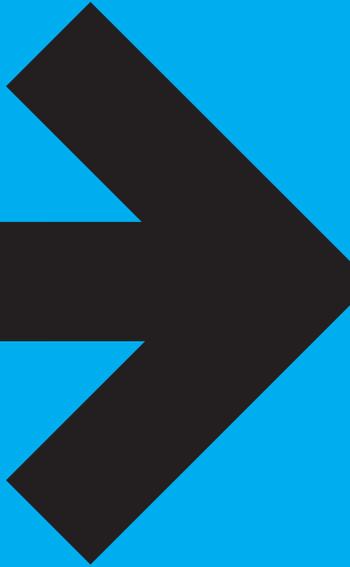




1

LA SITUACIÓN DEL DESARROLLO HUMANO



“La prueba que enfrentamos en nuestro progreso no es si somos capaces de aumentar el patrimonio de los que tienen mucho, sino si podemos entregar lo suficiente a quienes tienen demasiado poco”.

Presidente Franklin D. Roosevelt, segundo discurso inaugural, 1937 ¹.

“Tenemos la responsabilidad colectiva de respetar y defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial. En nuestra calidad de dirigentes, tenemos, pues, un deber que cumplir respecto de todos los habitantes del planeta, en especial, los más vulnerables y, en particular, los niños del mundo a los que pertenece el futuro”.

Declaración del Milenio, 2000².

Hace sesenta años, la Carta de las Naciones Unidas prometió liberar a las futuras generaciones de flagelo de la guerra, proteger los derechos humanos esenciales y “promover el progreso social y mejores niveles de vida en un entorno de mayor libertad”, compromiso que renovaron los gobiernos del mundo al iniciarse el nuevo milenio. La Declaración del Milenio, adoptada en el año 2000, expone la decidida visión de “mayor libertad” para el siglo XXI, visión que contiene la promesa de un nuevo patrón de integración mundial sustentado en los cimientos de una mayor equidad, justicia social y respeto por los derechos humanos. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), conjunto de metas cuantificadas y limitadas en el tiempo para reducir la pobreza extrema y ampliar los derechos universales de aquí al año 2015, entregan elementos de referencia para medir los avances. De modo más fundamental, reflejan las aspiraciones compartidas de la comunidad humana del mundo en un período caracterizado por cambios radicales.

Este año marca la cuenta descendente de 10 años hasta la fecha tope de 2015 para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Hoy, el mundo cuenta con los recursos financieros, tecnológicos y humanos necesarios para dar un salto decisivo en desarrollo humano. Sin embargo, de mantenerse las actuales tendencias, la humanidad estará muy lejos de cumplir los ODM. En lugar de aprovechar el momento, los gobiernos del mundo avanzan a tropezones hacia un fracaso en desarrollo humano ampliamente anunciado y fácilmente evitable, con profundas repercusiones no sólo para los pobres del mundo, sino para la paz, la prosperidad y la seguridad mundial.

Quince años después de la primera publicación del *Informe sobre Desarrollo Humano*, el Informe de este año comienza por examinar la actual situación del desarrollo humano. En aquel primer informe, Mahbub ul Haq decía que nos esperaba un decenio de rápido avance: “Los años noventa”, señalaba, “emergen como el decenio del desarrollo humano, ya que rara vez hemos sido testigos de tal grado de consenso en torno a los objetivos reales de las estrategias

de desarrollo”³. Los logros conseguidos desde que se escribieron esas palabras son enormes. Gran parte del mundo en desarrollo ha experimentado un rápido desarrollo y las condiciones de vida de sus habitantes han mejorado de manera sostenida. Millones han cosechado los beneficios de la globalización. No obstante, los progresos en este campo son inferiores a los vaticinados en el *Informe sobre Desarrollo Humano* de 1990 y están claramente muy por debajo de lo que podría haberse logrado.

Si se mira desde la perspectiva de 2015, existe el riesgo de que los próximos 10 años, al igual que los 10 años recién pasados, queden registrados en la historia no como el decenio en que se vivió un acelerado desarrollo humano, sino como el decenio de oportunidades malgastadas, esfuerzos poco entusiastas y una cooperación internacional insuficiente. Este año marca una encrucijada: o bien la comunidad internacional permite que el mundo continúe en su actual senda de desarrollo humano o cambia de rumbo y pone en marcha las políticas requeridas para que la promesa de la Declaración del Milenio se traduzca en resultados prácticos.

No se cumplirá la meta de los ODM de reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años y el déficit equivale a más de 4,4 millones de muertes evitables en 2015

No hay que subestimar las consecuencias que implica mantener la actual trayectoria. Sobre la base de datos de tendencias a nivel nacional, estimamos el costo humano que generaría la brecha entre el cumplimiento de las metas de los ODM en el año 2015 y los resultados previstos si se mantienen las actuales tendencias. Algunos de los titulares serían:

- No se cumplirá la meta de los ODM de reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años y el déficit equivale a más de 4,4 millones de muertes evitables en 2015. En el transcurso de los próximos 10 años, la brecha acumulativa entre la meta y la actual tendencia suma más de 41 millones de niños que morirán antes de cumplir cinco años por causa de la enfermedad más fácilmente curable de todas: la pobreza. Este resultado es poco congruente con el compromiso de la Declaración del Milenio de proteger a los niños del mundo.
- La brecha entre la meta de los ODM de reducir la pobreza a la mitad y los resultados proyectados equivale a 380 millones de personas adicionales en los países en desarrollo cuyos ingresos serán inferiores a un dólar al día en 2015.
- La meta de los ODM de educación primaria universal tampoco se cumplirá de mantenerse las tendencias actuales y 47 millones de niños de los países en desarrollo seguirán sin asistir a la escuela en 2015.

Este tipo de estadísticas deben interpretarse con la debida prudencia. Si bien las proyecciones basadas en las tendencias del pasado brindan nuevas perspectivas acerca de una serie de resultados potenciales, no permiten definir lo inevitable. Según un aforismo del mercado financiero, el desempeño del pasado no permite predecir los resultados del futuro. En el caso de los ODM, ello implica, sin duda, buenas noticias: todavía se está a tiempo de volver a la senda correcta

aunque se ya acaba el tiempo para hacerlo. El Secretario General de las Naciones Unidas lo formuló de la siguiente manera: “Es posible alcanzar los ODM de aquí al año 2015, pero sólo si todas las partes involucradas rompen con su estilo habitual de funcionamiento y ahora mismo drásticamente aceleran y aumentan el alcance de las medidas”⁴.

La primera sección de este capítulo presenta una breve reseña de los avances y retrocesos que han afectado al desarrollo humano en el último decenio y medio. Destaca el enorme traspíe que ha sufrido el desarrollo humano en muchos países debido al VIH/SIDA y la desaceleración en la reducción de la mortalidad infantil. Los avances desiguales entre países y regiones han ido acompañados de divergencias en el desarrollo humano en algunas áreas fundamentales, con la consiguiente profundización de las desigualdades. La segunda sección del capítulo está consagrada a los ODM. Los limitados y cada vez menos veloces avances logrados en desarrollo humano durante el último decenio inciden directamente en las perspectivas de cumplir los ODM. Aunque el ingreso promedio de los países en desarrollo ha aumentado con mucho más fuerza desde 1990, tal crecimiento no ha logrado encaminar al mundo hacia el cumplimiento de los ODM, la mayoría de los cuales no podrá ser alcanzada por un gran número de países del mundo. Parte del problema es que el crecimiento se ha distribuido de manera desigual entre los países y dentro de éstos. La dificultad más profunda es que la creciente riqueza no se está traduciendo en desarrollo humano a la tasa requerida para considerar viable el cumplimiento de los ODM. Nuestras proyecciones de datos a nivel de país arrojan un potencial conjunto de resultados prácticamente inevitables si el mundo mantiene la trayectoria lograda como habitual forma de proceder, tal como lo ha advertido el Secretario General de las Naciones Unidas.

Avances y retrocesos en el desarrollo humano

El desarrollo humano consiste en la libertad y la formación de las capacidades humanas, es decir, en la ampliación de la gama de cosas que las per-

sonas pueden hacer y de aquello que pueden ser. Las libertades y derechos individuales importan mucho, pero las personas se verán restringidas en

lo que pueden hacer con esa libertad si son pobres, están enfermas, son analfabetas o discriminadas, si se ven amenazadas por conflictos violentos o se les niega participación política. Es por este motivo que “las libertades fundamentales del hombre” proclamadas en la Carta de las Naciones Unidas son un aspecto esencial del desarrollo humano. Y es también la razón que explica por qué el avance hacia la consecución de los ODM conforma una base para juzgar el progreso logrado en desarrollo humano. El desarrollo humano implica mucha más que los ODM y sus metas y, de hecho, muchas de estas metas son, en verdad, bastante modestas en sus aspiraciones. No obstante, fracasar en el cumplimiento de los ODM representaría un retroceso muy importante.

Las capacidades más básicas para que el ser humano pueda desarrollarse son: tener una vida larga y saludable, disponer de educación y tener acceso a los recursos necesarios para disfrutar de un nivel de vida digno. Otras capacidades incluyen la participación en la vida comunitaria y en la política de la sociedad. En esta sección, examinamos el historial del desarrollo humano en el transcurso del último decenio, período marcado por una creciente integración global.

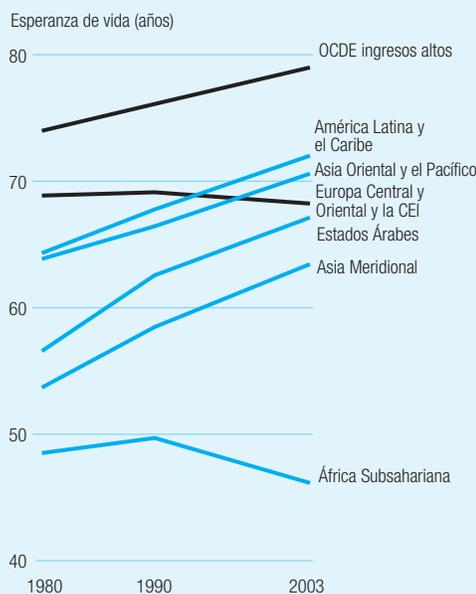
La era de la globalización se ha caracterizado por enormes avances en el campo de la tecnología, el comercio y las inversiones así como por un impresionante aumento de la prosperidad. El progreso en desarrollo humano ha sido menos importante y gran parte del mundo en desarrollo va quedando a la zaga. Las diferencias en desarrollo humano entre ricos y pobres, ya de por sí importantes, están aumentando. Al mismo tiempo, algunos de los países más publicitados como historias de éxito enfrentan dificultades para traducir su creciente prosperidad en desarrollo humano. Los avances en la reducción de la mortalidad infantil, uno de los indicadores básicos de desarrollo humano, están frenando su ritmo y la brecha entre la mortalidad infantil de los países ricos y pobres se está profundizando. A pesar de todos sus logros destacados, la globalización y el progreso científico están muy lejos de terminar con el sufrimiento innecesario, las enfermedades debilitadoras y la muerte por causa de enfermedades evitables que siegan la vida de los pobres del mundo.

Avances en el desarrollo humano— instantánea de la situación mundial

Si consideramos los últimos dos decenios, se ha mantenido la tendencia a largo plazo de progreso en desarrollo humano. En general, las personas que hoy nacen en un país en desarrollo puede esperar ser más acaudalada, más saludable y tendrán más educación que la generación de sus padres así como más probabilidades de vivir en una democracia multipartidista y menos de verse afectada por algún conflicto.

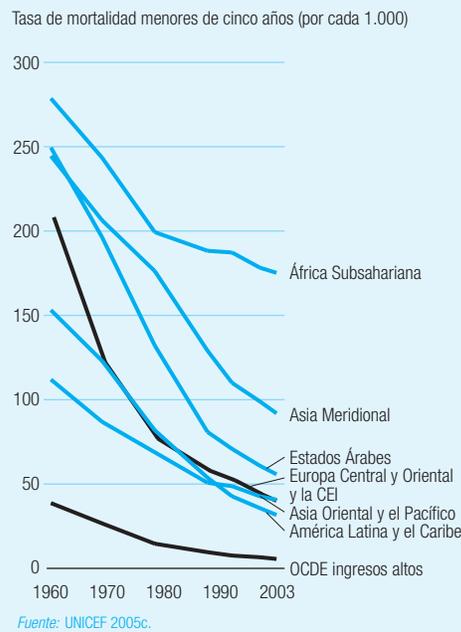
En poco más de un decenio, la esperanza media de vida aumentó en dos años en los países en desarrollo y al menos en este indicador del desarrollo humano, los países pobres están cerrando la brecha con los ricos (Figura 1.1). La mayor esperanza de vida se debe, en parte, al descenso en las tasas de mortalidad infantil (Figura 1.2). En este momento mueren dos millones menos de niños que en 1990 y la posibilidad de que un niño llegue a los cinco años ha aumentado en alrededor de 15%. A este resultado también ha contribuido el acceso a agua y saneamiento puesto que ello ha implicado una reducción de la amenaza de sufrir enfermedades infecciosas. Mil doscientos millones de personas han podido acceder a agua no contaminada en el último

Figura 1.1 La esperanza de vida mejora en la mayoría de las regiones



Fuente: ONU 2005d.

Figura 1.2 Tasas de mortalidad infantil y mejoramiento de las tendencias



decenio. El rápido aumento de las tasas de inmunización en el mundo desde el año 2001 a través de la iniciativa Alianza Global para Vacunas e Inmunización redujo la tasa de muertes y salvó medio millón de vidas.

El progreso en el ámbito de la educación también ha sido impresionante, si bien todavía quedan 800 millones de personas en el mundo que carecen de las aptitudes básicas de alfabetización. En este total, las mujeres ocupan un lugar desproporcionadamente alto al representar las dos terceras partes. Sin embargo, en los países en desarrollo, los niveles de alfabetización se incrementaron de 70% a 76% en el último decenio y la brecha de género también se está acortando⁵. El analfabetismo actual refleja las restricciones en el acceso a la educación que marcaron el pasado, situación que está mejorando. Si se compara con los niveles de 1990, ahora hay 30 millones menos de niños en edad de cursar la educación primaria que no asisten a la escuela y el promedio de años cursados aumentó en medio año. La brecha de género en la matriculación en la escuela primaria, si bien un indicador más bien limitado de la igualdad de género, también se ha estrechado, aunque todavía las niñas representan más del 50% de todos los menores que no asisten a la escuela.

La pobreza extrema de ingresos se ha reducido de manera sostenida. Sin embargo, se han planteado

inquietudes justificadas respecto de la utilización del umbral de pobreza de un dólar al día, por lo que este indicador debe utilizarse con la debida prudencia⁶. Más allá de los problemas de medición, la pobreza es un proceso dinámico que los indicadores estáticos sólo pueden captar de manera parcial. No obstante, la tendencia apunta hacia la dirección correcta. La pobreza extrema se redujo de 28% en 1990 a 21% en la actualidad, reducción que en cifras absolutas representa unos 130 millones de personas⁷. El crecimiento económico es uno de los requisitos obvios para lograr una reducción acelerada de la pobreza y un desarrollo humano sostenido. Los titulares también son prometedores en este aspecto puesto que el crecimiento medio del ingreso per cápita en los países en desarrollo fue 1,5% en los años noventa, casi tres veces su tasa en el decenio anterior⁸. Desde el año 2000, el crecimiento medio per cápita del ingreso en los países en desarrollo aumentó a 3,4%, el doble que el promedio que caracterizó a los países de ingreso alto. Luego de dos decenios de un ingreso promedio decreciente, en 2000, África Subsahariana registró un aumento de 1,2% anual. Aunque es demasiado temprano para considerar este repunte como un momento crucial en el desarrollo de esta región, existen alentadoras señales de que el crecimiento podría estar asentándose en una cantidad cada vez mayor de países de esta región.

Las noticias son menos alentadoras en el tema de los conflictos. Desde 1990, el mundo ha sido testigo del cruel genocidio en Rwanda, las violentas luchas civiles en el corazón de Europa, las guerras en Afganistán e Iraq y los reveses en el Oriente Medio. El conflicto en la República Democrática del Congo ya ha cobrado casi 4 millones de vidas, el mayor número de víctimas desde la Segunda Guerra Mundial. En Sudán, la salida pacífica de una de las guerras civiles de África de mayor duración se transformó en el prelude de una nueva crisis humanitaria en Darfur que dio lugar al desplazamiento de más de un millón de personas. La seguridad colectiva enfrenta nuevas amenazas. Sin embargo, pese a los retos que plantean los conflictos violentos para el desarrollo humano, hay algunas noticias positivas: la cantidad de conflictos ha disminuido desde 1990; muchas guerras civiles terminaron gracias a negociaciones auspiciadas por la ONU en los últimos 15 años y desde Timor-Leste hasta Afganistán, El Salvador y Sierra Leona, la paz ha traído nuevas oportu-

tunidades para el desarrollo humano y la democracia. Si bien el conflicto violento constituye uno de los mayores obstáculos para un acelerado desarrollo humano, es un obstáculo que se puede reducir.

El progreso hacia la democracia, un aspecto fundamental del desarrollo humano, también ha sido diverso. La democracia es valiosa en sí misma —y por consiguiente un indicador del desarrollo humano por mérito propio—, pero también es un medio para avanzar hacia objetivos más amplios del desarrollo humano. Medir el progreso en este campo es intrínsecamente difícil. Una de las condiciones de la democracia es la celebración de elecciones multipartidistas, ahora una de las formas preferidas de gobernabilidad en el mundo. También se requiere un poder judicial independiente, restricción del poder ejecutivo, libertad de información y respeto de los derechos humanos para garantizar la solidez de las alternativas electorales. Según el indicador del estado de la democracia conocido como Forma de gobierno, el cual es un elemento de referencia compuesto, el porcentaje de los países del mundo que cuentan con sistemas electorales multipartidistas se incrementó de 39% a 55% desde 1990 (Figura 1.3), lo cual equivale a un aumento de 1.400 millones de personas que viven en democracias multipartidarias⁹. Más de dos tercios de la población de África ahora vive en países con sistemas electorales democráticos multipartidistas y los propios gobiernos africanos tomaron la iniciativa de enfrentarse a un golpe antidemocrático en Togo.

Sin embargo, las elecciones multipartidistas no son por sí solas suficientes para garantizar la democracia y hay que reconocer que incluso en esta medida el vaso está casi medio vacío. En Oriente Medio, las elecciones multipartidistas prácticamente no existen, aunque países como Egipto y Jordania están otorgando mayor espacio a las políticas electorales. De los dos países más poblados del mundo, la India es una democracia pujante, pero, en China, las reformas políticas han ido a la zaga de las reformas económicas. Por otra parte, muchos países con elecciones multipartidistas, particularmente algunas naciones de la ex Unión Soviética, son democracias de nombre, pero, en la práctica, autocracias electorales donde los dirigentes políticos suelen ser percibidos por sus habitantes como corruptos, tiránicos y explotadores abusivos. Las elecciones multipartidistas pueden servir de cortina de humo para

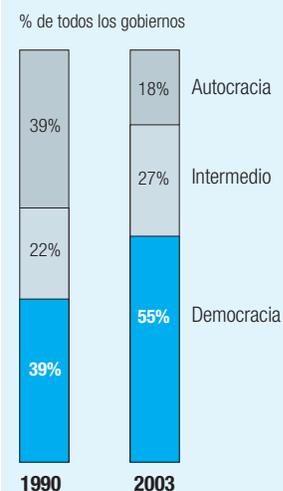
ocultar un poder ejecutivo despótico, restricciones a la libertad de información y abusos a los derechos humanos que privan a la democracia de su verdadero significado. En algunos países, las protestas públicas se han constituido en un poderoso antídoto en contra de las prácticas de esta naturaleza. Durante los años 2004 y 2005, presidentes de larga permanencia en su cargo fueron expulsados del poder en Georgia, Ucrania y Kirguistán por medio de protestas públicas desencadenadas por los aparentes abusos cometidos contra el proceso democrático.

No se debe subestimar —ni tampoco exagerar— la magnitud del progreso que ha experimentado el desarrollo humano en el último decenio. Parte del problema de las instantáneas globales es que ocultan enormes variaciones entre regiones y al interior de las mismas así como las brechas en todas las dimensiones del desarrollo humano. De hecho, el progreso registrado en desarrollo humano ha sido poco uniforme entre y dentro de las regiones y en sus diferentes dimensiones.

Percepción de los avances a través del índice de desarrollo humano

El Índice de desarrollo humano (IDH) es un indicador compuesto que cubre tres dimensiones del bienestar humano: el ingreso, la educación y la

Figura 1.3 La democracia gana terreno



Fuente: Calculado a partir de datos demográficos de ONU 2005d y puntajes del Sistema de gobierno de CIDCM 2005.

Cuadro 1.1 Países que experimentan retrocesos en el IDH

1980–1990	1990–2003
Congo, Rep. Dem. del	Botswana
Guyana	Camerún
Haití	República Centroafricana
Níger	Congo
Rwanda	Congo, Rep. Dem. del
Zambia	Côte d'Ivoire
	Kazajistán ^a
	Kenya
	Lesotho
	Moldova, República de ^a
	Federación de Rusia ^a
	Sudáfrica
	Swazilandia
	Tayikistán ^a
	Tanzania, República Unida de ^a
	Ucrania ^a
	Zambia
	Zimbabue

a. El país no registra datos sobre el IDH para el período 1980–1990, de manera tal que la caída puede haber comenzado antes del año 1990.

Fuente: Cuadro de indicadores 2.

salud. Su finalidad no es la de presentar una visión completa del desarrollo humano, sino brindar una medida que vaya más allá del ingreso. El IDH es un barómetro que detecta los cambios en el bienestar humano y compara los avances entre las diferentes regiones.

En los últimos tres decenios, el IDH registró mejoras en todas las regiones en desarrollo, si bien a tasas variables y con la evidente excepción de África

Subsahariana (Figura 1.4). Más allá de este avance generalizado, sin embargo, muchos países sufrieron retrocesos nunca antes vistos. Dieciocho países, que en conjunto suman una población de 460 millones de personas, registraron calificaciones más bajas en el IDH de 2003 que en el de 1990 (Cuadro 1.1). (En los años ochenta, sólo seis países se vieron aquejados por retrocesos de este tipo.) Por otra parte, los retrocesos en materia de desarrollo humano se concentraron fuertemente en dos regiones y doce de estos países pertenecen a África Subsahariana. Algo más de un tercio de la población de esta región —240 millones de personas— vive en países donde el IDH ha sufrido retrocesos. Los otros seis países donde el IDH ha reculado pertenecen a la ex Unión Soviética.

Los retrocesos en el IDH se reflejan en la posición relativa de los países. En África Subsahariana, la letal interacción de estancamiento económico, lento progreso en educación y propagación del VIH/SIDA ha generado una caída abrupta en la clasificación del IDH (Recuadro 1.1). Algunos de los descensos más marcados ocurrieron en África Meridional: Sudáfrica descendió 35 lugares, Zimbabwe 23 lugares y Botswana 21. De los países de la ex Unión Soviética, los descensos más importantes afectaron a Tayikistán, que retrocedió en 21 lugares, Ucrania en

Recuadro 1.1

El VIH/SIDA es responsable de numerosos retrocesos en cuanto a desarrollo humano

La disminución de la esperanza de vida es un indicador que capta el efecto del VIH/SIDA, pero además, la epidemia es responsable de numerosos retrocesos en desarrollo humano que, fuera de la salud, influyen en áreas relacionadas con la seguridad alimentaria, la educación y otras.

Los hogares que han sido golpeados por el VIH caen en una verdadera trampa financiera pues los costos de la salud aumentan y los ingresos caen. Los costos del tratamiento pueden alcanzar hasta un tercio del ingreso familiar, e incluso más, y desplazar los gastos en otras necesidades. Por ejemplo, estudios realizados en Namibia y Uganda han descubierto que algunos hogares apremiados recurren a ventas de alimentos y ganado para cubrir los gastos médicos, con lo cual aumentan aún más su vulnerabilidad. Mientras tanto, el VIH/SIDA erosiona su activo más valioso: el trabajo. En efecto, en Swazilandia la producción familiar de maíz cae en promedio más del 50% luego de la muerte de un adulto a causa del VIH/SIDA.

Más allá de las familias, el VIH/SIDA deteriora el tejido social y la infraestructura económica. Por ejemplo, los sistemas de salud son afectados por la letal interacción de dos efectos: el desgaste de los trabajadores y el aumento de la demanda. La presión sobre una infraestructura de salud ya exigida aumenta y la deja al borde del colapso. Por ejemplo, en Côte d'Ivoire y Uganda, los pacientes con afecciones relacionadas con el VIH ocupan más de la mitad de las camas de hospital.

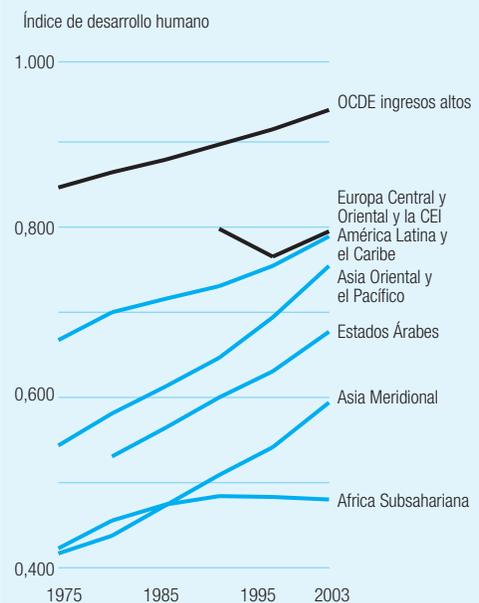
El VIH/SIDA está deteriorando la capacidad humana en un frente amplio. Zambia pierde ahora dos tercios de sus docentes capacitados a causa del VIH/SIDA y en 2000, dos de tres trabajadores involucrados en extensión agrícola en el país informaron haber perdido a un colega el año anterior.

La propagación del SIDA es tanto consecuencia como causa de la vulnerabilidad. La enfermedad deprime el sistema inmunológico del cuerpo y lleva a la desnutrición y al mismo tiempo, las deficiencias nutricionales aceleran la aparición del SIDA y su avance. Las mujeres que sufren de VIH/SIDA se ven afectadas por una pérdida de estatus. Simultáneamente, la desigualdad de género y la supeditación de la mujer se encuentran en la base de las desigualdades de poder que aumentan el riesgo de contraer el mal. La violencia contra la mujer, especialmente las prácticas sexuales impuestas o coercitivas son también causa primordial de vulnerabilidad, además de la débil posición de la mujer en cuanto a negociar el uso del condón.

Fuentes: Gillespie y Kadiyala 2005; Yamano y Jayne 2004; Carr-Hill 2004; Swazilandia, Ministerio de Agricultura y Cooperativas y Empresas 2002.

Figura 1.4

El desarrollo humano mejora en la mayoría de las regiones



Fuente: Calculado a partir de datos básicos del cuadro de indicadores 2.

17 lugares y la Federación Rusa en 15. La desorganización económica causada por la desintegración de la Unión Soviética fue uno de los dos motivos del retroceso, el otro, una caída catastrófica en la esperanza de vida. Rusia descendió 48 lugares en la clasificación de la esperanza de vida en el mundo en el período 1990 a 2003 (Recuadro 1.2).

La relación entre la clasificación alcanzada en cuanto a riqueza y aquella en cuanto a IDH difiere

entre un país y otro. Bangladesh y China son dos de los países que más mejoraron su clasificación en el índice. Desde 1990, Bangladesh subió 14 lugares en esta clasificación, pero sólo 10 lugares en el ordenamiento mundial según la riqueza. Esto indica que el progreso social avanzó más que el progreso económico en Bangladesh si se compara con los resultados de otros países. En China, por el contrario, que mantuvo su impresionante ascenso en la clasi-

Recuadro 1.2

Crisis de mortalidad en la Federación Rusa: “faltan” siete millones de hombres

La esperanza de vida al nacer en la Federación Rusa es una de las más bajas de los países industrializados: 65 años en comparación con 79 en Europa Occidental. Desde comienzo de los años noventa, se ha producido un marcado aumento de la mortalidad masculina por sobre la tendencia histórica. Se calcula que durante el período comprendido entre 1992 y 2001 hubo entre 2,5 y 3 millones de muertes adicionales y en ausencia de guerras, hambrunas o epidemias, no existe un precedente histórico reciente de pérdidas de tal magnitud.

La mortalidad es más alta entre los hombres que entre las mujeres, especialmente hombres solteros y con menor educación. En 2003, la esperanza de vida de los rusos llegaba a los 59 años, mientras que las rusas podían esperar vivir hasta los 72, una de las brechas de género más amplias del mundo. Si se hubiese mantenido el índice normal de mortalidad, en Rusia vivirían 7 millones más de hombres. En otras palabras, la desigualdad de género reduce el tamaño general de la población en alrededor de 5%¹.

Parte de la explicación está en las causas inmediatas de la mortalidad. El país sufre de una alta incidencia de enfermedades cardiovasculares, lo cual refleja aspectos relacionados con la dieta y las formas de vida. Además de esta epidemia del “primer mundo”, a la Federación Rusa la acechan cada vez más las enfermedades infecciosas, tales como la tuberculosis y el VIH/SIDA, las que se han convertido en una creciente amenaza. Por otra parte, las tasas de homicidios y suicidios son altas respecto de los estándares en los países industrializados y aumentaron durante los años noventa, y ambos indicadores están estrechamente ligados al excesivo consumo de alcohol.

La reestructuración del mercado laboral, la profunda y prolongada recesión económica de los años noventa y el colapso del sistema público de prestaciones sociales pueden haber aumentado el nivel de estrés psicológico y social que experimenta la población, lo

cual se vio reflejado en un aumento del consumo de alcohol y de las enfermedades que de allí se derivan. Al mismo tiempo, se produjo un aumento en la delincuencia violenta ligada al derrumbe de las instituciones estatales relacionadas con la ley, el orden y la seguridad. La actividad económica informal y el cumplimiento de los contratos a través de la violencia contribuyeron a la reducción de la esperanza de vida: la tasa de homicidios masculinos se duplicó en la primera mitad de los años noventa.

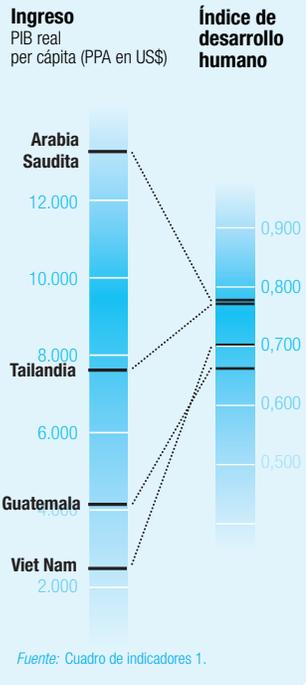
Más allá de la delincuencia violenta y el estrés psicosocial, la propagación de enfermedades infecciosas prevenibles —en particular la tuberculosis, las infecciones intestinales agudas y la difteria— destaca los defectos del sistema de atención de salud. El gasto público en el sector disminuyó del 3,5% del PIB en 1997-98 a un promedio de 2,9% durante 1999-2001. Los hogares más pudientes recurren cada vez más a nuevos servicios de salud privados, pero la demanda generalizada de coimas y otros pagos informales pone a la atención “gratuita” de salud pública fuera del alcance de muchas familias más pobres.

Las tendencias de la mortalidad en Rusia representan uno de los desafíos más serios en términos del desarrollo humano de principios del siglo XXI. Un aumento tan agudo de la mortalidad pone de relieve la necesidad de realizar una mejor investigación para identificar las causas del excedente en la mortalidad masculina y de adoptar políticas públicas decididas destinadas a identificar a la población vulnerable y protegerla durante los períodos de rápida transición socioeconómica. Un aspecto particularmente importante es la creación de instituciones que la población considere legítimas y que sean capaces de supervisar un proceso complejo de reformas económicas. Otras economías de transición, como, por ejemplo, Polonia, han conseguido revertir las tendencias negativas de mortalidad y aumentar la esperanza de vida.

1. El término “mujeres desaparecidas” suele encontrarse en la literatura y se usa para ilustrar los diferenciales en la mortalidad femenina en algunas zonas de África Subsahariana y Asia Meridional (Sen 1999). La cantidad de mujeres u hombres desaparecidos se calcula comparando la actual relación mujeres-hombres con la relación considerada normal en ausencia de un sesgo de género significativo.

Fuentes: Shkolnikov y Cornia 2000; Banco Mundial 2005e; Men y otros 2003; Malyutina y otros 2002.

Figura 1.5 Diferente ingreso, similar IDH



ficación del IDH, el progreso económico fue mayor que el progreso social. El país subió 20 lugares en la clasificación del IDH y 32 lugares en la clasificación de riqueza.

Una sencilla descomposición del IDH brinda nuevas perspectivas acerca de los catalizadores implícitos del cambio. Partiendo de niveles muy dispares, Bangladesh, China y Uganda aumentaron su puntuación en el IDH en cerca de 20% desde 1990. En China, el crecimiento económico fue el componente más importante en el cambio. En Bangladesh, fue el aumento en el ingreso, aunque estuvo muy lejos del nivel alcanzado en China: el ingreso promedio aumentó aproximadamente en un cuarto de la tasa de China. Sin embargo, Bangladesh avanzó de manera equilibrada en las tres dimensiones del IDH, con mayores aumentos en esperanza de vida y educación que China. En Uganda, la esperanza de vida mejoró en niveles mínimos y el grueso de los avances en el IDH fue el resultado del aumento de la matriculación escolar y, en grado menor, del ingreso. El mecanismo de descomposición se explica en mayor detalle en el Recuadro 2 de las Notas sobre estadísticas.

Los ejemplos recién nombrados plantean temas importantes para los encargados de la formulación de políticas. Para que el desarrollo humano progrese, es necesario avanzar en un frente amplio ya que las pérdidas en bienestar humano vinculadas a la esperanza de vida, por ejemplo, no se pueden compensar con avances en otras áreas, como el ingreso o la educación. Por cierto, los avances en cualquier área son difíciles de mantener cuando el progreso no es generalizado. Por ejemplo, una mala salud puede frenar el crecimiento económico y los buenos resultados obtenidos en educación, en tanto que un crecimiento lento reduce los recursos disponibles para inversiones sociales. Los ejercicios de descomposición del IDH destacan los desafíos que enfrentan diferentes grupos de países. Para China, el reto se traduce en asegurar que el pujante aumento en el ingreso genere avances sostenidos en las dimensiones no económicas del desarrollo humano. Después de todo, el ingreso es un medio para conseguir el desarrollo humano, no un fin en sí mismo. En Uganda, en cambio, la tarea es avanzar a partir de los logros alcanzados en educación y al mismo tiempo descubrir por qué razón los avances en esta área y en el ingreso no se proyectan a la salud. Ban-

gladesh demuestra que se puede apoyar un fuerte avance en desarrollo humano en un frente amplio incluso con niveles relativamente modestos de incremento del ingreso. Para el desarrollo en el futuro, es fundamental que se mantenga este progreso y paralelamente se acelere el crecimiento económico y se reduzca la pobreza de ingresos.

Algunos países se desempeñan mucho mejor que otros en la tarea de convertir la riqueza en desarrollo humano, como se desprende del IDH. Arabia Saudita tiene un ingreso medio mucho más elevado que Tailandia, pero ocupa una posición similar en la clasificación de este índice (Figura 1.5). Guatemala casi dobla el ingreso medio de Viet Nam, pero clasifica en una posición más baja en el IDH. Grandes brechas entre la riqueza de un país y su clasificación en el IDH suelen ser una indicación de profundas desigualdades estructurales que impiden la conversión de la creación de riquezas en desarrollo humano. También apuntan a falencias en las políticas públicas y a la incapacidad de los gobiernos de poner en marcha estrategias destinadas a extender las oportunidades hacia los grupos pobres, marginados o desfavorecidos. Según se muestra en el Capítulo 2, las desigualdades estructurales tienen fuerte incidencia en la velocidad del progreso hacia los ODM.

Si miramos más allá del IDH, persisten enormes déficit en el campo de las capacidades humanas y las metáforas acerca del vaso del desarrollo humano que lo describen como medio vacío o bien medio lleno no hacen más que distraer la atención de un hecho abrumador: el increíble nivel de privación evitable que aún persiste en el seno de un mundo cada vez más próspero.

Los límites que enfrenta el desarrollo humano

No existe indicador más poderoso —o preocupante— de la privación de capacidades que la mortalidad infantil y, sin embargo, cada año mueren más de 10 millones de niños antes de cumplir cinco años¹⁰. La participación de África Subsahariana en la mortalidad infantil va en aumento: la región representa el 20% de los nacimientos, pero el 44% de las muertes en la niñez. Hoy en día es posible prevenir prácticamente todas las muertes en la infancia y, sin embargo, cada dos minutos mueren cuatro

personas sólo de paludismo (de las cuales tres son niños). La mayoría de estas muertes se podría evitar mediante la aplicación de medidas sencillas y de bajo costo. A pesar de que enfermedades como el sarampión, la difteria y el tétano se pueden prevenir mediante vacunas, hoy causan otros dos a tres millones de muertes infantiles¹¹. Por cada niño que muere, millones más se enferman o no asisten a la escuela, atrapados en un círculo vicioso donde la deficiente salud en la infancia se traduce en pobreza en la vida adulta. Al igual que las 500.000 mujeres que mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo, más de 98% de los niños que mueren cada año son de países pobres. En otras palabras, mueren debido al lugar en que nacieron.

Los avances en la reducción de la pobreza han sido parciales y todavía uno de cada cinco habitantes del mundo, esto es, más de mil millones de personas, sobrevive con menos de un dólar al día, un nivel de pobreza tan abyecto que amenaza la supervivencia. Otros 1.500 millones de personas viven con uno o dos dólares al día. Esto significa que más de 40% de la población del mundo en la práctica forma una subclase global que día a día se enfrenta a la dura realidad o a la amenaza de la extrema pobreza.

La pobreza de ingreso está estrechamente vinculada con el hambre. En un mundo de abundancia, millones de personas sufren hambre todos los días y más de 850 millones, incluido uno de cada tres niños en edad preescolar, todavía se encuentran atrapados en el círculo vicioso de la malnutrición y sus efectos¹². La malnutrición debilita el sistema inmune y con ello aumenta el riesgo de tener mala salud, lo cual a la vez agrava la malnutrición. Cerca de 50% de las muertes de niños en edad preescolar se puede atribuir directamente a la interacción entre la malnutrición y las enfermedades infecciosas¹³. Niños aquejados por apenas un moderado peso inferior al normal tienen cuatro veces más probabilidades de morir de una enfermedad infecciosa que un niño bien alimentado.

A su vez, la vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas se ve potenciada por un deficiente acceso a agua limpia no contaminada y saneamiento. Más de mil millones de personas carecen de acceso a este tipo de agua y 2.600 millones no disponen de saneamiento mejorado. Las enfermedades transmitidas por medio del agua o los desechos generados por el ser humano ocupan el segundo lugar en las causas de

muerte en la niñez en todo el mundo, después de las infecciones del tracto respiratorio. El número total de víctimas se calcula en 3.900 niños al día¹⁴.

El déficit de oportunidades educacionales sigue siendo enorme y, en una economía globalizada, cada día más sustentada en el conocimiento, todavía se niega la más básica educación primaria a unos 115 millones de niños¹⁵. La mayoría de los niños no matriculados en la escuela vive en África Subsahariana y Asia Meridional (Figura 1.6). En promedio, para un niño que hoy nace en Mozambique se puede esperar una asistencia de cuatro años a la educación formal, mientras que uno que nace en Francia asistirá 15 años con niveles de educación inmensamente superiores. En Asia Meridional, la escolaridad media de un niño de ocho años alcanza apenas 50% de la escolaridad respectiva en países de ingreso alto. Es más, si bien la brecha de la matriculación en educación primaria posiblemente se esté acortando entre países ricos y pobres, se está profundizando en términos de la cantidad de años de educación (Figura 1.7), incluso si no se tiene en cuenta las diferencias en la calidad de la educación: menos del 25% de los niños zambianos son capaces de pasar las pruebas de alfabetización básica cuando terminan la educación primaria¹⁶. Entre tanto, el acceso a la educación superior sigue siendo un privilegio disponible en especial a los ciudadanos de países de ingreso alto. Estas desigualdades educacionales de hoy serán las desigualdades sociales y económicas globales de mañana.

Figura 1.6 Niños que no asisten a la escuela principalmente en África y Asia Meridional

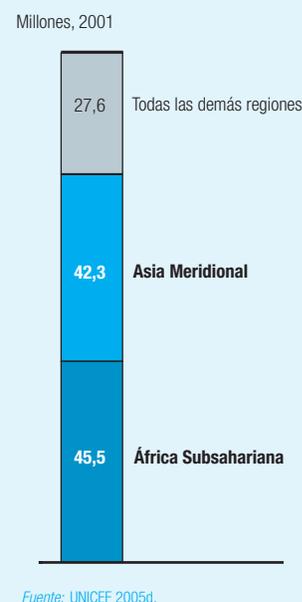
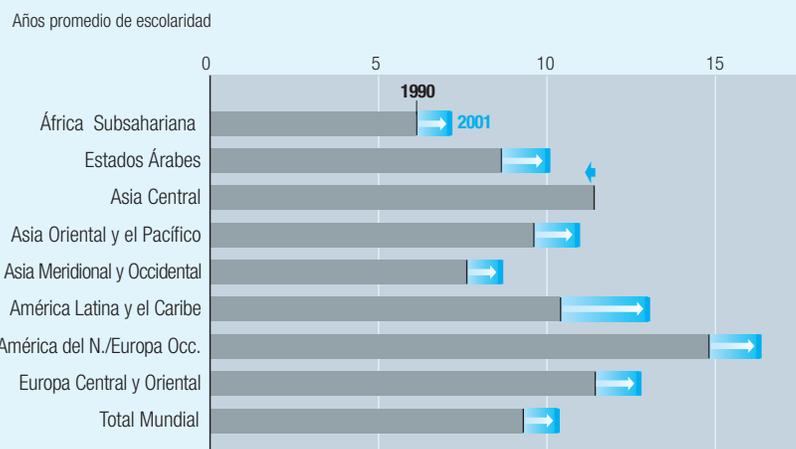


Figura 1.7 Años de escolaridad—la brecha persiste



Nota: Los datos se refieren a la esperanza de años de escolaridad.
Fuente: UNESCO 2005, p. 107.

Las desigualdades basadas en el género siguen afectando la educación de las niñas. Pese a la disminución de la brecha entre niños y niñas, una niña promedio puede esperar recibir un año menos de educación que un niño en los estados africanos y árabes y dos años menos en Asia Meridional. En 14 países africanos, las niñas representan menos de 45% de la población que asiste a la educación primaria. En Pakistán, representan exactamente 41% y de existir paridad de género, dos millones adicionales de niñas asistirían a la escuela en ese país. En el mundo en desarrollo tomado en conjunto, 75% de las niñas termina la educación primaria, porcentaje que sube a 85% para los niños. Sin embargo, las disparidades de género aumentan en los niveles secundario y terciario y esta profunda diferencia no sólo constituye una violación del derecho universal a la educación, sino además una amenaza para el futuro de las perspectivas de desarrollo humano: la educación de las niñas es uno de los catalizadores más poderosos del progreso social en una amplia gama de indicadores.

¿El fin de la convergencia?

La mayoría de las capacidades humanas han estado convergiendo gradualmente en gran parte de los últimos 40 años. Partiendo de una base muy baja, los países en desarrollo como grupo han estado acortando su distancia de los países ricos en temas como la esperanza de vida, la mortalidad infantil y el alfabetismo. Un aspecto preocupante de la actual tendencia en el desarrollo humano es que la tasa global de convergencia está disminuyendo su ritmo y, para un grupo grande de países, la divergencia se está transformando en la norma.

En un mundo de desigualdades ya de por sí extremas, las brechas en desarrollo humano entre países ricos y pobres, en algunos casos, se están profundizando mientras que en otros se están acortando muy lentamente. El proceso no es uniforme y existen grandes variaciones entre regiones y países. Si bien vivimos en un mundo donde los derechos universales proclaman que todos los seres humanos tienen el mismo valor, el lugar donde se ha nacido determina las oportunidades que se tendrá en la vida. En las siguientes secciones se examinarán tres áreas donde las desigualdades entre los países reflejan y refuerzan la desigualdad de oportunidades

para desarrollarse: divergencias en la esperanza de vida, moderación del avance en la mortalidad infantil y atenuación en las reducciones de la pobreza de ingreso y la desigualdad.

La esperanza de vida—el gran retroceso

Vivir una vida larga y saludable es un indicador básico de las capacidades humanas y las desigualdades en esta área tienen una enorme incidencia en el bienestar y las oportunidades. A partir de comienzos de los años noventa, comenzó a disminuir el ritmo de avance de la tendencia de convergencia — de larga data— en la esperanza de vida entre ricos y pobres debido a la divergencia entre regiones asociadas con el VIH/SIDA y otros retrocesos.

Visto desde una perspectiva global, la brecha en la esperanza de vida aún se está cerrando. Desde 1960 a la fecha, la esperanza de vida aumentó en más de 16 años en los países en desarrollo y sólo algo menos de seis años en los países desarrollados¹⁷. Desde 1980, la brecha se ha acortado en dos años. Sin embargo, es necesario situar esta convergencia en el contexto pertinente. Sólo tres meses de los dos años de convergencia desde 1980 son previos a 1990, año desde el cual la convergencia se ha detenido y las brechas siguen siendo muy grandes. La brecha media en la esperanza de vida entre países de ingreso bajo y alto todavía es de 19 años. Alguien que haya nacido en Burkina Faso puede esperar vivir 35 años menos que alguien nacido en Japón, mientras que alguien nacido en la India puede esperar vivir 14 años menos que alguien que lo haya hecho en los Estados Unidos.

La esperanza de vida también es un indicador de lo sana que probablemente será una persona. Una forma de medir el riesgo es evaluar el nivel de mortalidad evitable, esto es, el exceso de riesgo de morir antes de una edad determinada en comparación con un grupo demográfico de otro país. Cuando se utiliza el promedio de los países de ingreso alto como punto de comparación, se determina que sería posible evitar más de la mitad de la mortalidad que afecta a los países en desarrollo. Los adultos entre 15 y 59 años de edad corresponden a algo menos de un tercio de todas las muertes que ocurren en los países en desarrollo, pero sólo un quinto en los países desarrollados¹⁸. Las grandes desigualdades implícitas en estas cifras destacan lo que se ha definido como “ley de atención inversa”, esto es, que la disponibilidad

de atención médica es inversamente proporcional a las necesidades. Las desigualdades en los recursos para la salud son un aspecto medular de esta ley. El gasto per cápita en salud fluctúa entre un promedio superior a US\$3.000 en los países de ingreso alto de la OCDE que tienen los riesgos de salud más bajos y US\$78 en los países de ingreso bajo que tienen los riesgos más elevados, y mucho menos en varios de los países más pobres¹⁹.

El progreso respecto de la esperanza de vida ha sido asimétrico: mientras que América Latina, Oriente Medio y Asia han convergido con los países ricos y la esperanza de vida en Asia Meridional ha aumentado en un decenio durante los últimos 20 años, los países de la ex Unión Soviética y de África Subsahariana se han rezagado aún más.

La esperanza de vida ha disminuido drásticamente en los países que conformaban la ex Unión Soviética, en especial para los hombres. En el caso de los hombres de la Federación Rusa, ésta ha caído de 70 años a mediados de los años ochenta a 59 años en la actualidad, cifra inferior a la de la India. El colapso económico, la erosión que ha afectado la prestación de servicios de bienestar social y las elevadas tasas de alcoholismo y enfermedad han cobrado su tributo (Recuadro 1.2). Los males no transmisibles (como las enfermedades cardiovasculares y las lesiones) aportan el mayor aumento porcentual de las muertes, si bien las enfermedades infecciosas también van en aumento. Si la tasa de mortalidad se mantiene constante, alrededor de 40% de los hombres rusos que hoy tienen 15 años habrán fallecido antes de cumplir los 60 años²⁰.

África Subsahariana es la región que explica la desaceleración en el progreso hacia una mayor equidad global en la esperanza de vida. Hace 20 años, para cualquier persona nacida en África Subsahariana este indicador era de 24 años menos que para una persona nacida en un país rico y la brecha se estaba acortando. Sin embargo, hoy la brecha es de 33 años y va en aumento. El VIH/SIDA es un factor fundamental de este retroceso. En 2004, se calcula que unos tres millones de personas murieron a causa del virus y otros cinco millones se infectaron. Casi todas las muertes ocurrieron en el mundo en desarrollo, el 70% de ellas en África. Se calcula que en la actualidad hay 38 millones de personas infectadas con el VIH y, de éstas, 25 millones viven en África Subsahariana (Recuadro 1.1)²¹.

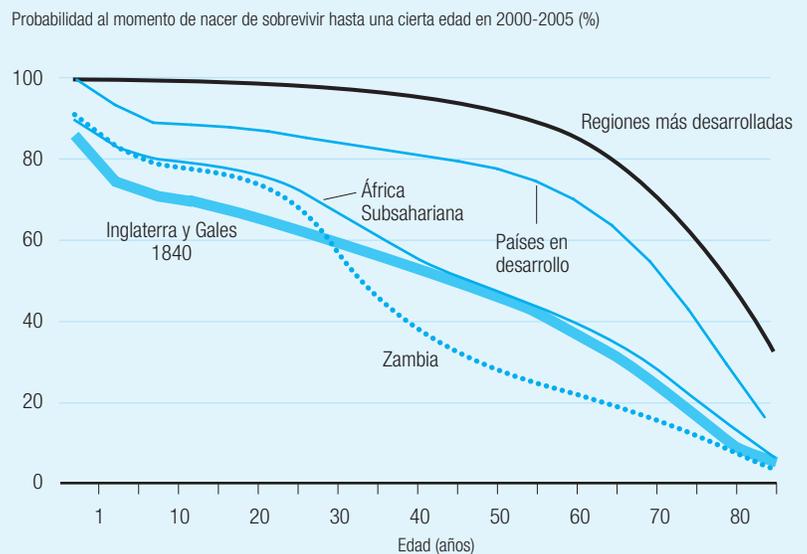
Aunque las estadísticas por sí solas no sean capaces de captar toda la magnitud del sufrimiento asociado con el VIH/SIDA, nos permiten comprender el alcance de la conmoción demográfica que ha causado en los países más afectados. De acuerdo con indicadores actuales, un niño que hoy nace en Zambia tiene menos probabilidades de sobrevivir más allá de los 30 años que un niño que nacía en Inglaterra en 1840 (Figura 1.8). En toda África Subsahariana, un niño que nace hoy tiene menos oportunidades de sobrevivir hasta los 45 años.

Pese a lo impactante que son las estadísticas, minimizan el impacto humano que ha causado el VIH/SIDA. En Europa, Francia experimentó entre 1913 y 1918 la conmoción demográfica aislada que causó más sufrimientos desde la peste bubónica, cuando los efectos combinados de la Primera Guerra Mundial y el brote de influenza de 1918 redujeron la esperanza de vida en alrededor de 16 años. Aunque un episodio traumático, no fue nada en comparación con las pérdidas en esperanza de vida de 31 años que han sufrido países como Botswana (Figura 1.9). En Zambia, la esperanza de vida ha disminuido en 14 años desde mediados de los años 1980. Y la tasa de recuperación proyectada se sitúa muy por debajo de la de Francia en aquella ocasión.

Mirando hacia el futuro, África es el continente que enfrenta los mayores riesgos en desarrollo hu-

De acuerdo con indicadores actuales, un niño que hoy nace en Zambia tiene menos probabilidades de sobrevivir más allá de los 30 años que un niño que nacía en Inglaterra en 1840

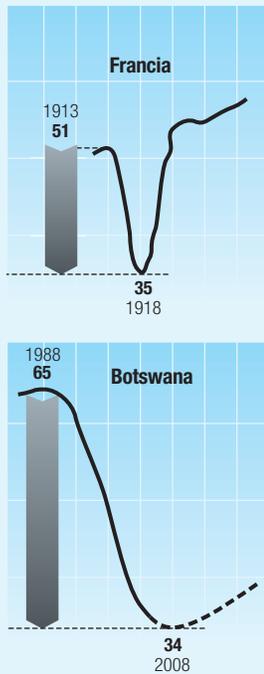
Figura 1.8 Las probabilidades de sobrevivir en África Subsahariana no son mucho mejores que las de Inglaterra en 1840



Fuente: ONU 2005d y Universidad de California, Berkeley e Instituto Max Planck de Investigación Demográfica 2005.

Figura 1.9 El SIDA tiene un mayor impacto demográfico que la Primera Guerra Mundial

Esperanza de vida (años)



Fuente: ONU 2005d y Universidad de California, Berkeley e Instituto Max Planck de Investigación Demográfica 2005.

mano relacionados con el VIH/SIDA. Pero por doquier surgen nuevas amenazas. Graves epidemias han surgido en varios estados de la India. En Tamil Nadu se han detectado tasas de prevalencia de VIH superiores a 50% entre las trabajadoras sexuales, mientras que tanto en Andhra Pradesh como en Maharashtra se ha superado la tasa de prevalencia de 1%²².

La incidencia del VIH/SIDA también está aumentando en los países de la ex Unión Soviética. En este momento, Ucrania tiene una de las mayores tasas de incremento de VIH en el mundo, mientras que la Federación Rusa, que ocupa el segundo lugar (y tiene un millón de infectados), está aquejada por la epidemia más grande dentro de la región²³. La gran mayoría de las personas infectadas con VIH son jóvenes y la dependencia de drogas intravenosas constituye el mayor acelerador de la propagación. Al igual que en otras partes de Europa Oriental, la epidemia se encuentra en su fase inicial, lo que significa que una intervención oportuna todavía la puede detener —y revertir. Sin embargo, si no se presta la debida atención a la epidemia, hay muchas posibilidades de que se extienda cuando llegue a la población general.

La respuesta internacional para afrontar el problema del VIH/SIDA ha sido muy poco adecuada. En una época de ciencia, tecnología y opulencia económica, nada demuestra mejor el fracaso de los países ricos en abordar la enfermedad que los estragos que ésta ha causado en grandes segmentos de la humanidad. El peligro del virus del SIDA se conoció a principios de los años ochenta. Cuando se publicó el primer Informe sobre Desarrollo Humano en 1990, sólo se habían notificado 133.000 casos a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y más de dos tercios de estos casos habían ocurrido en América del Norte. El Informe terminaba diciendo: “Es probable que el SIDA revierta muchos de los avances logrados en...aumentar la esperanza de vida”. Sin embargo, recién ahora, unas 20 millones de muertes después, está emergiendo un esfuerzo internacional convincente. Todavía una fracción muy reducida de los necesitados tiene acceso a servicios de prevención y tratamiento, menos de 8% de las mujeres embarazadas es tratada para evitar la transmisión madre a hijo y menos de 4% de las personas que requieren tratamiento antirretroviral en África están obteniendo las drogas²⁴. Existen unos pocos casos aislados de resultados positivos en países como Senegal y Uganda,

los que han frenado la expansión de la epidemia y están comenzando a revertirla, al igual que en Brasil y Tailandia, donde se han salvado vidas mediante la aplicación de políticas públicas dinámicas que mejoran el acceso a los fármacos. Estos ejemplos demuestran que es factible cumplir la meta de tratar tres millones de personas de aquí a fines de 2005 como primer paso para hacer retroceder la epidemia.

La lenta y restringida respuesta internacional para enfrentar la crisis del VIH/SIDA ha contribuido directamente a profundizar las desigualdades mundiales en salud. Pero también es un claro ejemplo de los costos implícitos que implica aplazar las medidas. En 2004, el mundo gastó unos US\$6.000 millones en combatir el virus a través del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria²⁵. De haber movilizado esos recursos 20 años antes, habría sido posible revertir la epidemia, mientras que hoy esa cantidad no es ni siquiera suficiente para frenarla y mucho menos para cumplir la meta de los ODM de “detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA de aquí al año 2015”. La respuesta de la comunidad internacional a una amenaza mundial para la salud pública ha sido absolutamente inadecuada. Al mismo tiempo, muchos gobiernos de los países más afectados han respondido al desafío sin precedentes que plantea el VIH/SIDA negando la crisis, aplicando medidas convencionales y actuando con descuido, situación que expuso a sus ciudadanos a graves riesgos.

Las mujeres y los niños en último lugar

La supervivencia de los niños es uno de los indicadores más sensibles del bienestar humano, la riqueza comparativa de las naciones y la eficacia de las políticas públicas. Contra este telón de fondo, las tendencias en las muertes en la niñez se aproximan rápidamente al punto en que ameritan ser declaradas emergencia de salud internacional. De los 57 millones de personas que murieron en el mundo en 2002, uno de cada cinco era un niño menor de cinco años, es decir que muere casi un niño cada tres segundos. Se calcula que cuatro millones murieron en su primer mes de vida, el período neonatal²⁶. Casi todas las muertes en la niñez ocurrieron en el mundo en desarrollo, pero el gasto para prevenirlas se concentra en su mayor parte en los países ricos.

Se conocen muy bien las intervenciones que podrían prevenir o tratar de manera eficaz las enfer-

medades que causan la muerte de niños y mujeres en edad reproductiva y la mayoría es poco costosa y muy eficaz en función de los costos. Dos de cada tres muertes en la niñez se podrían evitar mediante la entrega de los servicios de salud más básicos. Y, no obstante, se permite que continúe una catástrofe de salud que cobra más vidas humanas que la pandemia del VIH/SIDA. Nada como lo anterior puede destacar más la brecha entre lo que somos capaces de hacer para evitar el sufrimiento posible de prevenir y lo que decidimos hacer con la riqueza y las tecnologías que tenemos a nuestra disposición.

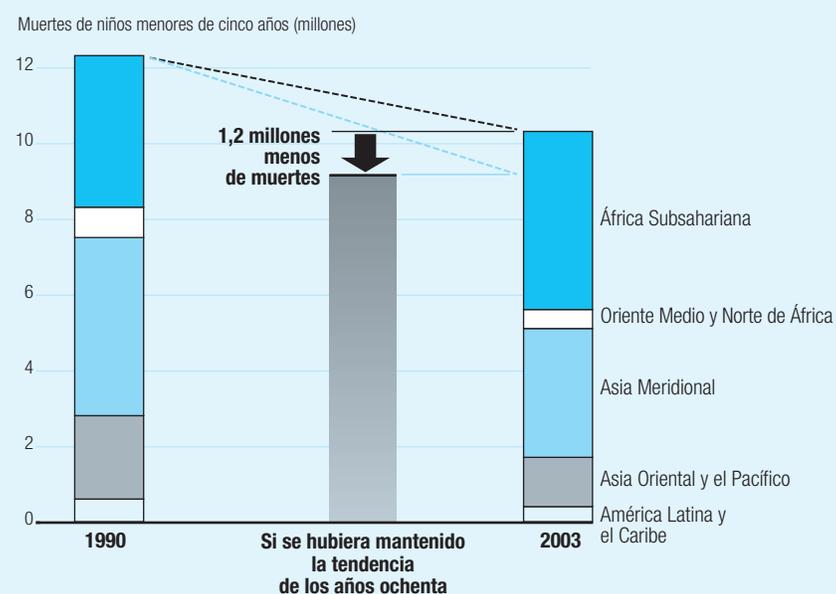
Si bien la mortalidad infantil ha mantenido su tendencia descendente en el último decenio, el ritmo se ha aminorado en el tiempo. Durante los años noventa a 2003, las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un tercio menos que durante los años ochenta (Figura 1.10)²⁷, descenso que ha cobrado su costo en vidas. Si los avances de los años ochenta se hubieran mantenido durante los años noventa y en el decenio actual, habrían muerto al menos un millón menos de niños en 2003²⁸. La mortalidad neonatal se está reduciendo mucho más lentamente que la mortalidad infantil, lo cual implica que, en términos porcentuales, mueren más niños en su primer mes de vida que antes²⁹. De las cuatro millones de muertes en este período, tres cuartas partes ocurren durante la primera semana de vida.

Esta historia de la supervivencia infantil en el último decenio es a la vez el anal de una divergencia, ya que la brecha entre los países ricos y pobres va en aumento, en especial entre los países ricos y los países de África, pero también con países de otras regiones (Figura 1.11). Si en 1980 la tasa de mortalidad infantil era 12 veces más alta en África Subsahariana que en los países ricos, ahora lo es 29 veces. Sin embargo, el desafío de la mortalidad infantil no se limita a África Subsahariana, ya que incluso en países que tienen un crecimiento económico más sólido, se están aminorando los avances en la reducción de la mortalidad infantil. No hay una única causa que explique esta desaceleración. Gran parte de la disminución ocurrida desde los años setenta se debe a los niveles de vida en aumento y a la menor cantidad de muertes causadas por enfermedades diarreicas y otras posibles de prevenir con vacunas. Otros importantes asesinos relacionados directamente con la pobreza (como la malnutrición y las infecciones respiratorias agudas) han disminuido

más lentamente y las muertes debido al paludismo han ido en aumento.

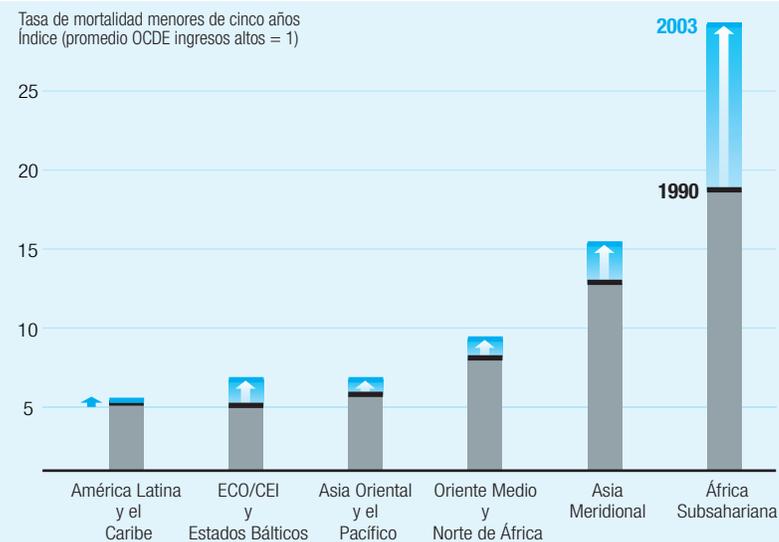
Las tasas de mortalidad infantil subrayan una de las lecciones principales del desarrollo humano: no hay ningún vínculo automático entre ingreso y progreso social. Si bien las tasas de mortalidad suelen disminuir cuando aumenta el ingreso, los países con niveles similares de ingreso muestran grandes disparidades en este indicador (Figura 1.12).

Figura 1.10 Mueren menos niños, pero el progreso es más lento



Fuente: Calculado a partir de datos de UNICEF 2005b

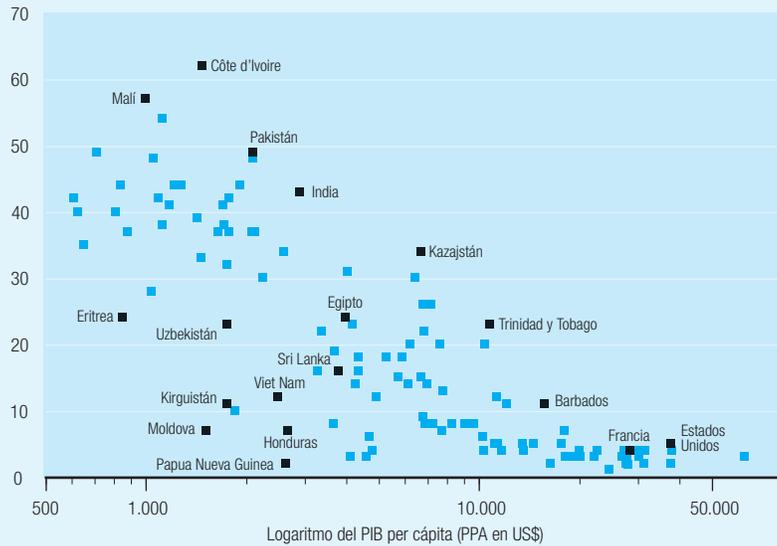
Figura 1.11 Mortalidad de niños – aumentan las brechas entre ricos y pobres



Fuente: UNICEF 2005c.

Figura 1.12 El ingreso no determina la mortalidad neonatal

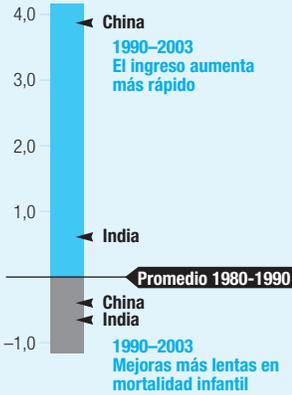
Tasa de mortalidad neonatal, 2003 (por cada 1.000 nacidos vivos)



Fuente: OMS 2004b y Banco Mundial 2005f.

Figura 1.13 El crecimiento del ingreso y las mejoras en la mortalidad infantil difieren en India y China

Divergencia de la tasa de crecimiento promedio de los años ochenta (puntos porcentuales)



Fuente: Calculado a partir de datos sobre mortalidad infantil de UNICEF 2005e y datos sobre PIB per cápita (US\$ año 2000) de Banco Mundial 2005f.

Por ejemplo, en Honduras y Viet Nam las tasas de mortalidad neonatal son muy inferiores a las de la India y Pakistán. Estos hechos indican que el crecimiento económico no es una ruta garantizada hacia un ritmo más acelerado de reducción de la mortalidad infantil.

Esta conclusión está respaldada por el historial del último decenio. Algunas de las historias más notorias de exitoso crecimiento económico y globalización no han mostrado el mismo éxito en su reducción de la mortalidad infantil. China y, en un grado menor, la India, se encuentran al frente de los países de alto crecimiento en etapa de globalización. Sin embargo, los avances anuales en la disminución de las muertes en la niñez redujeron su ritmo a partir de 1990, pese a que el crecimiento económico se incrementó (Figura 1.13). El caso de China demuestra que incluso con niveles de vida en aumento y tasas de crecimiento económico realmente espectaculares no se consigue de manera automática acelerar la disminución de las tasas de mortalidad infantil. El ingreso per cápita aumentó de 8,1% en el decenio 1980 a 85% en el período 1990–2003, incremento que permitió mantener avances impresionantes en la reducción de la pobreza. De hecho, China ya alcanzó la meta de los ODM de reducir la pobreza de ingreso a la mitad respecto de sus niveles de 1990. Sin embargo, sobre la base de información de la ONU, la tasa anual de disminución de la incidencia de la mortalidad in-

fantil descendió de 2,3% durante los años ochenta a 1,9% en los años 1990–2003³⁰. Hay variaciones dentro de esta tendencia y un cambio en los años de referencia arrojaría resultados diferentes. Por cierto, este menor ritmo ha suscitado la inquietud de que China quizás no sea capaz de cumplir con la meta de los ODM de reducir en dos tercios la mortalidad de los niños menores de cinco años hasta el año 2015, a pesar de su sólido historial en un amplio espectro de indicadores de desarrollo humano³¹.

Pese a tener un nivel mucho más elevado de mortalidad infantil que China, la India parece apuntar en la misma dirección. Es posible que el crecimiento más acelerado haya puesto al país en la senda correcta para alcanzar la meta de los ODM de reducir la pobreza a la mitad, pero está muy mal encaminado para cumplir la meta acordada en cuanto a la mortalidad infantil. La tasa anual de disminución en este índice se redujo de 2,9% durante los años ochenta a 2,3% a partir de 1990, una reducción de casi 20%. Al igual que en China, esta desaceleración ocurrió en un período de crecimiento económico en aumento.

Los acontecimientos en la India y China tienen fuertes repercusiones mundiales. La India sola da cuenta de 2,5 millones de muertes de niños cada año, una de cada cinco del total mundial, mientras que las de China representan otras 730.000, más que cualquier otro país excepto la India. ¿Cuál es el motivo de esta desaceleración en el ritmo del avance? Hay quienes sostienen que es inevitable. Ampliar el nivel de prestación de los servicios de salud pública a través de programas de inmunización y otros puede arrojar enormes beneficios en salud pública, en especial disminuir los elevados niveles de mortalidad. Sin embargo, según este argumento, una vez recogidos los frutos al alcance de la mano, el problema queda concentrado especialmente en las poblaciones más difíciles de alcanzar, más vulnerables y menos accesibles a las intervenciones de políticas públicas, lo cual hace subir los costos marginales de salvar vidas y modera los avances.

Aplicado en el contexto que estamos examinando, el argumento de los ‘frutos al alcance de la mano’ es poco creíble. Algunos países, entre ellos Malasia, han acelerado la tasa de reducción de la mortalidad infantil a partir de niveles ya de por sí bajos. Otros han mantenido un rápido avance en el tiempo, incluso en períodos de lento crecimiento.

En 1980, la tasa de mortalidad infantil de Egipto superaba la que hoy existe en Etiopía y a su actual ritmo de avance, en 2010 alcanzará el nivel de Suecia. Egipto ya logró cumplir la meta de los ODM. El bajo ingreso tampoco constituye un impedimento para avanzar. Tanto Viet Nam como Bangladesh han acelerado el ritmo de disminución de su tasa de mortalidad infantil. De hecho, con un nivel de ingreso más bajo y una tasa comparable de crecimiento económico, Viet Nam ya ha sobrepasado a China en cuanto a mejoras en la mortalidad infantil. De manera similar, con un nivel de ingreso inferior y un crecimiento mucho menor, Bangladesh ha rebasado a la India (Figura 1.14). Se trata de diferencias que importan. De haber equiparado la India la tasa de disminución en la mortalidad infantil que tuvo Bangladesh durante el último decenio, la cantidad de niños que morirán este año se reduciría en unos 732.000. Y si China hubiese equiparado la de Viet Nam, se salvarían unas 276.000 vidas. Esto indica que todavía hay un enorme campo para la rápida disminución de la mortalidad de niños en la India y China. Para ambos países, las tendencias de mortalidad infantil plantean inquietudes más generales respecto de la salud pública y la distribución de los beneficios de la globalización al interior de los países en desarrollo. La integración a los mercados globales manifiestamente ha incrementado la creación de riquezas, generado dinamismo económico y elevado los niveles de vida para millones de personas en la India y China. Al mismo tiempo, sin embargo, para grandes segmentos de la población, el “filtrado hacia abajo” de los beneficios del éxito económico en cuanto a desarrollo humano es lento y, en algunas áreas primordiales de la salud pública, parece estar aminorando su velocidad.

Para cambiar esta situación, será necesario aplicar políticas públicas que encaren las desigualdades profundamente enquistadas entre ricos y pobres, hombres y mujeres, regiones más prósperas y menos prósperas. Estas desigualdades se encuentran arraigadas en las diferencias de poder y son perpetuadas por las opciones en materia de políticas públicas. Si la India abordara las desigualdades básicas en salud con el mismo nivel de dinamismo e innovación que ha desplegado en los mercados tecnológicos mundiales, podría muy pronto quedar encaminada en la senda correcta para cumplir las metas de los ODM. Señales prometedoras indican que las políticas públicas

ahora podrían haber tomado la dirección correcta. Durante el año 2005, el anuncio de nuevos programas ambiciosos para someter el sistema de salud a una revisión general y ampliar los servicios en las zonas pobres marca una nueva etapa en las políticas. Los éxitos económicos han aumentado los recursos financieros disponibles para este tipo de programas y algunos estados han demostrado que es posible avanzar con celeridad. El desafío se traduce en asegurar que la reforma eficaz se arraigue en los estados y las zonas que representan el grueso del déficit en desarrollo humano de la India (Recuadro 1.3).

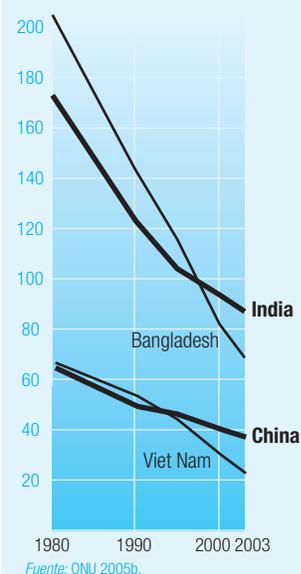
La mortalidad infantil está estrechamente relacionada con la mortalidad materna. Más de 15 años después del lanzamiento de la Iniciativa de Maternidad Segura de parte de los gobiernos del mundo, se calcula que cada año mueren unas 530.000 mujeres durante el embarazo o el parto. Estas muertes son la punta de un iceberg. Al menos ocho millones de mujeres se ven aquejadas cada año de graves complicaciones durante el embarazo o el parto, con riesgos importantes para su salud. Al igual que en el caso de la mortalidad infantil, la gran mayoría de estas muertes ocurren en países en desarrollo y Asia Meridional (donde la mortalidad materna es de 540 muertes por cada 100.000 nacidos vivos) y África Subsahariana (donde es de 920 por cada 100.000 nacidos vivos) dan cuenta del 75% del total. El riesgo de morir por causas ligadas al embarazo fluctúa entre uno de cada 18 en Nigeria y uno de cada 8.700 en Canadá. Y como sucede con la mortalidad infantil, la mayoría de las muertes podrían evitarse: cerca de tres cuartas partes serían posibles de prevenir mediante intervenciones de bajo costo. A pesar de esto, los niveles totales de mortalidad materna parecen haber cambiado poco en el último decenio, especialmente en la mayoría de los países que dan cuenta del grueso de estas muertes. Las comparaciones entre países y los análisis precisos de las tendencias son difíciles de realizar debido a la información incompleta e incorrecta. (Recuadro 5 de la Nota estadística). Sin embargo, algunos indicadores sustitutos, como tasas de fecundidad y asistencia prestada por personal de salud calificado, indican que la disminución anual de la mortalidad está reduciendo su ritmo³².

La salud materno-infantil es un barómetro de otras áreas del desarrollo humano: la situación de la salud pública, el estado nutricional y la adquisi-

El riesgo de morir por causas ligadas al embarazo fluctúa entre uno de cada 18 en Nigeria y uno de cada 8.700 en Canadá

Figura 1.14 China e India se quedan rezagadas en mortalidad de niños

Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)



Recuadro 1.3

La India—una historia de globalización con resultados positivos y antecedentes encontrados en materia de desarrollo humano

“El escaso mejoramiento de la salud de nuestro pueblo es un tema que causa gran inquietud. No hemos prestado la debida atención a la salud pública”¹

Dr. Manmohan Charan Singh, Primer Ministro de la India, abril de 2005.

La experiencia de la India ha sido ampliamente divulgada como una positiva muestra de las bondades de la globalización. Durante los últimos dos decenios, el país ascendió a la primera liga mundial en términos de crecimiento económico; las exportaciones de alta tecnología registran un auge enorme y los emergentes consumidores de la clase media del país se han convertido en un verdadero imán para los inversionistas extranjeros. Sin embargo, la situación en cuanto a desarrollo humano no es tan espectacular como los logros en el plano de la integración mundial, tal como lo ha reconocido con franqueza el Primer Ministro indio.

La incidencia de la pobreza de ingresos ha disminuido de alrededor de 36% a principios de los años noventa a la cifra actual de entre 25% y 30%, si bien los números exactos son materia de gran controversia debido a problemas con los datos de encuestas. Pero en términos generales, la información sugiere que el repunte del crecimiento no se traduce en una disminución acorde de la pobreza y lo que es más inquietante aún, las mejoras en las tasas de mortalidad infantil comienzan a desacelerarse, con lo cual la India está ahora mal encaminada hacia la consecución de las metas contempladas en los ODM. Algunas de las ciudades ubicadas en el sur del país pueden estar viviendo un auge tecnológico, pero uno de cada 11 niños indios muere antes de cumplir cinco años a falta de intervenciones de bajo costo y nivel tecnológico. En efecto, el índice de desnutrición, el cual se ha mantenido casi inalterado en el último decenio, afecta a la mitad de los niños del país y alrededor de una de cada cuatro niñas, y más de uno de cada diez niños, no asisten a la escuela primaria.

¿Por qué el acelerado aumento del ingreso no ha logrado poner a la India en una senda más segura de reducción de la pobreza? Si

bien la pobreza extrema se concentra en las zonas rurales de los estados del Norte, entre otros Bihar, Madhya Pradesh, Uttar Pradesh y Bengala Occidental, los cuales constituyen un verdadero cinturón de pobreza, el aumento de los ingresos ha sido más dinámico en otros estados, en zonas urbanas y en los sectores relacionados con los servicios. Por su parte, la pobreza rural ha disminuido aceleradamente en algunos estados, como Gujarat y Tamil Nadu, pero no se han obtenido resultados similares en los estados del Norte. En el ámbito nacional, el desempleo rural sube, la producción agrícola aumenta menos del 2% anual, los salarios agrícolas están estancados y el crecimiento casi no implica la generación de más puestos de trabajo. En efecto, durante los años ochenta cada 1% del crecimiento del ingreso nacional generó tres veces más puestos de trabajo respecto del decenio siguiente.

El problema más grave que enfrenta la India es el legado en desarrollo humano. En particular, las generalizadas desigualdades de género, además de la pobreza rural y las desigualdades entre los estados, están minando el potencial para convertir el crecimiento en desarrollo humano.

Este simple dato constituye tal vez la muestra más cruda de la desigualdad entre hombres y mujeres: las niñas entre uno y cinco años de edad tienen 50% de probabilidades de morir que los niños, hecho que se traduce en 130.000 niñas “menos”. Hasta los 30 años, las tasas de mortalidad femenina siguen siendo más altas que las de los hombres, tendencia opuesta a la del típico patrón demográfico. En efecto, las diferencias de género reflejan una amplia preferencia por los hijos varones, particularmente en los estados del Norte. A las niñas, menos valoradas que sus hermanos, se las lleva a los establecimientos de salud cuando la enfermedad está más avanzada, reciben atención de médicos menos calificados y se gasta menos dinero en su salud. La baja condición y las desventajas educacionales que sufren las mujeres tienen un efecto directo sobre su salud y la de sus hijos; alrededor de un tercio de los niños de la India nacen con peso insuficiente, lo cual es un reflejo de la mala salud de las madres.

Diferencias entre estados de la India

Indicador	India	Kerala	Bihar	Rajasthan	Uttar Pradesh
Proporción de mujeres en la población (%)	48	52	49	48	48
Tasa de mortalidad menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	95	19	105	115	123
Tasa de fecundidad total (nacimientos por mujer)	2,9	2	3,5	3,8	4
Partos atendidos por personal sanitario (%)	42	94	23	36	22
Niños que reciben todas las vacunas (%)	42	80	11	17	21

Fuente: IIPS y ORC Macro 2000.

(continúa)

La falta de servicios adecuados de salud pública empeora la vulnerabilidad. Después de 15 años de introducida la vacunación infantil, las encuestas nacionales de salud sugieren que sólo 42% de los niños están totalmente vacunados, con tasas de cobertura muy bajas en aquellos estados con mayores índices de mortalidad infantil, las que en Bihar y Uttar Pradesh son inferiores al 20%. La India puede ser líder mundial en servicios de software computacional, pero respecto de la vacunación de los niños de zonas rurales pobres su puntaje es menos sorprendente.

La desigualdad de género es uno de los frenos más poderosos del desarrollo humano. La educación de las mujeres es un tema en sí mismo importante, pero también está estrechamente asociada a la mortalidad infantil. La tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años hijos de madres analfabetas supera dos veces a aquella de los niños cuyas madres han completado la escuela intermedia (Ver Figura). Además de ser menos propensas a la desnutrición, las madres con más educación suelen recurrir con mayor frecuencia a los servicios de salud, tienen menos hijos a una edad más madura

y es más probable que distancien los partos, todos factores asociados positivamente con la supervivencia de los niños. Aparte de privar a las niñas de un derecho básico, las desigualdades de la India en materia de educación se traducen en más muertes infantiles.

Las desigualdades entre los estados interactúan con las desigualdades de ingreso y de género (Ver Cuadro). Sólo cuatro estados son responsables de la mitad de las muertes infantiles: Bihar, Madhya Pradesh, Rajasthan y Uttar Pradesh, zonas que también están marcadas por algunas de las desigualdades de género más profundas de la India. En efecto, el contraste con Kerala es asombroso; las niñas que nacen en este estado tienen cinco veces más probabilidades de llegar a su quinto cumpleaños y dos veces más probabilidades de aprender a leer y escribir, y tenderán a vivir 20 años más que las niñas que nacen en Uttar Pradesh. Estas dife-

rencias están vinculadas a la mala prestación crónica de servicios de salud en los estados del Norte caracterizados por altas tasas de mortalidad, lo que a su vez se relaciona con estructuras de ejercicio del poder estatal que no asumen el deber de rendir cuentas por su accionar.

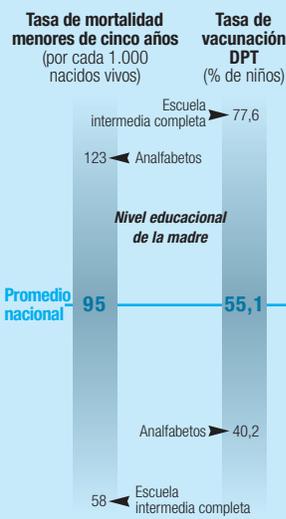
Para convertir los éxitos económicos en avances en desarrollo humano se necesitan políticas públicas destinadas explícitamente a extender la distribución de los beneficios provenientes del crecimiento y la integración mundial, mayor inversión pública en zonas rurales y servicios y, por sobre todas las cosas, liderazgo político para terminar con la mala conducción y abordar las causas profundas de la desigualdad de género.

Hay señales alentadoras del posible surgimiento de tal liderazgo. En 2005, el Gobierno de la India lanzó un programa destinado especialmente a 300.000 aldeas, con un enfoque inicial en los estados más pobres del Norte y del Noreste, la Misión Nacional de Salud Rural cuyos fondos ascienden a US\$1.500 millones. También se han contraído compromisos en cuanto a aumentar el gasto en salud pública desde el 0,9% del ingreso nacional al 2,3% y el gasto en educación también ha aumentado. Además, en un esfuerzo destinado a generar las condiciones para apurar el crecimiento rural y disminuir la pobreza en este sector, se han adoptado ambiciosos programas de inversión pública a fin de ampliar la infraestructura rural, lo que incluye el suministro de agua potable y caminos.

Además de todo lo anterior, traducir el mayor compromiso financiero en mejores resultados requiere un enfoque más decidido en términos de prestación efectiva y medidas destinadas a mejorar la calidad de los servicios públicos. Existen suficientes modelos innovadores para sacar experiencias. Por ejemplo, estados como Himachel Pradesh y Tamil Nadu han sostenido rápidos progresos en educación, no sólo a través del aumento de las partidas presupuestarias sino que gracias a la mayor rendición de cuentas de los proveedores de servicios y la aplicación de incentivos, tales como becas, almuerzos escolares y textos de estudio gratuitos, todos los cuales apuntan a aumentar la participación de los hogares pobres.

Superar decenios de falta de inversión en desarrollo humano y desigualdades de género profundamente arraigadas constituye un enorme desafío cuya superación requiere de un liderazgo político de primera clase. Si tal liderazgo no aparece y no se amplían las oportunidades en salud y educación para todos, independientemente del nivel de riqueza y del género, la situación terminará siendo un obstáculo para las futuras perspectivas de la India en la economía mundial.

Las desigualdades en educación frenan el progreso



Fuente: IIPS y ORC Macro 2000.

1. BBC News 2005a.

Fuentes: BBC News 2005a; Cassen, Visaria y Dyson 2004; Kijima y Lanjouw 2003; Joshi 2004; Dev 2002; Dréze y Murthi 2001.

sición de poder de decisión de parte de la mujer, entre otros. El fracaso en la prestación de servicios de salud pública se ve reflejado en el hecho de que al año se podrían salvar cerca de seis millones de vidas infantiles mediante intervenciones sencillas de bajo costo (Recuadro 1.4). El sarampión causa más de medio millón de muertes al año, mientras que la difteria, la pertusis (tos ferina) y el tétano (vacuna triple) siegan la vida de otro medio millón. Casi todas estas muertes se podrían haber evitado mediante la inmunización³³. Todavía 37 millones de niños del mundo no están inmunizados con la vacuna triple y los avances en la cobertura de las inmunizaciones se han detenido en gran parte del mundo en desarrollo, particularmente entre los pobres. Hoy dicha cobertura es inferior al 50% para los niños que viven en hogares cuyos ingresos están bajo el umbral de pobreza internacional de un dólar al día³⁴. Tan sólo en África mueren tres niños cada dos minutos debido al paludismo³⁵. Muchas de estas muertes se deben a la falta de un simple mosquitero tratado con insecticida y menos de 2% de los niños que residen en zonas infectadas con paludismo duermen debajo de uno de estos implementos que los protegen de los insectos³⁶. A un costo promedio de tres dólares por mosquitero, la inversión en esta medida parece ser reducida y permite prevenir una enfermedad que al año cobra más de un millón de vidas y explica una de cada cuatro muertes de niños en África. Sin embargo, se trata de una inversión que la comunidad internacional y los gobiernos nacionales han estado poco

dispuestos a hacer. El gasto en paludismo efectuado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria sólo representa US\$450 millones al año³⁷.

Existen factores más allá del sector de la salud que también tienen gran incidencia. Luis Pasteur en su tiempo escribió que “el microbio no es nada, lo decisivo es el terreno”³⁸. La pobreza y las asimetrías de poder —y la incapacidad de solucionarlas— definen el terreno en que ocurren las muertes materno-infantiles. La mala alimentación de las madres es otro factor importante que contribuye a las muertes neonatales, mientras que la malnutrición es un factor implícito en el 50% de todas las muertes de niños menores de cinco años. Los niños pobres y mal alimentados tienen más probabilidades de enfermarse y son menos capaces de sobrellevar las enfermedades de la infancia. Se estima que cerca de 3.900 niños mueren cada día por causa de enfermedades transmitidas por el agua sucia o la falta de higiene³⁹. Estos impedimentos al progreso relacionados con la pobreza están estrechamente vinculados con la desigualdad de género y la deprimida condición de la mujer. En gran parte del mundo en desarrollo, en especial en Asia Meridional, la mujer no tiene facultades para exigir sus derechos respecto de los recursos nutricionales y de salud, lo cual la expone, junto con sus niños, a un mayor riesgo de muerte⁴⁰.

Si bien la muerte en la niñez es el indicador más extremo de la desigualdad de oportunidades de vida, las disparidades entre ricos y pobres nos

Recuadro 1.4 **Salvar seis millones de vidas es factible y asequible**

La mayoría de las muertes infantiles son evitables. Aunque el rápido crecimiento económico podría reducir la tasa de mortalidad, este índice es más alto de lo que debería porque, inexcusablemente, no se aplican intervenciones eficientes, de bajo costo y bajo nivel tecnológico y no se abordan tampoco las causas estructurales de la pobreza y la desigualdad.

Una investigación comparativa de distintos países publicada en *Lancet* en 2003 identificó las 23 intervenciones que ejercen el efecto más enérgico sobre la mortalidad infantil; 15 de ellas son preventivas y ocho curativas e incluyen tratamientos como terapia de rehidratación oral, medicamentos, mosquiteros tratados con insecticidas

para prevenir el paludismo y atención prenatal y obstétrica. La mayoría de las intervenciones pueden entregarse a bajo costo a través de personal de salud capacitado y comunidades locales. Usando datos de 2000 y suponiendo una cobertura del 100% para las intervenciones, los autores del estudio concluyeron que se podrían haber evitado alrededor de dos de cada tres muertes infantiles, unos seis millones de niños en total.

Este hallazgo destaca el enorme potencial que implica atacar uno de los problemas más graves en desarrollo humano que enfrenta la comunidad internacional. Las enfermedades contagiosas y las infecciones sistémicas, como la neumonía, la septicemia, la diarrea y

(continúa)

el tétano, provocan dos de cada tres muertes infantiles, casi todas ellas evitables. Las 2,5 millones de decesos a causa de cuadros de diarrea o neumonía podrían reducirse considerablemente a través de intervenciones a nivel comunitario que cuenten con el respaldo de organismos gubernamentales. Las prioridades específicas en términos de las intervenciones variarán entre los países y no existe una solución única, pero el problema común está relacionado con la baja cobertura de los servicios, la gran desigualdad relacionada con la pobreza y la escasa atención que prestan las políticas de salud pública a la mortalidad neonatal.

Existen varios mitos que refuerzan la idea según la cual sería imposible cumplir la meta de los ODM de reducir en dos tercios la mortalidad infantil, entre los cuales lo más comunes son:

- *Mito 1. Lograr una disminución rápida es inasequible.* Falso. Algunos países enfrentan importantes restricciones financieras, de ahí la necesidad de que cuenten con más ayuda. Pero la mortalidad infantil es un ámbito en el cual se pueden obtener grandes retornos con pequeñas inversiones. Una reciente investigación comparativa de países sobre mortalidad neonatal identifica un conjunto de intervenciones, las cuales incluso con una cobertura de 90% en 75 países con alta tasa de mortalidad, podrían reducir los indicadores en 59% y salvar 2,3 millones de vidas. El costo de US\$4.000 millones involucrado es equivalente al gasto militar de dos días en los países desarrollados.
- *Mito 2. La clave del éxito consiste en las intervenciones de alta tecnología como las unidades de cuidados intensivos.* Falso. Tanto Suecia a fines del siglo XIX como el Reino Unido después de 1945 lograron reducir en forma veloz la mortalidad neonatal a través de la prestación de atención prenatal gratuita, asistencia calificada en el parto y mayor disponibilidad de antibióticos. Países en desarrollo tales como Malasia y Sri Lanka también han conseguido bajas notables de los indicadores de mortalidad neonatal mediante intervenciones simples y muchas veces domésticas y en el ámbito de los distritos que han recurrido a la capacitación de los trabajadores de la salud y las parteras y al financiamiento público para la prestación de los servicios.
- *Mito 3. Los países pobres no cuentan con la capacidad institucional para ampliar la escala.* Falso. Las instituciones son importantes, pero muchos países pobres han conseguido avances rápidos usando sus estructuras institucionales en forma creativa. Por ejemplo, Egipto logró la caída más veloz de la tasa de mortalidad infantil en todo el mundo desde 1980 y Bangladesh, Honduras, Nicaragua y Viet Nam también han conseguido progresos notables. En todos estos casos, los programas descen-

tralizados a nivel de distrito han integrado a la prestación de servicios de salud componentes de salud materno-infantil, entre los que se incluye la vacunación, el tratamiento de la diarrea y la atención prenatal. También invirtieron en la capacitación de los trabajadores de la salud y las parteras y en enfocar los beneficios en las poblaciones vulnerables. Incluso en los países que exhiben un desempeño deficiente se pueden encontrar pruebas del potencial de ampliación de la escala. En efecto, un proyecto experimental de tres años que abarcaba 39 aldeas del estado indio de Maharashtra amplió los programas de atención prenatal básica a través de la prestación residencial e intervenciones clínicas simples por un costo de US\$5 por persona cubierta. La tasa de mortalidad infantil disminuyó de 75 muertes por cada 1000 nacidos vivos en el período de base (1993-1995) a 39 muertes tres años más tarde. La tasa de mortalidad en un distrito contiguo disminuyó sólo de 77 por cada 1000 nacidos vivos a 75 durante el mismo período.

La posibilidad real de conseguir avances rápidos refleja el enorme déficit de la prestación actual. Por ejemplo, en África Subsahariana menos del 40% de las mujeres cuentan con atención adecuada al momento de dar a luz y en Asia Meridional la cifra es de menos del 30%. En efecto, más de 60 millones de mujeres dan a luz todos los años sin contar con asistencia adecuada. Otro aspecto que aumenta la vulnerabilidad es la desigualdad a la hora de usar los servicios, un tema que se aborda en el Capítulo 2. Las mujeres más pobres son más propensas a estar desnutridas y tienen menos probabilidades de aprovechar los servicios, porque éstos no existen, son imposibles de costear o son de mala calidad. Más allá de la prestación de servicios, las profundas desigualdades de género exacerbaban el problema. Los cálculos sugieren que el espaciamiento de los nacimientos podría reducir las tasas de mortalidad en 20% en la India y en 10% en Nigeria, países con las mayores tasas de mortalidad neonatal. Un aspecto central del problema es la falta de control sobre la fecundidad, la cual está relacionada con un desequilibrio de poder tanto al interior como fuera del hogar.

Los verdaderos obstáculos para avanzar hacia la reducción drástica de las muertes infantiles no son de corte institucional ni financiero, aunque estos ámbitos presentan problemas. En efecto, es necesario abordar la mala calidad de los servicios y los déficit crónicos de financiamiento. Al mismo tiempo, las estrategias de reducción de la pobreza deben centrarse más en las causas estructurales de la alta mortalidad vinculadas a la baja condición de la mujer, las desigualdades en el acceso a la atención de salud y la falta de prioridades claras en cuanto a la salud materno-infantil.

Fuentes: Cousens y Zupan 2005; Mills y Shilcutt 2004; Wagstaff y Claeson 2004.

En el otro extremo del espectro, en África Subsahariana, en 2001 vivían casi 100 millones más de personas en condiciones de pobreza respecto de 1990

llevan a un problema más general. La gran mayoría de quienes viven en países acaudalados tienen acceso a recursos financieros, tecnologías y servicios para prevenir, o en el caso de enfermedades como el SIDA, al menos posponer la muerte. Por el contrario, la gran mayoría de quienes habitan en los países pobres —más aún si ellos mismos lo son— no tienen esa posibilidad. Esta sostenida desigualdad en el estado de salud suscita inquietudes medulares acerca de la incapacidad de los gobiernos de los países acaudalados de desarrollar un patrón de globalización que incorpore mecanismos redistributivos que corrijan los desequilibrios fundamentales en las oportunidades de vida⁴¹.

Pobreza de ingreso—aminoración del progreso en un mundo desigual

“La marea de la pobreza y la desigualdad, que en el pasado amenazaba con hundir el mundo, está comenzando a revertirse”, declara un informe muy influyente sobre la globalización⁴². Este sentimiento refleja una creencia muy generalizada de que —al menos en el aspecto del ingreso— la integración mundial marca el advenimiento de una nueva era de convergencia. Es un sentimiento que en el mejor de los casos sólo está respaldado marginalmente por los datos. La pobreza está disminuyendo, pero sólo lentamente desde mediados de los años noventa y, entre tanto, la desigualdad mundial se mantiene a niveles extraordinariamente altos.

A escala global, los últimos dos decenios fueron testigo de una de las reducciones más aceleradas de la pobreza en la historia del mundo. Sin embargo, cualquier evaluación de las tendencias de la pobreza

de ingreso debe tener en cuenta las enormes variaciones entre una región y otra. La reducción de la pobreza mundial ha estado impulsada en gran medida por el extraordinario éxito en Asia Oriental y muy especialmente en China. En el otro extremo del espectro, en África Subsahariana, en 2001 vivían casi 100 millones más de personas con menos de un dólar al día respecto de 1990. Asia Meridional disminuyó la incidencia de la pobreza, pero no la cantidad absoluta de personas pobres. América Latina y Oriente Medio no registraron avances, mientras la pobreza aumentó drásticamente en Europa Central y Oriental y en la CEI. La cantidad de personas que en esta región vive con menos de dos dólares diarios se incrementó de 23 millones en 1990 a 93 millones en 2001, o dicho de otro modo, de 5% a 20%.

Usando una metáfora del ámbito militar, la guerra contra la pobreza tuvo avances en el frente oriental, masivos reveses en África Subsahariana y estancamiento en un amplio frente entre estos dos polos. La tendencia que preocupa con miras al futuro es que el avance general está reduciendo su ritmo. Gran parte de los éxitos en la reducción de la pobreza de los últimos dos decenios se lograron en los años ochenta y la primera mitad de los años noventa (Cuadro 1.2). Desde mediados de este último decenio, la disminución de la pobreza de un dólar al día se ha desacelerado hasta llegar a un quinto de la tasa que registraba en el período 1980 a 1996. Esta desaceleración se produce en el contexto del repunte del crecimiento medio para el mundo en desarrollo en el decenio 1990 y su aumento a más del doble de la tasa per cápita del decenio anterior. En

Cuadro 1.2 Caída en la pobreza de ingresos, 1981-2001

Porcentaje de la población que vive con menos de un dólar al día (PPA en US\$) (%)

Región	1981	1984	1987	1990	1993	1996	1999	2001
Asia Oriental y el Pacífico	56,7	38,8	28,0	29,5	24,9	15,9	15,3	14,3
Europa y Asia Central	0,8	0,6	0,4	0,5	3,7	4,4	6,3	3,5
América Latina y el Caribe	10,1	12,2	11,3	11,6	11,8	9,4	10,5	9,9
Oriente Medio y África Septentrional	5,1	3,8	3,2	2,3	1,6	2,0	2,7	2,4
Asia Meridional	51,5	46,8	45,0	41,3	40,1	36,7	32,8	31,9
África Subsahariana	41,6	46,3	46,9	44,5	44,1	46,1	45,7	46,4
Total mundial	40,4	33,0	28,5	27,9	26,3	22,3	21,5	20,7

Fuente: Banco Mundial 2005d.

China, por ejemplo, la tasa a la cual el crecimiento se traduce en reducción de la pobreza ha disminuido marcadamente. Entre 1990 y 2001, la incidencia de la pobreza de un dólar al día disminuyó en 50%, lo que implica que ahora hay 130 millones personas menos que viven bajo el umbral de pobreza internacional. Sin embargo, más de 90% de la disminución se registró entre 1990 y 1996.

El ritmo de progreso en la reducción de la pobreza de ingreso es una función de dos factores: el crecimiento económico y el porcentaje de cualquier incremento de este crecimiento que sea captado por los pobres. Ningún país ha sido capaz de mantener un progreso sostenido en la disminución de la pobreza de ingreso en condiciones de estancamiento de su economía. En Asia Oriental, el elevado crecimiento ha sido fundamental para reducir esta pobreza y, en fecha más reciente, el despegue económico de la India ha creado el potencial necesario para lograr una acelerada disminución de la pobreza. Con la tasa de crecimiento per cápita de 4%

anual lograda desde 1980, el ingreso se duplica cada 17 años, mientras que con la tasa de 1% que caracterizaba al país en los dos decenios antes de 1980, los ingresos tardaban 66 años en duplicarse.

En otras regiones, la perspectiva del crecimiento ha sido menos alentadora. Hoy, el ingreso medio en África Subsahariana es inferior a su nivel en 1990. En los últimos años se han presenciado señales de recuperación en varios países, entre otros Burkina Faso, Etiopía, Ghana, Mozambique y Tanzania. Sin embargo, hay que situar esta recuperación en el contexto pertinente: con el crecimiento per cápita anual de 1,2% experimentado desde el año 2000, África Subsahariana recién en el año 2012 habrá restablecido el ingreso medio a sus niveles de 1980. En los países de la ex Unión Soviética, la transición trajo consigo una de las depresiones más profundas experimentadas en el mundo desde la Gran Depresión de los años treinta y en muchos casos los ingresos todavía son más bajos que hace 15 años pese al crecimiento positivo de los últimos años. Desde 1990,

Cuadro 1.3 Bandas de crecimiento del ingreso

Tasa de crecimiento anual del PIB per cápita, 1990-2003 (%)

Región	Negativa	0%-1%	1%-2%	Más de 2%
Estados Árabes				
Países	5	4	2	5
Población (millones)	34	70	19	139
Asia Oriental y el Pacífico				
Países	4	1	3	13
Población (millones)	3	6	81	1.814
América Latina y el Caribe				
Países	4	8	9	12
Población (millones)	43	74	345	79
Asia Meridional				
Países	0	0	1	7
Población (millones)	0	0	152	1.324
África Subsahariana				
Países	18	8	8	11
Población (millones)	319	108	171	76
Europa Central y Oriental y la CEI				
Países	10	5	1	11
Población (millones)	253	58	10	85
Países de la OCDE de ingresos altos^a				
Países	0	2	6	15
Población (millones)	0	135	224	510
Total mundial				
Países	41	28	32	76
Población (millones)	653	450	1.081	4.030

a. No incluye a la República de Corea, ya que está considerada dentro de Asia Oriental y el Pacífico.

Fuente: Cuadros de indicadores 5 y 14

el ingreso per cápita real ha disminuido en más de 10% en Kirguistán, Rusia y Ucrania y en 40% o más en Georgia, Moldova y Tayikistán. En Rusia, 10% de la población vive con menos de dos dólares al día y 25% vive con ingresos que la sitúa debajo del umbral de pobreza de subsistencia nacional. La mayor parte de Oriente Medio y América Latina ha experimentado un incremento del ingreso promedio que es sólo marginal.

Estas cifras subrayan la ambivalente experiencia de los países con el crecimiento económico. Mientras la integración mundial se ha asociado con el crecimiento acelerado de algunos países, los actuales patrones de crecimiento siguen siendo incompatibles con el logro de los ODM. En promedio, los países necesitan crecer entre 1% y 2% per cápita al año para reducir la pobreza a la mitad en un período de 25 años, según se contempla en los ODM. En el período 1990-2003, más de mil millones de personas vivían en países que crecían a menos de esta tasa y cerca de 50% de éstos están ubicados en África Subsahariana (Cuadro 1.3). Otros quince países de Europa Central y Oriental también crecían a tasas inferiores a 1% per cápita durante ese período. Es cierto que los años recientes son más prometedores y que una sólida recuperación económica está impulsando la reducción de la pobreza. Las tasas de crecimiento promedio fueron de 6% a 9% en Rusia y Ucrania a partir de 2000, tasas que aumentan entre 9% y 13% en Armenia, Azerbaiyán y Tayikistán. En Rusia, los niveles de pobreza se redujeron a la mitad entre 1999 y 2002, lo cual significa que cerca de 30 millones de personas pudieron salir de la pobreza.

El estancamiento económico ha sido una característica generalizada de la era de la globalización y durante los años noventa, 25 países situados en África Subsahariana y 10 en América Latina experimentaron un sostenido período de paralización de este tipo⁴³. La volatilidad vinculada con las crisis en los mercados de capitales ha sido otro problema recurrente bajo la globalización, el cual incide fuertemente en la pobreza. En los dos años posteriores a la crisis financiera que hundió a Rusia en 1998, 30 millones de personas fueron empujadas a niveles inferiores al umbral de pobreza⁴⁴. En Argentina, la población que vive por debajo del umbral de pobreza extrema aumentó en más de tres veces entre el año 2000 y 2003, lo que nuevamente subraya la lección aprendida de la crisis financiera de Asia

Oriental de 1997: la integración a los mercados de capitales globales conlleva altos riesgos para el desarrollo humano⁴⁵.

Desigualdad y la participación de los países pobres en el aumento de la riqueza mundial

La globalización ha generado un debate extenso y en ocasiones acalorado acerca de las tendencias que marcan la distribución mundial del ingreso, sus vínculos con la pobreza y la posibilidad de que la integración a los mercados globales esté produciendo una convergencia o divergencia de ingresos entre países ricos y pobres. Las tendencias son importantes, dado que la porción del aumento en la riqueza mundial que capturan los países pobres incide en el ingreso medio y, por ende, en las perspectivas de reducción de la pobreza.

¿Están los países pobres captando una porción mayor o menor del aumento global de la riqueza? La respuesta a esta pregunta depende en parte de su formulación⁴⁶. Para la mayoría de los países más pobres del mundo, el decenio recién pasado ha marcado una tendencia desalentadora: estos países no sólo han fracasado en reducir la pobreza, sino también están quedando aún más rezagados respecto de los países ricos. Si se miden los grupos extremos, la brecha entre el ciudadano medio de los países más ricos y el de los más pobres es enorme y está aumentando. En 1990, el norteamericano medio era 38 veces más rico que el tanzano medio y hoy es 61 veces más rico que éste. El ingreso medido en términos de paridad del poder adquisitivo en los países de ingreso bajo como grupo constituye la décima tercera parte del nivel de los países de ingreso alto.

Si el cálculo se realiza ponderando la población, el esquema cambia. Debido al incremento más rápido del ingreso en China y en la India (aunque en forma menos espectacular) que en los países de ingreso alto durante los últimos dos decenios, la brecha media se ha ido estrechando en términos relativos y esta situación invierte la tendencia hacia una mayor desigualdad global que se inició en 1820 y se mantuvo hasta 1992⁴⁷. Sin embargo, también en este aspecto hay que situar la idea de la convergencia en las circunstancias que la rodean. El elevado crecimiento de la India ha sido uno de los motores más poderosos de la convergencia. Sin embargo, con

Recuadro 1.5

El efecto de la copa de champaña: la distribución mundial del ingreso

Cuando se construye un modelo de distribución del ingreso mundial a partir de las encuestas de gastos domiciliarios se observa lo desigual que es el mundo. El ejercicio también sirve para identificar a la subclase que vive con menos de dos dólares al día y comparar su situación con aquellos del extremo superior de la escala de distribución del ingreso mundial.

Si el mundo fuese un país, en 2000 habría tenido un ingreso promedio en términos de la paridad del poder adquisitivo de US\$5.533 y una mediana de ingresos de US\$1.700. La diferencia entre el ingreso promedio y la mediana apunta a la concentración del ingreso en el extremo superior de la escala: el ingreso del 80% de los habitantes del mundo es inferior al promedio. Mientras tanto, el ingreso promedio del 20% superior de la población del mundo supera en alrededor de 50 veces el ingreso promedio del 20% ubicado en el tramo inferior.

La distribución del ingreso mundial se parece a una copa de champaña (Ver Figura 1.16 en el texto). En la parte de arriba, donde la copa es más ancha, el 20% más rico de la población obtiene tres cuartas partes del ingreso mundial. En la parte inferior del pie, donde la copa es más angosta, el 40% más pobre contiene sólo 5% del ingreso mundial y el 20% más pobre, sólo el 1,5%. A grandes rasgos, este 40% más pobre corresponde a los 2.000 millones de personas que viven con menos de dos dólares al día.

¿Cómo ha cambiado, a lo largo del tiempo, la composición regional del 20% más pobre? La participación de Asia Meridional ha caído abruptamente de la mitad en 1980 a un tercio hoy. Reflejo de dos decenios de ingresos promedio decrecientes, África Subsahariana detenta una participación cada vez mayor en el 20% más pobre, la cual ha aumentado en más del doble, desde 1980, de 15% a 36% y lo sigue haciendo. Una de cada dos personas de esta región se ubica ahora en el 20% más pobre de la distribución mundial del ingreso, en comparación con una de cada cinco en Asia Oriental y una de cada cuatro en Asia Meridional.

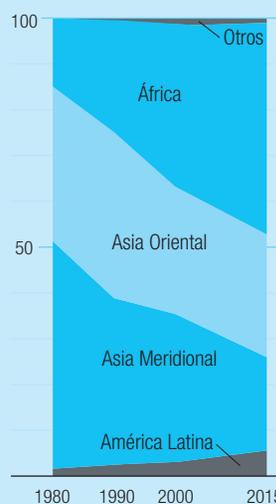
Como es lógico, los países ricos dominan en el 20% superior. Nueve de cada diez ciudadanos de estas naciones se encuentran entre el 20% más rico, y los países pertenecientes a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos dan cuenta del 85% del ingreso en el decil más rico.

La distribución del ingreso mundial también destaca el nivel extraordinariamente alto de desigualdad que registra América Latina. La cuarta parte de la población de esta región disfruta de ingresos que la ubican entre el 20% más rico, mientras que el 8% de sus habitantes se cuentan entre el 20% más pobre de la escala de la distribución mundial.

Fuente: Dikhanov Yuri, Documento de trabajo, 2005

Cambio en las proporciones de los más pobres del mundo

Distribución regional del 20% más pobre en ingresos (%)



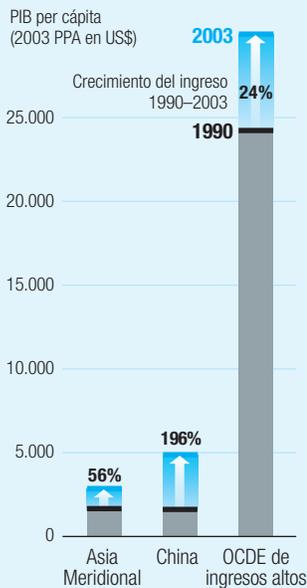
Fuente: Dikhanov 2005.

las tendencias que marcaron los años 2000 a 2005, la India recién en 2106 podrá llegar al nivel de los países de ingreso alto. Para otros países y regiones, las perspectivas de convergencia son incluso más restringidas: si los países de ingreso alto dejaran de crecer hoy y América Latina y África Subsahariana

mantuvieran su actual trayectoria de crecimiento, América Latina se tardaría hasta el año 2177, mientras que África hasta el año 2236 para alcanzar a los países ricos.

La mayor parte de las regiones en desarrollo están quedando a la zaga de los países ricos en lugar

Figura 1.15 Convergencia del crecimiento- y convergencia de ingresos absolutos



Fuente: Calculado a partir de datos sobre el PIB per cápita del Banco Mundial 2005f.

de alcanzarlos. Por otra parte, la convergencia es un concepto relativo. Aun cuando los países en desarrollo presentan mayores tasas de crecimiento, las desigualdades absolutas de ingreso entre países ricos y pobres se están profundizando, justamente porque las brechas iniciales son tan enormes (Figura 1.15). A modo de ejemplo, si el ingreso promedio creciera 3% en los países de África Subsahariana y en los países de alto ingreso de Europa, el cambio absoluto sería de US\$51 adicionales por persona en África y de US\$854 adicionales por persona en Europa.

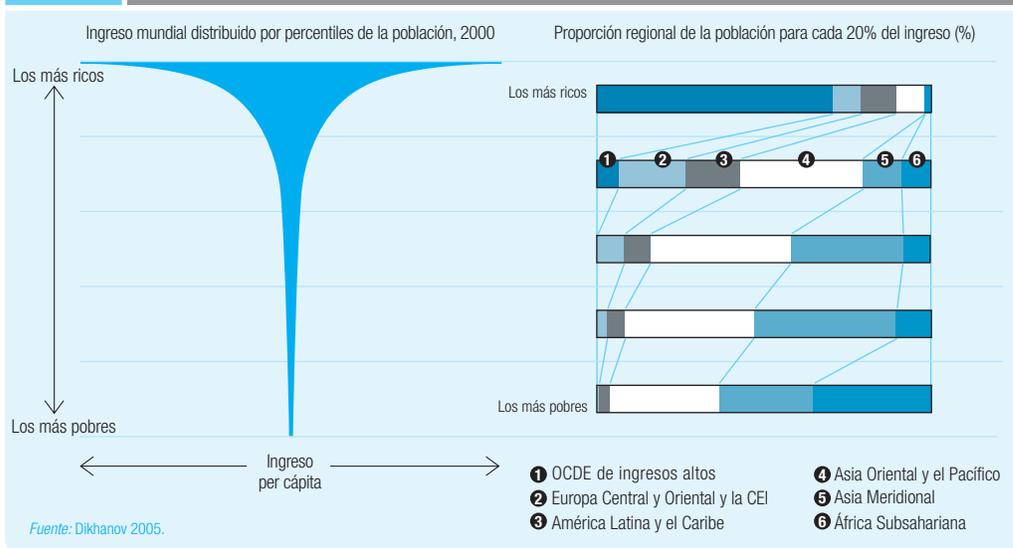
El debate sobre la desigualdad mundial es incompleto porque deja de lado un aspecto muy importante: la desigualdad de ingreso es inmensa, independientemente de la forma en que se mida, vaya ésta en aumento o en descenso. Bajo el supuesto (conservador) de que las 500 personas más ricas consignadas en la revista *Forbes* tienen un ingreso no superior a 5% de sus activos, su ingreso sería más alto que el de los 416 millones de personas más pobres⁴⁸.

La mejor forma de captar la magnitud de la desigualdad mundial es mediante los modelos de distribución del ingreso mundial. Estos modelos se basan en los datos de Encuestas de Hogares Nacionales para crear una distribución mundial unificada del ingreso, mediante la cual se ubica a todas las personas del mundo en una clasificación unificada sin importar el lugar en que vivan (Recuadro 1.5). Si se presenta en forma de gráfico, la distribución del ingreso mundial se asemeja a una copa de champaña, con una gran concentración del ingreso en la parte

superior y un delgado pie en la parte inferior (Figura 1.16)⁴⁹. La brecha entre ambas partes es muy grande —mucho mayor incluso que la desigualdad de los países menos equitativos. En Brasil, la relación entre el ingreso del 10% más pobre de la población y el ingreso del 10% más rico es 1 a 94. Para el mundo tomado en conjunto, es 1 a 103. Si se mide de manera más sistemática con el coeficiente de Gini, la norma de uso más generalizada para la desigualdad, el patrón general de distribución mundial es más desigual que el de cualquier país, excepto Namibia. En una escala en que 0 representa la igualdad perfecta y 100 la total desigualdad, el coeficiente de Gini del mundo es 67.

Las desigualdades de ingreso entre países representan el grueso de la desigualdad de ingreso en el mundo (Figura 1.17), ya que cerca de dos tercios de la desigualdad total se deriva de esta fuente. La desigualdad al interior de los países explica el saldo. Si esta desigualdad se reprodujera en el ámbito nacional, la brecha entre los países ricos y pobres sería considerada indefendible en términos sociales, insostenible en términos políticos e ineficiente en términos económicos incluso en regiones de alta desigualdad como América Latina. La desigualdad es menos notoria a nivel mundial, pero no por eso menos dañina para el interés público que la desigualdad al interior de los países (situación que se explica en más detalle en el Capítulo 2). Una economía mundial en que el 40% de la población vive con ingresos tan bajos que queda excluida de la plena participación en la

Figura 1.16 Donde está el dinero



Fuente: Dikhanov 2005.

creación de riquezas difícilmente es positiva para la prosperidad y el crecimiento compartidos.

Más allá de los resultados disfuncionales, la extrema concentración de la riqueza en el extremo superior de la distribución mundial del ingreso tiene una consecuencia importante: incluso transferencias menores —en relación con el ingreso de los acaudalados— podrían generar aumentos muy considerables en el ingreso de los pobres. Con la ayuda del modelo de distribución del ingreso mundial, calculamos los recursos financieros totales que serían necesarios para llevar a toda la población que hoy vive con menos de un dólar al día a un nivel de ingreso que la situaría encima del umbral de pobreza. Este cálculo tiene en cuenta la profundidad de la pobreza o la brecha entre el ingreso familiar y el umbral de pobreza. Medido en términos de paridad del poder adquisitivo del año 2000, el costo de terminar con la extrema pobreza, vale decir, el monto necesario para llevar a mil millones de personas a superar el umbral de pobreza de un dólar al día, es de US\$300.000 millones. Expresado en términos absolutos, parece ser una cantidad muy grande. Sin embargo, equivale a menos de 2% del ingreso del 10% más rico de la población mundial.

Obviamente, se trata de un mero ejercicio ilustrativo para llamar la atención sobre los recursos financieros modestos, medidos en términos mundiales, que se necesitan para superar la extrema pobreza. Lograr resultados redistributivos duraderos y no sólo describir sus beneficios potenciales, plantea retos bastante más complejos. Los porcentajes del ingreso global reflejan las tendencias actuales de crecimiento y aquellas pasadas. Indagando más profundamente, las desigualdades mundiales reflejan disparidades en el campo tecnológico, de capital humano y de recursos para inversión y en los factores vinculados a la geografía, la historia y —de importancia crucial— al poder político y económico, al igual como sucede en cualquier economía nacional. Revertir los resultados desiguales exige la aplicación de medidas para reducir las desigualdades estructurales más profundas que subyacen tras dichos resultados.

Algunas personas sostienen que las autoridades no necesitan preocuparse de las desigualdades que se dan más allá de las fronteras de sus países. Según esta postura, la distribución del ingreso y de las oportunidades entre países no es un asunto de

política pública. De acuerdo con esta perspectiva, un comentarista arguye que “independientemente de la medida, las comparaciones entre países no son más que una irrelevante manipulación de la información”⁵⁰. En un mundo cada vez más interconectado e interdependiente, estos puntos de vista están reñidos con la percepción de la gente y las realidades políticas. Si formamos parte de una comunidad humana mundial, las preocupaciones morales respecto de las desigualdades inaceptables no pueden circunscribirse a fronteras nacionales. Esto es particularmente válido si las políticas adoptadas en un país repercuten en otro. Tal como demuestran claramente las coaliciones en pos de la justicia social mundial sobre temas como la ayuda, el comercio y la deuda, la distribución internacional es importante para grandes grupos de ciudadanos tanto en los países ricos como en los pobres. Promover la globalización mientras se hace la vista gorda de las preocupaciones por la igualdad mundial es adoptar un enfoque cada vez más anacrónico ante los desafíos que enfrenta la comunidad internacional.

A veces se asevera erradamente que, aunque la desigualdad mundial importe, los gobiernos no pueden influir en los resultados respecto de la distribución. Dentro de la economía nacional, los gobiernos que buscan mejorar la equidad en los resultados distributivos pueden recurrir a una amplia gama de instrumentos normativos, dentro de los cuales figuran las transferencias fiscales, el gasto público para aumentar los activos de los pobres y medidas para ampliar las oportunidades de mercado, entre muchas otras. La inversión fiscal ocuparía un lugar crucial no sólo para superar las desventajas más directas, sino también para dotar a las personas de las competencias que requieren para lograr salir de la pobreza y aumentar su capacidad para valerse por sí mismas. A nivel global se dan analogías similares. La ayuda internacional equivale al mecanismo de transferencia fiscal redistributiva y tiene el potencial de generar un cambio dinámico, por ejemplo, mediante inversiones en salud, educación e infraestructura. De igual modo, las prácticas del comercio internacional pueden abrir (o cerrar) oportunidades a los países pobres y sus ciudadanos para conseguir una parte más grande de la tarta económica. Sin embargo, estos mecanismos redistributivos todavía están muy poco desarrollados, como mostraremos en los Capítulos 3 y 4.

Promover la globalización
mientras se hace la vista
gorda de las preocupaciones
por la igualdad mundial es
adoptar un enfoque cada
vez más anacrónico

Escenario para el año 2015 — las perspectivas de cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Hace 42 años, en las gradas del Lincoln Memorial en Washington, D.C., Martin Luther King, Jr. pronunció el discurso que determinó el rumbo del movimiento por los derechos civiles. Junto con des-

cribir la constitución de los Estados Unidos como un “pagaré” que prometía libertad y justicia social a todos los hombres, acusaba a los sucesivos gobiernos de entregar a los afroamericanos “un cheque sin fondos que sería devuelto con el sello de ‘fondos insuficientes’ en el dorso”. Y proseguía: “Pero rehusamos creer que el Banco de la Justicia haya quebrado. Rehusamos creer que no haya suficiente fondos en las grandes bóvedas de la oportunidad de este país”⁵¹.

Los ODM también pueden considerarse un pagaré. Concebido por 189 gobiernos para ayudar a los pobres del mundo, el pagaré vence en 10 años más. Sin embargo, sin la necesaria inversión de voluntad política y capital financiero ahora, también será devuelto con el sello de “insuficientes fondos”. Más allá de los costos humanos inmediatos, un incumplimiento de la magnitud de lo que se espera repercutirá en la credibilidad de los gobiernos que contrajeron el compromiso y en el futuro de la cooperación internacional para resolver problemas de alcance mundial.

El desarrollo humano implica mucho más que los ODM, si bien los avances en la consecución de estos objetivos reflejan progreso hacia el desarrollo humano. Los ODM representan el conjunto más integral y detallado de metas alguna vez adoptadas en pos del desarrollo humano (Recuadro 1.6). Comprenden los indicadores básicos del desarrollo humano en sus diversas dimensiones, incluida la pobreza de ingreso, la educación, la igualdad de género, el progreso en la lucha contra las enfermedades infecciosas y el acceso a agua limpia y saneamiento. Asimismo, los ODM representan derechos humanos básicos. Mientras medidas tales como el ingreso nacional bruto global, el valor del intercambio comercial y la magnitud de la inversión extranjera revelan algo acerca de lo logrado por el mundo en la creación de riqueza, los ODM son una señal de algo más fundamental: el sustento moral y ético de nuestras interacciones como comunidad global. Es por este motivo, como lo formula el informe de la ONU sobre el Proyecto del Milenio, que “Los ODM son demasiado importantes para fracasar”⁵².

Recuadro 1.6 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio

En septiembre de 2005, la Asamblea General de la ONU revisará los logros conseguidos desde que se firmó la Declaración del Milenio de 2000, lo que incluye el avance hacia la consecución de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio. Estos Objetivos proporcionan elementos de referencia concretos para medir el avance en ocho áreas y fijan el año 2015 como la fecha límite para cumplir la mayoría de ellos:

- Objetivo 1** Erradicar la pobreza extrema y el hambre. Reducir a la mitad el porcentaje de personas con ingresos inferiores a un dólar diario y reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre.
- Objetivo 2** Lograr educación primaria universal. Velar porque los niños y las niñas de todo el mundo puedan terminar el ciclo completo de educación primaria.
- Objetivo 3** Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer. Eliminar las desigualdades de género en la educación primaria y secundaria, preferiblemente antes de 2005 y no después de 2015.
- Objetivo 4** Reducir la mortalidad infantil. Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años.
- Objetivo 5** Mejorar la salud materna. Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad materna.
- Objetivo 6** Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA y otras enfermedades.
- Objetivo 7** Garantizar la sostenibilidad ambiental. Reducir a la mitad la proporción de personas que carecen de acceso sostenible a agua potable y saneamiento.
- Objetivo 8** Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. Reformar la asistencia y el comercio otorgando un trato especial a los países más pobres.

Pero fracasarán, a menos que se produzca un cambio de marcha en el desarrollo humano, porque de mantenerse las tendencias descritas más arriba en este capítulo, las consecuencias para los ODM serán desastrosas. La mayoría de los países no podrá cumplir casi ninguna de las metas, en algunos casos por márgenes gigantescos. En esta sección, recurrimos a proyecciones país por país para calcular la magnitud de estos márgenes, proyecciones que destacan los potenciales costos de seguir en la senda acostumbrada desde este momento y hasta el año 2015.

No es la primera vez que la comunidad internacional se ha embarcado en metas ambiciosas. Si las promesas solemnes, los ofrecimientos ambiciosos, los compromisos fervorosos y las conferencias de alto nivel fueran capaces de sacar a la gente de la pobreza, llevar a los niños a la escuela y disminuir drásticamente las muertes en la niñez, los ODM se habrían cumplido hace mucho tiempo. A estas alturas, las promesas empeñadas por la comunidad internacional están tan gravemente desvalorizadas debido al repetido incumplimiento, que se perciben de manera generalizada como inservibles. Restaurar su valor es crucial no sólo para el éxito de los ODM, sino también para el fortalecimiento de la confianza en el multilateralismo y la cooperación internacional, los dos pilares de una paz y seguridad internacional más robustas.

Escenario para el año 2015 — proyecciones, no predicciones

“Las acciones han alcanzado algo que parece ser una meseta permanentemente alta”, declaró Irving Fischer, profesor de economía de la Universidad de Yale en vísperas de la Gran Depresión de octubre de 1929. Como lo demostraron los acontecimientos acaecidos apenas unos pocos días después, la predicción del futuro es riesgosa, ya que los resultados del futuro rara vez son la continuación de las tendencias del pasado.

Nuestras proyecciones para 2015 no son predicciones. Con la ayuda de análisis de tendencias para 1990-2003 examinamos lo que podría ser el mundo en 2015 respecto de algunos ODM clave de mantenerse las actuales tendencias. Estas proyecciones de tendencias se basan en datos de países, más que en promedios regionales, lo cual arroja una imagen más precisa de la dirección que han tomado

las actuales tendencias⁵³. Sin embargo, las tendencias no conducen a resultados ineludibles ya que las opciones en políticas públicas pueden mejorarlas (o empeorarlas) y lo mismo sucede con los factores externos en que los gobiernos tienen poca influencia. Sin embargo, proyectar los hechos del pasado hacia el futuro puede ayudar a concentrar la atención pública al proveer una versión posible del futuro.

Antes de profundizar en nuestro análisis de tendencias, debemos formular varias advertencias. Para muchos países y varios objetivos, no se dispone de información de buena calidad. Por ejemplo, faltan datos de series cronológicas sobre educación para 46 países. Revisar las tendencias exclusivamente por objetivo también presenta ciertos problemas. El progreso en un área está muy condicionado por el progreso en otras y entre un objetivo y otro operan fuertes efectos multiplicadores (por ejemplo, de salud a educación). Por último, algunas de las fuerzas que podrían afectar los ODM son difíciles de prever, entre otras aquellas que se podrían concebir como amenazas sistémicas. Por ejemplo, el Fondo Monetario Internacional (FMI) ha alertado acerca de un menor crecimiento potencial causado por los actuales desequilibrios en la economía mundial – un resultado que afectaría los esfuerzos de reducción de la pobreza en los países en desarrollo. Más allá de la economía mundial, existen diversas amenazas potencialmente graves para la salud pública: de producirse el ampliamente anunciado brote de la gripe aviar, las repercusiones para los ODM serían devastadoras, como también para la salud pública de todos los países. De manera similar, las consecuencias a gran escala del calentamiento global y de otras presiones ecológicas en los sistemas alimentarios podrían cambiar drásticamente el escenario para reducir la malnutrición.

No hacemos ningún intento de incorporar los potenciales riesgos sistémicos por lo que nuestros resultados podrían pecar de excesivamente optimistas. Así y todo, éstos apuntan inequívocamente a una gran brecha entre las metas planteadas en los ODM y los resultados en caso de mantenerse las actuales tendencias. El informe sobre el avance global país por país en mortalidad infantil y matriculación en la escuela se resume en la Figura 1.17, la cual muestra la cantidad de países que lograrían alcanzar cada meta de aquí a 2015 si se mantienen las tendencias. También muestra cuántos países no alcanzarán

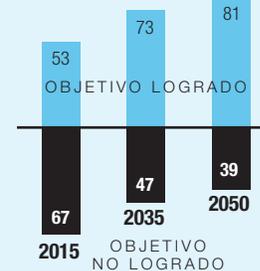
Si las promesas solemnes, los ofrecimientos ambiciosos, los compromisos fervorosos y las conferencias de alto nivel fueran capaces de sacar a la gente de la pobreza, los ODM se habrían cumplido hace mucho tiempo

Figura 1.17 No se están cumpliendo las metas relativas a los niños

OBJETIVO: Reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil



OBJETIVO: Educación primaria universal



Fuente: Calculado a partir de datos sobre mortalidad infantil y matriculación primaria de ONU 2005b; vea detalles en la Nota técnica 3.

la meta sino hasta 2035 o más tarde. Tal como se ilustra en el Mapa 1.1, África Subsahariana no es la única región que está mal encaminada para lograr la meta de reducción de la mortalidad infantil en dos tercios. Al observar de manera más general el progreso hacia el cumplimiento de cinco de los ODM —la mortalidad infantil, la matriculación escolar, la paridad de género en la educación y el acceso a agua y saneamiento— arroja un pronóstico igualmente macabro. Algunos de los resultados resumidos de nuestro análisis de tendencias son:

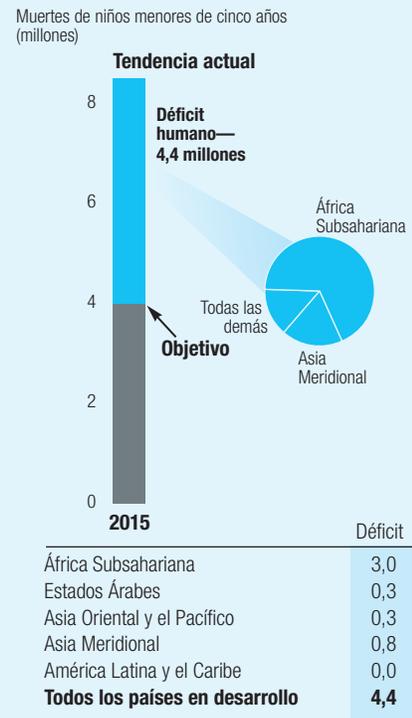
- Cincuenta países con una población conjunta de casi 900 millones de personas están retrocediendo en al menos un ODM. Veinticuatro de estos países pertenecen a África Subsahariana.
- Otros 65 países con una población conjunta de 1.200 millones no alcanzarán al menos uno de los ODM hasta después de 2040. Es decir, no cumplirán la meta hasta en una generación más.

A continuación, describimos sucintamente las proyecciones para 2015 detrás de estas tendencias.

Salud materno-infantil—morirán millones de niños más

No existe ningún indicador que demuestre mejor la magnitud de los desafíos que enfrenta la comunidad

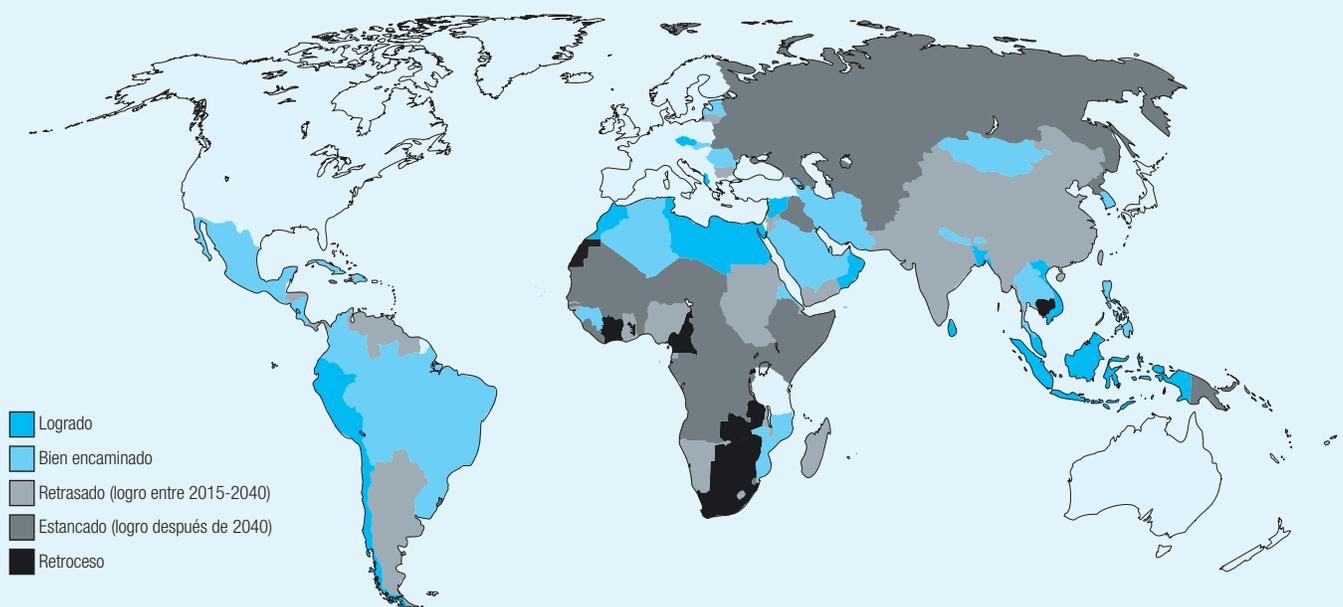
Figura 1.18 Mortalidad de niños—el costo humano



Fuente: Calculado a partir de datos sobre mortalidad de niños menores de cinco años de ONU 2005b y nacimientos de ONU 2005d; ver detalles en la Nota técnica 3.

internacional que la mortalidad infantil. La desaceleración en los avances a partir de los años noventa

Mapa 1.1 La geografía de la mortalidad infantil— progresos hacia la meta de los ODM de 2015



Nota: Se trata de un mapa estilizado y no a escala. No refleja posición alguna respecto de la situación legal de un determinado país o territorio ni la delimitación de fronteras. Fuente: Calculado a partir de datos sobre mortalidad infantil y matriculación escolar de ONU 2005b; ver detalles en la Nota técnica 3.

ha puesto al mundo en la senda del incumplimiento absoluto de este objetivo.

De acuerdo con las actuales tendencias, el mundo alcanzaría recién en el año 2045 la meta de reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años planteada en los ODM, esto es, con un retraso de 31 años. Para cumplir esta meta, la incidencia de la mortalidad infantil debería reducirse en cerca de 2,7% promedio al año, más del doble de la tasa observada en el período 1990 a 2002. Menos de la quinta parte de la población del mundo en desarrollo vive en países que se encuentran en la senda prevista para cumplir la meta. Ninguno de los países altamente poblados de África Subsahariana está bien encaminado para cumplirla, como tampoco China ni la India.

La brecha prevista entre la meta para el año 2015 y el resultado probable si se mantienen las actuales tendencias se traduce en una enorme pérdida de vidas: 4,4 millones de muertes más en la niñez en 2015 que aquellas que ocurrirían en caso de alcanzarse la meta de los ODM (Figura 1.18). Trazar la tendencia lineal del costo acumulativo de muertes adicionales de niños para 2003-2015 provee un indicador de la brecha anualizada entre la meta y los resultados. El costo acumulativo de tal brecha representa más de 41 millones adicionales de muertes infantiles entre hoy y 2015, casi todas en países en desarrollo (Figura 1.19). Se trata de vidas que se salvarían si se cumplieran las metas.

A continuación presentamos algunos de los principales hallazgos que se desprenden de la proyección de tendencias:

- Más de 45% de las muertes de niños —4,9 millones en total— se produce en 52 países que están retrocediendo o avanzando muy poco en reducir el número de víctimas fatales. Los niños que nazcan hoy en estos países y que sobrevivan hasta la vida adulta difícilmente encontrarán mejores perspectivas para la supervivencia de sus propios hijos.
- Con las actuales tendencias, África Subsahariana recién en 2115 alcanzaría la meta de los ODM como región, desviándose de la senda por un siglo. Los dos focos más grandes de muertes de niños en esta región son la República Democrática del Congo, donde las condiciones están en deterioro, y Nigeria. En este último país, la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 235 a

198 por cada 1.000 nacidos vivos desde 1990. A esta tasa, Nigeria se demorará 40 años en alcanzar la meta de los ODM.

- Trece países explican dos tercios del total de muertes en la niñez. De éstos, sólo dos —Bangladesh e Indonesia— siguen la senda prevista para cumplir la meta de los ODM. Otros cuatro —China, la India, Níger y Pakistán— alcanzarán la meta entre 2015 y 2040. El resto, grupo que incluye Afganistán, Angola, la República Democrática del Congo, Etiopía, Nigeria, Tanzania y Uganda, se han desviado de la senda prevista por más de una generación o están retrocediendo.

La escasez de datos no permite seguir con precisión las tendencias de la mortalidad materna y los mejores cálculos de estas tendencias proceden de modelos que utilizan indicadores sustitutos tales como tasa de fecundidad y partos atendidos por personal médico especializado. El modelo más difundido sugiere que el mundo se ha salido de la senda y la tasa de avances se está contrayendo. Para

40 millones
2015
4,4 millones

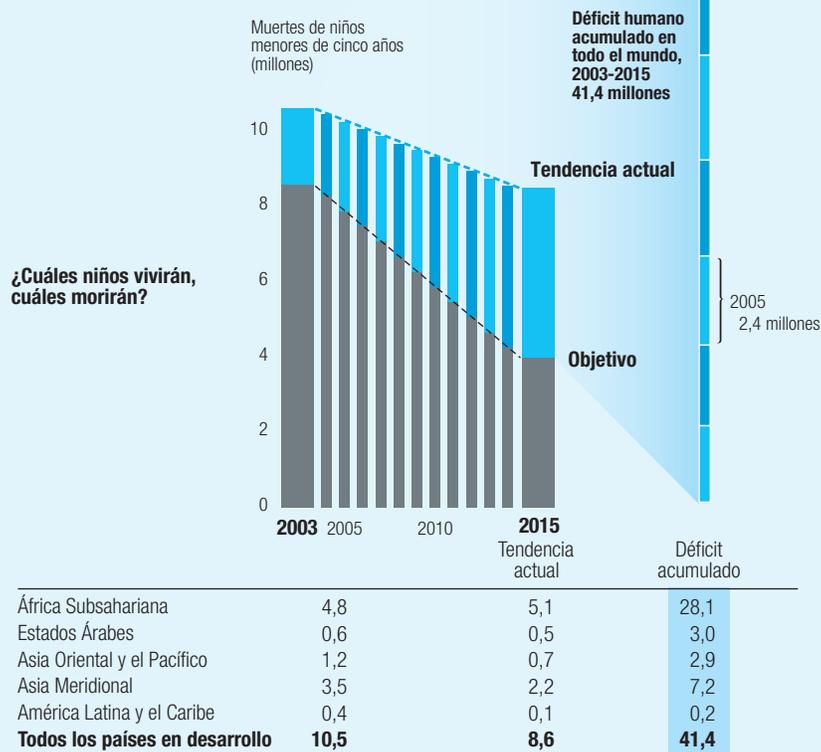
30 millones

20 millones
2010
3,5 millones

3,5 millones

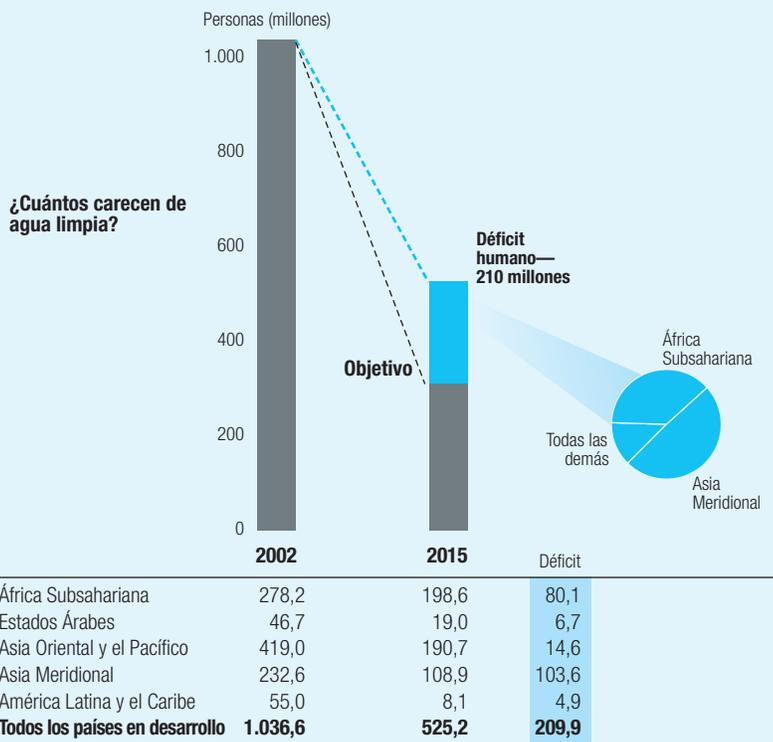
2005
2,4 millones

Figura 1.19 Mortalidad de niños – los costos acumulativos de no cumplir las metas



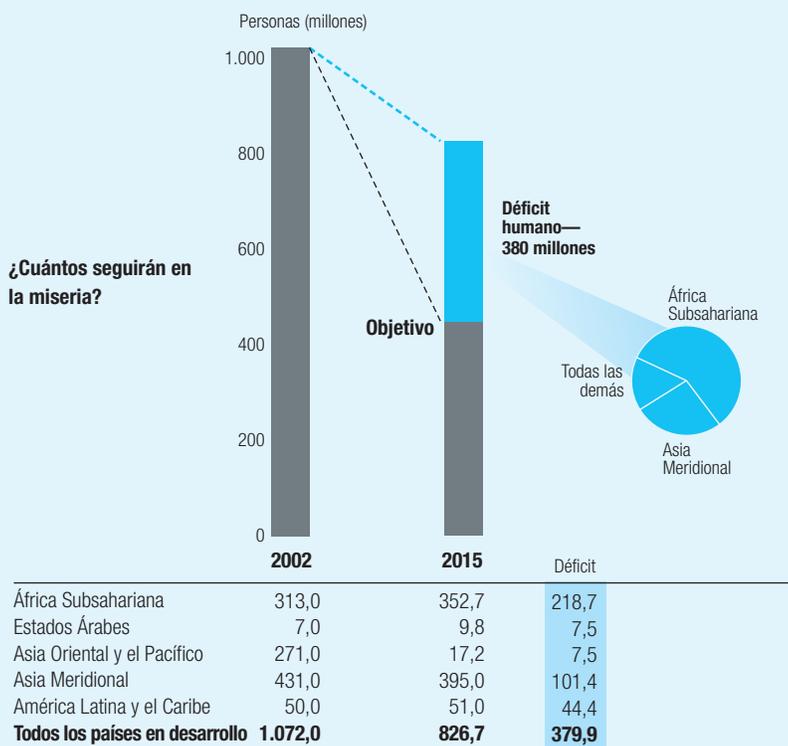
Fuente: Calculado a partir de datos sobre mortalidad infantil de ONU 2005b y sobre nacimientos de ONU 2005d. Ver detalles en la Nota técnica 3.

Figura 1.20 Sin acceso a agua limpia-el costo humano



Fuente: Calculado a partir de datos sobre personas con acceso a fuentes de agua mejorada de ONU 2005b y datos demográficos de ONU 2005d; ver la Nota técnica 3.

Figura 1.21 Pobreza de ingresos-el costo humano



Fuente: Calculado a partir de datos sobre personas que viven con menos de un dólar al día (PPA en US\$) del Banco Mundial 2005d y datos demográficos de ONU 2005d; ver la Nota técnica 3.

el mundo en desarrollo tomado en conjunto, la tasa de disminución ponderada por la población necesaria para alcanzar la meta de los ODM es levemente superior a 3%. Sin embargo, la mortalidad materna se está reduciendo a menos de la mitad de esta tasa en África Subsahariana⁵⁴.

Agua y saneamiento — más de mil millones carecen de servicios adecuados

Los avances en el acceso a agua y saneamiento tendrán un fuerte efecto en las tasas de mortalidad infantil. Sin embargo, nuestro análisis de tendencias señala que no se cumplirán la meta de reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible a mejores fuentes de agua potable por un margen aproximado de 210 millones de personas y, en 2015, otros dos millones tampoco tendrán todavía acceso a mejores fuentes de saneamiento. El grueso de este déficit estará en África Subsahariana.

Reducir a la mitad la extrema pobreza y la malnutrición depende del crecimiento y la distribución

Dos factores marcarán las perspectivas de reducción de la extrema pobreza a la mitad: el crecimiento y la distribución. Mientras más alta sea la tasa de crecimiento de los países pobres y mayor sea la proporción de cualquier incremento en el crecimiento captado por la gente pobre, más aceleradamente disminuirá la pobreza. Las proyecciones para el año 2015 indican que de mantenerse el actual patrón de crecimiento y distribución, se alcanzará la meta agregada mundial en gran medida debido al elevado crecimiento económico de China y la India. Sin embargo, la mayoría de los países no cumplirá la meta.

Nuestros cálculos indican que aproximadamente 800 millones de personas vivirán con menos de un dólar al día y otros 1.700 millones con menos de dos dólares diarios en 2015. La incidencia de la pobreza de un dólar al día en el mundo disminuirá del actual 21% a 14% en 2015. La composición regional de la pobreza también cambiará. La participación de África Subsahariana en la pobreza de un dólar al día aumentará bruscamente, del actual 24% a 41% en 2015. ¿Qué nos dice este cuadro si lo comparamos con uno en que cada país logra cumplir la meta de reducir la pobreza a la mitad? Según

nuestros cálculos, cerca de 380 millones de personas menos estarían sumidas en la pobreza de un dólar al día si todos los países cumplieran esta meta (Figura 1.24) y la mitad de estas personas pertenecerían a África Subsahariana.

La participación cada vez mayor de África Subsahariana en la pobreza mundial con miras al año 2015 refleja su magro historial de crecimiento a partir de 1990, agravado por la distribución profundamente desigual del ingreso. Para alcanzar la meta de 2015, la región debería conseguir tasas de crecimiento per cápita anual de alrededor de 5% durante el próximo decenio, logro muy poco verosímil. Una combinación de crecimiento acelerado y mejor distribución tiene más posibilidades de volver esta región a la senda prevista.

Las perspectivas de cumplir la meta de los ODM en malnutrición son incluso menos prometedoras. Si bien la incidencia de la malnutrición disminuyó de 20% a 17% desde 1990, el crecimiento de la población compensó esta caída y así no se alteró la cantidad de personas malnutridas. Habría que doblar el ritmo de los avances para alcanzar la meta de 2015. De mantenerse la trayectoria actual, en 2015 todavía habrá cerca de 670 millones de personas afectadas por la malnutrición, 230 millones más de las personas previstas en el caso de que se cumpliera la meta. África Subsahariana explica casi el 60% de este déficit.

Las proyecciones regionales muestran un patrón distinto para la malnutrición que para la pobreza de un dólar al día. Por ejemplo, si bien se prevé que Asia Meridional avanzará fuertemente en términos de pobreza de ingreso, se espera que, en 2015, representará el 40% de la malnutrición. Es una cifra coherente con el actual patrón de malnutrición que tiene niveles comparables a los de África Subsahariana, a pesar del ingreso promedio más elevado que registran los países de Asia Meridional. Es un resultado que a la vez destaca el papel primordial que desempeña la desigualdad de género en impedir los avances en nutrición.

Educación — la meta de matriculación universal no se cumplirá

La educación es una meta crucial del desarrollo humano por derecho propio y también es esencial para avanzar en otras áreas. La promesa de llevar a todos los niños a la escuela y de cerrar la brecha

de género en la educación simboliza la esperanza de poder terminar con la transmisión de la pobreza entre generaciones.

Sin embargo, esta esperanza no podrá hacerse realidad si se mantienen las actuales tendencias. Si bien el mundo se mueve en la dirección correcta, el avance es demasiado lento para cumplir con la meta fijada para el año 2015 (Figura 1.22). De continuar estas tendencias:

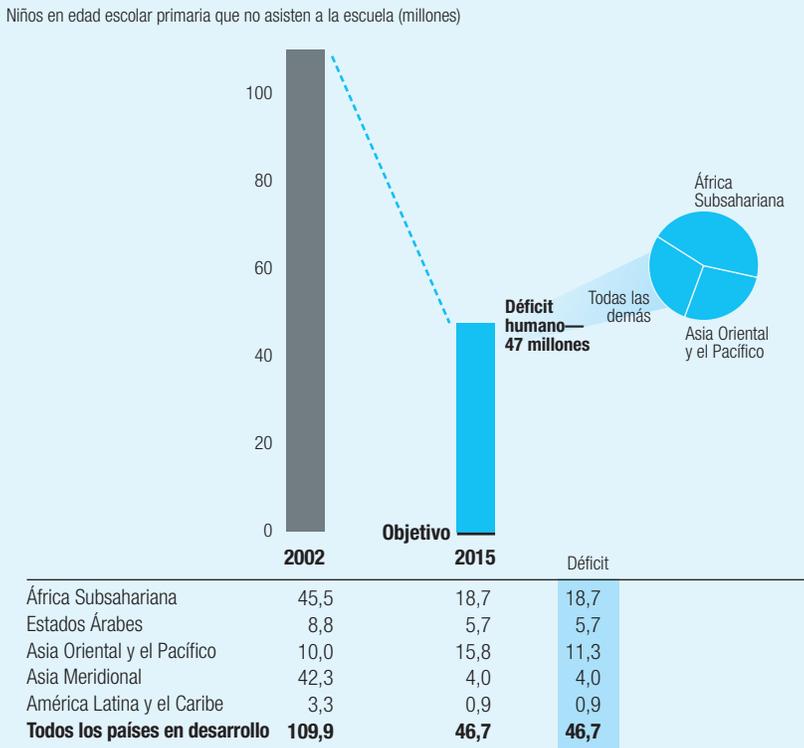
- La meta de lograr educación primaria universal en 2015 no se cumplirá hasta al menos un decenio más. En 2015 habrá 47 millones de niños que no asisten a la escuela, 19 millones de éstos en África Subsahariana.
- Cuarenta y seis países están retrocediendo o no cumplirán la meta hasta después de 2040. Estos países representan unos 23 millones de los 110 millones de niños que en este momento no van a la escuela en los países en desarrollo.

Igualdad de género y potenciación de la mujer — una meta que no se cumplió

Hay un conjunto de metas que ya no se cumplieron. Son las metas de los ODM para igualdad de género en educación primaria y secundaria, que supuestamente se alcanzarían en el año 2005. De haberse cumplido, hoy habría 14 millones más de niñas en la escuela primaria, 6 millones de ellas en la India y Pakistán y otros 4 millones en África Subsahariana. Las proyecciones de tendencias no son auspiciosas. En 2015, el déficit de la meta en cuanto a paridad de género equivaldrá a 6 millones de niñas fuera de la escuela, la mayoría de las cuales residirá en África Subsahariana (Figura 1.23). En cuarenta y un países —que corresponden a 20 millones de las niñas que hoy no asisten a la escuela— la brecha de género se está profundizando o se está estrechando tan lentamente que la igualdad no se logrará hasta el año 2040. Por cierto, la desigualdad de género involucra mucho más que la asistencia a la escuela. Las investigaciones realizadas en muchos países destacan aspectos más amplios de la desigualdad de género, muy arraigados en actitudes y prácticas culturales, que menoscaban el valor de la educación de las niñas. Por su naturaleza, los avances en estas áreas son más difíciles de seguir sobre una base comparativa, sin bien revisten la misma importancia.

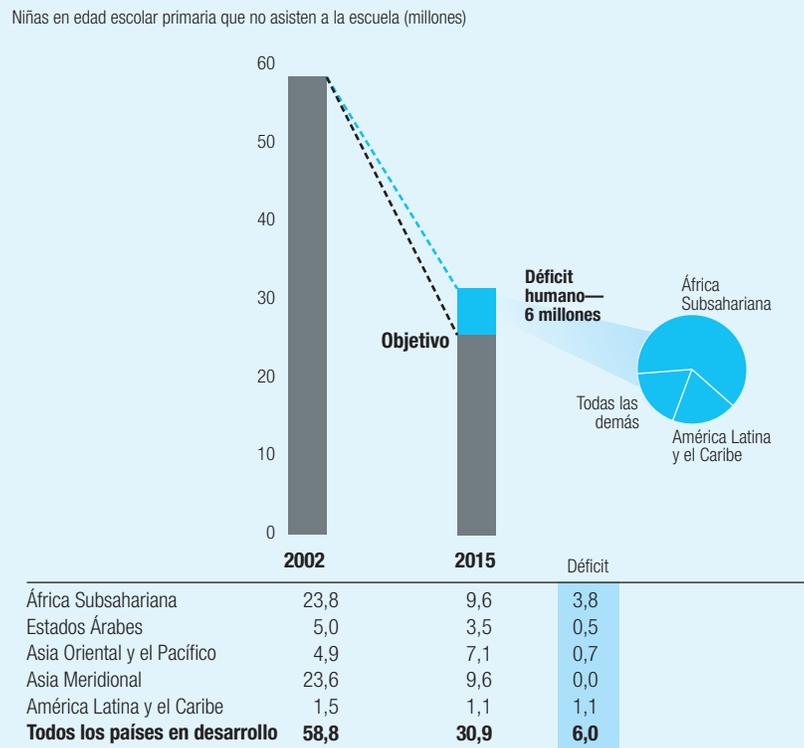
Más allá de la igualdad en educación, los ODM incluyen la representación de la mujer en el parla-

Figura 1.22 Niños no matriculados en la escuela-el costo humano



Fuente: Calculado a partir de datos sobre niños que asisten a la escuela de UNESCO 2005, datos sobre niños que no asisten a la escuela de UNICEF 2005d y datos demográficos de ONU 2005d; ver detalles en la Nota técnica 3.

Figura 1.23 Niñas no matriculadas en la escuela-el costo humano



Fuente: Calculado a partir de datos sobre niñas que asisten a la escuela de UNESCO 2005 y tasas de crecimiento de la población de ONU 2005d. Ver detalles en la Nota técnica 3.

mento como un indicador del progreso hacia la potenciación de la mujer. El índice de potenciación de género (IPG) ideado por el *Informe sobre Desarrollo Humano* está incluido dentro de un indicador compuesto más amplio que examina la representación de la mujer en órganos legislativos, gobiernos y el sector privado, junto con una gama de indicadores del ingreso.

Al descomponer el IPG para obtener una instantánea de su situación actual, se constata el reducido avance logrado hasta la fecha en cuanto a la autonomía de la mujer. En todo el mundo, las mujeres ocupan sólo alrededor de 15% de los escaños parlamentarios. En sólo 43 países, la relación entre parlamentarios femeninos y masculinos supera el 1 a 5 y sólo en dos (Rwanda y Suecia) se aproxima a la paridad. La política sigue perteneciendo de manera abrumadora al ámbito masculino. Nigeria es uno de los 57 países en que las mujeres representan menos del 10% de la legislatura, pues detentan el 6% de la cámara de diputados, menos del 4% del Senado y no figuran entre los gobernadores de estado. En Arabia Saudita y los Emiratos Árabes Unidos, la mujer no está representada, lo que en algunos casos refleja el uso de las leyes para privarla del derecho a voto o de la ocupación de cargos públicos. En países donde la desigualdad de género es un impedimento importante para avanzar en salud, educación y pobreza de ingreso, una subrepresentación de la mujer de este nivel apunta a una preocupante prolongación de la desigualdad de género y de los obstáculos que impiden el progreso social y de ingresos.

El IPG echa por tierra dos mitos de amplia difusión acerca de este tema. En primer lugar, ninguna prueba indica que el Islam necesariamente constituye un obstáculo para la potenciación de la mujer medida por su representación política. Malasia, país musulmán, tiene un IPG muy superior al de Arabia Saudita y comparable al de Grecia. En segundo lugar, tampoco existen elementos de juicio claros acerca de la disminución de la desigualdad de género cuando los niveles de ingreso son más altos (Figura 1.24). Dos países pertenecientes al Grupo de los Siete (G-7) países industriales ostentan un pobre desempeño en cuanto al IPG. Tanto Italia (ubicado en el lugar 36) como Japón (ubicado en el lugar 42) ocupan posiciones inferiores a Costa Rica y Argentina. De manera similar, si bien Japón y Suecia son democracias con niveles de desarrollo

humano comparables, según arrojan las mediciones del IDH, el IPG de Suecia casi duplica el de Japón. Se concluye que las normas sociales, la cultura política y las actitudes públicas son tan importantes como el patrimonio económico y el desarrollo humano general al momento de determinar las oportunidades de la mujer.

Cambiar el curso y volver a la senda prevista

Las proyecciones de tendencia identifican un conjunto de resultados potenciales para los ODM. Los resultados reales, sin embargo, reflejarán las opciones en materia de políticas públicas que adopten los gobiernos y la comunidad internacional en el transcurso del próximo decenio. Lo que se desprende de las proyecciones que presentamos en este capítulo es una clara advertencia: la brecha entre las proyecciones de tendencias y las metas de los ODM representan enormes pérdidas de vida y de potencial humano. La noticia positiva es que tal brecha se puede cerrar.

Algunos países registraron avances extraordinarios hacia los ODM, con frecuencia a partir de niveles de ingreso muy bajos. Viet Nam es uno de esos ejemplos⁵⁵. En este país, la pobreza de ingreso ya se redujo a la mitad (de 60% en 1990 a 32% en 2000) y las tasas de mortalidad infantil disminuyeron de 58 por cada 1.000 nacidos vivos (una tasa muy inferior a la que podría esperarse dado su ingreso) a 42 en el mismo período. El crecimiento económico acelerado de amplia base ha contribuido a estos resultados tan favorables en Viet Nam, al igual que las inversiones en desarrollo humano realizadas durante los años ochenta. Ahora el país enfrenta la difícil tarea de mantener el ritmo de los avances y llegar a algunas de las regiones y grupos más desfavorecidos⁵⁶.

Viet Nam es un ejemplo (y Chile otro) de un país que ha traducido el elevado crecimiento en un rápido desarrollo humano. Otros países han demostrado que incluso con niveles de crecimiento más bajos es posible avanzar rápidamente hacia los ODM. En Bangladesh, las políticas públicas y las intervenciones de la sociedad civil han permitido ampliar el acceso a servicios básicos y oportunidades y así llevar a la nación a una trayectoria de mayor desarrollo humano (Recuadro 1.7). Como región,

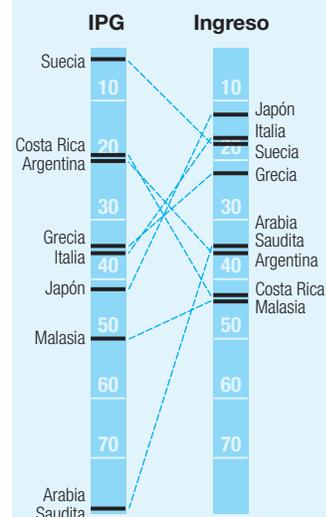
África Subsahariana ha descendido fuertemente en las clasificaciones del desarrollo humano. Sin embargo, algunos países han registrado claros avances: Ghana redujo la pobreza de ingreso de 51% en 1991 a 40% a fines de los años noventa⁵⁷ y Uganda ha combinado la reforma económica con mejores registros en pobreza y educación, si bien los avances han sido disímiles (Recuadro 1.8).

Los conflictos continúan siendo un fuerte obstáculo para el desarrollo humano, mientras que la paz crea oportunidades para anular este obstáculo. En Afganistán, existen incipientes señales alentadoras de que la mayor seguridad humana está generando oportunidades para una rápida recuperación de la caída del desarrollo humano experimentada durante los dos decenios de conflicto. En el marco del plan “Vuelta a la escuela” adoptado en 2001, el gobierno buscaba aumentar la matriculación en la escuela en 1,5 millones. Sin embargo, más del doble de esta cantidad de niños se matriculó en educación primaria y la cifra aumentó a cuatro millones en 2003. Por otra parte, se instauró un ambicioso programa de salud básica destinado a ampliar los servicios en todo el país. Mientras tanto, la recuperación económica está echando raíces. El aprovechamiento de estas oportunidades depende crucialmente de que los donantes de asistencia para el desarrollo se comprometan en el largo plazo. El peligro: la comunidad internacional dejará de interesarse en los problemas de este país en la medida en que el eje de atención estratégica se desplace a otro lugar.

Se han realizado intentos de identificar los costos y beneficios de las inversiones en ODM específicos, ejercicio que ha resultado ser infructuoso. Los avances en un área determinada están muy condicionados a los avances en todos los ODM y más allá. Lograr que los niños asistan a escuelas bien equipadas y dotadas de maestros motivados es un requisito crucial para alcanzar la meta de educación universal planteada en los ODM. Pero todas las inversiones en educación no alcanzarán su valor potencial si los niños están enfermos porque sus familias no tienen acceso a agua potable y medicamentos que puedan costear. Los efectos multiplicadores que trascienden a todos los ODM son especialmente poderosos en el caso de la educación de la mujer. Tanto la educación como la potenciación de la mujer son metas del desarrollo humano por derecho propio: son finalidades en sí mismas aunque la potenciación de

Figura 1.24 El ingreso no predice la potenciación de género

Clasificación de los 78 países con índice de potenciación de género



Fuente: Cuadros de indicadores 14 y 26.

Recuadro 1.7 Bangladesh— crecimiento moderado, desarrollo humano acelerado

A comienzos del decenio de 1990, se había instalado un pesimismo profundo respecto de las perspectivas de desarrollo de Bangladesh tal como el actual pesimismo en relación con África Subsahariana. Debido al lento crecimiento económico, el rápido aumento demográfico, los limitados avances en materia de indicadores sociales y la aguda vulnerabilidad del país ante los desastres naturales, Bangladesh era descrita como “un panorama del desastre”. Esa realidad ha cambiado de manera drástica.

Desde 1990, Bangladesh ha registrado uno de los avances más veloces del mundo en materia de indicadores básicos de desarrollo humano. Las tasas de mortalidad infantil han disminuido en más de 5% anual, la tasa de fecundidad ha caído bruscamente y la desnutrición entre las madres se redujo de 52% en 1996 a 42% en 2002. Las tasas de matriculación en la escuela primaria superan el 90%, desde un 72% en 1990, y registran una estrecha paridad de género mientras los índices para la educación secundaria también van en aumento.

¿Cómo hizo Bangladesh para conseguir una transformación de esta magnitud en el ámbito del desarrollo humano? No fue sólo con crecimiento económico. Es cierto, el decenio de los noventa fue testigo de un crecimiento más acelerado, con alzas en el ingreso promedio de algo menos del 3% anual. Sin embargo, Bangladesh sigue siendo un país muy pobre, con un ingreso promedio de US\$1.770, y la pobreza de ingresos ha disminuido de manera relativamente lenta, en 10% entre 1990 y 2002.

Son cuatro las estrategias que han contribuido al despegue de Bangladesh en cuanto a desarrollo humano:

- *Alianzas activas con la sociedad civil.* Las organizaciones no gubernamentales (ONG) han desempeñado una función crítica en cuanto a mejorar el acceso a los servicios básicos a través de innovadores programas. Por ejemplo, el Comité de Progreso Rural de Bangladesh (BRAC) ha liderado programas destinados a reclutar y entrenar maestras, formular programas de estudio pertinentes y apoyar la participación de los padres en la gestión escolar. Más de dos millones de niños asisten a escuelas que no

pertenecen al sistema formal del gobierno, pero las escuelas de las ONG son como alimentadores de las escuelas públicas de nivel medio.

- *Transferencias concentradas.* Existen múltiples programas sociales que se han concentrado en mejorar la nutrición al tiempo que también crean mayores incentivos para el desarrollo humano. El programa de Alimento por Educación ofrece raciones de comida a hogares pobres si sus niños asisten a la escuela primaria. Alrededor del 7% del gasto público en educación se asigna a través de este programa, el cual llega a 2,1 millones de niños y ofrece un estipendio de US\$3 al mes. Las escuelas participantes han conseguido mayores niveles de matriculación de niñas y han reducido las tasas de deserción, lo cual demuestra que los incentivos pueden contrarrestar las presiones económicas y los prejuicios culturales que obligan a las niñas a quedarse en casa.
- *Programas de salud ampliados.* La cobertura de vacunación contra las seis principales enfermedades infantiles aumentó de 2% a mediados de los ochenta a 52% en 2001. Estos programas de vacunación se han puesto en marcha gracias a alianzas entre organismos internacionales y ONG nacionales.
- *Ciclos virtuosos y protagonismo femenino.* El mejoramiento del acceso a la salud y la educación entre las mujeres, junto con la ampliación de las oportunidades laborales y de acceso a microcréditos ha expandido las alternativas y otorgado autonomía a la mujer. Si bien aún existen disparidades de género, las mujeres se han convertido en catalizadores cada vez más poderosos del desarrollo y exigen mayor control sobre la fecundidad y el espaciamiento de los nacimientos, educación para sus hijas y acceso a servicios.

Bangladesh consiguió estos avances tan notables con bajos niveles de ingreso y desde una situación de poca alfabetización, alta desnutrición e instituciones débiles. Los logros que ha obtenido demuestran que es posible avanzar si se aplican medidas estatales más decididas y un activismo ciudadano.

Rápido avance en un país de ingreso bajo

Indicador	1990	2000
Pobreza de ingreso (%)	59	50
Coefficiente de Gini	25	30
Niños menores de cinco años con peso insuficiente para la edad (%)	72	51
Tasa de mortalidad menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	144	69 ^a
Relación niñas-niños en la escuela primaria (niñas por cada 100 niños)	87	105 ^b

a. Datos de 2003.

b. Datos de 2002.

Fuente: Ahluwalia y Hussain 2004; Dréze 2004; Yunus 2004; Ahmed y del Ninno 2001; Sen, Mujeri y Quazi 2005.

Recuadro 1.8

Uganda—avance impresionante aunque irregular

En el último decenio, Uganda ha experimentado un crecimiento económico sostenido y conseguido importantes logros en desarrollo humano. La reducción de la pobreza es una prioridad nacional y se refleja tanto en las actividades de planificación como en la determinación del presupuesto. Sin embargo, el país registra avances irregulares y los logros son débiles:

- **Pobreza de ingresos.** En la primera mitad de los años noventa, las políticas del gobierno se centraron en la estabilización y el crecimiento del país. Como resultado, el ingreso promedio creció 5% al año entre 1990 y 2000. La pobreza de ingresos cayó rápidamente durante el mismo período, desde 56% a 34%, lo cual puso al país en la senda para conseguir las metas de los ODM propuestos para 2015. Sin embargo, desde 2000 el crecimiento del ingreso ha disminuido su ritmo y la incidencia de la pobreza ha aumentado. En efecto, la pobreza se concentra en las zonas rurales, especialmente en el Norte y el Este, y es mucho más aguda entre los productores que cultivan sólo alimentos básicos.
- **Educación.** En la segunda mitad de los años noventa, las prioridades de reducción de la pobreza se desplazaron hacia el sector educación. Se introdujo la escuela primaria gratuita y el gasto público en el rubro aumentó. La matriculación en este nivel aumentó de 5,3 millones a 7,6 millones entre 1997 y 2003, con tasas de este indicador iguales entre el 20% más pobre y el 20% más rico de la población y una brecha de paridad de género bastante más estrecha en el nivel primario. La matriculación universal está ahora muy cercana, pero es probable que, a causa de la tasa de deserción, no se alcance la meta según la cual todos los niños deberán completar su escolaridad en 2015.
- **Salud.** Los indicadores de resultados en salud, lo que incluye la mortalidad materno-infantil, o bien se han estancado o deteriorado y la mortalidad de niños menores de cinco años incluso ha aumentado desde 1995. Uganda, uno de los países africanos con el mejor desempeño en materia de ODM, está en este momento mal encaminado en todos los principales objetivos

relacionados con la salud. Conciente de que no reducir la mortalidad materno-infantil constituye una amenaza que minaría el avance social y económico, el gobierno ha convocado a una comisión de trabajo interministerial bajo el liderazgo del Ministerio de Finanzas para proponer soluciones.

Esta diversidad de tendencias llama la atención sobre los retos que encara Uganda, algunos de los cuales provienen de fuerzas externas, principalmente el precio del café. Hasta 1997, los productores de café, el principal cultivo comercial de los pequeños propietarios, aprovecharon el aumento de los precios nacionales y las favorables relaciones de intercambio. El colapso sufrido por el producto desde entonces ha revertido las ganancias y explica en parte el retroceso en cuanto a pobreza de ingresos.

Otro problema es que la caída del crecimiento coincidió con el aumento en la desigualdad. El coeficiente de Gini aumentó de 34 a 42 desde 1997, lo cual sugiere que Uganda puede estar pasando de ser un país de baja desigualdad a uno de alta desigualdad. Para corregir esta tendencia se necesitarán medidas destinadas a ampliar la base del crecimiento económico en torno a los pequeños agricultores de las zonas rurales, junto con un enfoque en exportaciones agrícolas que hagan un uso más intenso del capital.

El progreso en el sector salud se ha visto obstaculizado por profundos problemas estructurales. La desnutrición explica dos tercios de las muertes infantiles, menos de una tercera parte de las mujeres da a luz bajo los cuidados de personal especializado y no ha habido reducción alguna de las enfermedades que cobran más vidas infantiles, como el paludismo y el sarampión. Otro problema son las altas tasas de fecundidad y el espaciamento inadecuado de los nacimientos. En efecto, Uganda ocupa el tercer lugar entre los países con mayores tasas de fecundidad en el mundo.

El contraste entre avances en educación y estancamiento en salud refleja en parte las prioridades del gasto público. El sector salud fue identificado como una prioridad importante en este sentido recién a fines del decenio de 1990, aunque el presupuesto destinado al rubro se ha triplicado en los últimos cuatro años. Sin embargo, la mala calidad de los servicios es otro obstáculo.

Desempeño mixto en desarrollo humano

Indicador	1992	2002
Pobreza de ingreso (%)	56	38
Coefficiente de Gini	36	42
Niños menores de cinco años con peso insuficiente para la edad (%)	62	86
Tasa de mortalidad menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	167 ^a	152
Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos)	523	505

a. Datos de 1990.

Fuentes: Uganda, Ministerio de Finanzas, Planificación y Desarrollo Económico, 2003. Ssewanyana y otros 2004.

Cambiar el curso y volver al mundo a la senda prevista para alcanzar los ODM exigirá nuevas alianzas en la tarea del desarrollo

la mujer también sea un acelerador del avance hacia los ODM y los objetivos de desarrollo humano más amplios. Una mujer con educación podrá controlar mejor su fecundidad y será más capaz de exigir servicios de salud básica, tendrá menos probabilidad de contagiarse con VIH/SIDA y estará más propensa a educar a sus hijas al respecto (Ver Recuadro 1.3).

Cambiar el curso y volver al mundo a la senda prevista para alcanzar los ODM exigirá nuevas alianzas en la tarea del desarrollo. Muchos de los países que están muy lejos de alcanzar los ODM, en especial en África pero también en otras regiones de bajo ingreso, no disponen de los recursos financieros para realizar las inversiones públicas necesarias destinadas a crear un ciclo virtuoso de mayor inversión en desarrollo humano y crecimiento más acelerado. El informe sobre el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas de 2005 expone un marco ambicioso, pero práctico, para una nueva alianza basada en dos elementos constitutivos. En primer lugar, cada país

en desarrollo debe exponer estrategias nacionales claras para alcanzar los ODM y las brechas financieras que necesita cubrir. En segundo lugar, los países ricos, como parte de los compromisos asumidos en el marco de los ODM, deben movilizar los recursos de asistencia para el desarrollo requeridos para cubrir estas brechas, un problema que examinamos más exhaustivamente en el Capítulo 3.

Más allá del problema financiero existe otro aspecto crucial para volver al mundo a la senda prevista: la renovada atención a la desigualdad y la equidad distributiva. Según mostramos en el siguiente capítulo, existen profundas desigualdades estructurales en materia de capacidades, oportunidades e ingreso de las personas que detienen el progreso hacia los ODM. El eje central de las estrategias nacionales para alcanzar los ODM debe ser una mayor igualdad y de lograrse, tales estrategias aumentarían drásticamente las posibilidades de salir airoso en este emprendimiento.