

INVESTIGACION

Escuela Nacional de Salud Pública

*DESARROLLO HUMANO Y SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

Francisco Rojas Ochoa¹ y Cándido López Pardo²

RESUMEN: Después de importantes antecedentes, como el Informe del Club de Roma (1972), el informe "Qué hacer" (1975), el "Ajuste con Rostro Humano" de los 80 y las tesis de CEPAL de transformación productiva con equidad, en 1990 un grupo de investigadores produce para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) el "Informe sobre Desarrollo Humano 1990", que asume el reto de conformar una nueva dimensión sobre el desarrollo humano. Aquí se revisan la evolución en este breve lapso de los conceptos pertinentes al tema y las llamadas dimensiones del desarrollo humano. La ponencia presenta además las tendencias del desarrollo económico y social de Cuba y los rasgos fundamentales de sus políticas de desarrollo, desde 1960 a la fecha y cómo esto se aplicó al campo de la salud y los resultados de ello. Se pone de manifiesto que Cuba ha logrado resultados en el ámbito del desarrollo humano en general, y del desarrollo en salud en particular, superiores a los esperados de acuerdo con los niveles y tendencias del crecimiento económico. Por otra parte, al estudiar América Latina, se expone una visión alternativa a la del PNUD para la evaluación del desarrollo humano, que integra, para cada país, el logro en áreas relevantes del desarrollo humano, la equidad de grupos humanos al interior del país y el impacto del recurso económico en el desarrollo humano. Se obtiene, al aplicar el índice propuesto, una jerarquización de los países de la región en cuanto a su desarrollo humano, en nuestra opinión más integral y más justa, que la obtenida con el Índice de Desarrollo Humano (IDH) empleado por el PNUD. Para todos los países, excepto Cuba, el valor resultante con el índice sugerido es inferior al del IDH, lo que pudiera expresar que la brecha en el logro de aspectos sobresalientes del desarrollo humano, la ausencia de equidad de los grupos humanos al interior de los países y el insuficiente impacto del recurso económico en el desarrollo humano afecta el desarrollo humano global en América Latina y el Caribe.

DeCS: DESARROLLO HUMANO; SALUD; AMERICA LATINA, EL CARIBE.

IDEAS EN EL MUNDO

Después de la Segunda Guerra Mundial creció el interés sobre los modelos de crecimiento económico. Las variables que podían ser fácilmente medibles y los parámetros diferenciados que pudieran recoger valores para caracterizar el contexto económico, se convirtieron en objeto de es-

tudio y planificación. Las necesidades, metas y participación del ser humano fueron marginadas en beneficio de objetivos macroeconómicos.

A medida que el trabajo estadístico aportaba estudios más exhaustivos a escala nacional, se evidenciaba que, en algunos casos, países con crecimiento económico experimentaban un empeoramiento de las condiciones y la cali-

* Presentado en la Primera Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. San Juan, PR 8-12 de abril del 2002.

¹ Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Escuela Nacional de Salud Pública

² Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor Titular. Facultad de Economía Universidad de La Habana.

dad de vida. Paralelamente, algunas sociedades, con ingresos relativamente modestos, lograron niveles de bienestar humano ciertamente satisfactorios. Esta disyuntiva entre los ingresos y el bienestar social también se extendía a países industrializados. Había que revisar los conceptos de crecimiento económico y distribución de la riqueza.

A comienzos de la década de los años 70, en la Universidad Sussex, del Reino Unido, se realizó un amplio estudio sobre cómo combinar crecimiento y distribución social. Las conclusiones fueron importantes: era necesario aumentar la productividad, pero *analizando de quiénes y para quiénes*. La redistribución de los medios de producción y los servicios básicos no solo no eran suficientes, sino que, a su vez, debía ser incrementada la productividad de la mayoría de los pobres.

El informe del Club de Roma de 1972, que resultó del Proyecto sobre la Condición Humana, iniciado en 1968, marcaría un hito en la conceptualización del desarrollo al considerarlo como el "... proceso que experimenta una sociedad para conseguir el bienestar de la población relacionándose de forma armónica con el entorno natural, consiguiendo así satisfacer las necesidades materiales y establecer las bases para que todo individuo pueda desplegar su potencial humano".¹

En contraposición al carácter cuantitativo del crecimiento, el desarrollo es definido como un *proceso que involucra aspectos cualitativos de la condición humana* en un país, región o continente.

Esta reformulación de la esencia del desarrollo continuaría con la tesis del otro desarrollo, promovida por sectores de Europa Occidental a través del informe *¿Qué hacer?*, aparecido en 1975. Su enfoque hace hincapié en el desarrollo como un concepto integral, en el cual *el ser humano y la satisfacción de sus necesidades* constituyen el objetivo supremo.

Al respecto, una de las principales precisiones de los autores del informe plantea que *"el desarrollo es un todo; es un proceso cultural, integral, rico en valores; abarca el medio ambiente natural, las relaciones sociales, la educación, la producción, el consumo y el bienestar"*.²

Paralelamente con la tesis del otro desarrollo, toma cuerpo la aproximación al desarrollo por el camino de las "necesidades humanas básicas", que tiene puntos esenciales de contacto con aquella concepción. Sin embargo, esta última tesis logra penetrar de forma más aguda en la identificación e inserción de las necesidades humanas dentro de la estrategia de desarrollo, lo cual trasciende hasta el marco de la teoría económica y permite un análisis más balanceado de la esfera del consumo. Al colocar el acento en la erradicación de la pobreza, el derecho al empleo, la distribución equitativa del ingreso y el acceso universal a los servicios básicos, ambas tesis se inscriben dentro de un movimiento renovador del pensamiento socioeconómico, que rompe con la óptica tradicional sobre los problemas del desarrollo.

En correspondencia con el predominio de esta nueva concepción en la escena internacional, el Banco Mundial

modificaría sus criterios relacionados con la problemática del desarrollo, los cuales se argumentan en la parte II del *Informe sobre el Desarrollo Mundial*, 1990, titulado: "La pobreza y el desarrollo humano". La propuesta, si bien parece conceder una mayor prioridad a los factores sociales o humanos en la estrategia de desarrollo, en la práctica no rebasó los límites de las concepciones cuantitativistas que identifican el desarrollo con el crecimiento económico.

Lo anterior se constata con claridad durante la década de los 80, especialmente en la primera mitad (1980-1986). En esos años, la explosión de la crisis de la deuda externa de los países subdesarrollados termina en forma abrupta con tres décadas de relativos progresos socioeconómicos y da paso a la peor recesión después de la conocida durante los años 30, con el sensible empeoramiento de las condiciones de vida y agudos retrocesos sociales, en particular, entre los grupos de población más vulnerables, como los niños, las mujeres y los ancianos.

A mediados de esa década, surge el estudio del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) titulado *Ajuste con rostro humano* que, como enfoque alternativo, insistió en la necesidad de tener en cuenta la dimensión humana de las políticas de ajuste e integrarla a estas en su conjunto, en lugar de considerarla como un componente adicional de bienestar. El modelo de ajuste con rostro humano, según sus propios autores, introduce una dimensión de alivio de la pobreza en las necesarias políticas de ajuste, de igual manera que la redistribución del ingreso y la atención a las necesidades básicas lo hacen respecto a las políticas de crecimiento.³

Las cuestiones asociadas a la pobreza y su superación devinieron, cada vez más, el centro de las concepciones latinoamericanas acerca del desarrollo, que a partir de la profundización en la tesis de la "pobreza crítica" y, más tarde, con la formulación de reformas estructurales, se apartan de la visión tradicional del desarrollo latinoamericano y pretenden superar las limitaciones inherentes a las políticas de ajuste aplicadas hasta entonces.

La tesis de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), de "transformación productiva con equidad" de finales de los 80, destaca dentro de los esfuerzos por articular lo que los autores denominan una "concepción actualizada del desarrollo"; *crecer, mejorar la distribución del ingreso, consolidar los procesos democratizadores, adquirir mayor autonomía, crear condiciones que detengan el deterioro ambiental y mejorar la calidad de vida de toda población*; en fin, "la transformación de las estructuras productivas de la región en un marco de progresiva equidad social".⁴

Hacia finales de los años 80 existían las condiciones necesarias tanto desde el punto de vista político y social como teórico conceptual para avanzar hacia una adecuada revalorización de la dimensión humana del desarrollo. No es casual que en 1990 se publiquen tres informes sobre el tema: *Informe sobre el Desarrollo Mundial*, del Banco Mundial;

Desafío para el Sur, de la Comisión Sur y *Desarrollo Humano*, 1990, primero de los 11 informes sobre el tema que ha publicado el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), hasta hoy.⁵⁻⁷

Desde entonces el desarrollo humano (DH), quedó definido así:

"...es un proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano. En principio estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. Sin embargo a todos los niveles del desarrollo, las tres más esenciales son *disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente*. Si no se poseen estas oportunidades esenciales muchas otras alternativas continúan siendo inaccesibles".⁷

Según este nuevo paradigma, el desarrollo debe centrarse en el ser humano. Esto puede parecer obvio o reiterativo; sin embargo, hay conceptos divergentes de modelos de desarrollo en su aplicación y también en su medición. Si bien las metas de cualquier modelo de desarrollo tienen que orientarse hacia un mejoramiento de la calidad de vida de hombres y mujeres, los medios para conseguirlo pueden ser muy diferentes. Metas y medios pueden, inclusive, llegar a confundirse, como cuando se determina que un cierto nivel del Producto Interno Bruto (PBI) *per capita* demuestra que se han alcanzado niveles satisfactorios de desarrollo, sin examinar la distribución de ingresos y las condiciones reales de vida de la gente.

Aunque el crecimiento económico es una condición indispensable para el desarrollo humano, no todo el crecimiento conduce al desarrollo. Para que resulte positivo, el crecimiento debe darse en ramas económicas estratégicas o sectores dinámicos, que aseguren niveles de actividad económica constantes y equilibrados.

Simultáneamente, se necesita la aplicación de estrategias adecuadas para garantizar una distribución racional de los ingresos en función de programas sociales de desarrollo, lo que demanda intervención *estatal* consecuente.

Contradictoriamente, se ha venido conformando un panorama, en el cual se conjugan teorías de justicia social y proyectos de políticas estratégicas neoliberales, los cuales hacen más evidente el deterioro de los niveles de vida.

Este proceso no resulta racional en la medida que los problemas globales que afectan a la humanidad amenazan incluso con la extinción de la especie. Tal situación exige que se otorgue una justa magnitud al papel del hombre, no solo como gestor de ese desarrollo, sino como el destinatario fundamental de tales políticas.

Desde sus orígenes, la Revolución Cubana previó la estrecha relación entre la base económica y los efectos sociales, con la finalidad de dar una solución integral a este dilema.

Se concibió el proceso de desarrollo a partir del tratamiento simultáneo de los problemas económicos y sociales.

10

La atención a los aspectos sociales se correspondía a plenitud con el hecho de que toda revolución social alcanza su realización, precisamente, a través de las soluciones que ofrezca a los problemas sociales existentes.

La concepción cubana del desarrollo integral constituye ya el primer rasgo de nuestro desarrollo. Otro rasgo esencial es la aplicación de una política social única y dirigida por el Estado, lo que permitió la concentración y distribución de los recursos disponibles en función de esta política. Este enfoque ha demostrado ser acertado, específicamente en tiempos en que la estrechez económica ha provocado fuertes contracciones en la disponibilidad de los recursos. A pesar de ello, Cuba sigue mostrando índices de desarrollo humano favorables.

Por otra parte, la acción del Estado no habría reportado resultados tan destacados si no hubiese tenido el apoyo del pueblo y su participación en los programas de desarrollo educacional y de salud, y en áreas tales como la distribución de viviendas, el abastecimiento de bienes de consumo, y los programas culturales y deportivos.

Esta política de desarrollo social ha elevado el nivel de vida de la sociedad cubana, combinando el incremento del consumo individual con la aplicación de servicios sociales básicos. Simultáneamente, las políticas aplicadas comprenden un tratamiento preferencial a determinados segmentos poblacionales: mujeres, niños, ancianos y habitantes de zonas rurales. Es precisamente en estos sectores vulnerables donde los problemas estructurales del subdesarrollo se agudizan. Su solución exige no solo profundos cambios en el sistema socioeconómico, sino también de un proceso de asimilación gradual y constante de los cambios.

Resulta difícil vencer prejuicios seculares, engendrados por deformaciones económicas y culturales, por lo que este tratamiento especial requería profundizar mucho más allá del establecimiento de proporciones sociales adecuadas.

En el caso de Cuba, las premisas básicas para la aplicación de una estrategia de desarrollo integral, estuvieron dadas por la adopción de un sistema socialista.

La nacionalización de los medios fundamentales de producción durante los primeros años de la Revolución creó las bases para el establecimiento de un centro socioeconómico único, capaz de conjugar de forma gradual y planificada los diferentes elementos actuantes en el proceso de desarrollo.

Por otra parte, la posibilidad de contar con el apoyo de los países socialistas, especialmente de la Unión Soviética fue el elemento significativo en el desarrollo alcanzado por el país durante 30 años.

Después de 1959, la estrategia de desarrollo aplicada por Cuba enfrentaría de forma simultánea los dos siguientes obstáculos:

- La herencia del subdesarrollo secular, con tendencia a incrementarse al surgir los nuevos retos del cambio.

- Los efectos adversos del bloqueo económico norteamericano, con tendencia al recrudescimiento, en la misma medida en que la Revolución demostrase su capacidad de supervivencia.

A partir de 1961 y hasta 1963, se optó por una estrategia de industrialización acelerada del país, que tendría como contrapartida un proceso de diversificación de la producción agropecuaria. En Cuba se carecía de las condiciones internas que este proceso exigía, lo que provocó una enorme tensión en la balanza de pagos y el programa de desarrollo fue reconsiderado.

En este contexto, se ha definido como objetivo final la transformación de los seres humanos, haciéndolos más saludables, cultos, participativos y solidarios con sus semejantes. Muy temprano se comprendió que tanto el bajo nivel cultural de la población como su deficiente salud eran fuertes obstáculos al desarrollo económico. De ahí que se impulsaran las políticas sociales y económicas como elementos inseparables de un proceso que requería la marcha de ambos y su articulación recíproca.

No escapan al análisis las coincidencias entre el concepto de desarrollo humano, y el modo en que fue entendido en Cuba el concepto de desarrollo integral desde los años 60. Sin embargo, hay un elemento que en el caso cubano ocupa un lugar especial. Se trata de la solidaridad expresada en acciones de colaboración no lucrativas con otros seres humanos necesitados por razones de pobreza o desastres naturales.

Esa solidaridad tiene un componente económico para el que la recibe y para el que la otorga. En este último caso, la significación será mayor en la medida en que el país disponga de menor riqueza; pero, ante todo, la solidaridad tiene un especial sentido ético-moral, al que no es ajena la definición de desarrollo humano. Este espíritu solidario ha estado presente tanto en el plano nacional -por ejemplo, durante la Campaña de Alfabetización, en 1961-, como en las relaciones de cooperación con otras naciones subdesarrolladas, a través del envío de donaciones de sangre, otorgamiento de becas a estudiantes y los servicios de personal médico, maestros, técnicos agrícolas y otros especialistas cubanos.⁸

Resulta significativo que el aporte solidario cubano a otros países pobres ha tenido lugar, precisamente, en períodos de estancamiento e incluso reducción de los flujos de asistencia oficial al desarrollo, prometida por los países del norte a las naciones del sur. La práctica de la solidaridad debería ser un indicador de especial importancia para determinar el grado de desarrollo humano alcanzado por un país, ya que la disposición a compartir con otros seres humanos, sean o no ciudadanos del mismo país, revela un estadio superior.

MEDICIÓN DEL DESARROLLO HUMANO

En 1990, en el primer informe sobre desarrollo humano elaborado para el Programa de las Naciones Unidas para el

Desarrollo (PNUD), se introduce el Índice de Desarrollo Humano (IDH) que, con diversas modificaciones, se ha empleado en los sucesivos informes anuales. El índice pretende medir el desarrollo humano en forma integral al contemplar las dimensiones de longevidad, conocimientos e ingreso, y se considera "como una medida de la capacidad de la gente para lograr vidas sanas, comunicarse y participar en las actividades de la comunidad y contar con recursos suficientes para conseguir un nivel de vida razonable".⁹

Cada una de las dimensiones consideradas en el IDH se han cuantificado a través de índices sustentados en indicadores que no han sido siempre los mismos en las diversas oportunidades cuando se ha calculado. La longevidad se ha medido en todas las oportunidades mediante el índice de esperanza de vida al nacer basado en este indicador. La cuantificación de la dimensión conocimiento ha sufrido cambios. Tras otras modificaciones, desde el informe de 1995 se obtiene un índice de nivel educacional en función a su vez del índice de alfabetización en adultos y del índice de la tasa de matrícula combinada en educación primaria, secundaria y superior. El tratamiento del ingreso ha constituido casi un conflicto histórico desde el punto de vista conceptual y metodológico, y fue la más reciente modificación introducida en la medición de esta dimensión la realizada en el informe de 1999.¹⁰ El IDH puede tomar valores entre 0 y 1, más alto en tanto mayor es el desarrollo humano cuantificado a través de este índice.

Cuba ha obtenido en las 11 ediciones del Informe sobre Desarrollo Humano en que el IDH se ha calculado para el país (no se hizo en el Informe del 2001) valores que oscilan entre 0,877 en el informe de 1990¹¹ y 0,711 en el de 1993¹² explicadas las diferencias por variaciones de los valores que toman los indicadores que integran el índice y por cambios en los procedimientos de cálculo. En el informe del 2000 el valor del IDH para Cuba es de 0,783 y ocupa la 56 mejor posición entre los 174 países considerados.¹³ No debe olvidarse que la posición relativa de un país respecto a su desarrollo humano no es inequívoca; depende de la conceptualización que se haga de desarrollo humano y de la forma en que se mida ese desarrollo, definiciones no necesariamente ajenas a la intencionalidad de quién las realiza.

Son variadas las reflexiones críticas realizadas tanto al aspecto conceptual involucrado en el IDH -digamos, las realizadas por Breilh¹⁴ y por Martínez¹⁵ - como en torno a su diseño, por ejemplo la hecha por Sunkel y Zulueta¹⁶ respecto al uso de la esperanza de vida al nacer, y las relativas a los procedimientos de considerar el ingreso, entre ellas las de Lüchters y Menhckoff,¹⁷ Anand y Sen,¹⁸ el Centro de Investigaciones de la Economía Mundial de Cuba,¹⁹ López²⁰ y Silva.²¹ Por otra parte, se han propuesto índices alternativos a la medición del desarrollo, entre ellos el sugerido por Noorkbakhsh,²² el índice de desarrollo humano modificado propuesto por López²³ e introducido en la Investigación sobre Desarrollo Humano en Cuba 1996,²⁴ y el Índice de Desarrollo Humano y Equidad considerado en la Investigación

sobre Desarrollo Humano y Equidad en Cuba 1999;²⁵ las características y los resultados obtenidos con este índice se presentarán posteriormente.

Respecto al IDH se han realizado las siguientes interrogantes reflexivas:²⁶

- ¿Son las dimensiones consideradas las que sintetizan el desarrollo humano?
- ¿Son los indicadores utilizados los que reflejan adecuadamente las dimensiones tenidas en cuenta?
- ¿Están adecuadamente ponderadas las dimensiones y los indicadores en la construcción del índice?
- ¿Debe el nivel alto de una dimensión compensar el bajo valor de otra?
- ¿Debe existir un índice único con iguales dimensiones e idénticos indicadores para todos los países al margen de sus niveles relativos de desarrollo humano?

Asimismo se ha sintetizado un conjunto de aspectos que no deben olvidarse al considerar el valor del IDH y la ubicación del país respecto a ese valor:

- El desarrollo humano es un concepto que refleja una determinada realidad; el IDH es solo una manera de cuantificar ese concepto.
- Los cambios en el valor del IDH de un país y de su posición relativa están influidos por la forma de medir el desarrollo humano.
- La clasificación de los países en niveles de desarrollo es solo de relativa importancia pues las cotas que los delimitan son esencialmente arbitrarias.
- El progreso de un país en materia de desarrollo humano puede verse en términos de la dinámica del cambio (tanto del valor del IDH como de la posición ocupada) o en

términos del nivel alcanzado. Ambos enfoques son válidos, y ambos muestran virtudes y desventajas.

Como se expresó, en la Investigación sobre Desarrollo Humano y Equidad, en Cuba 1999 se introdujo el Índice de Desarrollo Humano y Equidad el cual se aplicó a 23 países de América Latina y el Caribe. El índice está integrado por 11 indicadores vinculados a tres componentes: el logro en áreas relevantes del desarrollo humano, la equidad de grupos humanos al interior del país, y el impacto del ingreso en el desarrollo humano (cuadro). Este índice, al igual que el IDH, contempla las tres dimensiones esenciales del desarrollo humano (longevidad, educación e ingreso). Pero a diferencia del IDH, el Índice de Desarrollo Humano y Equidad considera otras dimensiones relevantes del desarrollo humano (acceso a servicios básicos, acceso a la cultura y a la comunicación, recursos y servicios para la educación, recursos y servicios para la salud, y conservación del medio ambiente), incorpora una medida de la transferencia del recurso económico en el desarrollo humano, considera el PIB real per cápita sin ajustar al umbral de ingreso, presenta mayor validez de aspecto y validez de contenido e incorpora aspectos de la equidad de grupos humanos al interior del país. Por otro lado, en el Índice de Desarrollo Humano y Equidad se disminuye en prácticamente la mitad el efecto del PIB real *per capita* en el valor del índice; luego, el Índice de Desarrollo Humano y Equidad pareciera aproximarse más a una medición integral del desarrollo humano, aislando -pero no ignorando- el efecto del recurso económico en el desarrollo. Por último, el Índice de Desarrollo Humano y Equidad contribuye a mejorar la evaluación del desarrollo humano -respecto a cómo lo hace el IDH- en aquellos países que con limitados recursos económicos tienen altos niveles de bienestar humano.

CUADRO. Índice de desarrollo humano y equidad

| Componente | Dimensión | Indicador |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Logro de aspectos relevantes del desarrollo humano | Desarrollo económico | PIB real per cápita |
| | Nivel de educación | Tasa de alfabetización en adultos (%) |
| | Estado de salud de la población | Esperanza de vida al nacer (uno y otro sexos) |
| | Acceso a servicios básicos | Población con acceso a agua potable (%) |
| | Acceso a la cultura y la comunicación | Radios (por 100 hab.) |
| | Recursos y servicios para la educación | Relación alumno-maestro en la enseñanza primaria |
| | Recursos y servicios para la salud | Médicos (10 000 hab.) |
| Equidad de grupos humanos al interior del país | Conservación del medio ambiente | Cambio porcentual promedio anual de superficie de bosques |
| | Equidad de género en logros de aspectos del desarrollo humano | Paridad ponderada mujer-hombre en la tasa de alfabetización en adultos (%) |
| Impacto de ingreso en el desarrollo humano | Equidad global de género | Diferencia de posición del país respecto a los índices IDH e IDG |
| | | Diferencia de posición del país respecto a su PIB real per cápita y a su IDG. IDG: Índice de Desarrollo de Género |

Fuente: CIEM. Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba 1999. Editorial Caguayo. La Habana, 2000. Nota técnica 1.

HECHOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Según los resultados del Índice de Desarrollo Humano y Equidad,²⁷ entre los 23 países considerados los cinco con mayores valores del índice son, en orden descendente, Uruguay, Cuba, Trinidad y Tobago, Colombia y Costa Rica, y los 5 con menores valores, asimismo en orden decreciente, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Guatemala y Haití (tabla 1).

TABLA 1. Resultados del índice de desarrollo humano y equidad para países de América Latina y el Caribe

| País | Índice |
|-------------------|--------|
| Uruguay | 0,833 |
| Cuba | 0,825 |
| Trinidad y Tobago | 0,744 |
| Colombia | 0,740 |
| Costa Rica | 0,712 |
| Venezuela | 0,678 |
| Panamá | 0,657 |
| Argentina | 0,657 |
| Jamaica | 0,590 |
| Brasil | 0,586 |
| Guyana | 0,584 |
| Chile | 0,583 |
| México | 0,583 |
| Ecuador | 0,541 |
| Bolivia | 0,525 |
| Perú | 0,523 |
| Paraguay | 0,515 |
| Rep. Dominicana | 0,481 |
| Honduras | 0,473 |
| El Salvador | 0,431 |
| Nicaragua | 0,375 |
| Guatemala | 0,317 |
| Haití | 0,212 |

Comparando los resultados obtenidos con el Índice de Desarrollo Humano y Equidad con los del IDH en el Informe sobre Desarrollo Humano de 1998,²⁸ el país que más difiere al mejorar su ubicación relativa es Cuba, 11 posiciones, y el que más se diferencia al descender es Chile, en igual número de posiciones.

El notable cambio entre la posición de Cuba según ambos índices se explica porque Cuba registra un valor de IDH de 0,729, esencialmente a causa de su reducido índice de ingreso, que la ubica en la decimotercera posición de la región, de acuerdo con el informe de 1998.²⁹ Sin embargo, el país posee uno de los valores más altos del primer componente del Índice de Desarrollo Humano y Equidad por una alta ubicación relativa del país en esferas relevantes del desarrollo humano - como la elevada tasa de alfabetización en adultos, la alta esperanza de vida al nacer para uno y otro sexos, el reducido número de alumnos por maestro en la enseñanza primaria y la muy alta cifra de médicos por habitante. Registra asimismo una cifra comparativamente alta

de equidad de los grupos humanos dentro del país (0,7943) superior a la media regional (0,6444) y un valor máximo en lo que concierne al impacto del ingreso en el bienestar.

La jerarquización de los países de América Latina y el Caribe en cuanto a su desarrollo humano obtenida con el Índice de Desarrollo Humano y Equidad nos parece más integral y justa que la obtenida con el IDH diseñado por el PNUD.

Para todos los países, casi sin excepción, el valor resultante del Índice de Desarrollo Humano y Equidad es inferior al del IDH, lo que pudiera expresar que la brecha en el logro de aspectos sobresalientes del desarrollo humano, la ausencia de equidad de los grupos humanos al interior de los países y el insuficiente impacto del recurso económico en el desarrollo humano, afecta el desarrollo humano global en América Latina y el Caribe.

Los resultados obtenidos por Cuba en la esfera del desarrollo humano han sido reconocidos en los Informes sobre Desarrollo Humano y por otros autores. En el Informe de 1994³⁰ se destaca que Cuba, junto a un número muy reducido de países, han utilizado más racionalmente que otros sus ingresos para mejorar la situación de sus pueblos, lo cual es una llamativa demostración de las diferencias entre dos estrategias de desarrollo. A su vez, en el Informe de 1995³¹ se expresa que algunos países, entre los que se incluye Cuba, han mejorado sustancialmente el nivel de desarrollo humano, incluso en ausencia de crecimiento económico, y lo han logrado a merced de que sus gobiernos han efectuado gastos sociales bien estructurados.

*Ranis y Steward*³² han categorizado las diversas alternativas de grupos de factores conducentes al éxito de los países en cuanto al desarrollo humano. En el caso de Cuba consideran que a pesar del reducido crecimiento económico, los logros han sido el resultado de una buena distribución del ingreso, elevadas tasas de participación femenina en la educación y altos y bien distribuidos gastos sociales.

López propone una medida de la eficiencia relativa del recurso económico en el desarrollo humano³³ basada en la diferencia entre el valor observado del denominado Índice de Desarrollo Humano y Equidad Modificado y el valor esperado del índice de acuerdo con el PIB real per cápita del país, medida que puede adoptar valores entre -1 y 1, el primer valor y denotar la mayor eficiencia negativa (o la mayor ineficiencia) entre el conjunto de países considerados, y 1 al indicar la mayor eficiencia positiva. Los cinco países con mayor eficiencia positiva del recurso económico en el desarrollo humano entre los 23 países de América Latina y el Caribe tenidos en cuenta son Cuba, Uruguay, Colombia, Guyana y Jamaica, y los cinco con mayor eficiencia negativa resultan ser México, Argentina, Haití, Chile y Guatemala (tabla 2). Resulta del análisis simultáneo de la eficacia en el logro del desarrollo humano -cuantificada mediante el Índice de Desarrollo Humano y Equidad- y la eficiencia del recurso económico en obtener tal desarrollo, que existen países donde a la vez se ha logrado un alto grado de desarrollo humano con una muy alta eficiencia del recurso económico en el

logro de este desarrollo (Cuba y Uruguay) hasta aquellos donde concommita un bajo desarrollo humano con una baja eficiencia del recurso económico. Los países con la peor situación en este sentido son Haití y Guatemala que, por una parte, exhiben los niveles más bajos de desarrollo humano y, por la otra, presentan una baja eficiencia del recurso económico en el alcance de este desarrollo (fig. 1).

TABLA 2. Eficiencia relativa del recurso económico en el logro del desarrollo humano en países de América Latina y el Caribe

| Eficiencia positiva | | Eficiencia negativa | |
|---------------------|--------|---------------------|---------|
| Cuba | 1,0000 | Perú | -0,0855 |
| Uruguay | 0,6333 | Nicaragua | -0,1126 |
| Colombia | 0,4931 | Rep. Dominicana | -0,1606 |
| Guyana | 0,4006 | Ecuador | -0,1777 |
| Jamaica | 0,2347 | El Salvador | -0,2073 |
| Trinidad-Tobago | 0,2228 | Brasil | -0,2093 |
| Honduras | 0,1786 | México | -0,2761 |
| Bolivia | 0,1443 | Argentina | -0,2993 |
| Costa Rica | 0,0672 | Haití | -0,3840 |
| Paraguay | 0,0348 | Chile | -0,6855 |
| Venezuela | 0,0150 | Guatemala | -1,0000 |
| Panamá | 0,0121 | | |

SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

El mayor obstáculo para alcanzar salud en los pueblos de América Latina es la pobreza. Se ha señalado recientemente por la Oficina Sanitaria Panamericana³⁴ que la principal dificultad para mejorar la salud en las Américas es la falta de equidad en el estado de salud y en el acceso a los servicios de asistencia sanitaria. Seguidamente se presenta una visión global de la situación de salud latinoamericana y caribeña sustentada en el análisis de seis indicadores

trazadores de salud de la población, tales como: mortalidad, morbilidad, de recursos y servicios de atención de salud. El análisis se realiza para todos los estados de la región con población superior a los 500 mil habitantes en el 2001^{24,35} y se sustenta, para todos los países, en información proporcionada por la Organización Panamericana de la Salud.³⁶ Cierta hincapié se le otorga a Puerto Rico, sede de este evento, y a Cuba.

De los 6 indicadores considerados, Puerto Rico presenta, entre los países tenidos en cuenta, uno de los mejores valores respecto a la tasa de mortalidad de menores de 5 años (12,5 por 1 000 nacidos vivos en el año 2000), en relación con la tasa de mortalidad materna (18,4 por 100 000 nacidos vivos) y en lo relativo al porcentaje de partos atendidos por personal capacitado (99,9 % en 1999). Sin embargo, presenta un valor relativamente alto en el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (14 % en el período 1990-1999) en comparación con la media de los países considerados (9,5 % para igual período).

Cuba registra la menor tasa de mortalidad de menores de 5 años (7,2 por 1 000 nacidos vivos en el año 2000), la mayor cifra de médicos (58,2 por 10 000 habitantes en 1999), el mayor número de camas hospitalarias - junto con Trinidad y Tobago (5,1 por 1 000 habitantes) y el mayor porcentaje de partos atendidos por personal capacitado (100,0 % en el año 2000), así como una de las menores cifras de mortalidad materna (34,1 por 100 000 nacidos vivos) y un valor relativamente bajo de recién nacidos con bajo peso al nacer (8 % en el período 1990-1999).

En la tabla 3 se presentan los valores mínimos y máximos registrados para los indicadores considerados y se identifican los países a los cuales corresponden. De acuerdo con estos resultados la mortalidad del menor de 5 años de Haití es 11 veces superior a la de Cuba; una mujer haitiana tiene un riesgo casi 50 veces más alto que una mujer uruguaya de morir por una causa asociada al parto, al embarazo,

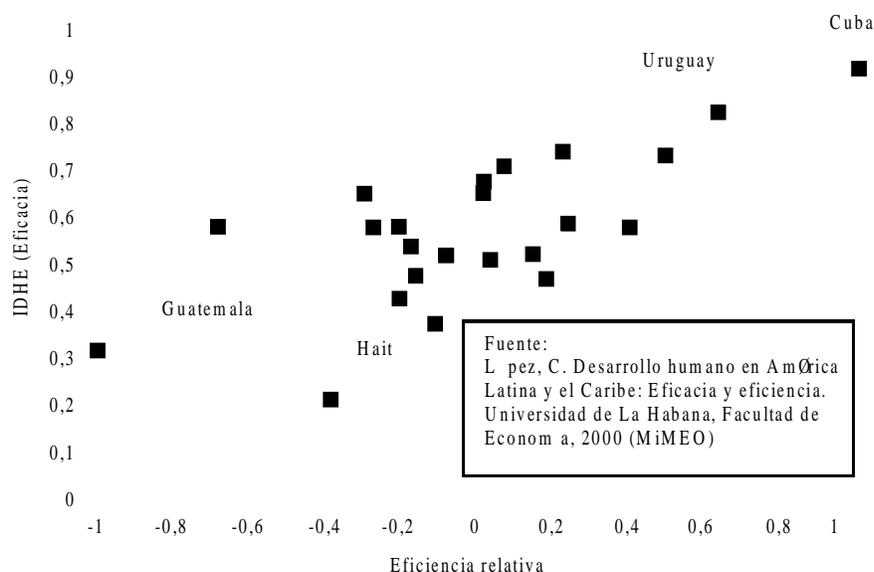


FIG. 1. Eficacia y eficiencia en el logro del desarrollo humano en países de América Latina y el Caribe.

TABLA 3. Valores extremos para indicadores seleccionados para países de América Latina y el Caribe

| Indicador | Fecha | n ^a | Mínimo | Máximo | | |
|-----------------------------------------------------------|-------------------|----------------|--------|----------------------------------------|-------|-------------------------|
| Mortalidad de menores de 5 años (por 1 000 nacidos vivos) | 2000 | 23 | 9,8 | Cuba | 108,2 | Haití |
| Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos) | Alrededor de 1999 | 23 | 11,1 | Uruguay | 523,0 | Haití |
| Porcentaje de bajo peso al nacer | 1990-99 | 24 | 6,0 | El Salvador Perú Rep. Dominicana | 15,0 | Nicaragua Haití |
| Médicos por 1 000 habitantes | 1999 | 24 | 1,8 | Guyana | 58,2 | Cuba |
| Camas hospitalarias por 1 000 habitantes | 1996 | 24 | 0,7 | Haití | 5,1 | Cuba Trinidad-Tobago |
| Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado | Alrededor de 1998 | 24 | 52,0 | Bolivia | 100,0 | Cuba |

a: Número de países considerados

Fuente: OPS. Situación de salud en las Américas; indicadores básicos 2001. OPS. Washington, DC, 2001. (Doc. OPS/SHA/00.01)

o al puerperio; y un recién nacido nicaragüense o haitiano tiene más del doble de riesgo de nacer con bajo peso que el riesgo de recién nacidos de países muy cercanos.

A la vez, en Guyana hay cerca de 60 médicos menos por 10 000 habitantes que los que existen en Cuba; en Haití hay 7 veces menos camas hospitalarias por 1 000 habitantes que las que se disponen en Trinidad y Tobago y en Cuba; y en Bolivia se atienden por personal capacitado, en comparación con Cuba, solo la mitad de los partos.

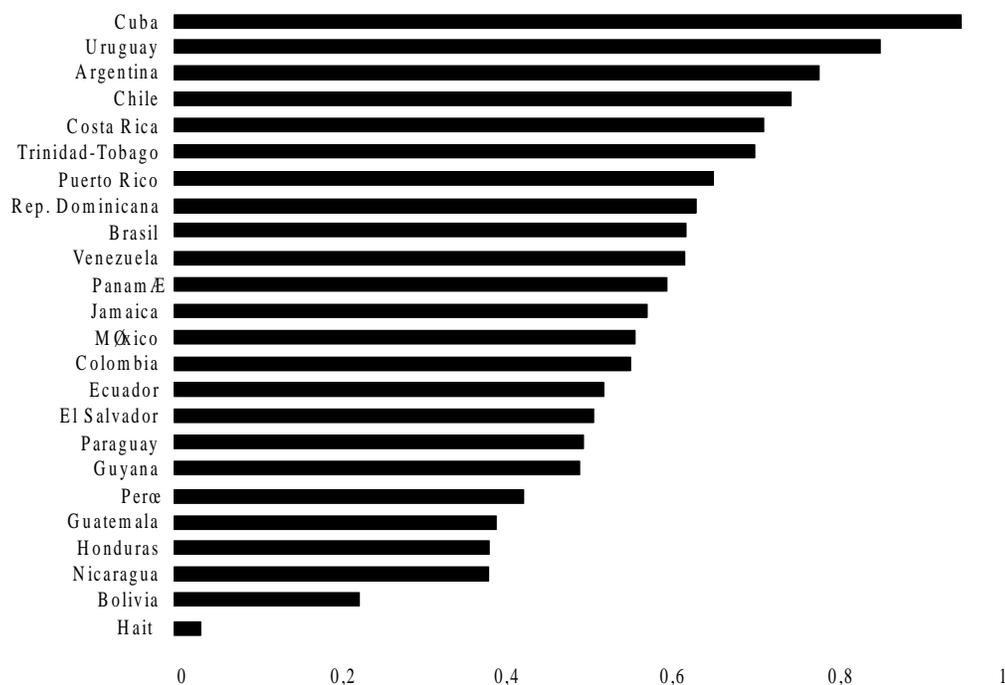
Una aproximación a una medida global de la situación relativa de salud de los estados considerados de acuerdo con los indicadores tenidos en cuenta es la media de los logros relativos obtenidos para cada indicador.³⁷ Los cinco países con mayor valor medio de logro relativo son Cuba, Uruguay, Argentina, Chile y Costa Rica, en tanto los cinco con menores valores son Guatemala, Honduras, Nicaragua, Bolivia y Haití (fig. 2).

En el ámbito de la salud, fue reconocido en el Informe sobre Desarrollo Humano de 1996³⁸ que Cuba se encuentra entre los países que, en relación con su nivel de ingreso, han tenido más éxito en dar a su población oportunidades básicas para vivir una vida sana. Asimismo, *Ranis y Steward*,³⁹ en un estudio en el que exploraron la situación de países de África, Asia, y de América Latina y el Caribe que lograron avances entre 1960 y 1995, llegaron a las siguientes conclusiones respecto a Cuba en relación con todos los países considerados: fue el país de mejor ubicación por su esperanza de vida al nacer, si esta se relaciona con la posición de su PIB, y fue uno de los países de mayor nivel de reducción de la mortalidad infantil. A su vez, al comparar

Cuba con América Latina y el Caribe, concluyen estos autores, entre otras cuestiones, que fue el país con mayores logros en la esperanza de vida al nacer entre 1960 y 1970, y el tercero entre 1970 y 1980; fue el país de mejor ubicación por su esperanza de vida al nacer y su mortalidad infantil, si esta se relaciona con la posición de su PIB per cápita en 1995; y fue Cuba el segundo país con mayor reducción de la mortalidad infantil entre 1990 y 1996 y el tercero con mejor logro en la esperanza de vida al nacer entre 1960 y 1995.

Por otro lado, se manifiesta para los países de las Américas - según información proporcionada por la Oficina Sanitaria Panamericana - la paradójica relación inversa entre aspectos importantes de los determinantes de la salud y del estado de salud de la población y los niveles de riqueza. Se observa que en tanto mayor es la pobreza de los países considerados, menor es el gasto per cápita por concepto de salud, menor es el número de médicos por habitantes, menor es la cifra de mujeres que reciben atención prenatal y menor es la magnitud de partos atendidos por personal capacitado. A su vez, como era de esperar, desafortunadamente, la mortalidad infantil, el porcentaje de defunciones de menores de 5 años por enfermedades diarreicas agudas y el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer tienden a aumentar en tanto más pobres son los países.

A la vez, se ha demostrado que las desigualdades en salud -tanto en los determinantes, como en el propio estado de salud poblacional- son mayores dentro de América Latina y el Caribe que entre América Latina y el Caribe globalmente y América del Norte.



Para un país en particular, y para cada indicador, el logro relativo viene dado por la relación $(X_{país} - \min X) / (\max X - \min X)$ si a lo que se aspira es a un valor alto del indicador (médicos por 10 000 habitantes, camas hospitalarias por 10 000 habitantes y porcentaje de atención al parto por personal capacitado) y por $(\max X - X_{país}) / (\max X - \min X)$ si lo deseable es un valor bajo del indicador (mortalidad de menores de 5 años, mortalidad materna y porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer).

FIG. 2. Logros relativos medios para indicadores seleccionados para países de América Latina y el Caribe.

Summary: After important antecedents, such as the Roma's Club Report (1972), the What to do? Report (1975), the "Adjustment with Human Face" from the 1980's and the ECLA's thesis of productive transformation with equity, in 1990 a group of researchers made the "Report on Human Development 1990" for the United Nations Development Program (UNDP). It assumes the challenge of conforming a new dimension for human development. The evolution during this short period of time of the concepts concerning this topic and the so-called dimensions of human development are reviewed here. The presentation deals with the trends of the economic and social development of Cuba and the fundamental features of its development policies from 1960 up to now and with how they were applied to the health field, as well as their outcomes. The results attained by Cuba in the sphere of human development, in general, and of health development, in particular, have surpassed the expectations, according to the levels and trends of economic growth. On the other hand, on studying Latin America, it is given an alternate vision to that of the UNDP for evaluating human development that integrates for each country the achievement in relevant areas of human development, the equity of human groups in the interior of the country and the impact of the economic resource on human development. By applying the proposed index, it is obtained a hierarchical arrangement of the countries of the region regarding their human development, which in our opinion is more integral and just than the obtained with the Human Development Index (HDI)

used by the UNDP. For all countries, excepting Cuba, the result attained with the suggested index is lower than the HDI, which may mean that the gap in the attainment of remarkable aspects of human development, the absence of equity of the human groups in the interior of the countries and the insufficient impact of the economic resource on human development affect the global human development in Latin America and the Caribbean.

Subject headings: **HUMAN DEVELOPMENT; HEALTH; LATIN AMERICA, THE CARIBBEAN.**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez, J. y Vidal, JM. Economía Mundial. McGraw Hill. Madrid, 1996. P 264.
2. ¿Qué hacer?; el Informe Dag Hammarskjöld 1975. Development Dialogue Num 1/2, 1975. P 7.
3. Andrea, G.; Jolly, R. y Stewart, F. Ajuste con rostro humano. Siglo XXI de España. Madrid. 1987. Vol 1, p 8.
4. CEPAL. Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado. CEPAL. Santiago de Chile, 1992. P 239.
5. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1990. BM. Washington D.C. 1990. pp 29 y 83.
6. Comisión del Sur. Desafío para el Sur. Fondo de Cultura Económica. México, D.F. 1991. pp 20 -24.
7. PNUD. Desarrollo Humano 1990. Tercer Mundo Ed. Bogotá, 1990. P 34
8. Martínez, O. En sinopsis. Investigación sobre el Desarrollo Humano en Cuba 1996. Caguayo S.A. La Habana, 1997. P XV.
9. PNUD. Informe sobre desarrollo humano 1993. Centro de Comunicación, Investigación y Documentación entre Europa, España y América Latina. Madrid, 1993. p. 118.
10. PNUD. Informe sobre desarrollo humano 1999. Ediciones Mundi-prensa. Madrid, 1999. Nota técnica.
11. PNUD. Desarrollo humano: informe 1990. Tercer Mundo Editores. Bogotá, 1990. tabla 1
12. PNUD. . Informe sobre desarrollo humano 1993. Centro de Comunicación, Investigación y Documentación entre Europa, España y América Latina. Madrid, 1993. cuadro 1.
13. PNUD. Informe sobre desarrollo humano 2000. Ediciones Mundi-Prensa. Madrid.
14. Breihl, J. et al. Deterioro de la vida: un instrumento para el análisis de prioridades en lo social y la salud. Corporación Editora Nacional. Quito, 1990. p. 93
15. Martínez, O. Sinopsis. En: CIEM. Investigación sobre el desarrollo humano en Cuba 1996. Editorial Caguayo. La Habana, 1997. pp. XV-XVI.
16. Sunkel, O. Y Zulueta, G. Comentarios sobre el documento Desarrollo Humano, Informe 1990. Human Development Report Seminar; Río de Janeiro, 12-14 December 1990.
17. Lüchters, G. y Menkhoff, L. Human development as statistical artifact. World Development Report 24:1385-1392; 1996.
18. Anand, S. y Sen, A. Sustainable human development: concepts and priorities. Office Of Development Studies/UNDP. New York, 1996.
19. CIEM. Investigación sobre el desarrollo humano en Cuba 1996. Editorial Caguayo. La Habana, 1997. Recuadro 1.11.
20. López, C. Índice de Desarrollo Humano: una propuesta para su perfeccionamiento. Revista Economía y Desarrollo 119:141-175; 1996.
21. Silva, L.C. Cultura y estadística e investigación en el campo de la salud. Editorial Díaz de Santos. Madrid, 1996. pp. 80-86.
22. Noorbaksh, F. A modified human development index. World Development 26:517-528; 1996.
23. López, C. Índice de Desarrollo Humano: una propuesta para su perfeccionamiento. Revista Economía y Desarrollo 119:141-175; 1996.
24. CIEM. Investigación sobre el desarrollo humano en Cuba 1996. Editorial Caguayo. La Habana, 1997. cap. 1 y Nota Técnica.
25. CIEM. Investigación sobre el desarrollo humano y equidad en Cuba 1999. Editorial Caguayo. La Habana, 2000. cap. 9 y Nota técnica 1.
26. CIEM. Investigación sobre el desarrollo humano y equidad en Cuba 1999. Editorial Caguayo. La Habana, 2000. recuadro 8.1.
27. CIEM. Investigación sobre el desarrollo humano y equidad en Cuba 1999. Editorial Caguayo. La Habana, 2000. recuadro 9.3.
28. PNUD. Informe sobre desarrollo humano 1998. Ediciones Mundi-Prensa. Madrid, 1998. cuadro 1.
29. PNUD. Informe sobre desarrollo humano 1998. Ediciones Mundi-Prensa. Madrid, 1998. cuadro 1.
30. PNUD. Desarrollo humano: informe 1994. Fondo de Cultura Económica. México, 1994. p. 107.
31. PNUD. Informe sobre desarrollo humano 1995. Harla. México, 1995. p. 140.
32. Ranis, G. y Stewart, F. Strategies for success in human development. Presentado en First Global Forum on Human Development; New York, 29-31 July 1999.
33. López, C. Desarrollo humano en América Latina y el Caribe: eficacia y eficiencia. Universidad de La Habana, Facultad de Economía. 2000 (MIMEO).
34. OPS. Promoción de la salud en las Américas; Informe anual del Director-2001. OPS. Washington, DC, 2001. p. 27 (Documento Oficial No. 302).
35. OPS. Situación de salud en las Américas; indicadores básicos 2001. OPS. Washington, DC, 2001. (Doc. OPS/SHA/00.01).
36. PNUD. Informe sobre desarrollo humano 1996. Ediciones Mundi-Prensa. Madrid, 1996. recuadro 2.9.
37. Ranis, G. y Stewart, F. Strategies for success in human development. Presentado en First Global Forum on Human Development; New York, 29-31 July 1999.
38. OPS. Inequidades en salud y la Región de las Américas. Boletín Epidemiológico 17:1-9; 1996.
39. López, C. Aproximación a una medición sintética de las iniquidades en salud en las Américas. Revista del Instituto Juan César García 8:76-86; 1998.

Recibido: 7 de octubre de 2002. Aprobado: 19 de noviembre de 2002. Prof. *Francisco Rojas Ochoa*. Escuela Nacional de Salud Pública. I # 202 entre 11 y Línea. El Vedado. Ciudad de La Habana, Cuba. E- mail: rojaso@infomed.sld.cu