

SISTEMA SANITARIO Y ESPERANZA DE VIDA EN CHINA

Reformas de mercado y salud

China ha experimentado uno de los procesos más impresionantes de rápido desarrollo de la historia mundial¹. Desde el comienzo de las reformas orientadas hacia el mercado de Deng Xiaoping en 1978 hasta 2005, la tasa de crecimiento de la renta nacional, según los datos del Banco Mundial, mantuvo un promedio del 9,7 por 100 anual, lo que equivale a decir que en ese intervalo la renta nacional se ha multiplicado por doce. Este crecimiento económico sin precedentes se ha visto acompañado por transformaciones cualitativas y estructurales, entre las cuales destaca la creciente integración internacional de la RPCh en la economía global, reflejada en la creciente proporción del comercio exterior chino en la renta nacional, que ha pasado del 14 a casi el 70 por 100 en ese mismo período. Aunque este vertiginoso crecimiento ha sido más marcado en las ciudades y en las áreas costeras, ha alcanzado a todo el país.

Una de sus consecuencias más importantes ha sido una reducción sustancial de la pobreza desde 1978; según las estadísticas oficiales, la proporción de pobres en la China rural cayó en más de la mitad entre 1978 y 1985, y parece haber seguido disminuyendo espectacularmente durante la década de 1990 (aunque el proceso ha sido geográficamente desigual y las mayores reducciones han tenido lugar en las regiones costeras, de crecimiento más rápido). En 2000 altos funcionarios del gobierno llegaron a declarar que la pobreza absoluta había sido eliminada. Pese a las controversias que rodean el número de pobres que aún quedan en el país, la colosal cantidad de gente que ha salido de la pobreza en un período de tiempo muy corto representa sin duda un logro formidable, se podría decir que de alcance histórico, a escala mundial.

A la luz de los avances de China en cuanto a la reducción de la pobreza, resulta importante evaluar si se han realizado mejoras parecidas en otras esferas del bienestar como la educación, la sanidad y el acceso a los servicios básicos. No se puede suponer por las buenas que el progreso en

¹ Quiero agradecer a Camelia Minoiu su gran ayuda en la investigación para este artículo, que ha ido mucho más allá de lo que cabía esperar razonablemente.

esas áreas vaya a la par con el crecimiento de la renta nacional o del PIB, y no sólo porque éste se ha distribuido de forma muy desigual, sino porque atañe decisivamente a otros factores distintos de la renta. Es probable que el aumento de la renta haya mejorado la alimentación, el alojamiento y los servicios sanitarios, y que haya permitido a muchos pagarse seguros de enfermedad privados. Ésta es la base sobre la que la mayoría de los economistas defienden la tesis de que «más rico es más sano»². Sin embargo, hay razones para creer que la infraestructura sanitaria pública de China se ha visto seriamente debilitada como consecuencia de la retirada de las instituciones estatales de la prestación de servicios sanitarios; los chinos se están viendo cada vez más obligados a pagar por el tratamiento médico, y el menor gasto del Estado ha significado el cierre de muchas instituciones sanitarias, dejando a buena parte de la población del país un acceso muy escaso a los cuidados sanitarios.

Antes de la adopción de la Política de Puertas Abiertas en 1978, la RPCh había conseguido mejoras extraordinarias en los indicadores sanitarios, pese a la escasa renta. Las campañas sanitarias públicas después de la Revolución y los esfuerzos en cuanto a cuidados preventivos –por ejemplo, la famosa campaña maoísta contra las «cuatro pestes»: ratas, moscas, mosquitos y chinches– desempeñó un papel muy importante. De hecho, las mejoras sanitarias en China siguen superando, en términos absolutos, a las de otros países con un nivel de renta similar, gracias a los avances realizados entre 1940 y 1980. China y India, por ejemplo, mostraban a principios de la década de 1950 cifras similares en cuanto a la esperanza de vida en el momento del nacimiento –justo por encima de los 40 años–, pero en 1962 era casi diez años superior en China –54 años frente a 45 en India–, y en 1980 la diferencia se había ampliado a 13 años: 67 en China, 54 en India³. La media de la esperanza de vida entre los países de renta baja era mucho más cercana a la de India que a la de China: 44 años de 1962 y 52 años de 1980. Tales comparaciones subrayan el carácter excepcional de las mejoras sanitarias en la RPCh hasta 1980.

¿Ha mantenido esa trayectoria ascendente la sanidad durante las dos últimas décadas y media en China? ¿Sigue logrando la RPCh mejoras más rápidas en la sanidad que otros países con constricciones parecidas? Mi análisis comparativo se centra en un solo índice sanitario, la esperanza de vida. Para esto hay dos razones: en primer lugar, la esperanza de vida es un índice conceptualmente significativo de la salud general de una población, ya

² Lawrence Summers y Lant Pritchett, «Wealthier is Healthier», *Journal of Human Resources* XXXI, 4 1996, pp. 841-868, se apoyan en comparaciones entre diversas regiones; Richard Steckel y Roderick Floud (eds.), *Health and Welfare during Industrialization*, Chicago 1997, y R. Steckel, «Historical Perspective on the Standard of Living Using Anthropometric Data», en Edward Wolff (ed.), *What Has Happened to the Quality of Life in the Advanced Industrialized Nations?*, Londres, 2004, pp. 257-274, aportan pruebas históricas.

³ Para más datos sobre esta comparación, véase Jean Drèze y Amartya Sen, *Hunger and Public Action*, Oxford, 1989.

que engloba un conjunto de riesgos de mortalidad a diferentes edades y es fácil de interpretar, tratándose de la duración media de la vida de quien afronta esos riesgos desde su nacimiento. Los índices de mortalidad infantil de 0 a 2 años y entre 2 y 6 años, aunque ofrezcan mucha información, no constituyen una forma exhaustiva de calibrar la salud general de las poblaciones. Además, los índices de acceso a los servicios sanitarios o a la cobertura de seguros sanitarios son difíciles de interpretar, ya que pueden tener interpretaciones muy diferentes en distintos contextos, y se refieren a las atenciones sanitarias solicitadas más que a los resultados. En segundo lugar, se dispone de estimaciones de la esperanza de vida para un período de tiempo mucho más largo y una extensión geográfica mucho mayor que para otros indicadores. Existen cifras de cada una de las provincias chinas desde principios de la década de 1970 hasta el presente, y lo mismo sucede en un gran número de países que pueden servir de referencia. Las limitaciones de los datos disponibles no permiten una comparación sistemática entre las áreas rurales y las urbanas, por lo que he adoptado un enfoque provincia por provincia, que proporciona un panorama relativamente pormenorizado de la situación sanitaria en China⁴.

Tras examinar las mejoras en la esperanza de vida en todas las provincias chinas en tres décadas distintas, expondré los resultados de su comparación con las de otros países, primero de la totalidad de China, y a continuación de las distintas provincias, confrontando los mejores resultados con los de los países de referencia. Mis principales descubrimientos son de cuatro tipos: primero, las tasas de mejora en la esperanza de vida a escala provincial fueron más altas en la década de 1990 que en las de 1970 y 1980 –la primera década de reformas orientadas hacia el mercado, durante la cual el sistema sanitario chino se transformó drásticamente– cuando fueron las más bajas. Segundo, incluso en la década de 1990, cuando las tasas de mejora a escala provincial fueron las más altas, fueron más bajas que para muchos países con un nivel inicial similar de esperanza de vida (aunque más altas que el promedio de todos los países). Tercero, el aumento en la esperanza de vida en China entre 1980 y 2000 se consiguió mucho más rápidamente en casi todos los demás países considerados aquí, y en particular en la mayoría de los países de renta media-baja en los que se produjeron mejoras similares. Conclusiones análogas se pueden extraer tras confrontar las mejoras en la esperanza de vida en China con las de dos conjuntos diferentes de referencias: varios países desarrollados y los países de mayor crecimiento en Asia oriental. Finalmente, incluso las provincias chinas en las que se obtuvieron mejores resultados durante el período en cuestión experimentaron tasas de aumento significativamente más bajas que las de los países que servían de referencia. Las recientes mejoras de los índices sanitarios en China parecen pues bastante menos impresionantes que sus logros en la reducción de la pobreza.

⁴ Aunque también se dispone de estimaciones de las tasas de mortalidad infantil de 0 a 2 años y entre 2 y 6 años para años anteriores, su fiabilidad es dudosa. Véase Judith Banister y Kenneth Hill, «Mortality in China 1964–2000», *Population Studies* LVIII, 1 de 2004, pp. 55–75.

Convergencia entre las provincias

Las estimaciones a nivel provincial se pueden utilizar para evaluar las tasas anuales de mejora en la esperanza de vida de mujeres y hombres entre 1970 y 2000. Disponemos de cifras para cuatro momentos: un promedio para 1973-1975, 1981, 1990 y 2000⁵. He clasificado las provincias en cuatro categorías según la esperanza de vida media en cada una de ellas al principio de la década en cuestión, categorías definidas por intervalos de cinco o seis años en la esperanza de vida a partir de los 59, que es la edad mínima para la que se dispone de cifras para todas las provincias durante todo el período. Los intervalos se mantienen a lo largo del tiempo, permitiendo que las provincias pasen de una clase a otra para tener en cuenta los niveles de mejora al principio de cada década (lo que podía condicionar la mayor o menor facilidad para obtener mejoras adicionales). El cuadro 1 presenta las tasas medias anuales de mejora para las provincias de cada categoría –de 59 a 64 años, de 64 a 69 años, de 69 a 74 años y de 74 a 81 años– en cada una de las décadas consideradas⁶.

Cuadro 1. Tasa media anual de aumento de la esperanza de vida (%), 1970-2000 Tasa anual media de crecimiento

<i>Década</i>	<i>Esperanza de vida</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
1970	59-64	0,47	0,47
(21 provincias)	64-69	0,45	0,53
	69-74	0,09*	0,24
	74-81	–	–
1980	59-64	0,14	0,31
(28 provincias)	64-69	0,03	0,20
	69-74	0,04	0,10
	74-81	–	0,24
1990	59-64	0,58	0,83**
(28 provincias)	64-69	0,45	0,46
	69-74	0,35	0,41
	74-81	–	0,31

* Heilongjiang registró una esperanza de vida masculina en declive entre 1973-1981, de los 69,25 a 67,55 años.

** Se registraron elevadas mejoras en la esperanza de vida femenina en la cohorte de edad 59-64 años durante la década de 1990 en las provincias Xinjiang (9,9 por 100), Qinghai (9,3 por 100) y Tíbet (7,4 por 100).

⁵ Las cifras de la esperanza de vida en 1973-1975 y 1981 provienen de Simona Bignami-Van Assche, «Estimating Life Expectancy at Birth for China's Provinces, 1975-1990. A Note», Population Studies Center, University of Pennsylvania, mimeografía, 2005. Las cifras para 1973-1975 provienen del Estudio Epidemiológico del Cáncer realizado en 1976, que fue el mayor estudio sobre mortalidad en toda la historia de la humanidad y registró todas las causas de muerte aunque se concentrara en las muertes debidas al cáncer. Las cifras para 1981 provie-

Para casi todas las categorías definidas, la tasa de mejora fue más alta en la década de 1990, seguida por la de 1970; durante la de 1980, en cambio, hubo escasas mejoras. La esperanza de vida aumentó en todas las provincias en cada una de las décadas (con la notable excepción de Heilongjiang, donde la esperanza de vida de los varones cayó de 69,25 a 67,55 años entre 1973-75 y 1981). Las mayores tasas de aumento en las provincias de las categorías más bajas sugieren una pauta de «nivelación» o «convergencia».

Cuadro 2. Tasa media anual de aumento de la esperanza de vida (%), década de 1990

	<i>Esperanza de vida inicial por cohortes de edad</i>	<i>Provincias chinas</i>	<i>Todos los países por cohortes de edad</i>	<i>Países mejores resultados</i>	<i>Peores resultados</i>		
<i>Hombres</i>	59-64	0,58	0,34	El Salvador	0,84	Rusia	-0,78
	64-69	0,45	0,19	Omán	0,72	Azerbaiyán	-0,82
	69-74	0,35	0,30	Is. Vírgenes /USA	0,72	Barbados	0,07
	74-81	-	0,25	Suecia	0,34	Honduras	0,10
<i>Mujeres</i>	59-64	0,83	0,66	Maldivas	1,26	Iraq	-0,03
	64-69	0,46	0,31	Egipto	0,78	Sudáfrica	-2,79
	69-74	0,41	0,20	St. Kitts & Nevis	0,60	Is. Marshall	-0,74
	74-81	0,31	0,19	Dominica	0,45	Azerbaiyán	-0,82

Los mejores resultados de China durante la década de 1990, en relación con los de las dos décadas anteriores, podrían deberse simplemente al paso del tiempo: puede que las mejoras sanitarias hayan sido más fáciles de llevar a cabo durante la década de 1990 debido a los avances en conocimientos y experiencia. Por esta razón resulta instructivo comparar los avances sanitarios medios durante el período 1990-2000 de las provincias chinas con los de países con la misma esperanza de vida inicial. La hipótesis subyacente es que cualquier factor tecnológico que haya contribuido a las mejoras sanitarias en China durante la década de 1990 comparada con la de 1970 es probable que haya tenido un efecto similar sobre los países de referencia. Para cada cohorte he marcado el grupo de países con cifras de esperanza de vida dentro del mismo período de cinco años (para hombres y mujeres respectivamente) en 1990. El cuadro 2 muestra la mejora media para todos los países del grupo de referencia constituido de esta forma, así como las tasas de mejora para los países con mejor y peor resultado del grupo.

Durante la década de 1990 las provincias chinas tuvieron en promedio mayores aumentos en la esperanza de vida de hombres y mujeres que los países incluidos en el mismo intervalo de esperanza de vida. Sin embargo, la mejora media de las provincias chinas en cualquiera de los intervalos fue

notablemente más baja que la del mejor país de referencia, aunque también notablemente más alta que la del peor. India –quizá la referencia más apropiada para China en virtud de su gran población y diversidad interna– cae en el intervalo más bajo de esperanza de vida, y durante el mismo período se produjo en ella una subida mayor que la de las provincias chinas para los varones (0,71 por 100 frente al 0,58 por 100 para China) pero más baja para las mujeres (0,54 por 100 para India frente al 0,83 por 100 para China).

Estos resultados deberían interpretarse con prudencia por varias razones. Factores como los niveles de renta real, la inversión pública en sanidad y avances epidemiológicos (como la mejora en los cuidados preventivos del SIDA) pueden tener un efecto significativo sobre los resultados sanitarios; omitirlos del análisis puede llevar a conclusiones incorrectas con respecto a los logros de las provincias chinas comparadas con países con características similares. Sin embargo, la falta de datos adecuados a escala provincial en China significa que no podemos controlar directamente esos factores. A fin de corregir parcialmente la ausencia de tales variables, presentaré ahora una comparación del aumento de la esperanza de vida en la totalidad de China con el de otros países.

Comparaciones internacionales

Para situar los resultados de China entre 1980 y 2000 en una perspectiva comparada, he seleccionado dos conjuntos de países caracterizados por un conjunto de circunstancias. El primer conjunto de países de referencia comprende todos los de renta media-baja, tal como los designa el Banco Mundial⁷. El segundo contiene tres países desarrollados –Estados Unidos, Reino Unido y Japón– y otros tres países de Asia oriental cuyas economías están creciendo muy rápidamente: Hong Kong, Corea del Sur y Taiwán. El segundo conjunto permite una comparación con países que históricamente consiguieron mejoras similares en la esperanza de vida (con la ventaja de contar con rentas más altas, pero la desventaja de un conocimiento de la medicina y una sanidad pública más anticuados), y con países que se parecen a China en dos sentidos: están situados en la misma región y han experimentado recientemente un rápido crecimiento económico. India no aparece en esta comparación porque en 2003 no había alcanzado todavía el nivel de esperanza de vida de China en 1981.

⁷ La inclusión o no de un país en el grupo de renta media-baja se basa en su PIB per cápita en 2004; véase *World Development Indicators 2006*, disponible en la web del Banco Mundial. Entre 1980 y 2000 China pasó de la categoría de renta baja al grupo de renta media-baja. Cabría pensar que los países de renta más baja constituyen el conjunto más apropiado de referencias para China; sin embargo, ninguno de ellos alcanzó en 2004 la esperanza de vida en China entre hombres o mujeres en 2000, y muy pocos alcanzaron al final del período el nivel de China en 1981.

Cuadro 3. Esperanza de vida: China vs. grupo de países de renta media

A. Hombres

<i>País</i>	<i>EV inicial</i>	<i>Año en que se alcanzó la EV de la China en 1981</i>	<i>EV final</i>	<i>Año en que se alcanzó la EV de la China en 2000</i>	<i>Incremento porcentual</i>	<i>Años necesarios</i>
Cuba	67,0	1967	69,4	1972	3,58	5
Tunez	68,6	1990	69,7	1996	1,60	6
Ecuador	66,7	1990	69,7	1997	4,50	7
Siria	66,9	1995	70,0	1997	4,70	7
Colombia	66,1	1995	69,4	2003	5,07	8
Jordania	66,3	1990	69,8	2002	5,41	12
Bosnia-Herz.	67,4	1977	69,4	1990	2,94	13
Azerbaiyán	66,6	1989	69,4	2002	4,20	13
Sri Lanka	66,5	1982	69,9	1995	5,12	13
Tonga	66,5	1980	69,6	1995	4,77	15
Jamaica	66,7	1970	69,5	1987	4,30	17
China	66,4	1981	69,6	2000	4,82	19
Albania	66,0	1972	69,5	1995	5,30	23
Serbia y Mont.	66,8	1972	69,6	1995	4,19	23

B. Mujeres

Siria	70,2	1990	73,2	1997	4,33	7
Túnez	72,1	1990	74,1	1998	2,77	8
Ecuador	69,9	1987	74,1	1995	6,06	8
Albania	69,5	1972	73,0	1982	5,04	10
Bosnia-Herz.	69,5	1972	73,4	1982	5,61	10
Sri Lanka	69,7	1980	73,7	1990	5,79	10
Cuba	70,2	1967	74,8	1977	6,55	10
Jordania	69,5	1992	73,3	2004	5,44	12
Colombia	70,2	1982	73,8	1995	5,05	13
Serbia y Mont.	69,8	1970	73,3	1985	4,96	15
Azerbaiyán	69,0	1962	73,2	1979	6,09	17
China	69,4	1981	73,3	2000	5,74	19
Tonga	69,5	1982	73,4	2001	5,58	19
Jamaica	69,3	1967	73,3	1990	5,80	23

Para cada grupo de referencia he calculado si a los países en cuestión les llevó menos, tantos o más años alcanzar el aumento registrado entre 1980 y 2000 de la esperanza de vida en China. Los niveles inicial y final de esperanza de vida se mantienen fijos para cada país. El cuadro 3 muestra la tasa anual de aumento para cada género –como porcentaje–, así como el número de años que han necesitado para llegar de la EV en China en

1980 a la EV en China en 2000, para unos cuantos países seleccionados. Como se puede ver, las cifras correspondientes para China la sitúan en la parte baja de la tabla en uno y otro caso.

Un gran número de países de renta media-baja no se pudieron incluir en el cuadro 3A, bien porque en 2004 –el último año para el que se dispone de un conjunto exhaustivo de indicadores– no habían alcanzado la esperanza de vida entre los hombres en China en 1981 (66,43 años) o porque lo habían alcanzado entre 1960 y 2003 pero al final del período considerado no habían alcanzado la cifra de China en 2000 (69,63)⁸. Se puede concluir que esos países han conseguido resultados peores que China en términos absolutos; sin embargo, sus mejoras durante las décadas en cuestión no son fácilmente comparables con las de la RPCh. Para el segundo grupo de países, los resultados son más ambiguos. Algunos habían alcanzado mucho antes de 1981 la esperanza de vida entre los hombres en China en 1981, pero fueron incapaces de alcanzar su nivel en 2000 durante las dos décadas siguientes.

China tardó más en aumentar la esperanza de vida de sus varones (de 66,4 a 69,6 años) que la mayoría de los países de referencia del cuadro 3A; las únicas excepciones son Albania y Serbia-Montenegro, a los que les llevó más de dos décadas conseguir un aumento comparable de la esperanza de vida entre los hombres, desde un punto de partida similar. Aunque esos países fueron más lentos en alcanzar el nivel de China en 2000, en la década de 1970 ya habían alcanzado el nivel chino de 1981. Dado que en el pasado podía resultar más difícil conseguir los mismos resultados sanitarios, los resultados de Albania y Serbia-Montenegro no se pueden considerar claramente inferiores a los de China.

Los resultados de un examen análogo para la esperanza de vida entre las mujeres se presenta en el cuadro 3B. Algunos países de renta media-baja no incluidos en la tabla han sido superados absolutamente por China. Esos países –Angola, Bolivia, Guyana, Iraq, Kiribati, Maldivas, Micronesia, Namibia, Suazilandia, Turkmenistán y Yibuti–, no habían alcanzado en 2004 la esperanza de vida de las mujeres en China en 1981, que era de 69,35 años. Los datos comparados muestran una vez más que las mejoras en China han sido relativamente modestas. Se sitúa en la mitad inferior del grupo de países de renta media-baja que alcanzaron los dos niveles

⁸ El primer grupo de países está formado por Bolivia, Fiyi, Guatemala, Guyana, Honduras, Indonesia, Iraq, Kazajstán, Kiribati, Namibia, República Dominicana, Suazilandia, Turkmenistán y Yibuti. El segundo está formado por Angola, Armenia, Bielorrusia, Brasil, Cabo Verde, Egipto, El Salvador, Filipinas, Georgia, Maldivas, Marruecos, Micronesia, Paraguay, Perú, Rumanía, Samoa, Surinam, Tailandia, Ucrania y Vanuatu. No hay datos anteriores a 1987 para Macedonia y las Islas Marshall, y Bulgaria había alcanzado la esperanza de vida de los hombres en China en 1981 antes de 1960. Por eso he eliminado a esos tres países de la comparación, que incluye únicamente a aquéllos para los que se dispone de cifras tanto para mujeres como para hombres.

prefijados en algún momento entre 1960 y 2004, y ha sido superada por muchos países en ese nivel de renta. Por ejemplo, a Brasil y Tailandia (no incluidos en el Cuadro) les llevó diez y dieciséis años, respectivamente, alcanzar avances comparables en la esperanza de vida entre las mujeres⁹.

Comparados con el segundo conjunto de referencia –determinados países desarrollados y economías de Asia oriental de rápido crecimiento–, los resultados chinos también han sido bastante modestos (véase el cuadro 4). Mientras que a la RPCh le llevó casi dos décadas mejorar la esperanza de vida de los varones de 66 a 69 años, cuatro de los países de referencia lo consiguieron en sólo una década y, con excepción de Corea del Sur, antes que China. Además, aunque Estados Unidos y el Reino Unido tardaron algo más de dos décadas en alcanzar ese mismo aumento, no se puede deducir por ello que sus resultados sean peores que los de China, ya que lo hicieron en un período anterior en el que las mejoras sanitarias eran más lentas. Estos resultados se ven corroborados además por la esperanza de vida femenina, en la que China aparece al final de la tabla. La RPCh tardó dos décadas en aumentarla de 71 a 74 años, mientras que Japón, el Reino Unido, Taiwán y Corea del Sur consiguieron el mismo avance en un período de entre siete y diez años, y lo hicieron mucho antes: Japón durante la década de 1960, el Reino Unido en la de 1950, Taiwán a finales de la década de 1960 y principios de la de 1970, y Corea del Sur en la de 1980¹⁰.

Cuadro 4. Esperanza de vida de los adultos varones: China vs. un grupo selecto de países

<i>País</i>	<i>EV inicial</i>	<i>Año en que se alcanzó la EV de la China en 1981</i>	<i>EV final que se alcanzó la EV de la China en 2000</i>	<i>Año en que se alcanzó la EV de la China en 2000</i>	<i>Incremento necesarios</i>	<i>Años</i>
Hong-Kong	66,7	1968	69,6	1976	4,29	8
Japón	66,2	1962	69,4	1970	4,79	8
Corea del Sur	66,9	1990	69,8	2000	4,43	10
Taiwán	66,3	1969	69,6	1980	4,98	11
China	66,4	1981	69,6	2000	4,82	19
Estados Unidos	66,4	1957	69,6	1978	4,82	21
Reino Unido	66,7	1952	69,8	1976	4,65	24

Así pues, desde una perspectiva comparada, la salud de la población china parece haber mejorado más lentamente que la de otros países. Inclu-

⁹ Aunque no se muestran aquí, las cifras totales de la esperanza de vida para los países utilizados como referencia apuntan a conclusiones similares; puedo hacérselas llegar a quien me las pida.

¹⁰ Puedo proporcionar los resultados que no aparecen en el cuadro a quien me lo solicite.

so en su propia categoría de renta, la RPCh no parece haber alcanzado resultados especialmente espectaculares. Estas conclusiones dan lugar a otra pregunta: aunque el conjunto de China no haya superado a ninguno de los países tomados como referencia, ¿hay provincias en China que sí lo hayan hecho?

Cuadro 5. Esperanza total de vida en China por provincia

<i>Provincia</i>	<i>EV en 1981</i>	<i>EV en 2000</i>	<i>Incremento porcentual</i>
Xinjiang	61,85	67,41	8,99
Sichuan	65,53	71,20	8,65
Guizhou	62,21	65,96	6,03
Shaanxi	66,15	70,07	5,93
Qinghai	62,40	66,03	5,82
Hubei	67,46	71,08	5,37
Hunan	67,15	70,66	5,23
Yunnan	62,24	65,49	5,22
Ningxia	66,80	70,17	5,04
Jilin	69,87	73,10	4,62
Heilongjiang	69,45	72,37	4,20
Zhejiang	71,74	74,70	4,13
Tianjin	72,15	74,91	3,83
Shanghai	75,37	78,14	3,68
Shanxi	69,13	71,65	3,65
Beijing	73,56	76,10	3,45
Shangdong	71,76	73,92	3,01
Jiangsu	71,90	73,91	2,80
Mongolia Interior	68,07	69,87	2,64
Fujian	70,95	72,55	2,26
Jiangxi	67,60	68,95	2,00
Liaoning	72,10	73,34	1,72
Anhui	70,90	71,85	1,34
Gansu	66,85	67,47	0,93
Hebei	72,10	72,54	0,61
Henan	71,58	71,54	-0,06
Guangdong	73,90	73,27	-0,85
Guangxi	72,06	71,29	-1,07
Chongqing*	-	71,73	-
Hainan**	-	72,92	-
Tibet	-	64,37	-

* Chongqing formaba parte de la provincia de Sichuan hasta 1997, cuando se convirtió en provincia independiente.

** Hainan formó parte de la provincia de Guangdong entre 1921 y 1988.

¿Provincias aventajadas?

La tasa de aumento de la esperanza de vida en las provincias chinas ha variado mucho en los veinte años transcurridos desde el inicio de las reformas orientadas al mercado. Como se puede ver en el cuadro 5, Xinjiang registró un aumento del 8,99 por 100 en el período 1981-2000, mientras que Guangxi y Guangdong registraron disminuciones del 1,7 y el 0,85 por 100 respectivamente. Sin embargo, esas disparidades reflejan diferentes situaciones de partida. Está claro que las mayores tasas de aumento se alcanzaron en las provincias en las que la esperanza de vida inicial era más baja, y que las provincias con niveles iniciales más altos experimentaron aumentos más modestos; en provincias como Pekín, Shanghai y Guangdong, que fueron las que más avanzaron en términos económicos durante ese período, y en las que anteriormente se habían alcanzado ya altos niveles de esperanza de vida, los aumentos fueron relativamente pequeños. Una evaluación de la evolución de las provincias chinas requiere el uso de referencias con puntos de partida similares.

Las provincias con el aumento más rápido de la esperanza de vida entre 1980 y 2000 fueron Guizhou, Sichuan y Xinjiang. ¿Qué conclusiones sacamos de su comparación con los países de referencia durante el mismo período? El Cuadro 6 resume esa comparación para las tres provincias en cuestión.

Cuadro 6. Esperanza total de vida: tres provincias chinas vs. países de comparación

<i>País</i>	<i>EV inicial</i>	<i>Año en que se alcanzó la EV de la provincia en 1981</i>	<i>EV final</i>	<i>Año en que se alcanzó la EV de la provincia en 2000</i>	<i>Incremento porcentaje</i>	<i>Años necesarios</i>
Corea del Sur	61,44	1972	65,52	1977	6,64	5
Costa Rica	61,86	1960	65,66	1967	6,14	7
Sri Lanka	62,60	1965	66,71	1977	6,57	12
Estados Unidos	62,10	1932	65,90	1945	6,12	13
Guizhou	62,21	1981	65,96	2000	6,03	19
Costa Rica	65,66	1967	71,05	1977	8,21	10
Corea del Sur	65,52	1977	71,77	1995	9,54	18
Sichuan	65,53	1981	71,20	2000	8,65	19
Sri Lanka	65,37	1972	71,36	1995	9,16	23
Estados Unidos	65,20	1944	71,20	1972	9,20	28
Corea del Sur	61,44	1972	67,72	1982	10,22	10
Costa Rica	61,86	1960	68,10	1972	10,09	12
Estados Unidos	62,10	1932	67,20	1948	8,21	16
Sri Lanka	61,14	1962	67,63	1980	10,61	18
Xinjiang	61,85	1981	67,41	2000	8,99	19

Guizhou y Xinjiang se sitúan al final de la lista correspondiente. Esas provincias tardaron dos décadas en pasar de una esperanza de vida de 62 años a la de 66 años. Sichuan, en cambio, obtuvo mejores resultados que Sri Lanka y Estados Unidos, aunque fue superada por Costa Rica y Corea del Sur. Así pues, ni siquiera las provincias chinas con mejores resultados superaron notablemente a los países de referencia.

El análisis histórico comparativo demuestra que los recientes progresos en la sanidad china no llegan a la altura de los realizados en la reducción de la pobreza. El aumento de la esperanza de vida de hombres y mujeres entre los niveles elegidos fue mucho más lento que el de los países tomados como referencia –Estados Unidos, el Reino Unido, Japón, Hong Kong, Corea del Sur y Taiwán–, pese a la ventaja china que su propio retraso temporal le daba en cuanto a mayores conocimientos médicos y experiencia de la sanidad pública. Además, tampoco el rendimiento de China comparado con el de países de su propio nivel de renta –media-baja– es nada excepcional.

Causas y consecuencias

Estos resultados corroboran los de otros estudios recientes. En 2005 Giovanni Cornia y Leonardo Menchini concluyeron que la tasa de aumento de la esperanza de vida en China era más baja que la del conjunto de los países de Asia Oriental y la región del Pacífico durante cada una de las últimas décadas si se exceptúan la de 1960, y que había caído por debajo del promedio mundial en la de 1990. Observaron una tendencia similar para la mortalidad infantil, señalando que los avances chinos habían sido de nuevo superados por los de los países de renta alta y otros países de Asia Oriental y del Pacífico¹¹. Analizando las pautas de desigualdad geográfica en la educación y la sanidad en China, Xiaobo Zhang y Ravi Kanbur mostraban que la proporción entre las tasas de mortalidad infantil rural y urbana había aumentado de 1,65 a 2,8 entre 1981 y 2000. Argumentaban que ese distanciamiento se podía explicar en parte por las crecientes diferencias relativas existentes en el acceso a los cuidados sanitarios, medido por la proporción de camas y personal hospitalario con respecto a la población. El personal médico por cada 1.000 personas cayó de 1,81 en 1980 a 1,71 en 1998; el número de camas hospitalarias en las áreas rurales pasó de 1,48 a 1,11 por cada 1.000 habitantes durante el mismo período¹². Por otra parte, la proporción del gasto sanitario dedicada al pago de personal se ha multiplicado por 3,4 pasando del 18 por 100 en 1982 al 61 por 100 en 2001. Diversos analistas han documentado igual-

¹¹ Giovanni Cornia y Leonardo Menchini, «The Pace and Distribution of Health Improvements during the Last 40 Years. Some Preliminary Results», ponencia presentada en el «Forum on Human Development», París, 17-19 de enero de 2005, cuadros 5 y 7.

¹² Xiaobo Zhang y Ravi Kanbur, «Spatial Inequality in Education and Health Care in China», *CEPR Discussion Paper* n.º 4.136, 2003.

mente las crecientes diferencias de renta, utilización y acceso a los cuidados sanitarios a partir de los datos de las estadísticas nacionales¹³.

Existen probablemente muchas razones que explican el desequilibrio existente entre el notable aumento de la renta media y la espectacular reducción de la pobreza en China, por un lado, y sus resultados mucho menos impresionantes en la mejora de la sanidad, por otro. Cabe, por ejemplo, que los mecanismos que vinculan el aumento de renta a la mejora de la sanidad se hayan debilitado con el tiempo. Utilizando datos estadísticos de la China urbana, Xin Meng, Xiaodong Gong y Youjuan Wang han argumentado que la ingesta nutritiva empeoró para los grupos de renta más baja durante la década de 1990. En su opinión, las causas principales de este fenómeno eran el aumento del precio de los alimentos entre 1993 y 1996 a raíz de la liberalización del mercado de grano y la abolición del sistema de cartillas alimentarias en la mayoría de las provincias en 1993¹⁴. En cualquier caso, los beneficios sanitarios de una mejor nutrición, así como los de otras medidas como la educación, la vacunación infantil y las mejoras en el suministro de agua e higiene pueden haberse agotado en gran medida. Es probable que el factor más importante haya sido el hundimiento de la infraestructura sanitaria pública existente en China y el consiguiente racionamiento de los recursos sanitarios según la capacidad de los ciudadanos para pagarlos. Tanto la prensa como la literatura especializada han señalado la creciente distancia entre los cuidados sanitarios a disposición de los nuevos ricos y los que se pueden procurar los más pobres; a la miseria relativa de estos últimos se ha añadido la carga financiera absoluta que impone ahora la mala salud¹⁵.

Las razones de ese colapso residen en el menor peso económico de las comunas agrícolas en el campo y de las empresas del sector público en las ciudades, de las que dependía anteriormente el sistema sanitario en cuanto a financiación y administración¹⁶. Los famosos médicos descalzos, que habían proporcionado cuidados básicos en los centros médicos de aldeas y pueblos desde la década de 1950, se dispersaron a principios de la de 1980 y el sistema sanitario público ha asumido desde entonces un

¹³ Yuanli Liu, William Hsiao y Karen Eggleston, «Equity in health and health care. The Chinese experience», *Social Science and Medicine* XLIX, 1999, pp. 1.349-1.356.

¹⁴ Xin Meng, Xiaodong Gong y Youjuan Wang, «Impact of Income Growth and Economic Reform on Nutrition Intake in Urban China: 1986-2000», *IZA Institute for the Study of Labour Discussion Paper* n.º 1.448 (2004).

¹⁵ Véanse Yuanli Liu, «What is Wrong with China's Health System?», *Harvard China Review* (marzo 2006); Howard French, «Wealth Grows, but Health Care Withers in China», *New York Times*, 14 de enero de 2006; Louisa Lim, «The High Price of Illness in China», página web de BBC News, 2 de marzo de 2006; y Matthew Forney, «China's Failing Health System», *Time*, 12 de mayo de 2003.

¹⁶ Véanse Yasheng Huang, «Private Sector Development and Health Care Contributions in China», presentado en la conferencia de la Harvard Business School y la Harvard School of Public Health en Nueva Delhi, 25 de marzo de 2006, y Liu, «What is Wrong with China's Health System?».

papel en gran medida residual. Se han implantado formalmente tasas a los usuarios, pero también se les han cobrado informalmente en muchísimos casos. Tales costes suponen a menudo una alta barrera para el uso de las instalaciones sanitarias, incluso cuando se supone que éstas deberían estar a disposición de toda la población. Los estudios realizados en hospitales sugieren que incluso allí donde en principio existen exenciones para los pobres, no se aplican en la práctica. En consecuencia, los más menesterosos se ven privados cada vez más de cualquier tipo de atención sanitaria.

En los últimos años se les ha pedido tanto a los directivos del sector estatal como a los patronos del sector privado –que desempeñan un papel cada vez más relevante en la economía china– que proporcionen a los trabajadores «cuentas de ahorro médicas» para cubrir los costes de los cuidados sanitarios. Sin embargo, muchas empresas privadas no han cumplido esa legislación e incluso las empresas del sector público o cuasi público se han negado a satisfacer sus obligaciones alegando las crecientes restricciones presupuestarias y las presiones intensificadas para sobrevivir en el mercado. La gran masa de inmigrantes internos ilegales –estimados por el Ministerio de Agricultura chino en más de 115 millones– no tiene en general acceso a cuidados sanitarios públicos¹⁷. Los estudios realizados muestran que menos de una cuarta parte de la población china, y una proporción mucho más pequeña de los habitantes del campo, tiene algún tipo de seguro sanitario. Además, esa cobertura es a menudo puramente nominal e insuficiente para satisfacer las necesidades reales. También han aumentado los costes farmacéuticos, aunque recientemente se han impuesto límites a los precios y se ha acrecentado la competencia entre los hospitales como medio para contrarrestar esa tendencia; aun así, se siguen prescribiendo gran cantidad de medicamentos, ya que son una importante fuente de ingresos para los hospitales y centros sanitarios. Los beneficios de los hospitales aumentaron un 70 por 100 entre 2000 y 2003, pese a la reducción del 5 por 100 en las visitas de pacientes. El gasto en personal, que llega al 61 por 100 del total en cuidados sanitarios, minimiza la parte aportada por el gobierno, que sólo aporta el 17 por 100¹⁸. En este contexto no es sorprendente que los estudios sobre la dinámica de la pobreza en China sugieran que las enfermedades graves y crónicas se

¹⁷ *Migration News* XIV (enero 2007).

¹⁸ L. Lim, «High Price of Illness». La literatura sobre los orígenes del conglomerado institucional del sistema de salud de China es muy amplia; para un resumen conciso, véase David Blumenthal y William Hsiao, «Privatization and Its Discontents—the Evolving Chinese Health Care System», *New England Journal of Medicine* CCCLIII, 11 (septiembre 2005), pp. 1165-1170. Para más datos, véase el estudio conjunto de la OMS y el gobierno chino *China. Health, Poverty and Economic Development*, Pekín, 2006; véanse también cuatro informes del Banco Mundial: Mariam Claeson, Hong Wang y Shanlian Hu, *A Critical Review of Public Health in China*; Yuanli Liu, Zhengzhong Mao y Brian Nolan, *China's Rural Health Insurance and Financing: A Critical Review*; Gordon Liu, Brian Nolan y Chen Wen, *Urban Health Insurance and Financing in China*; Peter Smith, Christine Wong y Yuxin Zhao, *Public Expenditure and Resource Allocation in the Health Sector in China*, todos ellos de Washington DC, 2004.

han convertido en una importante razón de la degradación social y de la persistente pobreza, especialmente en las áreas rurales.

Tampoco es sorprendente que la escasa solidez del sistema sanitario chino y la creciente dependencia de la renta y la riqueza privada hayan causado preocupación a los más altos niveles de la dirección de la RPCh, y ello no sólo por la importancia intrínseca de la sanidad, sino también debido al reto potencial a la legitimidad del régimen planteado por esas deficiencias. Entre los intelectuales y la clase política existe hoy día un intenso debate sobre enfoques alternativos para proporcionar un seguro sanitario exhaustivo, y se están explorando en la práctica varias posibilidades. En 2003, por ejemplo, se inició un Nuevo Programa de Seguros para las Cooperativas Rurales, que pretende proporcionar un seguro sanitario universal en las áreas rurales mediante el pago voluntario de los afiliados, aunque su cobertura sigue siendo limitada.

En septiembre de 2004 el Comité Central del Partido Comunista Chino respaldó la idea de una «sociedad armoniosa», dando a entender una creciente preocupación por mostrar que el PCCh se esforzaba por corregir los evidentes desequilibrios entre los objetivos sociales y el crecimiento económico. Los logros de China siguen siendo considerables, como indica su prolongada ventaja en la esperanza de vida en términos absolutos sobre países con un nivel similar de renta per cápita real. Sin embargo, esa situación favorable refleja sus avances anteriores a 1980 mucho más que los posteriores. Mientras su trayectoria económica no se vea profundamente trastornada, es poco probable que China tenga que afrontar un colapso de los indicadores sanitarios parecido al desplome catastrófico de la Rusia postsoviética; pero lo que sí es muy posible es que las actuales desigualdades sanitarias se afiancen y extiendan, dificultando nuevas mejoras. La debilidad de su infraestructura sanitaria pública hace también a China potencialmente vulnerable a crisis como la epidemia del «síndrome respiratorio agudo severo» o la gripe aviar. El efecto de las reformas de mercado en China ofrece una clara indicación de que «la rápida privatización del sistema de cuidados sanitarios supone enormes riesgos para la salud de los ciudadanos y la estabilidad de los gobiernos»¹⁹. Los dirigentes chinos deberían revitalizar la infraestructura sanitaria pública asegurando el acceso de toda la población a los servicios, si pretende avanzar hacia su supuesto objetivo de una «sociedad armoniosa» y cerrar la creciente brecha que separa a los ricos y sanos de los pobres y enfermos.

¹⁹ D. Blumenthal y W.