



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Navarro, Vicente; Borrell, Carme; Muntaner, Carles; Benach, Joan; Quiroga, Agueda; Rodríguez-Sanz, Maica; Gumà, Jordi; Vergés, Núria; Pasarín, María Isabel

El impacto de la política en la salud

Salud Colectiva, vol. 3, núm. 1, enero-abril, 2007, pp. 9-32

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73130102>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El Impacto de la Política en la Salud

The Impact of Politics on Health

Vicente Navarro¹, Carme Borrell², Carles Muntaner³, Joan Benach⁴, Agueda Quiroga⁵, Maica Rodríguez-Sanz⁶, Jordi Guma⁷, Núria Vergés⁸, María Isabel Pasarín⁹.

¹ Director del Programa en Políticas Públicas y Sociales, Universidad Pompeu Fabra, España. Profesor del Departamento Políticas Públicas de Salud, Escuela de Salud Pública, The Johns Hopkins University, EE.UU. vicenc.navarro@upf.edu

² Directora del Observatorio de Salud Pública de Barcelona, España. cborrell@aspb.cat

³ Profesor del Instituto de Salud y Trabajo, Facultad de Medicina, Universidad de Toronto, Canadá. carles_muntaner@camh.net

⁴ Profesor de Salud Pública y Salud Laboral, Universidad Pompeu Fabra, España. joan.benach@cexs.upf.es

⁵ Coordinadora Académica del Programa en Políticas Públicas y Sociales, Departamento de Ciencias Políticas, Universidad Pompeu Fabra, España. agueda.quiroga@upf.edu

⁶ Investigadora de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, España. mrodrig@aspb.cat

⁷ Investigador de la Universidad Pompeu Fabra, España. jordi.guma@upf.edu

⁸ Investigadora de la Universidad Pompeu Fabra, España. nuria.verges@upf.edu

⁹ Jefa del Servicio de Salud Comunitaria, Agencia de Salud Pública de Barcelona, España. mpasarín@aspb.cat

RESUMEN El objetivo de este artículo es presentar los resultados principales del estudio que analizó el impacto que tiene el poder político sobre la mortalidad infantil y la esperanza de vida en la mayoría de países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico desde 1950 hasta 1998.

Los países se agruparon según la tradición política que los había gobernado durante más tiempo a lo largo de los años 1950-1998. La mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer fueron las variables dependientes. Las variables independientes se agruparon en variables de poder político, mercado de trabajo, estado del bienestar y desigualdades de renta. Se presenta un análisis descriptivo de todas las variables según tradición política y también coeficientes de correlación de Pearson entre las variables para distintos períodos.

La principal conclusión del estudio es que la duración de los gobiernos de partidos pro-redistributivos desempeña un papel importante en la reducción de las desigualdades de renta y en la disminución de la mortalidad infantil.

PALABRAS CLAVE Política; Mortalidad Infantil; Esperanza de Vida al Nacer; Mercado de Trabajo; Inequidad Social.

ABSTRACT The objective of this article is to report on the findings of a study that analysed the impact of politics on infant mortality and life expectancy in countries of the Organization for Economic Cooperation and Development from 1950 to 1998.

Countries were grouped by political tradition based on the parties that governed in these countries from 1950 to 1998. Infant mortality and life expectancy at birth were the dependent variables. Independent variables were grouped on political power, labour market, welfare state and income inequalities. It is presented a descriptive analysis of all variables by political tradition and also Pearson correlation coefficients between variables in different periods.

The main conclusion of the study is that the duration of pro-redistributive governments is related with the reduction of income inequalities and infant mortality.

KEY WORDS Politics; Infant Mortality; Life Expectancy at Birth; Job Market; Social Inequity.

1. INTRODUCCIÓN

Muy pocos estudios científicos han analizado las consecuencias de la agenda política de los partidos gobernantes en la salud de las poblaciones (1,2,3,4,5). Es sorprendente la falta de investigación en este tema ya que, en países democráticos, el poder político determina las políticas públicas, incluidas las políticas de salud. Además, si los poderes políticos elegidos democráticamente no fueran capaces de influenciar la política pública, estaríamos ante una severa crisis de la democracia.

En este artículo presentamos los resultados principales del estudio que analizó el impacto que tiene el poder político sobre la mortalidad infantil y la esperanza de vida en la mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) desde 1950 hasta 1998. Hemos centrado nuestro interés en el estudio de cómo los recursos políticos y de poder han influido los dos tipos de políticas públicas

–políticas de mercado de trabajo y políticas de estado de bienestar– que –tenemos razones para creer–, tienen un mayor impacto sobre el nivel de desigualdad de ingresos de un país y sobre el nivel de mortalidad tal como consta en el modelo conceptual de la Figura 1. Para llevar a cabo este objetivo, estudiamos la evolución de las variables de este modelo conceptual –poder político, mercado de trabajo, estado de bienestar, desigualdades económicas e indicadores de mortalidad– durante el período 1950-1998, así como las relaciones entre estas variables.

2. METODOLOGÍA

2.1 PAÍSES ESTUDIADOS Y SU AGRUPACIÓN

La hipótesis de estudio consistía en que las diferentes tradiciones políticas (socialdemócratas, demócrata-crístianos, liberales y ex dictoriales) que han existido y continúan existiendo

Figura 1. RELACIÓN ENTRE EL PODER POLÍTICO, EL MERCADO DE TRABAJO, EL ESTADO DE BIENESTAR, LA DESIGUALDAD DE RENTA Y LOS INDICADORES DE MORTALIDAD.



en los países de la OCDE durante la segunda mitad del siglo XX han tenido influencia sobre el tipo de estado de bienestar, el mercado de trabajo, el nivel de desigualdades de renta y el nivel de mortalidad.

Los países se agruparon según la tradición política que los había gobernado durante un período de tiempo mayor a lo largo de los años 1950-1998. Para hacer esto, seguimos la metodología descrita originalmente por Huber, Ragin y Stephens (6). Este método categorizaba las posiciones de los gabinetes según si los partidos gobernantes lo hacían en mayoría absoluta (una puntuación de 1, en una escala de 0 a 1, para cada mes de gobierno) o en alianza con otros partidos (puntuación de una fracción de 1, según el tiempo servido y con qué capacidad). Hicimos esto para todos los años desde 1946 (final de la Segunda Guerra Mundial) hasta 1998, último año para el cual se obtuvo esta información. Los grupos incluyen a los siguientes países:

- Países socialdemócratas: países donde los partidos socialdemócratas han gobernado durante los períodos de tiempo más largos. Éstos incluyen Suecia, Noruega, Dinamarca, Finlandia y Austria.
- Países demócrata-cristianos o conservadores: países donde los partidos demócrata-cristianos han gobernado durante los períodos de tiempo más largos; éstos incluyen Bélgica, Holanda, Alemania (refiriéndonos siempre a Alemania Occidental), Francia, e Italia.
- Países anglosajones liberales: países donde los partidos liberales han gobernado durante los períodos de tiempo más largos. Éstos incluyen Canadá, Irlanda, Gran Bretaña y Estados Unidos.
- Países ex autoritarios o ex dictatoriales: países donde partidos autoritarios o dictatoriales han gobernado durante los períodos de tiempo más largos. Éstos incluyen España, Grecia y Portugal. Estos países fueron gobernados por régimen autoritarios o dictatoriales durante el período que abarca desde 1950 hasta mediados de los años '70, disfrutando de democracias a partir de entonces. Por ello son, básicamente, nuevas democracias, ya que han sido democracias los últimos 20 ó 25 años.

2.2 VARIABLES ESTUDIADAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Siguiendo la conceptualización definida en el modelo de la Figura 1, obtuvimos datos para la mayor parte de la segunda mitad del siglo XX para la mayoría de países de la OCDE, tal como se describe a continuación.

Mortalidad

La mortalidad es la variable dependiente de nuestro modelo. La información de mortalidad se obtuvo de la Organización Mundial de la Salud para los años 1950-1998. Se obtuvieron la tasa de mortalidad infantil (TMI) por mil nacidos vivos y la esperanza de vida al nacer en años en hombres y mujeres.

Poder Político

Incluimos valores políticos, comportamientos políticos e instrumentos políticos que puedan favorecer o desfavorecer la redistribución de los recursos (incluyendo los ingresos) en una sociedad. Por ello tenemos en cuenta el comportamiento electoral medido por:

- a) *Tiempo de gobierno (medido en años y meses en el gobierno entre 1950 y 1998)* de partidos socialdemócratas, partidos demócrata-cristianos y partidos liberales, solos o en coalición con otros partidos. Estos datos fueron obtenidos de Müller y Strom (7) para gobiernos en coalición, de Alcantara Saez (8) para gobiernos sin coalición y de Caramani (9) y Huber, Ragin y Stephens (6) para la composición de los parlamentos y número de escaños de cada partido. Según estos autores (6,10), los partidos gobernantes que han estado más comprometidos tradicionalmente con las políticas públicas de redistribución y que pertenecen a una cultura más redistributiva son los partidos socialdemócratas, quienes citan explícitamente como uno de sus objetivos la redistribución de los recursos. En el lado opuesto están los partidos gobernantes menos comprometidos con la redistribución de recursos, que en esos estudios incluyen

los partidos anglosajones liberales o partidos anglosajones conservadores de creencias liberales (partidos liberales), quienes desenfatizan el papel del Estado como agente de redistribución. Entre el primer grupo –los partidos socialdemócratas–, y el segundo grupo –los partidos liberales–, están los partidos que, aunque no están tan explícitamente comprometidos con la redistribución de recursos como los partidos socialdemócratas, no están en contra de usar el Estado como forma de asegurar un conjunto de transferencias y servicios a beneficiarios, sujetos, no obstante, a sus contribuciones al estado de bienestar. Estos partidos incluyen los partidos demócrata-cristianos y los partidos conservadores basados en tradiciones judeo-cristianas (denominados partidos demócrata-cristianos). Un último grupo incluye los países gobernados por una tradición autoritaria o dictatorial en el sur de Europa, que mantuvieron sociedades altamente desigualitarias y beneficiaron a aquellos que disfrutaban de especial proximidad con el Estado autoritario o

dictatorial. Estos gobiernos fueron reemplazados en los períodos de democracia por gobiernos de partidos democráticos, fueran partidos socialdemócratas o demócrata-cristianos.

- b) *Votos a partidos pro-redistributivos (en porcentaje)*: Los datos se obtuvieron de las mismas fuentes citadas anteriormente (6,7,8,9). Para conseguirlo, seguimos la extendida tipología de Huber, Ragin y Stephens (6).
- c) *Participación electoral*: porcentaje del electorado que ha votado.

Mercado de Trabajo

La fuente de información fue la Organización Internacional de Trabajo (11). Las variables del mercado de trabajo en nuestro estudio son: porcentaje de población en el mercado de trabajo, porcentaje de mujeres en el mercado de trabajo, porcentaje de desempleo masculino y porcentaje de desempleo femenino.

Figura 2. MORTALIDAD INFANTIL EN LOS PAÍSES AGRUPADOS SEGÚN TRADICIÓN POLÍTICA, AÑOS 1950-1998.

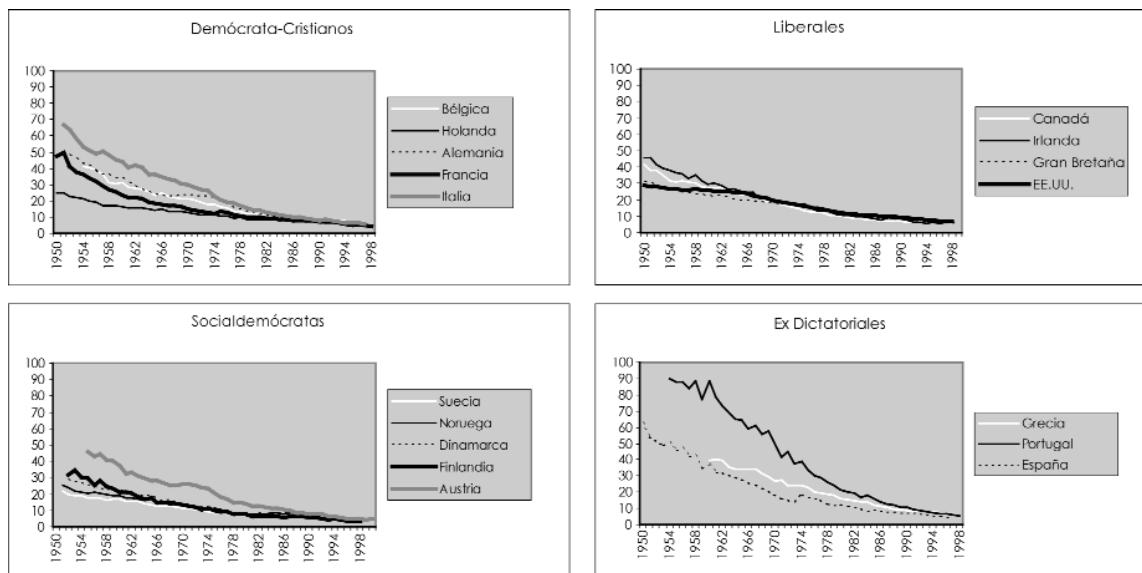
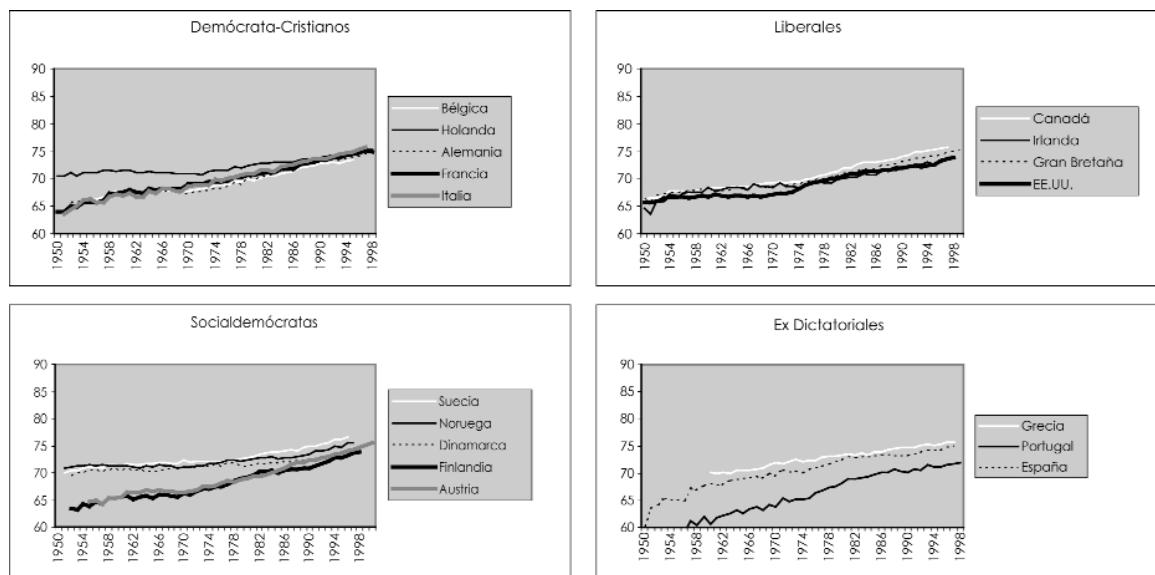


Figura 3. ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN HOMBRES EN LOS PAÍSES AGRUPADOS SEGÚN TRADICIÓN POLÍTICA, AÑOS 1950-1998.



Fuente: Elaboración propia.

Estado de Bienestar

La fuente de información fue la OCDE (12). Las variables del estado de bienestar fueron: porcentaje de gasto público en salud (respecto al producto bruto interno-PBI) y porcentaje de población con cobertura sanitaria pública.

Desigualdades de Renta

La desigualdad de renta se midió con el índice Theil (13) obtenido del University of Texas Inequality Project (14). También se obtuvo el PBI de cada país que es el valor total de la producción corriente de bienes y servicios finales dentro del territorio durante un año.

2.3 ANÁLISIS DE DATOS

Se presenta un análisis descriptivo de todas las variables según tradición política y también coeficientes de correlación de Pearson entre las variables independientes del modelo conceptual y entre las variables de mortalidad y las variables independientes para distintos períodos de tiempo (1972, 1977, 1982, 1987, 1992 y 1996).

3. RESULTADOS

3.1 MORTALIDAD INFANTIL Y ESPERANZA DE VIDA AL NACER

En las Figuras 2, 3 y 4 se muestra la evolución de la TMI y la esperanza de vida para

hombres y mujeres, por grupos de países. Podemos ver que para todo el período 1950-1998, la TMI fue menor en los países socialdemócratas, seguidos de los países demócrata-cristianos, a continuación por los países liberales, y por los ex dictoriales. Hacia finales de los '90, sin embargo, los niveles de mortalidad infantil y esperanza de vida fueron bastante similares, aunque los países socialdemócratas siguieron teniendo los mejores indicadores.

Es interesante observar la evolución de esos indicadores a lo largo del tiempo. Suecia, que tuvo en el gobierno durante más tiempo a un partido pro-redistributivo (el Partido Socialdemócrata gobernó ininterrumpidamente de 1932 a 1976 y de 1982 a 1991), había alcanzado ya en 1950, al principio del período, una TMI de 20 por mil nacimientos. Una situación similar se dio en Noruega y Dinamarca, que alcanzaron el nivel de la TMI que tenía Suecia en 1950, en los años 1958 y 1962 respectivamente. Austria, en cambio, alcanzó estos objetivos bastante tarde, en

1976. Es interesante destacar que los países demócrata-cristianos consiguieron esta tasa de mortalidad infantil 17 años después, los países liberales 19 años más tarde y los ex dictoriales 26 años después que Suecia.

Esas observaciones sugieren que los gobiernos pro-redistribución han tenido más éxito disminuyendo la TMI y aumentando la esperanza de vida que los otros grupos de países, con la excepción notable de Holanda, que había igualado el nivel de TMI sueco hacia finales de los '50 y la esperanza de vida sueca para hombres y mujeres al mismo tiempo que Suecia.

3.2 PODER POLÍTICO

Tiempo en el Gobierno de los Partidos Pro-redistributivos (Partidos Socialdemócratas)

La Figura 5 muestra el tiempo de los partidos pro-redistributivos en el gobierno (partidos

Figura 4. ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN MUJERES EN LOS PAÍSES AGRUPADOS SEGÚN TRADICIÓN POLÍTICA, AÑOS 1950-1998.

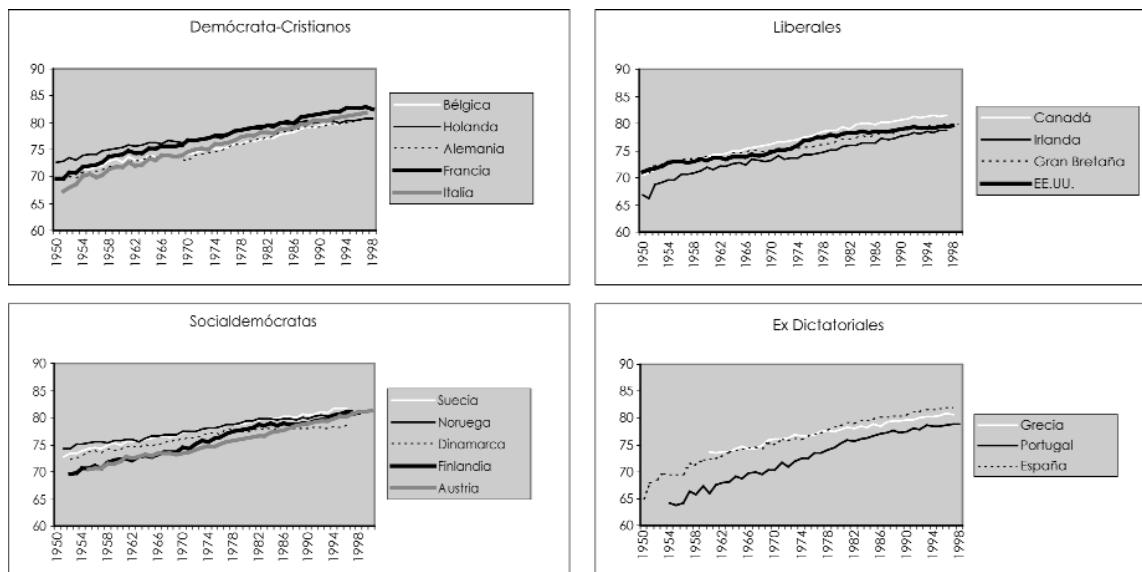
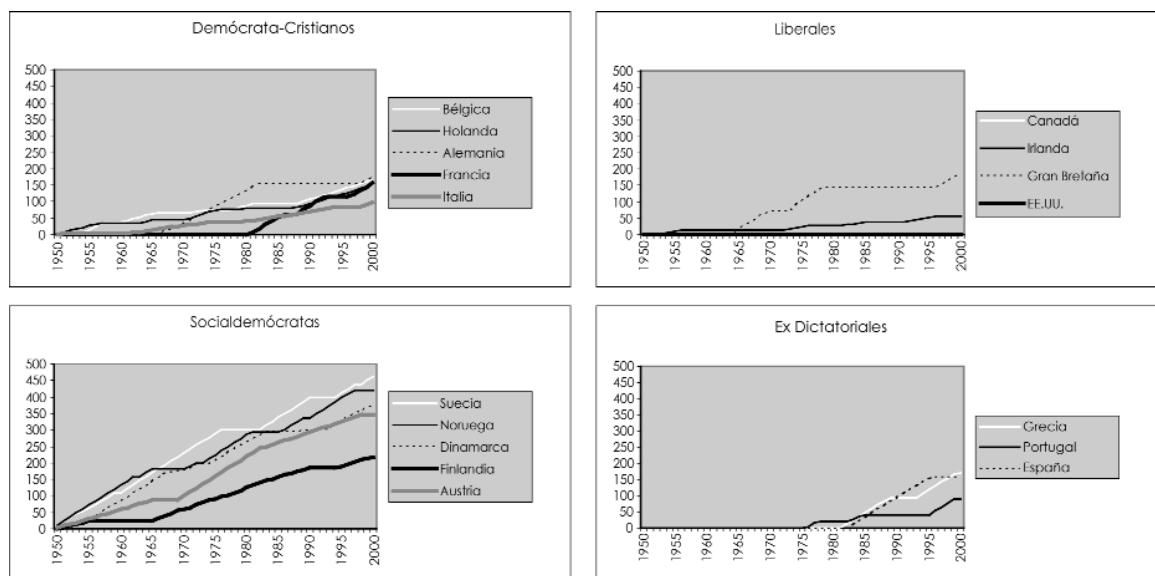


Figura 5. TIEMPO, EN MESES, DE GOBIERNO PRO-REDISTRIBUTIVO EN LOS PAÍSES AGRUPADOS SEGÚN TRADICIÓN POLÍTICA. AÑOS 1950-2000.



Fuente: Elaboración propia.

socialdemócratas) entre 1950 y 2000 para cada grupo de países. Como se esperaba, los países socialdemócratas tuvieron los períodos de gobierno más largos por partidos socialdemócratas, seguidos por los países demócrata-cristianos, y a continuación por los liberales. Los partidos socialdemócratas han gobernado por períodos de tiempo relativamente cortos en los países ex dictatoriales, aunque, durante el período democrático, han gobernado largos períodos de tiempo.

El país que ha tenido el período más corto de gobierno socialdemócrata (dentro de la tradición socialdemócrata) es Austria, donde ha tenido que gobernar en coalición con el partido demócrata-cristiano durante largos períodos de tiempo. Como veremos, esta situación política ha influido en las políticas de bienestar y mercado de trabajo de Austria. En el Reino Unido ni los partidos socialdemócratas ni los partidos demócrata-cristianos han gobernado largos períodos de tiempo, aunque el Partido Laborista ha gobernado unos 17 años durante todo el período.

El Cuadro 1 muestra las correlaciones entre la mortalidad infantil y las variables independientes y el Cuadro 2 entre la esperanza de vida y las mismas variables. Es interesante hacer notar que en el Cuadro 1 existe una relación fuerte, clara y consistente entre el tiempo en el gobierno de los partidos pro-redistribución y la menor TMI durante el período 1972-1996 (excepto 1987). El Cuadro 3 muestra las correlaciones entre las variables independientes y pone en evidencia las variables que están altamente correlacionadas con la duración de los gobiernos pro-redistributivos, lo que permite deducir que las políticas públicas a través de las cuales se ha favorecido la disminución de la TMI incluyen:

- 1) la expansión de los gastos públicos en salud en todo el período;
- 2) la expansión de la cobertura de los servicios sanitarios públicos (para los '70);
- 3) un porcentaje elevado de población activa para todo el período (excepto en 1996);

Cuadro 1. CORRELACIONES ENTRE MORTALIDAD INFANTIL Y LAS VARIABLES INDEPENDIENTES EN VARIOS AÑOS.

	1972	1977	1982	1987	1992	1996
PODER POLÍTICO						
Años de gobierno de partidos pro-redistributivos	-0,472*	-0,546*	-0,464*	-0,352	-0,507**	-0,747**
Votos a partidos pro-redistributivos (%)	-0,525**	-0,650**	0,460*	0,225	-0,098	0,058
Participación electoral (%)	-0,541**	-0,579**	0,076	-0,046	-0,085	-0,285
MERCADO DE TRABAJO						
Población activa (%)	-0,497*	-0,329	-0,458*	-0,292	-0,408	-0,235
Mujeres en el mercado de trabajo (%)	-0,269	-0,321	-0,381	-0,207	-0,301	-0,454*
Desempleo masculino (%)	0,215	-0,064	0,097	-0,106	0,036	-0,216
Desempleo femenino (%)	0,813**	0,207	0,503**	0,273	0,352	0,079
ESTADO DE BIENESTAR						
Gasto público en salud (%)	-0,237	-0,579**	-0,604**	-0,761**	-0,734**	-0,676**
Cobertura sanitaria (%)	-0,541**	-0,506**	-0,061	-0,061	-0,251	-0,366
DESIGUALDAD ECONÓMICA						
Índice de Theil	0,739**	0,748**	0,693**	0,693**	0,790**	0,772**
PBI per capita	-0,531**	-0,615**	-0,527**	-0,527**	-0,307	-0,229

Fuente: Elaboración propia.

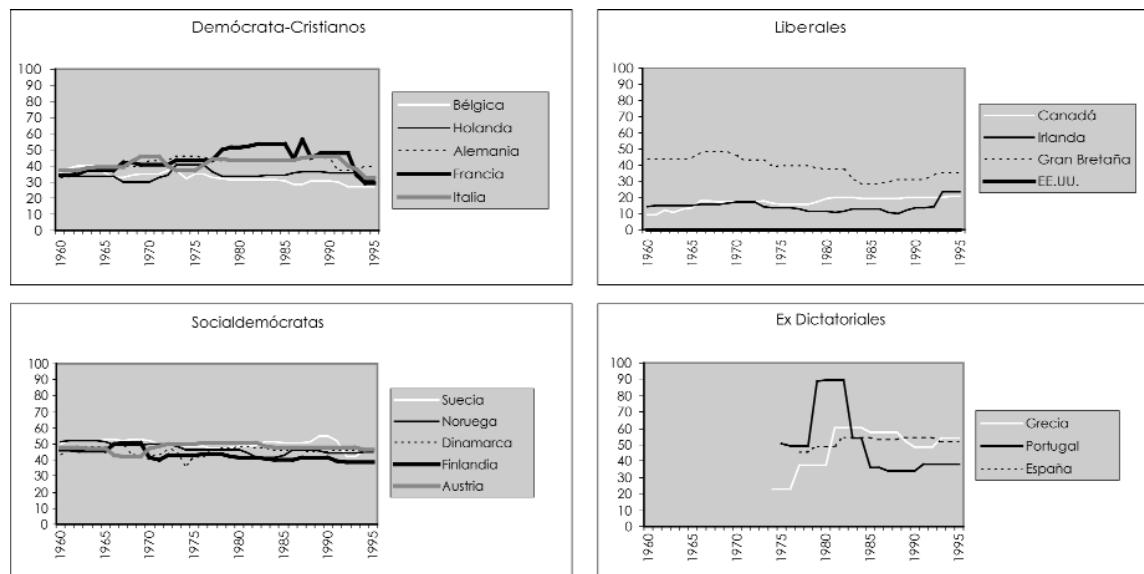
Notas:

PBI: Producto Bruto Interno

* estadísticamente significativo al 90%

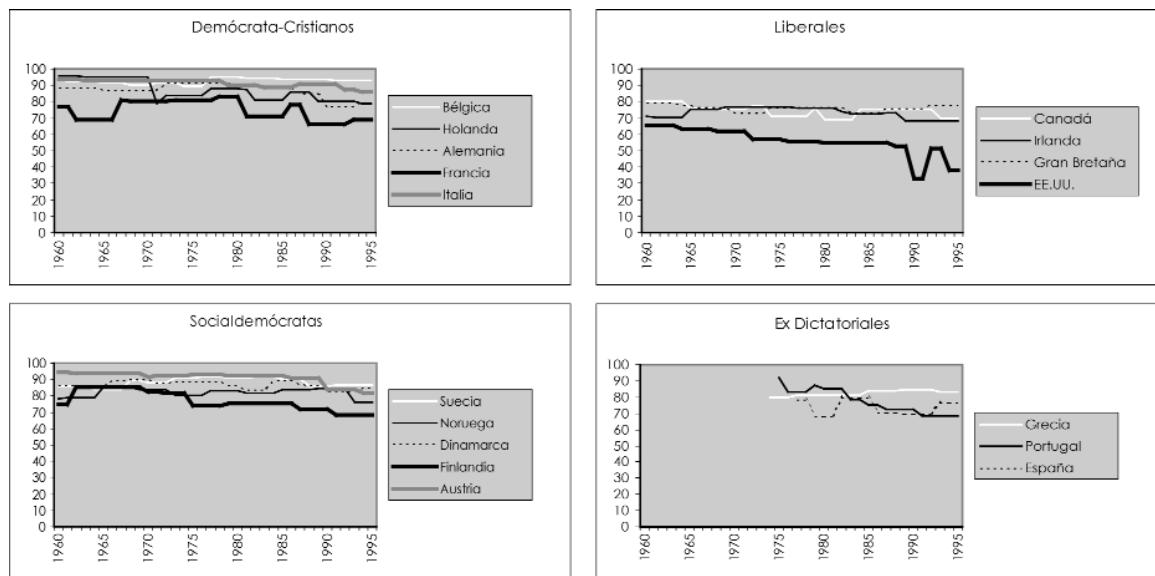
** estadísticamente significativo al 95%

Figura 6. PORCENTAJE DE VOTOS PARA PARTIDOS PRO-REDISTRIBUTIVOS EN LOS PAÍSES AGRUPADOS SEGÚN TRADICIÓN POLÍTICA. AÑOS 1960-1995.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 7. PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN ELECTORAL EN LOS PAÍSES AGRUPADOS SEGÚN TRADICIÓN POLÍTICA. AÑOS 1960-1995.



Fuente: Elaboración propia.

- 4) una reducción del desempleo femenino (excepto en 1992 y 1996) y masculino (excepto en 1972, 1992 y 1996); y
- 5) una reducción de las desigualdades de renta (medidas por el Índice Theil) para todo el período (excepto 1987).

Mientras que hubo una relación muy fuerte entre el tiempo de gobierno de los partidos pro-redistribución y la TMI, la relación fue menos fuerte entre esa variable y la esperanza de vida (Cuadro 2). Aún y así, la esperanza de vida estuvo muy relacionada con la duración en el gobierno de partidos pro-redistribución en 1972 (para hombres y mujeres).

Militancia de los Votantes

La Figura 6 muestra el nivel de apoyo a partidos pro-redistribución (partidos socialdemócratas) en los cuatro grupos de países. Como se esperaba, esos partidos tienen el mayor apoyo de

los votantes en los países socialdemócratas, particularmente en el caso de Suecia, seguidos de cerca por los países demócrata-cristianos.

Como muestra el Cuadro 1, una fuerte militancia en el voto a los partidos pro-redistribución estaba relacionada negativamente con la TMI durante los años '70 (a más porcentaje de votos a partidos pro-redistributivos, menor mortalidad infantil). Es interesante destacar del Cuadro 3 que había también una relación entre el voto a las políticas pro-redistribución y la menor desigualdad de renta para los años '70 y los primeros '80, pero no para finales de los '80 y los '90. No había relación entre la militancia a favor de los partidos pro-redistribución y la esperanza de vida, con la excepción de las mujeres en 1977 y 1992 y los hombres en 1992 (Cuadro 2).

Participación Electoral

La Figura 7 muestra la evolución de la participación de los votantes en todos los países

Cuadro 2. CORRELACIONES ENTRE LA ESPERANZA DE VIDA EN MUJERES Y HOMBRES Y LAS VARIABLES INDEPENDIENTES EN VARIOS AÑOS.

	1972	1977	1982	1987	1992	1996
MUJERES						
PODER POLÍTICO						
Años de gobierno de partidos pro-redistributivos	0,440*	0,355	0,103	-0,016	-0,041	0,169
Votos a partidos pro-redistributivos (%)	0,408	0,569**	0,025	0,388	0,590**	0,267
Participación electoral (%)	0,256	0,351	-0,181	0,051	0,007	0,268
MERCADO DE TRABAJO						
Población activa (%)	0,320	0,158	0,180	-0,019	-0,114	-0,332
Mujeres en el mercado de trabajo (%)	0,058	0,147	0,175	0,044	0,036	-0,052
Desempleo masculino (%)	-0,305	0,220	-0,152	0,005	-0,042	0,085
Desempleo femenino (%)	-0,638**	0,039	-0,170	0,111	0,182	0,250
ESTADO DE BIENESTAR						
Gasto público en salud (%)	0,295	0,375	0,164	0,396	0,438*	0,412
Cobertura sanitaria (%)	0,352	0,254	-0,110	-0,079	0,063	0,228
DESIGUALDAD ECONÓMICA						
Índice de Theil	-0,545**	-0,462*	-0,355	-0,434*	-0,274	-0,318
PBI per capita	0,456*	0,603**	0,415*	0,404	0,304	0,081
HOMBRES						
PODER POLÍTICO						
Años de gobierno de partidos pro-redistributivos	0,444*	0,374	0,111	0,045	0,199	0,361
Votos a partidos pro-redistributivos (%)	-0,012	0,241	-0,215	0,304	0,467*	0,324
Participación electoral (%)	-0,023	0,322	-0,116	0,220	0,315	0,530**
MERCADO DE TRABAJO						
Población activa (%)	0,247	-0,125	-0,050	-0,182	-0,032	-0,078
Mujeres en el mercado de trabajo (%)	-0,265	-0,274	-0,195	-0,258	-0,055	-0,041
Desempleo masculino (%)	-0,448	0,184	-0,052	0,139	-0,001	-0,057
Desempleo femenino (%)	-0,656**	-0,064	-0,194	0,165	0,061	-0,017
ESTADO DE BIENESTAR						
Gasto público en salud (%)	0,228	0,577**	0,386	0,557**	0,543**	0,494*
Cobertura sanitaria (%)	0,188	0,223	-0,100	0,028	0,123	0,182
DESIGUALDAD ECONÓMICA						
Índice de Theil	-0,332	-0,315	-0,168	-0,258	-0,415*	-0,489*
PBI per capita	0,084	0,195	0,069	0,100	0,162	0,192

Fuente: Elaboración propia.

Notas:

PBI: Producto Bruto Interno

* estadísticamente significativo al 90%

** estadísticamente significativo al 95%

de la OCDE desde 1960 (cuando empezó a disponerse de datos comparables). Es interesante hacer notar que la alta participación electoral ha sido una seña de identidad de la mayoría de los países. Las excepciones son Finlandia (en los países socialdemócratas), que vio un declive sustancial después de mediados de los '70, y Estados Unidos (en los países liberales), que ha visto un drástico declive desde principios de los '60.

En las nuevas democracias, la participación electoral comenzó cuando los regímenes autoritarios o dictatoriales finalizaron a mediados de los años '70. Desde entonces, la participación electoral se ha mantenido muy alta en Grecia (y en menor grado en España) y ha disminuido sustancialmente en Portugal.

En el Cuadro 1 podemos observar una relación positiva muy fuerte entre la participación electoral y la tasa de mortalidad infantil (TMI) durante los años '70, pero no para el resto del período. Esta relación entre participación de los votantes y la TMI durante los '70 podría ser el reflejo de una relación muy fuerte durante esa década entre la participación electoral y:

- 1) la militancia a favor de la redistribución;
- 2) el gasto en sanidad pública y la cobertura de la misma, que persistió en las décadas del '80 y '90, pero también en el caso de la cobertura sanitaria para los '80 y '90; y
- 3) la menor desigualdad de renta, en la década del '70 pero no en los '80 y '90 (Cuadro 3).

El Cuadro 2 no muestra ninguna relación entre la participación de los votantes y la esperanza de vida, con la excepción de los hombres en 1996.

3.3 MERCADO DE TRABAJO

Participación en el Mercado de Trabajo

El Cuadro 3 muestra una clara relación positiva para todo el período 1972-1992 (aunque no en 1996) entre el porcentaje de población activa y la duración de los gobiernos pro-redistributivos. Esto es seguramente el resultado de las importantes políticas de los partidos socialdemócratas por el pleno empleo.

Vemos en los Cuadros 1 y 2, no obstante, que excepto en 1972 y 1982, no hubo relación entre el porcentaje de población activa y la TMI o la esperanza de vida (para hombres o mujeres).

Participación Femenina en el Mercado de Trabajo

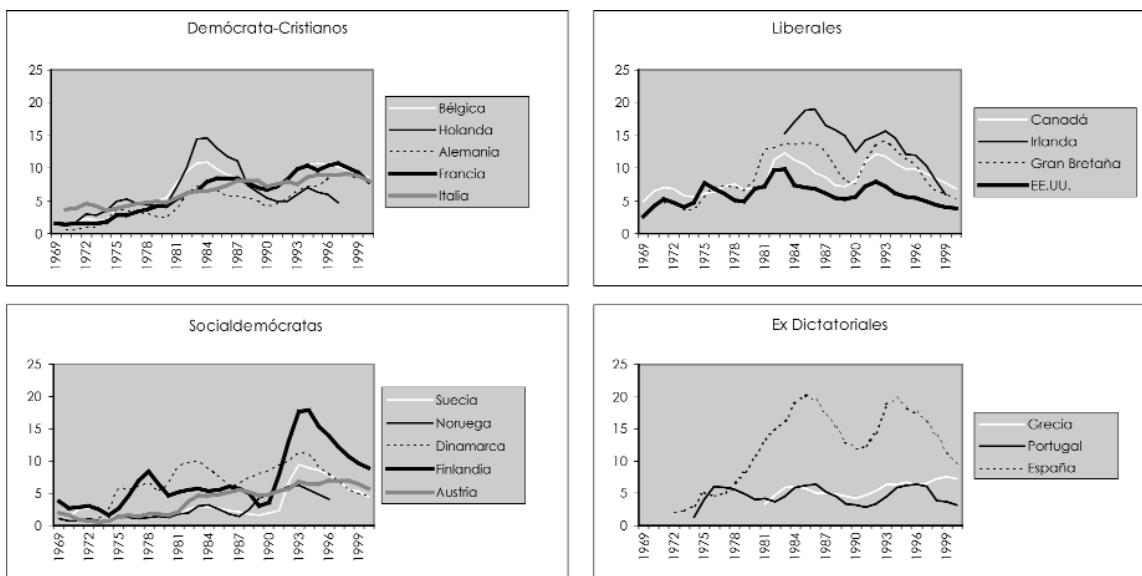
Existieron algunas variaciones importantes en la participación femenina durante el período 1950-2000. Los países socialdemócratas tuvieron la mayor participación femenina (entre el 80% en Suecia y el 68% en Noruega en 1990). La única excepción importante fue Austria (55% en 1990), debido a que los partidos socialdemócratas compartieron el poder con partidos demócrata-cristianos que no favorecieron la integración de las mujeres en el mercado de trabajo. El porcentaje de Austria fue así similar al de los países demócrata-cristianos (de un 45% en Italia a un 57% en Francia). Los países liberales tuvieron una gran participación femenina, mayor que en los países demócrata-cristianos pero menor que en los países socialdemócratas. La única excepción fue Irlanda, que tuvo el menor porcentaje de mujeres activas de todos los países. Los países ex dictoriales tuvieron los niveles más bajos de participación femenina en los años '50 (inferior al 25%), pero este déficit se fue corrigiendo durante los '70 y '80, aunque el porcentaje siguió siendo bajo (entre el 41% y el 58% en 1990).

Los Cuadros 1 y 2 no muestran una relación, no obstante, entre el porcentaje de mujeres en el mercado de trabajo y la TMI (excepto en 1996) o la esperanza de vida.

Desempleo Masculino

La Figura 8, que muestra cambios en la tasa de desempleo masculino por grupos de países, revela algunas diferencias importantes. Una es que los países socialdemócratas tuvieron menor desempleo masculino durante todo el período 1969-1999, excepto a principios de los '90. A principios de los '90, la tasa de desempleo para Finlandia y Suecia aumentó dramáticamente, disminuyendo hacia finales de los '90 hasta las tasas tradicionalmente bajas de desempleo. Estos dos picos de desempleo (presentados de

Figura 8. PORCENTAJE DE DESEMPLERO MASCULINO EN LOS PAÍSES AGRUPADOS SEGÚN TRADICIÓN POLÍTICA.
AÑOS 1969-1999.



Fuente: Elaboración propia.

forma equivocada y tendenciosa en algunas partes como un indicador del agotamiento del estado de bienestar de esos países) fueron debidos a dos factores: el hundimiento de la Unión Soviética, que afectó particularmente a Finlandia, uno de sus principales socios comerciales, y la unificación de Alemania, que aumentó el precio del dinero (el tipo de interés) y del marco alemán, medidas que fueron necesarias para atraer inversiones y capitales hacia Alemania pero que afectaron negativamente a la corona sueca, que estaba ligada al marco alemán. Una vez que esas fracturas coyunturales se resolvieron, el desempleo volvió a sus niveles tradicionalmente bajos. Dinamarca, a propósito, también tuvo niveles de desempleo atípicamente altos a principios de los '80 y '90.

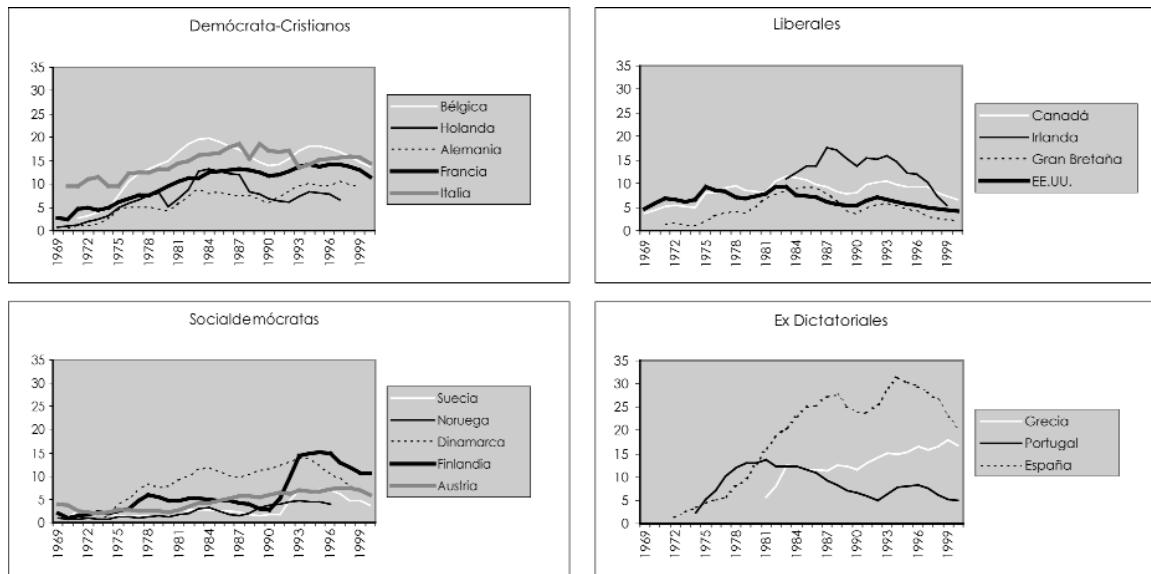
Los países con mayor desempleo fueron los liberales, aunque todos ellos vieron un descenso considerable en la década del '90. La tasa

de desempleo en los países demócrata-cristianos aumentó lentamente durante el período 1969-1999, excepto en Holanda. Este país tuvo un rápido aumento durante la recesión de principios de los '80, que se invirtió durante los '90, de manera que Holanda tuvo una de las tasas de desempleo más bajas en los '90.

Los países ex dictoriales tuvieron un desempleo bajo durante todo el período, excepto España, que tras el principio de los '80 tuvo la tasa de desempleo más alta de todos los países de la OCDE.

Es importante destacar en el Cuadro 3 que la tasa de desempleo está inversamente relacionada con el tiempo en el gobierno de los partidos pro-redistribución durante los años '70 y '80, pero no durante los '90. Los Cuadros 1 y 2, no obstante, muestran que no hubo relación en todo el período entre la tasa de desempleo masculino y la TMI o la esperanza de vida.

Figura 9. PORCENTAJE DE DESEMPLEO FEMENINO EN LOS PAÍSES AGRUPADOS SEGÚN TRADICIÓN POLÍTICA. AÑOS 1969-1999.



Fuente: Elaboración propia.

Desempleo Femenino

La Figura 9 muestra las abundantes similitudes en la evolución de las tasas de desempleo femenino y masculino, aunque merece la pena destacar algunas diferencias importantes. Los países socialdemócratas tuvieron las tasas de desempleo femenino más bajas, junto con los países liberales (excepto Irlanda). Los demócrata-cristianos tuvieron las tasas de desempleo femenino más altas, junto con los países ex dictoriales (España tuvo la tasa de desempleo más alta, seguida por Grecia). Parece que las culturas patriarcales conservadoras que confían primordialmente en la familia como unidad de apoyo de su población tienen mayores tasas de desempleo en mujeres, en parte debido al número limitado de políticas públicas dirigidas a fomentar la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo.

Existió una relación negativa consistente entre el desempleo femenino y la duración en el gobierno de los partidos pro-redistribución en los años '70 y '80, pero no en los '90 (Cuadro 3).

Una relación entre el mayor desempleo femenino y la mayor TMI es evidente para 1972 y 1982, pero no para 1977, 1987, 1992 y 1996 (Cuadro 1). No existe tal relación entre la tasa de desempleo femenino y la esperanza de vida, con la excepción de 1972 (Cuadro 2).

3.4 ESTADO DE BIENESTAR

Gasto Público en Salud

La Figura 10 muestra que el gasto público en salud aumentó en todos los países de forma bastante significativa tras la década del '60, alcanzando un gasto máximo en diferentes años, y disminuyendo un poco hacia finales de los '90. El mayor gasto en sanidad pública de los países socialdemócratas tuvo lugar a principios de los '80 (Suecia: 8,5% del PBI en 1982; Dinamarca: 8,2% en 1982) y los '90 (Noruega: 7,1% en 1998; Finlandia: 7,3% en 1993; Austria: 6,2% en 1995). Desde entonces, este

gasto ha ido disminuyendo en todos los países socialdemócratas (excepto Noruega).

El gasto en sanidad pública ha sido, en general, menor en los países demócrata-cristianos, menor aún en los países liberales, y mínimo en los ex dictatoriales. Debido al descenso en los países socialdemócratas y al aumento continuado en los países demócrata-cristianos y liberales, existe una convergencia del gasto público en salud hacia un nivel entre el 4,7% (Grecia) y el 7,8% (Alemania) en 1998, diluyendo las diferencias entre esos tipos de países. Los países ex dictatoriales continúan siendo los rezagados en cuanto a gasto público en salud.

Los datos del Cuadro 1 revelan una relación fuerte, y continua entre el gasto público en salud y la menor TMI para todo el período (excepto 1972). Esta es la variable que se correlaciona mejor (junto con la desigualdad

de ingresos y la duración de las políticas pro-redistributivas) con la menor TMI. También vemos relación fuerte y positiva entre el gasto público en salud y la esperanza de vida para los hombres (excepto en 1972 y 1982), aunque menos para las mujeres (excepto en 1992) (Cuadro 2). También el Cuadro 3 muestra que el gasto en sanidad pública está fuertemente relacionado para todo el período con la duración de los gobiernos de partidos pro-redistribución (partidos más inclinados a aumentar el gasto en el sector servicios del estado de bienestar) y con la reducción de las desigualdades de renta (medidas por el Índice Theil), debido al impacto redistributivo del gasto público en salud.

Cobertura de la Sanidad Pública

La Figura 11 muestra cómo los países socialdemócratas ya habían alcanzado una

Figura 10. GASTO PÚBLICO EN SALUD, COMO PORCENTAJE DEL PRODUCTO BRUTO INTERNO, EN LOS PAÍSES AGRUPADOS SEGÚN TRADICIÓN POLÍTICA. AÑOS 1960-2000.

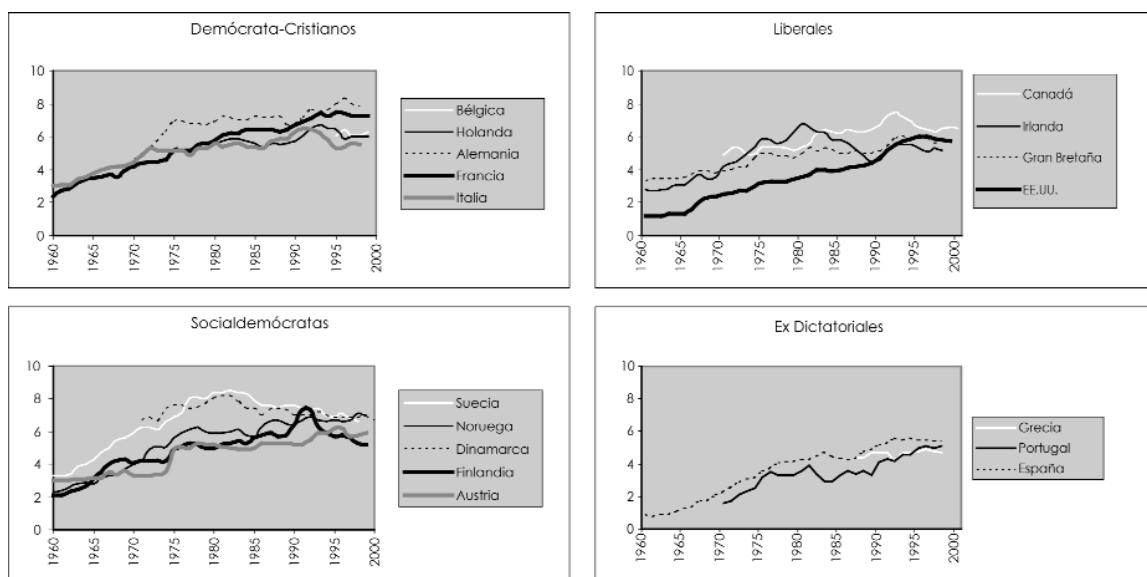
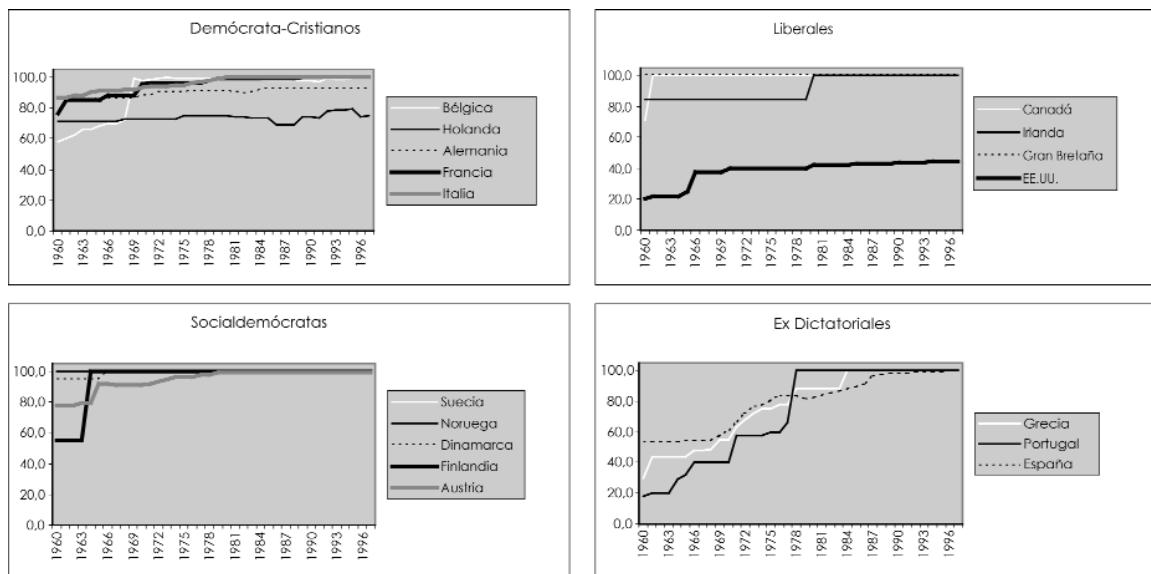


Figura 11. PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON COBERTURA SANITARIA PÚBLICA EN LOS PAÍSES AGRUPADOS SEGÚN TRADICIÓN POLÍTICA. AÑOS 1960-1996.



Fuente: Elaboración propia.

cobertura completa (100%) de los beneficios de la sanidad pública en los años '60, cuando esa información estuvo disponible por primera vez en términos comparables. No fue así en los países demócrata-cristianos: Alemania e Italia todavía tenían déficits importantes de cobertura en 1996. En los países liberales la cobertura fue casi completa, excepto en Estados Unidos, donde la mayoría de la población (54%) aún no está cubierta por la sanidad pública. En los países ex dictatoriales, la cobertura casi era completa en el año 2000.

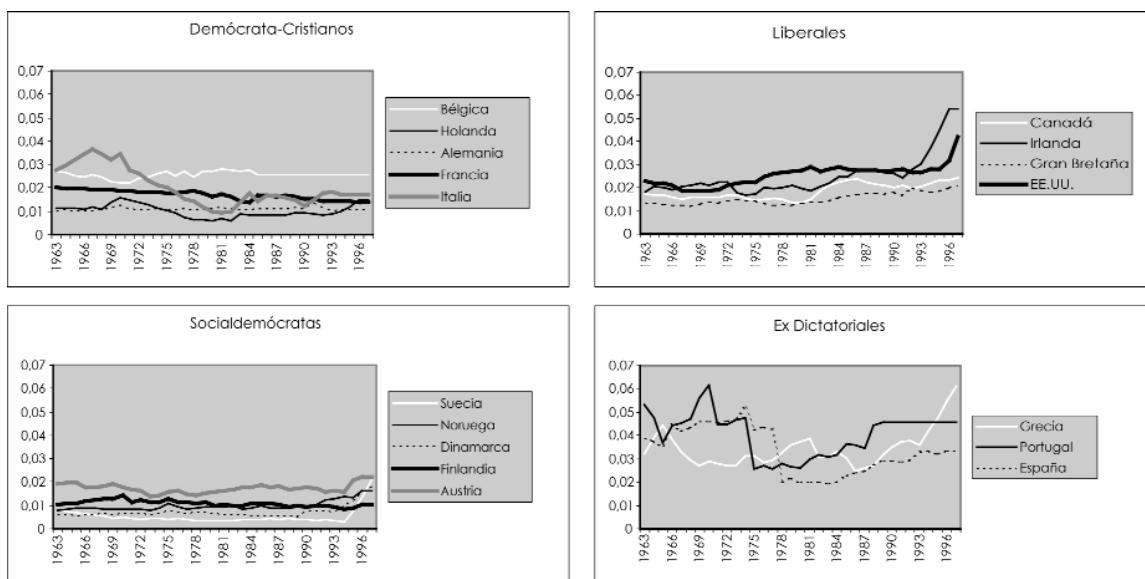
Es importante mencionar que según el Cuadro 1, mientras que la cobertura de la sanidad pública está claramente relacionada con la menor TMI (en los '70), esa relación disminuye cuando la mayoría de los países de la OCDE alcanzaron una cobertura casi completa. No existió tal relación para la esperanza de vida (Cuadro 2).

3.5 DESIGUALDADES ECONÓMICAS

La Figura 12 muestra importantes variaciones en las desigualdades de ingresos (medidas por el índice Theil) entre los cuatro grupos de países. Previsiblemente, los países socialdemócratas, con gobiernos más pro-distributivos, tienen las desigualdades más bajas, seguidos por los países demócrata-cristianos, y a continuación por los liberales. Los países ex dictatoriales tienen las mayores desigualdades.

Sin embargo, hay varios puntos a destacar aquí. El nivel de las desigualdades aumentó considerablemente en todos los países socialdemócratas durante la segunda mitad de los '90, una situación que no ocurrió en los países demócrata-cristianos (excepto en Holanda) pero sí ocurrió en los países liberales. Dentro de este último grupo de países, las desigualdades en Irlanda y Estados Unidos aumentaron drásticamente en la segunda mitad de los años '90. Las desigualdades en los países ex dictatoriales eran muy altas al

Figura 12. ÍNDICE DE THEIL EN LOS PAÍSES AGRUPADOS SEGÚN TRADICIÓN POLÍTICA, AÑOS 1963-1996.



Fuente: Elaboración propia.

comienzo del período (principios de los '60), cuando todos esos países estaban bajo régimes autoritarios o dictatoriales. Durante los períodos democráticos esas desigualdades disminuyeron, pero siguieron siendo elevadas y aumentaron de nuevo en los '90 (especialmente en Grecia).

Hay una relación muy fuerte y continua entre las desigualdades de renta y la duración de los gobiernos pro-redistribución para todo el período 1972-1996 (ver Cuadro 3). Cuanto mayor ha sido el tiempo en que han gobernado los partidos pro-redistribución, menores son las desigualdades. También se hace evidente una fuerte relación entre participación de los votantes –así como votos a favor de partidos pro-redistribución– y menos desigualdades durante los '70 (pero no para otras décadas). También hay una relación muy fuerte y continua (para todo el período) entre menores desigualdades de renta y mayores gastos públicos en salud, probablemente como resultado de los efectos redistributivos

de los gastos públicos sanitarios que tienden a favorecer a la gente mayor y las clases populares.

Apreciamos una relación entre bajas desigualdades y mayor población activa, aunque esta relación no aparece en 1977 y 1987. También es evidente una relación fuerte y continua (excepto en 1982) entre desigualdades y el nivel general de desarrollo de un país (medido por el PBI per capita), es decir, cuanto más desarrollado es el país, menores son las desigualdades.

El Cuadro 1 muestra también una relación clara y fuerte entre las desigualdades y la TMI para todo el período 1972-1996; esto es, cuanto menores son las desigualdades, menor es la TMI. También encontramos una relación negativa entre el índice Theil y la duración de la esperanza de vida, que alcanza niveles significativos estadísticamente en 1972, 1977, y 1987 en mujeres y en 1992 y 1996 en los hombres (Cuadro 2).

Cuadro 3. CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES EN VARIOS AÑOS.

AÑO 1972	PODER POLÍTICO	ESTADO DE BIENESTAR			MERCADO DE TRABAJO			DESIGUALDADES ECONÓMICAS	
		Gasto público en salud	Cobertura sanitaria	Población activa	Mujeres en el mercado de trabajo (%)	Desempleo masculino	Desempleo femenino	Índice de Theil	PBI per cápita
Años de gobierno de partidos pro-redistributivos	1,000	0,445	0,457	0,630**	0,559**	0,623**	0,163	-0,471	-0,505**
Votos a partidos pro-redistributivos (%)	1,000	0,824**	0,652**	0,715**	0,465	0,392	0,677**	0,190	-0,757**
Participación electoral (%)		1,000	0,739**	0,760**	0,413	0,068	-0,406	-0,607	-0,770**
ESTADO DE BIENESTAR									
Gasto público en salud (%)		1,000	0,799**	0,622**	0,169	-0,086	-0,660**	-0,636**	-0,007
Cobertura sanitaria (%)			1,000	0,445	-0,064	0,111	-0,463	-0,665**	0,191
MERCADO DE TRABAJO									
Población activa (%)				1,000	0,766**	-0,092	-0,437	-0,681	0,375
Mujeres en el mercado de trabajo (%)					1,000	0,301	0,206	0,471	0,422
Desempleo masculino (%)						1,000	0,454	0,225	0,134
Desempleo femenino (%)							1,000	0,685**	0,528**
DESIGUALDAD ECONÓMICA									
Índice de Theil								1,000	-0,621**
PBI per capita									1,000

Fuente: Elaboración propia.

Notas:

PBI: Producto Bruto Interno
* estadísticamente significativo al 90%
** estadísticamente significativo al 95%

Cuadro 3. Continuación

AÑO 1977	PODER POLÍTICO	ESTADO DE BIENESTAR		MERCADO DE TRABAJO		DESIGUALDADES ECONÓMICAS	
		Gasto público en salud	Cobertura sanitaria	Mujeres en el mercado de trabajo	Desempleo masculino	Desempleo femenino	Índice de Theil
PODER POLÍTICO	Años de gabinete pro-redistributivos de partidos pro-redistributivos	0,445	0,457	0,590**	0,521**	0,602**	0,478
	Votos a partidos pro-redistributivos (%)	1,000	0,775	0,437	0,501**	0,344	0,458
	Participación electoral (%)		1,000	0,679**	0,573**	0,100	0,166
ESTADO DE BIENESTAR	Gasto público en salud (%)		1,000	0,628**	0,313	0,152	0,059
	Cobertura sanitaria (%)			1,000	0,307	0,230	0,274
MERCADO DE TRABAJO	Populación activa (%)				1,000	0,938**	-0,329
	Mujeres en el mercado de trabajo (%)					1,000	-0,307
	Desempleo masculino (%)					1,000	0,546**
	Desempleo femenino (%)					1,000	0,247
DESIGUALDAD ECONÓMICA	Índice de Theil					1,000	-0,522**
	PBI per capita						1,000

FuentE: Elaboración propia.

Notas:

PBI: Producto Bruto Interno

* estadísticamente significativo al 90%

** estadísticamente significativo al 95%

Cuadro 3. Continuación

AÑO 1982	PODER POLÍTICO	ESTADO DE BIENESTAR	MERCADO DE TRABAJO	DESIGUALDADES ECONÓMICAS
PODER POLÍTICO				
Años de gobierno de partidos pro-redistributivos	1,000	-0,048	0,424	0,670**
Votos a partidos pro-redistributivos (%)	1,000	0,024	-0,418	0,149
Participación electoral (%)		1,000	0,530**	0,675**
ESTADO DE BIENESTAR				
Gasto público en salud (%)		1,000	0,406	0,372
Cobertura sanitaria (%)			1,000	0,224
MERCADO DE TRABAJO				
Población activa (%)				1,000
Mujeres en el mercado de trabajo (%)				1,000
Desempleo masculino (%)				1,000
Desempleo femenino (%)				1,000
DESIGUALDAD ECONÓMICA				
Índice de Theil				1,000
PBI per capita				1,000

Fuente: Elaboración propia.

Notas:

PBI: Producto Bruto Interno

* estadísticamente significativo al 90%

** estadísticamente significativo al 95%

Cuadro 3. Continuación

AÑO 1987	PODER POLÍTICO	ESTADO DE BIENESTAR		MERCADO DE TRABAJO		DESIGUALDADES ECONÓMICAS	
		Gasto público en salud	Cobertura sanitaria	Mujeres en el mercado de trabajo	Desempleo masculino	Desempleo femenino	Índice de Theil
PODER POLÍTICO	Años de gabinete pro-redistributivos de partidos pro-redistributivos	0,034 1,000	0,548** 0,123	0,550** 0,090	0,330 0,202	0,649** 0,398	-0,502** 0,018
	Votos a partidos pro-redistributivos (%)	1,000	0,461	0,586**	0,032	-0,037 -0,241	-0,615** 0,080
	Participación electoral (%)		1,000	0,342	0,360	0,254 0,145	-0,721 -0,323
ESTADO DE BIENESTAR	Gasto público en salud (%)	1,000	1,000	0,060	0,019	-0,168 -0,007	0,282 -0,140
	Cobertura sanitaria (%)					-0,797** -0,167	0,390 -0,466*
MERCADO DE TRABAJO	Populación activa (%)		1,000	0,926**	-0,720**	0,807**	0,476 0,557**
	Mujeres en el mercado de trabajo (%)			1,000	-0,652**	-0,623**	-0,333 0,566**
	Desempleo masculino (%)				1,000	0,676**	0,186 -0,304
	Desempleo femenino (%)					1,000	0,413 -0,393
DESIGUALDAD ECONÓMICA	Índice de Theil					1,000	-0,437*
	PBI per capita						1,000

FuentE: Elaboración propia.

Notas:

PBI: Producto Bruto Interno

* estadísticamente significativo al 90%

** estadísticamente significativo al 95%

Cuadro 3. Continuación

AÑO 1992	PODER POLÍTICO	ESTADO DE BIENESTAR	MERCADO DE TRABAJO	DESIGUALDADES ECONÓMICAS
PODER POLÍTICO				
Años de gobierno de partidos pro-redistributivos	1,000	0,281	0,536**	0,621**
Votos a partidos pro-redistributivos (%)	1,000	0,118	0,444	-0,020
Participación electoral (%)		1,000	0,476	0,533**
ESTADO DE BIENESTAR				
Gasto público en salud (%)		1,000	0,246	0,477
Cobertura sanitaria (%)			1,000	-0,131
MERCADO DE TRABAJO				
Población activa (%)			1,000	0,903**
Mujeres en el mercado de trabajo (%)				1,000
Desempleo masculino (%)				1,000
Desempleo femenino (%)				1,000
DESIGUALDAD ECONÓMICA				
Índice de Theil				1,000
PBI per capita				1,000

Fuente: Elaboración propia.

Notas:

PBI: Producto Bruto Interno

* estadísticamente significativo al 90%

** estadísticamente significativo al 95%

Cuadro 3. Continuación

AÑO 1996	PODER POLÍTICO	ESTADO DE BIENESTAR	MERCADO DE TRABAJO	DESIGUALDADES ECONÓMICAS
PODER POLÍTICO		Gasto público en salud	Mujeres en el mercado de trabajo	Índice de Theil
	Votos de gobiernos pro-redistributivos	Participación electoral	Desempleo femenino	PBI per capita
	Años de gobierno de partidos pro-redistributivos	0,160	0,346	0,414
	Votos a partidos pro-redistributivos (%)	1,000	-0,075	0,118
	Participación electoral (%)		0,189	0,605**
ESTADO DE BIENESTAR				
	Gasto público en salud (%)	1,000	0,069	0,410
	Coberatura sanitaria (%)		1,000	-0,281
MERCADO DE TRABAJO				
	Population activa (%)		1,000	0,806**
	Mujeres en el mercado de trabajo (%)			1,000
	Desempleo masculino (%)			1,000
	Desempleo femenino (%)			1,000
DESIGUALDAD ECONÓMICA				
	Índice de Theil			1,000
	PBI per capita			1,000

FuentE: Elaboración propia.

Notas:

PBI: Producto Bruto Interno

* estadísticamente significativo al 90%

** estadísticamente significativo al 95%

4. CONCLUSIONES

Se ha presentado una gran cantidad de información sobre la evolución en el tiempo de las variables del modelo conceptual (Figura 1) por tipología del país; así como sobre las asociaciones entre las variables, tanto las independientes entre sí, como la relación entre la TMI y la esperanza de vida para hombres y mujeres y las variables independientes. Por lo tanto en estas conclusiones vamos a enfatizar los resultados más novedosos y relevantes para la salud pública.

Una conclusión de nuestro estudio es que la duración de los gobiernos de partidos pro-redistribución desempeña un papel importante en la reducción de las desigualdades de renta y en la disminución de la TMI. Otros investigadores lo han descrito anteriormente (1,4) pero aquí lo hemos reafirmado utilizando una información de un largo período de tiempo. Por lo tanto, la política importa, un hallazgo muy relevante del estudio. Agrupando los países como lo hemos hecho, para desvelar su compromiso con políticas redistributivas, se observa que cuanto mayor es el compromiso redistributivo y más largo el período de gobierno de partidos pro-redistribución, menores son las desigualdades de renta y la TMI. En cambio, no existe una relación así de clara para la esperanza de vida.

Existe una relación clara y fuerte entre la desigualdad de renta y la TMI. Es importante no hacer hipótesis causales especulativas sobre la relación entre desigualdad de renta y la TMI, ya que las desigualdades de ingresos son indicadores de desigualdades sociales (4), para las cuales los ingresos son una representación útil. Pero el mensaje del estudio es claro: la reducción de las desigualdades sociales es de gran importancia para reducir la TMI.

Asimismo, se ha observado una relación clara entre la duración de los gobiernos de partidos pro-redistribución y las variables del estado de bienestar como el gasto público en salud (que está también clara y consistentemente relacionado con una menor TMI), aunque la cobertura de los servicios sanitarios pierde relevancia ya que los niveles de cobertura tienden a ser similares para todos los países (excepto Estados Unidos) (5). Igualmente debe tenerse en cuenta el papel positivo de las variables de mercado de trabajo, como por ejemplo, la importancia de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, participación que aumenta en los países gobernados por partidos socialdemócratas.

NOTAS FINALES

a. Este artículo es un compendio de los siguientes trabajos publicados anteriormente: Navarro V, Borrell C, Benach J, Muntaner C, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, Vergés N, Gumà J, Pasarín MI. The Importance of the Political and the Social in Explaining Mortality Differentials Among the Countries of the OECD, 1950-1998. En: Navarro V, editor. The Political and Social Contexts of Health. Amityville, New York: Baywood Publishing Company; 2004. p. 11-86. Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, Vergés N, Pasarín MI. Politics and Health Outcomes. Lancet. 2006 Sep 16;368(9540):1033-7.

Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, Vergés N, Gumà J, Pasarín MI. The Importance of the Political and the Social in Explaining Mortality Differentials Among the Countries of the OECD, 1950-1998. En: Navarro V, editor. The Political and Social Contexts of Health. Amityville, New York: Baywood Publishing Company; 2004. p. 11-86. Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, Vergés N, Pasarín MI. Politics and Health Outcomes. Lancet. 2006 Sep 16;368(9540):1033-7.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *International Journal of Health Services*. 2001;31(1):1-21.
2. Navarro V, editor. The political and social contexts of health. Amityville, NY: Baywood; 2004.
3. Navarro V, Muntaner C, editores. The political and economic determinants of population health and well-being: controversies and developments. Amityville, NY: Baywood; 2004.
4. Muntaner C, Lynch J, Hillemeier M, Lee J, David R, Benach J, Borrell C. Economic inequality, working-class power, social capital, and cause-specific mortality in wealthy countries. *International Journal of Health Services*. 2002;32(4):629-656.
5. Chung H, Muntaner C. Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: an analysis of wealthy countries. *Social Science & Medicine*. 2006;63(3):829-842.
6. Huber E, Ragin C, Stephens J. Comparative welfare states dataset. Chapel Hill, NC: Northwestern University, University of North Carolina; 1997.
7. Müller W, Strom K. Coalition governments in Western Europe. Oxford: Oxford University Press; 2000.
8. Alcantara Saez M. Sistemas políticos de la Unión Europea. Valencia: Tirant lo Blanc; 2000.
9. Caramani D. The societies of Europe: elections in Western Europe since 1815. Londres: Macmillan; 2000.
10. Huber E, Stephens JD. Development and crisis of the welfare state: parties and policies in global markets. Chicago: University of Chicago Press; 2001.
11. International Labor Organization, Bureau of Statistics (ILO-LABORSTA) [en línea] 1998 [fecha de acceso 25 de noviembre de 2006]. URL disponible en: <http://laborsta.ilo.org/>
12. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health data 2000. París: OECD; 2000.
13. Conceição P, Ferreira P. The young person's guide to the Theil Index: suggesting intuitive interpretations and exploring analytical applications. University of Texas Inequality Project; 2000. (Working papers Nº 14).
14. University of Texas Inequality Project (UTIP) [en línea] [fecha de acceso 30 de noviembre de 2006]. URL disponible en: <http://utip.gov.utexas.edu/>

FORMA DE CITAR

Navarro V, Borrell C, Muntaner C, Benach J, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, Gumà J, Vergés N, Pasarín MI. El impacto de la política en la salud. Salud Colectiva. 2007;3(1):9-32.

Recibido el 10 de enero de 2007

Versión final presentada el 26 de febrero de 2007

Aprobado el 22 de marzo de 2007