



Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Sistema de Información Científica

Esteban Picazzo Palencia, Esthela Gutiérrez Garza, José María Infante Bonfiglio, Pedro César Cantú Martínez
La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad
universal

Estudios Sociales, vol. 19, núm. 37, enero-junio, 2011, pp. 254-279,
Coordinación de Desarrollo Regional
México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41716750009>



Estudios Sociales,
ISSN (Versión impresa): 0188-4557
estudiosociales@ciad.mx
Coordinación de Desarrollo Regional
México

¿Cómo citar?

Fascículo completo

Más información del artículo

Página de la revista

www.redalyc.org

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal

*Human and sustainable development theory:
Towards strengthening health as a right and
universal freedom*

*Esteban Picazzo Palencia**

*Esthela Gutiérrez Garza***

*José María Infante Bonfiglio***

*Pedro César Cantú Martínez***

Fecha de recepción: diciembre 2009

Fecha de aceptación: mayo 2010

*Doctorante en Desarrollo sustentable. Instituto de Investigaciones Sociales UANL

Dirección para correspondencia: epicazzo@yahoo.com

**Instituto de Investigaciones Sociales de la UANL

Resumen / Abstract

En el artículo se analizará la salud como un elemento constitutivo de la teoría del desarrollo humano, así como los entornos institucionales, políticos y sociales que permiten el acceso a la salud, como uno de los factores totales para avanzar hacia una sociedad sustentable. Asimismo, se analizan estos aspectos conceptuales desde la perspectiva de la medición de indicadores de salud en México y en el estado de Nuevo León. Los indicadores están considerados por estrategias mundiales como el Índice de Desarrollo Humano (IDH), la Agenda 21 y los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM). Además, en el análisis se utiliza el Coeficiente de Gini, aplicado a indicadores de la salud, todo lo anterior para analizar el avance de la equidad y el desarrollo de las oportunidades de salud de la población.

Palabras clave: salud, teoría del desarrollo humano, desarrollo sustentable, índice de desarrollo humano y coeficiente de Gini en salud.

In this paper health is analyzed as a constitutive element of human development theory. The social, political and institutional determinants that allow access to health are considered crucial to achieve a sustainable society. Also, a measurement of health indicators in Mexico and Nuevo Leon state is presented. These indicators have been considered by international strategies such as the Human Development Index (IDH), Agenda 21 and the Millennium Development Goals (ODM). Additionally, the analysis uses the Gini coefficient applied to health indicators in order to determine population equity advances and development of health opportunities.

Key words: health, human development theory, sustainable development, human development index and Gini health coefficient.

Introducción

La teoría del desarrollo humano, que surge en la década de los noventa, tiene sus raíces en la preocupación que despiertan las críticas al enfoque economicista de los estudios del desarrollo y en la búsqueda por integrar en el análisis los aspectos sociales de la población. Con ello se buscaba avanzar en la complejidad del análisis y rescatar aspectos esenciales como la equidad, la justicia y la libertad que habían quedado excluidos en dichos estudios. Este enfoque crítico tuvo como antecedentes los trabajos de la teoría de la CEPAL en América Latina desde la década de los cuarenta que coloca en el centro del análisis la condición del subdesarrollo y los fundamentos del crecimiento para las diferentes naciones, sentando las bases de la teoría económica estructuralista. Posteriormente, la teoría de la dependencia en la década de los sesenta, desde una posición política radical, incorpora en su análisis la dimensión sociológica a través del análisis de la lucha de clases y los sistemas de dominación. En la década siguiente, los ochenta, surge en Europa la teoría de la regulación francesa, con un enfoque holístico, otorga un lugar importante al papel de las instituciones en el desarrollo. Paralelamente, otras inquietudes desgajadas de la preocupación por el medio ambiente, concretan propuestas aglutinadas en organizaciones supranacionales, como lo fue la creación del Club de Roma¹ en 1968 y el enfoque del ecodesarrollo presentado en 1973 por el director ejecutivo del Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (Gutiérrez y Gaudiano,

¹ El Club de Roma fue creado por destacados intelectuales que preocupados por el deterioro del medio ambiente derivado del frenético desarrollo de la Época de Oro en Estados Unidos y su influencia en el resto del mundo colocaron en el centro de la discusión en un libro clásico *Los límites del desarrollo* (Meadows, et al., 1972) el modelo civilizatorio prevaleciente.

2009; Gutiérrez y Picazzo, 2009), abonaron nuevas perspectivas que superaron definitivamente el enfoque economicista tradicional y brindan tributo a una nueva perspectiva del desarrollo: el desarrollo sustentable. Éste, como propuesta estratégica, que se presenta por primera vez en 1987 en el conocido Informe Brundtland titulado *Nuestro futuro común*, donde el desarrollo sustentable engloba el crecimiento económico, la equidad intra e intergeneracional y el cuidado del medio ambiente en beneficio del ser humano (Gutiérrez y González, 2009).

En este amplio marco conceptual reorientado hacia lo social y lo ambiental, surge una nueva visión del mundo que definitivamente desplaza la atención puesta en el crecimiento y la productividad -como centro del quehacer en la sociedad- hacia la noción del desarrollo, sus destinatarios y el medio ambiente. Ocupan un lugar fundamental las aportaciones que en materia económica y social había propuesto Amartya Sen,² quien fue invitado por el Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD), junto con un grupo destacado de economistas entre los que se encontraban Mahbub Ul-Haq, Paul Streeten, Meghnad Desai, Gustav Ranis y Keith Griffin, para elaborar una nueva propuesta de medición del desarrollo de las Naciones. El resultado final de los trabajos concluyó en una significativa aportación: el Índice de Desarrollo Humano (IDH), cuya publicación desde el año 1990 pretendía generar una tendencia internacional que evaluara el nivel medio alcanzado por cada país a partir de tres aspectos esenciales, la salud, la educación y el ingreso.

En su libro *Development as Freedom* (1999), Sen sintetiza las principales ideas de su pensamiento: entender y abordar el desarrollo como medio para potencializar las capacidades y libertades del ser humano. En el tema que nos preocupa, Sen atribuye un papel destacado a la salud, en tanto oportunidad (o fin) para que las personas puedan gozar de ella y lograr potenciar sus más amplias capacidades en beneficio de su desarrollo individual y como actores en el ámbito productivo y social. Es decir, la salud entendida como un medio que permitirá desarrollar sus capacidades y libertades para llevar a cabo sus objetivos y metas (Sen 1985, 1999, 2000, 2002). De esta manera, la salud surge como una aptitud y pieza constitutiva para un buen desarrollo (Sen y Nussbaum, 1993; Sen, 1999) que permita desplegar las capacidades de las personas, o sea, la libertad real de hacer y ser lo que la gente está dispuesta a valorar con su vida (Sen, 2000).

En este trabajo, analizaremos la salud como elemento constitutivo de la teoría del desarrollo humano y las condiciones institucionales y sociales que intervienen para que la sociedad cuente con esta oportunidad, a su vez, una de las condiciones necesarias para avanzar hacia la sustentabilidad. Finalmente, a manera de conclusión, se analizan los retos de las mediciones de

² Premio Nobel de Economía en 1998



los indicadores de salud en el marco del desarrollo humano y sustentable en México y en el estado de Nuevo León.

1. La teoría del desarrollo humano: la propuesta de Amartya Sen

El pensamiento de Amartya Sen sentó las bases de la teoría del desarrollo humano y propuso una concepción distinta para medir y abordar el desarrollo. El enfoque superó la visión economicista centrada en el tener (dinero y mercancías), por una visión holística centrada en el ser y hacer del ser humano (bienestar y capacidades) en el cual la participación de las instituciones juega un papel determinante en el desarrollo (Sen y Nussbaum 1993).

En la concepción teórica propuesta por Sen (2000: 19), se define al desarrollo "como un proceso de expansión de las libertades reales de las que disfrutaran los individuos", donde "la libertad real (...) está representada por la capacidad de la persona para conseguir varias combinaciones alternativas de funcionamientos" (Sen, 1992: 81) que permite [a la persona], en los entornos sociales, económicos, culturales, políticos y medioambientales que se encuentre, realizar cosas valiosas para ellos y sus familias (Sen, 2000).

Por lo tanto, el desarrollo no debe medirse con otro indicador que no sea el aumento de las libertades de los individuos, entendida como la construcción de entornos en los cuales se exprese la libertad individual de poder desplegar las capacidades y las más preciadas aspiraciones de los seres humanos. En este sentido, Amartya Sen (1992: 81) señala que la justicia debe valorarse por las libertades reales que gozan los seres humanos para poder elegir su destino en función de sus propios valores personales y de ninguna manera por los bienes materiales o recursos que puedan disponer. De esta manera, toda teoría de la justicia que tenga como postulado la búsqueda de la equidad debe partir de un tratamiento directo y profundo de las libertades reales que tengan las personas para elegir su propio estilo de vida y buscarlo de manera consecuente, aun cuando sus valores sean diferentes, dadas las enormes posibilidades de que cada individuo, en las modernas sociedades, pueda tener objetivos divergentes del resto de los individuos que componen la sociedad, siendo esos objetivos valorados todos en condiciones de igualdad sin establecer jerarquías (Sen 1997).

Así, el objetivo del desarrollo "se relaciona con la vinculación de las libertades reales que disfruta la gente de una población determinada" (Sen 2000: 53); en donde, "las personas deben ser vistas como agentes activamente involucrados, (...) en la construcción de su propio destino y no solamente como receptores" (Sen 2000: 53). Es decir, la libertad brinda la oportunidad de lograr nuestros objetivos y metas de las cosas que tenemos razones de valorar y engloba tanto los procesos que permiten las libertades de toma de decisión y de las acciones consecuentes, así como las oportunidades efectivas de hacerlo, en sus condiciones específicas de existencia (Sen 2000).

Por lo tanto, “la libertad proporciona una perspectiva más amplia al juzgar la ventaja humana y por medio de ella evaluar el éxito social.” “Es en este ámbito donde la capacidad surge”, como lo señala Sen (2000: 75), como “un tipo de libertad: la libertad fundamental para conseguir distintas combinaciones de funcionamientos (o, en términos menos formales, la libertad para lograr diferentes estilos de vida)”.

Esta capacidad está fuertemente condicionada por el entorno económico, político, social, cultural y ambiental en el que se desarrolla; por ello, para garantizar la ampliación de las capacidades del ser humano y una mejora en su calidad de vida, la definición de las políticas debe incorporar tanto las necesidades individuales como las potencialidades colectivas en beneficio de la libertad. Así para Amartya Sen en su dimensión integral clasifica las libertades en dos grandes grupos: constitutivas e instrumentales.

Las *libertades constitutivas* son aquellas libertades básicas individuales que conforman el fin del desarrollo humano, porque refieren a la vida humana. Es decir, estamos hablando de las potencialidades del ser humano. Son las que permitirán al ser humano alcanzar una vida plena con calidad; entre ellas podemos incluir una serie de capacidades elementales, la de evitar las privaciones básicas que limitan la vida (hambre, desnutrición, muertes prematuras o evitables) y también la adquisición de capacidades sociales y culturales básicas (lectura, escritura, cálculo elemental, expresión libre de ideas y valores, participación directa o indirecta en el sistema de gobierno de la comunidad). Cualquier programa de desarrollo humano debe asegurar la adquisición y expansión de estas libertades.

Por el contrario, las *libertades instrumentales* son aquellas oportunidades y derechos que contribuyen directa o indirectamente a la libertad general de las personas y se ofrecen, a través de los sistemas económicos, sociales y políticos de los cuales dependen principalmente las libertades constitutivas básicas para su realización. Entre estas libertades se encuentran los servicios económicos, las instituciones, las oportunidades sociales como los servicios de salud, las libertades políticas, las garantías de transparencia y la protección social y jurídica. Es decir, estamos hablando del entrono construido por la sociedad en un territorio determinado. Así lo define Amartya Sen:

El papel instrumental de la libertad se refiere a la forma en que contribuyen los diferentes tipos de derechos y oportunidades a expandir la libertad del hombre en general y, por lo tanto, a fomentar el desarrollo. La eficacia de la libertad como instrumento reside en el hecho de que los diferentes tipos de libertad están interrelacionados y un tipo de libertad puede contribuir extraordinariamente a aumentar otras (Sen, 2000: 56).

Y agrega en otro texto: “Las opciones que una persona tiene dependen grandemente de las relaciones con los otros y de lo que el Estado y otras instituciones hagan. Deberíamos estar particularmente preocupados por esas oportunidades que están fuertemente influenciadas por las circunstancias sociales y las políticas públicas” (Sen y Drèze, 2002: 6).



Expuesto lo anterior, y centrándose en las libertades humanas, Amartya Sen evita la definición estrecha del desarrollo que lo reduce al crecimiento del PIB, al aumento de los ingresos, a la industrialización y al progreso tecnológico, por ejemplo. Entiende las libertades humanas como oportunidades determinadas por otras realidades, como lo son las condiciones que facilitan el acceso a la salud. Consecuentemente, para Sen es importante considerar en el análisis del desarrollo, además del indicador de la expansión económica, el impacto de la democracia, las instituciones y las libertades públicas sobre la vida y las oportunidades de los individuos. El reconocimiento de los derechos cívicos, una de las aportaciones de la democracia, que otorga a los ciudadanos la posibilidad de acceder a servicios que atiendan sus necesidades elementales y de ejercer presiones sobre una política pública adecuada.

La preocupación fundamental de Sen es que los individuos sean capaces de vivir el tipo de vida que desean. El criterio esencial es la libertad de elección y la superación de los obstáculos que impiden el despliegue de las libertades, como, por ejemplo, la capacidad de vivir muchos años, de tener acceso a la educación, de ocupar un empleo gratificante, de vivir en un ambiente pacífico y seguro y de gozar de la libertad.

2. La salud en el contexto de la teoría de desarrollo humano

En el marco de la teoría del desarrollo humano y en el espacio societal de las libertades humanas, la salud surge y constituye una de las libertades constitutivas e instrumentales básicas de las personas, la cual debe estar relacionada estrechamente con la cuestión de los derechos y la justicia social, de cuya mano va la noción de equidad (Sen 1999; 2000; 2002).

Por ello, la salud necesariamente tiene que ser concebida desde una visión integral y colectiva tanto de los problemas, como de las soluciones, al igual que el reconocimiento del lazo que une a las libertades con las instituciones sociales y económicas, así como con los derechos políticos y humanos.

Entre las principales privaciones que enfrenta el ser humano en el espacio de sus libertades instrumentales están los efectos negativos en la salud que se derivan de las limitaciones de una persona para acceder a los servicios de salud, constituidas por la falta de cobertura, la deficiencia en infraestructura y la calidad en el servicio médico y hospitalario. Por lo tanto, la salud, como lo alude Sen (1999: 8) "es una parte constitutiva (...) e integrante de un buen desarrollo". De esta manera, una de las libertades de mayor importancia de las que puede gozar el ser humano es la de no estar expuesto a enfermedades y causas de muertes evitables elementos que coadyuvan a tener un mejor nivel y calidad de vida y evadir la pobreza (Sen, 1999).

En ese contexto, la salud juega una función principal entre calidad de vida y capacidad –libertad-. La salud es una pieza clave o una aptitud (Sen y Nussbaum, 1993) para vivir mejor y la falta de ella es una amenaza para el bie-



nestar social y económico. Así, tener vida duradera y saludable es uno de los elementos fundamentales del desarrollo humano y que toda sociedad moderna y democrática deberá considerar la salud como un derecho universal. Por lo tanto, "el mejoramiento de la salud de la población debe aceptarse (...) universalmente como uno de los grandes objetivos del proceso de desarrollo" (Sen, 1999: 1).

2.1 Índice de Desarrollo Humano: la dimensión en salud

Como ya lo hemos señalado, el IDH tuvo como propósito generar una nueva medición a nivel internacional que destacara indicadores (mediciones) de carácter social que nos hablan de la calidad de vida promedio de las distintas naciones. De esta manera, con una nueva medición centrada en los destinatarios del desarrollo se buscaba impulsar una tendencia internacional para que los países se preocuparan por crear las condiciones estructurales, institucionales, sociales y culturales, a fin de que los individuos pudiesen tener la libertad de alcanzar la realización de sus justas aspiraciones y teniendo en el horizonte avanzar hacia la equidad social. Estas condiciones permitirían "crear un ambiente propicio para que los seres humanos disfruten de una vida prolongada, saludable y creativa y (...) con una vida prolongada y saludable, acceso a la educación y el disfrute de un nivel de vida decente" (PNUD 1990: 31-33). Estas condiciones fueron articuladas en torno a un conjunto de derechos humanos: educación, salud, ingreso digno y el derecho a una vida prolongada y se midieron en indicadores que integran el IDH como un indicador alternativo al PIB que sólo medía el crecimiento material de los países. Así, en el marco de los informes anuales del PNUD, publicados desde 1990,⁵ el IDH pretende responder a la necesidad de desarrollar un enfoque global para mejorar el bienestar humano. Este índice permite evaluar el nivel medio alcanzado por cada país a partir de tres aspectos esenciales:

- Longevidad y salud, representadas por la esperanza de vida al nacer.
- Instrucción y acceso al saber, representados por la tasa de alfabetización de adultos (dos tercios) y la tasa bruta de escolarización para todos los niveles (un tercio).
- La posibilidad de disponer de un nivel de vida digno representado por el PIB por habitante.

Se debe resaltar la importancia del IDH y, en particular, la dimensión en salud, en el pensamiento económico, ya que centra su reflexión no en el crecimiento, sino en la habilidad que tiene una sociedad para brindar a la

⁵ Desde entonces, los informes se han producido anualmente. Cada informe ha monitoreado el progreso de la humanidad a través de la clasificación de los países de acuerdo al IDH. En México comenzaron a publicarse desde el año 2000.



población el conjunto de capacidades que le permitan acceder a mejores oportunidades de bienestar social y desarrollo en salud. Esta aportación teórica nunca hubiese sido incorporada en la definición de las políticas institucionales y mucho menos en una supra-institución como las Naciones Unidas, si no hubiese existido la amplia movilización social en el mundo que pugnaba por crear una sociedad más justa, donde prevaleciera la libertad y la equidad y que se manifestó a nivel supranacional en la propuesta de las necesidades básicas impulsada por la OIT desde la década de los setenta (Bustelo, 1999), que fue ampliamente integrada por la propuesta del desarrollo humano de Amartya Sen en la década de los noventa y que logra una redimensión desde una perspectiva holística presentada en la propuesta sobre el desarrollo sustentable en esa misma década.

En este trabajo abordaremos solamente el indicador de la esperanza de vida al nacer, es decir, las opciones de salud y vida con las que cuenta la población y que se expresa en la longevidad. El PNUD (1990: 37) señala que la utilización de este indicador como uno de los principales del desarrollo humano, se debe a tres consideraciones: “el valor intrínseco de la longevidad, su valor como forma de ayudar a las personas a alcanzar diferentes metas y su relación con otras características, tales como una buena salud y nutrición”. Lo anterior significa que una vida prolongada se halla estrechamente relacionada con otros indicadores sociales como el acceso a los servicios de salud, educación, nutrición, cobertura sanitaria, entre otras. De esta manera, la longevidad y una buena salud permiten alcanzar metas valiosas durante la vida, una de ellas es tener un ciclo de vida con un buen nivel de salud que permita desarrollar las capacidades, talentos y llevar a cabo los proyectos de vida. Por lo tanto, “la esperanza de vida es una medida sustituta para muchas otras variables importantes para el desarrollo humano” (PNUD 1990: 37).

3. Desarrollo humano y desarrollo sustentable: hacia la convergencia

Ciertamente, un aspecto significativo de los cambios profundos en el paradigma del desarrollo lo constituye, sin lugar a dudas, la preocupación por el medio ambiente. Éste fue uno de los preceptos que se impulsó en el medio social desde los años setenta. Los primeros intentos de incluir el medio ambiente con cuestiones del desarrollo fue la obra promovida por el Club de Roma llamada *Los límites del crecimiento*, publicada en 1972, el mismo año en que se realizó la Conferencia de Estocolmo sobre el Medio Ambiente Humano, la cual marcó un hito a nivel mundial, permitiendo crear el Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (Gutiérrez y González, 2009).

Durante los años ochenta, el debate sobre la relación entre desarrollo y medio ambiente continuaba y en 1987 mediante la publicación del informe de la Comisión Mundial de Medio Ambiente de Naciones Unidas llamado *Nuestro Futuro Común*, que después sería conocido como el Informe Brund-

tland, se presenta la definición más conocida del concepto Desarrollo Sustentable. En el informe se define al desarrollo sustentable como aquel *desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades*.

La visión de la teoría del desarrollo humano ha sido acogida por la propuesta del desarrollo sustentable. Comparten la visión de contar con una base de recursos económicos, sociales, institucionales, políticos y culturales que constituyan la plataforma fundamental en la cual se desplieguen las libertades constitutivas e instrumentales del ser humano que potencien a su vez un nuevo tipo de desarrollo basado en la sustentabilidad.

En este contexto, Sen y Anand (1994) señalan que toda promoción del desarrollo en la época actual debe asegurar la disponibilidad de sus logros a futuro, de manera que existan dos direcciones hacia las cuales se orienta la acción: el presente, expandiendo los beneficios del desarrollo a todos por igual y el futuro, asegurando que esos beneficios también estarán disponibles para todos. Asimismo, J. Speth (PNUD-DP/1994/39) en el seno del PNUD sostiene que es imperativo impulsar políticas que *reúnan el entendimiento y las aspiraciones que se reflejan en los conceptos "desarrollo humano" y "desarrollo sustentable"*.

Por lo anterior, el proceso de convergencia entre la perspectiva del desarrollo humano y el desarrollo sustentable, se avizora como un nuevo paradigma teórico centrado en los seres humanos, quienes hacen del desarrollo un escenario de potenciación de las capacidades y oportunidades de una sociedad que avance hacia un desarrollo equitativo, con integración social, gobernabilidad, justicia social y cuidado del ambiente. Todo ello salvaguardando las oportunidades de las generaciones presentes y futuras.

Posterior al Informe Brundtland, y dentro de los acuerdos derivados de la Comisión, en 1992, se celebró en Río de Janeiro, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y Desarrollo, conocida como la Cumbre de la Tierra, que concluyó con la Declaración de Río, conocida como la Agenda 21. Esta declaración se dio en el marco de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo en Río de Janeiro en 1992 y tenía como objetivo establecer alianzas mundiales en forma equitativa mediante la cooperación entre Estados y la sociedad, para procurar alcanzar acuerdos internacionales que protegieran el medio ambiente y el desarrollo; además menciona que: *"los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sustentable. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza"*. Considera la erradicación de la pobreza como requisito indispensable para la consecución de un desarrollo sustentable que dé respuesta equitativa a las necesidades de las generaciones presentes y futuras.

Sin duda el esfuerzo institucional más relevante que se ha dado a nivel internacional para avanzar hacia la sustentabilidad, ha quedado plasmado en



la Agenda 21, la cual fue avalada por 179 países, entre los cuales se encontraba México. La Agenda aborda los problemas que afronta el mundo actual y permite sentar las bases para enfrentar los desafíos del desarrollo en los próximos años, en donde la participación de las instituciones públicas como privadas debe estar conciliada con la participación activa de la sociedad para hacer frente la problemática presente y futura del mundo frente al reto de la *sustentabilidad*.

La Agenda 21 está integrada por 40 capítulos, donde en materia de salud, en su capítulo 6, Protección y Fomento de la Salud Humana, señala: *"la salud y el desarrollo tienen una relación directa. Tanto el desarrollo insuficiente que conduce a la pobreza como el desarrollo inadecuado que redundando en el consumo excesivo, combinados con el crecimiento de la población mundial, pueden redundar en graves problemas de salud"*. Por lo cual el documento sugiere realizar acciones en la población, dirigidas a la satisfacción de las necesidades de atención primaria de salud, contra las enfermedades transmisibles, políticas específicas orientadas hacia los grupos vulnerables, avanzar en la salubridad urbana y buscar reducir los riesgos en la salud derivados de la contaminación ambiental. Todo ello, con el propósito de fortalecer los espacios socio-institucionales para el desarrollo de las capacidades y oportunidades del ser humano.

Esta iniciativa internacional, la Agenda 21, se ha convertido en una plataforma para impulsar un nuevo desarrollo en el mundo, el desarrollo sustentable, para el cual es necesario alcanzar una relación entre Estado y sociedad que permita definir objetivos estratégicos de manera integral (ambiente, equidad, democracia, desarrollo) que busque el beneficio de las generaciones presentes y futuras, permitiendo crear una nueva escala de valores, actitudes y estilos de vida que beneficien el entorno social donde se potencialicen las capacidades y la libertad humana. Sin embargo, dada la extensión temática de la Agenda y la disparidad de políticas y acciones concretadas por los países suscribientes, las Naciones Unidas impulsa una acción más operativa convocando a la Cumbre del Milenio que se realizó en Nueva York, a principios del siglo XXI, y que tenía como propósito presentar una agenda sencilla de acciones hacia el 2015. Se acordó impulsar ocho estrategias conocidas como los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) y son los siguientes:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la equidad de género y la autonomía de las mujeres.
4. Reducir la mortalidad infantil.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
7. Garantizar la sustentabilidad del medio ambiente y
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Los objetivos abordan muchas de las aflicciones más recurrentes y comparten un ideal común con ellos, pues “reflejan el compromiso vital de promover el bienestar de la humanidad, la dignidad, la libertad y la igualdad para todas las personas” (PNUD, 2003: 27).

Si bien no son excluyentes, los ODM constituyen una convocatoria más fácil de concretar que las acciones derivadas de la Agenda 21 y muchos países están impulsando políticas para alcanzarlos. En México se ha dado un proceso de convergencia interesante proveniente de la tradición de la política social en el país, por un lado y, por el otro, de las recomendaciones derivadas de las cumbres internacionales impulsadas principalmente por las Naciones Unidas.

4. Los retos de la medición en salud en México y Nuevo León

Para todas estas estrategias que tienen como propósito impulsar el acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de la equidad y el mejoramiento de la calidad de vida, se ha elaborado un conjunto de indicadores que pasaremos a analizar y serán utilizados para el análisis de Nuevo León y México. Asimismo, aunque elaborados desde la base teórica del enfoque neoclásico para la medición de la desigualdad, analizaremos el Coeficiente de Gini aplicado a indicadores de salud en México y Nuevo León.

4.1 Indicadores desde la perspectiva de la teoría del desarrollo humano y sustentable

4.1.1 La salud en el IDH: Sub-Índice de Salud

Como lo vimos ya, el PNUD creó el Índice de Desarrollo Humano (IDH) en 1990 y en México dicho informe se publica desde el año 2000, presentando información desagregada por entidades federativas y algunos municipios.

El IDH, como sabemos, está integrado por tres dimensiones: la salud, la educación y el ingreso per cápita. De tal forma se pensó en el subíndice de la salud como aquel que pudiera reflejar las oportunidades de salud de la población. Para ello se eligió la *esperanza de vida al nacer* como referente universal que mostrara la articulación del conjunto de instituciones, políticas, estrategias y estatus civilizatorio prevaeciente en un país determinado. Este sub-índice del IDH, utiliza la metodología de máximos y mínimos propuesta en los Informes del Desarrollo Humano desde 1990 y a continuación la fórmula que se utiliza para su cálculo:

$$\text{Índice de Salud} = \frac{\text{valor efectivo del indicador} - \text{valor mínimo del indicador}}{\text{valor máximo del indicador} - \text{valor mínimo del indicador}}$$

Los valores máximos y mínimos establecidos por el PNUD-México para el indicador de esperanza de vida al nacer que se utilizan para estimar este índice son: valor máximo = 85 años y valor mínimo = 25 años.

El subíndice de salud mide el logro alcanzado por la población de contar progresivamente con una vida longeva; es un indicador relativo que permite ver los avances, en promedio, de las capacidades de salud de la población en el país y sus regiones. Lo que podemos observar es que en el año 2000, México contaba con un índice de 0.791 ocupando el lugar 60 y Nuevo León tenía uno de 0.833 en el lugar 41 de un total de 173 países en el mundo. Cinco años después, en 2005, los logros a nivel nacional son más altos, pues el índice se elevó a 0.843 ocupando el lugar 43, mientras que en Nuevo León el tránsito fue a 0.855 y su posición ganó sólo tres escaños y llegó al lugar 38 en la escala internacional. A nivel nacional, sin embargo, era el tercer estado que tiene el mayor nivel de desarrollo en salud, sólo debajo del Baja California y el Distrito Federal.

Los resultados de este índice nos muestran que del año 2000 al 2005, tanto para México como para Nuevo León, el nivel promedio de la salud en la población ha mejorado y ello se ve reflejado en el aumento de la esperanza de vida al nacer debido a los avances en materia de salud que ofrecen cada vez más y mejores oportunidades de acceso a los servicios médicos a la población mejorando la longevidad de sus vidas y el despliegue de sus capacidades.

4.1.2 Agenda 21 y Objetivos del Desarrollo del Milenio

En el contexto internacional se encuentran dos perspectivas que discurren y convergen en dos marcos referenciales importantes que permiten a través de los indicadores, medir los avances, logros y metas del desarrollo humano y sustentable en materia de salud: la Agenda 21 resultado de la Cumbre de la Tierra realizada en Río de Janeiro en el año de 1992 y los Objetivos del Desarrollo del Milenio acordados en la Cumbre del Milenio realizada en Nueva York en el 2000.

Cuadro 1. La salud en el IDH, México y Nuevo León 2000-2005

Año	México			Nuevo León			
	Esperanza de vida al nacer (años)	Índice de salud	Posición a nivel internacional de acuerdo al Índice de Salud	Esperanza de vida al nacer (años)	Índice de salud	Posición del Estado que representaría a nivel internacional	Posición del Estado a nivel nacional
2000	76.6	0.791	80 de 173 países	75.2	0.833	41	3
2005	75.6	0.843	43 de 177 países	76.3	0.855*	38	3

Fuente: elaboración propia con datos del PNUD 2002 y 2007, y PNUD/MEXICO 2005.

*Cálculos propios con base en CONAPO en las Proyecciones de Población 2005-2050.

La Agenda 21, programa de acción suscrito durante la Cumbre de la Tierra, comprometía a las naciones suscribientes a desarrollar indicadores que permitirían evaluar los avances, logros y metas de las políticas y estrategias para impulsar el desarrollo sustentable en beneficio del ser humano y del medio ambiente,⁴ donde la salud constituye una estrategia importante de dicha Agenda.

En este sentido, a partir de 1995, México realizó trabajos conjuntamente con la Comisión para el Desarrollo Sustentable (CDS) de las Naciones Unidas para definir y operar una serie de indicadores sugeridos por la Agenda 21, que tuvieran las características metodológicas necesarias para su implementación y comparación a nivel internacional y nacional (INEGI, 2000). El resultado de las reuniones se concretó en la selección de doce indicadores que se aplicarían a nivel internacional en materia de la salud. Los indicadores se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 2. Indicadores internacionales en materia de salud de la Agenda 21

1. Saneamiento básico: porcentaje de población que dispone de instalaciones adecuadas para la eliminación de excretas (drenaje).	2. Acceso seguro a agua potable: porcentaje de población que dispone de agua potable en la vivienda o que puede acceder fácilmente a ella.
3. Esperanza de vida al nacer: número promedio de años que se espera que viva un recién nacido sujeto a las tasas de mortalidad en un periodo determinado.	4. Peso suficiente al nacer: tasa de infantes recién nacidos con peso igual o mayor a 2,500 gramos por cada 1,000 nacidos vivos.
5. Tasa de mortalidad infantil (por cada 1,000 nacidos vivos).	6. Tasa de mortalidad materna (por cada 100,000 nacidos vivos).
7. Estado nutricional de los niños respecto a los niveles nacionales: porcentaje de infantes por nivel de desnutrición.	8. Porcentaje de la población infantil que ha sido inmunizada acorde con las políticas nacionales de vacunación.
9. Tasa de utilización de métodos anticonceptivos: porcentaje de mujeres en edad reproductiva que utiliza algún método anticonceptivo.	10. Porcentaje de químicos potencialmente peligrosos monitoreados en los alimentos.
11. Gasto nacional en servicios locales de salud: gasto nacional en salud dedicado a los servicios locales de atención primaria de la salud.	12. Gasto total en salud respecto al PIB (el gasto total en salud, incluye tanto los gastos públicos como los privados).

Fuente: INEGI, 2000.

⁴ Ver capítulo 40 de la Agenda 21.



En México, de acuerdo al INEGI (2000), se han aplicado once de estos doce indicadores de salud propuestos a nivel internacional, sólo el indicador de “porcentaje de químicos potencialmente peligrosos monitoreados en los alimentos” no se ha llevado a cabo debido a la falta de información.

De acuerdo a estos indicadores, podemos observar que en el marco de la desaceleración económica derivada de la aplicación de las políticas neo-liberales como lo constata la tasa de crecimiento promedio anual del 2.9% del crecimiento del PIB nacional en el periodo 1990-2005, las instituciones de bienestar social creadas en el país han desempeñado un papel notable mejorando los indicadores fundamentales. Es decir, la sociedad y sus instituciones no han permitido que en el contexto de una menor riqueza o valor agregado creado por el bajo crecimiento del PIB, las personas se vean afectadas en las condiciones de salud. En este sentido, las políticas supra-nacionales como Agenda 21 han logrado tener en México un socio competente que está promoviendo la sustentabilidad de la salud e impulsando una amplia cobertura y políticas que brinda a la población un bien público: el derecho a contar con una vida sana, como lo demuestra el cuadro 3. Podemos constatar que desde 1990 han mejorado las condiciones de sustentabilidad de la salud en el país en cada uno de los once indicadores. En mejor situación se encuentra el estado de Nuevo León.

Los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) constituyen un compromiso entre los países desarrollados y los países en subdesarrollo para “crear en los planos nacional y mundial un entorno propicio al desarrollo y a la eliminación de la pobreza” (ONU-A/RES/55/2, 2000), con el propósito de “respetar y defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial” (ONU-A/RES/55/2, 2000). Los objetivos van acompañados de una propuesta con una serie de indicadores para medir los logros de los países en esta materia. De los ocho objetivos, para el tema que nos interesa, tres son los relacionados con la salud:

1. Reducir la mortalidad infantil (objetivo 4).
2. Mejorar la salud materna (objetivo 5).
3. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades (objetivo 6).

De éstos, en México, el Gabinete de Desarrollo Social y Humano⁵ en el año 2006, propuso doce indicadores que facilitarían el monitoreo de los ODM en materia de salud en el país. Éstos se observan en el siguiente cuadro.

Los ODM para México y Nuevo León durante el periodo de 1990-2005, tuvieron el siguiente comportamiento como se observa en el cuadro 5.

⁵ Este gabinete estaba conformado por los secretarios del gobierno federal de la Secretaría de Desarrollo Humano, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales, la Secretaría de Agricultura, Alimentación y Pesca, la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud y la Secretaría de la Reforma Agraria, que junto con el PNUD en México desarrolla los informes de avance de los Objetivos del Milenio en México.

Cuadro 3. Indicadores en materia de Salud de la Agenda 21 México y Nuevo León 1990-2005

Indicador	Definición	México					Nuevo León				
		Año					Año				
		1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005		
1. Saneamiento básico	Porcentaje de población que dispone de drenaje	61.5%	72.4%	76.2%	85.6%	80.8%	88.6%	91.1%	95.3%		
2. Acceso seguro a agua potable	Porcentaje de población que dispone de agua potable en la vivienda	78.4%	84.6%	83.3%	87.1%	92.9%	94.5%	93.8%	94.8%		
3. Esperanza de vida al nacer	Número promedio de años que se espera que viva un recién nacido.	70.6	72.4	74.0	75.4	72.7	73.9	75.6	76.3		
4. Peso suficiente al nacer	Infantes recién nacidos con peso igual o mayor a 2,500 gramos por cada 1,000 nacidos vivos.	368.2 (1993)	472.9	910.4	930.9	n.d.	n.d.	933.2	949.0		
5. Tasa de mortalidad infantil	(por cada 1,000 nacidos vivos).	36.2	27.6	23.3	18.8	27.0	21.0	18.0	14.0		
6. Tasa de mortalidad materna	(por cada 100,000 nacidos vivos).	89.0	83.2	72.6	61.8	37.6	22.4	49.0	25.6		
7. Estado nutricional de los niños menores de 5 años respecto a los niveles nacionales	Porcentaje de infantes por nivel de desnutrición (moderada y severa) respecto a los niveles nacionales	n.d.	43.9 (1996)	39.6	30.3	n.d.	n.d.	0.5	0.5		
8. Porcentaje de la población infantil que ha sido inmunizada acorde con las políticas nacionales de vacunación.	Con esquema completo (ocho dosis)	46.0	95.6	98.0	98.8	n.d.	n.d.	98.9	99.1		
9. Tasa de utilización de método anticonceptivos	Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49) que utiliza algún método anticonceptivo.	63.1 (1992)	68.5 (1997)	70.8	70.9	75.4 (1992)	73.6 (1997)	75.6	76.7		
10. Gasto nacional en servicios locales de salud	Gasto nacional en salud dedicado a los servicios locales de atención primaria de la salud (millones de pesos)	32,655 (1993)	45,493	137,176	n.d.	70.6 (1993)	105.7	6,176.6	n.d.		
11. Gasto total en salud respecto al PIB	Proporción del PIB dedicada a gastos en el sector salud. Incluye gastos públicos y privados.	5.8 (1993)	5.6	5.6	6.2 (2003)	2.1 (1993)	2.1	4.6	5.3 (2003)		

n.d. = No disponible

Fuente: elaboración propia con datos de los Censos de Población y Vivienda 1990 y 2000, INEGI; los Censos de Población 1995 y 2005, INEGI; el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), Secretaría de Salud y el Sistema de Información de los Objetivos del Milenio, INEGI.

Cuadro 4. Indicadores de salud de los Objetivos del Desarrollo del Milenio en México

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil	Objetivo 5: Mejorar la salud materna	Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de Mortalidad de menores de 5 años (por cada 1,000 nacidos vivos) • Tasa de mortalidad infantil (por cada 1,000 nacidos vivos) • Proporción de niños y niñas de 1 año vacunados contra el sarampión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de mortalidad materna (por cada 100,000 nacidos vivos) • Proporción de partos atendidos por personal de salud especializado 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia de VIH en población general. • Incidencia de SIDA según año de diagnóstico (por cien mil habitantes) • Mortalidad de VIH/SIDA (por cada cien mil habitantes) • Incidencia de casos de paludismo (por cada cien mil habitantes) • Proporción de la población de localidades en zonas de riesgo de paludismo que son atendidos. • Incidencia de casos de tuberculosis • Incidencia de casos de tuberculosis (por cada cien mil habitantes) • Mortalidad por tuberculosis (por cada cien mil habitantes)

Fuente: Gabinete de Desarrollo Humano y Social/Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social, México, 2006.

Como podemos observar en el cuadro 5, México ha adelantado positivamente en casi todos los indicadores durante el periodo de 1990-2005, a excepción de las enfermedades como el VIH/SIDA y la tuberculosis, problemas en materia de salud en donde todavía falta por avanzar, no sólo como país, sino también para el estado de Nuevo León. México, sin embargo, reporta indicadores relacionados con estas enfermedades que están por debajo de las que presentan países como Brasil y Argentina, o como algunos países europeos como España y Portugal (ONU/UNSTATAS, 2009).

Expuesto lo anterior, realizando un análisis comparativo de los indicadores del IDH, Agenda 21 y ODM en lo referente a la salud, se puede señalar lo siguiente para México y Nuevo León en el periodo 1990-2005:

- Los indicadores de salud de dichas iniciativas son positivos, lo cual nos refiere que en el marco de la teoría del desarrollo humano y sustentable, no sólo se ha beneficiando directamente la capacidad y libertad de salud constitutiva, sino también los entornos y las oportunidades sociales instrumentales de la gente, incidiendo favorablemente en el desarrollo humano.
- Se necesita seguir desarrollando y monitoreando los indicadores, no sólo a nivel nacional y estatal, sino ampliarlo a los municipios para poder analizar a fondo los avances desde la perspectiva de la equidad en las capacidades y libertades y avanzar en el fortalecimiento de considerar a la salud como un derecho universal de la población.

Cuadro 5. Indicadores de los Objetivos del Desarrollo del Milenio en materia de salud México y Nuevo León 1990-2005

Objetivo/Indicador	México					Nuevo León				
	Año					Año				
	1990	1995	2000	2005	2005	1990	1995	2000	2005	2005
Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil										
Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1,000 nacidos vivos)	44.2	33.7	28.5	23.0	23.0	34.0	29.1	24.4	18.5	18.5
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1,000 nacidos vivos)	36.2	27.6	23.3	18.8	18.8	27.0	21.0	18.0	14.0	14.0
Proporción de niños y niñas de 1 año vacunados contra el sarampión	75.3	89.9	95.9	96.4	96.4	84.6	96.0	97.8	95.5	95.5
Objetivo 5: Mejorar la salud materna										
Tasa de mortalidad materna (por cada 100,000 nacidos vivos)	89.0	83.2	72.6	61.8	61.8	37.6	22.4	49.0	25.6	25.6
Proporción de partos atendidos por personal de salud especializado.	76.7	81.8	87.2	94.1	94.1	98.1	98.9	99.6	99.8	99.8 (2004)
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades										
Prevalencia de VIH en población general	0.04 (1987)	n.d.	0.10 (2002)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Incidencia de SIDA según año de diagnóstico (por cien mil habitantes)	4.4	6.0	8.7	6.2	6.2	3.0	3.0	8.7	n.d.	n.d.
Mortalidad de VIH/SIDA (por cada cien mil habitantes)	1.8	4.3	4.2	4.4	4.4	1.6	4.4	3.3	3.9	3.9
Incidencia de casos de paludismo (por cada cien mil habitantes)	53.3	8.1	7.5	2.8	2.8	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0
Proporción de la población de localidades en zonas de riesgo de paludismo que reciben tratamiento	n.d.	76.0 (1999)	80.0	100 (2004)	100 (2004)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Incidencia de casos de tuberculosis (por cada cien mil habitantes)	17.2	22.8	18.7	16.8	16.8	36.3	27.7	29.3	23.3	23.3
Mortalidad por tuberculosis (por cada cien mil habitantes)	7.5	5.2	3.5	2.4	2.4	7.6	6.6	4.3	4.1	4.1

n.d. = No disponible

Fuente: elaboración propia con información del Sistema de Información de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, INEGI.

- Tanto el IDH, la Agenda 21 como los ODM, no consideran las posibles inequidades y/o desigualdades presentes entre los grupos y regiones debido a que es un indicador promedio, que si bien son útiles para conocer las tendencias y sirven de base del análisis para la toma de decisiones no aportan información sobre la desigualdad.
- Estos indicadores son sustantivos para elaborar y establecer un sistema de indicadores que permitan valorar los avances en conjunto del desarrollo humano y sustentable no sólo a nivel país o a nivel estado, sino también a nivel municipal o local.
- Por último, es importante resaltar que el factor de la calidad de los servicios juega un papel importante también en el abordaje de la sustentabilidad, tema que no está incluido en este análisis.

Los indicadores constituyen un aportación significativa para la definición de políticas públicas y pueden ser elemento útil para el seguimiento y evaluación del camino trazado, así como una innovación sustancial para la transparencia y rendición de cuentas en el campo de la utilización del presupuesto asignado y recursos públicos programables en el campo de la salud.

4.2 Equidad y salud: la propuesta del coeficiente de Gini aplicada en la salud

El IDH, la Agenda 21 como los ODM indicadores que acabamos de presentar, son insensibles a la desigualdad presente en las localidades de los estados o de los municipios o de las pequeñas comunidades debido a que son promedios generales.

Una medida ampliamente utilizada para representar la magnitud de la desigualdad es el coeficiente de Gini, propuesto por él en 1912 (Sen, 2001), el cual se deriva de la curva de Lorenz. El índice se ha utilizado, sobre todo para estudiar las desigualdades en la distribución de la ingreso, aunque también para el estudio de las desigualdades en salud (Wagstaff y Van Doorslaer, 1992).

Para cuantificar la desigualdad e inequidad en la salud podemos aplicar la metodología del coeficiente de Gini en variables seleccionadas de la salud; para ello hemos seleccionado dos indicadores: la tasa de mortalidad de menores de cinco años y la tasa de mortalidad materna, los cuales servirán como indicadores para calcular el nivel de equidad en materia de salud.

Para calcular el coeficiente de Gini a nivel nacional y para Nuevo León de cada uno de los indicadores propuestos, primero se calcula a nivel municipal cada una de las tasas de mortalidad.⁶ Cabe señalar que existe una limitante importante en nuestro análisis debido al subregistro en las estadísticas

⁶ Cabe señalar que la información relacionada con los nacidos vivos se refiere solamente a los registrados al nacer, sin embargo, para disminuir la subestimación de estos datos, la información se complementó y ajustó por las estimaciones de los nacidos vivos del Consejo Nacional de Población (CONAPO) de México.

Cuadro 6. Tasa de mortalidad infantil y el coeficiente de Gini en Salud México y Nuevo León 1990-2007

Año	México		Nuevo León	
	Tasa de mortalidad de menores de 5 años	Coeficiente de Gini	Tasa de mortalidad de menores de 5 años	Coeficiente de Gini
1990	40.1	0.372	30.5	0.336
1995	36.5	0.452	28.8	0.409
2000	30.8	0.443	20.9	0.421
2005	25.9	0.412	17.3	0.424
2007	25.1	0.419	17.5	0.417

Fuente: cálculos propios con base en las Estadísticas Vitales de Nacimientos y de Mortalidad; Censos de Población 1990 y 2000; Censo de Población 1995 y 2005 del INEGI; Proyecciones de Población (CONAPO) y Base de Datos de defunciones (Secretaría de Salud).

de defunciones, tanto infantiles (principalmente en los menores de un año) como en las defunciones de las mujeres embarazadas y en periodo de posparto.

El coeficiente de Gini⁷ nos refiere que a medida que se acerque a 1 existe mayor inequidad y falta de penetración de las oportunidades de salud en grupos vulnerables y lo contrario si se dirige hacia el 0. A continuación mostramos los resultados promedio de las tasas de mortalidad de menores de cinco años y de la mortalidad materna y sus respectivos coeficientes de Gini.

Como podemos observar, en el cuadro 6, aún cuando la tasa de mortalidad mejoró significativamente, tanto a nivel nacional como en Nuevo León, y disminuyó progresivamente durante el periodo de análisis, una tendencia opuesta se presenta en términos de desigualdad. El coeficiente de Gini, se movió en 13% hacia la desigualdad a nivel nacional y 24% en Nuevo León. Ello significa que los logros se están concentrando en los sectores urbanos de ingresos suficientes y, los sectores marginados urbanos y la población rural mantienen los patrones de exclusión que aún prevalecen en el país y sus regiones. En este caso existe una tendencia mayor a la inequidad en Nuevo León que en el país en el rubro de la salud, a pesar de que el estado cuenta con una importante infraestructura hospitalaria y de centros de salud. Así, en

⁷ La fórmula del coeficiente de Gini (CG), la cual se aplicará para cada uno de los indicadores de salud propuestos, y su fórmula es la siguiente:

$$CG_j = 1 - \frac{\sum_{i=0}^{N-1} (Y_{i+1} + Y_i)(X_{i+1} - X_i)}{2 \sum_{i=0}^{N-1} Y_i(X_{i+1} - X_i)}$$

En donde:

CG_j = al coeficiente de Gini del indicador de salud j

Y_i : Proporción acumulada del indicador en salud del municipio i .

X_i : Proporción acumulada de la población de nacidos vivos del municipio i .

Este coeficiente varía entre 0 y 1, donde 0 se refiere a igualdad completa y 1 cuando la desigualdad es máxima.

México, el coeficiente de Gini se desplazó de 0.372 en 1990 a 0.419 en 2007. Para Nuevo León, si bien, se observa la misma tendencia, es mucho más intensa pasando el coeficiente de Gini de 0.336 a 0.417 en dichos años, y alejándose, desafortunadamente, del indicador de equidad de 1990 (0.336), aunque mantiene su tercer lugar en el IDH-Salud a nivel nacional. El crecimiento de la desigualdad significa que muchas de las muertes infantiles podrían ser evitables si los entornos económicos, sociales, institucionales y culturales se hubiesen fortalecido durante estos años en las regiones más vulnerables del país y en los municipios y sectores marginados urbanos de Nuevo León.

En lo relacionado a la tasa de mortalidad materna, podemos observar en el cuadro 7, que en Nuevo León es muy baja, 35.9, mientras que a nivel nacional fue de 71.4 en 1990. Para el año 2007 la situación mejoró pues la tasa se redujo 26% a nivel nacional (52.6) y 12% en Nuevo León (31.3). Sin embargo, se presentó la misma tendencia hacia la inequidad como lo muestra el coeficiente de Gini, que pasó de 0.341 a 0.426 para el total nacional y para Nuevo León, con mayor intensidad, la inequidad pasó de 0.239 a 0.337 en dichos años.

Estas tendencias, tanto para la mortalidad infantil como la materna, muestran un marcado retroceso en la equidad relacionado con la salud, señalando las áreas de oportunidad que pueden abrirse para impulsar la equidad como detonador del desarrollo sustentable con políticas y acciones específicas en beneficio de los infantes y de las mujeres embarazadas en grupos y regiones vulnerables.

Cuadro 7. Tasa de mortalidad materna y Coeficiente de Gini en salud
México y Nuevo León 1990 – 2007

Año	México		Nuevo León	
	Tasa de mortalidad materna	Coeficiente de Gini	Tasa de mortalidad materna	Coeficiente de Gini
1990	71.4	0.341	35.9	0.239
1995	66.9	0.327	29.2	0.248
2000	54.7	0.417	36.9	0.305
2005	52.9	0.416	34.1	0.340
2007	52.6	0.426	31.3	0.337

Fuente: cálculos propios con base en las Estadísticas Vitales de Nacimientos y de Mortalidad; Censos de Población 1990 y 2000; Censo de Población 1995 y 2005 del INEGI; Proyecciones de Población (CONAPO) y Base de Datos de defunciones (Secretaría de Salud).

Conclusiones

La importancia del vínculo teoría e indicadores radica en el potencial de nuevo conocimiento que resulta de esta relación. Teoría e indicadores crean nuevos campos de análisis con un potencial para la acción que abren el paso al seguimiento y a la evaluación de las políticas. Así, una vez abordados los diferentes ángulos de la salud y sus indicadores, podemos señalar que la teoría del desarrollo humano y la sustentabilidad constituyen una plataforma básica, una agenda para la acción que permite sentar las bases para que la salud sea una piedra angular dentro de los derechos y libertades humanas universales en el marco de las oportunidades que la sociedad puede construir en beneficio de todos. Asimismo, es importante señalar que para poder analizar los avances o retrocesos de estos entornos y del logro de las oportunidades sociales es necesario contar con indicadores, como los planteados anteriormente, los cuales permitirán no sólo mostrar la realidad en materia de salud, sino además proporcionaran herramientas claras para la toma de decisiones en beneficio de la aplicación de políticas en materia de salud.

Bibliografía

- Bustelo, P. (1999) *Teorías contemporáneas del desarrollo económico*. Madrid, Editorial Síntesis.
- Consejo Nacional de Población (1995) *Estimación de la población base y proyecciones de 1990-2030*. México, CONAPO.
- (2006) *Proyecciones de la población 2005-2050*. México, CONAPO.
- Gabinete de Desarrollo Humano y Social/Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social de México (2006) *Los objetivos de Desarrollo del Milenio en México: informe de avance 2006*. México, D.F.
- Gutiérrez, E. y E. González (2009) *De las teorías del Desarrollo al Desarrollo sustentable: una historia multidisciplinaria*. México, UANL/SIGLO XXI (en prensa).
- Gutiérrez, E. y E. Picazzo (2009) "La teoría del desarrollo humano y la propuesta del trabajo decente de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)", en Maldonado y Ruíz (comps.) *Capital Humano del Siglo XXI: condiciones y estrategias para su desarrollo*. México, UANL/Tendencias Científicas.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2000) *Indicadores de desarrollo sustentable en México*, México, INEGI.
- (2007) *INEGI y los indicadores de las metas del milenio*, México, INEGI.
- (2008) "Censo General de Población y Vivienda 1990", INEGI, (en línea), México. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10202> (Accesado el 4 de septiembre de 2008).
- (2008) "Censo General de Población y Vivienda 2000", INEGI, (en línea), México. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10202> (Accesado el 4 de septiembre de 2008)
- (2008) "Conteo de Población y Vivienda 1995 y 2005", INEGI, (en línea), México. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10202> (Accesado el 6 de septiembre de 2008).
- (2008) "Sistema de Información de los Objetivos del Desarrollo del Milenio", INEGI, (en línea), México. Disponible en: <http://www.metasdelmilenio.inegi.gob.mx/artus/eis/portalm/sistema.asp> (Accesado el 20 de septiembre de 2008).
- (2008) "Estadísticas vitales: nacimientos", INEGI, (en línea), México. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10208> (Accesado el 3 de octubre de 2008).
- (2008) "Estadísticas vitales: mortalidad", INEGI, (en línea), México. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10208> (Accesado el 7 de octubre de 2008).
- Meadows, D. H., Meadows, D. L., Randers, J. y Behrens, W. W. III. (1972) *The limits of growth. A report for the Club of Rome's Project on the predicament of mankind*. New York: Universe Books. (Traducción al castellano (1993), Los límites del crecimiento. México, Fondo de Cultura Económica).

- Organización de las Naciones Unidas (1992) "Declaración de Río", ONU, (en línea). Disponible en: <http://www.un.org/esa/sustdev/documents/agenda21/spanish/riodeclaration.htm> (Accesado el 9 de julio de 2008).
- (1992) "Agenda 21", ONU, (en línea). Disponible en: <http://www.un.org/esa/sustdev/documents/agenda21/spanish/agenda21sp toc.htm> (Accesado el 9 de julio de 2008).
- (2000) Declaración del Milenio, Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas -A/RES/55/2-, 13 de septiembre de 2000.
- (2000) "Objetivos de la Declaración del Milenio 2000", ONU, (en línea). Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/> (Accesado el 9 de julio de 2008).
- (2007) "Indicators of Sustainable Development: Guidelines and methodologies", ONU, (en línea). Disponible en: <http://www.un.org/esa/sustdev/natinfo/indicators/guidelines.pdf> (Accesado el 3 de noviembre de 2008).
- UNSTATAS (2009) "Indicadores de los Objetivos del Desarrollo del Milenio: portal oficial de la ONU para los indicadores de los ODM", ONU, (en línea). Disponible en: <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Data.aspx> (Accesado el 1 de agosto de 2009).
- Perroux, F. (1991) *LEconomie du XXe Siècle*, Francia, Grenoble, PUG.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (1990) *Informe de Desarrollo Humano 1990*, USA, Nueva York.
- (1994) *Future of the United Nations Development Programme: Initiatives for Change*, Resolución: -PNUD-DP/1994/39-, Ginebra.
- (2002) *Informe de Desarrollo Humano 2002*, USA, Nueva York.
- (2003) *Informe de Desarrollo Humano 2003*, USA, Nueva York.
- (2007) *Informe de Desarrollo Humano 2007-2008*, USA, Nueva York.
- Programa de las Naciones Unidas para México (PNUD/México) (2005) *Informe sobre Desarrollo Humano México 2004*. México, PNUD/México.
- Secretaría de Salud (2008) "Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)", SINAIS, (en línea). Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/> (Accesado el 28 de noviembre de 2008).
- Sistema Nacional de Información en Salud (2008) "Base de datos de defunciones, 1979-2007", SINAIS, (en línea). Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html> (Accesado el 29 de noviembre de 2008).
- Sen, A. (1985) *Commodities and Capabilities*. Oxford, North-Blackwell.
- (1992) *Inequality Reexamined*. Oxford, Clarendon Press.
- Sen, A. y M. Nussbaum (comps.) (1993) *La calidad de vida*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Sen, A. y S. Anand (1994) *Desarrollo humano sostenible: conceptos y prioridades*. PNUD, inédito.
- (1997) *Bienestar, justicia y mercado*. Barcelona, Ediciones Paidós.
- (1999) "La salud en el desarrollo", Ponencia presentada en la 52 *Asamblea Mundial de la Salud- Organización Mundial de la Salud*, el 18 de mayo de 1999 en Ginebra.

- (2000) *Desarrollo y libertad*. Barcelona, Editorial Planeta.
- (2001) *La desigualdad económica*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Sen, A. y J. Drèze (2002) *India: Development and Participation*. Oxford, Oxford University Press.
- (2002) "¿Por qué la equidad en salud?" en *Revista Panamericana de Salud Pública*, mayo/junio, vol. 11, no.5: 302-309.
- Wagstaff, A. y E. Van Doorslaer (1992) "Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Concepts and Definitions" en E. Wagstaff et al. (comp.) *Equality in the finance and delivery of health care an international perspective*. Oxford, University Press.