no se observan grandes cambios, la tendencia continúa su ritmo de decrecimiento de las últimas décadas. Sólo observamos transformaciones en el aumento de la mortalidad cuando analizamos grupos etarios específicos y sus causas. Por lo que, no es válida la hipótesis que sostiene que:

La situación de colapso y crisis económica y social ha sido en término generales, determinante para la mortalidad del país.

De esta manera, el caso argentino demuestra que una situación de recesión económica y financiera, asociada a una creciente inestabilidad política y social puede repercutir negativamente en los indicadores de salud de la población. Sin embargo, es importante destacar que esta situación de crisis no originó una tendencia ascendente en las tasas de mortalidad general del país, por lo que la tendencia de la tasa de mortalidad argentina continuó su ritmo decreciente como en las últimas décadas.

El estallido de la inestabilidad económica en el año 2001 sólo acentuó la mortalidad en los hombres de edades medias especialmente por causas externas y enfermedades cardiovasculares, así como también enfermedades del sistema respiratorio. Si bien es cierto que cuando analizamos un contexto económico complejo es posible pensar que inevitablemente esa situación se reflejará negativamente en la salud de las personas, es importante destacar que muchos estudios epidemiológicos apuntan a la idea de que no siempre es así. De hecho, en otros contextos de crisis y aumento del desempleo, como fue el caso de Finlandia a principios de la década de 1990, observamos que una crisis económica no necesariamente impacta de manera negativa en mortalidad

general de un país, pese a que la salud de las personas puede verse afectada en determinados aspectos. En el caso español, con la reciente crisis económica y financiera de los últimos años, nos encontramos con algunos estudios que apuntan a un posible impacto negativo de la difícil situación económica en la mortalidad, aunque aún no se cuentan con datos suficientes para poder hacer esta afirmación.

Por otra parte, el contexto argentino es un caso complejo de analizar debido a los continuos cambios y transformaciones a nivel político y social que sufrió el país desde la segunda mitad del siglo XX. . Así, según datos aportados por el economista Martín Lousteau (2010) un recesión en Argentina implica en promedio 330.000 desempleados más, 2.200.000 millones de pobres más y un aumento de la desigualdad en un 10%. Su análisis se centra en la idea de que la mayor fuente de ansiedad es la incertidumbre económica, de esta manera estudia la situación económica argentina y de lo que él denomina “cortoplacismo” de los argentinos. Para explicarlo recurre a algunos datos muy significativos:

-Desde 1885 que hay datos del PIB, en Argentina ha habido una recesión cada cuatro años en promedio.

-Desde 1975 Argentina tuvo 14 recesiones (eso implica que en promedio haya habido una crisis cada cinco años). Para un trabajador que comienza su vida laboral a los veinte años, significa que pasó el 40% de su vida laboral en recesión, o lo que es lo mismo, 4 de cada 10 años sumergido en una crisis⁶⁸.

Teniendo en cuenta estos datos tan significativos resulta fácil pensar que la sociedad argentina no piense en un futuro próximo y se vuelva “cortoplacista”, ya que vive constantemente a la expectativa de los que pasará en la economía del país. Así, para la mayoría de la población atravesar una situación de inestabilidad y crisis resulta algo “cotidiano”, de todos los días. En este sentido, si bien ámbitos como la salud materna e infantil son los más vulnerables debido a dicha situación, es posible pensar que en términos generales la población argentina al “acostumbrarse” o adaptarse a estos cambios y situaciones de recesión económica, ha sido capaz de idear nuevas formas de sobrellevar esta situación, nuevos mecanismos con los que enfrentarse a esa situación y, así, conseguir que el impacto en la salud sea mínimo y que las tasas de

⁶⁸ Su análisis de lo que denomina como “economía de los ansiosos” al ser de 2010 no tiene en cuenta las dificultades económicas por las que está atravesando el país en los últimos meses.

mortalidad general del país no reflejaran la crisis económica y el caos social de ese momento.

Siguiendo con este argumento, los sectores más empobrecidos y con mayor riesgo de exclusión social comenzaron a practicar el “trueque” como respuesta a la creciente desocupación y precarización laboral⁶⁹, convirtiéndose en una auténtica alternativa económica para una empobrecida sociedad.

Esta estrategia se fue extendiendo hacia otros sectores sociales, así la evolución de la red del trueque es analizada como una experiencia económica que impacta transversalmente múltiples problemas sociales y articula a distintos actores sociales en la generación de nuevas estrategias de construcción de calidad de vida (Primavera, H., 2000).

En este trabajo se argumenta que el estrés psicosocial puede jugar un papel muy importante en el aumento de la mortalidad por causas específicas en diferentes contextos, y en el caso argentino en parte puede resultar así. Las pocas expectativas de recuperación económica en el corto plazo, el creciente desempleo, el aumento de las desigualdades, así como la falta de legitimidad y debilitamiento del Estado, generaron una situación de tensión extrema y estrés creciente en la población. Pese a que la desestructuración social argentina no es del todo evidente, se generaron nuevas formas de organización social y nuevas formas de protestas sociales. Es decir, el deterioro en la salud de determinados grupos de la población puede darse como consecuencia del estrés generado por el colapso general, a pesar de que este hecho no se refleje en los niveles generales de mortalidad del país.

En este sentido, el rol del estado en la toma de decisiones es fundamental, ya que la recuperación económica que depende en gran medida de las políticas específicas adoptadas, solo se puede dar en un contexto social estable y “sano”. El estado, además de ser el principal proveedor de bienes y servicios, debe ser el encargado de mantener la estabilidad social, generar confianza y promover la cohesión social para que, en caso de que la situación económica se vea empeorada, la sociedad cuente con los mecanismos necesarios para poder hacer frente a dicha situación sin grandes complicaciones. Dado que la salud y la enfermedad siguen un gradiente social, es

⁶⁹ Los sectores populares se insertaron en la red del trueque de bienes y servicios impulsados casi exclusivamente por la urgencia alimentaria, sin empleo, sin ingreso y sin capital. A diferencia de los sectores medios que buscaban con este medio ampliar sus ingresos.

decir existe una fuerte correlación entre desarrollo económico y salud, resultan necesarias políticas que busquen fortalecer el sistema sanitario para que toda la población pueda tener acceso a la salud. En este sentido, son los factores del entorno social los que determinan el acceso a los servicios de salud y pueden influir en la elección del modo de vida específico de cada población, por lo que la inversión en salud y en la mejora de los determinantes de ésta mejoran notablemente la esperanza y calidad de vida, así como también el bienestar social.

Asimismo, en el caso argentino es necesario hacer especial hincapié en aquellos sectores más vulnerables como la salud materna e infantil⁷⁰. Éste último ámbito, que no ha podido ser estudiado en profundidad en este trabajo debido a la limitación del objeto de estudio y al tiempo necesario, podría ser analizado en profundidad en otras investigaciones, ya que la salud materna resulta prioritaria de cara a generaciones futuras. Por otra parte, un análisis en profundidad sobre las diferencias regionales del país y sus diferentes preocupaciones y accesos al sistema de salud, podría ser objeto de futuras investigaciones. Asimismo, la falta de datos en determinados ámbitos y dificultad para la obtención de indicadores de salud puede explicar la escasez de estudios específicos que relacionen colapso económico argentino y salud de la población a comienzos del siglo XXI.

⁷⁰ A partir del año 2004 comienza un nuevo período de recuperación económica progresiva con la llegada al poder de Néstor Kirchner. Durante la última década se han adoptado en el país diferentes políticas sanitarias y sociales a favor de la familia y los sectores más vulnerables.

Referencias Bibliográficas

Abdalá, F., Bertonecello, R., Binstock, G., Cerrutti, M., Geldstein, R., Lattes, A., Maguid, A. , Moreno, M. y Pantelides, E. (2009) “*Situación de la población en Argentina*”. Buenos Aires. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD-UNFPA.

Abdalá, F., R. N. Geldstein & S. Michaszula (2000) “*Economic Restructuring and Mortality Changes in Argentina: Is there any connection?*” En: G. A. Cornia & R. Panizza (eds) *Mortality Crisis in Transitional Economies*. Londres. Oxford University Press. Chapter 14.

Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002) “*El sistema de salud en Argentina*”. Doc.60

Aguilar, S. (2001) “*Ordre y desordre. Manual d’estructura y canvi de les societats*”. Barcelona, Hacer, caps. 2 y 3.

Aguirre, P. (2004) “*Seguridad alimentaria. Una visión desde la antropología alimentaria*” .Disponible en: www.ambiente.gov.ar/archivos/web/salud_ambiente/File/Aguirre_Patricia.pdf

Amadeo, E. (2003) “*Notas sobre el concepto de pobreza*” en *Observatorio Social*, septiembre. (2004), “*Balance y evaluación de las políticas sociales en América Latina y el Caribe en los años 90, y perspectivas futuras*”, en *Observatorio Social*, enero. “*Argentina: de la crisis a la cohesión social*”

Argañaraz, N. y A. Daniela Cristina (2009) “*Gasto público argentino en salud. Algunos aspectos salientes de su evolución reciente*”. Instituto Argentino de Análisis Fiscal. Informe Económico nº14.

Barr, B., Taylor-Robinson, D., Scott, S., Mckee, M. y Stuckler, D. (2012) “*Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis*”. *British Medical Journal*. Aug 13;345:e5142. doi: 10.1136/bmj.e5142.

Bartoll, X., Palència, L., Malmusi, D., Suhrcke, M. y Borrell, C. (2013) “*The evolution of mental health in Spain during the economic crisis*”. *European Journal of Public Health*.

Binstock, G. y Cerrutti, M (2002) “*Changing attitudes towards the family in Argentina, 1980-1995*”. Trabajo presentado en la Reunión Annual de la Population Association of America, Atlanta, Mayo.

Blanchflower, D. y Oswald, A. (2004) "*Money, Sex and Happiness: An empirical study*". Scandinavian Journal of Economics. Pág. 393-415. En Robin W. Simon, "*Revisiting the Relationships among Gender, Marital Status, and Mental Health*", 2002.

Borges, G et al, (2010) "*Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO World mental health surveys*". J Clin Psychiatry 71: 1617-28.

Bouillón y Lora. "*Pobreza, desigualdad y movilidad social*". Instituto Interamericano para el Desarrollo Económico y Social.

Breilh, J. y Granda, E. (1984) "*Un marco teórico sobre los determinantes de la mortalidad. En Memorias del Congreso Latinoamericano de Población. Programa de Investigaciones Sociales sobre Población en América Latina. V.1. pág. 131-156. México DF. Universidad Nacional Autónoma de México.*

Bulacio, J. "*Causas del crecimiento del gasto público*". Universidad Nacional de Tucumán.

Burijovich, J. y Sandomirsky, M. "*Los desempleados. Malestar psicológico, apoyo social e intervención estatal*". Administración Pública y Sociedad.

Busso, M., Cerimedo, F. y Cicowiez, M. (2005) "*Pobreza, crecimiento y desigualdad: descifrando la última década en Argentina*". N°21.

Calvo, E., Aguiré, P. y coordinadores provinciales (2005) "*Crisis de la seguridad alimentaria en la Argentina y estado nutricional en una población vulnerable*". Pediatría Sanitaria y Social.

Carlson, M. y McLanahan, S. (2005) "Do good partners make good parents?" Relationship Quality and Parenting in Married and Unmarried.

Carbonetti, A. (2012) "*Historia Epidemiológica de la tuberculosis en la Argentina. 1914-1947*". Estudios N° especial.

Carr, W., Zeital, L., Weiss, K. (1992) "*Variations in asthma hospitalization and deaths in New York City*". AM. J. Public Health 82:59-65.

Catizone, A. (2009) "*Situación actual de seguridad alimentaria nutricional en Argentina*". Disponible en: www.catalactica.com.ar

Cavagnero, E., Carrin, G., Xu, Ke & Aguilar-Rivera, A. (2006) *“Health financing in Argentina: An empirical study of health care expenditure and utilization”*. Fundación Mexicana para la Salud. Instituto Nacional de Salud Pública.

Cavagnero, E. & Bilger, M. (2009) *“Equity during an economic crisis: financing of the Argentine Health System”*. World Health Organization. Discussion Paper, nº 3.

Cetrángolo, O., Chidiak, M., Curcio, J. y Gutman, V. (2004) *“Política y gestión ambiental en Argentina: gasto y financiamiento”*. División de Desarrollo Sostenible y Asentamientos Humanos.CEPAL-PNUD.

Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil-CESNI (2002). *“La crisis, el hambre y el mañana”* en Boletín Volumen 12, Buenos Aires.

CEPAL América Latina y el Caribe. Observatorio Demográfico nº4. *“La mortalidad en América Latina. Una trayectoria auspiciosa pero heterogénea”*.

Colina, J., Giordano, O. y Rodríguez Del Pozo, P. (2004) *“El fracaso sanitario argentino: diagnósticos y propuestas”*. Concurso Premio Fulvio Salvador Pagani “El Sistema de Salud en la Argentina”.

Comité Especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo (2010) *“Población y Salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos”*.

Conte Grand, M., Perel, P., Pitarque, R. y Sánchez, G. (2003) *“Estimación del costo económico de la mortalidad atribuible al tabaco en Argentina”*. Journal of Economic Literature.

Cooper, D. (1972) *“The death of the family”*. London. Paladin Books.

Cruces, G. y Gasparini, L. *“Los determinantes de los cambios en la desigualdad de ingresos en Argentina. Evidencia y temas pendiente”*. Banco Mundial.

Cruces, G., Glüzmann, P. y López, L. (2011) *“Crisis económica, tasas de mortalidad materna e infantil, bajo peso al nacer y escolaridad: evidencias en Argentina”*. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Vol. 30. Nº 4.

Dávila, C. y González, B. (2009) *“Crisis Económica y salud”*. Pág. 261-265.

Deaton, A. y Paxson, C. (1999) *“Mortality, Education, Income and Inequality among American cohorts”*. National Bureau of Economic Research.

De la Cuesta Benjumea, C. (1995) *“Familia y Salud”*. Revista Rol de Enfermería nºs 203 y 204, julio y agosto .

De Vogli, R., Marmot, M. & Stuckler, D. (2012) "Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the great recession". J. Epidemiol. Community Health.

Dennis, N. (1962) "Relationships" En Butterworth, E & Weir, D (Eds) *The sociology of Modern Britain*. Glasgow.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Alcohol, consumo responsable.

Diloretto, M. (2009) "Pobreza y precarización de condiciones de vida en la nueva configuración social". Revista Cátedra Paralela.

Ferrante D, Virgolini M. (2005) "Salud pública y factores de riesgo: vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles." Revista Argentina de Cardiología 73:221-227.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (2012) "Los efectos del desempleo sobre la salud".

Fundación Bariloche-ENDESACemsa (2008) "Argentina: diagnóstico, prospectivas y lineamientos para definir estrategias posibles ante el cambio climático". Cap. 1.

Economou, M. et all (2010) "Increased suicidality amid economic crisis in Greece". The Lancet 378:1459.

Escudero, J. (2003) "The Health Crisis in Argentina". International Journal of Health Services. Vol. 33, nº1.

Espinoza V. (2007) "Movilidad social y trayectorias ocupacionales en Buenos Aires. Continuidades, rupturas y paradojas en los noventa" CEPAL Buenos Aires.

European Observatory on Health Systems and Policies: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>

Fiszbein, A., Giovagnoli, P. y Adúriz, I. (2003) "El impacto de la crisis argentina en el bienestar de los hogares". Revista de la CEPAL 79.

Fleitas, D. (2010) "El problema del suicidio en Argentina 1997-2008. Casos de niños y adolescentes en las provincias del noroeste". Asociación para Políticas Públicas.

García, D. (2005) "Distribución del ingreso y pobreza en la Argentina postdefault". Polis Revista Latinoamericana.

González, M. (2004) "Análisis de la economía del tabaco en Argentina: 1996-2003". Escuela de Negocios, Universidad Torcuato di Tella.

González, L. y Peranovich, A. (2012) “Años de esperanza de vida perdidos en Argentina, 2001-2010”. Población y Salud en Mesoamérica, Revista electrónica semestral. Vol. 10, nº1.

Graham, H. (1984) “*Women, Health and the family*”. Brighton. Weatshead Books.

Gurfinkel, E., Bozovich, G., Dabbous, O., Mautner, B. y Anderson, F. (2005) “*Socio economic crisis and mortality. Epidemiological testimony of the financial collapse of Argentina*”. Thrombosis Journal.

Hernández, O. (2004) “*Crisis Económica y Salud: efectos de las políticas públicas en la salud*”

Health and Financial Crisis Monitor: <http://www.hfcm.eu/>

Higgins, BG. & Britton, JR. (1995) “*Geographical and social class effects on asthma mortality in England and Wales*”. Respir. Med. 89:341-346.

Hintikka J, Saarinen PI, Viinamaki H. (1999) “*Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985–1995*”. Scand J Public Health. 27:85–8.

Hirshleifer, J. (1980) “*Teoría de precios y sus aplicaciones*”. Editorial Dossat S.A., Madrid.

INDEC Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Jáuregui Presa, I. y Tejedor Alonso, M. (2004) “*Asma y factores psicosociales*”. Alergol. Inmunol. Clin. 19: 101-109.

Jelin, E. (1998) “*La familia en la Argentina: modernidad, crisis económica y acción política*”.

Journal of Epidemiology and Community Health: <http://jech.bmj.com/>

Lakoff, A. (2003) “*Las ansiedades de la globalización: venta de antidepresivos y crisis económica en la Argentina*”. Cuadernos de Antropología Social. Nº 18.pag. 35-66.

Laing, RD. (1976) “*The politics of the family*”. London.

Land, H. (1978) “*Who cares for the family?*” Journal of Social Policy. 257-384.

Latinobarometro, Informe 2002, www.latinobarometro.org

Legrain, M. (2004) “*La crisis argentina de diciembre de 2001. Debilidad institucional y falta de legitimidad del Estado*”. Instituto Complutense de Estudios Internacionales.

Lopategui Corsino, E. (2000) “*Estrés: causas, concepto y control*”. Universidad Interamericana de PR.

López, S. (2006) *“El sistema de salud argentino”*. Material para la materia Medicina Social. Facultad de Trabajo Social UNLP.

Louro Bernal, I. (2003) *“La familia en la determinación de la salud”*. Revista Cubana de Salud Pública.

Lousteau, M. (2010) Conferencia *“Economía de los ansiosos”*.

Margulis, M. y Urresti, M. (1996) *“Moda y juventud”*. En: Margulis, M (comp.): *La juventud es más que una palabra*. Buenos Aires: Biblos, p.138.

Marmot, M. & Wilkinson, R. (2006) *“Social Determinants of Health”*. Oxford University Press. Second Edition.

McGown, A. & Braithwaite, V. (1992) *“Stereotypes of emotional caregivers and their capacity to absorb information: the views of nurses, stroke carers and the general public”*. Journal of Advanced Nursing. 822-828.

McKee M. (2002) *“Substance use and social and economic transition: the need for evidence”*. Int J Drug Policy.13:453–9.

Mendoza, J. (2000) *“¿Cuál es el rol del Estado?”*. Revista de la Facultad de Ciencias Económicas UNMSM. N°15, Lima.

Michas, G., Varytimiadi, A. y Michas, R. (2013) *“The Greek financial crisis and homicide rates: another reason to worry”*

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. República Argentina. Estadísticas en Materia de Criminalidad.

Ministerio de Economía y Producción. República Argentina (2005) *“Protección social en Argentina 1990-2003”*.

Ministerio de Salud Argentino. Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias. DEIS. (2007) *“Indicadores de Salud Seleccionados República Argentina años 2000-2005”*.

Ministerio de Salud Argentino. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. (2011) *“Perfil epidemiológico del suicidio en Argentina. Algunas aproximaciones”*.

Ministerio de Salud Argentino (2010) “*Mortalidad por Enfermedades del Sistema Respiratorio en la población de 20 a 64 años: magnitud, características, tendencia y distribución 1980-2008*”. Departamento Programas de Salud.

Mora y Araujo, M. (2002) “*La estructura social de la Argentina: evidencias y conjeturas acerca de la estratificación actual*”. CEPAL. Serie Políticas Sociales 51. Santiago. Naciones Unidas.

Munné, M. (2005) “*Alcohol and the economic crisis in Argentina: recent findings*”. *Addiction*. Vol. 100, issue 12. Pag. 1790-1799.

Nandi, A., Charters, T., Strumpf, E., Heymann, J. & Harper, S. (2013) “*Economic conditions and health behaviours during the Great Recession*”. *Journal of Epidemiology and Community Health*.

Oakley, A. (1976) “*The family, Marriage and its relationships to illness*” En Tuckett, D. (Eds) *An Introduction to Medical Sociology*. London.

Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de Argentina <http://www.ossyr.org.ar/>

O'Neill Institute for National and Global Health Law & Fundación Interamericana del Corazón Argentina (2011) “*Control de Tabaco en Argentina: avances y tareas pendientes*”. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 47º período de sesiones.

Organización Panamericana de la Salud. Perfil Nacional Argentina.

Organización Panamericana de la Salud (2003) “*Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis, 2001-2003*” por José Luis Zeballos.

Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. (2010) “*Mortalidad por armas de fuego en la Argentina, 1990-2008*”.

Palermo, A. (2001) “*La educación universitaria de la mujer. Entre las reivindicaciones y las realizaciones*” En *Alternativas*. Serie: historia y prácticas pedagógicas. Argentina. Publicación Internacional del LAE.

Parsons, T. (1956) “*The American family: Its relationships to personality and to the social structure*” En Parsons, T & Bales, RF. *Family, Socialization and Interaction Process*. London.

PNUD-CEPAL (2011) “*Aportes para el Desarrollo Humano en la Argentina*”.

PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2002) “*En búsqueda de la igualdad de oportunidades*”.

Pérez Brignoli, H. (1993), “América Latina en la transición demográfica, 1800-1980”, *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, vol.1, México. D.F., Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP)/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).

Posada, M. (2004) “*Desestructuración neoliberal y política social. El caso del programa alimentario nacional en la Argentina*”. Espacio Abierto. Cuaderno Venezolano de Sociología Vol.13, nº2.

Primavera, H. (2000) “*La moneda social de la Red Global de Trueque en Argentina: ¿barajar y dar de nuevo en el juego social?*”. Seminario Internacional Globalization of Financial Markets and its effects on the Emerging Countries.

PubMed US National Library of Medicine. National Institutes of Health:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Romano, Chiti y Pinto (2005) “*El ranking de la violencia en América Latina: una de las regiones más violentas del planeta*”. Fundación FUNDAR.

Romero, M., Chapman, E., Ramos, S. y Abalos, E. (2010) “*La situación de la mortalidad materna en la Argentina*”. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, nº1.

Roura, M. (1996) “*El aumento de la mortalidad adulta masculina en Rusia entre 1990 y 1994. El papel de los determinantes de tipo psicosocial*”. Tesis presentada para optar al título de Doctora en Sociología por la Universidad de Barcelona.

Rubinstein, P., Martos, A., Domingo, C., Navarro, MD., Martínez, C., Tubella, M. y grupo de trabajo ASMADUAL (2013) “*¿Influye la crisis económica en el paciente asmático?*”. Servicio de Neumología de IDCSalud Hospital General de Catalunya, Barcelona.

Ruhm CJ. (2005) “*Healthy living in hard times*”. J Health Econ.24:341–63.

Speranza, A. y Kurlat, I. (2011) “*Regionalización del cuidado perinatal: una estrategia para disminuir la mortalidad infantil y la mortalidad materna*”. Dirección Nacional Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud de la Nación 2011 Rev Argent Salud Pública, Vol. 2 - Nº 7, Junio.

Sosa, M., Racki, M., Houry, M., Villarreal, R., Cestari, G., Mele, E. y Sosa, A. (2011) “Crisis económico- financieras en la Argentina: ¿un nuevo factor de riesgo de mortalidad cardiovascular?” Revista Argentina de Cardiología. Vol. 80, nº2. 2012. Disponible en Redalyc.org

Stuckler D, King L, McKee M. (2009) “Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis” The Lancet. 373:399–407.

Stuckler D et all (2009) “The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis”. The Lancet 374: 315-23.

Tafani, R., Roggeri, M., Chiesa, G., Gaspio, N., Tafani, M. y Caminati, R. (2011) “Argentina. Tendencias en indicadores de salud. Primera década del milenio”. Revista de Salud Pública XV.

Teubal, M. y Palmisano, T. (2013) “Crisis alimentaria y crisis global: la Argentina de 2001/2002 y después”. Realidad Económica 279, 1 de octubre-15 de noviembre.

Tobar, F., Ventura, G., Montiel, L. y Falbo, R. (2000) “El gasto en salud en la Argentina y su método”. Programa de Investigación Aplicada.

Torrado, S. (2004) “Argentina: escenarios demográficos hacia 2025”. Informe preparado para el Programa de Estudios Prospectivos de la Secretaría para la Ciencia, la Tecnología y la Innovación Productiva (SECTIP)

Trude Bennett (1992) “Marital Status and Infant Health Outcomes”. Social Science and Medicine, 35 (9), págs. 1179-1187.

UNICEF-CEPAL (2005) “Respuestas del Estado ante los efectos de la crisis en Argentina”.

UNICEF-CEPAL (2006) “Efectos de la crisis en Argentina: las políticas del Estado y sus consecuencias para la infancia”.

Universidad de Buenos Aires (2010) “Informe Técnico de la Universidad de Buenos Aires (UBA) con relación a la situación del INDEC”. Buenos Aires, disponible en: <http://www.econ.uba.ar/www/institutos/economia/Ceped/publicaciones/2010/informe%20-%20UBA.pdf>

Vega, L. (2004) “Género en la crisis argentina. Análisis del impacto y estrategias de respuesta 2001-2003”. Infocus Programme on Crisis Response and Reconstruction.

Villacé, M., Fernández, A. y Da Costa Júnior, M. (2013) “Consumo de alcohol según características sociodemográficas en jóvenes de 18 a 24 años”. Rev.Latino-AM.Enfermagen.

Waite, L., Gallagher, M. (2000) “*The case for Marriage*”.

Wilkinson, R. (1996) “*Unhealthy Societies. The afflictions of Inequality*”. London. Ed. Routledge.

Whitton y Howard J. Markman, (2004) “*Maybe I Do: Interpersonal Commitment and Premarital or Nonmarital Cohabitation*”.