

Leandro Prados de la Escosura*

EL DESARROLLO HUMANO COMO LIBERTAD POSITIVA: UN PANORAMA MUNDIAL DESDE 1870**

Desde 1870 se han logrado mejoras significativas en el desarrollo humano mundial, con un gran avance entre 1913 y 1970, cuando las regiones en desarrollo acortaron distancias con Occidente. Entre 1920 y 1950, fase de desglobalización económica, tuvieron lugar avances sustanciales en la esperanza de vida y el nivel educativo. El éxito inicial de los experimentos socialistas no logró sostenerse y estos se rezagaron antes de la quiebra del modelo socialista. La educación ha sido la fuerza motriz tras la limitada convergencia de las regiones en desarrollo, mientras que la esperanza de vida solo contribuyó al éxito inicial durante la primera transición sanitaria.

Palabras clave: desigualdad social, indicadores de desarrollo, indicadores socioeconómicos, nivel de vida, OCDE, Latinoamérica.

Clasificación JEL: D31, F02, N00, O40.

1. Introducción

¿Cómo ha evolucionado el bienestar durante el último siglo y medio? ¿Cómo se comparan los países avanzados de Occidente (Europa occidental con sus ramificaciones ultramarinas y Japón) con el resto del mundo en términos de bienestar? ¿Y las sociedades capitalistas y socialistas en las etapas iniciales de su desarrollo? No hay una respuesta fácil a estas

preguntas, pero sus implicaciones políticas tienen un amplio alcance¹.

Habitualmente, los economistas estudian el bienestar en términos de producto interior bruto (PIB) per cápita (Oulton, 2012). Sin embargo, el bienestar puede considerarse un fenómeno multidimensional que no se ve afectado exclusivamente por la disponibilidad de bienes materiales, sino por otros muchos factores,

* Universidad Carlos III. Centre for Economic Policy Research (CEPR) y Center for Competitive Advantage in the Global Economy (CAGE).

** Este ensayo está basado en el Briefing Paper de la CAGE-Chatham House, series nº 12 (febrero, 2014). Traducción de Teresa Prados de la Escosura.

Agradezco los comentarios de Mark Harrison.

¹ En este ensayo Occidente coincide en gran medida, aunque no totalmente, con los países miembros de la OCDE antes de su ampliación en 1994: Europa occidental incluye Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Suecia y Suiza. Tres países miembros han sido excluidos: Luxemburgo e Islandia, por falta de datos, y Turquía que, a fin de reducir la heterogeneidad del grupo de países en términos de desarrollo, es incorporada a Asia. Las «ramificaciones europeas» incluyen Australia, Canadá, Nueva Zelanda y EE UU.

incluyendo la salud, la educación, la representación política, el medioambiente y la seguridad personal. (Fleurbaey, 2009 y Stiglitz *et al.*, 2009).

Existen tres enfoques diferentes acerca del bienestar: el de la economía del bienestar, que pondera las distintas dimensiones no monetarias de la calidad de vida; el del bienestar subjetivo, que se centra en la satisfacción vital, y el de las capacidades, que hace depender el bienestar de una combinación de actuaciones o logros y de capacidades (esto es, la libertad de elegir entre formas de actuar alternativas).

Estudios recientes muestran una estrecha relación entre satisfacción vital y el PIB per cápita. Sin embargo, como la percepción de la felicidad ha tendido a asociarse con un creciente nivel de ingresos a lo largo del tiempo, los promedios nacionales de satisfacción vital solo proporcionan una medida comparativa útil desde el punto de vista espacial, no temporal. Además, la satisfacción vital no está estrechamente correlacionada con medidas objetivas de salud como, por ejemplo, la esperanza de vida (Deaton, 2008).

En este ensayo se ha preferido el enfoque de las «capacidades» para estudiar el bienestar a largo plazo, que percibe el desarrollo como un proceso de expansión de la libertad. El desarrollo humano, un concepto originado en el enfoque de las capacidades, fue definido como «un proceso de extensión de la capacidad de elección de las personas» (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, 1990), esto es, disfrutar de una vida saludable, adquirir conocimientos y alcanzar un nivel de vida digno. Estos logros aportan a los individuos la libertad de elegir y la oportunidad de «llevar una vida que tienen razones para valorar» (Sen, 1997). Por lo tanto, el desarrollo humano podría ser descrito como libertad positiva (Desai, 1991).

Así pues, las respuestas que se proponen para las preguntas inicialmente planteadas se sustentan en un nuevo Índice histórico de desarrollo humano (IHHD) (Prados de la Escosura, 2015). El período de tiempo abarcado se extiende desde 1870 hasta 2007. En 1870, Europa occidental y los países de población europea

empezaban a experimentar mejoras a gran escala en su salud, debido a la difusión de la teoría microbiana de la enfermedad (Preston, 1975 y Riley, 2001), mientras la educación primaria comenzaba a generalizarse (Benavot y Riddle, 1988 y Lindert, 2004). Por su parte, el año 2007 marca el inicio de la gran recesión.

¿Cómo se mide el desarrollo humano?

El Índice de desarrollo humano (IDH), publicado por el PNUD, consta de tres dimensiones: una vida saludable, el acceso al conocimiento y otros aspectos del bienestar. Para su construcción emplea formas reducidas de estas dimensiones, específicamente la esperanza de vida al nacer en representación de una vida saludable; medidas del nivel educativo (alfabetización y escolarización), como indicadores de acceso al conocimiento; y el coeficiente de la renta per cápita como sustituto de otros aspectos del bienestar no directamente relacionados con la salud o la educación (Anand y Sen, 2000 y PNUD, 2001). Estas dimensiones se combinan mediante una media geométrica a fin de obtener una medida sintética (PNUD, 2010), dado que todas las dimensiones son consideradas indispensables y se les asigna ponderaciones iguales.

Es importante cómo se mide el progreso en las dimensiones del desarrollo humano. A menudo se utilizan los valores originales de las variables sociales (esperanza de vida, estatura o alfabetismo) (Accemoglu y Johnson, 2007; Hatton y Bray, 2010 y Lindert, 2004), o su transformación lineal (PNUD, 2010). Esto provoca problemas de medición al tratarse de variables que tienen límites asintóticos. Un ejemplo sería la esperanza de vida. Consideremos dos aumentos: uno, de 30 a 40 años y otro de 70 a 80 años. Estos aumentos son idénticos en términos absolutos, pero el segundo es menor en proporción al nivel inicial. Cuando se utilizan valores originales (o transformados linealmente, como ocurre en el caso del IDH del PNUD), cambios idénticos en términos absolutos dan como resultado un menor avance para el país con el nivel inicial más

elevado, favoreciendo al país con el nivel inicial inferior (Sen, 1981 y Kakwani, 1993).

Las limitaciones de las medidas lineales se vuelven más evidentes si se toma en cuenta la mejora en calidad. La esperanza de vida al nacer junto con las tasas de alfabetismo y escolarización, son solo burdas aproximaciones a los verdaderos objetivos del desarrollo humano: una vida larga y saludable, y el acceso al conocimiento. La investigación durante las dos últimas décadas revela que la esperanza de vida con buena salud aumenta en consonancia con la esperanza de vida al nacer, y mientras la esperanza de vida al nacer crece, la enfermedad disminuye en cada tramo de edad (Salomon *et al.*, 2012). De manera similar, la calidad de la educación, medida en términos de destrezas cognitivas, crece a medida que lo hace la cantidad de educación —tasas de alfabetización y escolarización— (Hanushek y Kimko, 2000 y Altinok *et al.*, 2013). En definitiva, más años de vida y de educación durante la infancia y la adolescencia implican una mayor calidad de salud y educación, tanto en el espacio como en el tiempo.

En este ensayo se emplea un índice histórico del desarrollo humano como alternativa al IDH convencional del PNUD, en el que las variables sociales (salud y educación) son transformadas de manera no lineal, en lugar de linealmente como en el IDH, con objeto de reconocer dos hechos singulares: que aumentos absolutos idénticos representan logros mayores cuanto más elevado sea el nivel en el que ocurren; y que la calidad de los logros está asociada con los aumentos en la cantidad (Prados de la Escosura, 2013a y 2015).

Una importante objeción a cualquier índice de desarrollo humano deriva del hecho de que, en el enfoque de las capacidades, las formas de actuar están directamente relacionadas con la vida que las personas efectivamente llevan, es decir, con sus logros; mientras que las capacidades, o la aptitud de lograr, están conectadas con la libertad que las personas tienen de elegir el tipo de vida que desean desarrollar (Sen, 1985, 1987).

Esto significa que mientras que el IDH incluye los logros —en salud, acceso al conocimiento, etcétera—, no hay referencia a la libertad de elegir formas de actuar. No obstante, sin posibilidad de gestionar, es decir, sin la capacidad de perseguir los objetivos que una persona valora y sin libertad, el índice solo constituye una medida de satisfacción de necesidades básicas y no alcanza a representar, siquiera de forma reducida, el concepto del desarrollo humano (Ivanov y Peleah, 2010).

2. ¿Cómo ha evolucionado el desarrollo humano mundial en este largo período?

El desarrollo humano mundial muestra una tendencia ascendente, multiplicándose por seis entre 1870 y 2007, a un ritmo de 1,3 por 100 al año, como muestra el Gráfico 1. Existe, no obstante, un significativo margen para mejorar. Si empleamos la distinción habitual entre el nivel bajo (<0,5), medio (0,5-0,8) y alto (>0,8) de los Informes del PNUD, el desarrollo humano en el mundo en 2007 estaba todavía por debajo del nivel medio.

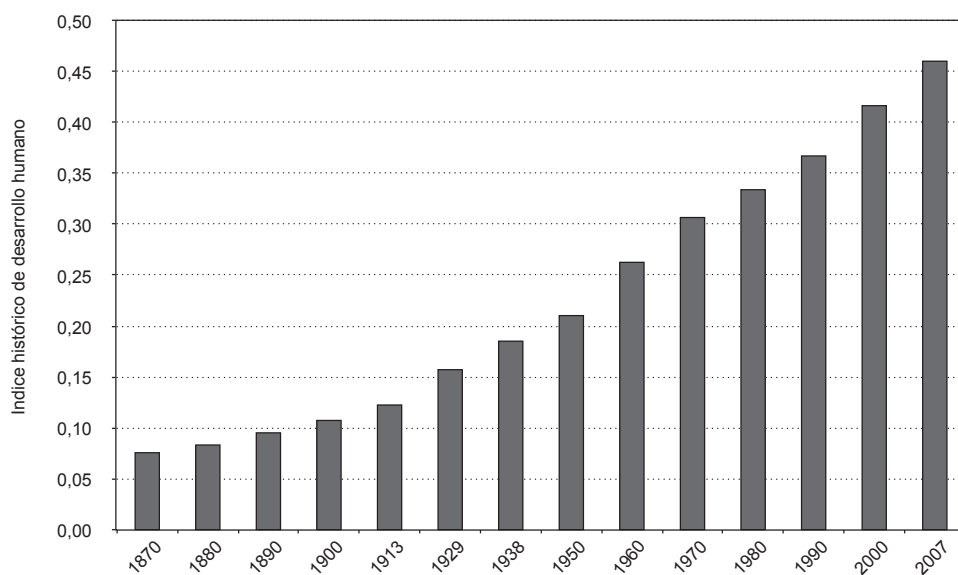
Pueden distinguirse distintas etapas en su evolución: una primera, de gradual y moderado progreso, hasta 1913; una segunda, de aceleración, durante el período 1913 a 1970, a excepción de la Segunda Guerra Mundial; y una tercera, a partir de 1970, de desaceleración, en la que tendría lugar, sin embargo, una fase de expansión entre 1990 y 2007.

La mejora en el desarrollo humano global fue acompañada de una distribución más equilibrada entre países, como señala el Gráfico 2. Si todos los países reciben la misma ponderación, la desigualdad internacional del desarrollo humano cayó entre 1913 y 1990. El coeficiente de Gini bajó de 0,52 a 0,26. Si los países son ponderados de acuerdo a su población, el proceso de reducción de la desigualdad habría continuado hasta 2007, pasando el índice de Gini de 0,46 a 0,22.

El Gráfico 3 muestra que las tendencias del desarrollo humano no coinciden con las del PIB real per cápita (Maddison, 2010). Las etapas de globalización económica tienen un impacto mayor en el crecimiento de la

GRÁFICO 1

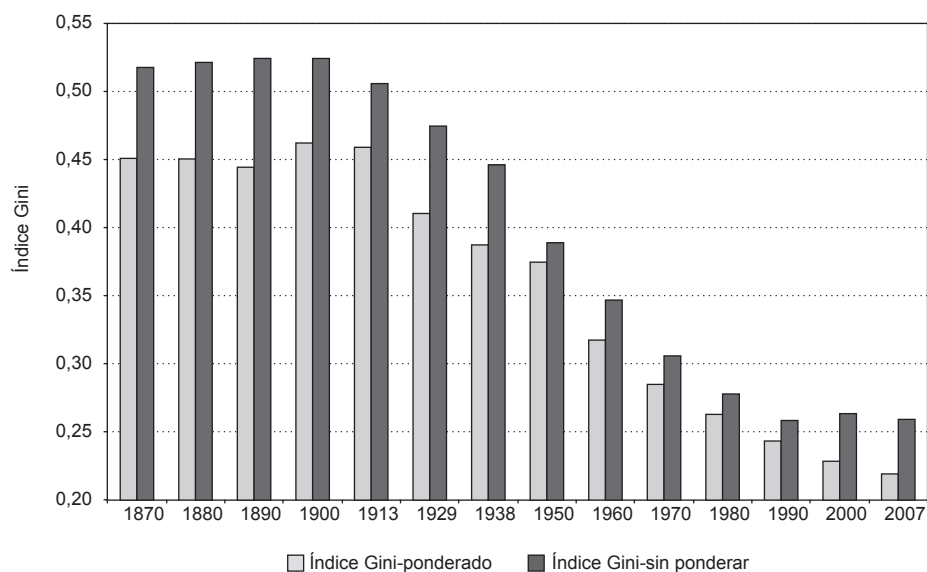
EL DESARROLLO HUMANO MUNDIAL, 1870-2007



FUENTE: Prados de la Escosura (2015).

GRÁFICO 2

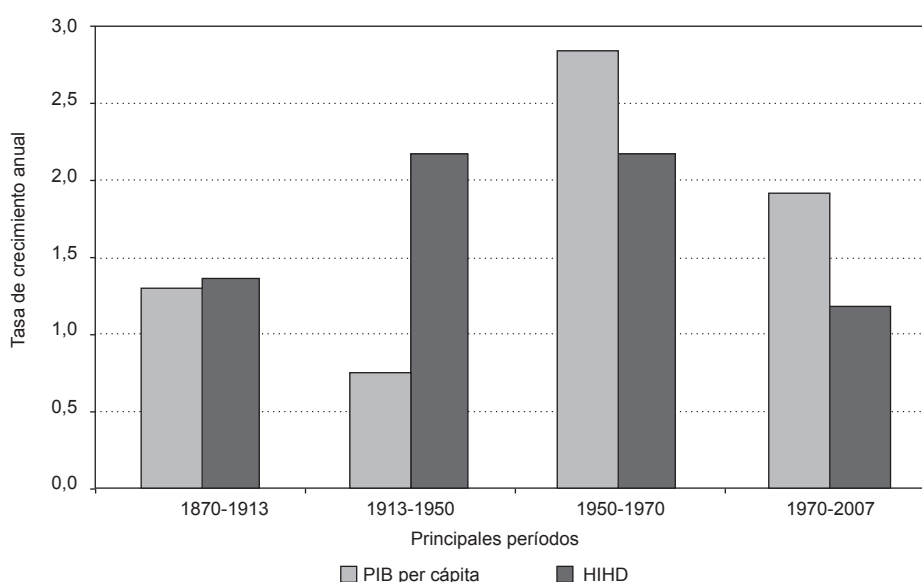
DESIGUALDAD INTERNACIONAL EN EL DESARROLLO HUMANO MUNDIAL, 1870-2007
(Índice de Gini ponderado por la población y sin ponderar)



FUENTE: Prados de la Escosura mimeo

GRÁFICO 3

**TASAS DE CRECIMIENTO ANUAL DEL DESARROLLO HUMANO*
Y EL PIB PER CÁPITA MUNDIALES, 1870-2007**
(En %)



NOTA: *Excluido el ingreso por habitante.

FUENTE: Prados de la Escosura (2013a).

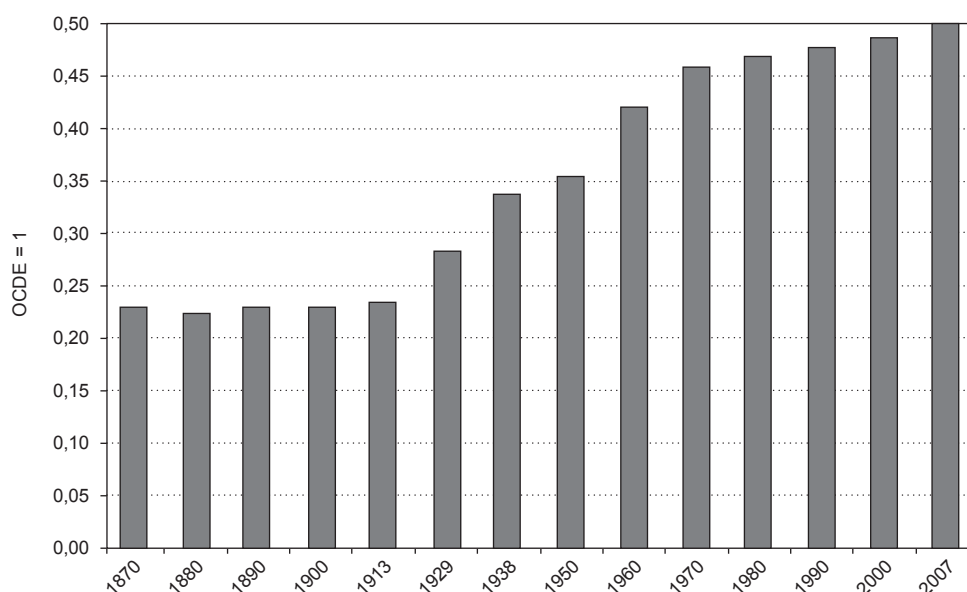
renta per cápita (Lindert y Williamson, 2003) que en el progreso del desarrollo humano.

Aunque el progreso inicial a gran escala en la salud puede remontarse al final del Siglo XIX, con la difusión de la teoría microbiana de la enfermedad (Riley, 2001) y con el avance significativo de la educación primaria (Benavot y Riddle, 1988), la mejora de las dimensiones del desarrollo humano no coincide con el avance económico que resulta de la globalización y de la industrialización. A finales del Siglo XIX, por ejemplo, el avance del desarrollo humano fue aparentemente frenado por el impacto negativo de la urbanización en la esperanza de vida y la ausencia de políticas públicas en educación y salud (Easterlin, 1999 y Lindert, 2004).

Sin embargo, durante la interrupción de la globalización entre la Primera y la Segunda Guerra Mundial,

fue cuando surgieron claras discrepancias. Mientras el PIB real per cápita se estancó o disminuyó a medida que los mercados mundiales de productos y factores se desintegraron, las nuevas ideas acerca de las prácticas sanitarias y educativas se difundieron a lo largo del mundo, y el desarrollo humano progresó de forma constante. En el caso de Gran Bretaña, se ha afirmado que la extensión de los servicios sociales y la ayuda pública explican la paradoja (Sen, 1999). No obstante, se requiere una explicación global, dado que fue un fenómeno universal que afectó también a países donde la protección social pública no se extendió. Solo desde 1950 el desarrollo humano ha avanzado de la mano del crecimiento económico, aunque a un ritmo menor que en la Edad de oro (1950-1973) y, de nuevo, desde 2000 en adelante.

GRÁFICO 4
DESARROLLO HUMANO RELATIVO EN EL RESTO DEL MUNDO, 1870-2007



FUENTE: Prados de la Escosura (2015).

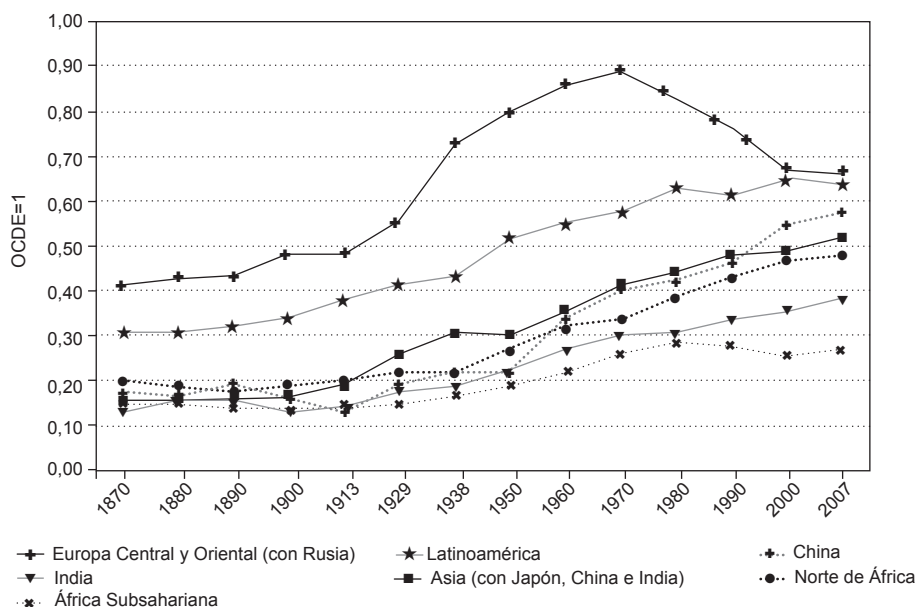
El descubrimiento de que el crecimiento económico y el desarrollo humano no están correlacionados durante amplios períodos de tiempo puede arrojar luz sobre controversias actuales. Amartya Sen y Jagdish Baghwati han debatido si la política económica en la India debería tener objetivos múltiples, o si debería dar prioridad exclusivamente al crecimiento económico, con el argumento de que este promoverá el acceso a una mejor salud, una vida más larga, mejores competencias y un mayor conocimiento². Es posible, así, señalar que en determinadas condiciones se requieren políticas públicas en el campo de la salud y de la educación a fin de aprovechar plenamente el potencial del crecimiento económico para el desarrollo humano.

² Véase el debate entre ambos autores en el *New York Times* de 21 de agosto de 2013.

3. ¿Han aumentado las diferencias entre Occidente y el resto del mundo?

¿Cómo han evolucionado las diferencias entre Occidente y el resto del mundo, a lo largo del tiempo, y en qué medida las diferentes regiones del mundo han acortado distancias con Occidente? En comparación con Occidente, el resto del mundo mostró estabilidad hasta 1913, un comportamiento notable entre 1914 y 1970, en el que aparecen claros indicios de acortar distancias —excepto durante la Segunda Guerra Mundial— y un debilitamiento posterior. Como figura en el Gráfico 4, su convergencia con Occidente se desaceleró bruscamente a partir de 1970, y en 2007 el desarrollo humano del resto del mundo solo representaba el 50 por 100 del nivel de Occidente.

GRÁFICO 5
DESARROLLO HUMANO RELATIVO EN LAS REGIONES DEL MUNDO, 1870-2007



FUENTE: Prados de la Escosura (2013a).

Una percepción más precisa del desarrollo humano mundial resulta de comparar el comportamiento regional, que muestra una amplia varianza en el comportamiento de las diversas regiones, según confirma el Gráfico 5. Así, Latinoamérica estuvo acortando distancias con los países de la OCDE hasta 1980 aunque, sin embargo, lo hizo de manera más intensa durante la primera mitad del Siglo XX. En África tuvo lugar una mejora sostenida y una reducción de distancias entre 1920 y 1970, pero desde 1980 se ha desacelerado en el norte de África y cesado completamente en el África subsahariana. En Asia, partiendo de bajos niveles, el desarrollo humano mejoró considerablemente hasta 1970 y de nuevo mejoró con el cambio de siglo, impulsado por el progreso de China e India. Desde 1970, Europa central y oriental y el norte de África han convergido con Latinoamérica, mientras que Asia y el norte de África han reducido distancias y el África subsahariana se ha rezagado.

En 2007 los niveles de desarrollo humano en Europa central y oriental (Rusia incluida) y en Latinoamérica coincidían con los de la OCDE a finales de los años sesenta. Mientras tanto, China e India alcanzaron el nivel de la OCDE de 1960 y 1929, respectivamente, y el resto de Asia el de 1950, excluyendo Japón. Los países del norte de África alcanzaron el nivel de Occidente en 1938, pero el África subsahariana solo logró llegar al nivel de 1890. En síntesis, en 2007, el desarrollo humano del resto del mundo alcanzó el nivel de Occidente en 1950, mientras que en términos de renta per cápita solo llegó al de la OCDE en 1938.

4. ¿Importan los sistemas sociales para el desarrollo humano?

Se ha sugerido que las sociedades socialistas tienen una ventaja sobre las capitalistas para elevar el bienestar

humano desde niveles bajos de renta per cápita, pero ¿apoya este punto de vista la evidencia acerca del desarrollo humano?

El caso de la Unión Soviética es instructivo. Logró mejoras significativas en su desarrollo humano entre los años veinte y sesenta, que supusieron un impresionante período de convergencia con respecto a la OCDE. Sin embargo, desde finales de la década de 1960, tuvo lugar un estancamiento y, como consecuencia, un empeoramiento de su posición relativa hasta el año 2000. En las sociedades de Europa central y oriental también se pudieron observar logros significativos en la salud y en la educación en los años cincuenta, que se desaceleraron en las décadas de 1960 y 1970, y desde entonces, de forma brusca, hasta fin de siglo.

El éxito de la Unión Soviética al elevar la esperanza de vida y extender la educación de sus habitantes durante las décadas centrales del Siglo XX, proporcionó un modelo atractivo para las naciones de Asia y de África, que alcanzaron la independencia tras la Segunda Guerra Mundial, y que se enfrentaron al desafío de cubrir las necesidades básicas. (Collier y O'Connell, 2008 y Ivanov y Peleah, 2010).

En China, el desarrollo humano mejoró de manera significativa durante la primera mitad del Siglo XX y se aceleró después de la revolución, hasta finales de los años cincuenta. Progresó de nuevo significativamente a partir de 1990, una vez que fueron introducidas reformas económicas promercado. No obstante, las experiencias de ingeniería social de China, durante el «Gran salto adelante» y la Revolución Cultural, y las de Camboya bajo los Jemeres Rojos, resultaron desastrosas para el desarrollo humano. En Indochina, estas mejoras tuvieron que esperar hasta finales del Siglo XX, una vez tuvo lugar la liberalización económica. De hecho, Vietnam, Laos y Camboya solo alcanzaron el promedio de desarrollo humano en Asia oriental después de 1990.

Angola, Benín, Congo, Etiopía y Mozambique aportan evidencias acerca de los experimentos socialistas en África subsahariana, y todos ellos fracasaron en términos de desarrollo humano. Las distorsiones políticas y

económicas, particularmente aquellas asociadas con el rechazo de la asignación de recursos mediante el mercado, parecen inversamente relacionadas con el progreso del desarrollo humano (Prados de la Escosura, 2013b).

Cuba, el único experimento socialista en América, logró un éxito notable tras la revolución de 1959, impulsado exclusivamente por las dimensiones sociales del desarrollo humano. En general, cabe concluir que, salvo excepciones, el experimento socialista no ha proporcionado un mayor desarrollo humano a los países emergentes que el capitalismo. Además, en los países socialistas, las restricciones a la elección individual —tales como la colectivización, la industrialización forzosa y la represión política ilustran— perjudicaron seriamente la capacidad de gestión individual y coartaron la libertad. Sin esto último, el progreso en términos de salud y educación constituye una contribución para satisfacer las necesidades básicas, más que al desarrollo humano en sí mismo (Ivanov y Peleah, 2010).

Desde 1950, el desarrollo humano ha estado correlacionado con la democratización (Vanhanen, 2011), asociación que se ve fortalecida a medida que los niveles ascienden, como se puede ver en el Gráfico 6.

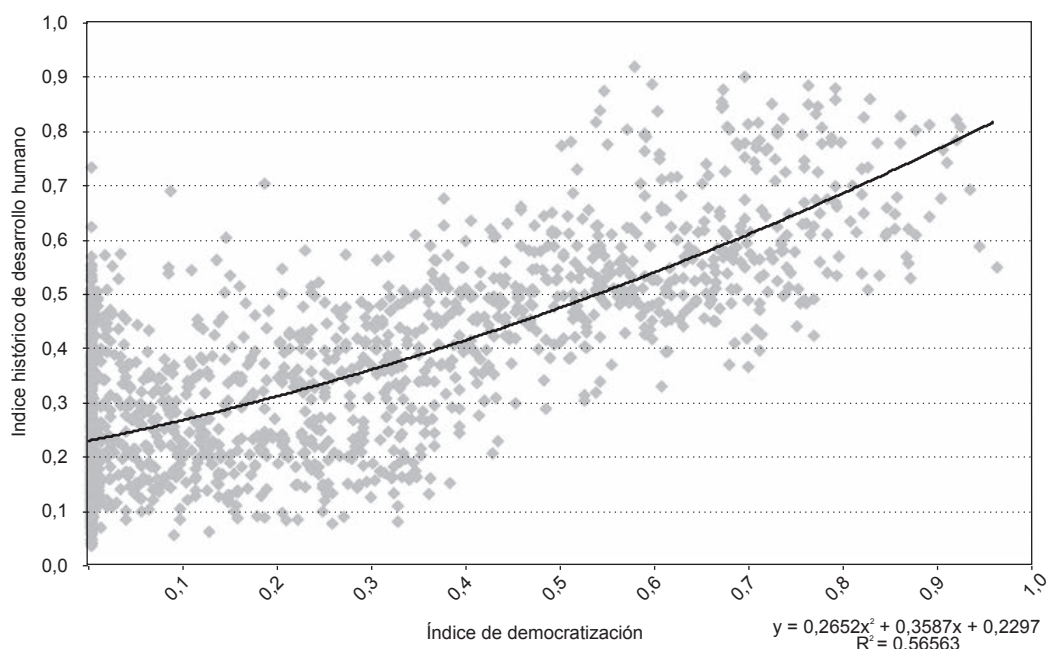
5. ¿Qué factores impulsan el avance del desarrollo humano?

Las dimensiones sociales impulsaron la mejora del desarrollo humano a largo plazo, con la esperanza de vida como fuerza motriz durante los años veinte y cuarenta, y con la educación durante las décadas de 1930, 1950 y 1990 (Gráfico 7). Se observa el progreso sostenido de los índices de esperanza de vida al nacer y de educación en las distintas regiones del mundo, con tan solo las excepciones del estancamiento en Europa central y oriental a partir de los años sesenta y en África subsahariana de los años ochenta en adelante.

La investigación ha identificado varias claves para la mejora de la salud. Una de ellas es el crecimiento económico, que incluso sin avances en la tecnología médica, ha mejorado la nutrición, fortalecido el sistema

GRÁFICO 6

DESARROLLO HUMANO Y DEMOCRATIZACIÓN EN EL MUNDO, 1950-2007



FUENTE: Prados de la Escosura (2013a) y Vanhanen (2010).

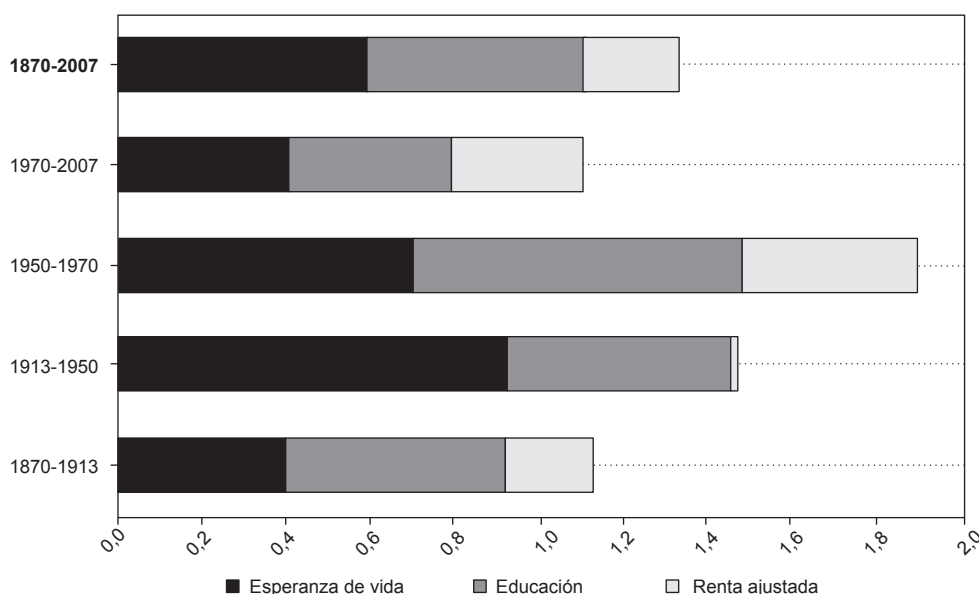
inmunológico y reducido la morbilidad (Stolnitz, 1955 y Fogel, 2004), así como ha aumentado los recursos para la prestación pública de servicios de salud (Loudon, 2000 y Cutler y Miller, 2005).

El cambio tecnológico, sin embargo, ha sido el principal responsable del aumento sostenido de la esperanza de vida desde finales del Siglo XIX (Riley, 2005 y Cutler *et al.*, 2006). Los avances tecnológicos pueden agruparse en dos transiciones de salud. La primera transición está asociada a la difusión de la teoría microbiana de la enfermedad desde la década de 1880 (Preston, 1975): la introducción de nuevas vacunas (desde 1890) y los medicamentos para curar enfermedades infecciosas (las sulfamidas desde finales de los años treinta y los antibióticos a partir de 1950) (Easterlin, 1999 y Jayachandran *et al.*, 2010). El

resultado fue la reducción de la mortalidad, en particular durante los primeros años de vida.

La segunda transición en términos de salud ha supuesto una caída de la mortalidad en las personas de mayor edad, como resultado de un mejor tratamiento de las enfermedades respiratorias y cardiovasculares y de una mejor nutrición en la infancia y adolescencia (Eggleston y Fuchs, 2012 y Deaton, 2013). Esta segunda transición es la responsable de las mejoras sostenidas en la esperanza de vida al nacer y del aumento del número de años de buena salud a finales del Siglo XX y principios del XXI. Efectivamente, la difusión de las nuevas tecnologías médicas ha dado como resultado no solo una vida más longeva, sino también el aumento de los años de vida con buena salud (Mathers *et al.*, 2001).

GRÁFICO 7

EL DESARROLLO HUMANO MUNDIAL: DISTRIBUCIÓN DE SU CRECIMIENTO, 1870-2007
 (En %)


FUENTE: Prados de la Escosura (2015).

En Occidente, las mejoras en la esperanza de vida asociadas con la segunda transición, han impulsado desde 1970 el avance en el desarrollo humano, como enfatiza el Gráfico 8. En el resto del mundo, el papel de la esperanza de vida fue crucial en su progreso durante 1913-1970, cuando durante la primera transición, las enfermedades infecciosas dieron paso a las crónicas. Desde las últimas décadas del Siglo XX, sin embargo, la mejora en la esperanza de vida ha experimentado una desaceleración.

A menudo se ha considerado que durante la etapa del capitalismo regulado, el éxito de Occidente en términos de desarrollo humano se debió, en gran medida, a la intervención pública, ya que los mercados no habrían contribuido al control de la transmisión de enfermedades, ni promovido la vacunación ni estimulado

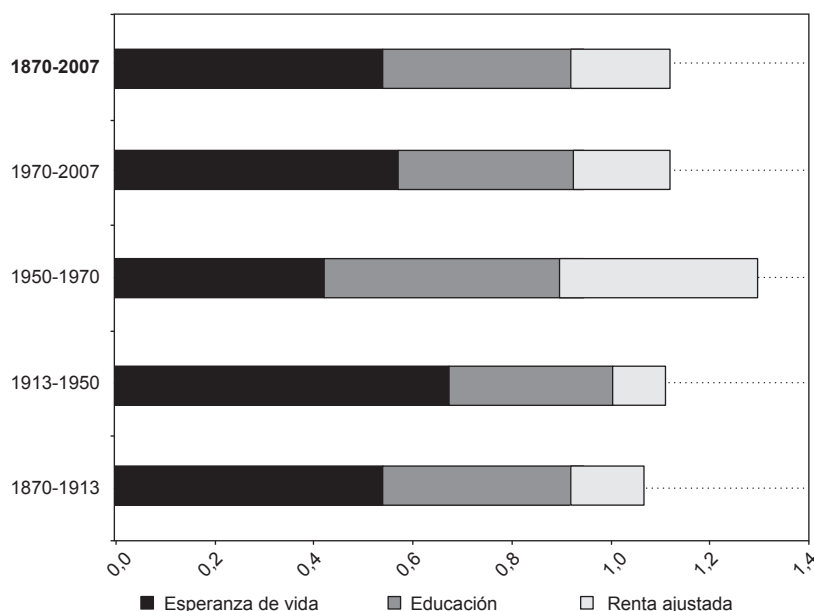
la investigación médica (Easterlin, 1999). Pero, ¿ha desempeñado la intervención del Gobierno y, en particular, la expansión del gasto social, un papel significativo en los logros del bienestar de Occidente? La evidencia disponible sugiere que existe una relación positiva y no lineal entre la expansión de la protección social y la mejora del desarrollo humano en los países de la OCDE, si bien el aumento del gasto social explica solo en parte el avance del desarrollo humano.

6. ¿Por qué el resto del mundo no ha superado totalmente el atraso?

La reducción de distancias —medidas por la diferencia de tasas de crecimiento del desarrollo humano— entre el resto del mundo y Occidente, estuvo

GRÁFICO 8

EL DESARROLLO HUMANO EN OCCIDENTE: DISTRIBUCIÓN DE SU CRECIMIENTO, 1870-2007
(En %)

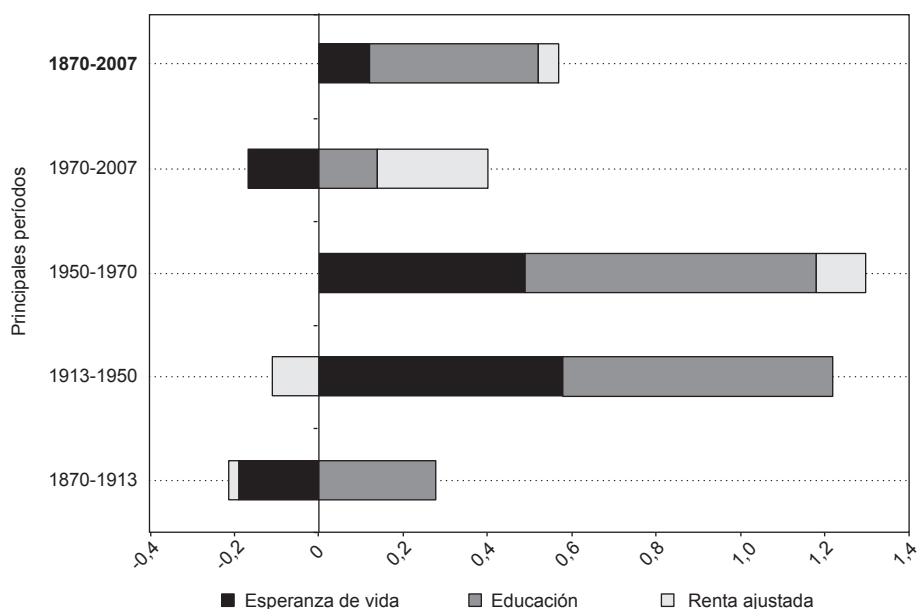


FUENTE: Prados de la Escosura (2015).

concentrada entre 1913 y 1970. Más precisamente, una gran parte tuvo lugar antes de 1950 cuando una considerable proporción del resto del mundo permanecía aún bajo dominio colonial (Gráfico 9). La educación resulta ser la principal dimensión tras el progreso y la convergencia del desarrollo humano, mientras que, desde 1970, la esperanza de vida ha desempeñado un papel negativo en la débil convergencia del resto del mundo. Estos resultados tienden a apoyar la opinión de que, inicialmente, las nuevas tecnologías médicas aumentan las desigualdades de salud entre los países, dado que se introducen antes y de manera más intensa en los países desarrollados (Cutler *et al.*, 2006). Solo a partir de 2000 la renta per cápita aporta la principal contribución a la convergencia del resto del mundo.

El contraste entre la OCDE y el resto del mundo resulta más claro cuando el proceso de convergencia y el papel desempeñado por las dimensiones del desarrollo humano se consideran a escala regional. En Europa central y oriental la mayor parte de la reducción de distancias tuvo lugar entre 1920 y principios de la década de 1960. La educación constituyó la fuerza motriz, excepto en los años 1920 y 1940 cuando lo fue la esperanza de vida. En la Unión Soviética, la expansión de la asistencia sanitaria tuvo un particular éxito en la lucha contra las enfermedades infecciosas y la mortalidad infantil (Brainerd y Cutler, 2005 y Brainerd, 2010a), y hacia mediados de los años sesenta la esperanza de vida al nacer había convergido con la de Europa occidental (Mazur, 1969). A partir de 1965, sin embargo, la esperanza de vida cayó como resultado del descenso de la longevidad adulta masculina

GRÁFICO 9

ACORTANDO DISTANCIAS EN EL RESTO DEL MUNDO CON RESPECTO A OCCIDENTE, 1870-2007
(En %)

FUENTE: Prados de la Escosura (2015).

atribuible, en gran medida, a las enfermedades cardiovasculares y a las muertes por accidente, suicidio y alcoholismo (Dutton, 1979). El aumento de la mortalidad infantil desde 1970 reforzó esta tendencia descendente. En el resto de las economías de Europa central y oriental, la esperanza de vida también se estancó desde mediados de los años sesenta.

El fin del socialismo en Europa central y oriental y la desintegración de la Unión Soviética trajo consigo un nuevo declive en la esperanza de vida (Brainerd y Cutler, 2005 y Brainerd 2010b). Sin embargo, en Europa central y oriental, la esperanza de vida se recuperó rápidamente y comenzó a ascender desde mediados de los años noventa, especialmente en la República Checa, Polonia y Hungría (Stillman, 2006 y Brainerd, 2010b). En la antigua Unión Soviética, el consumo de alcohol

y el estrés resultante de la transición a la economía de mercado —derivado del desempleo y la desigualdad—, junto con el deterioro de la dieta, la salud y la privación material, fueron responsables del aumento de la tasa de mortalidad y de la persistencia del declive en la esperanza de vida (Shkolnikov *et al.*, 2001; Brainerd y Cutler, 2005 y Brainerd, 2010b).

En Latinoamérica ha tenido lugar un progreso moderado pero sostenido del desarrollo humano, en el que hubo una reducción de distancias con respecto a Occidente entre 1880 y 1980. La educación ha sido la principal dimensión en este avance, especialmente durante la segunda mitad del Siglo XX. El aumento de la esperanza de vida fue especialmente notorio a principios del siglo pasado, sobre todo en la década de 1940. Esto se debió fundamentalmente a medidas de sanidad

pública de bajo coste y a la difusión de prácticas higiénicas, que desempeñaron un papel crucial en la erradicación de enfermedades contagiosas (Riley, 2001, 2005). Sin embargo, en esta región, el tratamiento de las enfermedades infecciosas con sulfamidas y antibióticos, así como la vacunación contra la tuberculosis, permanecieron en gran medida inaccesibles a la población de bajos ingresos. En Jamaica, por ejemplo, la tasa de mortalidad descendió a finales de los años veinte y en los treinta, mientras que el PIB per cápita se mantuvo prácticamente estancado (Riley, 2001). Cuba representa un paradigma de declive en las tasas de mortalidad a largo plazo, que ha sido atribuido a la innovación de la sanidad pública (Díaz-Briquets, 1981; McGuire y Frankel, 2005 y Ward y Devereux, 2012), al margen del pobre comportamiento de la economía.

Durante el último siglo ha tenido lugar un progreso significativo del desarrollo humano en Asia, si bien con una gran diversidad regional. La reducción de distancias de China con Occidente fue particularmente impresionante: logró una intensidad especial durante los periodos de entreguerras y en la posguerra, liderado por la educación (entre 1929 y 1960) y por la esperanza de vida (de 1913 a 1929, y después, nuevamente, en la década de 1960). Desde que comenzaron las reformas promercado, a finales de los años setenta, la dimensión de la renta ha dominado el progreso del desarrollo humano, mientras que la desaceleración en la mejora de la salud, particularmente el declive de la mortalidad infantil, podría ser consecuencia de las nuevas políticas económicas que han reasignado los recursos a fin de generar crecimiento (Dréze y Sen, 2002 y Cutler *et al.*, 2006).

También India ha experimentado un periodo de reducción de distancias con Occidente, especialmente en los años veinte y, de nuevo, en los años cuarenta y cincuenta. La educación aportó la principal contribución a largo plazo, si bien la esperanza de vida impulsó el progreso durante la primera mitad del Siglo XX. Las mejoras higiénicas, la asistencia médica y la prevención de las hambrunas contribuyeron a la reducción del impacto de enfermedades infecciosas como

la malaria, la viruela y el cólera (McAlpin, 1983 y Roy, 2006). Estos logros son especialmente significativos porque ocurrieron en una fase en la que el ingreso real per cápita se hallaba estancado (Roy, 2006 y Maddison, 2010) y, además, India se encontraba bajo dominio colonial. En las últimas tres décadas, la dimensión del ingreso per cápita ha desempeñado un papel fundamental en el avance del desarrollo humano, junto a la educación. Sin embargo, la tasa de mortalidad infantil ha caído más lentamente, hecho que ha sido asociado, como en el caso de China, al impacto de las reformas promercado (Dréze y Sen, 2002).

En el resto de Asia —excluido Japón— se aprecia una reducción de distancias con Occidente desde 1913, especialmente hasta 1938 y tras la Segunda Guerra Mundial. Las mejoras en la educación y en la salud contribuyeron conjuntamente al progreso del desarrollo humano; como en el caso de India, donde se alcanzaron avances significativos en la salud antes de la independencia. Así, en los años veinte, las políticas públicas sanitarias contribuyeron a reducir las tasas de mortalidad derivadas de la viruela, el cólera y la peste en Indonesia, Filipinas y Taiwán (Preston, 1975).

En África la evolución del desarrollo humano fue muy diferente al norte y al sur del Sáhara. En el norte de África el desarrollo humano progresó constantemente a partir de una mejora en la esperanza de vida y en la educación, que permitieron logros significativos en el acercamiento a Occidente durante el Siglo XX, especialmente en sus décadas centrales, y en los años setenta. Al sur del Sáhara el periodo de 1913-1980 fue también de avance del desarrollo humano y de reducción de distancias; sin embargo, la esperanza de vida solo fue su fuerza motriz en los años treinta y cuarenta. Tras el colapso del crecimiento del PIB per cápita en el último cuarto del Siglo XX, la educación fue el impulsor principal del progreso. En general, el desarrollo humano avanzó débilmente y la región quedó rezagada debido a múltiples factores: el estancamiento de la esperanza de vida como resultado de la propagación del sida y la persistencia de la malaria, la ausencia de crecimiento y la deceleración de la expansión educativa,

resultado, a su vez, de la inestabilidad política, las guerras civiles y las políticas económicas erróneas (Collier, 2000 y Collier y O'Connell, 2008). Durante el auge del desarrollo humano a comienzos del Siglo XXI, la educación ha permanecido como la fuerza principal, respaldada por la recuperación de la actividad económica y, en menor medida, por la esperanza de vida.

7. Conclusiones

Durante el último siglo y medio han tenido lugar mejoras significativas aunque incompletas en el desarrollo humano mundial, si bien es entre la Primera Guerra Mundial y 1970 cuando el bienestar mejoró significativamente de manera global. Entre 1920 y 1950, en un momento de reversión del proceso de globalización económica, tuvo lugar en todas las regiones un avance generalizado en la esperanza de vida y en la educación, y por consiguiente en el desarrollo humano.

Del balance presentado surgen algunos interrogantes. ¿Por qué durante largos períodos de tiempo las tendencias en el PIB per cápita y en el desarrollo humano no se corresponden, cuando los aumentos de la renta per cápita contribuyen, sin duda, a una mejor nutrición, salud y educación? ¿puede residir la explicación en las políticas públicas —escolarización y sanidad, auge del estado del bienestar— o, bien, en el hecho de que la tecnología médica suponga un bien público?

La elección del sistema económico y social tuvo una influencia que dista de ser insignificante en el desarrollo humano de todos los países. Los modelos socialista y capitalista implicaron distintas políticas sanitarias y educativas, así como políticas económicas diferentes. Pese a su éxito inicial como proveedores de necesidades básicas, los países que realizaron experimentos socialistas fracasaron en mantener el impulso inicial y, salvo el caso de Cuba, se estancaron y quedaron rezagados respecto a Occidente mucho antes del colapso del socialismo. Además, al igual que en otros experimentos totalitarios, la supresión de la libertad impidió logros efectivos en términos de desarrollo humano.

Las últimas cuatro décadas han presenciado una ampliación en la brecha absoluta entre Occidente y el resto del mundo. Sin embargo, esto oculta una amplia variedad de comportamientos regionales. Existen signos tangibles de progreso y reducción de distancias con respecto a Occidente en grandes áreas de Asia y del norte de África y, en menor medida, de Latinoamérica; mientras que paralelamente ha tenido lugar el colapso y el retraso de los antiguos países socialistas en Europa, así como prácticamente en el conjunto del África subsahariana.

Las diferencias en la evolución de las distintas dimensiones del desarrollo humano ayudan a explicar tanto la diferencia entre Occidente y el resto del mundo, como el hecho de la dispersión de comportamientos en las regiones del resto del mundo. La esperanza de vida es el elemento clave en el Occidente avanzado, no solo por la mayor longevidad que disfruta su población, sino por la calidad de vida más elevada a la que está asociada. Contrariamente, en el resto del mundo, la esperanza de vida solo desempeñó un destacado papel en la mejora del desarrollo humano y en el acortamiento de distancias con Occidente hasta mediados del Siglo XX. Al completarse la transición demográfica y la primera transición en términos de salud, su papel dinámico se difuminó. Una segunda oleada de avances en la esperanza de vida, comparable a los de Occidente, aún no ha tenido lugar. La educación, por su parte, ha sido la principal responsable del progreso del desarrollo humano durante las últimas cuatro décadas, mientras que la dimensión de la renta por habitante desempeñó un papel decisivo en el proceso de reducción de distancias con Occidente: positivo en China e India, y negativo en África subsahariana, Rusia y los antiguos países socialistas de Europa central y oriental.

En este proceso evolutivo surgen nuevas preguntas ¿Por qué dejó la esperanza de vida de ser la fuerza motriz del desarrollo humano mundial cuando se completó el primer cambio? ¿Por qué no se ha iniciado una segunda transición en el resto del mundo que emule a la que está en curso en Occidente? ¿Es resultado de una carencia de políticas públicas, o del efecto

polarizador de las nuevas tecnologías médicas? ¿Se debe a que la salud y la educación son bienes de alta elasticidad y renta? ¿O son los factores políticos e institucionales las principales barreras? Estas cuestiones merecen una investigación más a fondo, pues las respuestas probablemente tendrán implicaciones políticas para las generaciones futuras.

Referencias bibliográficas

- [1] ACEMOGLU, D. y JOHNSON, S. (2007). «Disease and Development: The Effects of Life Expectancy on Economic Growth». *Journal of Political Economy*, nº 115, pp. 925-85.
- [2] ALTINOK, N.; DIEBOLT, C. y DEMEULEMEESTER, J. L. (2013). «A New International Dataset on Education Quality, 1965–2010». *AFC Working Papers*, nº3.
- [3] ANAND, S. y SEN, A. K. (2000). «The Income Component of the Human Development Index». *Journal of Human Development*, vol. 1, pp. 83-106.
- [4] BENAVIDES, A. y RIDDLE, P. (1988). «The Expansion of Primary Education, 1870-1940: Trends and Issues». *Sociology of Education*, vol. 61, pp. 191-210.
- [5] BRAINERD, E. (2010a). «Reassessing the Standard of Living in the Soviet Union: An Analysis Using Archival and Anthropometric Data». *Journal of Economic History*, vol. 70, nº 1, pp. 83-117.
- [6] BRAINERD, E. (2010b). «Human Development in Eastern Europe and the CIS since 1990». *UNDP Human Development Research Paper*, nº 16.
- [7] BRAINERD, E. y CUTLER, D. M. (2005). «Autopsy on an Empire: Understanding Mortality in Russia and the Former Soviet Union». *Journal of Economic Perspectives*, vol. 19, nº 1, pp. 107-130.
- [8] COLLIER, P. (2000). «Ethnicity, Politics, and Economic Performance». *Economics and Politics*, vol. 12, pp. 225-45.
- [9] COLLIER, P. y O'CONNELL, S. A. (2008). «Opportunities and Choices». En: NDULU, B. J.; O'CONNELL, S. A. AZAM, J. P.; BATES, R. H.; FOSU, A. K.; GUNNING, J. W. y NJINKEU, D. (eds). *The Political Economy of Economic Growth in Africa, 1960–2000*. Cambridge: Cambridge University Press, vol. I, pp. 76-136.
- [10] CUTLER, D. y MILLER, G. (2005). «The Role of Public Health Improvements in Health Advance: The Twentieth Century United States». *Demography*, vol. 42, nº 1, p. 122.
- [11] CUTLER, D.; DEATON, A. y LLERAS-MUNEY, A. (2006). «The Determinants of Mortality». *Journal of Economic Perspectives*, vol. 20, nº1, pp. 97-120.
- [12] DEATON, A. (2008). «Income, Health, and Well-being around the World: Evidence from the Gallup World Poll». *Journal of Economic Perspectives*, vol. 22, nº 2, pp. 53-72.
- [13] DEATON, A. (2013). *The Great Escape. Health, Wealth and the Origins of Inequality*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- [14] DESAI, M. (1991). «Human Development: Concept and Measurement». *European Economic Review*, nº 35, pp. 350-357.
- [15] DÍAZ-BRIQUETS, S. (1981). «Determinants of Mortality Transition in Developing Countries Before and After the Second World War: Some Evidence from Cuba». *Population Studies*, nº 35, pp. 399-411.
- [16] DRÉZE, J. y SEN, A. K. (2002). *India: Development and Participation*. Delhi: Oxford University Press.
- [17] DUTTON, J. Jr. (1979). «Changes in Soviet Mortality Patterns, 1959-1977». *Population and Development Review*, nº 5, pp. 267-91.
- [18] EASTERLIN, R. A. (1999). «How Beneficent is the Market? A Look at the Modern History of Mortality». *European Review of Economic History*, nº 3, pp. 257-94.
- [19] EGGLESTON, K. N. y FUCHS, V. (2012). «The New Demographic Transition: Most Gains in Life Expectancy Now Realized Late in Life». *Journal of Economic Perspectives*, vol. 26, nº 1, pp. 137-156.
- [20] FLEURBAEY, M. (2009). «Beyond GDP: The Quest for a Measure of Social Welfare». *Journal of Economic Literature*, vol. 47, pp. 1029-75.
- [21] FOGEL, R. W. (2004). *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700-2010: Europe, American and the Third World*. New York: Cambridge University Press.
- [22] HANUSHEK, E. A. y KIMKO, D. D. (2000). «Schooling, Labor-Force Quality, and the Growth of Nations». *American Economic Review*, nº 90, pp. 1184-208.
- [23] HATTON, T. J. y BRAY, B. E. (2010). «Long Run Trends in the Heights of European Men, 19th–20th Centuries». *Economics and Human Biology*, nº 8, pp. 405-413.
- [24] IVANOV, A. y PELEAH, M. (2010). «From Centrally Planned Development to Human Development». *UNDP Human Development Research Paper* nº 38.
- [25] JAYACHANDRAN, S., LLERAS-MUNEY, A. y SMITH, K. V. (2010). «Modern Medicine and the Twentieth Century Decline in Mortality: Evidence on the Impact of Sulfa Drugs». *American Economic Journal: Applied Economics*, vol. 2, nº 1, pp. 118-146.
- [26] KAKWANI, N. (1993). «Performance in Living Standards. An International Comparison». *Journal of Development Economics*, nº 41, pp. 307-336.
- [27] LINDERT, P. H. (2004). *Growing Public: Social Spending and Economic Growth since the Eighteenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press.

- [28] LINDERT, P. H. y WILLIAMSON, J. G. (2003). «Does Globalization Make the World More Unequal?» En: BORDO, M.; TAYLOR, A.M. y WILLIAMSON, J.G. (eds). *Globalization in Historical Perspective*. Chicago: University of Chicago Press/ NBER.
- [29] LOUDON, I. (2000). «Maternal Mortality in the Past and its Relevance to Developing Countries Today». *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 72, nº 1, *Supplement*: pp. 241S-6S.
- [30] MADDISON, A. (2010). *Statistics on World Population, GDP and per Capita GDP, 1-2008 AD*. Recuperado en 2014 de: <http://www.ggd.net/maddison/>
- [31] MATHERS, C. D.; SADANA, R.; SALOMON, J. A.; MURRAY, C. J. L. y LÓPEZ, A. D. (2001). «Healthy Life Expectancy in 191 Countries». *Lancet*, nº 357, pp. 1685-91.
- [32] MAZUR, D. P. (1969). «Expectancy of Life at Birth in 36 Nationalities of the Soviet Union: 1958-60». *Population Studies*, nº 23, pp. 225-46.
- [33] MCALPIN, M. B. (1983). «Famines, Epidemics, and Population Growth: The Case of India». *Journal of Interdisciplinary History*, nº 14, pp. 351-66.
- [34] MCGUIRE, F. y FRANKEL, L. B. (2005). «Mortality Decline in Cuba, 1900–1959: Patterns, Comparisons, and Causes». *Latin American Research Review*, nº 40, pp. 83-116.
- [35] OULTON, P. (2012). *Hooray for GDP!* LSE Centre for Economic Performance Occasional Paper CEPOP30. Centre for Economic Performance, London School of Economics and Political Science, London, UK.
- [36] PRADOS DE LA ESCOSURA, L. (2013a). «World Human Development, 1870–2007». Universidad Carlos III Working Papers in Economic History 13-01.
- [37] PRADOS DE LA ESCOSURA, L. (2013b). «Human Development in Africa: A Long-run Perspective». *Explorations in Economic History*, nº 50, pp. 179-204.
- [38] PRADOS DE LA ESCOSURA, L. (2014). *Inequality of International Living Standards, 1870–2007 (mimeo)*.
- [39] PRADOS DE LA ESCOSURA, L. (2015). «World Human Development, 1870-2007». *Review of Income and Wealth*, vol. 61, nº 2, pp. 220-247.
- [40] PRESTON, S. H. (1975). «Mortality and Level of Development». *Population Studies*, nº 29, pp. 231-248.
- [41] RILEY, J. C. (2001). *Rising Life Expectancy: A Global History*. New York: Cambridge University Press.
- [42] RILEY, J. C. (2005). *Poverty and Life Expectancy: The Jamaica Paradox*. New York: Cambridge University Press.
- [43] ROY, T. (2006). *The Economic History of India 1857-1947*. New Delhi: Oxford University Press.
- [44] SALOMON, J. A.; WANG, H.; FREEMAN, M. K.; VOS, T.; FLAXMAN, A. D.; LÓPEZ, A. D. y MURRAY, C. J. L. (2012). «Healthy Life Expectancy for 187 Countries, 1990-2010: A Systematic Analysis for the Global Burden Disease Study 2010». *Lancet*, nº 380, pp. 2144-62.
- [45] SEN, A. K. (1981). «Public Action and the Quality of Life in Developing Countries». *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, nº 43, pp. 287-319.
- [46] SEN, A. K. (1985). *Commodities and Capabilities*. Amsterdam: North Holland.
- [47] SEN, A. K. (1987). *Standard of Living*. New York: Cambridge University Press.
- [48] SEN, A. K. (1997). «Human Capital and Human Capability». *World Development*, nº 25, pp. 1959-61.
- [49] SEN, A. K. (1999). *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- [50] SHKOLNIKOV, V.; MCKEE, M. y LEÓN, D. A. (2001). «Changes in Life Expectancy in Russia in the mid-1990s». *Lancet*, nº 357, pp. 917-921.
- [51] STIGLITZ, J. E.; SEN, A. K. y FITOUSSI, J. P. (2009). *The Measurement of Economic Performance and Social Progress Revisited: Reflections and Overview*. Recuperado de <http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/en/documents.htm>
- [52] STILLMAN, S. (2006). «Health and Nutrition in Eastern Europe and the Former Soviet Union during the Decade of Transition: A Review of the Literature». *Economics and Human Biology*, nº 4, pp. 104-146.
- [53] STOLNITZ, G. J. (1955). «A Century of International Mortality Trends». *Population Studies*, nº 9, pp. 24-55.
- [54] UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP) (1990-2013). *Human Development Report*. New York: Oxford University Press.
- [55] VANHANEN, T. (2011). *Measures of Democracy 1810-2010*. FSD1289, version 5.0 (2011-07-07). Finnish Social Science Data Archive, Tampere. Recuperado en octubre 2014 de: www.fsd.uta.fi/en/data/catalogue/FSD1289/meF1289e.html
- [56] WARD, M. y DEVEREUX, J. (2012). «The Road Not Taken: Pre-Revolutionary Cuban Living Standards in Comparative Perspective». *Journal of Economic History*, nº 72, pp. 104-132.