Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

Informe sobre el desarrollo mundial

26895

Servicios para los Pobres

Informe sobre el Desarrollo Mundial

Servicios para los Pobres

Informe sobre el Desarrollo Mundial

Servicios para los Pobres

BANCO MUNDIAL

Una coedición del Banco Mundial,
Mundi-Prensa Libros, S.A.
y Alfaomega Grupo Editor, S.A.

4 Clientes y proveedores 64

¿Cuándo será más importante fortalecer el vínculo entre el cliente y el productor? 64
Incremento del poder del cliente mediante la opción de elegir 66
Incremento del poder del consumidor mediante participación 70
Poder del cliente en ocho medidas 74

En primer plano: La iniciativa Bamako 76

5 Ciudadanos y políticos 78

Opinión ciudadana y responsabilidad política 78
Política de prestación de servicios públicos a la gente pobre 81
Más allá del voto electoral: iniciativas ciudadanas para incrementar la responsabilidad 85
Estrategias de información para fortalecer el poder de opinión 87
Descentralización para fortalecer el poder de opinión 90
Opinión ciudadana en ocho medidas 90

En primer plano: El Programa de Desarrollo Subdistrital en Indonesia 93
En primer plano: Noruega y Estonia 95

6 Responsables de la formulación de políticas y proveedores 96

Pactos, manejo y la "ruta larga" de responsabilidad 96
Incremento de la responsabilidad: separación entre el responsable de la formulación de políticas y el proveedor 99
Límites a la responsabilidad 100
Superación de los límites 102
Incentivos para el proveedor en ocho estrategias 108
Expansión, retracción y acrecentamiento del conocimiento 110

En primer plano: Camboya 111

7 Servicios de educación básica 113

Problemas comunes de la prestación de servicios 113
Para lograr sistemas de mayor calidad, se fortalecen las relaciones de responsabilidad 115
Ciudadanos y clientes, políticos y responsables de la formulación de políticas: opinión 116
Responsables de la formulación de políticas y organizaciones proveedoras: pactos 119
Organizaciones proveedoras y proveedores finales: gestión 126
Poder del cliente 127
Conseguir que la reforma marche 131

En primer plano: Educo 133

8 Servicios de salud y nutrición 135

La salud de los pobres 136
Fallas de mercado y fallas de gobierno 138
Fortalecimiento del poder del cliente 145
Fortalecimiento del poder de voz de los ciudadanos pobres 148
Pactos: incentivos de proveedores para servir a los pobres 151
¿Seis medidas se ajustan a todos? 157

En primer plano: Costa Rica y Cuba 159

9 Agua potable, saneamiento y electricidad 161

Situación de los servicios de agua y saneamiento 161
Infraestructura y el marco de responsabilidad para la prestación de servicios 162
Redes urbanas de agua 164
Zonas rurales: sistemas en red y en no red 173
Saneamiento 175
Electricidad 177
Impulso a la agenda de reforma hacia el futuro 178

10 Elementos básicos del sector público para la reforma de los servicios 182

Fortalecimiento de los cimientos del gobierno 182
Sabiduría en el gasto 183
Descentralización para mejorar los servicios 187
Formulación, gestión y ejecución de buenas políticas 194
Freno a la corrupción en la prestación de servicios 198
Manejo de transiciones: superación de escollos a la reforma 200
Evaluación y aprendizaje 201

11 Donantes y reforma de los servicios 205

Ayuda y responsabilidades 205
Fortalecer –no debilitar– el pacto 206
Dejar que las organizaciones de proveedores se encarguen de la gestión 208
Aumentar el poder del cliente 210
Estimular la opinión 212
Alinear el suministro de ayuda con la prestación de servicios 213
Por qué es tan difícil reformar la ayuda 218

Nota bibliográfica 220

Notas 221

Referencias bibliográficas 230

Introducción a los Indicadores Seleccionados del Desarrollo Mundial 249

Cuadros

1 El crecimiento económico solo no es suficiente para alcanzar todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio 3

1.1 La escuela o el centro de salud más cercano puede estar verdaderamente lejos 22
1.2 El personal a menudo está ausente 24
1.3 Las tasas de ausencia varían muchísimo, incluso en el mismo país 24

2.1 Gastos públicos en salud y educación: grandes pero diversos 33

3.1 Las organizaciones proveedoras asumen una diversidad de estructuras de propiedad y organizativas 50
3.2 Ejemplos de servicios discrecionales e intensivos en transacciones 53
3.3 A las instituciones modernas les tomó largo tiempo desarrollarse 61

5.1 Ambientes de servicios que favorecen a los pobres y ambientes clientelistas cuando el ciudadano promedio es pobre 80
7.1 En Madagascar, a niveles de educación más altos los costos unitarios son mucho mayores y la participación de los pobres es mucho menor 119
7.2 A las escuelas corresponde apenas una pequeña parte de la varianza en los resultados de aprendizaje estudiantil (porcentaje) 120
7.3 Autonomía y resultado en Mérida, República Bolivariana de Venezuela, a mediados de la década de los noventa 127

8.1 Ejemplos seleccionados de obstáculos a la prestación de servicios de salud y nutrición a los pobres 143
8.2 La capacidad de acceso sigue siendo un problema para los pobres 146
8.3 ¿Cómo sabemos si la opinión de los pobres se ha escuchado? 150

10.1 ¿Mercados falibles, gobiernos falibles, o ambos? 184
10.2 La descentralización nunca es sencilla 191
10.3 Camine antes de correr 198
11.1 Tantos donantes... 209

Gráficos

1 Progreso en desarrollo humano: fuera de ruta 2
2 Más gasto público para los ricos que para los pobres 4
3 Agua, agua en todas partes, ni una gota para beber 5
4 Marco de relaciones de responsabilidad 6
5 Valió la pena votar por el PRI 7
6 Incrementar el gasto público no es suficiente 11
7 ¿Ocho tamaños se ajustan a todos? 14

1.1 La mortalidad infantil es sustancialmente mayor en los hogares pobres 20
1.2 Los pobres tienen menos probabilidades de iniciar la escuela y más probabilidades de desertar 21
1.3 Agua, agua en todas partes, ni una gota para beber 23

2.1 El ingreso nacional está fuertemente asociado con los resultados, especialmente en los países de bajos ingresos 35

2.2 Entre cambios en el gasto público y resultados existe sólo una relación débil: escolaridad 37
2.3 Entre cambios en el gasto público y resultados existe sólo una relación débil: mortalidad infantil 37
2.4 La asociación entre resultados y gasto público es débil, controlando estadísticamente la variable de ingreso nacional 38
2.5 La gente más rica suele beneficiarse más del gasto público en salud y educación 39
2.6 La parte dominante del gasto recurrente en educación va a los maestros (países subsaharianos escogidos) 40

3.1 Las relaciones de responsabilidad tienen cinco características 47
3.2 Relaciones clave de poder 49

4.1 El poder del cliente en el marco de la entrega de servicios 65
4.2 Ocho medidas se ajustan a todo 75
5.1 Opinión en el marco de la prestación de servicios 79
5.2 Siglo de la democracia 81
5.3 Valió la pena votar por el PRI 85
5.4 Ocho medidas se ajustan a todos 91

6.1 Pacto y manejo en el marco de la prestación de servicios 96
6.2 Ocho medidas se ajustan a todos 109

7.1 Niños pobres: menos probabilidades de iniciar la escuela, más probabilidades de desertar 114
7.2 Jóvenes con quince años de edad en Brasil y México se desempeñan sustancialmente peor en pruebas estandarizadas que los estudiantes de países de la OCDE 115
7.3 Incrementos en puntajes de exámenes por dólar gastado en diferentes insumos 118
7.4 El éxito escolar no sólo depende del gasto por estudiante 122
7.5 Los exámenes centralizados tienen un fuerte impacto en el desempeño estudiantil 122
7.6 En Chile, buenas escuelas sirven a estudiantes de todos los niveles socioeconómicos 123

8.1 Logro de las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM) en salud: progreso acelerado 136
8.2 Logro de las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM) en salud: énfasis en las familias pobres 137
8.3 Los pobres utilizan menos los servicios de alto impacto 138
8.4 A los grupos más pudientes les va bien en términos absolutos 138
8.5a Las mujeres pobres no saben mucho acerca del VIH 139
8.5b Los esposos dicen 'no' a la anticoncepción 139
8.6 Una responsabilidad pública, pero el gasto privado cuenta 139
8.7 La mezcla sector público-sector privado difiere entre pobres y ricos, y entre mediaciones 140
8.8 Cómo facilitar la prestación de servicios de salud por medio de la estandarización y el empoderamiento 142
8.9 Servicios de salud administrados por la comunidad aumentan la utilización y reducen el gasto 146
8.10 Gastos elevados no garantizan una vacunación más igualitaria 153
8.11 Los ciudadanos ejercen poder tanto sobre proveedores como sobre compradores 154
8.12 Seis estrategias se ajustan a todo 158
9.1 Lento avance del acceso a mejor servicio de agua y saneamiento, 1990 y 2000 162
9.2 Agua las 24 horas: una quimera 163
9.3 Agua y saneamiento en los quintiles más pobre y más rico 164
9.4 Fuentes alternas de agua: los pobres pagan más 165

9.5 Responsabilidad en servicios de infraestructura 165

10.1 Fortalecer los cimientos del sector público para la prestación de servicios exige coordinar muchas relaciones contractuales 182
10.2 Las participaciones subnacionales del gasto varían considerablemente 188
10.3 Descentralización y el marco de prestación de servicios 190
10.4 Anatomía del mal manejo de las políticas en la cima 194
10.5 Trabajar para mantener educados, saludables y seguros a los ciudadanos 196
10.6 No existe una vía directa al éxito: secuenciación de reformas presupuestarias 197
10.7 De bases débiles a cimientos fuertes en las reformas institucionales del sector público 197
10.8 Muchas fuerzas en juego para frenar la corrupción en la prestación de servicios 200
11.1 Cuando el enlace de retroalimentación entre los beneficiarios y los contribuyentes del país donante se rompe 206
11.2 Fragmentación de donantes: en ascenso 208
11.3 La calidad burocrática disminuye con la fragmentación de donantes en el África Subsahariana 210

Recuadros

1 Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio 2
2 Servicios: una responsabilidad pública 3
3 Las secciones "En primer plano" 16

1.1 ¿Quién es "la gente pobre"? 20
1.2 El VIH/sida está matando maestros 23
1.3 Los servicios escolares para niñas no tienen gran demanda en la provincia de Dhamar, Yemen 25
Comprimido 1.1 Determinantes de los resultados de salud y educación, dentro, fuera y entre sectores 27

2.1 La gran mayoría de los gobiernos asume la responsabilidad por salud y educación, a menudo apelando a los derechos humanos 34
2.2 Iniciativa Fast-Track: prestación de asistencia para estrategias de educación nacional dignas de crédito 36
2.3 Por qué es tan duro "costear" los Objetivos de Desarrollo del Milenio 41

3.1 Un glosario para este Informe 48
3.2 Los muchos significados de responsabilidad 51
3.3 Creación de condiciones de responsabilidad: la policía 54
3.4 La "era progresiva": creación de la burocracia moderna 55
3.5 En pos de servicios en la República Árabe de Egipto 56
3.6 Atención médica en Asia Central y el Cáucaso: sus más y sus menos 59

4.1 En Andhra Pradesh, India, se prefiere al sector privado 67
4.2 Sobornos en Europa Oriental 68
4.3 Pago y responsabilidad 69
4.4 No generalizar una política sobre tarifas para el usuario 71

5.1 ¿Por qué es tan difícil que los servicios públicos de salud y educación lleguen a la gente pobre? 82
5.2 El "efecto Curley" 83
5.3 En Pakistán es mejor construir escuelas rurales que dirigirlas bien 84

5.4 Seguimiento del dinero del público 86
5.5 Con los pies en la tierra: la tecnología de la información mejora la prestación de servicios rurales 87

6.1 Un buen médico es difícil de encontrar 97
6.2 La discrecionalidad del proveedor puede perjudicar a los pobres 98
6.3 El soborno perjudica a los pobres 99
6.4 Aprendizaje para regular 100
6.5 Tenga cuidado con sus deseos. Parte 1 101
6.6 Tenga cuidado con sus deseos. Parte 2 102
6.7 El pago de incentivos funciona para intervenciones específicas en salud 103
6.8 Las ONG pueden ser más flexibles que el gobierno 105
6.9 ¿Es el GATS una ayuda o un impedimento? 107

7.1 La lamentable situación del entrenamiento de maestros en Pakistán alrededor de 1990 116
7.2 Responsabilidad basada en pruebas: nada nuevo bajo el sol 121
7.3 Premios al desempeño en la escuela, en Chile 123
7.4 Dos evaluaciones transnacionales a gran escala del aprendizaje 124
7.5 Experimentos aleatorios en el distrito de Busia, Kenia 125
7.6 Mejora escolar en Camboya 127
7.7 Rutas alternas hacia la educación básica en Etiopía 128
7.8 Reforma educativa y sindicatos de maestros en América Latina 131

8.1 Etnia y salud 136
8.2 Cómo lograr que los servicios de salud funcionen para los pobres en la República Islámica de Irán 137
8.3 La cambiante mezcla de cura y tratamiento: ¿quién trata qué, y dónde? 141
8.4 Obtención de resultados para lograr los objetivos de Desarrollo del Milenio 144
8.5 Cupones para las trabajadoras sexuales de Nicaragua 147
8.6 Cómo lograr que el seguro de salud funcione a favor de los pobres 148
8.7 El gobierno como comprador activo de resultados de salud mediante la contratación estratégica 152
8.8 Los riesgos de los pagos de capitación 153
8.9 Pagos regulados para proveedores según criterios de ingreso 154
8.10 La crisis de recurso humano en los servicios de salud 156
8.11 Desarrollo de un *ethos* profesional entre las parteras 157
9.1 Clientelismo en la prestación de servicios 166
9.2 Descentralización y la industria del agua a través de la historia 167
9.3 Tendencias de la participación privada: agua, tratamiento de aguas residuales y electricidad 168
9.4 Participación privada a través de la historia 170
9.5 La participación privada en el suministro de agua y saneamiento puede salvar la vida de los pobres y ahorrar dinero 171
9.6 Cobros del agua a través de la historia 173
9.7 Lucha contra el arsénico escuchando a las comunidades rurales 176
9.8 ¿Son diferentes las tuberías y los cables? 178

10.1 El impacto de la crisis de Argentina en los servicios de salud y educación 183
10.2 El caso del dinero faltante: inspecciones de rastreo del gasto público 187
10.3 Descentralización como imperativo político: Etiopía 189
10.4 Muchos caminos a la descentralización: América Latina 189
10.5 Construcción de capacidad local: la función del centro 193
10.6 "Sí, señor ministro" 194

10.7 Manejo de la espinosa política de las reformas de la prestación de servicios a favor de los pobres 201
10.8 ¿Listos para los resultados? 202

11.1 El debate sobre fondos globales: Uganda 207
11.2 Fondo de Inversión Social: Jamaica 211
11.3 Los donantes apoyan la gobernabilidad democrática 213
11.4 Donantes respaldan procesos presupuestarios transparentes: Tanzania 214
11.5 Por qué las agencias de ayuda ponen el énfasis en los insumos 215
11.6 Un caso de unificación en Bolivia 216
11.7 Vinculación del apoyo al presupuesto con el desempeño 217
11.8 Mancomunidad de transferencias de conocimiento 218

Reconocimientos

Este Informe fue preparado por un equipo liderado por Shantayanan Devarajan y Ritva Reinikka, con la participación de Junaid Ahmad, Stephen Commins, Deon Filmer, Jeffrey Hammer, Lant Pritchett, Shekhar Shah y Agnès Soucat, y contribuciones adicionales de Nazmul Chaudhury. El equipo contó con la asistencia de Claudio E. Montenegro y Manju Rani. Bruce Ross-Larson y Meta de Coquereaumont fueron los editores principales. El trabajo se llevó a cabo bajo la dirección general de Nicholas H. Stern.

El equipo recibió asesoría de un panel de expertos encabezados por Emmanuel Jiménez y que incluyó a Martha Ainsworth, Abhijit Banerjee, Timothy Besley, John Briscoe, Anne Case, Luis Crouch, Angus Deaton, David G. de Groot, Anil Deolalikar, Esther Duflo, Vivien Foster, Anne-Marie Goetz, Jonathan D.Halpern, Joel Hellman, Charles Humphreys, R. Mukami Kariuki, Elizabeth King, Michael Kremer, Kenneth Leonard, Maureen Lewis, Benjamin Loevinsohn, Michael Mertaugh, Allister Moon, Howard Pack, Samuel Paul, Sanjay Pradhan, Michael Walton y Dale Whittington.

Muchas otras personas del Banco Mundial y de fuera hicieron comentarios útiles, escribieron documentos de referencia y otros aportes al Informe, y participaron en reuniones de consulta. En la Nota bibliográfica se presenta la lista de estos colaboradores y participantes. El Grupo de Datos sobre Desarrollo contribuyó al apéndice de datos y fue el responsable de los Indicadores seleccionados del desarrollo mundial. Buena parte de la investigación de referencia recibió el apoyo de generosas donaciones de fondos fiduciarios del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido y de los gobiernos holandés, finés y noruego.

El equipo acometió una amplia gama de consultas para este Informe, la cual incluyó talleres en Berlín, Bruselas, El Cairo, Colombo, Dhaka, Ginebra, La Habana, Helsinki, Kampala, Nueva Delhi, París, Pretoria, Tokio y Washington D.C., y una serie de videoconferencias, con participantes de África, Asia Oriental y Meridional, Europa, América Latina y el Oriente Medio. Entre los participantes en estos talleres y videoconferencias hubo investigadores, funcionarios gubernamentales y personal de organizaciones no gubernamentales y del sector privado.

Rebecca Sugui sirvió al equipo como asistente ejecutiva; Leila Search como asistente de programa y apoyo técnico, y Endy Shri Djonokusomo y Ofelia Valladolid como asistentes de equipo. Evangeline Santo Domingo fue la asistente de manejo de recursos.

Los trabajos de diseño, edición y producción del libro fueron coordinados por la Unidad de Servicios de Producción de la Oficina del Editor del Banco Mundial, bajo la supervisión de Susan Graham e Ilma Kramer.

Siglas y Notas sobre los datos

Siglas y abreviaturas

ACE	Asociación Comunitaria de Educación
ADO	Ayuda oficial para el desarrollo
BCG	Bacilo Calmette-Guérin
BRAC	Bangladesh Rural Advancement Committee. *Comité de Avance Rural de Bangladesh*
DAC	Development Assistance Committee. *Comité de Asistencia para el Desarrollo* (OCDE)
DPT	Diphtheria-pertussis-tetanus. *Difteria, tos ferina, tétano*
Educo	Educación con Participación de la Comunidad (El Salvador)
Eprdf	Ethiopia People's Revolutionary Democratic Front. *Frente Democrático Revolucionario del Pueblo de Etiopía*
ICRG	International Country Risk Guide. *Guía Internacional de Riesgo por País*
IDT	Impres Desa Tertinggal (Indonesia)
JER	Junta de electricidad rural
KDP	Kecamatan Development Program. *Programa de Desarrollo Municipal* (Indonesia)
MKSS	Mazdoor Kisan Shakti Sanghathan (India)
MWSS	Metro-Manila Waterworks and Sewerage System. *Sistema de Acueducto y Alcantarillado Metro-Manila*
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
PAS	Programa de Agua y Sanidad
PIB	Producto interno bruto
PNB	Producto nacional bruto
PPBT	País pobre bajo tensión. En inglés, LICUS Low-income country under stress
PPME	País pobre muy endeudado. En inglés, HIPC Heavily indebted poor country
PRI	Partido Revolucionario Institucional (México)
Progresa	Programa de Educación, Salud y Alimentación (México)
Pronasol	Programa Nacional de Solidaridad
SIDA	Swedish International Development Agency. *Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional*
Timss	Third International Mathematics and Science Study. *Tercer Estudio Internacional de Matemáticas y Ciencias*
Usaid	U.S. Agency for International Development. *Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional*
VERC	Village education resource center. *Centro de recursos educativos del pueblo*

Notas sobre los datos

Los países incluidos en las agrupaciones regionales y por ingresos en este Informe aparecen en lista en el cuadro de Clasificación de Economías al final de los Indicadores seleccionados del desarrollo mundial.

Las clasificaciones por ingresos se basan en el PIB per cápita; los umbrales para las clasificaciones por ingresos en esta edición pueden encontrarse en la introducción a los Indicadores seleccionados del desarrollo mundial.

Los promedios por grupo reportados en los gráficos y cuadros son promedios no ponderados de los países incluidos en el grupo, a menos que en una nota se diga lo contrario.

El uso de la palabra *países* para referirse a economías no implica ningún juicio del Banco Mundial con respecto al estatus legal o de otro tipo de un territorio. La expresión *países en desarrollo* incluye a las economías de bajos y de medianos ingresos y, por tanto, por simple conveniencia puede incluir economías en transición hacia la planeación descentralizada. Las expresiones *países desarrollados* y *países industriales o industrializados*, por conveniencia pueden usarse para referirse a economías de elevados ingresos.

Las cifras en dólares estadounidenses son dólares corrientes, a menos que se especifique otra cosa.

Prólogo

Entramos al nuevo milenio con grandes esperanzas. Por primera vez en la historia de la humanidad, tenemos la posibilidad de erradicar la pobreza global en nuestro tiempo de vida. Ciento ochenta jefes de Estado suscribieron en octubre de 2000 la Declaración del Milenio, comprometiendo así al mundo a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015. En Monterrey, México, en la primavera de 2002 las naciones del mundo establecieron una sociedad para incrementar la asistencia externa, expandir el comercio mundial y profundizar las reformas de política e institucionales para alcanzar estos objetivos. La ayuda extranjera, que decreció durante la década de los noventa, ha empezado a incrementarse de nuevo.

Pero los primeros años del siglo XXI traen desafíos acrecentados. El VIH/sida y otras enfermedades, el analfabetismo y el agua no apta para consumo humano amenazan con desvanecer las esperanzas de millones, quizá miles de millones, de personas de salir de la pobreza. Trágicamente, en muchos países el conflicto ha minado el desarrollo. La paz y el desarrollo van de la mano. Y al mismo tiempo que aprendemos a hacer que la asistencia para el desarrollo sea más efectiva, se continúa criticando la ayuda por no ser suficientemente efectiva.

El *Informe sobre el Desarrollo Mundial* de este año, el vigesimosexto de la serie insignia del Banco Mundial, ayuda a reencender y a reforzar nuestras esperanzas confrontando estos desafíos. El desarrollo no es sólo cuestión de dinero ni de objetivos numéricos por alcanzar para el 2015, pese a todo lo importante que son. El desarrollo se refiere a la gente. Este *Informe sobre el Desarrollo Mundial* se concentra en servicios básicos, en particular salud, educación, agua y sanidad, en busca de medios para hacer que funcionen para los pobres. Con demasiada frecuencia los servicios le fallan a la gente pobre. Y aunque estas fallas sean menos espectaculares que crisis financieras, de todas maneras sus efectos son continuos y profundos.

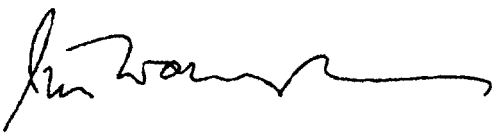
El Informe muestra que hay poderosos ejemplos de servicios funcionales para la gente pobre. Los servicios funcionan cuando incluyen a toda la gente, cuando se estimula a las niñas a asistir a la escuela, cuando alumnos y padres participan en el proceso escolar, cuando las comunidades se hacen cargo de su propia sanidad. Funcionan cuando las sociedades pueden reducir la corrupción –la cual perjudica más a los pobres que a los mejor librados– particularmente cuando golpea los servicios básicos de salud, de los que la gente pobre necesita desesperadamente. Funcionan cuando asumimos una visión comprensiva del desarrollo, reconociendo que la educación de una madre ayudará a la salud de su bebé, que la construcción de una carretera o de un puente habilitará a los niños para ir a la escuela.

Los servicios funcionan especialmente bien cuando reconocemos que los recursos y su uso efectivo son inseparables. El uso más efectivo hace más productivos los recursos adicionales –y más persuasivo el argumento para solicitar más ayuda. Recursos externos pueden constituir un fuerte apoyo para cambios en la política y en la práctica que pueden generar un uso más efectivo. Así es como podemos expandirnos para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Para mejorar la prestación de servicios, el *Informe sobre el Desarrollo Mundial* recomienda cambios institucionales que fortalezcan las relaciones de responsabilidad –entre responsables de la formulación de políticas, proveedores y ciudadanos. Estos cambios no se lograrán de la noche a la mañana. Las soluciones tienen que ajustarse no a una "mejor práctica" imaginaria sino a las realidades del país, el municipio o el pueblo. Una sola medida no se ajustaría a todos. Pero yo

estoy convencido de que esta nueva forma de pensar acerca de la prestación de servicios, y ciertamente acerca de la efectividad del desarrollo, dará fruto, particularmente cuando se la acompañe de recursos adecuados y del deseo de evaluar qué sí funciona y qué no, y de decidir qué tiene que expandirse y, claro está, qué tiene que contraerse.

En pocas palabras, el *Informe sobre el Desarrollo Mundial* de este año es central para la doble estrategia del Banco Mundial para el desarrollo: invertir en empoderar a la gente y mejorar el clima de inversión. El *Informe sobre el Desarrollo Mundial* del próximo año se centrará en el segundo de estos aspectos. Conjuntamente, estos informes hacen parte de la contribución del Banco Mundial al cumplimiento del desafío que la comunidad global se ha impuesto: erradicar la pobreza en nuestro tiempo de vida.



James D. Wolfensohn

Visión general

Voy por agua cuatro veces al día, con una tinaja de barro de 20 litros. Es un trabajo duro... Nunca he ido a la escuela porque he tenido que ayudarle a mi mamá en su trabajo de lavar para poder ganar suficiente dinero... En nuestra casa no hay baño... Si yo pudiera cambiar mi vida, realmente me gustaría ir a la escuela y tener más ropa.

Elma Kassa, niña de trece años de Addis Abeba, Etiopía

on demasiada frecuencia, los servicios les fallan a los pobres, en acceso, en cantidad y en calidad. Pero el hecho de que haya ejemplos sólidos de servicios que sí funcionan significa que gobiernos y ciudadanos pueden desempeñarse mejor. ¿Cómo? Poniendo a los pobres en el centro de la prestación de servicios: capacitándolos para hacer seguimiento y disciplinar a los proveedores de servicios, ampliando su voz en la formulación de políticas y fortaleciendo los incentivos para que los proveedores sirvan a los pobres.

El estar libres de enfermedad y libres de analfabetismo –dos de las formas más importantes mediante las cuales la gente pobre puede escapar de la pobreza– sigue siendo evasivo para muchos. Naturalmente, para acelerar el progreso en el desarrollo humano se necesita crecimiento económico. Pero éste no es suficiente. Para avanzar se requerirá un incremento sustancial de recursos externos y el uso más efectivo de todos los recursos, internos y externos. A medida que los recursos se vuelven más productivos, los argumentos para obtener recursos adicionales se hacen más persuasivos. Y los recursos externos pueden constituir un fuerte apoyo para efectuar cambios en la práctica y en la política, a fin de que produzcan un uso más efectivo. Las dos cosas son complementarias –esa es la esencia de la asociación para el desarrollo que se cimentó en Monterrey en la primavera del 2002.

Este Informe construye un marco analítico y práctico para usar los recursos, sean internos o externos, de una manera más efectiva, haciendo que los servicios funcionen para la gente pobre. Se centra en aquellos servicios que tienen el vínculo más directo con el desarrollo humano –educación, salud, agua, saneamiento y electricidad.

Los gobiernos y los ciudadanos usan diversos métodos de provisión de estos servicios: prestación por parte del gobierno central, contratación con el sector privado y organizaciones no gubernamentales (ONG), descentralización a gobiernos locales, participación comunitaria y transferencias directas a hogares. Ha habido grandes éxitos y también fracasos rotundos. Unos y otros destacan la necesidad de fortalecer la responsabilidad en tres relaciones clave de la cadena de prestación de servicios: entre los pobres y los proveedores, entre los pobres y los responsables de la formulación de políticas, y entre los responsables de la formulación de políticas y los proveedores. Los donantes de ayudas externas deben reforzar la responsabilidad en estas relaciones, en vez de minarla.

Incrementar las opciones de elección y la participación de clientes pobres en la prestación de servicios les ayudará a hacer seguimiento y disciplinar a los proveedores. Elevar el poder de voz de los ciudadanos pobres, mediante el voto electoral e información ampliamente disponible, puede incrementar su influencia sobre los responsables de la formulación de políticas y reducir la desviación de servicios públicos, debida a padrinazgo político, hacia gente que no es pobre. Recompensando la provisión efectiva de servicios y penalizando la ineficiente, los responsables de formular las políticas pueden conseguir que los proveedores sirvan mejor a los pobres.

No bastará con innovar en los arreglos de entrega de servicios. Las sociedades deben aprender de sus innovaciones, evaluando sistemáticamente y difundiendo la información de lo que sí funciona y lo que no. Sólo entonces las innovaciones podrán expandirse para mejorar la vida de los pobres en todo el mundo.

El reto es formidable, porque procurar servicios funcionales para los pobres no implica cambiar solamente los arreglos de entrega de servicios, sino también las instituciones del sector público. Asimismo, implica cambiar la forma en que se transfiere mucha de la ayuda externa. Al crear incentivos para estos cambios, gobiernos, ciudadanos y donantes deben ser

selectivos en los problemas que decidan abordar. Deben ser realistas con respecto a las dificultades de implementación. Y deben ser pacientes.

El problema

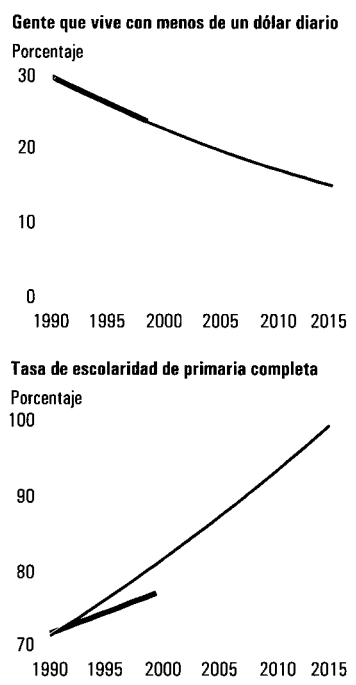
La pobreza tiene muchas dimensiones. Además de bajos ingresos (vivir con menos de un dólar diario), analfabetismo, mala salud, desigualdad de género, degradación ambiental, son todos aspectos del ser pobre. Esto se refleja en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el acuerdo sin precedentes de la comunidad internacional sobre los objetivos para reducir la pobreza (recuadro 1). La naturaleza multidimensional de la pobreza se refleja también en la doble estrategia del Banco Mundial para el desarrollo: invertir en la gente y mejorar el clima de inversión. El hecho de que cinco de los ocho objetivos y uno de los dos frentes de la estrategia para el desarrollo conciernan a la salud y la educación, señala lo esencial que es el desarrollo humano para el bienestar humano.

Pero el progreso en desarrollo humano ha quedado rezagado con respecto al progreso en reducción de la pobreza en términos de ingresos (gráfico 1). El mundo como un todo está en camino de alcanzar este primer objetivo –reducir a la mitad la cantidad de gente que vive con menos de un dólar diario–, gracias principalmente al rápido crecimiento económico de la India y la China, donde viven muchos de los pobres del mundo.[1] Pero el mundo está fuera de curso para alcanzar los objetivos de educación primaria, igualdad de género y mortalidad infantil.

El crecimiento económico es esencial para alcanzar todos estos objetivos. Pero no será suficiente. El crecimiento proyectado del PIB per cápita habilitará por sí solo a cinco de las seis regiones en desarrollo del mundo para alcanzar el objetivo de reducir la pobreza en términos de ingresos (cuadro 1). No obstante, dicho crecimiento no habilitará más que a dos de las regiones para alcanzar el objetivo de matrícula primaria, y a ninguna de las seis a alcanzar el objetivo de mortalidad infantil. Si el crecimiento económico proyectado para África se duplicara, la región alcanzaría el objetivo de pobreza en términos de ingresos, pero aún se quedaría corta en los objetivos de salud y educación. En Uganda, pese a su crecimiento anual promedio de 3,9% del PIB per cápita durante la última década, la mortalidad infantil no ha variado –y la epidemia de sida sólo la explica parcialmente[2].

Dado que el solo crecimiento no será suficiente para alcanzar los objetivos, la comunidad internacional –en una serie de reuniones recientes en Monterrey, Doha y Johannesburgo–

Gráfico 1 Progreso en desarrollo humano: fuera de ruta



Nota: La línea azul corresponde a la tendencia para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio. La línea roja muestra el progreso real a la fecha.
Fuente: www.developmentgoals.org.

RECUADRO 1 ***Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio***

Con puntos de partida fijados en 1990, cada objetivo debe alcanzarse para el año 2015:

1. **Erradicar la pobreza extrema y el hambre**
   Reducir a la mitad la proporción de gente que vive con menos de un dólar diario.
   Reducir a la mitad la proporción de gente que sufre hambre.
2. **Alcanzar educación primaria universal**
   Asegurar que niños y niñas por igual hagan estudios primarios completos.
3. **Promover la igualdad de género y empoderar a la mujer**
   Eliminar la disparidad de género en todos los niveles de educación.
4. **Reducir la mortalidad infantil**
   Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de menores de cinco años.
5. **Mejorar la salud materna**
   Reducir en tres cuartos la tasa de mortalidad materna.
6. **Combatir el VIH/Sida, la malaria y otras enfermedades**
   Contraer la expansión del VIH/sida.
7. **Asegurar la sostenibilidad ambiental**
   Integrar el desarrollo sostenible a las políticas de cada país y revertir la pérdida de recursos ambientales.
   Disminuir a la mitad la proporción de gente que carece de acceso a agua potable.
   Mejorar significativamente la vida de por lo menos 100 millones de residentes de barrios bajos.
8. **Desarrollar una sociedad global para el desarrollo**
   Elevar la asistencia oficial para el desarrollo.
   Expandir el acceso al mercado.

Tres puntos acerca de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Primero, para ser duradero, el éxito en alcanzar los objetivos tiene que basarse en reformas a nivel de sistema, para respaldar el progreso. Segundo, centrarse en estos resultados no quiere decir centrarse solamente en los servicios de educación y salud. Los resultados en educación y salud dependen de muchos factores más para ser positivos –desde el conocimiento y el comportamiento de los padres hasta la facilidad y seguridad para llegar a un centro hospitalario o a una escuela, o la tecnología disponible para producir los resultados (*ver* el Comprimido 1.1). Tercero, en países que ya han alcanzado educación primaria completa universal o bajas tasas de mortalidad infantil y materna, el espíritu de los Objetivos de Desarrollo del Milenio –con límite de tiempo y basados en resultados para enfocar las estrategias– sigue siendo importante.

Cuadro 1 El crecimiento económico solo no es suficiente para alcanzar todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio

		Gente que vive con menos de un dólar diario		Tasa de escolaridad primaria completa		Mortalidad de menores de cinco años	
	Crecimiento anual promedio del PIB per cápita 2000–2015* (porcentaje anual)	Objetivo (porcentaje)	Crecimiento solo 2015 (porcentaje)	Objetivo (porcentaje)	Crecimiento solo 2015 (porcentaje)	Objetivo (por cada 1.000 nacimientos)	Crecimiento solo 2015 (por cada 1.000 nacimientos)
Asia Oriental	5,4	14	4	100	100	19	26
Europa y Asia Central	3,6	1	1	100	100	15	26
América Latina y el Caribe	1,8	8	8	100	95	17	30
Oriente Medio y N. de África	1,4	1	1	100	96	25	41
Asia Meridional	3,8	22	15	100	99	43	69
África	1,2	24	35	100	56	59	151

* Proyecciones de crecimiento del PIB tomadas de Banco Mundial (2003a).
Nota: La elasticidad asumida entre crecimiento y pobreza es –1,5; la tasa de escolaridad primaria completa es 0,62; la mortalidad de menores de cinco años es –0,48.
Fuentes: Banco Mundial (2003a), Devarajan (2002).

se ha comprometido con mayores transferencias de recursos de los países desarrollados y mejores políticas e instituciones en los países en desarrollo. El nivel de transferencias de recursos es difícil de calcular con precisión. Algunas estimaciones convergen en una cifra de entre 40.000 y 60.000 millones de dólares al año de ayuda externa adicional –en la medida en que el dinero va acompañado de reformas políticas e institucionales para elevar la productividad de los recursos tanto domésticos como externos.[5]

Al centrarse en las metas de desarrollo humano, este Informe describe las reformas en servicios que se necesitan para alcanzarlas. Asegurar resultados básicos de salud y educación es responsabilidad del Estado (recuadro 2). Pero muchos gobiernos se están quedando cortos en su obligación, especialmente con la gente pobre. En Armenia y Camboya, las tasas de mortalidad infantil para el quintil más pobre de la población son el doble o el triple de las que registra el quintil más rico. Apenas alrededor del 60% de los adolescentes de la quinta parte más pobre de la República Árabe de Egipto y del Perú han cursado la escuela primaria completa, en tanto que en la quinta parte más rica todos lo han hecho.

Para cumplir esta responsabilidad, gobiernos y ciudadanos necesitan hacer que los servicios que contribuyen a la salud y la educación –agua, saneamiento, energía, transporte, salud y educación– funcionen para los pobres. Con demasiada frecuencia estos servicios fallan. A veces fallan para todo el mundo –excepto para los ricos, quienes pueden recurrir a opciones ajenas al sistema público. Pero otras veces, evidentemente fallan para los pobres.

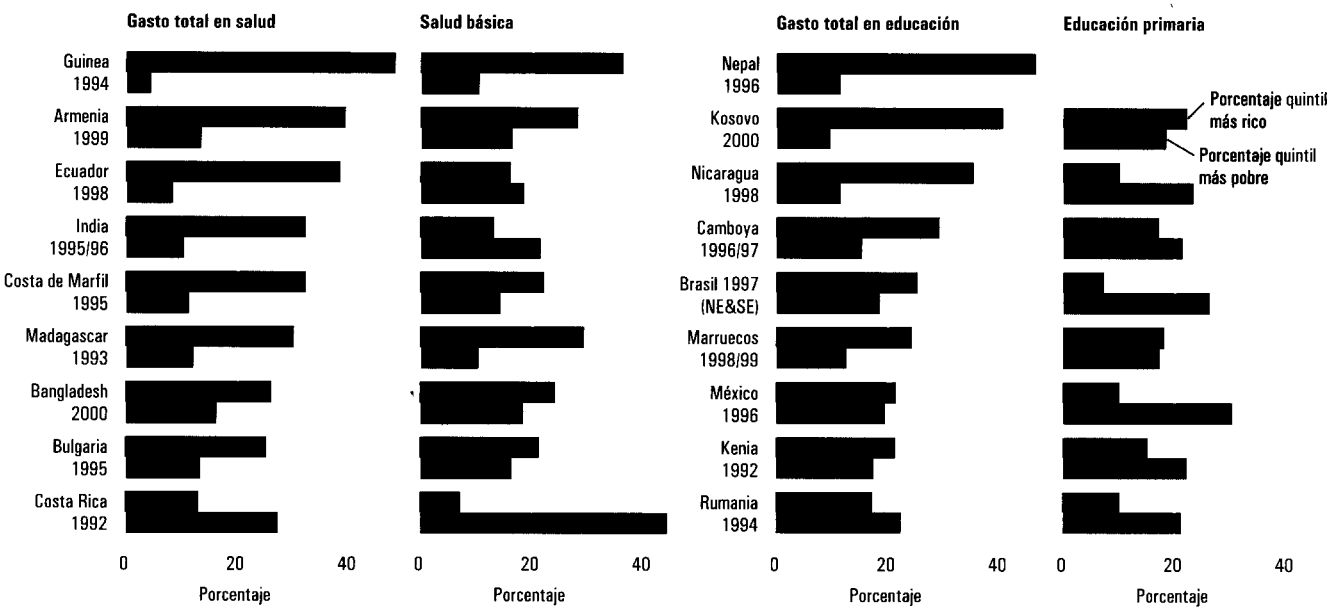
Los servicios les fallan a los pobres en cuatro formas

¿Cómo sabemos que estos servicios les están fallando a los pobres? En primer lugar, si bien los gobiernos destinan cerca de un tercio de sus presupuestos a salud y educación, gastan muy poco en la gente pobre –es decir, en los servicios que los pobres necesitan para mejorar su salud y educación. El gasto público en salud y educación típicamente lo disfrutan los que no son pobres (gráfico 2). En Nepal, el 46% del gasto en educación se concentra en el quintil más rico de la población, mientras que sólo el 11% va a los más pobres. En la India el quintil más rico recibe el triple de subsidio que el quinto más pobre para atención médica curativa[1]. Aun cuando el agua potable es crucial para los resultados de salud, en Marruecos sólo el 11% del quintil más pobre de la población tiene acceso a agua confiable, mientras que en el quintil más rico todos lo tienen (gráfico 3).

RECUADRO 2 ***Servicios: una responsabilidad pública***

Financiando, proveyendo o regulando los servicios que contribuyen a los resultados en salud y educación, gobiernos de todo el mundo demuestran su responsabilidad por la salud y la educación de su pueblo. ¿Por qué? En primer lugar, estos servicios están repletos de fallas de mercado, repletos de externalidades, como cuando un niño infectado propaga una enfermedad entre los compañeros de juego o cuando un agricultor se beneficia de la capacidad de leer de un vecino. Por eso el sector privado, dejado a sus mecanismos, no alcanzará el nivel de salud y educación que desea la sociedad. En segundo lugar, la salud y la educación básicas se consideran derechos humanos fundamentales. La Declaración Universal de los Derechos Humanos consigna un derecho del individuo a "un nivel de vida adecuado para la salud y bienestar propios y de su familia, incluidos... atención médica... [y un derecho a educación que sea]... gratuita, como mínimo en las etapas elemental y básica". No importa cuán intimidatorios sean los problemas de provisión, el sector público no puede ponerse al margen de la salud y la educación. El desafío es ver cómo puede el gobierno, en colaboración con el sector privado, las comunidades y socios externos, cumplir esta responsabilidad fundamental.

Gráfico 2 Más gasto público para los ricos que para los pobres
Participación del gasto público que llega a los quintiles más rico y más pobre



Fuente: Compilado de diversas fuentes por personal del Banco Mundial.

En segundo lugar, aun cuando la asignación del gasto público pueda reorientarse hacia los pobres –digamos, dirigiéndolo a escuelas primarias y clínicas–, el dinero no siempre llega al proveedor final de servicios. En Uganda, a principios de los años noventa el gasto no salarial en educación primaria que efectivamente llegaba a las escuelas primarias era el 13%. Y ese era el promedio: las escuelas más pobres recibían bastante menos que el promedio.[5]

En tercer lugar, aunque se incremente esta participación –como se ha hecho en Uganda–, los maestros tienen que estar presentes y ser efectivos en su trabajo, así como los médicos y los enfermeros tienen que brindar a los pacientes la atención que necesitan. Pero ellos a menudo están empantanados en un sistema en el que los incentivos para la provisión efectiva del servicio son débiles: es posible que los salarios no sean pagados, la corrupción es rampante y el padrinazgo político es una forma de vida. Los médicos muy bien preparados difícilmente quieren servir en áreas rurales remotas. Dado que quienes sirven allí rara vez son controlados, los castigos por no asistir al trabajo son bajos. Una encuesta sobre instalaciones para atención médica primaria en Bangladesh descubrió que la tasa de ausencia entre los médicos era del 74%.[6] Cuando están presentes, algunos proveedores de servicios tratan mal a los pobres. "Nos tratan como animales", dice un paciente de África Occidental.[7]

Lo anterior no significa de ninguna manera que todos los proveedores finales de servicios se comporten así. Muchos, con frecuencia la mayoría, están impulsados por una motivación intrínseca de servir. Sea por orgullo profesional o por un compromiso genuino de ayudar a los pobres (o por ambas cosas), muchos maestros y trabajadores de la salud prestan servicios oportunos, eficientes y amables, a menudo en circunstancias difíciles –construcciones que se están cayendo, con letrinas que se desbordan– y con pocos recursos –clínicas carentes de drogas, clases sin libros de texto.[8] El desafío es reforzar esta experiencia, replicar la ética profesional, la motivación intrínseca y otros incentivos de estos proveedores en el resto de la fuerza laboral del área de servicios.

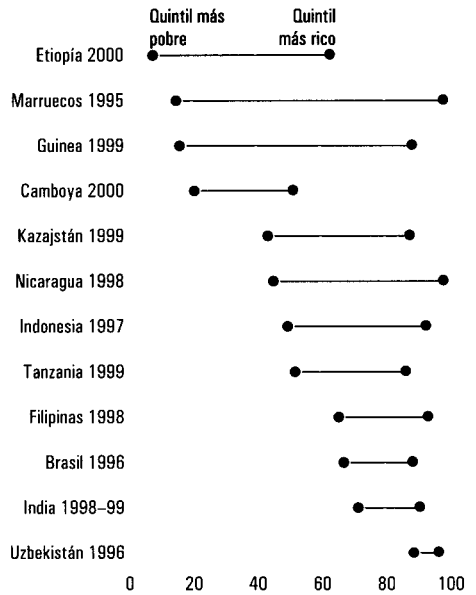
La cuarta forma en que los servicios les fallan a los pobres es la falta de demanda. A menudo la gente pobre no envía a sus hijos a la escuela o no los lleva a una clínica. En Bolivia, el 60% de los niños que morían antes de los 5 años no habían estado en manos de ningún proveedor formal de servicios de salud durante la enfermedad que culminó en su muerte. A veces la razón es la mala calidad del servicio –falta de materiales, ausencia de trabajadores, tratamiento abusivo–, otras veces es porque son pobres. Aun cuando los servicios sean gratuitos, muchas familias campesinas pobres no pueden sacar el tiempo que se requiere para viajar los casi 8 kilómetros a la

escuela más cercana en Malí o los 23 kilómetros al centro médico más cercano en Chad.[9]

La débil demanda también puede deberse a factores culturales, particularmente de género. Algunos padres se niegan a enviar a sus hijas a la escuela. Se ha sabido de esposos que impiden a sus mujeres recurrir a clínicas, aun tratándose de partos. Y la distancia social entre la gente pobre y los proveedores de servicios (el 70% de enfermeros y parteras del Níger rural se han criado en la ciudad) suele ser un elemento ahuyentador.

Gráfico 3 Agua, agua en todas partes, ni una gota para beber

Porcentaje de hogares que consumen agua de fuente tratada (países seleccionados)



Fuente: Personal del Banco Mundial.

Arreglos alternativos para la provisión de servicios

Asegurar el acceso a servicios básicos tales como salud, educación, agua, energía y sanidad, hoy es responsabilidad pública, pero no siempre lo fue. Tampoco los gobiernos cumplen esta responsabilidad únicamente a través de la prestación de los servicios por parte del gobierno central. A todo lo largo de la historia, y en el mundo entero, las sociedades han ensayado distintos arreglos, con resultados mixtos.

- Algunos gobiernos contratan servicios con el sector privado, ONG o incluso con otras agencias públicas. Al final de una guerra civil, Camboya introdujo dos formas de contratación para el suministro de servicios primarios de salud ("contratar por fuera" servicios completos y "contratar por dentro" algunos servicios). Asignando estos arreglos al azar entre 12 distritos (para evitar una desviación sistemática), encontró que los indicadores de salud, así como el uso por parte de los pobres, se incrementaban muchísimo en los distritos que contrataban por fuera.[10] Vale la pena explorar si esto puede expandirse más allá de 12 distritos de Camboya.
- Los gobiernos también otorgan concesiones al sector privado –en agua, transporte, electricidad– con algunos resultados muy buenos y algunos muy malos. La privatización del agua en Cartagena, Colombia, mejoró los servicios y el acceso de los pobres a ellos. Una venta similar en Tucumán, Argentina, condujo a levantamientos en las calles y a revertir la concesión.
- Algunas sociedades transfieren la responsabilidad (de financiar, proveer y regular) a instancias inferiores del gobierno. También en este caso el registro ha variado: una capacidad potencialmente más débil y un padrinazgo político mayor a nivel local, y la reducida cobertura para redistribución, a veces han pesado más que los beneficios de la mayor participación local. La provisión de infraestructura por parte de los gobiernos locales en Sudáfrica mejoró la prestación de servicios en corto tiempo.[11] Pero en Rumania la descentralización de la asistencia social debilitó la capacidad y los incentivos de los concejos locales para entregar transferencias en efectivo a los pobres.[12] Actualmente el programa se está volviendo a centralizar.
- A veces la responsabilidad se transfiere a las comunidades o a los propios clientes. El programa de escuelas manejadas por la comunidad Educo, de El Salvador, da a las asociaciones de padres el derecho de contratar y despedir maestros. Eso, además de visitas mensuales a las escuelas por parte de las asociaciones de padres, ha reducido el ausentismo de maestros –y de estudiantes–, mejorando con ello el desempeño de los estudiantes.
- Otros programas transfieren recursos y responsabilidad a los hogares. El programa de educación, salud y nutrición Progresa, de México, da a las familias dinero en efectivo si sus hijos asisten a la escuela y si visitan regularmente una clínica. Numerosas evaluaciones del programa muestran consisten-

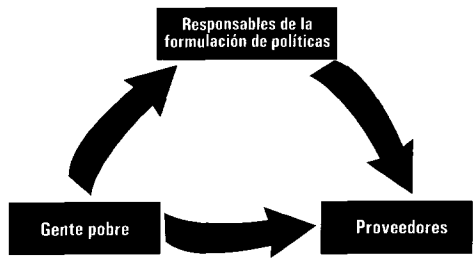
temente que éste incrementó la matrícula escolar (ocho puntos porcentuales para niñas y cinco para varones a nivel de secundaria) y mejoró la salud infantil (la enfermedad entre los niños descendió un 20%).[13]

Marco de relaciones entre clientes, proveedores y responsables de la formulación de políticas

Como ayuda para entender la diversidad de experiencias con arreglos tradicionales y alternativos para la provisión de servicios, la cadena de suministro de servicios puede descomponerse en tres conjuntos de actores y examinar las relaciones entre ellos (gráfico 4). Los pobres –como pacientes en las clínicas, estudiantes en las escuelas, pasajeros en los autobuses, consumidores de agua– son los clientes de los servicios. Ellos tienen una relación con los proveedores de primera línea, con los maestros de escuela, los médicos, los conductores de bus, las compañías proveedoras de agua. La gente pobre tiene una relación similar cuando compra algo en el mercado, como un emparedado (o una samosa, una salteña, un shoo-mai). En una transacción en el mercado competitivo, ellos obtienen el "servicio" porque pueden hacer que el proveedor responda. Es decir, el consumidor paga directamente al proveedor; puede observar si recibe o no el emparedado y, si se siente insatisfecho, tiene poder sobre el proveedor para negociar con él o, en caso de fraude, mediante sanciones legales o sociales.

Para los servicios contemplados aquí –salud, educación, agua, electricidad y sanidad– no hay ninguna responsabilidad directa del proveedor al consumidor. ¿Por qué no? Por varias buenas razones la sociedad ha decidido que los servicios sean proporcionados no mediante una transacción mercantil sino haciendo que el gobierno asuma la responsabilidad (*ver* recuadro 2). Esto es, mediante la "ruta larga" de responsabilidad –por parte de los clientes como ciudadanos que influyen en los responsables de la formulación de políticas, y de los responsables de la formulación de políticas que influyen en los proveedores. Cuando las relaciones en esta ruta larga se rompen, la provisión de servicios falla (maestros ausentes, acueductos con escapes) y los resultados de desarrollo humano son deficientes.

Gráfico 4 Marco de relaciones de responsabilidad



Consideremos la primera de las dos relaciones en la ruta larga –el vínculo entre gente pobre y responsables de la formulación de políticas o políticos (gráfico 4). Los pobres son ciudadanos. En principio, ellos contribuyen a definir los objetivos colectivos de la sociedad y tratan de controlar la acción pública para alcanzar esos objetivos. En la práctica, esto no siempre funciona; o los excluyen de la formulación de objetivos colectivos, o bien no pueden influir en la acción pública debido a debilidades del sistema electoral. Los servicios públicos gratuitos y los empleos "sin asistir al trabajo" se dan como padrinazgo político del que los pobres rara vez son beneficiarios.

Incluso si los pobres pueden llegar al responsable de la formulación de políticas, los servicios no mejorarán a menos que ese responsable pueda asegurar que el proveedor del servicio les suministre el servicio a ellos. En Camboya, los responsables de la formulación de políticas fueron capaces de especificar los servicios requeridos de las ONG con las cuales los contrataron. Pero para muchos servicios, tales como el aprendizaje estudiantil o la atención médica curativa, es posible que el responsable de formular la política no sea capaz de especificar la naturaleza del servicio, mucho menos de imponer castigos por un cumplimiento deficiente del contrato. A menudo el resultado es el ausentismo de maestros y trabajadores de la salud.

Dadas las debilidades de la ruta larga de responsabilidad, los resultados de los servicios pueden mejorarse fortaleciendo la ruta corta –dirigiendo el poder del cliente sobre los proveedores. Los programas de bonos escolares (el Paces de Colombia) o becas (el Programa de Asistencia para la Escuela Secundaria Femenina de Bangladesh, en el que las escuelas recibían un auxilio basado en el número de niñas que matricularan) facultan a los clientes para ejercer influencia sobre los proveedores mediante elección. El programa Educo de El Salvador y el programa rotativo de drogas en Guinea (en el que los copagos inspiraron a los pobladores para detener el robo) son formas de participación de los clientes para mejorar la prestación de servicios.[14]

Demos ahora una mirada de cerca a las relaciones individuales en la cadena de suministro de servicios: por qué se rompen, cómo pueden fortalecerse.

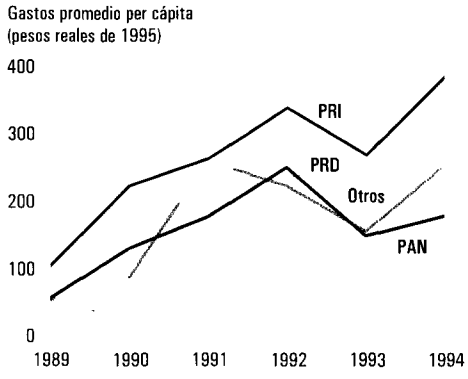
Ciudadanos y políticos/responsables de la formulación de políticas: voz más fuerte

Los ciudadanos pobres tienen poca influencia efectiva sobre los políticos. En algunos países la ciudadanía apenas tiene un débil control sobre ellos. Incluso existiendo un sistema electoral que funcione bien, la gente puede no ser capaz de influir en los políticos con respecto a los servicios públicos: es posible que no estén bien informados acerca de la calidad de los servicios públicos (y los políticos saben esto); pueden votar siguiendo lineamientos étnicos o ideológicos, dando menos peso a los servicios públicos a la hora de evaluar a los políticos; o pueden no creerles a los candidatos que prometen mejores servicios públicos –dado que el período para el que se los elige es demasiado corto para que cumplan su promesa– y en cambio pueden votar por candidatos que les proporcionen dinero en efectivo y empleo rápido.

Como resultado, los servicios públicos suelen convertirse en la moneda del padrinazgo y el clientelismo políticos. Los políticos dan empleos "fantasma" a maestros y médicos. Construyen escuelas públicas y clínicas gratuitas en áreas en las que viven los que los respaldan. El ex alcalde de Boston James Curley fortaleció su base política concentrando servicios públicos en las áreas irlandesas católicas, en tanto que se los negaba a los protestantes, quienes acabaron por mudarse a los suburbios.[15]

En 1989 México inició Pronasol (Programa Nacional de Solidaridad), un programa para mitigar la pobreza que gastaba anualmente el 1,2% del PIB en agua, electricidad, nutrición y educación en las comunidades pobres. Evaluaciones del programa de seis años encontraron que redujo la pobreza apenas en un 3%. Si se hubiera distribuido el presupuesto para maximizar su impacto sobre la pobreza, el descenso esperado habría sido del 64%. Y habría sido del 13% incluso con una transferencia proporcional universal, no dirigida, a la población total. La razón resulta evidente cuando se examina la afiliación política de las comunidades que recibieron los gastos de Pronasol. Municipalidades dominadas por el Partido Revolucionario Institucional (PRI) –el partido que estaba en el poder– recibieron transferencias per cápita significativamente mayores que aquellas que votaron por otro partido (gráfico 5).[16]

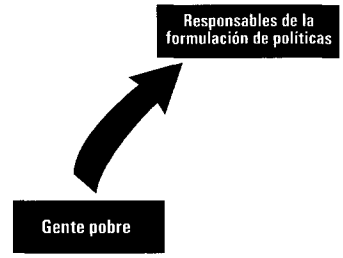
Gráfico 5 Valió la pena votar por el PRI
Gastos de Pronasol de acuerdo con el partido del gobierno municipal



Nota: PRI = Partido Revolucionario Institucional; PRD = Partido de la Revolución Democrática; PAN = Partido de Acción Nacional.
Fuente: Estévez, Magaloni y Díaz-Cayeros (2002).

Así como una democracia que funcione bien no garantiza que los pobres se beneficien de los servicios públicos, algunos Estados con un solo partido obtienen buenos resultados en salud y educación, incluso entre los pobres. Cuba está entre los que tienen los mejores indicadores en América Latina, a un nivel de ingresos mucho menor que el de sus pares, como son Chile y Costa Rica. China redujo radicalmente la mortalidad infantil y logró una matrícula primaria casi universal. Seguramente los casos que se produjeron en la China durante la etapa más temprana del brote del síndrome respiratorio agudo severo en 2002 no fueron reportados abiertamente, lo que hizo que su expansión posterior fuera casi inevitable. Y los cubanos, que en los años 1950 tenían altos niveles de salud y educación, siguen siendo pobres en otros aspectos.[17]

La lección parece ser que el vínculo entre el ciudadano y el responsable de la formulación de políticas está operando ya sea cuando los ciudadanos pueden hacer que los responsables de formular las políticas respondan por servicios públicos que beneficien a los pobres, o cuando el responsable de las políticas se preocupa por la salud y la educación de la gente pobre. Estas son políticas "en pro de los pobres".



¿Qué puede hacerse cuando las políticas no están en favor de los pobres? De todos modos las sociedades pueden introducir varios elementos intermedios para hacer más responsables a las instituciones. La elaboración participativa del presupuesto en Porto Alegre, Brasil, comenzó como un medio para que los ciudadanos participaran en la formulación del presupuesto y luego hicieran responder al gobierno municipal por la ejecución del mismo.

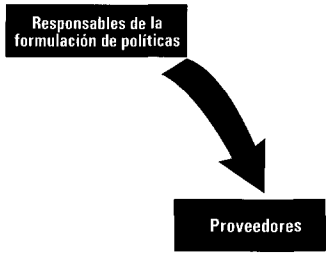
Quizá el medio más poderoso de incrementar la voz de los pobres en la formulación de políticas sea una mejor información. Cuando el gobierno de Uganda supo que sólo el 13% del gasto recurrente para educación primaria estaba llegando a las escuelas primarias, lanzó una campaña mensual por la prensa sobre la transferencia de fondos. Esa campaña galvanizó al pueblo, lo que indujo al gobierno a incrementar la parte que llegaba a las escuelas primarias (ahora más del 80%) y obligó a las autoridades escolares a fijar el presupuesto completo en la puerta de las aulas.

Los medios pueden hacer mucho para difundir información acerca de servicios públicos. La mayor circulación de periódicos en distritos de la India está asociada con un mejor desempeño del gobierno local en la distribución de alimentos y la mitigación de la sequía.[18] Cuanto mayor sea la capacidad de leer, más fuerte es la influencia de los medios. En Kerala, India, esto llevó a un círculo virtuoso de alfabetismo conducente a mejores servicios públicos, lo cual a su vez aumentaba el alfabetismo aún más.[19]

Pero la información no basta. La gente también tiene que tener los medios legales, políticos y económicos para presionar demandas contra el gobierno. La gran mayoría de los ciudadanos de Uttar Pradesh, India, sabe que los servicios del gobierno son muy malos, y sabe que todos los demás están al tanto de esto, y sin embargo la mayoría no siente que valga la pena quejarse.[20]

Responsables de la formulación de políticas y proveedores: pactos más fuertes

Fortalecer la voz de los pobres puede hacer que los responsables de formular las políticas *quieran* mejorar los servicios para ellos. Pero aun así tal vez no estén en *capacidad* de hacerlo. A menudo, responsables de formular políticas bien intencionados no pueden ofrecer los incentivos ni hacer el seguimiento para asegurar que los proveedores sirvan a los pobres. El ausentismo de maestros, el trato rudo a pacientes y los productos farmacéuticos que se van por la cañería son síntomas del problema.



Incluso en el sector privado, donde los incentivos están presumiblemente mejor organizados, el desempeño no es mucho mejor –por la misma razón que, para empezar, los mercados privados no son la solución para estos problemas. Los proveedores privados no llegan a los muy pobres. Una débil regulación conduce a servicios de salud de mala calidad en el sector privado en la India. Privatizar el agua de manera ineficiente incita a revueltas en las calles de Cochabamba.

En la antigua Unión Soviética, el control del Estado y del partido sobre los proveedores aseguraba el cumplimiento de normas de provisión para servicios gratuitos. Los servicios funcionaban y el nivel de estatus de la salud, particularmente en las repúblicas más pobres de Asia Central, era mucho más alto que en otros países de su mismo nivel de ingresos. Pero el rompimiento de la Unión Soviética debilitó el control estatal sobre los proveedores, y los servicios de salud y educación colapsaron.

Resolver el problema requiere separar mentalmente, y a veces físicamente, al responsable de la formulación de políticas, del proveedor –y concebir la relación entre los dos como un pacto. El proveedor conviene en entregar un servicio a cambio de ser recompensado o castigado, dependiendo de su desempeño. El pacto puede ser un contrato explícito con una organización privada o sin ánimo de lucro (o entre terceros del gobierno, como en Johannesburgo, Suráfrica).[21] O puede estar implícito, como en los acuerdos de empleo de los servidores civiles.

No es fácil separar al responsable de formular políticas del proveedor, porque quienes se benefician de la falta de separación pueden resistirse. Sindicatos de maestros de Uttar Pradesh, India, bloquearon un intento de poner la contratación, el despido y la asistencia de maestros bajo el control del *panchayat*. Por otra parte, en Brasil profesionales de la salud participaron en una coalición nacional que preparó el plan de reformas de salud y de concejos municipales de salud.[22] La separación normalmente sucede debido a una crisis fiscal (Johannesburgo), a un cambio político mayor (descentralización en Latinoamérica) o a un legado de la historia (regulación pública de los proveedores de agua en los Países Bajos).

Aun con una separación entre responsable de la política y proveedor, los pactos pueden no ser muy explícitos. Es difícil especificar con precisión lo que debe hacer el maestro de escuela en cada minuto de su día. Demasiada especificidad puede conducir a inflexibilidad. Los taxistas parisinos –por poner un ejemplo de excesiva regulación– a veces siguen meticulosamente las reglas del *Code de la route*, haciendo de ese modo que el tráfico de la capital francesa se mueva con paso de tortuga.[23]

Puesto que el contrato no puede especificarse íntegramente, los responsables de la formulación de políticas buscan otros medios para obtener de los proveedores servicios en pro de los

pobres. Una forma de hacerlo es escoger proveedores que tengan una motivación intrínseca para servir a los pobres. En Uganda, un estudio de proveedores de servicios de salud basado en la buena fe, estima que ellos trabajan por el 28% menos que el personal del gobierno y también que el privado con ánimo de lucro, e incluso brindan una atención de calidad significativamente superior que el sector público.[24] Otra forma es incrementar los incentivos para servir a los pobres o trabajar en áreas en las que el servicio sea insuficiente. Pero un estudio de Indonesia muestra que se requerirían múltiplos de los niveles de remuneración corrientes para conseguir médicos que vivan, por ejemplo, en Papua occidental (donde la tasa de vacantes es del 60%).[25] Una tercera forma es solicitar propuestas para servicios y usar la competencia en el proceso de licitación para controlar y disciplinar a los proveedores. Muchas concesiones de agua se manejan de esta forma. Una innovación reciente en Madhya Pradesh, India, permite a las ONG competir por concesiones para escuelas primarias con pagos condicionados a elevadas calificaciones de exámenes obtenidas por medición independiente.

Lo mismo que en la relación ciudadano-político, en la relación responsable de la formulación de políticas-proveedor, un elemento crucial es la información. El responsable de formular la política puede especificar un contrato basado únicamente en lo que él pueda observar: en la información que esté disponible. Tiene que haber un método para hacer seguimiento a los proveedores y para hacer que esa información llegue al responsable de la política. Nuevas tecnologías, incluido el gobierno electrónico, pueden facilitar esto.[26]

Lo mismo pueden hacer algunos métodos ingeniosos empleando seres humanos. Cuando Ceará, Brasil, contrató un equipo de trabajadores distritales de la salud, el gobierno envió sus nombres a los solicitantes que no fueron seleccionados, invitándolos a reportar cualquier problema con el servicio en las clínicas. Lo que es más fundamental, estos programas de incentivos basados en los resultados requieren una evaluación rigurosa del programa, de tal manera que el responsable de la política sepa y entienda qué sí está funcionando y qué no. La información basada en la evaluación, importante no solamente para el control de los proveedores, también permite al resto del mundo aprender acerca del suministro de servicios.

Clientes y proveedores: más opciones, más participación

Dadas las dificultades de fortalecer la ruta larga de responsabilidad, el mejoramiento de la ruta corta –cliente-proveedor– merece más consideración. Es incuestionable que esta relación se rompe para cientos de millones de pobres. *Voices of the Poor* (Voces de la pobreza) y otros estudios señalan la impotencia que siente la gente pobre ante los proveedores –enfermeros que golpean a las madres durante el alumbramiento, médicos que se niegan a tratar pacientes de una casta inferior.[27] A diferencia de la gran mayoría de proveedores privados, las compañías públicas de agua financiadas mediante transferencias presupuestarias suelen ignorar a sus clientes. Éstos son tan sólo síntomas del problema más grande: muchos arreglos del suministro de servicios son negligentes con respecto al papel de los clientes, especialmente de los clientes pobres, en hacer que los servicios funcionen mejor.

Los clientes pueden jugar dos papeles en el fortalecimiento de la prestación de servicios. Primero, para muchos servicios, pueden ayudar a adaptar el servicio a sus necesidades, dado que no es posible especificar de antemano la mezcla efectiva. En algunas partes de Pakistán las niñas tienden más a asistir a la escuela si hay en ella una maestra (mujer). La construcción de baños separados para niñas ha tenido un fuerte efecto en la matrícula de niñas en escuelas primarias. Cuando las horas de apertura de los centros de salud son más convenientes para los agricultores, las visitas se incrementan. Segundo, los clientes pueden hacer un seguimiento efectivo de los proveedores, puesto que están en el punto de entrega del servicio. El mayor beneficio de Educo se derivó de las visitas semanales de la asociación comunitaria de educación a las escuelas. Con cada visita adicional se reducía el ausentismo estudiantil (debido al ausentismo de maestros) en un 3%.[28]

¿Cómo puede fortalecerse el papel de los clientes en cuanto a revelar la demanda y hacer seguimiento a los proveedores? Incrementando las opciones y la participación de la gente pobre en la provisión de servicios. Cuando a los clientes se les da la oportunidad de escoger entre los proveedores de servicios, revelan su demanda "con su presencia o su ausencia". Las pacientes mujeres que se sienten más tranquilas con médicas pueden recurrir a una. La competencia que crea la posibilidad de escoger para los clientes, también disciplina a los proveedores. Un médico puede negarse a tratar pacien-

tes de una casta inferior, pero si se le paga por el número de pacientes atendidos, va a sentirse preocupado cuando vea vacía su sala de espera. Reembolsar a las escuelas con base en el número de estudiantes (o de mujeres estudiantes) que matriculen, crea entre ellas la competencia implícita por estudiantes, al incrementar las opciones para estos últimos.

Los programas de bonos escolares –como los de Bangladesh, Chile, Colombia, Costa de Marfil y la República Checa– están explícitamente dirigidos a mejorar la calidad de la educación mediante el incremento de las opciones para los padres de familia. Sin embargo, la evidencia relativa a estos programas es diversa. Entre algunos grupos parecen haber mejorado el desempeño estudiantil. Pero los efectos sobre los pobres son ambiguos, debido a que los programas universales de bonos tienden a incrementar la discriminación de clases –los estudiantes más ricos se concentran en las escuelas privadas.[29] Cuando los bonos se limitan a los grupos pobres o en desventaja, los efectos son mejores.[30] El programa colombiano mostró tasas más bajas de repetición y desempeño más alto en pruebas estandarizadas, para los estudiantes que participaron en el programa –siendo más alto el efecto en las niñas que en los muchachos.[31] Incluso en sistemas en red como el de abastecimiento urbano de agua, es posible dar opciones a las comunidades pobres –permitiéndoles acceder a proveedores independientes, introduciendo flexibilidad en estándares de servicio como el de tasas de servicio de emergencia, etc.

Cuando no hay opciones de proveedores, incrementar la participación de los pobres en la prestación del servicio –dándoles la capacidad de hacer seguimiento y de disciplinar al proveedor, por ejemplo– puede dar resultados similares. Los clientes pueden jugar el papel de monitores ya que están presentes en el punto de servicio. Pero necesitan tener un incentivo para hacerlo.

En Bangladesh, gracias a reducidas tarifas de importación, con la compra de pozos entubados los hogares pudieron abrir fuentes subterráneas de agua potable –acuíferos poco profundos. Desafortunadamente, nadie hizo arreglos para el control de la calidad del agua –bien público– de manera que el arsénico presente en ella pasó desapercibido. Si lo que está en juego es suficientemente valioso, las comunidades abordan el problema. Cuando el gobierno de Zambia introdujo un fondo de carreteras financiado por un impuesto a los camiones, los conductores de camiones hicieron turnos para vigilar el cruce de un puente y asegurarse de que no lo atravesaran camiones con sobrecarga. Claro está que esa clase de copagos o derechos de uso reducen la demanda y, por consiguiente, no deben usarse cuando los efectos de la demanda pesan más que el incremento de la oferta, como en la educación primaria. Pero al tratarse de agua, electricidad y otros servicios cuyos beneficios los disfruta primordialmente el usuario, cobrar por ello tiene el beneficio adicional de incrementar el incentivo del consumidor para hacer seguimiento al proveedor. Los agricultores de Andhra Pradesh, India, están descubriendo que, cuando pagan por su agua, el departamento de irrigación se vuelve más responsable ante ellos. En palabras de un agricultor, "Nunca permitiremos que el gobierno vuelva a darnos agua gratuita".[32]

Donantes y receptores: fortalecer la responsabilidad, no minarla

Para mejorar los resultados de los servicios para la gente pobre se requiere fortalecer las tres relaciones de la cadena: entre cliente y proveedor, entre ciudadano y responsable de formular la política, y entre responsable de formular la política y proveedor. En su celo por conseguir servicios para los pobres, a menudo los donantes pasan por alto una o más de estas relaciones. La forma típica de entregar ayuda –un proyecto– suele ser implementada por una unidad separada, ajena al convenio, pasando por alto la relación entre responsables de la formulación de políticas y proveedores. Típicamente, el proyecto es financiado con fondos de destinación específica sujetos a requerimientos fiduciarios impuestos por el donante. Esta y otras iniciativas de donantes, incluidos "fondos" globales, pasan por alto la relación ciudadano-responsable de la política en lo que atañe al presupuesto. Seguramente, cuando la relación existente es disfuncional, puede resultar necesario evitarla. Pero los casos en los que los beneficios de esto pesan más que los costos probablemente sean menos de los que se imaginan.

Reconociendo la brecha entre fines y medios, algunos donantes y receptores tratan de usar ayuda extranjera para fortalecer, no para debilitar, los lazos en la cadena de prestación de servicios. Un enfoque consiste en incorporar la ayuda de donantes en el presupuesto del receptor, pasándola así al sistema de responsabilidad del receptor. En Uganda, ayudas de Alemania, Irlanda, los Países Bajos, Noruega, el Reino Unido y el Banco Mundial son todas parte del presupuesto del país, resultado de un proceso coordinado y participativo.

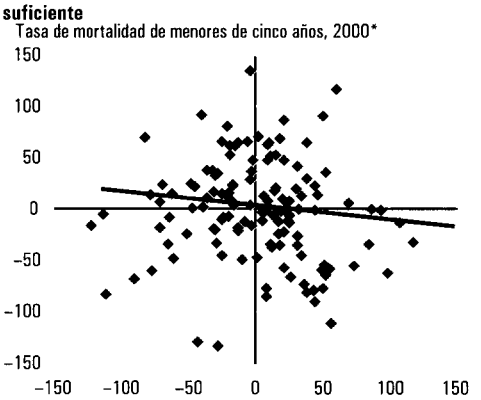
Otro método consiste en que los donantes reúnan su ayuda en un "fondo" único y armonicen sus estándares fiduciarios con los del resto del gobierno. El enfoque a nivel de sector para salud, educación, transporte y otros sectores, es un paso en esta dirección. Posiblemente la máxima retribución se produzca cuando los donantes ayudan a generar conocimiento –como cuando estudios de evaluación de impacto financiado por donantes revela qué funciona y qué no, en la prestación de servicios, o cuando los donantes aúnan recursos de asistencia técnica a nivel detallista, como en el caso del Programa de Agua y Sanidad, con múltiples donantes. El conocimiento es esencial para expandir la prestación de servicios. Aunque emerge localmente, es un bien público global –precisamente lo que la ayuda está destinada a financiar.

Qué no hacer

La presentación hecha hasta ahora, de las dificultades en la provisión de servicios liderada por el gobierno, puede llevar a algunos a concluir que el gobierno debería renunciar y dejarle todo el asunto al sector privado. Eso sería un error. Si a los individuos se los abandona a su propia inventiva, no proporcionarán los niveles de educación y salud que desean colectivamente (*ver* recuadro 2). Esto es verdad no solamente en la teoría, sino que en la práctica ningún país ha logrado mejoras significativas en mortalidad infantil y educación primaria sin participación del gobierno. Es más, como se mencionó antes, la participación del sector privado o de ONG en salud, educación e infraestructura no está libre de problemas –especialmente para llegar a la gente pobre. Evidentemente la posición extrema no es deseable.

Algunos donantes de ayuda optan por una variante de la posición de "dejarle todo al sector privado". Dicen que si los servicios del gobierno se están desempeñando tan mal, ¿por qué darle más ayuda a esos gobiernos? Eso sería igualmente errado. Actualmente hay investigación sustancial que muestra que la ayuda es productiva en países que tienen buenas políticas e instituciones, y esas políticas e instituciones han venido mejorando últimamente.[33] Las reformas detalladas en este Informe (dirigidas a países receptores y agencias de ayuda) pueden hacer la ayuda aún más productiva. Cuando políticas e instituciones están mejorando, la ayuda debe incrementarse, no decrecer, para realizar el objetivo mutuamente compartido de reducir la pobreza, según se especifica en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Gráfico 6 Incrementar el gasto público no es suficiente



*Gasto público y mortalidad infantil están dados como la desviación porcentual de la tasa predicha por el PIB per cápita.
Nota: Para la línea de regresión presentada, el coeficiente es –0,148 y el estadístico *t* es 1,45.
Fuente: Datos de PIB per cápita y gasto público, Base de datos de indicadores del desarrollo mundial; mortalidad de menores de cinco años, Unicef.

Al mismo tiempo, incrementar simplemente el gasto público –sin buscar mejoras en la eficiencia de ese gasto– es improbable que coseche beneficios sustanciales. La productividad del gasto público varía enormemente de un país a otro. Etiopía y Malawi gastan aproximadamente la misma cantidad por persona en educación primaria, con resultados muy diferentes. Perú y Tailandia gastan sumas muy diferentes, con resultados similares.

En promedio, la relación entre gasto público en salud y educación, y resultados, es débil o inexistente. Una simple lectura dispersa de gasto y resultados muestra una clara línea con una pendiente significativa –porque los países más ricos gastan más en salud y educación y tienen mejores resultados. Pero al controlar estadísticamente el efecto del ingreso per cápita, la relación entre gasto público en salud y tasas de mortalidad de menores de cinco años no es estadísticamente significativa (gráfico 6). Eso no es de sorprender; casi todo el gasto público en salud y educación va a los no pobres, buena parte no llega al proveedor final de servicios y los proveedores de servicios tienen pocos incentivos para suministrar los servicios efectivamente.

Ligado al enfoque de "incrementar simplemente el gasto público" está otro que aboga por más ayuda extranjera sin que la acompañen medidas para mejorar la productividad de la ayuda extranjera. Esto puede ser igualmente negativo –y no sólo por las mismas razones por las cuales incrementar simplemente el gasto

público es errado. A veces los modos de entrega de la ayuda extranjera, al minar en vez de fortalecer la provisión de servicios en el país receptor, pueden reducir la productividad del gasto público a mediano plazo.

Finalmente, al enfrentar resultados decepcionantes en salud y educación, especialmente para la gente pobre, es tentador recomendar una solución técnica que enfrente la causa inmediata del problema. ¿Por qué no dar suplementos de vitamina A, desparasitar a los niños de las escuelas y entrenar mejor a los maestros? ¿Por qué no desarrollar un "paquete mínimo" de intervenciones de salud para todo el mundo? Si bien cada intervención es valiosa, recomendarlas como única cosa, para empezar no va a remediar los problemas institucionales fundamentales que llevaron a su adopción.[31] La falta de conocimiento acerca de la solución técnica adecuada probablemente no sea la limitación más insalvable. Lo que se necesita es un conjunto de arreglos institucionales que dé a los responsables de la formulación de políticas, a los proveedores y a los ciudadanos, los incentivos para adoptar la solución y adaptarla a las condiciones locales.

¿Qué puede hacerse?

La variada experiencia con modos tradicionales e innovadores de prestación de servicios muestra claramente que ninguna solución única se ajusta a todos los servicios y a todos los países. El marco de relaciones de responsabilidad explica por qué. Para diferentes sectores y países son diferentes las relaciones que necesitan fortalecimiento. En educación, el rédito más grande puede provenir de fortalecer el lazo cliente-proveedor, como con los bonos en Colombia o las becas para niñas en Bangladesh. Pero puede que no sea así en campañas de vacunación.

Más aún, los pobres a menudo están atrapados en un sistema de relaciones disfuncionales en la provisión de servicios. Es posible que hacer más efectivo un solo vínculo no sea suficiente –incluso puede resultar contraproducente– si hay problemas serios en otros puntos de la cadena de suministro de servicios. En los servicios de agua y de atención médica curativa, apretar el vínculo responsable de la política-proveedor puede hacer que los proveedores respondan más a las demandas de sus superiores –y menos a las de sus clientes pobres. Depender de grupos de usuarios, con frecuencia generosamente financiados por donantes, puede inhibir el desarrollo de gobiernos locales genuinamente democráticos. Finalmente, los países, y las regiones dentro de los países, varían enormemente en cuanto a las condiciones que hacen que las innovaciones en los servicios funcionen. Un Estado fracasado, inmerso en conflictos, estará tensionado hasta el límite en materia de recursos y capacidad institucional y no podrá manejar más que ciertas intervenciones. Los países donde la prevalencia de VIH/sida es alta requerirán adaptaciones de corto y largo plazo en los sistemas de prestación de servicios.

¿Significa esto que no hay lecciones generales sobre la forma de hacer que los servicios funcionen para la gente pobre? No. La experiencia con la provisión de servicios, vista a través de la lente de este Informe, sugiere toda una constelación de soluciones, cada una de las cuales concuerda con diversas características del servicio y del país o región. Si bien ningún tamaño se ajusta a todos, tal vez ocho tamaños sí lo hagan. Incluso ocho pueden ser muy pocos, que es la razón por la cual algunos de los "tamaños" son ajustables, como los cinturones.

A los ocho tamaños puede llegarse contestando una serie de preguntas.

¿Política en pro de los pobres o clientelista?

¿Qué tan engranado hacia servicios públicos en favor de los pobres es el sistema político del país, y qué tanto sufre éste de políticas clientelistas y corrupción? Esta es la dimensión más difícil para un actor externo, por ejemplo un donante: el receptor del consejo puede ser al mismo tiempo la fuente del problema. Y la política no cambia de la noche a la mañana.

Aun así, donde la política es más clientelista que a favor de los pobres, pueden desplegarse al menos tres conjuntos de instrumentos de política.

- El primero es escoger el nivel gubernamental responsable del servicio. Los países difieren en cuanto a la política de padrinazgo y las capacidades de diferentes instancias del gobierno –y esto debe informar el arreglo de prestación de servicios.
- En segundo lugar, si los políticos tienden a captar rentas de servicios públicos gratuitos y a distribuírselas a los clientes, un arreglo que reduzca las rentas puede dejar mejor librados a los pobres. Esto podría incluir reglas de asignación transparentes y de conocimiento público, por ejemplo donaciones a escuelas por estudiante, o transferencias condicionales para los hogares, como en Progresa. En algunos casos, puede incluir derechos para reducir el valor de las decisio-

sí

¿En favor de los pobres?

no

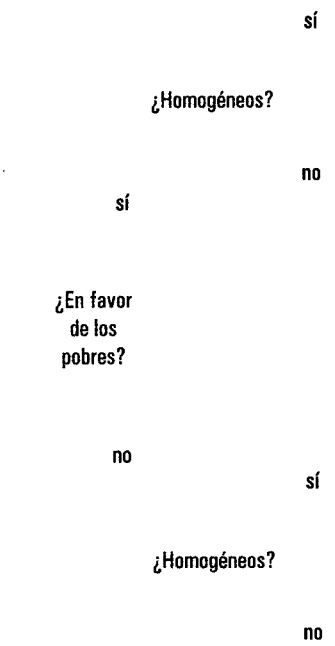
nes de distribución que tome el político. El sector de energía de la India era de propiedad de la nación y manejado por ésta, porque era una red (y consecuentemente imposible de llevar a una competencia frente a frente). Pero las enormes rentas derivadas de ofrecer electricidad subsidiada se han desviado hacia gente que no es pobre –todo dentro de una democracia parlamentaria. Reducir esas rentas elevando las tarifas de energía o haciendo que el sector privado se haga cargo del abastecimiento de electricidad, aun cuando ello viole los principios de equidad –que de hecho ya se violan en el sistema existente–, puede ser la única forma de mejorar el servicio eléctrico para los pobres.

- En tercer lugar, una mejor información –que haga a los ciudadanos más conscientes del dinero asignado a sus servicios, de las condiciones reales de los servicios y del comportamiento de los responsables de la formulación de políticas y de los proveedores– puede ser una fuerza poderosa para superar políticas clientelistas. El papel de una prensa libre y vibrante y el mejoramiento del nivel del discurso público nunca serán demasiado estimados.

¿Clientes homogéneos o heterogéneos?

La respuesta a esta pregunta depende del servicio. Los estudiantes con discapacidades tienen necesidades especiales de educación de calidad, pero no de vacunación. La heterogeneidad también se define por preferencias regionales o comunitarias. El que una niña vaya a la escuela puede depender de que haya baños separados para niños y para niñas. Si ello depende de las preferencias locales, el pueblo debe tener voz en el diseño. Sociedades antes homogéneas, como la sueca y la noruega, están cambiando con la creciente inmigración. Están dando mayor discrecionalidad a las comunidades locales para ajustar el sistema educativo de manera que se adapte a las capacidades lingüísticas de sus miembros.

Cuanto más difiera la gente en sus deseos, mayores serán los beneficios de descentralizar la decisión. En el caso más extremo –en el que son importantes las preferencias individuales– la solución apropiada involucrará opciones individuales de servicio (si existe la posibilidad de competencia) e intervenciones tales como transferencias de efectivo, bonos o pagos de capitación a las escuelas o a los proveedores de servicios médicos. Si hay preferencias compartidas, como en educación, o problemas de aprovechamiento gratuito, como en sanidad, el lugar adecuado para la toma de decisiones es la comunidad. La política apropiada incluirá entonces decisiones del gobierno local en una situación descentralizada o, dependiendo de las realidades políticas, decisiones comunitarias (como para fondos de inversión social) y grupos de usuarios (como padres en comités escolares).



¿De fácil o difícil seguimiento?

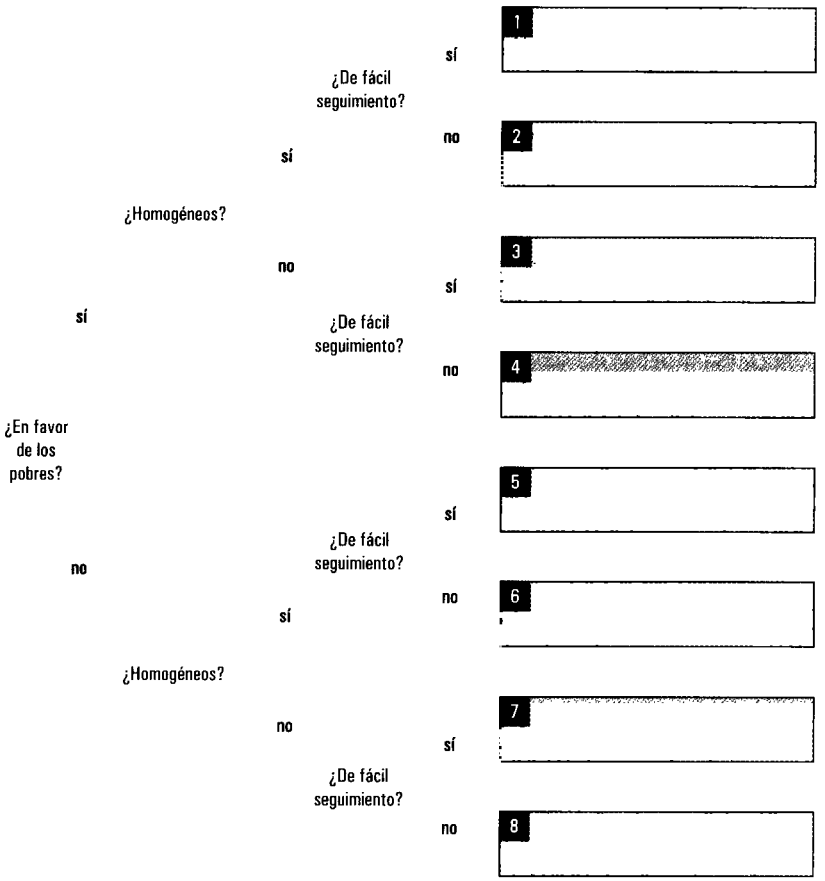
Los servicios pueden distinguirse por la dificultad para hacer seguimiento a los resultados. La dificultad depende del servicio y de la capacidad institucional del gobierno para hacer el seguimiento. En un extremo están los servicios de los maestros en las aulas o de los médicos en los centros hospitalarios. Ambas transacciones dan mucha discrecionalidad al proveedor que no puede ser fácilmente observado. Un médico tiene mucha más discrecionalidad al tratar a un paciente que un electricista al encender una red eléctrica. Y es difícil saber cuándo se está dando enseñanza o atención médica de alta calidad. Tal vez sea posible probar a los estudiantes. Pero las calificaciones de las pruebas dicen muy poco de la capacidad o el esfuerzo del maestro, puesto que éstas dependen por lo menos en la misma medida del estatus socioeconómico de los estudiantes y de la participación de los padres. Las vacunaciones y la limpieza de baños son más fáciles de controlar –medibles por un indicador cuantitativo observable.

Claro está que ello depende de quién esté haciendo el seguimiento. Los padres pueden observar si el maestro está asistiendo y qué están aprendiendo sus hijos, más fácilmente que una autoridad educativa central. Mejores sistemas de manejo de la información y gobierno electrónico pueden facilitar el seguimiento de ciertos servicios. Y los costos de seguimiento pueden reducirse mediante la elección cuidadosa de los proveedores –como algunas ONG que pueden ser dignas de confianza sin un seguimiento formal. En pocas palabras, la dificultad de seguimiento no es fija; puede variar con el tiempo y con políticas.

Ocho medidas se ajustan a todos

Examinemos ahora diferentes combinaciones de esas características, para ver qué arreglo de prestación de servicios sería un acierto y cuál sería un desacierto (gráfico 7). Con seguridad, ninguna de las características puede dividirse fácilmente en categorías tan nítidas, porque los países y los servicios son un continuo. Aun así,

Gráfico 7 ¿Ocho tamaños se ajustan a todos?



dividiendo las características sobresalientes y contemplando diversas combinaciones, el enfoque de "ocho tamaños se ajustan a todo" puede aplicarse a las consideraciones expresadas anteriormente.

Financiación del gobierno central con contratación (1). En un contexto político favorable, donde haya acuerdo sobre lo que el gobierno debe hacer, un servicio de fácil seguimiento, como la vacunación, podría suministrarlo el sector público o ser financiado por el sector público y contratado por fuera con el sector privado o con el sector sin ánimo de lucro, como en el caso de los centros de salud primaria en Camboya.[35] Los servicios de infraestructura pueden ser manejados por un servicio público nacional o entregados por el sector privado con supervisión reguladora.

Nótese que la configuración particular en la que este arreglo va a funcionar es especial. En los países desarrollados hay mucha discusión sobre un conjunto de reformas, iniciadas en Nueva Zelanda, que incluye mayor uso de contratos explícitos –ya sea del gobierno al sector privado o de ministerios centrales a los ministerios responsables del servicio específico. Las reformas de Nueva Zelanda están justificadas por un afianzado *ethos* del sector público, sistemas de información de manejo razonable, e instituciones de apoyo que incluyen sistemas legales, para permitir el cumplimiento forzoso de contratos. Estas características incrementan la "susceptibilidad de seguimiento" de ciertos servicios reduciendo la brecha entre resultados contratados y realizados.

Estas condiciones previas no existen en muchos países en desarrollo, de manera que el marco de estas reformas no puede usarse mecánicamente.[36] Si no hay un sistema legal bueno y el servicio civil es objeto de sobornos (una forma de política clientelista), los contratos del sector privado pueden ser una gran fuente de corrupción. En estos países el gobierno quizá deba orientarse aún más hacia el rendimiento, no como un medio para debilitar un sistema que funcione bien, sino como una forma de lograr que el sistema proporcione mejoras mucho mayores en servicios y en la generación de nueva información.

Prestación por el gobierno central (2). Cuando el servicio es de difícil seguimiento –es difícil escribir y hacer cumplir contratos explícitos– pero los políticos quieren trabajar en pro de los pobres y los clientes son homogéneos, el sector público tradicional, centralizado, es el sistema de entrega apropiado. El sistema francés de educación, que administra de manera centralizada un servicio uniforme, es uno de los mejores ejemplos.[37] Pero son demasiados los países que caen en la trampa de pensar que por el solo hecho de que el servicio sea difícil de controlar tiene que ser entregado por el gobierno. Cuando los estudiantes son heterogéneos, cuando la política del país no está engranada hacia la gente pobre, el control gubernamental del sistema educativo –sin ninguna participación de estudiantes, padres ni comunidades locales– puede dejar peor librados a los pobres.

Financiación del gobierno local con contratación (3). Cuando las preferencias son heterogéneas, los gobiernos locales deben estar involucrados en los servicios. Cuando las políticas locales están en favor de los pobres (pero las nacionales no), los gobiernos locales pueden ser financiadores más confiables de los servicios, y viceversa. Servicios de fácil segui-

miento, como el agua o la electricidad, pueden contratarse por fuera, con empresas de servicios públicas o privadas, como en Johannesburgo.

Prestación por el gobierno local (o por el gobierno central desconcentrado) (4). Para servicios de difícil seguimiento, como la educación (en su calidad), la responsabilidad del manejo podría cederse a grupos de padres, siempre que la política sea conducente, como en el programa Educo. Dar a los clientes la posibilidad de escoger, mediante bonos, les permite expresar sus preferencias heterogéneas. Y la competencia que crean los clientes que tienen la opción de escoger puede mejorar la calidad del servicio –como sucede con los bonos para agua en Chile o los bonos para sanidad en Bangladesh.

Poder del cliente (5, 6, 7, 8). Cuando los servicios que tienen financiación pública son objeto de captura –las políticas no están en favor de los pobres–, lo mejor que se puede hacer es fortalecer al máximo posible el poder del cliente. Pero eso puede resultar difícil. Incluso programas de bonos empleando medios probados o subsidios pueden desviarse hacia los no pobres. Se necesitan programas transparentes, basados en normas, como Progresa en México, para que resulte difícil esconder la captura por parte de la clase media.

En servicios como agua y electricidad, el gobierno interviene para regular a los proveedores monopolísticos y proteger a los pobres –y no porque haya externalidades significativas. Al separar así al responsable de formular la política del proveedor, y hacer que el proveedor responda ante el cliente a través de los precios, se puede fortalecer el poder del cliente y conducir a mejores resultados. Los pobres pueden protegerse de precios elevados si las facturas suben con el consumo (con un monto inicial gratuito). Permitir que pequeños proveedores de agua independientes compitan con el monopolio local también puede disciplinar el abastecimiento de agua y mantener bajos los precios.

Pero los precios –sin estar acompañados de subsidios ni transferencias a los pobres– no pueden usarse para fortalecer el poder del cliente en la educación, debido a las externalidades de la educación primaria. Una asignación basada en el mercado no favorecería el interés social. Lo mismo es válido para los servicios de salud que tienen externalidades, como la vacunación. En los servicios de salud curativa, la asimetría de información entre cliente y proveedor hace que resulte problemático fortalecer el poder del cliente. Mejor información sobre cuidados preventivos o sobre la forma de escoger proveedores de servicios médicos (posiblemente difundida por organizaciones sin ánimo de lucro) puede mejorar el problema. En casos extremos, es posible que únicamente grupos comunitarios u organizaciones altruistas sin ánimo de lucro puedan proveer efectivamente estos servicios a los pobres.[58]

Estos arreglos de prestación de servicios representan esfuerzos por equilibrar los problemas de la ruta larga de responsabilidad (políticas clientelistas, servicios difíciles de controlar) con la ruta corta. La razón por la cual las sociedades eligen la ruta larga es que hay fallas de mercado o preocupaciones con la equidad que hacen que la ruta corta tradicional –poder de los consumidores sobre los proveedores– resulte inadecuada. Pero las "fallas del gobierno" asociadas con la ruta larga pueden ser tan graves en algunos casos, que la solución del mercado efectivamente puede dejar mejor librados a los pobres.

Ocho tamaños se ajustan a todos, con cinturones ajustables

El esquema simplificado que acabamos de exponer capta sólo parte de la historia. Por lo menos dos aspectos se quedan por fuera.

Estados fracasados. Los países en los que el Estado está fallando (a menudo países en conflicto) necesitan arreglos de prestación de servicios diferentes de aquellos donde el Estado es bastante fuerte. Las tasas de escolaridad primaria completa en Senegal y la República Democrática del Congo son aproximadamente del 40%. En Senegal –una democracia estable– las reformas en educación, incluidas aquellas que fortalecen los vínculos cliente-proveedor pasarían a través del gobierno (para fortalecer también los vínculos responsables de la formulación de políticas-proveedor). En la República Democrática del Congo –donde el conflicto ha debilitado significativamente al Estado– pueden encontrarse formas de empoderar a las comunidades para mejorar los servicios educativos –aun cuando ello signifique obviar los ministerios del gobierno en el corto y el mediano plazo. Ejemplos de ello son los fondos sociales y el desarrollo impulsado por la comunidad. Éstos pueden ser efectivos en mejorar los resultados en servicios, pero no deben pasarse por alto las cuestiones relativas a su sostenibilidad y factibilidad de expansión –y si entorpecen el crecimiento de la capacidad del gobierno local.

Historia. La historia del país también puede pesar en los arreglos de prestación de servicios que puedan tener éxito. Hasta el siglo XIX, los sistemas de educación de Bretaña y Francia eran privados y la iglesia era el proveedor dominante. El gobierno tenía un incentivo para desarrollar un mecanismo de supervisión a fin de asegurar que las escuelas enseñaran más que sólo religión. Eso demostró ser valioso cuando en estos países se nacionalizó la educación: los sistemas continuaron funcionando con fuerte supervisión reguladora.

Los proveedores de agua de los Países Bajos comenzaron siendo compañías privadas, lo que hizo que se tuviera un concepto del agua como bien económico y que cobrar por ella fuera aceptable. Cuando el sistema pasó a ser de propiedad municipal, se conservó el cobro por ella. Aun cuando el país no introduzca nunca la participación privada en el servicio de agua, ha conseguido la separación entre responsable de la política y proveedor. En suma, la historia de un país puede generar los incentivos para que se desarrollen ciertas instituciones –y esas instituciones pueden constituir la diferencia entre si un arreglo particular de servicio tiene éxito o fracasa.

Reformas sectoriales de servicios

¿Qué nos dicen estas conclusiones con respecto a la agenda de reformas en sectores individuales? En *educación* hay un trueque entre la necesidad de mayor autoridad central para captar beneficios para toda la sociedad –por ejemplo cohesión social– y la necesidad de mayor influencia local porque el aprendizaje estudiantil es difícil de controlar a nivel central. El trueque es más difícil cuando la preocupación es más la calidad de la educación que la cantidad. En Indonesia, la prestación pública centralizada del servicio de educación ha matriculado niños en las escuelas, pero ha sido menos satisfactoria en cuanto a enseñarles destrezas valiosas. Por tanto, para incrementar la calidad de la educación, las reformas deben concentrarse en incrementar la voz y la participación de los clientes –pero sin ignorar la importancia de la supervisión por parte del gobierno central. En términos prácticos, esto pediría más manejo comunitario de las escuelas y subsidios del lado de la demanda, para los pobres, pero con énfasis continuo en currículos y certificaciones determinados a nivel nacional.

Los gobiernos intervienen en *salud* para controlar enfermedades contagiosas, proteger a la gente pobre de gastos ruinosos en salud, y difundir información sobre prácticas caseras de salud y nutrición. Cada una de estas actividades es diferente y sin embargo suelen ser proporcionadas por el mismo arreglo, por ejemplo el sistema de salud pública del gobierno central. Deben diferenciarse:

- Información acerca de lavado de manos, alimentación exclusivamente materna y nutrición, puede ser entregada (e incluso financiada) por ONG y otros grupos, entrega ésta que funciona mejor cuando es reforzada por la comunidad.
- Servicios de largo alcance, como las vacunaciones, pueden contratarse por fuera pero deben ser financiados con fondos públicos.
- La atención hospitalaria es el servicio que el cliente menos puede controlar, y el caso en el que las fallas del gobierno pueden restarle importancia a las fallas del mercado. Allí donde las políticas favorezcan extremadamente a los ricos, incluso la financiación pública de estos servicios (prestados por el sector privado) puede ser contraproducente para la gente pobre. Los no pobres pueden capturar esta financiación y no dejar ningún servicio curativo para los pobres –ni espacio en el presupuesto para servicios públicos de salud. Fortalecer el poder del cliente bien sea mediante subsidios hacia el lado de la demanda o mediante copagos, puede mejorar las cosas para los pobres, aun cuando la información entre cliente y proveedor sea asimétrica.

En los sectores de *infraestructura* –como agua, sanidad, transporte y energía– la justificación para la intervención del gobierno es diferente que en el caso de la educación y la salud, y también deben serlo las respuestas políticas. La razón principal de la participación del gobierno en el abastecimiento de agua y energía es que esos servicios son prestados a través de redes, de manera que la competencia directa no es posible. Los gobiernos también intervienen para

RECUADRO 3 ***Las secciones "En primer plano"***

Además de la variedad habitual de recuadros y ejemplos para ilustrar puntos específicos, este Informe contiene 11 "En primer plano" que aparecen entre uno y otro capítulo. Cada uno de ellos describe una innovación o experiencia particularmente importante en la prestación de servicios. El propósito de estas secciones es contar la historia que subyace a estas innovaciones o experiencias y ofrecer una perspectiva equilibrada de las evidencias.

asegurar el acceso de los pobres a estos servicios. Entonces el papel del gobierno es regular, y en algunos casos subsidiar, la producción y la distribución. Son pocas las ventajas de que el gobierno mismo preste el servicio, lo que explica por qué la última década ha visto tantas privatizaciones, concesiones y arreglos similares en materia de agua y energía.

Ya sea que lo preste una compañía privada o una pública, el servicio necesita ser regulado. Quién sea el regulador determinará los resultados del servicio. Como mínimo, cuando la compañía es pública el regulador debe ser independiente del proveedor (cuando el responsable de la política y el proveedor son indistinguibles, hacer esta separación es sumamente difícil). La situación es peor cuando el agua o la energía es subsidiada, debido a que las considerables rentas de este subsidio –los beneficios de servicios a tasas inferiores a las del mercado– pueden ser capturadas por políticos, quienes las usan para congraciarse con sus clientes ricos más que con los pobres.

La sanidad es diferente porque los individuos pueden descargar sus desechos en la vecindad. Por eso los subsidios a hogares individuales no resuelven el problema de la acción colectiva. Por el contrario, usar subsidios a nivel comunitario y dar a las comunidades la autoridad para asignarlos, pone el centro de autoridad allí donde pueden contenerse los efectos externos del comportamiento individual.

Expansión

¿Cómo pueden expandirse todas estas reformas de manera que los países en desarrollo tengan la oportunidad de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio? En primer lugar, como se anotó al principio de este Informe, para capitalizar estas reformas se necesitarán recursos adicionales, externos e internos. En segundo lugar, estas reformas tienen que basarse en un sector público responsable de asegurar que la gente pobre tenga acceso a los servicios básicos. Esto significa que las reformas sectoriales tienen que estar ligadas a las reformas en marcha (o nacientes) del sector público en áreas tales como manejo presupuestario, descentralización y reforma de la administración pública. También significa que un punto crucial de la reforma de la prestación de servicios es un sector público que funcione bien. En el mismo sentido, debe haber una reforma de las prácticas de los donantes –por ejemplo, armonizar los procedimientos y hacer más uso del apoyo presupuestario– para fortalecer los esfuerzos de los países receptores por mejorar el rendimiento en servicios.

En tercer lugar, un tema recurrente en este Informe es lo que puede hacer la información –como un estimulante para la acción pública, como un catalizador para el cambio y como un insumo para hacer que otras reformas funcionen. Aun en las sociedades más renuentes, puede acelerarse la creación y la difusión de información. Encuestas sobre la calidad de la prestación de servicios llevadas a cabo por el Centro de Asuntos Públicos de Bangalore, India, han incrementado la demanda pública de reforma de los servicios. Las encuestas se han replicado en 24 estados de la India. La encuesta de rastreo del gasto público en Uganda es otro ejemplo, como también lo es el informe Probe sobre el sistema educativo de la India.

Más allá de las encuestas, la evaluación generalizada y sistemática de la entrega de servicios puede tener un profundo efecto sobre el progreso hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Evaluaciones basadas en asignaciones al azar, como lo hace Progresa en México, u otras evaluaciones rigurosas dan a los responsables de la formulación de políticas y al público la confianza de que lo que están viendo es real. Los gobiernos están ensayando constantemente nuevos enfoques de la prestación de servicios. Algunos funcionan. Pero a menos que haya una evaluación sistemática de estos programas, no se puede tener la certeza de que hayan funcionado gracias al programa o por otras razones. Basado en las evaluaciones sistemáticas de Progresa, el gobierno ha expandido el programa para abarcar al 20% de la población mexicana.

Los beneficios de la evaluación sistemática del programa van más allá de éste y del país. Estas evaluaciones les dicen a los responsables de la formulación de políticas de otros países qué sí funciona y qué no. Son bienes públicos globales –lo que podría explicar por qué son tan escasas.[39] Si estas evaluaciones son bienes públicos globales, la comunidad internacional debe financiarlas. Una posibilidad sería proteger el 1,5% de los préstamos del Banco Mundial que se supone deben usarse para evaluación (pero que rara vez se usan para ese fin), de manera que esta suma –cercana a US$300 millones al año– pueda usarse para administrar evaluaciones rigurosas de los proyectos y difundir los resultados a nivel mundial.

Además de crear y difundir información, otras reformas para mejorar la prestación de servicios requerirán una cuidadosa considera-

ción de la situación particular. No existe ninguna regla de oro para mejorar la provisión de servicios. Es posible que se sepa cómo educar a un niño o impedir que un infante muera. Pero se necesitan instituciones que eduquen a una generación de niños o que reduzcan en dos tercios la mortalidad infantil. Éstas no fructifican de la noche a la mañana. Tampoco un arreglo institucional único genera los resultados deseados. Todo, desde la prestación del servicio por parte del gobierno central y financiada con fondos públicos, hasta la prestación por parte de la comunidad y financiada por el usuario, puede funcionar (o no funcionar) en diferentes circunstancias.

En vez de prescribir políticas o diseñar las instituciones óptimas, este Informe describe los incentivos que harán surgir la institución apropiada en un contexto dado. La descentralización puede no ser el diseño institucional óptimo. Pero puede dar a los gobiernos locales los incentivos para crear capacidad reguladora que, a su vez, pueda hacer que los servicios de agua y energía funcionen mejor para la gente pobre. La prestación de servicios por parte de ONG podría ser efectiva a mediano plazo, como lo ha sido en la educación en Bangladesh. Pero los incentivos que crea para que el sector público se mantenga al margen de la educación hacen que resulte mucho más difícil expandir o mejorar la calidad, –como lo está descubriendo hoy Bangladesh. Muchas de estas instituciones atraviesan el sector público –instituciones presupuestarias, relaciones intergubernamentales, el servicio civil–, lo que refuerza la idea de que la reforma de la prestación de servicios debe tener sus raíces en el contexto de la reforma del sector público.

Además de buscar incentivos para generar las instituciones apropiadas, los gobiernos deben ser más selectivos en lo que deciden hacer. La experiencia con la prestación de servicios nos enseña la importancia de la implementación. Singapur y Nigeria (ambos ex colonias británicas) han diseñado sistemas educativos de manera similar. Pero en la implementación, los resultados, especialmente para los pobres, no pueden ser más diferentes. Gobiernos y donantes, al diseñar las políticas suelen pasar por alto las dificultades de la implementación. Hacer que el gobierno central administre las escuelas puede reportar beneficios (como cohesión social). Pero los problemas de la prestación central de un servicio de difícil seguimiento, como la educación primaria, son tan grandes, especialmente entre poblaciones heterogéneas, que el gobierno debe reconsiderar su posición de escuelas controladas de manera centralizada. La selectividad no se refiere únicamente a escoger entre las opciones de diseño disponibles; se refiere a escoger con un ojo puesto en las opciones que es posible implementar.

El que no haya regla de oro, el que debamos buscar incentivos que hagan surgir instituciones apropiadas, el que necesitemos ser más realistas acerca de la implementación al momento de elegir entre varias opciones, todo significa que estas reformas tomarán tiempo. Incluso si sabemos qué hay que hacer, puede resultar difícil hacerlo. Pese a las necesidades urgentes de la gente pobre del mundo y a las muchas formas en que los servicios les han fallado, difícilmente se conseguirán resultados rápidos. Muchos de los cambios implican virajes fundamentales en el poder, cosa que no puede suceder de la noche a la mañana. Hacer que los servicios funcionen para la gente pobre requiere paciencia. Pero eso no quiere decir que debamos ser complacientes. Hubert Lyautey, el mariscal francés, una vez le preguntó a su jardinero cuánto tiempo se necesitaba para que un árbol alcanzara la madurez. Cuando el jardinero le contestó que se necesitarían cien años, el mariscal Lyautey replicó: "En ese caso, siémbrelo esta misma tarde".

Los servicios pueden funcionar para los pobres, pero con demasiada frecuencia les fallan

capítulo

Con siete hijos más que atender, Antonia Souza Lima, la madre de María, explicó que no podía sacar el tiempo –una caminata de hora y media– ni pagar la tarifa de 40 centavos del bus para llevar a su lánguido bebé enfermo al centro médico más cercano. María parecía destinada a ser uno de los 250.000 niños brasileños que mueren anualmente antes de los cinco años. Pero en un nuevo esfuerzo por cortar la devastadora tasa de mortalidad infantil allí, recientemente un trabajador de la salud de esa comunidad comenzó a ir caminando semanalmente a la casa de la familia Lima para llevar la fórmula de hidratación oral para María y aconsejar en materia de higiene a la madre, quien tiene un televisor pero no tiene filtro de agua. Una vez al mes, los 7.240 trabajadores del programa de salud de Ceará visitan las casas de cuatro millones de personas, la mayoría de los pobres de un estado donde los ingresos de casi toda la gente son inferiores a un dólar diario. Erismar Rodrigues de Lima, vecina de los Limas, escuchó atentamente las instrucciones sobre hervir el agua de tomar. "Yo soy el primer miembro de mi familia que recibe atención prenatal", dijo la mujer de 22 años de edad que espera un bebé para junio.

Tomado del *New York Times*[10]

Voy por agua cuatro veces al día, con una tinaja de barro, de 20 litros. Es un trabajo duro.... nunca he ido a la escuela porque tengo que ayudarle a mi mamá en su trabajo de lavar para poder ganar suficiente dinero. También tengo que ayudar en la cocina, ir al mercado a comprar alimentos y recoger leña y ramitas y cascajo para cocinar aquí. En nuestra casa no hay baño. Yo me baño en la cocina una vez a la semana, el domingo. Al mismo tiempo me cambio de ropa y lavo la sucia. Cuando necesito un sanitario, tengo que bajar al río, en la hondonada detrás de mi casa. Normalmente voy con mis amigos ya que no debemos ir sino cuando ya está oscuro, cuando la gente no puede vernos. Durante el día uso un balde en la casa y más tarde lo vacío afuera. Si yo pudiera cambiar mi vida, realmente me gustaría ir a la escuela y tener más ropa.

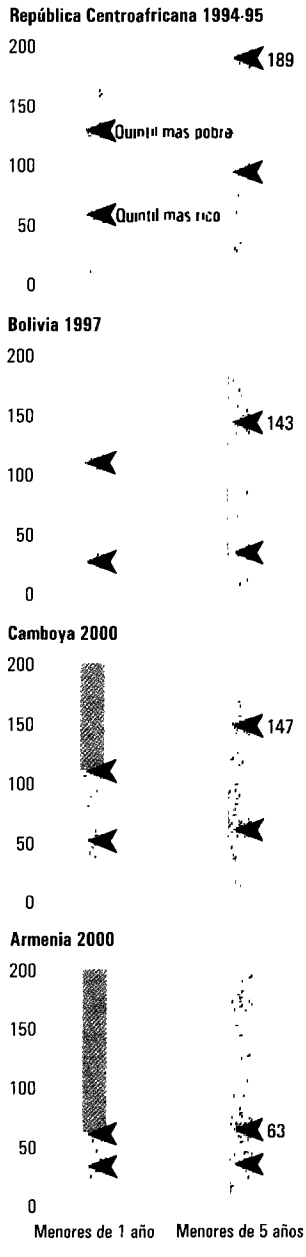
Elma Kassa, niña de trece años
de Addis Abeba, Etiopía[11]

Los ciudadanos y los gobiernos pueden hacer que los servicios que contribuyen al desarrollo humano funcionen mejor para los pobres –y en muchos casos lo han hecho. Pero con demasiada frecuencia los servicios les fallan a los pobres, porque se están quedando cortos en su potencial para mejorar los resultados. A menudo son inaccesibles o excesivamente costosos, e incluso cuando son accesibles suelen ser disfuncionales, de una calidad técnica extremadamente baja, y no responder a las necesidades de una clientela diversa. Además, la innovación y la evaluación –para encontrar formas de incrementar la productividad– son raras.

Muchos servicios contribuyen a mejorar el bienestar humano, pero este Informe se centra en los que contribuyen directamente a mejorar los resultados en salud y educación: servicios de salud, servicios de educación y servicios de infraestructura tales como agua, sanidad y energía. Los "servicios" incluyen lo que sucede en escuelas, clínicas y hospitales, y lo que hacen maestros, enfermeros y médicos. También incluyen la forma en que libros de texto, medicamentos, agua potable y electricidad llegan a la gente pobre y lo que pueden hacer campañas de información y transferencias de efectivo para capacitar a los pobres a fin de mejorar directamente los resultados. Mucho de todo esto es relevante para otros sectores, como la policía, de manera que el Informe también ofrece ejemplos de esos sectores.

¿Pero qué tan malos pueden ser los servicios? Los testimonios muestran que pueden ser muy malos. En Adaboya, Ghana, la gente pobre dice que sus "hijos tienen que caminar cuatro kilómetros para asistir a la escuela porque, aunque hay una escuela en el pueblo, necesita reparación y no es posible usarla durante la estación lluviosa".[12] En Potrero Sula, El Salvador, los pobladores se quejan de que "aquí el puesto de salud es inútil porque no hay ningún doctor o enfermero, y solamente está abierto medio día, dos días a la semana".[13] Una respuesta común en una encuesta de clientes, proveniente de mujeres que habían dado a luz en centros de salud rurales del distrito de Mutasa, Zimbabwe, es que fueron golpeadas por el personal durante el alumbramiento.[14]

Gráfico 1.1 La mortalidad infantil es sustancialmente mayor en los hogares pobres
Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Nota: Quintiles basados en quintiles del índice de activos.
Fuente: Análisis de datos de encuestas demográficas y de salud.

Este capítulo ilustra muchos tipos de fallas –servicios inaccesibles o imposibles de pagar, y varios problemas de calidad– usando testimonios de gente pobre, compilaciones de datos de distintos países y estudios en profundidad. El capítulo también da ejemplos de servicios que están funcionando para los pobres. Para aprender del éxito y entender las fuentes de fracaso se requiere un marco para el análisis. Los capítulos 3 y 6 del Informe presentan y desarrollan ese marco; los capítulos 7 a 11 consideran opciones y aspectos de reforma.

Los resultados son sustancialmente peores para los pobres

¿Qué tan malos son los resultados? Las tasas de enfermedad y muerte son altas –y las tasas de matrícula escolar, escolaridad completa y aprendizaje son bajas– especialmente para los pobres (recuadro 1.1). En Camboya la mortalidad de menores de 5 años del quintil más pobre de la población es de 147 por cada mil nacimientos; en Armenia es de 63 (gráfico 1.1).[45] Muchos niños no tienen probabilidades de completar siquiera la escuela primaria. En Egipto, entre los adolescentes de 15 a 19 años del quintil más pobre sólo el 60% ha terminado los 5 años de escuela primaria (gráfico 1.2). En Perú solamente el 67% de los jóvenes del quintil más pobre han terminado los seis años del ciclo de primaria, pese a que casi todos iniciaron sus estudios escolares. En ambos países, casi todos los adolescentes del quintil más rico de la población terminaron la escuela primaria.[46] Estos países no son casos especiales. A nivel mundial, más de 100 millones de niños en edad de escuela primaria no están en la escuela primaria.[47] Casi 11 millones de niños, aproximadamente la población de Grecia o de Malí, muere antes de su quinto cumpleaños.[48]

La gran mayoría de los países tienen diferenciales ricos-pobres en los resultados de educación y de salud. Esto no necesariamente es evidencia de que los servicios les fallan a los pobres –hay muchos determinantes de los resultados (*ver* "comprimido" 1.1 al final de este capítulo).[49] La comparación de resultados para ricos y pobres dentro de los países destaca dos cosas. Primero, muestra los resultados definitivamente malos entre los pobres –por ejemplo, en Bolivia 143 niños de cada mil del quintil más pobre moría antes de su quinto cumpleaños, y en Níger menos del 10% de los adolescentes del quintil más pobre completaba el grado 6°. Segundo, las comparaciones intrapaís dan una idea de lo que es posible –es decir, objetivos específicos que ya se están alcanzando dentro de un país.

La capacidad de pago por el acceso a los servicios es baja, especialmente para la gente pobre

En muchos de los países más pobres, el acceso a escuelas, centros hospitalarios, agua potable, instalaciones sanitarias, transporte rural y otros

RECUADRO 1.1 ***¿Quién es "la gente pobre"?***

Definir quién es "pobre" siempre es un cometido difícil porque hay varios conceptos de pobreza. Quizá el más familiar sea el que se usa para identificar a los pobres en muestreos para encuestas en países de bajos ingresos: éste se basa en una medida compuesta por el consumo total por miembro del hogar (con ajustes por tamaño y composición del hogar).[50] "Los pobres" se definen entonces como aquellos que viven en hogares que están por debajo de un determinado umbral de esta medida de consumo, por ejemplo por debajo de uno o dos dólares al día, o por debajo de un nivel definido nacionalmente.

Un enfoque alternativo divide la población en varios grupos, por ejemplo en quintiles, de acuerdo con un ordenamiento por tamaño de una medida. El quintil más pobre o el quinto más pobre, por ejemplo, es el 20% de las personas que viven en los hogares que tienen los valores más bajos de la medida de consumo.

Muchas encuestas, incluidas algunas usadas para este Informe, no incluyen datos sobre consumo, que son difíciles de recolectar. Una forma de asignar gente a un quintil es agregar los indicadores de propiedad de bienes y características de vivienda de un hogar en un índice y luego calificar los hogares de acuerdo con este índice. Para distinguir esos enfoques en este Informe, a los quintiles basados en el último método típicamente se hace referencia como quintiles de "bienes o activos" o de "riqueza" (dado que la propiedad de activos y las características de vivienda son presumiblemente reflejos de la riqueza de un hogar).[51]

Pero la pobreza basada en el consumo, la "riqueza", u otro derivado del ingreso no es la única desventaja social que crea dificultades en la demanda y la prestación de servicios. El género puede excluir a la mujer de la demanda tanto hogareña como pública de mejores servicios. En muchos países la etnia u otras categorías de desventaja creadas socialmente son barreras importantes. La gente que tiene discapacidades físicas y mentales a menudo no encuentra cabida en los servicios de educación y salud.

Conceptos aún más generales de pobreza son relevantes para tener servicios efectivos. "Los pobres" incluyen a la gente que experimenta cualquiera de las muchas dimensiones de pobreza –y a la vulnerable o en riesgo de caer en la pobreza– en los países de ingresos bajos y medianos bajos.[52] De manera que la gente pobre puede verse como la "clase trabajadora", o "popular" en español, o sencillamente como "no rica". Incluso en los países de medianos ingresos los "pobres" incluyen una gran parte de la población: mucha de la población no puede aislarse de las consecuencias que tienen las fallas de los servicios públicos.

servicios es limitado. Para los niños del pueblo de Aberagerema, Papua Nueva Guinea, la escuela más cercana está en el pueblo de Teapopo, a una hora en bote, dos horas en canoa.[54] Esto no es inusual: el tiempo promedio de viaje a la escuela más cercana en ese país es de una hora.[54] La disponibilidad de servicios varía enormemente de un país a otro. No obstante, es típico que la gente pobre necesite viajar grandes distancias para llegar a los servicios de salud y educación –y a menudo distancias mucho más largas que la gente rica del mismo país. En la Nigeria rural los niños del quintil más pobre de la población necesitan viajar más de cinco veces más lejos que los niños del quintil más rico para llegar a la escuela primaria, y más de siete veces más lejos para llegar al centro hospitalario más cercano (cuadro 1.1). Y viajar estas distancias puede ser duro. En el pueblo de Lusikisiki, Sudáfrica, puede resultar necesario contratar vecinos para llevar a un enfermo cuesta arriba tan sólo para llegar a la carretera más cercana, la cual puede ser inaccesible durante la estación de lluvias.[55]

Además de esto, el personal está escaseando en algunas partes del mundo. Hay creciente evidencia de que el sida está reduciendo la cantidad de personas que podrían convertirse en maestros o en profesionales de la salud (recuadro 1.2) y los mercados laborales internacionales están haciendo difícil conservar personal médico calificado en los países pobres (capítulos 6 y 8).

El cubrimiento de otros servicios también está lejos de ser universal. Más de 1.000 millones de personas en todo el mundo carecen de acceso a una fuente de agua mejorada, y 2.500 millones no tienen acceso a sanidad mejorada. En África sólo la mitad de la población rural tiene acceso a agua o a sanidad mejorada. En Asia sólo el 30% de la población rural cuenta con sanidad mejorada.[56] Una vez más, las variaciones entre y dentro de los países son grandes. En Camboya el 96% del quinto más rico de la población tiene acceso a una fuente de agua potable, pero solamente el 21% del quintil más pobre lo tiene (gráfico 1.3). En Marruecos, en 1992 el 97% del quinto más rico de la población tenía acceso a una fuente de agua mejorada, pero del quinto más pobre sólo el 11% lo tenía. En el Perú las cifras correspondientes son 98% y 39%.[57]

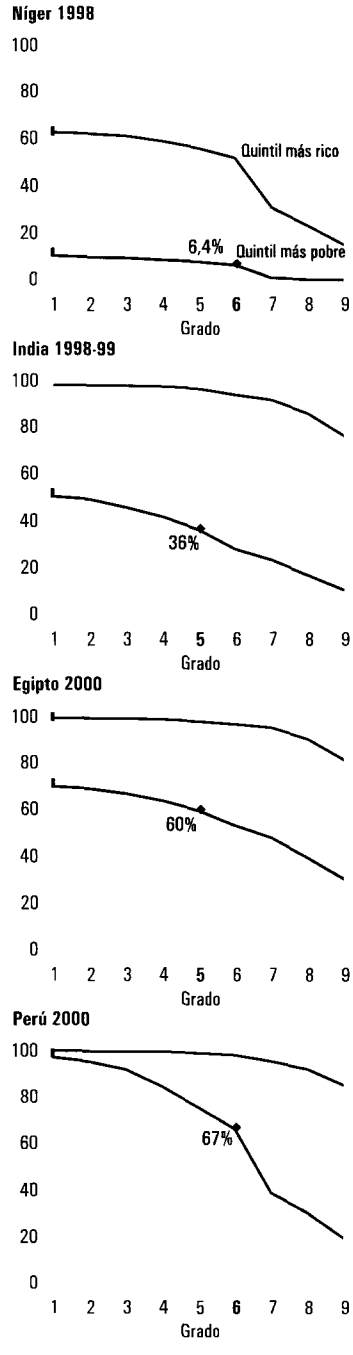
Esto no tiene por qué ser así. A mediados de la década de los setenta Indonesia expandió el acceso a la educación primaria, aprovechando su bonanza petrolera para construir nuevas escuelas y contratar más maestros. La matrícula primaria se duplicó entre 1973 y 1986, de manera que alcanzó al 90% –aunque la historia de la calidad es menos positiva.[58] Pese a un limitado presupuesto, en los años ochenta, después de una guerra civil, El Salvador expandió el acceso de las comunidades pobres a la escuela, empleando arreglos institucionales innovadores (*ver* En primer plano: Educo).

La relación exacta entre uso de servicios y precios o ingresos familiares varía, pero para los pobres menores ingresos y precios más altos están asociados con menor uso.[59] La gente pobre gasta una cantidad de su dinero en servicios: el 75% del gasto total en salud en los países de bajos ingresos es privado, lo mismo que el 50% en los países de medianos ingresos.[60] Estos agregados generales que se basan en fuentes gubernamentales probablemente sean subestimaciones que no reflejen la carga más pesada para los pobres. Y la gente pobre suele tener que pagar más por los mismos bienes. Por ejemplo, a menudo paga a vendedores de agua precios más altos que los que pagan a los servicios públicos los mejor librados (capítulo 9). En Ghana, el precio aproximado por litro de agua comprada por baldes era entre 5 y 16 veces superior a la tarifa del servicio público, pese a que las mujeres y los niños solían tener que caminar una gran distancia para comprar el agua. En Pune, India, los compradores de bajos ingresos pagaban por el agua hasta treinta veces el precio de venta del agua del acueducto que usaban los hogares de medianos y altos ingresos.[61]

Los pobres también carecen de las garantías necesarias para obtener préstamos normales que les permitan pagar servicios costosos para los cuales carecen de seguro, y consecuentemente recurren a prestamistas informales que cobran tasas de interés muy altas. Si no disponen de este canal de financiación, recurren a proveedores tradicionales o privados más costosos, quienes suelen ofrecerles mayor flexibilidad en los términos de pago.[62]

Esto no tiene por qué ser así. En Egipto, a principios de la década de los noventa, el hecho de poner a disposición un seguro de salud para los niños de las escuelas casi duplicó, en el quintil más pobre de la población, la probabilidad de una visita a un centro de salud, con lo cual se redujo sustancialmente la brecha entre ricos y pobres.[63] En México un programa innovador –Progresa– daba a los padres de familia transferencias en efectivo si asistían a conferencias de educación sobre la salud (en las que también recibían suplementos alimenticios) y los miembros de la familia se hacían chequeos médicos regulares. El impacto de esta combinación de mayores ingresos y visitas a los cen-

Gráfico 1.2 Los pobres tienen menos probabilidades de iniciar la escuela y más probabilidades de desertar
Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que han cursado cada grado completo o más



Notas: El número de grado escrito en negrilla denota el final del ciclo de primaria. Quintiles basados en quintiles del índice de activos.
Fuente: Análisis de datos de encuestas demográficas y de salud.

Cuadro 1.1 La escuela o el centro de salud más cercano puede estar verdaderamente lejos
Distancia media al centro de servicio más cercano en áreas rurales, para los quintiles más pobre y más rico en 19 países en desarrollo

Países	INB per cápita	Distancia a la escuela primaria más cercana (kilómetros)			Distancia al centro médico más cercano (kilómetros)		
		Quintil más pobre	Quintil más rico	Razón	Quintil más pobre	Quintil más rico	Razón
Bangladesh 1996-97	374	0,2	0,1	1,6	0,9	0,7	1,3
Benín 1996	395	1,5	0,0	–	7,5	2,8	2,7
Bolivia 1993-94	1.004	1,2	0,0	–	11,8	2,0	6,0
Burkina Faso 1992-93	336	2,9	0,8	3,9	7,8	2,6	3,0
República Centroafricana 1994-95	819	6,7	0,8	8,9	14,7	7,7	1,9
Camerún 1991	611	2,6	0,7	3,8	7,0	5,4	1,3
Chad 1998	250	9,9	1,3	7,6	22,9	4,8	4,8
Costa de Marfil 1994	788	1,4	0,0	–	10,5	3,4	3,1
República Dominicana 1991	1.261	0,6	0,4	1,3	6,3	1,3	5,0
Haití 1994-95	336	2,2	0,3	6,4	8,0	1,1	7,2
India 1998-99	462	0,5	0,2	2,3	2,5	0,7	3,6
Madagascar 1992	303	0,6	0,3	1,8	15,5	4,7	3,3
Malí 1995-96	281	7,9	5,2	1,5	13,6	6,7	2,0
Marruecos 1992	1.388	3,7	0,3	13,1	13,5	4,7	2,9
Níger 1998	217	2,2	1,5	1,5	26,9	9,7	2,8
Nigeria 1999	266	1,8	0,3	5,5	11,6	1,6	7,1
Senegal 1992-93	933	3,8	2,3	1,7	12,8	10,0	1,3
Tanzania 1991-92	224	1,2	0,6	1,9	4,7	3,0	1,6
Uganda 1995	290	1,4	0,9	1,5	4,7	3,2	1,5
Zimbabwe 1994	753	3,0	3,5	0,8	8,6	6,3	1,4

Nota: Ingreso nacional bruto (INB) per cápita es el del momento de la encuesta expresado en dólares de 2001. Centro médico abarca centros de salud, dispensarios, hospitales y farmacias. Si bien algunos de estos datos están ligeramente desactualizados, son los últimos recogidos de una manera consistente entre estos países. En algunos países la situación hoy puede ser diferente.
Fuente: Análisis de datos de encuestas demográficas y de salud.

tros de salud fue significativo: la enfermedad entre menores de 5 años se redujo alrededor del 20% (*ver* En primer plano).

Calidad: un grupo de fallas

La falta de acceso y la incapacidad de pago son sólo dos de las formas en que fallan los servicios. Tanto en los países de bajos ingresos como en los de medianos ingresos, si hay disponibilidad de servicios, éstos suelen ser de baja calidad. Por eso muchos pobres obvian el servicio público más cercano para recurrir a servicios privados más costosos o para conseguir una mejor calidad en servicios públicos más distantes. Un estudio en profundidad del distrito de Iringa, un área rural pobre de Tanzania, mostró que los pacientes evitaban los servicios de baja calidad en favor de aquellos que ofrecían consultas y prescripciones de alta calidad, equipados con médicos más preparados y con mejores existencias de implementos básicos.[64] Un estudio encontró un comportamiento similar en Sri Lanka, donde la demanda de calidad variaba de acuerdo con la severidad de la enfermedad.[65]

Resultado: subutilización de clínicas financiadas con fondos públicos. En el distrito de Sheikhupura del Punjab rural, Pakistán, solamente el 5% de los niños enfermos eran llevados a los centros rurales de salud básica para su tratamiento; la mitad iba a dispensarios privados y los demás a médicos particulares.[66] Cuando la calidad mejora, la demanda de servicios se incrementa, incluso entre los clientes pobres.[67]

A menudo los servicios son disfuncionales

Asegurar que se llenen los puestos de trabajo, que el personal asista al trabajo y que sea responsable con todos sus clientes, es un desafío de primer orden. Cuanto más capacitados sean los trabajadores, es menos probable que acepten un empleo como maestros o como trabajadores de la salud en áreas remotas. En Bangladesh un estudio reciente encontró tasas de vacantes del 40% para empleos médicos en áreas pobres.[68] En Papua Nueva Guinea, al tener un porcentaje sustancial de vacantes, muchas escuelas cerraron porque no pudieron conseguir maestros.[69] Incentivos monetarios podrían animar a los profesionales a trabajar en áreas remotas, pero pueden resultar costosos. En Indonesia un estudio estimó que a los médicos sería necesario pagarles varias veces sus

RECUADRO 1.2 ***El VIH/sida está matando maestros***

Muchos países carecen de datos confiables sobre muertes relacionadas con sida y prevalencia de VIH entre maestros, pero la información disponible sugiere una creciente mortalidad de maestros en presencia de VIH/sida. Por ejemplo:

En la República Centroafricana el 85% de los maestros que murieron entre 1996 y 1998 eran VIH positivos. En promedio, ellos murieron 10 años antes de la edad de retiro.

En Zambia, 1.300 maestros murieron en los 10 primeros meses de 1998, en contraste con 680 en 1996.

En Kenia las muertes de maestros se elevaron de 450 en 1995 a 1.500 en 1999 (reporte de la Comisión del Servicio de Enseñanza), a la vez que en una de las ocho provincias de este país mueren mensualmente de 20 a 30 maestros por sida.

Se estima que los maestros VIH positivos en algunas partes de Malawi y Uganda son más del 30%, el 20% en Zambia y el 12% en Sudáfrica.

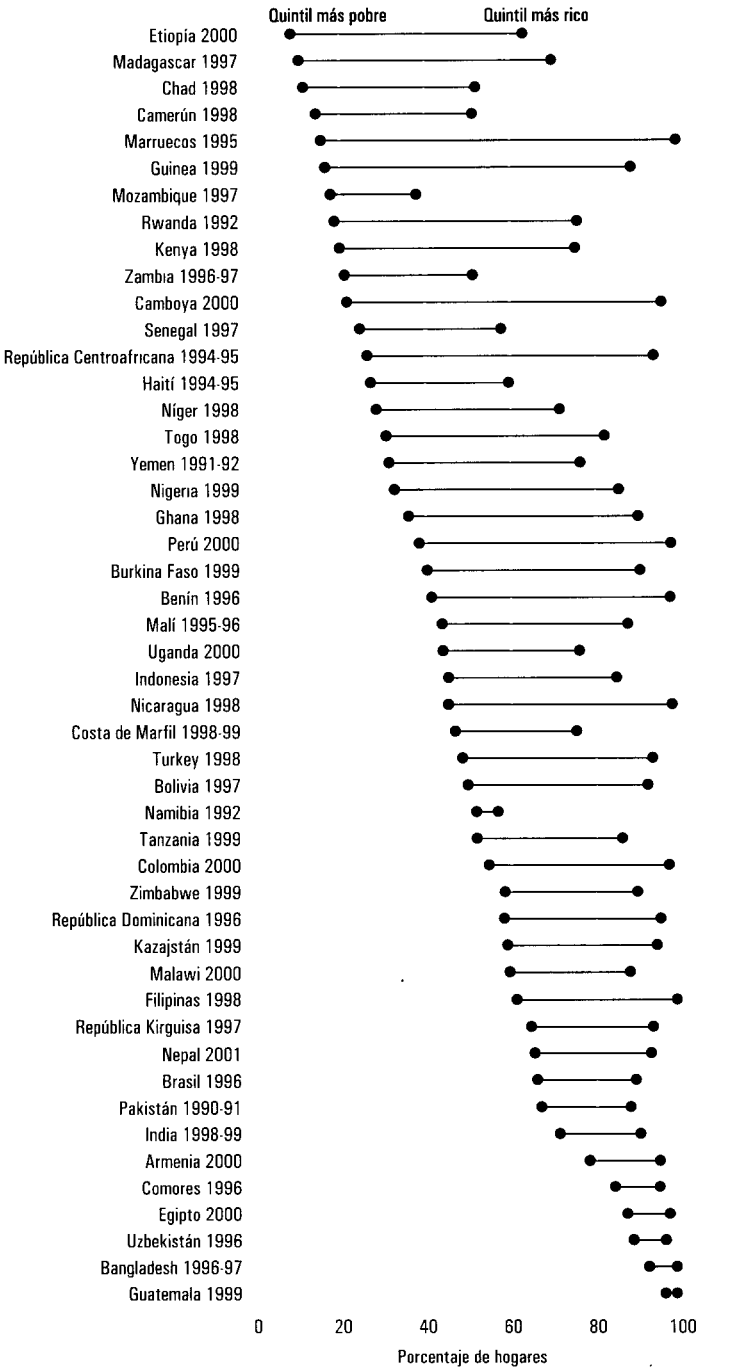
Fuentes: Coombe (2000), Gachuhi (1999), Kelly (1999), Kelly (2000), Unaids (2000), Banco Mundial (2002h).

salarios normales para inducirlos a irse a las áreas más remotas.[70]

Aun cuando las plazas estén llenas, las tasas de ausencia pueden ser altas. En visitas al azar a 200 escuelas primarias en la India, en la mitad de ellas los investigadores no encontraron ninguna actividad de enseñanza en el momento de la visita.[71] Recientes muestreos al azar de escuelas y centros hospitalarios en varios países en desarrollo encontraron tasas de ausencia superiores al 40%, siendo más altas las tasas en áreas remotas y para determinadas clases de personal –si bien hay una amplia variación dentro de los países (cuadros 1.2 y 1.3). Estudios anteriores arrojaron resultados similares. En Etiopía hasta el 45% de los maestros estuvieron ausentes como mínimo un día en la semana anterior a una visita –el 10% de ellos estuvo ausente 3 o más días.[72] En Honduras, los trabajadores de la salud de los centros urbanos de la salud laboraban sólo el 77% de los días posibles en la semana anterior a una visita.[73] En Costa de Marfil rural sólo el 75% de los médicos estaba en servicio el día anterior a una visita.[74]

El personal solo no puede asegurar servicios de alta calidad. También se necesitan los materiales adecuados –libros en las escuelas, medicamentos en las clínicas. En Ghana y Nigeria, estudios de principios de los años noventa encontraron que alrededor del 30% de las clínicas públicas carecían de medicamentos.[75] Una cuarta parte de las clínicas rurales de Costa de Marfil

Gráfico 1.3 Agua, agua en todas partes, ni una gota para beber
Porcentaje de hogares que usan una fuente de agua mejorada, quintiles más pobre y más rico



Nota: El quintil más pobre de un país puede corresponder al estándar de vida del quintil medio de otro país. Las desigualdades internas de un país reflejan desigualdad en el acceso a agua y en el índice de riqueza empleado para construir los quintiles. Una fuente de agua "mejorada" es, según la definición de Unicef, aquella que proporciona agua en la calidad y la cantidad adecuadas (esto es, una conexión doméstica por tubería o un pozo protegido, no un pozo desprotegido ni agua embotellada).
Fuente: Análisis de datos de encuestas demográficas y de salud.

Cuadro 1.2 El personal a menudo está ausente
Tasas de ausencia entre maestros y trabajadores de la salud en establecimientos públicos (porcentaje)

	Escuelas primarias	Centros de salud básica
Bangladesh	–	35
Ecuador	16	–
India*	23	43
Indonesia	18	42
Papua Nueva Guinea	15	19
Perú	13	26
Zambia	17	–
Uganda	26	35

*Promedio para 14 estados.

Cuadro 1.3 Las tasas de ausencia varían muchísimo, incluso en el mismo país
Tasas de ausencia entre maestros y trabajadores de la salud en establecimientos públicos en diferentes estados de la India (porcentaje)

	Escuelas primarias	Centros de salud básica
Andhra Pradesh	26	–
Assam	34	58
Uttar Pradesh	26	42
Bihar	39	58
Uttar Anchal	33	45
Rajastán	24	39
Karnataka	20	43
Bengala Occidental	23	43
Gujarat	15	52
Haryana	24	35
Kerala	23	–
Punjab	37	–
Tamil Nadu	21	–
Orissa	23	35

Notas para cuadros 1.2 y 1.3: La tasa de ausencia es el porcentaje de personal que debería estar presente pero que no lo está el día de una visita anunciada. Incluye ausencias de personal "con excusa" y "sin excusa", de manera que incluye, por ejemplo, personal en entrenamiento u ocupado en deberes de "gobierno" ajenos a la docencia, al igual que evasiones del trabajo.
– indica datos no disponibles.
Fuentes para cuadros 1.2 y 1.3: Chaudhury y otros (2003), Habyarimana y otros (2003), y NRI y Banco Mundial (2003). Los datos deben considerarse preliminares.

no tenía antibióticos.[76] La disponibilidad de drogas en un centro hospitalario, por sí sola, es una medida ambigua de calidad: la falta de existencias puede deberse a una elevada demanda. Pero cuando en las clínicas no hay medicinas en tanto que éstas están disponibles en el mercado negro, como suele ser el caso, algo anda mal. De la misma manera, en las escuelas se carece de materiales educativos. En Nepal, un estudio encontró que hasta seis estudiantes compartían los libros de texto en lengua local. En Madagascar los textos tenían que ser compartidos por 3 a 5 estudiantes y sólo la mitad de las aulas tenían un tablero utilizable.[77]

Cuando el personal asiste al trabajo –como muchos lo hacen concienzudamente– y cuando hay disponibilidad de los insumos complementarios, la calidad del servicio sufrirá si las instalaciones son inadecuadas o necesitan reparación. Las condiciones pueden ser horribles. Un informe de una escuela en Bihar del norte, India, describe las aulas "... cerca de la desintegración. Seis niños salieron heridos en tres incidentes distintos en los que se cayeron partes de la edificación, e incluso ahora hay un grave peligro de colapso total... El área de juego está llena de estiércol y fango. En los drenajes superficiales podría ahogarse un niño pequeño. Los mosquitos están por todas partes. No hay sanitarios. Los vecinos se quejan de que los niños usan cualquier lugar que les convenga para sus necesidades fisiológicas, y los maestros se quejan de que los vecinos usan el área de juego como sanitario por la mañana".[78] El mismo estudio sobre la India encontró que la mitad de las escuelas visitadas no disponían de agua potable. En áreas rurales de Bangladesh y Nepal, un estudio reveló un promedio de un sanitario por cada 90 estudiantes, y la mitad de los sanitarios inutilizables.[79] En Pakistán, en el 16% de las escuelas visitadas como parte de un estudio, no había instalaciones sanitarias separadas para niñas.[80]

Otro problema es la corrupción en diferentes formas. Maestros y autoridades escolares podrían solicitar sobornos para admitir estudiantes o para darles mejores calificaciones, o podrían enseñar mal a fin de incrementar la demanda de clases privadas extraescolares. Encuestas en 11 países de Europa Oriental y Central encontraron que el sector salud era considerado uno de los más corruptos.[81] Oficialmente, se estima que sólo el 24% del gasto en salud en Europa y Asia central es privado, pero esto no incluye los pagos informales –obsequios y sobornos– que hacen muchos pacientes. En Azerbaiyán, Polonia y en la Federación Rusa más del 70% de los pacientes hacen esa clase de pagos, y más del 90% lo hacen en Armenia.[82]

La corrupción afecta también a los pacientes de otras partes. Por ejemplo, estudios basados en datos de mediados de la década de los noventa encontraron que los pagos informales incrementaban sustancialmente el precio de los servicios de salud en Guinea y Uganda.[83] Un examen reciente de estudios de casos de América Latina encontró corrupción generalizada en hospitales, que iba desde robo y ausentismo hasta comisiones ilegales por aprovisionamiento.[84] En una discusión de grupo, campesinos de un país de África del Norte donde la gente tiene cubrimiento de "servicios médicos gratuitos" reportaron que "no hay ni una sola tableta en la clínica y el doctor ha convertido ésta en su clínica privada".[85]

Esto tampoco tiene por qué ser así. En Benín, el compartir costos en los centros hospitalarios –en línea con la Iniciativa Bamako– y fondos de drogas rotativos, incrementaron la disponibilidad de medicamentos en clínicas que antes prestaban servicios gratuitos pero que casi nunca tenían ninguna droga. El uso se incrementó en todas las clínicas que introdujeron estas medidas *(ver* En primer plano).[86] Arreglos innovadores pueden motivar a los maestros a asistir al trabajo. En Nicaragua, entre 1995 y 1997 la asistencia de maestros en las escuelas primarias a las que se les dio autonomía, se incrementó el doble que en las escuelas estatales manejadas a través del sistema burocrático.[87] En la India, en la década de los noventa, un programa de educación básica a gran escala duplicó las instalaciones sanitarias y de agua potable en las escuelas de los distritos donde fue implementado. Las partes interesadas pueden movilizarse para reducir la corrupción. Sindicatos del sector público han organizado una red anticorrupción (Unicorn) que está apoyando iniciativas nacionales para proteger a los denunciantes.

La calidad técnica de los servicios suele ser muy baja

Los servicios también le fallan a la gente pobre cuando la calidad técnica es baja, es decir, cuando los insumos se combinan de manera que producen resultados ineficientes, inefectivos o nocivos. Por ejemplo, los trabajadores de la salud poco capacitados dan consejo médico errado o usan procedimientos errados, o las escuelas usan métodos de enseñanza ineficientes. La ineficiencia rampante fue identificada como la razón por la cual los gastos se elevaron verticalmente en un hospital de República Dominicana.[88] A mediados de los años noventa, un estudio de instalaciones para la salud en múltiples paí-

ses encontró un desconcertante bajo número de casos de evaluación apropiada de diarrea en niños de menos de cinco años, e incluso menos casos tratados o aconsejados correctamente. Por ejemplo, en Zambia sólo el 30% de los casos fueron correctamente evaluados y sólo el 19% fueron debidamente rehidratados .[89] Otro estudio en Egipto encontró que únicamente el 14% de los casos de diarrea aguda eran tratados apropiadamente con sales para rehidratación oral.[90] Un estudio reciente en Benín encontró que uno de cada cuatro niños enfermos recibía de trabajadores de la salud drogas innecesarias o peligrosas.[91] En la India, la contaminación de agujas para inyecciones empleadas por médicos registrados estaba alarmantemente generalizada.[92]

Aun cuando la calidad técnica es más difícil de identificar en la educación básica, algunos indicadores son alarmantes. Por ejemplo, la asignación del gasto es ineficiente, ya que una parte sustancialmente mayor va a salarios de los maestros en contraposición con otros factores que serían más eficientes.[93] O el tiempo es mal invertido: en cinco países del Oriente Medio y África del Norte los estudiantes de escuela primaria apenas gastan alrededor del 65% del tiempo potencial trabajando efectivamente.[94] En Indonesia los estudiantes de primero y segundo grados oficialmente gastan apenas 2,5 horas al día en la escuela, y las ausencias y el tiempo invertido en tareas administrativas dentro del aula reducen aún más el tiempo invertido en aprendizaje.[95]

Los servicios no responden a los clientes

Los servicios también fallan en la interacción entre proveedor y cliente. Los clientes son diversos: ellos difieren en estatus económico, religión, etnia, género, estado civil, edad, estatus social, casta. También pueden diferir en sus limitaciones de tiempo, su acceso a información y redes sociales, o sus destrezas cívicas y habilidad para actuar colectivamente. Las desigualdades entre estos grupos se reflejan en la relación entre clientes y proveedores.[96] En la India, los distritos que tienen una mayor proporción de castas inferiores y algunos grupos religiosos tienen menos médicos y enfermeros per cápita, y es menos probable que los trabajadores de la salud, de extensión, visiten castas inferiores y hogares pobres.[97] Los clientes informan que ellos valoran las instalaciones de salud que están abiertas en horarios convenientes y que tienen personal que los trata con respeto. En El Salvador, horarios de apertura infrecuentes e inconvenientes reducían muchísimo el uso de los puestos de salud. De acuerdo con entrevistados del grupo focal, "Los puestos de salud operan sólo dos veces por semana. El tiempo de espera es de tres horas en promedio. Solamente quienes llegan a las 8 a. m. logran una consulta".[98] En el África Subsahariana la escuela suele comenzar a las 8 a. m., cuando las niñas todavía están recogiendo agua, y los días de no asistencia escolar no coinciden con las fechas de mercado local.

La "distancia social" entre proveedores y sus clientes puede ser grande. En Níger, un país principalmente rural, un estudio reveló que el 43% de los padres de enfermeros y parteras eran servidores civiles y que el 70% de ellos se había criado en la ciudad. Todos iban al trabajo en carro –una rareza en ese país.[99] Consecuencias tristes de la distancia social entre proveedores y clientes no son difíciles de encontrar. En Egipto, los participantes en un grupo de discusión se quejaron de la actitud del personal del hospital rural local; un entrevistado resumió así la experiencia: "Ellos tienen la nariz levantada al aire y a nosotros nos ignoran".[100] En Sudáfrica un miembro del grupo focal comenta acerca de un proveedor de atención médica primaria: "A veces siento como si el Apartheid nunca hubiera dejado este lugar... ellos realmente tienen su manera de hacernos sentir como si fuéramos un pedazo de plástico".[101]

Los servicios tienen que ser relevantes –tienen que llenar una necesidad sentida– o de lo contrario habrá poca demanda de los mismos (recuadro 1.3). Si las escuelas primarias enseñan destrezas relevantes únicamente para la escuela secundaria –y no para la vida por fuera de la escuela–, solamente los hijos de las familias más ricas que esperan pasar al nivel secundario considerarán que vale la pena terminar la escuela primaria. En Ghana un entrevistado se quejó: "La escuela es inútil: los niños gastan tiempo en ella y luego están desempleados y sin

RECUADRO 1.3 ***Los servicios escolares para niñas no tienen gran demanda en la provincia de Dhamar, Yemen***

"Al fondo de la clase de 40 niños se sentaban dos niñas... ¿Qué querían ser las niñas cuando crecieran? 'Maestra', dijo una. 'Doctora', dijo la otra. Pero en Yemen menos de una cuarta parte de las mujeres son alfabetas, y ellas tienen que seguir el rumbo de la mujer tradicional del pueblo, que normalmente se casa en su adolescencia y tiene en promedio 10 hijos. En los campos de la provincia de Dhamar, una de las más pobres del país, hay pocas actividades profesionales para alguien, mucho menos para una mujer. Además, la gran mayoría de los padres no quieren dejar que sus hijas vayan a la escuela –ya que juzgan inaceptable tanto que aprendan conjuntamente con los varones como que caminen por la calle para ir a clase".

En Yemen, a nivel de primaria alrededor de uno de cada tres estudiantes es niña; en el nivel de secundaria es una de cada cuatro. Más del 75% de las mujeres mayores de 15 años son analfabetas, en contraste con el 35% de los hombres. Sin embargo, la educación de las niñas no es el único problema. La tasa neta de matrícula para varones es apenas del 75% a nivel primario y del 70% a nivel secundario.

Fuentes: Mayer (1997), Banco Mundial (2002g).

haber aprendido a trabajar la tierra".[102] En la India, un componente de un programa de desarrollo integral de la infancia fracasó cuando los beneficiarios rechazaron la provisión de granos alimenticios. Al final el programa cambió lo que ofrecía para que concordara con las variadas preferencias de diferentes partes del país.

Y, una vez más, esto no tendría que ser así. En el área Nioki del Zaire (hoy República Democrática del Congo), donde el uso de servicios de salud descendió sustancialmente entre 1987 y 1991, se incrementó en clínicas que tenían enfermeros con buenas destrezas interpersonales.[103] Entre los pueblos nativos de Bolivia, Ecuador, Guatemala, México, Paraguay y Perú, la promoción de una educación bilingüe e intercultural contribuyó a mejores resultados escolares.[104] Una innovadora campaña de salud pública entre trabajadoras sexuales de Sonagachi, India, entrenó "educadoras pares" para transmitir información a sus compañeras de trabajo. Difundir información en esta forma tuvo como resultado el mayor uso de condones y una cantidad significativamente menor de casos de infección con VIH que en otras ciudades. El enfoque tuvo también efectos acumulativos: las trabajadoras sexuales organizaron un sindicato y efectivamente hicieron cabildeo para obtener su legalización, la reducción del acoso policial y otros derechos. [105]

Poca evaluación, poca innovación, productividad estancada

En la mayoría de las situaciones hay pocas evaluaciones de las intervenciones nuevas y, consecuentemente, ninguna innovación ni mejora efectiva en la productividad de los servicios. La evaluación de arreglos innovadores para los servicios –tales como nuevas formas de responsabilidad– todavía es rara. Si los sistemas no llevan implícitas formas de saber cómo hacer mejor las cosas, no es de sorprender que se estanquen. Fiarse de la investigación de otros países, si bien es útil, no es suficiente. Descubrir cómo funciona una determinada intervención en la situación de cada país es crucial, puesto que historia, política e instituciones determinan qué sí funciona, qué no, y por qué.

Una vez más, esto no tendría por qué ser así. Aunque rara vez se lleve a cabo, algunos programas han tratado de incorporar componentes de evaluación para saber cómo marcha el programa. Progresa, en México, incluyó explícitamente en su diseño selección al azar y evaluación. Los resultados de la evaluación –bien documentados y difundidos a través de los medios– ayudaron a consolidar el respaldo para el programa. Mostraron qué era más efectivo, contribuyendo así a la extensión del programa a una gran parte de la gente pobre del país (*ver* En primer plano). Pero aun sin un diseño experimental, es posible saber cómo operan los sistemas e innovar. Por ejemplo, el estudio Probe, en la India, documentó una diversidad de efectos de calidad en las escuelas primarias. Los resultados, ampliamente difundidos, contribuyeron a movilizar apoyo para la reforma.[106]

Hacer que los servicios funcionen a fin de mejorar los resultados

Muchos de los ejemplos presentados hasta aquí describen fallas en la prestación de servicios por parte del sector público, pero no son toda la historia. El siglo XX vio enormes mejoras en los estándares de vida. La expectativa de vida ha mejorado radicalmente en casi todos los países. La expansión de la escolaridad ha sido igualmente notable. En la inmensa mayoría de los países el analfabetismo se ha reducido drásticamente, las tasas de matrícula se han elevado y el promedio de escolaridad de la población ha superado el doble. Las burocracias de servicio civil que proporcionan buenos servicios han sido elementos integrales de esos éxitos. En muchas situaciones el personal tiene que superar obstáculos de primer orden –incluidas amenazas a su propia seguridad– para poder enseñar a los niños o proporcionar atención a los enfermos.

¿Qué apariencia tienen los servicios que funcionan? Escuelas seguras y amables en las que los niños aprenden a leer y escribir. Clínicas de atención básica con trabajadores de la salud que dispensen el consejo y las medicinas apropiados. Redes confiables de distribución de agua potable. Subsidios directos para los niños pobres y sus familias, que estimulan la demanda. Servicios que son accesibles, que la gente puede pagar, y de buena calidad, que contribuyen a mejorar los resultados para la gente pobre.

Los gobiernos asumen la responsabilidad de hacer que los servicios funcionen, a fin de promover los resultados en salud y educación. El capítulo 2 contempla las razones de esta responsabilidad, tratando tres formas aparentemente directas de cumplirla: fiarse solamente del crecimiento económico, asignar gasto público o aplicar ajustes técnicos. Ninguna de ellas es suficiente por sí sola. Hacer que los servicios funcionen exige mejorar los arreglos institucionales para producirlos. Los capítulos 3 a 6 de este Informe desarrollan un marco para analizar esos arreglos. Los capítulos 7 a 11 aplican ese marco y extraen lecciones para gobiernos y donantes.

COMPRIMIDO 1.1 *Determinantes de los resultados de salud y educación, dentro, fuera y entre sectores*

Los resultados en salud y educación están determinados por más que la disponibilidad y calidad de los servicios de salud y la escolaridad. Mejor nutrición ayuda a los niños a aprender. Mejores formas de refrigeración y medios de transporte ayudan a conservar bien las medicinas. Muchos factores determinan resultados tanto del lado de la oferta como del de la demanda, ligados a muchos niveles. La demanda de salud y educación está determinada por la ponderación que hacen los individuos y los hogares de los beneficios y costos de sus opciones y de las limitaciones que enfrentan. La oferta de servicios que afectan los resultados en salud y educación comienza con conocimiento tecnológico global y abarca todo el camino, hasta si los maestros asisten al trabajo y las comunidades hacen mantenimiento a las bombas de agua.

Demanda: individuos y hogares

Los costos y beneficios determinan qué tanto invierte un individuo en educación o salud. ¿Cuáles son los beneficios? Mayores niveles de educación y salud están asociados con mayor productividad y mayores ingresos. Invertir en capital humano es una forma de obtener esos retornos. Pero los retornos pueden variar para diferentes personas, por ejemplo, menores ingresos esperados para mujeres o para minorías étnicas. En estos casos sería de esperar diferentes niveles de inversión: diferentes niveles deseados de escolaridad, por ejemplo. Un elemento crucial de la demanda es el grado en que los individuos, más que la sociedad, cosechen las retribuciones. Los bienes que tienen grandes externalidades positivas –en cuyo extremo están los bienes públicos– tendrán una demanda inferior al nivel socialmente óptimo.

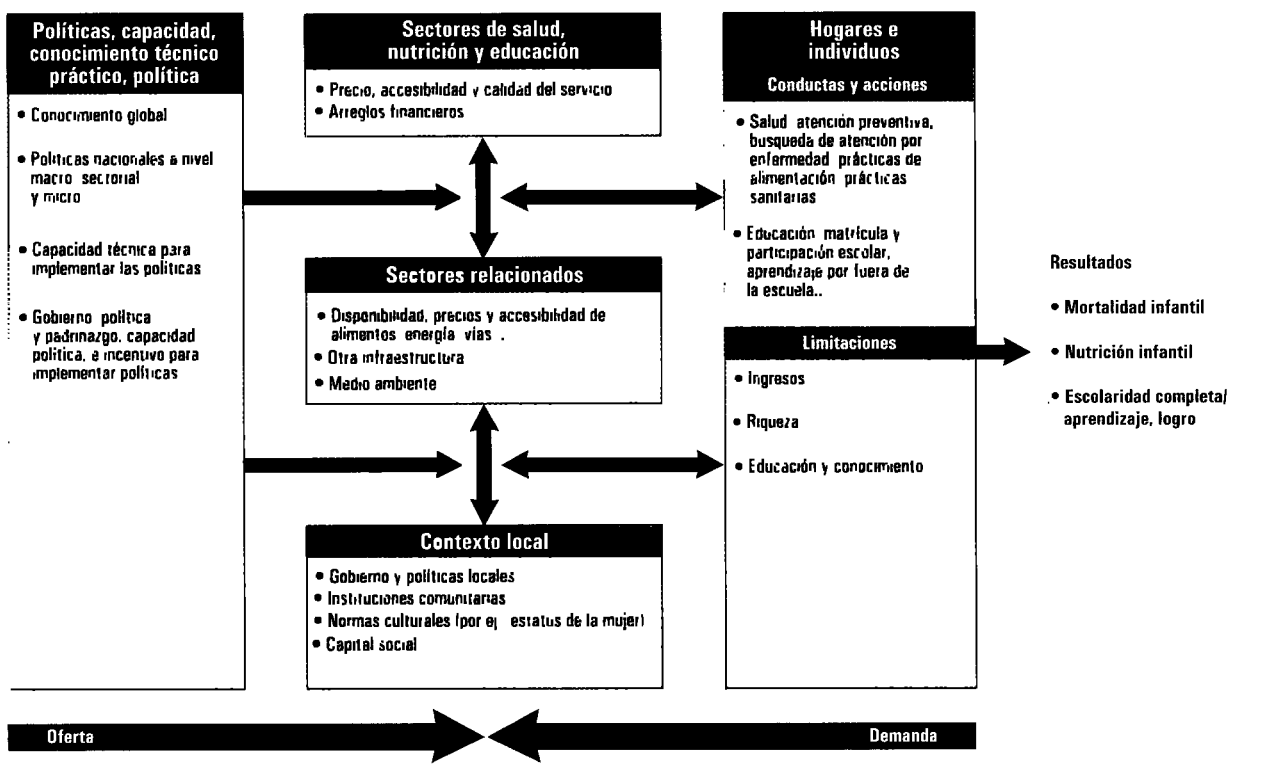
¿Cuáles son los costos? Hay costos directos: tarifas para el usuario, costos de transporte, derechos de uso de textos, costos de drogas. Algunos de estos pueden asumirlos las familias, pero no todas. A menudo es difícil usar mecanismos de adaptación para aquellas familias que no pueden. Por ejemplo, la falta de mercados de seguros puede hacer difícil absorber la carga financiera de una enfermedad súbita. O la incapacidad de tomar préstamos sobre ingresos futuros puede dificultar obtener préstamos para inversiones en educación.

Los costos indirectos también pueden ser grandes. Por ejemplo, con frecuencia los niños contribuyen a los ingresos familiares trabajando dentro o fuera de casa (cuidando de los hermanos o trabajando en la granja de la familia). El valor de esta contribución se pierde si ellos gastan un tiempo sustancial en la escuela.

El costo total de una enfermedad incluye días de trabajo perdidos en recuperación, búsqueda de atención médica o cuidado del enfermo. Las familias más ricas pueden adaptarse mejor a estos costos, lo que lleva a una asociación directa entre ingreso y resultados. Adicionalmente, salud y educación mejores suelen valorarse como tales. A medida que se incrementan los ingresos, las familias las demandan más, así que esto nos lleva de nuevo a una asociación entre ingreso y resultados. La producción de salud y educación depende del conocimiento y de las prácticas de los adultos en los hogares. Esto funciona tanto a través de la demanda de capital humano como de la generación de resultados. Una revisión de cuatro intervenciones en higiene, cuyo objetivo era el lavado de manos en países pobres, encontró el 35% menos de enfermedades relacionadas con diarrea entre los niños que recibieron las intervenciones. Y factores del hogar complementan la escolaridad: libros y lectura en casa contribuyen al alfabetismo.

Inversiones en el capital humano infantil son sensibles a la asignación de poder dentro de los hogares: las familias en las que el poder de negociación de la mujer es más fuerte, tienden a invertir más en salud y educación. En Brasil, un estudio reveló que la demanda de calorías y proteínas respondía hasta 10

Los determinantes de la oferta y la demanda operan a través de muchos canales



(Continúa)

COMPRIMIDO 1.1 *Determinantes de los resultados de salud y educación, dentro, fuera y entre sectores (continuación)*

veces más a los ingresos femeninos que a los masculinos. Este resultado, particularmente fuerte en las sociedades que proscriben el papel de la mujer, tiende a afectar más a las niñas que a los varones.

De manera más general, los roles y responsabilidades de diferentes miembros del hogar pueden afectar la forma en que se hacen inversiones. En Egipto una mujer dice: "Nosotros enfrentamos una calamidad cuando mi esposo cae enfermo. Nuestra vida se detiene hasta que él se recupera". Los ingresos de su esposo son cruciales para el sostenimiento de la familia. Puesto que la productividad está relacionada con la enfermedad, los hogares responden. En Bangladesh, un estudio encontró que los miembros del hogar que acometían actividades más agotadoras recibían alimentación más nutritiva. La educación de las hijas podría ser menos valiosa para los padres si lo típico es que los hijos varones cuiden de ellas en su vejez, de manera que los padres podrían estar menos dispuestos a enviar a las niñas a la escuela.

Demanda: vínculos entre sectores a niveles individual y de hogar

El estado de salud y educación afecta directamente la probabilidad de que un niño sea matriculado en la escuela y su capacidad de aprender y tener éxito en ella. En Ghana, la desnutrición entre los niños estaba asociada con significativas demoras en la matrícula escolar. Mejorar la salud y la nutrición del niño en el nivel preescolar tiene impactos de largo plazo sobre el desarrollo. En Filipinas, un estudio mostró que un incremento de uno en la desviación estándar de la salud de la primera infancia aumentaba en cerca de un tercio la desviación estándar de las calificaciones de pruebas subsecuentes.

Mejorar el estado de salud y nutrición de los estudiantes afecta positivamente la matrícula y la asistencia escolares. Un estudio longitudinal en Pakistán mostró que un incremento de un tercio de una desviación estándar en altura infantil incrementaba la matrícula escolar en 19 puntos porcentuales para las niñas y 4 puntos porcentuales para los varones. Una evaluación de un tratamiento masivo en las escuelas para desparasitar a los niños en la Kenia rural reveló que el ausentismo estudiantil disminuyó en un cuarto, pero no pareció afectar las calificaciones en las pruebas escolares. Mejorar la nutrición no es tan simple como dar alimentación suplementaria en la escuela: los hogares pueden reasignar recursos, lo que tiene el efecto de "compartir" esa alimentación. Un estudio en las Filipinas no encontró esa forma de compartir en general, pero sí que en un programa de refrigerio escolar éste era compartido en las familias más pobres.

La educación de los padres tiene efectos intergeneracionales en la salud, el estado de nutrición y la escolaridad de los niños. La educación de las mujeres adultas es una de las correlaciones más sólidas de mortalidad infantil en estudios transnacionales, incluso después de controlar estadísticamente la variable de ingreso nacional. Del mismo modo, la educación de la madre es un fuerte determinante de menor mortalidad a nivel de hogar, aunque la relación se debilita cuando se controlan otras características socioeconómicas de los hogares y de la comunidad. Una gran parte de este efecto podría no ser educación general sino conocimiento específico sobre salud, adquirido quizá mediante el uso de las capacidades de lectoescritura y numéricas aprendidas en la escuela, como reveló un estudio en Marruecos. Los efectos también pueden ser interespaciales: un estudio en Perú mostró que la educación de los vecinos de una madre incrementa significativamente el estado nutricional de los hijos de ésta. La educación de los padres está similarmente asociada con la escolaridad de sus hijos, aunque la magnitud del efecto –y los papeles relativos de la educación de la madre y del padre– varían sustancialmente de un país a otro.

El acceso a –y el uso de– agua apta para consumo humano, así como sanidad adecuada, tienen efectos directos sobre el estado de salud. El lavado de manos es una poderosa práctica para la salud, pero requiere suficientes cantidades de agua. Un estudio en 8 países encontró que pasar de agua no mejorada a agua "óptima" estaba asociado con una reducción de 6 puntos porcentuales en la prevalencia de diarrea en niños menores de tres años de edad (partiendo de una base del 25%), de hogares sin servicios sanitarios. El estado nutricional estaba igualmente asociado con el acceso a agua mejorada. Pero no todos los estudios revelan fuertes asociaciones entre fuente de agua y mejor salud.

La fuente de agua es sólo parte de la historia: en Bangladesh, el agua que se obtiene mediante pozos de tubo –una fuente "mejorada"– frecuentemente está contaminada con arsénico. Un estudio encontró que los niveles de arsénico superiores al nivel máximo aceptable establecido por la Organización Mundial de la Salud están asociados con el doble del nivel de diarrea en niños menores de 6 años. Niveles sumamente altos de arsénico están asociados con menor estatura entre los adolescentes.

El mismo estudio en 8 países antes mencionado mostró que el paso de ausencia total a servicios sanitarios "óptimos" estaba asociado con una caída de 10 puntos porcentuales en la incidencia reciente de diarrea en hogares carentes de una fuente de agua mejorada. Así como en la educación, aquí se producen efectos secundarios: las prácticas sanitarias a nivel comunitario tienen impacto en la vida de todos. En el Perú, las inversiones en sanidad por parte de los vecinos de una familia estaban asociadas con un mejor estado nutricional de los niños de esa familia.

El uso de fuentes seguras de energía afecta tanto la salud como la educación. La polución del aire interior –producida por el uso de combustibles sucios para cocina y calefacción– perjudica la salud infantil. Una revisión de estudios reveló que la probabilidad de enfermedades respiratorias e incluso de muerte, era entre 2 y 5 veces superior en las casas expuestas a un alto grado de polución del aire interior. Un estudio en Guatemala encontró que las mujeres que usaban leña como combustible doméstico para cocinar tenían bebés cuyo peso al nacer era 65 gramos menor. Adaptarse al frío "en los climas fríos" afecta la salud e impone costos directos e indirectos sustanciales a los hogares. La educación se ve igualmente afectada: las escuelas tienen que cerrar cuando no hay suficiente calefacción, y es difícil imaginar que trabajar en tareas escolares en casa sea una opción cuando las temperaturas interiores están por debajo del grado de congelación.

Oferta: desarrollos globales

A cualquier ingreso dado, los resultados de salud y educación han venido mejorando. Una tendencia continua de mejoras en salud que se remonta varias décadas atrás es interpretada como avances en tecnologías y saltos en conocimiento sobre salud e higiene. Más recientemente, con un ingreso nacional de US$600 per cápita, la mortalidad infantil predicha cayó de 100 a 80 por cada 1.000 nacimientos –una amplia reducción de 20%– entre 1990 y 2000. Si esta asociación fuera sostenida, a través de estos únicos cambios se abriría una avenida importante hacia el Objetivo de Desarrollo del Milenio. Avances de primer orden en vacunaciones contra la malaria –o el VIH– podrían tener un impacto enorme sobre la mortalidad en todos los niveles de ingresos.

Los últimos años han visto desarrollos mayores en financiación global para gastos en salud y educación. La mitigación de la deuda a través de la iniciativa de Países Pobres muy Endeudados (PPME) está atada a incrementos en los gastos en estos sectores. Nueva asistencia, dada a través de productos multisectoriales como, por ejemplo, créditos de apoyo para la reducción de la pobreza, requiere estrategias explícitas para inversiones en desarrollo humano. Los fondos globales para salud y la "Iniciativa Fast-Track" para educación son esfuerzos internacionales para respaldar iniciativas en los sectores (capítulo 11). El suavizar las limitaciones financieras va de la mano con usar los recursos efectivamente para respaldar servicios que funcionen para la gente pobre.

Oferta: recursos nacionales

El ingreso nacional está fuertemente asociado con la mortalidad infantil y la escolaridad primaria completa. El ingreso y los resultados en salud y educación se sirven unos de otros. Más ingreso lleva a mejores resultados en desarrollo humano, y mejor salud y educación pueden conducir a mayor productividad y mayores ingresos. Típicamente, los estudios que han tratado de desenmarañar estas relaciones revelan que el ingreso es un determinante sólido y fuerte de los resultados.

El endeudamiento nacional también es un determinante fuerte. La geografía y el clima a veces hacen más difícil superar problemas de salud. Por ejemplo, áreas propicias para la supervivencia del mosquito tienen gran dificultad en combatir la malaria –y es difícil servir a poblaciones ampliamente dispersas a través de sistemas escolares tradicionales.

El desempeño del gasto público en la producción de resultados varía sustancialmente de un país a

COMPRIMIDO 1.1 *Determinantes de los resultados de salud y educación, dentro, fuera y entre sectores (continuación)*

otro. Hay grandes diferencias de logros a niveles similares de gasto y logros similares con diferencias muy grandes en los gastos –condicionados al ingreso. No siempre gastar más a través del sector público está asociado con mejores resultados. Esto no quiere decir que el gasto no pueda ser útil, pero la forma en que se usan los recursos es crucial para su efectividad.

Oferta: contexto político, económico, y de política

El gobierno afecta la eficiencia de los gastos: en situaciones de corrupción, se desvían dineros cuya destinación específica es ostensiblemente el mejoramiento de los resultados en desarrollo humano. Personal cuya misión es evidentemente entregar servicios, no lo hace. Pero los efectos de un mal gobierno pueden ser más profundos. Las hambrunas son causadas tanto por factores humanos como por la naturaleza. Y las repercusiones se extienden a nivel transnacional. Por ejemplo, en Zimbabwe una sequía combinada con malas políticas y mal gobierno tuvo como resultado una escasez regional de alimentos.

El manejo del gasto público puede ser un eslabón crucial en el trabajo de asegurar que a los gastos asignados se les den usos que mejoren los resultados. En Zambia, el "presupuesto de caja" llevó a gastar de manera impredecible en servicio social, y a grandes recortes del gasto en infraestructura rural.

Los conflictos dejan cicatrices de larga vida en la salud y la educación. En países devastados por la guerra es difícil encontrar niños, es difícil conseguir que los niños ingresen a la escuela y es difícil mantenerlos en la escuela. Durante la reciente guerra civil en Sierra Leona, decenas de miles de niños asistían a la escuela primaria pero cientos de miles no. Las guerras, incluidas las civiles, llevan a "generaciones perdidas" de niños desnutridos y con poca educación. Estas deficiencias son difíciles –si no imposibles– de compensar. Cuando los niños han permanecido largo tiempo fuera de la escuela, es difícil que regresen. Y una mala salud y mala nutrición en las etapas tempranas de la vida afectan a los niños por el resto de su existencia.

Los períodos de crisis nacional económica y social pueden desembocar en malos resultados en salud y educación. Esto es claro en la historia reciente de Rusia: la mortalidad adulta se ha incrementado drásticamente en los últimos 10 años. La recesión económica sostenida puede comprometer gravemente la salud de los niños y tener efectos en el desarrollo y el aprendizaje posteriores. Las evidencias de crisis económicas más cortas son más mezcladas. En los medios de medianos ingresos, la matrícula escolar podría incrementarse en la medida en que cae el costo de oportunidad del tiempo para los jóvenes. Incluso en Indonesia, un país relativamente pobre, la profunda crisis económica y social de finales de la década de los noventa tuvo menor impacto en los resultados que lo que se temió inicialmente. Esto se debió en parte a que rápidamente se pusieron en funcionamiento amplias redes de seguridad social.

Oferta: el contexto local del gobierno y las comunidades

La descentralización puede ser una poderosa herramienta para que la toma de decisiones se acerque más a los afectados por ella. Hacer esto puede fortalecer los lazos y la responsabilidad entre los encargados de la formulación de políticas y los ciudadanos; los gobiernos locales son potencialmente más responsables ante las demandas locales. También puede fortalecer los vínculos entre los responsables de la formulación de políticas y los proveedores; los gobiernos locales son potencialmente más capaces de hacer seguimiento a los proveedores. Pero no se deben idealizar los gobiernos locales. Al igual que los nacionales, éstos son vulnerables a la captura, y ésta podría ser más fácil para las elites locales a una escala local.

Las instituciones de nivel comunitario, configuradas por normas y prácticas culturales, pueden facilitar o impedir un ambiente propicio para el mejoramiento de los resultados. Una revisión de proyectos de agua apta para consumo humano en Java Central, Indonesia, asocia el éxito con mayor capital social. En Rajastán, India, manifestaciones de "acción colectiva mutuamente benéfica" estaban asociadas con la conservación de cuencas hidrográficas y con actividades de desarrollo más general. Una revisión más amplia de la literatura sugiere que los enfoques participativos de la implementación de proyectos tienen más éxito en comunidades con menor desigualdad económica y menor heterogeneidad social y étnica.

Oferta: servicios y su financiación

Los servicios son importantes en sí mismos. Servicios inaccesibles o de mala calidad elevan el precio efectivo de la salud y la escolaridad, lo que tiene como resultado mayor mortalidad y logro educativo más bajo. Las escuelas de mala calidad ahuyentan la matrícula y reducen el alcance y el logro, especialmente entre niños de familias pobres. Los centros hospitalarios donde las destrezas técnicas del personal son tan malas que resultan peligrosas, conducirán a mayor mortalidad. La falta de agua perjudicará significativamente la salud infantil.

Los arreglos de financiación importan. Absorber la carga de grandes gastos impredecibles mediante el seguro de salud puede reducir el empobrecimiento, lo cual a su vez afectará positivamente los resultados. La financiación de la escuela primaria podría parecer relativamente menor: los costos directos son típicamente pequeños. Pero, aun así, se ha encontrado que la falta de acceso a crédito está asociada con menor matrícula escolar. Tomar préstamos para pagar los costos directos de la escuela primaria es algo que no se oye, pero podría tener efectos secundarios si la falta de acceso a crédito significa que las familias necesitan que sus hijos se ocupen en producción casera.

Oferta: servicios que operan conjuntamente para producir resultados

Los lazos entre servicios son cruciales. Las vacunas pueden tornarse menos efectivas, perder totalmente su efectividad, incluso volverse peligrosas si se calientan o se congelan demasiado, o si están expuestas a la luz. La capacidad de transportar y almacenar debidamente las vacunas determina entonces el éxito de las campañas de vacunación. En los climas fríos, las escuelas y las instalaciones de salud suelen tener que cerrar debido a la falta de calefacción, así que fuentes de energía confiables pueden afectar directa y positivamente los resultados en salud y educación. La accesibilidad de los servicios puede ser causa de que se evite su uso: vías y transporte adecuados contribuyen al costo total de uso de un servicio. Puesto que el retorno esperado de la educación determina los beneficios de la escolaridad, los mercados laborales que no estén distorsionados fundamentalmente (por ejemplo, a través de prácticas discriminatorias hacia grupos marginados) pueden contribuir a un mayor logro educativo. En consecuencia, es necesario que los servicios funcionen aunadamente para promover mejores resultados.

Fuente: Las fuentes están detalladas en Filmer (2003a).

Transferencias condicionales en efectivo para reducir la pobreza en México

Progresa, el Programa de Educación, Salud y Nutrición de México, transfirió dinero directamente a familias a condición de que los miembros de la familia se presentaran a chequeos médicos, de que las madres acudieran a sesiones de información sobre higiene y nutrición, y de que los niños asistieran a la escuela. Gracias a la documentación de su éxito mediante evaluación rigurosa, el programa ha mejorado, se ha expandido y ha enseñado a otros.[107]

Cuando Ernesto Zedillo asumió la presidencia de México en 1995, una cuarta parte de la población no podía costearse las necesidades nutricionales mínimas diarias, diez millones de mexicanos carecían de acceso a servicios básicos de salud, más de 1,5 millones de niños estaban por fuera de la escuela y el ausentismo y la deserción estudiantil eran tres veces mayores en las áreas pobres y remotas que en el resto del país. México tenía una historia de programas improductivos para aliviar la pobreza. Peor aún, la crisis económica de 1994-95 dejó al gobierno todavía con menos recursos y mayores demandas, dado que más gente estaba cayendo en la pobreza.

La administración decidió que se necesitaba un nuevo enfoque para aliviar la pobreza. El Programa de Educación, Salud y Nutrición de México, denominado Progresa, introdujo un conjunto de transferencias de dinero en efectivo condicionales para las familias –si sus hijos eran matriculados en la escuela y si los miembros de la familia visitaban los centros de salud para someterse a chequeos y recibir información sobre nutrición e higiene.

El programa estaba dirigido a remediar varios defectos de los programas anteriores. En primer lugar, habría de contrarrestar la inclinación de las familias pobres hacia el consumo presente, invirtiendo en capital humano. En segundo lugar, habría de reconocer las interdependencias entre educación, salud y nutrición. En tercer lugar, para hacer rendir al máximo recursos limitados, habría de atar transferencias en efectivo a comportamiento de los hogares, con miras a un cambio de actitudes. En cuarto lugar, para reducir la interferencia política, los objetivos, reglas, requerimientos y métodos de evaluación del programa tendrían amplia publicidad.

El programa ha sido evaluado rigurosamente y las evaluaciones han explotado la forma al azar en que se diseñó. Los resultados han sido impresionantes. Para enfatizar la naturaleza apolítica de Progresa, el gobierno suspendió el crecimiento de éste por seis meses antes de la elección de 2000 –para demostrar que no era una herramienta política.

Cuando el presidente Vicente Fox fue elegido, su gobierno abrazó el programa, continuó utilizando los resultados de las evaluaciones, lo expandió a áreas urbanas y lo rebautizó como *Oportunidades*. Para el final de 2002 el programa tenía cerca de 21 millones de beneficiarios –aproximadamente un quinto de la población mexicana.

Diseño de un programa comprensivo

Los niños de más de 7 años eran elegibles para transferencias educativas. Los beneficios se incrementaban por grado (puesto que los costos de oportunidad se incrementan con la edad) y eran mayores para las niñas de escuela media, a fin de fomentar su matrícula. Para conservar los beneficios, los niños tenían que tener un registro de asistencia del 85% y no podían repetir un grado más de una vez.

Las familias elegibles también podían recibir un estipendio mensual si sus miembros se presentaban a chequeos médicos regulares y si las madres asistían mensualmente a sesiones de información sobre nutrición e higiene. Los hogares con niños menores de 3 años también podían recibir un suplemento de micronutrientes.

Las transferencias se entregaban a las madres, a quienes se consideraba más responsables del cuidado se sus hijos. El programa impuso un tope mensual de US$75 por familia. En 1999, la transferencia mensual promedio era alrededor de US$24 por familia, cerca del 20% del consumo medio del hogar antes del programa. Además las transferencias se indexaban por inflación cada seis meses (hoy el máximo es US$95 y el promedio es US$35).

El programa, altamente centralizado, no tiene más que un intermediario entre los funcionarios del mismo y los beneficiarios: una promotora comunitaria elegida por una asamblea general de hogares en las comunidades objetivo. Ella también puede servir como nexo entre beneficiarios y proveedores de educación y de salud.

Para finales de 1999 el programa cubría unos 2,6 millones de familias rurales –cerca del 40% de las familias campesinas y una novena parte de todas las familias de México. El presupuesto del programa era casi US$780 millones, o sea el 0,2% del producto interno bruto y el 20% del presupuesto federal para alivio de la pobreza.

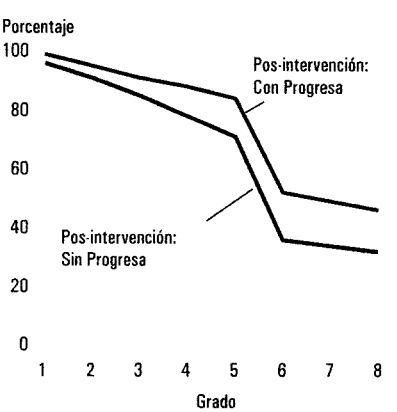
Casi el 60% de las transferencias del programa iban a hogares pertenecientes al 20% más pobre en la distribución del ingreso nacional, y más del 80% al 40% más pobre. Esto es impresionante. El objetivo de efectividad media en 77 programas de seguridad en todo el mundo era conseguir que el 65% de los beneficios fuera al 40% más pobre de la población (según un estudio reciente).

Incluso apuntando cuidadosamente al objetivo y haciendo seguimiento, los costos administrativos del programa eran menos del 9% de los costos totales –proporción sustancialmente menor que en los esfuerzos anteriores de reducción de la pobreza en México. Pese a su gran escala inicial, el programa no cubría a todos los pobres, particularmente en las áreas urbanas.

Fomento de la matrícula

La matrícula de niñas en escuela media ascendió del 67% a cerca del 75%, y la de varones subió del 73% al 78%. Casi todo ese aumento provino del incremento en la transición de la escuela primaria a la media (gráfico 1). El programa funcionaba primordialmente retenien-

Gráfico 1 Mayor retención escolar, más transiciones de primaria a escuela media
Terminación esperada del grado escolar antes y después de la intervención, y con y sin Progresa



Nota: Entre niños que se matricularon.
Fuente: Schultz (2001).

do a los niños en la escuela, no estimulando a regresar a aquellos que se habían salido. También ayudó a reducir la incidencia de mano de obra infantil. La participación de niños varones en la fuerza laboral decreció cerca del 20%. Todavía una cantidad sustancial de niños de familias pobres continúan combinando trabajo con escuela.

Los impactos sobre el aprendizaje son menos claros. Los maestros reportan mejoras, las cuales atribuyen a mayor asistencia, interés y nutrición de los estudiantes. Pero un estudio llevado a cabo un año después de la iniciación del programa no encontró ninguna diferencia en las calificaciones de las pruebas.

Mejoramiento de la nutrición y la salud

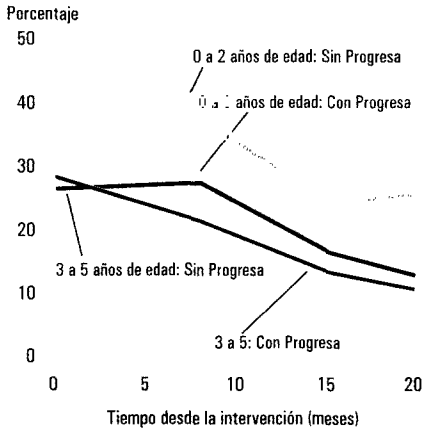
El programa ayudó a reducir la incidencia de bajo peso por edad entre los niños de 1 a 3 años. (Antes del programa la falta de crecimiento era muy alta, del 44%.) La media anual del crecimiento en peso fue del 16% para los niños cubiertos por el programa. En promedio, la estatura se incrementó entre el 1 y el 4% y el peso en 3,5%. Estos logros se obtuvieron pese a la evidencia de que algunos hogares no recibieron regularmente los suplementos nutritivos y de que a menudo esos suplementos era "compartidos" con otros niños. Parte del efecto puede atribuirse a un mayor gasto en alimentación y al consumo de alimentos más nutritivos, según lo recomendado en las sesiones de información nutricional. También hubo efectos secundarios positivos para no beneficiarios de la misma comunidad.

El programa incrementó sustancialmente las visitas de salud preventiva. Las visitas de mujeres embarazadas se elevaron el 8% en el primer trimestre, lo que mantuvo a los bebés y a las madres más saludables. La enfermedad cayó en un 25% entre los recién nacidos y en un 20% entre los menores de 5 años (gráfico 2). La prevalencia de anemia en niños de 2 a 4 años de edad descendió en un 19%. La salud de los adultos también mejoró.

Reducción de la pobreza

El programa no sólo está elevando los ingresos temporalmente, sino que también debe ayudar a elevar la productividad y las ganancias futuras de los niños beneficiarios. Ejercicios de modelado muestran que los solos suplementos nutritivos elevarían los ingresos de toda la vida alrededor de un 3% y que los impactos de la educación los elevarían en un 8%. Un análisis de equilibrio general de Progresa encontró que el impacto sobre el bienestar era 60% más alto que el producido por los subsidios de alimentación que México usaba antes y que eran sumamente distorsionadores.

Gráfico 2 Mejoramiento de la salud infantil
Porcentaje de niños de los que se reportó haber tenido una enfermedad.



Nota: Edad al inicio de la intervención.
Fuente: Gertler (2000).

Evaluación de impactos

Progresa se salió de lo común en el hecho de integrar la evaluación desde el principio, lo que habría de permitirle evaluar sus impactos con bastante precisión. Para asegurar su credibilidad política, la evaluación era contratada por fuera, con un grupo de investigación radicado en el exterior, el International Food Policy Research Institute.

La aplicación del programa por etapas en comunidades escogidas al azar –requerida para efectos presupuestarios– permitió la creación de 186 grupos de control y 320 de tratamiento. El hecho de tener grupos de control capacitó a los evaluadores para "lavar" factores de confusión, incluidas tendencias y golpes económicos y climáticos del momento. Al final todas las comunidades de control fueron incorporadas al programa. Se llevaron a cabo evaluaciones tanto cuantitativas como cualitativas, y en estas últimas se usaron entrevistas semiestructuradas, grupos de enfoque y talleres.

El diseño de la evaluación capta los muchos determinantes de los resultados. Pero tiene limitaciones. Los responsables de la formulación de políticas se beneficiarían de saber cómo podría manipularse el programa para mejorar sus impactos. Por ejemplo, ¿cuál es el impacto de condicionar las transferencias en vez de dar transferencias puras, incondicionales? Además, los hogares del grupo de control podrían haberse visto afectados por la intervención o por saber que en el futuro podrían recibirla, efecto éste que empañaría las comparaciones.

Las evaluaciones pueden abordar estos problemas, pero la complejidad (y el costo) se incrementa sustancialmente. Podrían necesitarse enfoques alternativos que dependen del modelado –lo que impone suposiciones adicionales en el análisis. Esos análisis están actualmente en curso.

La evidencia hace la diferencia

Un programa de transferencias de efectivo condicionales puede ser una poderosa forma de promover resultados en salud, educación y nutrición a escala masiva. El éxito del programa Progresa ha conducido a programas similares, especialmente en otros países latinoamericanos (Colombia, Honduras, Jamaica y Nicaragua).

La evaluación no fue una idea posterior. Continuamente volvió a entrar como insumo para mejorar las operaciones del programa y su rigor incrementó la confianza en la validez de las evaluaciones de los efectos del programa.

La evaluación fue importante para el respaldo político y económico internacional, y por tanto contribuyó a la sostenibilidad del programa. A diferencia de los programas anteriores, éste no se abandonó a raíz de un cambio de gobierno. Evidencia clara y confiable de grandes beneficios para los pobres del país contribuyó a mantener la integridad del diseño del programa (pese a un cambio de nombre). También facilitó la obtención de apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo para una mayor expansión del programa.

Los gobiernos deben hacer que los servicios funcionen

capítulo

La responsabilidad que los gobiernos asumen por la salud y la educación básicas puede cumplirse de muchas maneras: entre ellas, fomentando el crecimiento económico, incrementando el gasto público y aplicando intervenciones técnicas. Cada una de esas formas puede contribuir a mejores resultados. Pero si no están respaldando servicios que funcionen –los servicios que resultan de arreglos institucionales efectivos–, no harán una diferencia grande y sostenible. Hacer que los servicios funcionen requiere cambiar las relaciones institucionales entre los actores clave. Los capítulos subsiguientes de este Informe desarrollan y aplican un marco para entender cómo y por qué esas relaciones juegan un papel en los diferentes servicios.

El crecimiento económico, si bien es un determinante de primer orden de los resultados de desarrollo humano, tendría que ser sustancialmente más rápido que lo que ha sido en la gran mayoría de los países, para lograr cambios radicales a través de ese solo canal. El gasto público hace posible efectuar mejoras, pero las mejoras se quedarán cortas si el gasto no llega a la gente pobre –ya sea porque va a cosas que los pobres no usan o porque se desvía a lo largo del camino– o si los servicios no se hacen más productivos. También es importante aplicar intervenciones técnicas –combinar insumos para producir más efectivamente rendimientos y resultados. Pero ajustar simplemente los insumos sin reformar las instituciones que producen ineficiencia no conducirá a mejoras sostenibles.

Una responsabilidad pública

Los gobiernos –y las sociedades que representan– suelen ver como una responsabilidad pública el mejoramiento de los resultados en salud y educación. En esto están respaldados por la suscripción internacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (*ver* Visión general). Diversas razones subyacen a esta responsabilidad: argumentos de la economía clásica del bienestar a favor de la intervención del gobierno, razones de economía política para intervención en sectores sociales clave, llamados a los derechos humanos fundamentales. Los gobiernos demuestran su responsabilidad financiando, proveyendo o regulando los servicios que contribuyen a los resultados en salud y educación. Los servicios vienen en muchas formas y tamaños: construir escuelas y equiparlas de personal, subsidiar hospitales, regular los servicios públicos de agua y energía eléctrica, construir carreteras, hacer transferencias en efectivo a individuos y hogares. Hacer que estos servicios funcionen significa que los gobiernos están cumpliendo su responsabilidad.

Gasto público

Esta responsabilidad suele reflejarse en el gasto gubernamental. La salud y la educación solas representan alrededor de un tercio del gasto agregado del gobierno, con un promedio ligeramente más bajo en los países y regiones más pobres (cuadro 2.1). Pero hay grandes variaciones de un país a otro, incluso dentro de la misma región. El gasto en salud y educación constituyó el 13% del gasto público en Sierra Leona y el 34% en Kenia, en 1998; el 18% en Estonia, en 1997, pero el 59% en Moldavia, en 1996. El gasto en seguridad y bienestar social, mucho del cual va dirigido a mejorar la salud y la educación, típicamente representa otro 10 a 20% del gasto agregado.[108]

Los gobiernos contribuyen con una gran parte de la financiación para escuelas y clínicas. Honorarios y salarios constituyen en promedio el 75% del gasto público recurrente en educación, y a menudo casi la totalidad del gasto (96% en Kenia).[109] La mayoría de los maestros y muchos trabajadores de la salud son empleados del servicio civil. Aparte de los salarios, los subsidios gubernamentales pueden constituir una gran porción del presupuesto para un servicio.

Provisión pública

En educación, salud, agua y energía, el sector público es un proveedor de primer orden (si no un monopolio), así como un procurador de fondos para servicios. El gobierno de Indonesia opera más de 150.000 escuelas primarias y 10.000 de secundaria básica que cubren el 85 y el 60% de las matrículas respectivas.[110] En 1996 el gobierno de Uganda operaba 1.400 establecimientos de nivel primario y cerca de 100 hospitales.[111] El sector público hindú maneja casi 200.000 establecimientos de salud básica y 15.000 de niveles secundarios y terciarios.[112] Pero la amplia provisión pública no siempre se traduce en uso sustancial. Los establecimientos gubernamentales de salud en Uganda manejaban apenas el 40% de los tratamientos hechos en centros hospitalarios.[113] En la India, incluso con la enorme organización de centros hospitalarios públicos, el sector privado atiende el 80% de los tratamientos ambulatorios y casi el 60% de los tratamientos con hospitalización.[114]

Cuadro 2.1 Gastos públicos en salud y educación: grandes pero diversos
Educación y gasto en salud como participación del gasto gubernamental y como participación del PIB, en 2000 o último año con información disponible (porcentaje)

	Participación del gasto público			Participación del PIB		
	Promedio	Mínimo	Máximo	Promedio	Mínimo	Máximo
Asia Oriental y el Pacífico	27	12	53	6	2	11
Europa y Asia Central	31	18	59	10	4	17
América Latina y el Caribe	33	14	52	8	4	13
Oriente Medio y N. África	23	13	39	7	4	12
Asia Meridional	21	16	25	5	4	8
África Subsahariana	25	13	34	7	2	12
Países de bajos ingresos	25	12	59	6	2	17
Países de medianos ingresos	29	13	53	8	4	14
Países de altos ingresos	33	20	56	11	3	15

Nota: De los 135 países incluidos, 52 tienen datos de 2000, 8 de 2001, 30 de 1999, 17 de 1998. Los 28 restantes tienen datos de años anteriores de la década de los noventa.
Fuente: Base de datos de indicadores del desarrollo mundial.

Razones para la responsabilidad pública

La economía da dos justificaciones para la responsabilidad pública. En primer lugar, debido a fallas del mercado, sin intervención del gobierno la cantidad de servicios producidos y consumidos no sería óptima desde el punto de vista de la sociedad. Las fallas del gobierno pueden ser externalidades. El hecho de que un niño vacunado reduzca la expansión de una enfermedad en la sociedad es un incentivo para vacunar más niños. La educación básica podría beneficiar a otros, además de los graduados, cosa que es otra externalidad. Los individuos no tienen gran incentivo para construir y mantener carreteras que son cruciales para promover el acceso a servicios, pero las comunidades y las sociedades sí lo tienen. Los "bienes públicos" (bienes que, una vez producidos, no pueden negársele a nadie y cuyo consumo por parte de una persona no disminuye el consumo por parte de las demás) son una forma extrema de falla del mercado. Un ejemplo es el control de mosquitos en un área donde la malaria es endémica. No hay incentivos de mercado para producir bienes públicos, de manera que se requiere la intervención del gobierno.

Otras fallas del mercado se relacionan con información imperfecta. Diferente información con respecto al riesgo de enfermedad que corren los individuos puede conducir a un desplome del mercado de seguros de salud. La falta de conocimiento sobre los beneficios de lavarse las manos o de la educación puede conducir a una inversión y un consumo menores que lo deseable.[115] Estas fallas del mercado exigen intervención gubernamental, pero no necesariamente piden la prestación pública del servicio: bien podría ser que el papel apropiado fuera financiación, regulación o difusión de la información.

La segunda justificación económica de la responsabilidad pública es la equidad. El mejoramiento de los resultados de salud y educación para los pobres, o la reducción de las brechas en los resultados entre gente pobre y gente mejor librada, suelen considerarse responsabilidad del gobierno. Detrás de esto hay una diversidad de razones de justicia social. Algunos consideran que esta responsabilidad tiene sus raíces en la convicción de que la educación básica y la salud básica son derechos humanos fundamentales (recuadro 2.1). La Declaración Universal de los Derechos Humanos, de las Naciones Unidas, proclama el derecho del individuo a "un estándar de vida adecuado para la salud y el bienestar suyos propios y de su familia, incluidas alimentación, ropa, vivienda y atención médica", y el derecho a la educación que es obligatorio y "gratuito, como mínimo en las etapas elemental y básica".[116] Acuerdos internacionales posteriores han ensanchado el conjunto de derechos de salud y educación.[117] Muchas constituciones nacionales tienen garantías de salud y educación.

RECUADRO 2.1 ***La gran mayoría de los gobiernos asume la responsabilidad por salud y educación, a menudo apelando a los derechos humanos***

Los debates sobre salud y educación en los países en desarrollo suelen apelar a los derechos humanos. Arraigados en el contexto más general de la justicia social, estos derechos están estipulados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), y en otras convenciones internacionales, como el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos y Sociales (1966). Varias agencias internacionales y bilaterales han avalado una orientación de derechos humanos. Adicionalmente, las constituciones y leyes de muchos países incluyen referencias a los derechos a educación y salud (una revisión de derechos constitucionales en 165 países que tienen constituciones escritas halló que 116 hacían referencia a un derecho a la educación y 73 a un derecho a la salud; 95 estipulaban educación gratuita y 29 salud gratuita por lo menos para algunos servicios para determinados grupos). Siendo la educación y la salud esenciales en los derechos, las implicaciones prácticas de los enfoques basados en derechos complementan la economía del bienestar.

Un enfoque basado en los derechos enfatiza la igualdad en dignidad y en oportunidades. Destaca la necesidad de poner la mirada en resultados para todos los individuos y grupos, especialmente para los que están legal y socialmente en desventaja. Hace explícita una consideración que la economía difícilmente incorpora: muchas repercusiones psicológicas de la pobreza tienen como resultado la incapacidad de los pobres para obtener servicios de salud y educación, aun cuando tales servicios estén disponibles.

La economía del bienestar proporciona herramientas para evaluar prioridades y posibilidades de intervención cuando los presupuestos son limitados, y ofrece una métrica para hacerlo. Varios aspectos del análisis económico brindan instrumentos para implementar derechos, complementando así un enfoque basado en los derechos.

De manera más general, los dos tipos de enfoque se traslapan en muchas de sus consecuencias políticas prácticas. Ambos son escépticos con respecto a que la política electoral y el mercado ofrezcan la responsabilidad suficiente para la prestación efectiva y equitativa de servicios de salud y educación –de modo que es necesaria la participación del gobierno y de la comunidad. Un enfoque económico de hacer que los servicios funcionen –como el contenido en este Informe– es informado por la guía sobre participación y empoderamiento que proporcionan los instrumentos internacionales de derechos humanos. Además, los derechos refuerzan las reclamaciones de los pobres sobre recursos generales y, en particular, sobre aquellos asignados para servicios básicos –elementos claves del "poder de voz" efectivo de la gente pobre, explicado aquí.

Fuente: Gauri (2003)

La idea de que la salud y la educación son derechos humanos fundamentales, constituye una base fuerte para la responsabilidad pública, pero aún quedan ambigüedades. ¿Implica el derecho a atención médica que el gobierno tenga que proporcionarlo e incluso financiarlo? Generalmente la interpretación de los derechos humanos a "días de descanso periódicos remunerados" o "a igual trabajo igual remuneración", como lo menciona la declaración de las Naciones Unidas, no implica subsidios gubernamentales.[118] Si bien la educación elemental está estipulada como un derecho, los padres también tienen un derecho "a escoger la clase de educación que haya de dárseles a sus hijos" –lo que indica que no se requiere la prestación pública universal de este servicio.[119] La equidad social y los derechos humanos fundamentales sugieren una responsabilidad del gobierno, pero dejan abiertas las formas de cumplir esa responsabilidad. Cosa importante es que registrar estas ideas como derechos legitima las demandas de los ciudadanos –especialmente de los ciudadanos pobres– para que el gobierno asuma la responsabilidad de hacer que los servicios funcionen.

Las fallas del mercado y la justicia social son justificaciones normativas de la responsabilidad pública –describen por qué los gobiernos deben estar involucrados. Pero no siempre dan mucha guía sobre el cómo. El por qué los gobiernos se involucran efectivamente, da luces sobre cómo se cumple la responsabilidad pública. Durante mucho tiempo la educación ha sido el campo de batalla de creencias, ideas y valores. El final del siglo XIX y principios del XX ofrecen muchas historias de esta batalla, desde el movimiento de educación primaria secular en Francia hasta un sistema de educación pública enfocado en el nacionalismo, a raíz de la restauración Meiji en el Japón.[120]

Mucha de esta participación es muy cuidadosamente pensada: un sistema coherente de educación pública probablemente contribuya a la cohesión social, particularmente importante en sociedades fraccionadas.[121] Estados poscoloniales abrazaron la provisión pública de la educación como una estrategia para construir nación. Pero la provisión pública también puede ser la manifestación racional del deseo de un Estado de inculcar un determinado conjunto de creencias. Las reformas educativas de 1967 en Tanzania estuvieron envueltas por el *Ujama* y el socialismo africano. La campaña de educación masiva en Indonesia estuvo estrechamente vinculada con la construcción de nación y la ideología nacional codificada en *pancasila* –principios cuya enseñanza fue obligatoria hasta la caída del gobierno del Nuevo Orden.

Más allá de la construcción de nación y de la cohesión social, los servicios operan íntegramente en el dominio político: en muchos países educación gratuita y atención médica gratuita son pregones de la contienda electoral, populares entre muchos votantes. En 1997 el presidente Museveni de Uganda hizo su campaña sobre una plataforma de educación primaria universal gratuita. El mensaje fue ex-

traordinariamente popular –ganó– y en corto tiempo las matrículas oficiales casi se duplicaron (*ver* En primer plano, capítulo 3).[122] Uganda no es único: muchos políticos se identifican con su posición tendiente a la prestación pública de servicios. Pero el éxito es difícil: pocos políticos han sido capaces de transformar estas plataformas políticas en resultados. Los servicios operan en el dominio político también en otra forma. Muchos políticos usan empleos en las grandes burocracias asociadas con los servicios para recompensar a sus partidarios o para crear poder.

El crecimiento, aunque esencial, no es suficiente

Dada la responsabilidad de promover los resultados de educación y salud, ¿qué pueden hacer los gobiernos? Un enfoque consiste en quitar las manos de encima: fiarse solamente del crecimiento económico, dado que un ingreso nacional más alto está fuertemente asociado con menor mortalidad infantil y mayor índice de escolaridad primaria completa (Comprimido 1.1 y gráfico 2.1). Entre los países de bajos ingresos, un 10% adicional de ingreso per cápita está asociado, en promedio, con una tasa de mortalidad infantil 6,6% menor y una tasa de escolaridad primaria completa 4,8% mayor. Entre los países de medianos ingresos, un ingreso per cápita 10% mayor está asociado con una tasa 7,7% menor de mortalidad pero con poca mejora en escolaridad primaria completa.

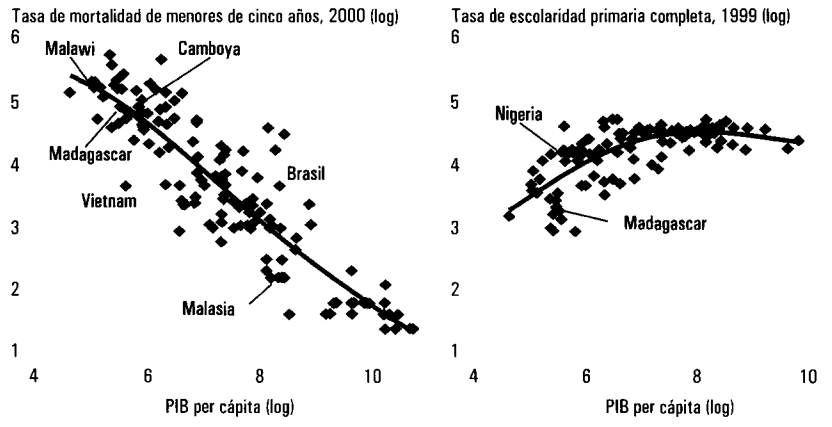
A bajos niveles de ingreso, diferencias relativamente pequeñas en el ingreso per cápita pueden traducirse en grandes diferencias en los resultados. En la década de los noventa, el ingreso per cápita en Madagascar fue sólo alrededor de US$90 superior al de Malawi, pero en 2000 hubo casi un 50% menos de muertes infantiles por cada 1.000 nacimientos en Madagascar.[123] La asociación entre ingreso y resultados en salud y educación funciona en ambas direcciones: más ingresos llevan a menor mortalidad y mayor escolaridad primaria completa de los niños; mejores salud y educación pueden llevar a mayor productividad y mayores ingresos. Los estudios que han tratado de desenmarañar estas relaciones, típicamente siguen encontrando que el ingreso es un determinante fuerte y sólido de los resultados.[124]

Pero el ingreso no lo es todo: a cualquier nivel dado de ingresos hay amplias variaciones en los logros. Con ingresos per cápita promedio apenas inferiores a US$300 en los años noventa, en el año 2000 Vietnam tuvo una tasa de mortalidad infantil cercana a 40 por cada mil y Camboya tuvo una de 120 por mil. Con ingresos per cápita de alrededor de US$4.000 en la década de los noventa, en 2000 Malasia tuvo una tasa de mortalidad infantil de alrededor de 12 por mil y Brasil tuvo una apenas por debajo de 40. De manera similar, Madagascar y Nigeria tuvieron ambos ingresos per cápita cercanos a US$300 en los años noventa, pero al final de la década la tasa de escolaridad primaria completa era del 26% en Madagascar y del 67% en Nigeria.[125]

¿Qué tanta reducción en la mortalidad infantil y mejora en la escolaridad primaria completa pueden esperarse del solo crecimiento del ingreso? Recortar la mortalidad infantil en dos tercios entre 1990 y 2015 (uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio) significa reducirla en un 4,4% al año. Los países de bajos ingresos necesitarían un crecimiento anual sostenido de 6,7% en el ingreso per cápita a fin de reducir en dos tercios la mortalidad infantil para el año 2015. Senegal tendría que elevar su ingreso per cápita de alrededor de US$650 a US$3.500 –cercano al nivel de Panamá. Brasil necesitaría subir de casi US$5.000 a US$20.000 –cercano al ingreso per cápita de Nueva Zelanda.[126]

Asimismo, lograr escolaridad completa universal mediante el solo ingreso requeriría un crecimiento económico masivo. En Mauritania, donde la escolaridad primaria completa en 1990 era del 46%, el crecimiento del ingreso per cápita tendría que ser en promedio del 6,5% al año. De manera que, si bien el ingreso y los

Gráfico 2.1 El ingreso nacional está fuertemente asociado con los resultados, especialmente en los países de bajos ingresos



Nota: El PIB per cápita se basa en un promedio de la década de los noventa, en dólares estadounidenses de 1995. Las líneas muestran los resultados predichos por una función no lineal del PIB per cápita.
Fuente: Datos sobre PIB per cápita, de la Base de datos de indicadores del desarrollo mundial; mortalidad de menores de cinco años, Unicef (2002); tasa de escolaridad primaria completa, de Bruns, Mingat y Rakatomalala (2003).

RECUADRO 2.2 *Iniciativa Fast-Track: prestación de asistencia para estrategias de educación nacional dignas de crédito*

Al haber más de 100 millones de niños que no asisten a la escuela primaria, la "iniciativa Fast-Track" (FTI) se lanzó en junio de 2002 para acelerar el progreso hacia la Educación para Todos en los países de bajos ingresos. Dentro de la FTI, los planes de educación nacional se evalúan con respecto a un marco indicativo de puntos de referencia de política, prospectos de expansión y cabida para la flexibilidad y el aprendizaje haciendo. Para asegurar que las metas educativas estén enclavadas en una estrategia nacional general y sean consistentes con el marco de gastos a mediano plazo del país, un criterio de elegibilidad para la FTI es un compromiso nacional con una estrategia formal de reducción de la pobreza.

La FTI respalda a los países en el trabajo de abordar las limitaciones claves de política, capacidad, datos y financiación, para alcanzar la escolaridad primaria completa universal para 2015, una matrícula neta del 100% de niñas y varones en el primer grado para 2010, y mejores resultados de aprendizaje. Inicialmente se invitó a participar a un grupo de 23 países y todos aceptaron. La FTI se inspiró en el Consenso de Monterrey –cuando el respaldo para el desarrollo tiene como blanco países que acepten una clara responsabilidad por los resultados y que adopten reformas políticas apropiadas, se cosechan mejores resultados. La FTI fue concebida como un proceso para que países que tengan políticas educativas sólidas, fundamentadas en un marco macroeconómico, reciban apoyo adicional de los donantes.

Impactos –y obstáculos– claros

A menos de un año de estar en proceso, la FTI ha tenido ya algunos impactos positivos claros. Primero, ha demostrado que el nuevo marco de responsabilidad mutua es aceptado por países en desarrollo. Con impresionante velocidad, los países han asegurado que sus planes sectoriales respondan a las nuevas pruebas de credibilidad y sostenibilidad. Y los donantes han incrementado los recursos para los países de la FTI, enviado personal a un Secretariado Internacional para la iniciativa (en el Banco Mundial) y convenido los principios operativos y las pautas para la FTI.

De manera más general, la FTI ha:

- Elevado el perfil político de Educación para Todos, e incrementado el reconocimiento de la necesidad de avanzar más rápidamente para alcanzar los objetivos de educación.
- Afinado el enfoque de los países en desarrollo sobre la escolaridad primaria completa y la calidad de la misma (no sólo cubrimiento), y sobre la importancia de lograr las políticas adecuadas.
- Atraído donantes del campo a un diálogo de política unificado con los gobiernos, mejorando así la coordinación.
- Movilizado más recursos para educación primaria (un incremento del 60% en compromisos de asistencia oficial para el desarrollo a los primeros países de la FTI).

Pero la experiencia con la FTI también ha destacado algunos obstáculos. A nivel de país, éstos incluyen dificultades para asegurar que los recursos lleguen al nivel de la prestación del servicio; la necesidad de tomar en consideración una diversidad de modos de prestación del servicio –incluidas escuelas dirigidas por la comunidad, escuelas dirigidas por ONG y escuelas de orientación religiosa– y las complejidades del apoyo público a esta gama de proveedores; la necesidad de hacer reformas difíciles para incrementar la eficiencia y asegurar la sostenibilidad; y la necesidad de mejores sistemas de datos que respalden el rastreo "en tiempo real" de los resultados educativos.

Algunos problemas de los donantes

Pese a cierto progreso, los procedimientos de los donantes aún no están armonizados y mucha financiación sigue siendo fragmentada. Dentro de la FTI, parte de la asistencia de donantes continúa siendo movida por los insumos, sujeta a un "descuento de donante", con recursos de destinación específica para contratistas de los países donantes, en vez de ofrecer un apoyo flexible para gastos esenciales.

Todavía demasiada ayuda sigue fluyendo a países históricamente preferidos, en vez de ir a los que tienen un buen desempeño. Si bien los donantes han movilizado fondos adicionales para países de la FTI examinando caso por caso, sigue habiendo algunos "huérfanos de donantes". Sin aunar los fondos para respaldar a estos países, la FTI no podrá hacer entregas con base en el compromiso de los donantes de que "ningún país que tenga un plan de Educación para Todos digno de crédito se verá frustrado por falta de apoyo externo". Fácilmente podría perderse el ímpetu de la FTI si no se honra un principio fundamental del pacto –asistencia en respaldo de políticas efectivas.

La FTI es una parte importante de las respuestas internacionales –incluidos el proceso del G8, el Consenso de Monterrey y la Nueva Sociedad Económica para el Desarrollo Africano– para darle ímpetu a la escolaridad primaria completa universal para el año 2015, quizá el más alcanzable de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El éxito requerirá que los países en desarrollo presten atención a la reforma política y a los recursos humanos y financieros. También requerirá que los donantes coordinen mejor y honren su lado de la negociación, dando asistencia a los países que tienen el desempeño requerido.

Fuente: Secretariado de la FTI.

resultados están fuertemente asociados, especialmente en los países de bajos ingresos, alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio requeriría tasas de crecimiento extraordinariamente elevadas –quizá irrealistas– si el crecimiento hubiera de ser el único canal para alcanzar los objetivos. Se requieren políticas que hagan más que incrementar el ingreso.[127]

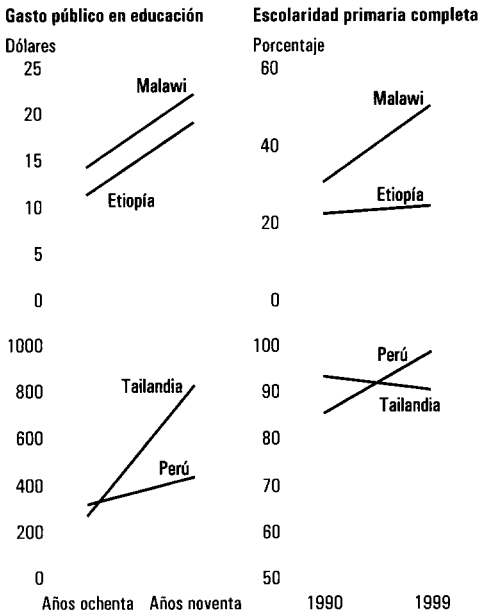
Más gasto público solo no es suficiente

Si el crecimiento no es suficiente, ¿qué más pueden hacer los gobiernos para mejorar los resultados? Un enfoque es gastar más. Incrementar el gasto público puede ser una parte crucial de la promoción de mejoras en salud y educación. Por ejemplo, puede ser necesario gastar más en intervenciones para reducir la mortalidad, o en reformas educativas que apuntalen el incremento de las tasas de escolaridad primaria completa –y parte de este gasto podría requerir asistencia internacional (recuadro 2.2). Pero la enorme variación en la efectividad del uso de fondos hace difícil encontrar una relación consistente entre cambios en el gasto y resultados –lo que destaca la importancia de gastar bien el dinero.

¿Pero qué tan variable es la asociación entre gasto público y resultados? Un vistazo a un puñado de países nos da una idea.

- Entre los años ochenta y los noventa el gasto público total en educación en Etiopía y Malawi se incrementó en US$8 por niño en edad de escuela primaria.[128] En Etiopía la escolaridad primaria completa se estancó, del 22% en 1990 al 24% en 1999, en tanto que en Malawi se elevó del 30% al 50% (gráfico 2.2).
- De los años ochenta a los años noventa el gasto público per cápita en salud cayó entre US$1 y US$5 en Costa de Marfil y Haití: la

Gráfico 2.2 Entre cambios en el gasto público y resultados existe sólo una relación débil: escolaridad



Nota: "Gasto" se refiere al gasto público total anual en educación por niño en edad de escuela primaria, en dólares estadounidenses de 1995 promediados para las décadas de 1980 y 1990. Las tasas de escolaridad primaria completas están calculadas sobre la base de 6 años en Etiopía (primaria más dos años de secundaria baja), 8 años en Malawi, 6 años en Tailandia y 6 años en Perú.
Fuente: Datos sobre gasto, de la Base de datos de indicadores del desarrollo mundial; escolaridad primaria completa, de Bruns, Mingat y Rakatomalala (2003)

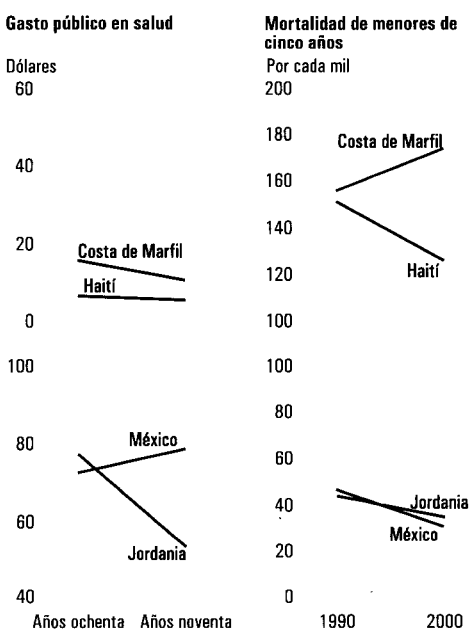
mortalidad infantil empeoró sustancialmente en Costa de Marfil pero en Haití mejoró, aunque siga siendo alta (gráfico 2.3).

- Tailandia incrementó el gasto público en la escuela primaria más que el Perú, y sin embargo la escolaridad primaria completa decreció en Tailandia y se incrementó en Perú.
- El gasto público en salud fue diferente en México que en Jordania, pero las reducciones en mortalidad infantil fueron similares.

Para cada país hay una historia que explica por qué el gasto público contribuyó a mejorar los resultados o por qué no lo hizo. He ahí el meollo: la efectividad del gasto público varía enormemente.[129] Estudios en profundidad confirman esta variabilidad; por ejemplo, un análisis de Malasia a finales de la década de los ochenta encontró poca asociación entre gasto público en médicos y mortalidad infantil y materna.[130] En Sudáfrica, una mejora de primer orden en la incidencia del gasto público en educación sobre la gente pobre, ha sido lenta en traducirse en mejores resultados.[131] Pero una evaluación de impacto de la expansión de los espacios de escuelas públicas en Indonesia, en los años setenta, encontró un significativo impacto positivo en las matrículas escolares.[132]

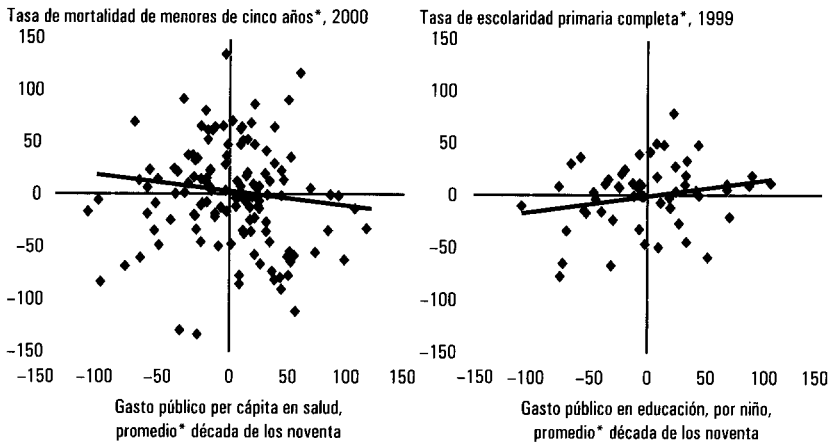
Otra forma de mirar el impacto del gasto público es en una comparación entre países. En general, los países que gastan más recursos públicos en salud tienen menor mortalidad infantil, y los países que gastan más en educación tienen mayores tasas de escolaridad completa. Pero esta asociación está determinada en gran manera por el hecho de que el gasto público se incrementa con el ingreso nacional. Después de controlar estadísticamente el ingreso nacional, entre el gasto público y los resultados hay apenas una débil asociación (gráfico 2.4), tanto desde el punto de vista sustantivo (en el sentido de que la correlación es pequeña) como desde el estadístico (en el sentido de que la correlación es indistinguible de cero).[133] Con cambios similares en el gasto asociados con diferentes cambios en los resultados, no es de sorprender que la asociación entre países sea tan débil.

Gráfico 2.3 Entre cambios en el gasto público y resultados existe sólo una relación débil: mortalidad infantil



Nota: "Gasto" se refiere al gasto público total anual en salud, en dólares estadounidenses de 1995 promediados para los años ochenta y noventa.
Fuente: Datos sobre gasto para los años noventa, de la Base de datos de indicadores del desarrollo mundial. Los datos de gasto para los años ochenta son: para Jordania y Costa de Marfil, de fuentes del Banco Mundial; para Haití y México, de Govindaraj, Murray y Gnanaraj (1995). Los datos de mortalidad infantil son de Unicef (2002).

Gráfico 2.4 La asociación entre resultados y gasto público es débil, controlando estadísticamente la variable de ingreso nacional



* Gasto público, tasa de mortalidad infantil y escolaridad primaria completa están dados como la desviación porcentual de la tasa predicha por el PIB per cápita.
Nota: Para la regresión de mortalidad de menores de cinco años el coeficiente es –0,148 y el estadístico t es 1,45. Para la regresión de escolaridad primaria completa el coeficiente es 0,157 y el estadístico t es 1,70.
Fuente: Para PIB per cápita y gasto público, Base de datos de indicadores del desarrollo mundial; para mortalidad de menores de cinco años, Unicef; para tasa de escolaridad primaria completa, Bruns, Mingat y Rakatomalala (2003).

¿Por qué el gasto público tiene diferentes impactos?

Un análisis más profundo de la relación entre gasto público y mortalidad infantil muestra que los resultados varían desde ser estadísticamente significativos hasta ser insignificantes, por cuatro razones principales. En primer lugar, algunos países pueden gastar más porque necesitan hacerlo para remediar problemas urgentes subyacentes a la salud. La asociación resultante entre países sería desinformativa, puesto que un mayor gasto aparecería como asociado con peores resultados. Usando técnicas estadísticas que explotan la variación en el gasto que depende de factores no relacionados con los resultados de mortalidad, de todos modos se obtienen relaciones insignificantes.[133] Como quiera que sea, esas técnicas no son universalmente aceptadas, y es posible que los gobiernos estén ajustando lo que gastan en respuesta a condiciones subyacentes a la salud.

En segundo lugar, el gasto puede afectar de diferente manera a grupos diferentes de la sociedad. El gasto público podría afectar la mortalidad infantil entre familias pobres, sin tener un gran impacto general. Estudios que permiten detectar este efecto han encontrado una asociación más fuerte entre gasto y resultados para la gente pobre, pero el resultado es apenas débilmente significativo y no es sólido.[135]

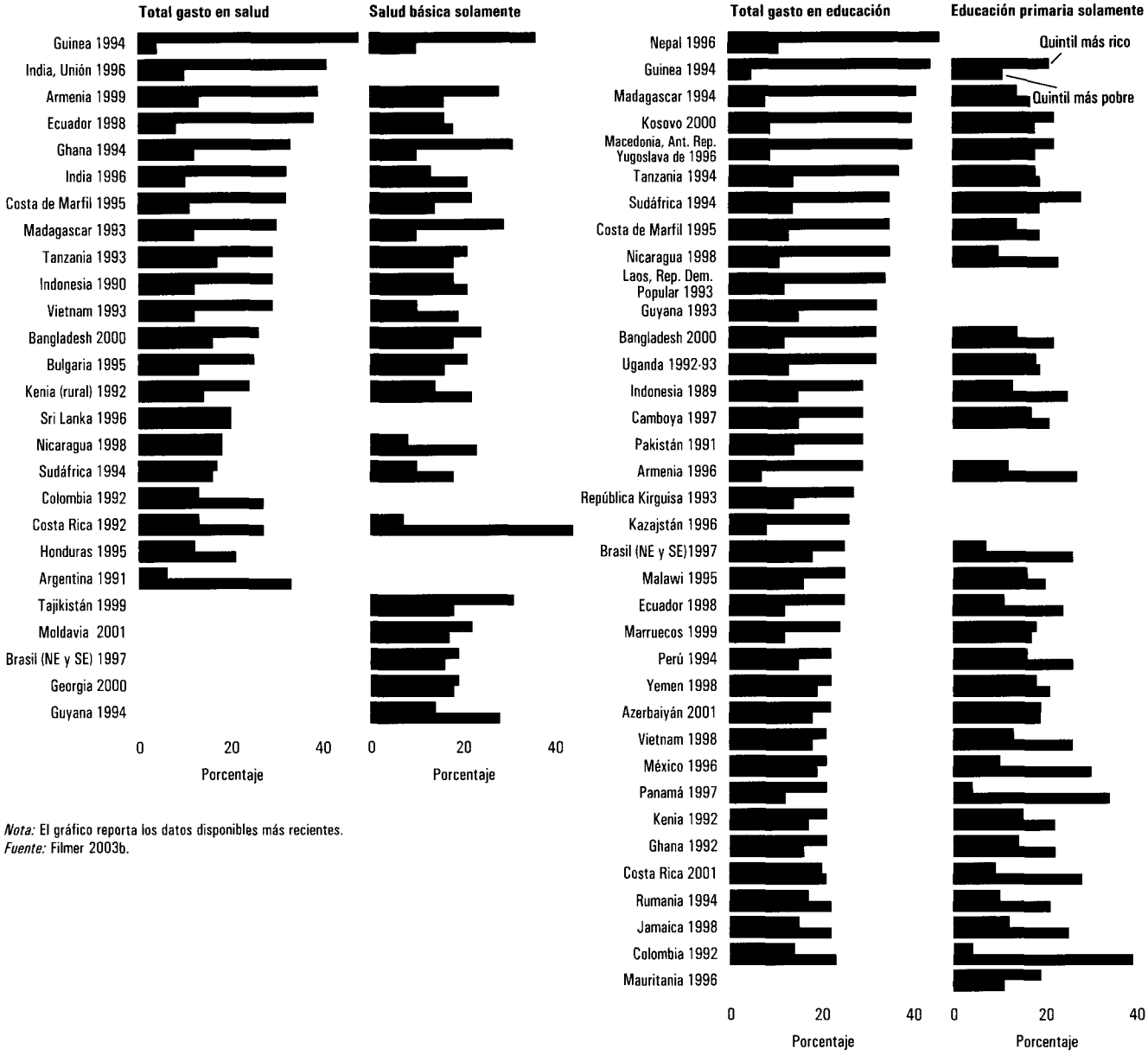
Una tercera rama de la investigación sobre este tema se centra en la composición del gasto: ¿tiene el mayor gasto en actividades de salud primaria, en vez de terciaria, un impacto diferente sobre la mortalidad? Las evidencias estadísticas transnacionales son débiles.[136] Una cuarta rama investiga factores que podrían modular la efectividad del gasto público. Encuentra que corrupción, ejercicio del gobierno y urbanización podrían jugar un papel en ello, pero no hay consistencia en los resultados entre un análisis y otro.[137]

Dos asuntos metodológicos son importantes para la interpretación de estos análisis. Primero, la muestra de países para un estudio afecta los resultados. Una muestra de unos pocos países que hayan gastado mucho y logrado mucho –y unos pocos que hayan gastado poco y logrado poco– producirá una asociación significativa entre mayor gasto y menor mortalidad. Una muestra diferente podría no arrojar ninguna asociación. El número de países incluidos en los estudios que han abordado esta cuestión varía drásticamente –de 22 a 116–, por lo que no es de sorprender que obtengan diferentes resultados.[138]

En segundo lugar, la especificación en el análisis puede cambiar la apreciación del resultado. Por ejemplo, controlando el alfabetismo adulto además del ingreso, en las asociaciones ilustradas en el gráfico 2.4 se obtiene una asociación y un nivel de significación que están aún más cerca de cero.

El mensaje de estos estudios no es que la financiación pública no pueda ser satisfactoria; es que el compromiso y las políticas apropiadas, respaldados con gasto público, pueden lograr mucho. En 1970 la mortalidad infantil era alta en Tailandia, de 74 por 1.000 nacimientos, y el uso de hospitales comunitarios y centros de salud era bajo, en parte debido a que la calidad era baja. Pero el compromiso del gobierno en reducir la mortalidad infantil era fuerte. Los planificadores de salud inventariaron los haberes, analizando información sobre uso de los servicios e información de encuestas de hogares. Entre principios de los años setenta y mediados de la década siguiente, Tailandia duplicó el gasto público real per cápita en salud. Pero también hizo más. Construyó establecimientos en áreas remotas, dirigió más servicios a las áreas pobres y a la gente pobre, mejoró el entrenamiento de personal, dio incentivos para que los médicos se radicaran en áreas remotas y promovió la participación comunitaria en el manejo de la prestación de servicios de salud. Se fortaleció la supervisión de los médicos. Y la autoridad sobre diversos programas fue delegada al nivel provincial, liberando así al Minis-

Gráfico 2.5 La gente más rica suele beneficiarse más del gasto público en salud y educación
Proporción del gasto público en salud y educación que va a los quintiles más rico y más pobre



Nota: El gráfico reporta los datos disponibles más recientes.
Fuente: Filmer 2003b.

terio de Salud Pública central para concentrarse en planeación, coordinación y respaldo técnico. Para 1985 la mortalidad infantil había caído a 42 por cada 1.000 nacimientos y hoy es de 28 por 1.000.[139] Historias similares están teniendo lugar 20 años después en otras partes del mundo en desarrollo.

El gasto público en servicios no llega a la gente pobre

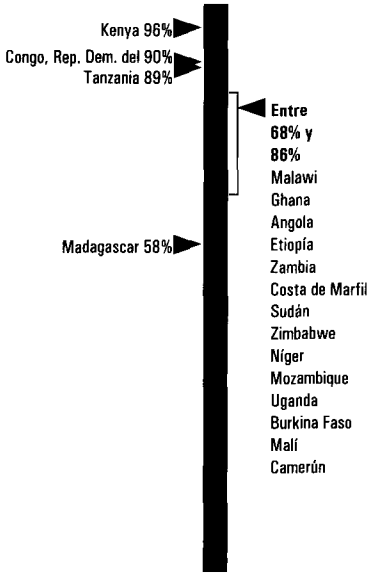
La mayoría de la gente pobre no recibe su parte justa del gasto público en servicios, mucho menos la mayor parte que podría justificarse sobre la base de la equidad. El análisis de incidencia del gasto público –cotejar quién usa servicios financiados con fondos públicos con cuánto gastan los gobiernos por usuario– constituye una toma instantánea de quién se beneficia del gasto gubernamental. Típicamente, los resultados muestran que el quintil más pobre del pueblo recibe menos de un quintil de los gastos en educación o salud, en tanto que el quintil más rico recibe más. En Ghana, por ejemplo, el quintil más pobre sólo recibió el 12% de los gastos públicos en salud en 1994, en tanto que el quintil más rico recibió el 33% (gráfico 2.5).

Una razón de este desequilibrio es que el gasto se inclina desproporcionadamente a servicios que usan los ricos. El gasto público en educación primaria tiende a llegar a los pobres. El quintil más pobre de los armenios recibió casi el 30% de los beneficios del gasto en educación primaria en 1999. Pero no todo el gasto en servicios primarios favorece a los pobres. Si bien el gasto público en atención médica primaria tiende a favorecer más a los pobres que el gasto general, no siempre llega desproporcionadamente a los pobres. El quinto más pobre del pueblo de Costa de Marfil se benefició únicamente del 14% del gasto público en instalaciones básicas de salud en 1995 (en comparación con el 11% del gasto total en salud).[140]

Ayuda orientar el gasto público hacia servicios que usen los pobres, pero no lo hace a menos que el gasto llegue a la primera línea, donde beneficia a la gente pobre. Un estudio en Uganda encontró que a principios de la década de los noventa sólo el 13% de las donaciones gubernamentales per cápita para educación primaria tuvieron la destinación prevista, es decir, las escuelas primarias. El resto fue para propósitos no relacionados con la educación o para ganancia privada. Los estudiantes pobres sufrieron desproporcionadamente, ya que las escuelas que les daban refrigerio recibieron participaciones aun más pequeñas de las donaciones (*ver* En primer plano, capítulo 3).[141]

En salud la historia es igual. Drogas destinadas a centros hospitalarios a menudo nunca llegan allí. A mediados de la década de los ochenta, en Guinea más del 70% del abastecimiento de drogas por parte del gobierno desapareció.[142] Estudios en Camerún, Tanzania y Uganda estimaron que la apropiación del 30% de la dotación pública de medicamentos era fraudulenta –en un caso hasta el 40% era "retirado para uso privado".[143]

Gráfico 2.6 La parte dominante del gasto recurrente en educación va a los maestros (países subsaharianos escogidos)



Nota: Los datos se refieren al gasto a nivel de escuela primaria y a maestros de escuela primaria.
Fuente: Bruns, Mingat y Rakatomalala (2003).

Los sectores público y privado interactúan

El gasto público tiene problemas para crear servicios de calidad y llegar a la gente pobre. Entonces, ¿por qué sorprenderse de que haya apenas una débil asociación entre el gasto y los resultados? Pero hay otra razón para esa débil asociación: los sectores público y privado interactúan, y lo que importa es el impacto neto sobre el uso de los servicios. Incrementar la provisión pública sencillamente puede dejar por fuera, total o parcialmente, servicios igualmente efectivos obtenidos de proveedores no gubernamentales.

Esto funciona a través de dos canales. Primero, la demanda individual tanto en el sector público como en el privado responderá a un cambio en el sector público. Una revisión del impacto de incrementos de precios en centros públicos hospitalarios en siete países, encontró que un porcentaje sustancial de las visitas a proveedores públicos, ahuyentado por los incrementos, se pasa a proveedores privados –si bien la magnitud del efecto varía de una situación a otra.[144] En segundo lugar, los proveedores privados pueden responder a cambios en la provisión pública. Un experimento de incremento de tarifas en establecimientos públicos en Indonesia a principios de los años noventa, encontró que el número de dispensarios y hospitales privados se incrementó sustancialmente y que esto no produjo más que pequeños cambios en los resultados de salud.[145]

A menos que los recursos respalden servicios que funcionen para la gente pobre, no serán efectivos. La eficacia del gasto es tan variada que es difícil asociar un costo con el logro de una mejora objetiva en los resultados, por ejemplo, con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (recuadro 2.3).

Ajustes técnicos sin cambios en los incentivos no son suficientes

Si se gasta más dinero público en servicios –y si de ese dinero se gasta más en servicios que use la gente pobre, y se hace que llegue a la escuela o a la clínica para la cual está destinado– la forma en que se use el dinero de todas maneras determina su eficacia. Consideremos el gasto recurrente en educación en el África Subsahariana. De 18 países populosos de esta parte del África de los que se tienen datos, la mayoría gasta más del recomendado 66% en maestros (gráfico 2.6).[146] Y este no es sólo un fenómeno de gobierno central. En Nigeria los salarios constituyen alrededor del 90% del gasto recurrente del gobierno local en educación primaria. Nadie negaría que los maestros son una parte clave del proceso escolar y que pagarles adecuadamente es importante. Pero si no queda dinero para otros insumos importantes, como son los libros de texto, el aprendizaje se verá afectado.

¿Por qué una parte tan grande del gasto en educación va a los maestros? El gasto en maestros es el resultado de equilibrar problemas técnicos con las maniobras políticas de padres, maestros, el resto del servicio civil y abogados con prioridades de gastos ajenos al sector educativo. El gasto en otros insumos a menudo "pierde" en favor del gasto en maestros –quienes suelen hacerse oír, estar organizados, estar conectados y tener una paga contractualmente

RECUADRO 2.3 ***Por qué es tan duro "costear" los Objetivos de Desarrollo del Milenio***

¿Cuánto costará alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio? Esa pregunta, crucial para los gobiernos y los donantes que se han comprometido con los objetivos, es extremadamente difícil de contestar.

¿Qué costo? Para la educación primaria universal, ¿significa "costear" poner una marquílla de precio de matrículas en las escuelas públicas a todos los niños en edad de primaria? Con más de cien millones de niños en edad escolar primaria que no están en la escuela, multiplicar el número correspondiente a cada país por el gasto público promedio por estudiante de primaria arroja un "costo" total de alrededor de US$10.000 millones. Pero esta cifra pasa por alto un hecho simple: podría ser más difícil inducir a los niños que no están en la escuela a que vayan a ella, de manera que el costo marginal de matricular a un niño podría ser superior al costo promedio. Estos niños podrían significar mayores costos de oportunidad, de manera que conseguir que ingresen a la escuela podría requerir un subsidio mayor. O es posible que vivan en áreas remotas donde sería más costoso construir escuelas o subsidiar sus desplazamientos a instalaciones más centrales. Adicionalmente, este enfoque asume que el gasto en un objetivo particular puede tener su destinación específica separadamente de otros gastos en el sector. Aunque eso es posible, no es fácil.

Logros en eficiencia. El cálculo del costo promedio también ignora la débil asociación general entre gasto y resultados. El gasto adicional estará asociado solamente con pequeños incrementos en los resultados si los fondos adicionales se gastan con la eficiencia promedio observada (gráfico 2.4). Eso significa que se requerirían sumas astronómicamente elevadas para alcanzar los objetivos. ¿Pero, qué pasa si el dinero "se gasta bien"? Una simulación del gasto, país por país, en 47 países de bajos ingresos, ajustó los determinantes inmediatos del éxito en primaria completa –el gasto público como participación del PIB, la parte del gasto que va a los maestros, la razón alumno-maestro, la tasa promedio de repetición. El ejercicio mostró que se necesitarían recursos externos promedio de alrededor de US$2.800 millones anuales. (Puesto que la simulación incluyó recursos movilizados a nivel doméstico como una palanca de política, el modelo arroja el monto de los recursos externos requeridos).[147] El enfoque de costo promedio aplicado a matricular los niños que no están en la escuela en estos 47 países arroja un costo incremental total de US$3.100 millones al año.[148]

"Costear" un cambio en los determinantes inmediatos es útil para identificar las implicaciones fiscales de un cambio en la política, pero dice poco acerca del éxito o del fracaso de convertir ese gasto en resultados. Esto no significa que "si se gastara esta suma de dinero se alcanzarían los Objetivos de Desarrollo del Milenio". Significa que "si se cumplen los objetivos, esto es lo que habrán costado".

Financiación de costos de transición. Si se necesitan reformas institucionales para lograr mejoras sostenibles en los resultados, deben contabilizarse los costos de esas reformas: por ejemplo, el costo de dar un uso diferente a infraestructura física o el de indemnizar personal sobrante. Estos costos están determinados por las condiciones del país. Por ejemplo, el costo de un paquete de recortes de personal dependerá del mercado laboral del país, de las regulaciones y normas de su servicio civil y de otros factores locales. Dada la incertidumbre que rodea los costos, tiene poco sentido estimar los costos de transición a un nivel global.

Interdependencia y doble conteo. El progreso en cada uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio retroalimenta a los otros. El agua apta para consumo humano y buenos servicios sanitarios contribuyen a una mejor salud. Una buena salud eleva la productividad escolar. La educación promueve el mejoramiento de la salud. Las intervenciones que promueven un objetivo los promueven todos. Si se evalúa independientemente el costo de alcanzar cada uno y se totalizan los resultados de todos, habrá doble conteo.[149]

Determinantes múltiples. Pero los objetivos no dependen solamente uno de otro; sus determinantes son múltiples y atraviesan muchos sectores. Es poco lo que se sabe de la contribución relativa de cada factor a los resultados, o sobre la magnitud de los efectos de interacción potencial (*ver* Comprimido 1.1, capítulo 1). Por ejemplo, el impacto de la sanidad en la mortalidad depende del acceso a agua apta para consumo humano. La efectividad de las vacunas, y por consiguiente su contribución a reducir la mortalidad, depende de la preservación de la "cadena fría", la cual depende de la infraestructura de vías, otra infraestructura de transportes y la de energía. No es fácil lograr estimaciones precisas de estos efectos independientes e interactivos.

En resumen, costear los objetivos requiere una estimación que distinga entre costo marginal y promedio, que incorpore los cambios de política e institucionales requeridos para hacer que este gasto institucional sea efectivo, que no contabilice dos o tres veces un mismo factor debido a la interdependencia de los objetivos, y que tome en cuenta los múltiples determinantes de cada objetivo. Sobra preguntarse por qué es tan difícil determinar los costos de alcanzar los objetivos.

obligatoria. Eso sucede cuando el gasto es realmente alto –Kenia gasta más del 6% del PIB en educación– y cuando es bastante bajo –Tanzania gasta menos del 2% del PIB en educación. El propósito no es destacar singularmente al África Subsahariana –el fenómeno es generalizado– ni molestar a los maestros. Es señalar que la solución del problema implica atender no solamente las cuestiones técnicas o administrativas sobre qué cantidad gastar en un insumo en relación con los otros, sino también y en primer lugar los contextos institucionales y políticos que generan estas decisiones.

Identificar qué contribuye a una clase efectiva o a un tratamiento médico apropiado es importante para la toma de decisiones. En sistemas que funcionan debidamente, la prestación de servicios puede mejorarse mediante mejores materiales de enseñanza, disponibilidad más confiable de medicamentos, mejor entrenamiento de los trabajadores de la salud; es decir, mediante mejoras técnicas en los determinantes inmediatos de la prestación satisfactoria del servicio. Y las reformas administrativas pueden disminuir la frecuencia de maestros ausentes o de médicos incompetentes o de policía corrupta. Pero tratar de hacer que los servicios funcionen en sistemas débiles, mediante una solución efectiva y a costo mínimo –aplicando un conjunto codificado de acciones o simplemente entrenando proveedores–, terminará en frustración si los políticos no escuchan a los ciudadanos o si los proveedores no tienen ningún incentivo para desempeñarse debidamente.

Para entender por qué, es importante distinguir entre reformas institucionales y de manejo. Reducir el ausentismo de maestros del 9% al 7% es un asunto de manejo; reducir el ausentismo de maestros del 50% al 9% es un asunto institucional. Mejorar el reconocimiento diagnóstico de enfermedades específicas es cuestión administrativa. Reducir el tratamiento errado generalizado de enfermedades rutinarias es un asunto institucional.

Las reformas institucionales buscan fortalecer las relaciones de responsabilidad entre diversos actores, de tal manera que emerjan buenos rendimientos de la prestación del servicio –con todos sus determinantes inmediatos, incluido el manejo activo. Los arreglos institucionales necesitan aprovechar las fortalezas del mercado –con su marcada capacidad de respuesta al cliente, autonomía administrativa y presiones sistémicas de eficiencia e innovación. No se trata de reducir o evitar responsabilidades públicas clave. Se trata de crear nuevas formas de cumplir más efectivamente las responsabilidades públicas. Esto podría incluir alternativas a la producción pública, pero con la misma facilidad podría incluir cambios institucionales para hacer que las agencias públicas se desempeñen mejor.

Entender qué sí funciona y por qué, para mejorar los servicios

Para producir mejor salud, mejores destrezas y mejores estándares de vida, los beneficiarios y proveedores de los servicios, y el Estado, tienen que trabajar unidos. ¿Cómo? Entender qué funciona, por qué, en qué contexto –y cómo expandir enfoques satisfactorios– es el tema de este Informe. Muchas innovaciones institucionales satisfactorias en todo el mundo muestran claramente que es necesario que los servicios no fallen. Ofrecen lecciones para guiarse en la replicación y para expandir soluciones. Diversas historias ilustran el potencial –y el desafío.

Tarjetas de reporte ciudadano en Bangalore, India. A principios de la década de los noventa, los servicios públicos en la ciudad capital de Karnataka estaban en mala forma. Un auge tecnológico desató un rápido crecimiento. Los servicios eran de baja calidad y la corrupción era rampante, lo que afectaba a todos los grupos de ingresos. Para hacer seguimiento a la falla del gobierno en atender estos problemas, y para motivar el cambio, en 1994 un grupo de la sociedad civil introdujo tarjetas de reporte que calificaban las experiencias del usuario con los servicios públicos. Los resultados –que revelaban mala calidad, corrupción consentida, falta de acceso para los habitantes de los barrios bajos, y los costos ocultos de servicios aparentemente baratos– fueron ampliamente publicados por una prensa activa.

Las tarjetas de reporte abrieron gradualmente un diálogo entre proveedores y grupos de usuarios, y finalmente obtuvieron una respuesta positiva de los gerentes de las agencias públicas. El primer ministro del estado organizó una fuerza dedicada a mejorar el gobierno de la ciudad. Actividades de seguimiento –por ejemplo, tarjetas de reporte en profundidad para hospitales– ahondaron más en problemas de servicios individuales. En 1999 una tarjeta de reporte calificó algunos servicios sustancialmente mejor, aunque las calificaciones sobre corrupción y acceso a sistemas de quejas y reclamos seguían siendo bajas. La iniciativa tuvo tanto éxito que el Centro de Asuntos Públicos (el cual llevó a cabo la encuesta) colaboró con los socios locales para preparar estudios similares en otras ciudades hindúes.[150] Y otros países (Filipinas, Ucrania y Vietnam) están adoptando ese método.

Formulación participativa del presupuesto en Porto Alegre, Brasil. La ciudad de Porto Alegre, con más de un millón de habitantes, desarrolló un modelo innovador de formulación del presupuesto. Asociaciones ciudadanas proponen proyectos que luego son debatidos públicamente. Las propuestas se combinan con

evaluaciones técnicas y el procedimiento se repite para determinar las asignaciones presupuestarias finales. La ciudad dio pasos enormes. El acceso a agua pasó del 80% en 1989 a ser casi universal en 1996, y el acceso a cañerías pasó de menos del 50% al 85%. La matrícula escolar se duplicó. Y con mayor disposición ciudadana a pagar por mejores servicios, los ingresos de la ciudad se incrementaron en un 50%. Para que el proceso favoreciera a los pobres, la gente más pobre tenía mayor poder de voto que el resto. El enfoque ha demostrado un éxito resonante para los habitantes (y para el partido político, el cual ganó repetidamente las elecciones). Desde entonces varias otras ciudades han adoptado procedimientos similares.[151]

Otras historias destacan otras innovaciones: mayor transparencia en la financiación de escuelas en Uganda, reforma a nivel de toda la ciudad en Johannesburgo, Sudáfrica, transferencias de efectivo a los hogares en México, reforma a nivel estatal de los servicios de salud en Ceará, Brasil (*ver* En primer plano). Solamente una de estas innovaciones fue evaluada usando un diseño experimental (Progresa, de México). Y no todas tienen medidas claras del cambio en el rendimiento o los resultados. Pero todas tomaron caminos hacia el futuro.

Las diversas historias suscitan preguntas. ¿Por qué se implementaron las innovaciones? ¿A quiénes afectaron? ¿Qué las hizo funcionar, y qué hace que otras innovaciones fracasen? ¿Pueden replicarse? Para examinar sistemáticamente estas preguntas –es decir, para aprender de esos ejemplos– el Informe desarrolla un marco que incorpora a los principales actores –beneficiarios de servicios, el Estado y proveedores– y describe cómo cada uno está vinculado por relaciones de responsabilidad (capítulos 3 a 6). Luego aplica estos principios a agendas específicas de reforma, explorando cómo operan esas relaciones en diferentes sectores (capítulos 7 a 11).

En primer plano: *Kerala y Uttar Pradesh*

Una nación, mundos aparte

Estados de una nación federal –que siguen la misma constitución, las mismas leyes y el mismo sistema financiero intergubernamental, y que están sujetos a los mismos ciclos electorales– Kerala y Uttar Pradesh siguen siendo mundos aparte en desarrollo humano. Sus mundos diferentes significan diferencias radicales en la calidad de vida de millones: Uttar Pradesh, con 175 millones de habitantes, es más grande que todos los países del mundo, excepto seis. Kerala tiene 32 millones de habitantes.[152] *Esta es una historia de logro y fracaso, del poder de la acción pública y de la carga de la inercia oficial.*

Las mujeres nacidas en Kerala tienen en promedio una esperanza de vida de 20 años más que las nacidas en Uttar Pradesh. La tasa de mortalidad allí es 5 veces superior que la de Kerala (cuadro 1). Al comienzo de este siglo, una de cada tres niñas de Uttar Pradesh no había ido nunca a la escuela. Kerala tiene matrícula universal; la tasa total de fertilidad es de 1,96 alumbramientos por mujer (inferior a la de 2,1 alumbramientos de los Estados Unidos y apenas ligeramente superior a la de 1,7 de los países europeos de altos ingresos); la tasa de fertilidad de Uttar Pradesh es 3,99 (sustancialmente más alta que el promedio de 2,85 en India y 3,1 en los países de bajos ingresos).

En estos Estados los servicios de educación y salud hacen eco a estas diferencias. Los estudios sugieren que en Kerala los establecimientos públicos tienden a estar bien abastecidos, a ser adecuadamente mantenidos y a contar con un equipo regular de maestros o de médicos. En Uttar Pradesh no es así.[153] En Kerala, un centro de salud básica que se quede sin el personal necesario por unos pocos días puede generar protestas públicas en la oficina de distrito más cercana.[154] Pero en Uttar Pradesh una escuela rural puede pasar años sin funcionar y no producir ninguna protesta cívica.[155] La participación de la mujer difiere muchísimo entre los dos estados: en Kerala más del 70% de los maestros de primaria son mujeres, en tanto que en Uttar Pradesh sólo el 25% lo son.[156]

Cuadro 1 La gran división: desarrollo humano y servicios básicos en Kerala y Uttar Pradesh
Datos disponibles más recientes, en porcentajes a menos que se diga lo contrario

	Kerala	Uttar Pradesh	India
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	16,3	86,7	67,6
Tasa total de fertilidad (por mujer)	1,96	3,99	2,85
Razón de sexo (mujeres por cada 1.000 hombres)	1.058	902	933
Tasa de matrícula escolar femenina (edad, 6-17 años)	90,8	61,4	66,2
Tasa de matrícula escolar masculina (edad, 6-17 años)	91,0	77,3	77,6
Niñas campesinas sin ninguna escuela (edad, 10-12 años)	0,0	31,7	26,6
Mujeres campesinas sin ninguna escuela (edad, 15-19 años)	1,6	49,3	38,7
Tasa de cubrimiento de vacunación (edad, 12-23 meses)	79,7	21,2	42,0
Partos con atención calificada (% de nacimientos)	94,0	22,4	42,3
Población rural de pueblos con:			
Una escuela primaria	90,1	75,1	79,7
Una escuela media	87,1	31,9	44,6
Un centro de salud básica	74,2	4,4	12,9
Una vía útil en cualquier tiempo	79,1	46,0	49,2
Gasto médico por hospitalización en instalaciones públicas (Rs.)	1.417	4.261	1.902
Mujeres que reportaron que:			
El proveedor de atención médica respetó su necesidad de privacidad	93,0	64,0	68,2
Las instalaciones estaban limpias	77,2	31,0	52,1
Atención calificada para el parto es innecesaria	1,4	42,5	61,3
20% más pobre de hogares que prefieren centros hospitalarios públicos	55,7	9,5	32.8

Rs = Rupias
Fuentes: National Family and Health Survey-2 (Encuesta nacional de familia y salud), 1998-99; IIPS, 2002; Censo de la India, 2001; National Sample Survey (Encuesta nacional de muestra) 1998-99.

¿Por qué Kerala tuvo éxito donde Uttar Pradesh falló?

La historia ayuda. Pese a que su pobreza en términos de consumo era de las más altas en la India, ya en 1956, cuando fue reconstituido como un nuevo estado hindú, Kerala lideraba en desarrollo humano. Movimientos sociales de larga trayectoria contra las divisiones de castas, su cultura (incluida la herencia matrilineal en ciertas comunidades) y su apertura a influencias extranjeras (incluida educación dirigida por misioneros), ayudaron. Pero la historia no lo es todo. Muchos de los logros espectaculares de Kerala se produjeron después de mediados de la década de los cincuenta. El alfabetismo adulto se ha elevado de alrededor del 50% en 1950 a más del 90% hoy, y la esperanza de vida al nacer, de 44 a 74 años. La tasa de nacimientos ha caído de 32 a 18. En 1956 la región Malabar de Kerala se quedó considerablemente rezagada de los dos estados "nativos" (Travancore y Cochin) con los cuales se unió para constituir el nuevo estado de Kerala. Hoy las diferencias han desaparecido.

Acción –y negligencia– pública

Dreze y Sen (2002) sugieren que el éxito de Kerala es el resultado de la acción pública, que promovió oportunidades sociales extensivas y la prestación generalizada y equitativa de servicios escolares, de salud y otros servicios básicos. Ellos arguyen que las fallas de Uttar Pradesh pueden atribuirse a la negligencia pública con respecto a las mismas oportunidades.

- La promoción inicial de la educación primaria y del alfabetismo femenino en Kerala fue muy importante para los logros sociales posteriores. En Uttar Pradesh el retraso educativo ha impuesto grandes castigos, incluidos la demora en la transición demográfica y el resurgir del crecimiento de la población.
- La equidad de género y la agencia de la mujer parecen jugar un papel de primer orden en el éxito de Kerala. Uttar Pradesh tiene una larga tradición bien documenta-

da de relaciones de género opresivas y de desigualdades de género extraordinariamente agudas en cuanto a alfabetismo y participación de la mujer.[157]

- Servicios universales básicos escolares, de salud, de vacunación infantil, de distribución pública de alimentos y de seguridad social difieren drásticamente en alcance, acceso, calidad e incidencia equitativa. En Uttar Pradesh parece haber habido una gran negligencia con respecto a estos servicios y no ha habido ningún esfuerzo particular por asegurar resultados, en especial en las escuelas.
- Un público más alfabetizado y mejor informado en Kerala, fue activo en política y asuntos públicos de una forma que no parece haber sucedido en Uttar Pradesh.
- La acción ciudadana y el activismo político informados en Kerala –aprovechando en parte el alfabetismo masivo y el énfasis que los gobiernos comunistas iniciales, y luego de coalición, pusieron en servicios universales– parecen haber sido cruciales en la organización de la gente pobre. En Uttar Pradesh las divisiones tradicionales de casta y de poder, particularmente en áreas rurales, han persistido a lo largo de más de 50 años de política electoral, y tales divisiones han venido a formar la esencia del discurso político y de la política clientelista.

Los incentivos políticos importan para la prestación de servicios y resultados efectivos de desarrollo.[158] Proveer servicios generales básicos universales ha continuado siendo una plataforma política digna de crédito en Kerala, en contraste con la política clientelista, impulsada por castas y clases de Uttar Pradesh.

En Kerala, los primeros gobiernos que tuvieron plataformas económicas con énfasis en la prestación de servicios básicos universales, establecieron una agenda política que siguió siendo importante en la política de coalición que los siguió. La competencia política basada en promesas de ofrecer mejores servicios básicos se hizo sentir en las primeras asignaciones presupuestarias (gráfico 1): los servicios de educación y de salud tuvieron una participación mucho más alta del gasto público en comparación con lo que se gastó en la administración estatal.

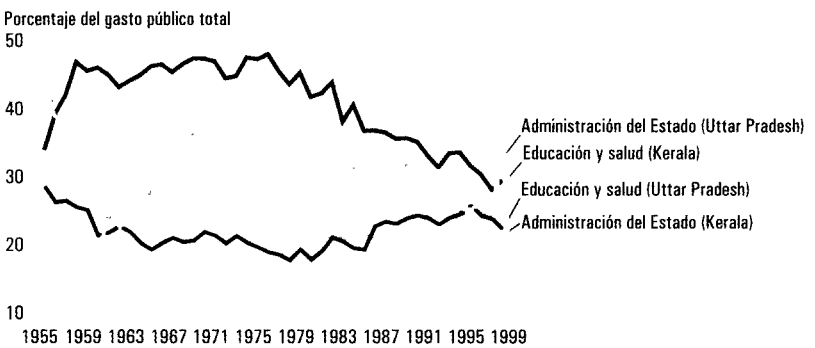
En contraste, en Uttar Pradesh las divisiones de casta y de clases, y la ausencia de alternativas políticas pujantes para trascender estas divisiones, llevaron a incentivos políticos débiles para la prestación efectiva de servicios básicos universales. La competencia política giraba en torno al acceso a instrumentos del Estado para ofrecer padrinazgo y empleo público a clientes específicos. En los primeros años el gasto público se concentró consecuentemente en la administración estatal y se mantuvo muy por encima del gasto en educación y salud. Más recientemente, los partidos políticos han tendido a restarle importancia al programa o contenido político de sus plataformas y en cambio le han hecho publicidad al perfil étnico de sus listas de candidatos, para demostrar compromiso con la representación proporcional de los grupos étnicos en las instituciones burocráticas del Estado.[159]

Rompimiento de ciclos viciosos

La acción pública puede aprovechar la historia, romper con ella o perpetuarla. Las capacidades de los individuos de presionar por sus demandas dependen de su información, los derechos percibidos y su alfabetismo. La acción pública –al influenciar la información que tienen los ciudadanos, sus protecciones legales y su escolaridad– influye en la acción privada, especialmente en la de los políticamente débiles. Y la acción privada se devuelve para influir en la acción pública. Un conjunto de reformas puede llevar a evolución institucional ulterior. Una sociedad puede estar atrapada en un ciclo vicioso, como en Uttar Pradesh, o ser propulsada por uno virtuoso como en Kerala. Como anotan Dreze y Gazdar: "En Uttar Pradesh las fallas sociales del Estado son muy intimidatorias pero las recompensas potenciales para la acción son correspondientemente altas, y los costos de la inercia continua son aún mayores."[160]

En cuanto a Kerala, pese a los muchos problemas económicos de vieja data y a los nuevos que han aparecido, el notable edicto promulgado en 1817 por Gowri Parvathi Bai, la reina de 15 años del otrora estado de Travancore, ciertamente parece haberse hecho realidad en sus osadas aspiraciones de desarrollo humano de sus súbditos. El edicto rezaba así: "El Estado debe sufragar todo el costo de la educación de sus gentes con el fin de que no pueda haber retraso en la expansión del conocimiento entre ellas; que, mediante difusión de la educación, puedan ser mejores sujetos y servidores públicos, y que la reputación del Estado pueda elevarse de esa forma."[161]

Gráfico 1 Kerala gastó más en educación y salud, Uttar Pradesh en administración del Estado



Nota: El gasto público en administración del Estado no incluye pago de intereses.
Fuente: Reserve Bank of India Bulletins, 1955-1998.

Marco para la prestación de servicios

capítulo

El sector público generalmente ha asumido la responsabilidad por la prestación de servicios y frecuentemente se sirve de burocracias de servicio civil como instrumento. Este enfoque ha tenido éxitos enormes y –según lo documenta el capítulo 1–, demasiadas fallas. Es mucho lo que queda por hacer. Particularmente con respecto a los pobres, hay desafíos generalizados en cuanto a provisión de acceso que ellos puedan sufragar, reparación de instalaciones disfuncionales, mejoramiento de la calidad técnica, incremento de la capacidad de respuesta al cliente y aumento de la productividad. Como se explicó en el capítulo 2, ni el crecimiento económico, ni incrementar simplemente el gasto público, ni llevar a cabo soluciones tecnocráticas es suficiente para responder a este desafío.

Las fallas en la prestación de servicios no han pasado desapercibidas. De hecho hay una diversidad de soluciones institucionales propuestas: reforma al servicio civil, privatización, democratización, descentralización, contratación externa, prestación de los servicios a través de ONG, empoderamiento, métodos participativos, fondos sociales, desarrollo impulsado por la comunidad, asociaciones de usuarios. Con cada una de estas soluciones viene una asombrosa variedad de técnicas e instrumentos: transferencias hacia el lado de la demanda, apreciaciones participativas rurales, encuestas en las instalaciones, tarjetas de calificación de los servicios, presupuestos a participativos. Ninguno es una panacea.

Que "una medida no se ajusta a todos" es un axioma, pero no sirve de mucho. Todo el que quiere mejorar los servicios para los pobres –desde los propios pobres hasta profesionales en pro de reformas, abogados, líderes políticos y agencias externas– pregunta: ¿qué medida me sirve a *mí*? Dadas las capacidades, recursos, políticas e incentivos que tengo, ¿qué es posible hacer? En mis circunstancias, ¿cuáles son las acciones que mejorarían los servicios para la gente pobre? Evaluar arreglos alternativos para la prestación de servicios requiere un marco de envergadura –a fin de analizar cuál de los muchos ítems del menú de reforma de servicios es adecuado para el momento, el lugar y las circunstancias.

El marco de este Informe va de lo específico a lo general. Comienza con un niño en un aula, una mujer embarazada en una clínica, alguien abriendo una llave para sacar agua. Cada uno está buscando un servicio y los determinantes inmediatos de éxito son claros. Para que cualquier transacción individual de servicios sea satisfactoria, es necesario que haya un proveedor final que sea capaz, que tenga acceso a los recursos e insumos adecuados y que esté motivado para perseguir una meta alcanzable. La pregunta general es: ¿qué condiciones institucionales respaldan el surgimiento de proveedores finales capaces, motivados, que tengan objetivos claros y recursos suficientes? La respuesta es: los servicios satisfactorios para la gente pobre surgen de relaciones institucionales en las que los actores son responsables entre ellos. (Por favor, sea paciente: el resto del Informe explica exactamente lo que esa frase significa.)

Este capítulo aborda cinco temas. Introduce el marco analítico de actores (individuos, organizaciones, gobiernos, empresas) y relaciones de responsabilidad que se usará a todo lo largo del Informe. Describe las características de los servicios que hacen que sea tan crucial –y tan difícil– crear esas relaciones. Usa el marco y las características de los servicios para analizar por qué la producción por el solo sector público a menudo falla y por qué la sola privatización no es la respuesta. Establece cómo se relacionan los diversos ítems de la agenda para la reforma de servicios y cómo los abordará el Informe. Y trata sobre la dinámica de la reforma.

Un marco analítico: actores y responsabilidades

El lenguaje evoluciona a través del uso común, de manera que nadie es responsable de que la

palabra *accountability* (usada aquí como responsabilidad) adquiera tantos significados y usos diferentes. Lo que en este Informe se quiere decir con *accountability* es una relación entre actores, que tiene cinco rasgos: *delegación, financiación, desempeño, información sobre desempeño* y *cumplimiento forzoso* (gráfico 3.1).

Las relaciones de responsabilidad pueden ser tan sencillas como comprar un emparedado o asumir un empleo, y tan complejas como dirigir una democracia municipal.

- Al comprar un emparedado, usted lo pide (*delegación*) y paga por él (*financiación*). El emparedado es preparado para usted (*desempeño*). Usted lo come (cosa que genera *información* relevante acerca de su calidad). Y entonces usted elige volver o no a comprarlo allí (*cumplimiento forzoso*), lo que afecta las utilidades del vendedor.
- En una relación típica de empleo, a una persona se le da un conjunto de tareas (*delegación*) y se le paga un salario (*financiación*). El empleado trabaja (*desempeño*). La contribución del empleado es evaluada (*información*). Y con base en esa información, el empleador actúa para reforzar el buen desempeño o desestimular el malo (*cumplimiento forzoso*).
- En una ciudad los ciudadanos eligen a un ejecutivo para que maneje las tareas de la municipalidad (*delegación*), incluidas las decisiones tributarias y presupuestarias (*financiación*). El ejecutivo actúa, a menudo de maneras que lo involucran en relaciones de responsabilidad con otros (*desempeño*). Luego los votantes, basados en su experiencia e *información*, evalúan el desempeño del ejecutivo. Y entonces actúan para controlar al ejecutivo, ya sea política o legalmente (*cumplimiento forzoso*).

Hay muchos otros vocablos para referirse a estos asuntos penetrantes y cruciales, desde distintas disciplinas (economía, ciencias políticas, sociología) y prácticas (administración pública, gerencia). Este Informe no se atribuye el logro de un conjunto superior de palabras. Los términos empleados aquí tienen la virtud de ser completos (un nombre para cada cosa que se discute) y de ser consistentes (se usan siempre los mismos nombres). (*Ver* el recuadro 3.1, para un glosario de los términos usados). Por ejemplo, un trabajo reciente sobre el empoderamiento de los pobres, extensión del trabajo del *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001* sobre pobreza, sugiere cuatro elementos que se traslapan de manera importante con el análisis que se hace aquí: acceso a información, inclusión y participación, responsabilidad (rendición de cuentas) y capacidad organizativa local.[162] Otros usan la palabra *responsabilidad* para referirse únicamente al aspecto de "responder" (obtención de información sobre el desempeño) o para referirse al "cumplimiento forzoso". Este Informe la usa de manera general.

Este enfoque general tiene dos motivos. Primero, las debilidades en cualquier aspecto de la responsabilidad pueden ser causa de fracaso. No es posible fortalecer el cumplimiento forzoso –hacer que los proveedores respondan por el rendimiento y los resultados– aisladamente. Si los proveedores no reciben una delegación clara, que especifique con precisión los objetivos deseados, incrementar el cumplimiento forzoso es injusto y no es efectivo. Si a los proveedores no se les dan recursos adecuados, responsabilizarlos por resultados deficientes es igualmente injusto y no efectivo. Segundo, poner la financiación como primer paso en la creación de una relación de responsabilidad, enfatiza que preocuparse simplemente por un resultado controlado por otro, no crea una relación de responsabilidad. Para ser un "accionista" uno tiene que poner algo en juego.

En la cadena de prestación de servicios, el Informe distingue cuatro papeles generales:

- *Ciudadanos/clientes.* Pacientes, estudiantes, padres, votantes.
- *Políticos/responsables de la formulación de políticas.* Primeros ministros, presidentes, parlamentarios, alcaldes, ministros de finanzas, salud y educación.
- *Organizaciones proveedoras.* Departamentos de salud, departamentos de educación, departamentos de agua y sanidad.
- *Profesionales de primera línea (proveedores finales).* Médicos, enfermeras, maestros, ingenieros.

En la situación ideal, estos actores están vinculados por relaciones de poder y responsabilidad. Los ciudadanos ejercen *opinión pública* sobre los políticos. Los responsables de la formulación de políticas tienen *pactos* con organizaciones proveedoras, éstas *manejan* a los proveedores finales, y los clientes ejercen *poder del cliente* a través de interacciones con los proveedores finales (gráfico 3.2). En los países de bajos ingresos un quinto papel, que desempeñan agencias externas de financiación, afecta cada una de estas relaciones (capítulo 11).

Debilidades en *cualquiera* de las relaciones –o en la capacidad de los actores– pueden traducirse en fallas de servicio. A los proveedo-

Gráfico 3.1 Las relaciones de responsabilidad tienen cinco características

RECUADRO 3.1 *Un glosario para este Informe*

El idioma es elástico –un activo que refleja la diversidad de la experiencia humana, pero un pasivo cuando términos tan excesivamente usados como *responsabilidad* pierden su significado. En desarrollo de su marco para la prestación de servicios, este Informe da a algunos términos comúnmente empleados (como responsabilidad) un significado específico y acuña también unos cuantos términos nuevos. Si bien no son significados superiores ni mejores, se hace este esfuerzo para efectos de consistencia interna.

Responsabilidad es un conjunto de relaciones entre los actores de la prestación de servicios, que tiene cinco características:

- ***Delegación***: suposición explícita o implícita de que se va a proporcionar un servicio (o bienes que incorporan el servicio).
- ***Financiación.*** Provisión de los recursos para habilitar la prestación del servicio o el pagar por él.
- ***Desempeño.*** Prestación del servicio real.
- ***Obtención de información sobre el desempeño.*** Obtención de información relevante y evaluación del desempeño con respecto a las expectativas y a las normas formales e informales.
- ***Cumplimiento forzoso.*** Capacidad de imponer sanciones por desempeño inapropiado, o de dar retribuciones cuando el desempeño sea apropiado.

Este Informe define cuatro relaciones de responsabilidad: *poder del cliente (sobre los proveedores), pactos, manejo (por parte de organizaciones proveedoras de profesionales a cargo), y opinión pública y política (entre ciudadanos y políticos/responsables de la formulación de políticas).*

Actores: Individuos, hogares, comunidades, firmas, gobiernos y otras organizaciones públicas, no gubernamentales y privadas que financian, producen, regulan, entregan o consumen servicios. En la teoría económica, a los actores que delegan la responsabilidad a otros a veces se les llama *principales,* y a los actores responsables ante los primeros se les llama *agentes.*

Poder del cliente: Relación de responsabilidad que conecta a los clientes con los proveedores finales de servicios, habitualmente en el punto de entrega del servicio, basada en transacciones a través de las cuales los clientes expresan su demanda de servicios y pueden hacer seguimiento a la prestación y a los proveedores de los mismos.

Clientes/ciudadanos: Usuarios de los servicios que, como ciudadanos e individualmente o en grupos (v.gr. sindicatos laborales), participan en procesos políticos para determinar y alcanzar objetivos colectivos. Como clientes, los individuos reciben servicios para satisfacer la demanda de su hogar. Todos los clientes son ciudadanos (en la gran mayoría de las situaciones) pero, dependiendo del servicio, no todos los ciudadanos son clientes.

Clientelismo: Tendencia de los políticos a responder como padrinos a la competencia política, favoreciendo excesivamente a un grupo de clientes por encima de otro a cambio de ventaja política (votos). La prestación de servicios públicos gratuitos o dación de empleos públicos a grupos cerrados de partidarios, particularmente cuando no se sanciona la evasión, suele ser la forma en que los políticos practican el clientelismo.

Pactos: Relación de responsabilidad amplia y de largo plazo que conecta a los responsables de la formulación de políticas con las organizaciones proveedoras. Esto usualmente no es tan específico ni legalmente de cumplimiento tan forzoso como un contrato. Sin embargo un contrato explícito, verificable, puede ser una forma de pacto.

Servicios discrecionales: Servicios producidos localmente, como instrucción en las aulas o salud curativa, en los que el maestro o el médico tienen que ejercer muchísimo su capacidad de juicio sobre qué dar y cómo, y en que los clientes típicamente tienen un gran déficit de información en relación con el proveedor. Tanto para el cliente como para el responsable de la formulación de políticas, es difícil hacer seguimiento a los servicios discrecionales que son *intensivos en transacciones*, ya sean prestados por el sector público o por el privado. Estos plantean desafíos particulares para todas las relaciones de *responsabilidad.*

Profesionales de primera línea: Maestros, enfermeros, médicos, ingenieros, dependientes u otros proveedores que entran en contacto directo con el cliente.

Rutas larga y corta de responsabilidad: Los clientes pueden buscar de dos formas que los proveedores de servicios respondan por el desempeño. El poder del cliente que los conecta con los proveedores es la ruta "corta", directa, de responsabilidad. Cuando ese poder es débil o imposible de usar, los clientes tienen que usar su poder de voz y la política en su papel de ciudadanos, para hacer responsables a los políticos –y a su vez los políticos/responsables de la formulación de políticas tienen que usar el pacto para hacer lo mismo con los proveedores. La combinación de las dos cosas es la "ruta larga", con rodeo, de responsabilidad.

Manejo: Relación de responsabilidad que conecta a los proveedores con los profesionales, que comprende procesos internos para que organizaciones públicas y privadas seleccionen, entrenen, motiven, administren y evalúen a los profesionales de primera línea. En las grandes burocracias estos procesos pueden estar atados a normas, pero en proveedores pequeños, privados, pueden ser idiosincrásicos y *ad hoc.*

Organizaciones proveedoras: Entidades públicas, privadas sin ánimo de lucro y privadas comerciales que efectivamente prestan servicios. Éstas pueden ir desde ministerios gubernamentales regulares con cientos de miles de empleados, hasta una cadena de hospitales privados; o desde una vasta empresa pública urbana de servicios de acueducto y alcantarillado hasta una única escuela de pueblo dirigida por la comunidad.

Políticos/responsables de la formulación de políticas: Actores de la prestación de servicios autorizados por el Estado para cumplir sus responsabilidades legislativa, reguladora y normativa. Los políticos pueden ser elegidos o alcanzar sus posiciones por medios no democráticos. También pueden ser responsables de la formulación de políticas (el general que es presidente y a la vez dirige las fuerzas militares, el ministro de telecomunicaciones que administra la venta de frecuencias). Pero lo más común es que los responsables de la formulación de políticas sean los funcionarios no elegidos de más alto rango –ya provengan de un servicio civil o sean nombrados. Los políticos establecen directrices generales. Los responsables de la formulación de políticas implementan esas directrices y establecen y hacen cumplir las condiciones para la operación de los proveedores públicos y privados de servicios. Usualmente las subrelaciones de responsabilidad entre políticos y responsables de la formulación de políticas (parodiadas en la serie de televisión "Sí, señor Ministro") se derivan de la Constitución, la ley administrativa, o reglas de administración pública.

Marco (o cadena) de prestación de servicios: Los cuatro actores relacionados con los servicios *–ciudadanos/clientes, políticos/responsables de la formulación de políticas, organizaciones proveedoras, profesionales–* y las cuatro relaciones de *responsabilidad* que los conectan:

- *Opinión pública y política:* conecta a ciudadanos y políticos
- *Pactos*: conectan a políticos/responsables de la formulación de políticas y proveedores
- *Manejo:* conecta a las organizaciones proveedoras con los profesionales.
- *Poder del cliente:* conecta a los clientes con los proveedores.
- *Ruta corta de responsabilidad: ver rutas larga y corta de responsabilidad.*

Incrementalismo estratégico: Reformas pragmáticas incrementales en ambientes institucionales débiles, que no tienen probabilidades de enfrentar completamente los problemas de prestación de servicios pero que pueden aliviar problemas agudos, a la vez que crean las condiciones para un cambio más profundo y más favorable, la construcción de una capacidad que pueda responder a los desafíos de la entrega de servicios. Esto puede contrastarse con el "incrementalismo incremental" (a falta de un mejor término) que resuelve apenas un conjunto de problemas inmediatos pero crea otros. Por ejemplo, trabajar en torno a estructuras existentes gubernamentales y de ejercicio del gobierno, sin ninguna estrategia que prevea cómo afectarán en el largo plazo estas medidas temporales.

Servicios intensivos en transacciones: Servicios que requieren contacto repetido y frecuente entre cliente y proveedor. Los servicios intensivos en transacciones pueden ser discrecionales e implicar decisiones minuciosas constantes (enseñanza en el aula) que los hacen muy difíciles de controlar. O pueden no requerir mucha discrecionalidad, como en el caso de la tecnología (despache y olvide) una vez que hay contacto con el cliente (vacunación).

Opinión pública y política: Es la relación más compleja de responsabilidad. Conecta a los ciudadanos y a los políticos y comprende muchos procesos formales e informales, incluidos política electoral y comicios, cabildeo y propaganda, padrinazgo y clientelismo, actividades de los medios, acceso a información, etc. Los ciudadanos delegan en los políticos las funciones de servir a los intereses de la ciudadanía y de financiar los gobiernos a través de sus impuestos. Los políticos se desempeñan prestando servicios tales como ley y orden, o comunidades relativamente libres de patógenos, por ejemplo. Los ciudadanos fuerzan al cumplimiento de la responsabilidad a través de las elecciones y de otros medios menos definitivos, como defensoría, acciones legales y campañas de señalamiento y ridiculización.

res puede hacérseles directamente responsables ante los clientes (como en las transacciones del mercado) delegando decisiones y poderes directamente a los ciudadanos o comunidades –una "ruta corta" de responsabilidad. Pero lo típico es que el sector público esté involucrado, de manera que dos relaciones clave –*opinión pública* y *pactos*– constituyen el principal mecanismo de control del ciudadano en una "ruta larga" de responsabilidad. En ambos casos es necesario que las organizaciones (por ejemplo departamentos de salud, educación o agua) sean capaces de manejar proveedores finales.

Los cuatro actores

Ciudadanos y clientes. Los individuos y los hogares tienen papeles dobles, como ciudadanos y como clientes directos. Como ciudadanos, participan en su calidad de individuos y a través de coaliciones (comunidades, partidos políticos, sindicatos laborales, asociaciones empresariales) en procesos políticos que definen objetivos colectivos; también se esfuerzan por controlar y dirigir la acción pública en cumplimiento de esos objetivos. Como clientes directos de los proveedores de servicios, los individuos y los hogares esperan tener agua potable, hijos educados y protección de la salud de su familia.

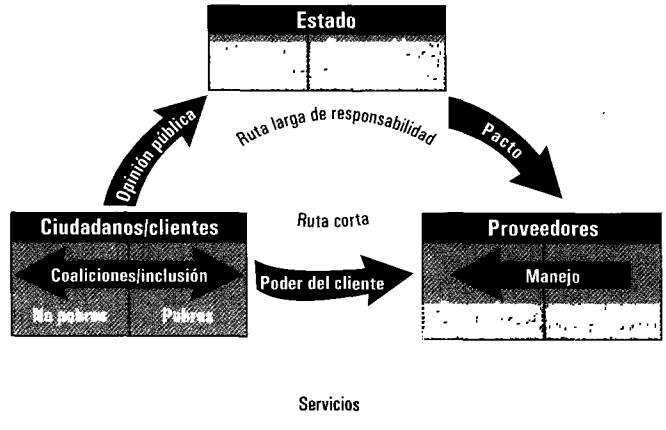
El papel de ciudadanos y clientes como beneficiarios de los servicios no implica que todos los ciudadanos sean iguales o tengan los mismos puntos de vista. A veces términos tales como *sociedad civil* y *comunidad* se usan de manera demasiado casual. La gente difiere en creencias, esperanzas, valores, identidades y capacidades. Frecuentemente la sociedad civil no es nada civil; muchas "comunidades" tienen poco en común. Los individuos y los hogares pueden estar en desacuerdo sobre objetivos colectivos y trabajar para promover sus propios puntos de vista, tanto individualmente como a través de asociaciones, a veces a expensas de los demás. La capacidad de acción colectiva de los ciudadanos, elemento clave de la prestación de servicios, varía muchísimo de una sociedad a otra.

Políticos y responsables de la formulación de políticas. Lo que distingue al Estado soberano de todas las demás instituciones es su monopolio sobre el uso legítimo de la fuerza física dentro de sus fronteras. De este monopolio los políticos derivan el poder para regular, para legislar, para fijar impuestos –para establecer y hacer cumplir las "reglas del juego". Aquí se define a los políticos como las personas que controlan este poder y que cumplen las responsabilidades fundamentales del Estado. Esto no significa que las políticas electorales estén siempre en juego: algunos políticos son jefes de Estados de un solo partido, algunos han impuesto su control mediante fuerza militar, algunos llegan por elección. En algunos sistemas dominan los políticos ejecutivos; en otros, los políticos legislativos.

Los otros actores que ejercen el poder del Estado son los responsables de la formulación de políticas. En algunos países los políticos son también responsables de la formulación de políticas. Pero en otros hay una clara distinción entre los funcionarios no electos más altos del gobierno –servidores civiles o nombrados– y los actores políticos. Los políticos establecen directrices generales, pero los responsables de la formulación de políticas establecen las reglas fundamentales del juego para que operen los proveedores de servicios –regulando la entrada, imponiendo estándares y determinando las condiciones bajo las cuales los proveedores reciben fondos públicos.

Organizaciones proveedoras. Una organización proveedora puede ser una organización pública regular, cualquiera que sea su nombre –ministerio, departamento, agencia, oficina (cuadro 3.1). Puede ser un ministerio de educación que preste servicios educativos, una empresa pública autónoma (hospitales públicos autónomos), una organización sin ánimo de lucro (escuelas religiosas), o una con ánimo de lucro (clínicas). Puede ser grande (ministerios del sector público con decenas de miles de maestros) o pequeña (una sola escuela primaria dirigida por la comunidad). Puede haber varios tipos de proveedores (hospitales públicos, sin y con

Gráfico 3.2 Relaciones clave de poder



ánimo de lucro) y varios proveedores de cada tipo entregando el mismo servicio en la misma área (muchos hospitales sin y con ánimo de lucro, manejados independientemente).

Cuando la organización proveedora es del sector público, es necesario ser claros en cuanto a la distinción analítica entre el responsable de la formulación de políticas y la cabeza de la organización. El responsable de la formulación de políticas fija y hace cumplir las reglas del juego por todos los proveedores –incluida la organización proveedora. La cabeza de la organización proveedora formula "políticas" internas específicas de la organización. Aunque conceptualmente clara, la distinción no siempre es clara en la práctica, especialmente cuando el mismo individuo desempeña ambos papeles. Por ejemplo, un ministro de obras públicas puede ser el responsable de formular y hacer cumplir las reglas por todos los proveedores, pero también puede actuar como cabeza de la organización proveedora más grande de servicios de agua, directamente responsable del manejo. Desatar estos papeles para crear una delineación nítida de las responsabilidades de formulación de políticas y de producción directa es uno de los elementos necesarios para tener líneas claras de responsabilidad.

Proveedores finales. Al final, casi todos los servicios requieren un proveedor que esté en contacto directo con los clientes: maestros, médicos, enfermeras, parteras, farmacéuticos, ingenieros, etc.

Las cuatro relaciones de responsabilidad

De políticos a ciudadanos: opinión pública y política. Este Informe usa el término *opinión pública* para expresar las complejas relaciones de responsabilidad entre ciudadanos y políticos. La opinión pública se refiere a la política pero también abarca mucho más; incluye mecanismos políticos formales (partidos políticos y elecciones) e informales (grupos defensores y campañas de información pública). Delegación y financiación entre ciudadano y Estado son decisiones que se refieren a la persecución de objetivos colectivos y a la movilización de recursos públicos para cumplir esos objetivos. Los ciudadanos necesitan información sobre la forma en que su bienestar es promovido por las acciones del Estado. También necesitan algún mecanismo para el cumplimiento forzoso, para asegurarse de que los políticos y los responsables de la formulación de políticas sean recompensados por acciones buenas y castigados por acciones malas. Si los políticos han abusado de su posición, o si sencillamente no han perseguido agresiva y efectivamente los objetivos, los ciudadanos necesitan una variedad de mecanismos –no sólo elecciones periódicas– para hacer que los políticos y los responsables de la formulación de políticas rindan cuentas.

De la organización proveedora al Estado: pactos. La relación entre responsables de la formulación de políticas y proveedores de servicios puede considerarse como *pactos*. El pacto no siempre es tan específico ni legalmente de cum-

Cuadro 3.1 Las organizaciones proveedoras asumen una diversidad de estructuras de propiedad y organizativas

Propiedad	Tipo de organización proveedora	Servicios de educación	Servicios de salud (curativa ambulatoria)	Servicios de agua	Energía
Sector público	Ministerio/departamento/ agencia/oficina	Escuelas del ministerio de educación (nacionales, estatales/ de provincia, municipales)	Centros de consulta externa del ministerio de salud pública	Ministerio de obras públicas	Ministerio de energía
	Corporación autónoma del sector público	Universidades autónomas	Hospitales autónomos	Corporaciones estatales de agua	Compañías estatales de electricidad
Sector sin ánimo de lucro	De propiedad de la comunidad	Escuelas informales, Educo		Asociaciones rurales de agua	
	Organización sin ánimo de lucro	Escuelas religiosas (católicas, islámicas), escuelas dirigidas por ONG (como BRAC)	Clínicas dirigidas por ONG		
Sector privado con ánimo de lucro	Firmas comerciales pequeñas	Escuelas privadas no religiosas	Clínicas privadas	Vendedores informales de agua	
	Grandes		Cadenas hospitalarias	Servicios privados	Servicios privados

Nota: Educo = Programa de escuelas manejadas por la comunidad, de El Salvador; ONG = Organización no gubernamental; BRAC = Bangladesh Rural Advancement Committee.

plimiento tan forzoso como un contrato, aunque un contrato puede ser una forma de pacto. Es más bien un acuerdo general sobre una relación a largo plazo. El responsable de la formulación de políticas provee recursos y delega poderes y responsabilidad por los objetivos colectivos, a los proveedores de servicios. El responsable de la formulación de políticas genera información sobre el desempeño de las organizaciones. El cumplimiento forzoso entra en juego cuando el pacto especifica también las recompensas (y posiblemente los castigos) que dependen de las acciones y el rendimiento del proveedor de servicios. La línea entre "el Estado" y "la organización proveedora del sector público" no siempre es fácil de trazar.

De los profesionales de primera línea a las organizaciones proveedoras: manejo. En toda organización, herramientas formales e informales de manejo proporcionan a los trabajadores de primera línea tareas y áreas delimitadas de responsabilidad, equipándolos con los recursos necesarios para actuar. En las agencias públicas esta función de manejo a veces es borrosa debido a que los proveedores son empleados "del gobierno". Pero todos los aspectos de *manejo* estándar, de selección, entrenamiento y motivación de los trabajadores de una organización son válidos para todas las organizaciones –privadas, ONG, gubernamentales o de cualquier otro tipo. Todas las organizaciones proveedoras de servicios –ya se trate de un ministerio del gobierno, de un organismo religioso, de una ONG si ánimo de lucro o de una firma comercial– tienen que crear una relación de responsabilidad con sus proveedores de primera línea.

Del proveedor al ciudadano-cliente: poder del cliente. Debido a que el responsable de la formulación de políticas no puede especificar en el pacto todas las acciones de los proveedores, los ciudadanos tienen que revelar a los proveedores su demanda de servicios y controlar la prestación de los servicios por parte de los proveedores. Clientes y organizaciones proveedoras interactúan a través de los individuos que proveen los servicios –maestros, médicos, ingenieros y personal de reparaciones–, profesionales y trabajadores de primera línea.

La responsabilidad no es la única relación

La anterior descripción no es la realidad, porque retrata sólo una dirección de las relaciones entre actores. La realidad es que los actores están inmersos en un conjunto complejo de relaciones, y que la responsabilidad no siempre es la más importante. Mediante diversas formas de coerción, tanto sutiles como ruidosas, la capacidad de muchos Estados para imponer *obligaciones* a los ciudadanos ha demostrado ser mucho más fuerte que la capacidad de los ciudadanos para disciplinar a los políticos y a los responsables de la formulación de políticas (recuadro 3.2). Y en muchos casos los ciudadanos se acercan al Estado y sus agentes como suplicantes.

Los políticos suelen usar el control sobre los servicios prestados por el sector público como un mecanismo de *clientelismo* –tanto con los ciudadanos como con los proveedores. En sistemas que carecen de relaciones de responsabilidad, los empleos en servicios públicos (de maestros, de policías) se dan como favores políticos, lo que crea una relación no de responsabilidad sino de obligación política. Un informe reciente sobre la educación en Nepal, por ejemplo, revela que "los estándares de desempeño de los maestros son inexistentes. La gran mayoría de los maestros están del lado de una de las muchas asociaciones formadas sobre los lineamientos de partidos políticos, y las prácticas de nombramiento y despido a menudo están determinadas como resultado de las contribuciones del individuo a actividades políticas".[163]

Los servicios se asignan de formas que recompensan (o castigan) a las comunidades por su respaldo político. A veces el ministerio es el

RECUADRO 3.2 ***Los muchos significados de responsabilidad***

Responsabilidad es más una rúbrica que un solo ítem, pero es una rúbrica fructífera para hacer distinciones útiles.

La responsabilidad política es la disposición de políticos y responsables de la formulación de políticas a justificar sus acciones y a aceptar castigos electorales, legales o administrativos en caso de verse que carecen de justificación. Aun dentro de la responsabilidad "política" puede haber distinciones. Con la responsabilidad política vertical, los ciudadanos, individual o colectivamente, hacen que el Estado responda –por ejemplo, mediante el sufragio o los medios legales. Las democracias tienen que tener cierta responsabilidad vertical. Con la responsabilidad política horizontal, agentes del Estado responsabilizan formalmente a otro agente del Estado –por ejemplo, mediante la relación de "pacto" entre los responsables de la formulación de políticas y los proveedores.

Los Estados autoritarios pueden demostrar considerable responsabilidad horizontal ("los trenes son puntuales"), pero no ofrecen ninguna responsabilidad vertical. Pero cuando la relación entre clientes y proveedores es muy fuerte (en algunos casos debido, quizá, a la omnipresencia del partido gobernante, como en Cuba), la prestación de servicios puede funcionar muy bien sin mucha responsabilidad vertical.

Incluso hay distinciones dentro de un determinado tipo de responsabilidad. La responsabilidad política horizontal formal es la descripción formal de instituciones y de la autoridad entre agentes del Estado. Puede diferir radicalmente de la responsabilidad política horizontal informal, del funcionamiento real de las instituciones y el control efectivo de las decisiones en las organizaciones estatales.

Fuentes: Goetz y Jenkins (2002) y Aghion y Tirole (1997).

agente de los proveedores, no al contrario, y los proveedores *capturan* la formulación de políticas. Los proveedores también usan su habilidad para controlar los servicios y su estatus social superior para intimidar a la gente pobre. En vez de poder del cliente, lo que hay es poder del proveedor. El científico político James Scott ha sostenido que las presiones del "alto modernismo autoritario" pueden significar que el Estado y su aparato burocrático definan una "magra simplificación" a fin de proveer los servicios, pero que la dominación de esta realidad sobre los ciudadanos y su compleja realidad puede conducir a consecuencias imprevistas.

Por qué es tan complejo establecer relaciones de responsabilidad

Este Informe va más allá de lo que el sector público debe hacer y enfatiza cómo puede hacerse más efectiva la acción pública. Los trabajadores de primera línea tienen que tener objetivos claros, recursos adecuados, capacidades técnicas y la motivación para crear servicios que sean valorados. Esto no puede ser obligatorio. Es el resultado de interacciones entre actores fuertes en cada uno de los papeles claves de la prestación de servicios. Lo ideal es un Estado que sea fuerte, no débil. Organizaciones proveedoras que tengan una visión y una misión claras de prestación de servicios, no unas que sean internamente incoherentes y simplemente orientadas hacia el cumplimiento de procesos. Proveedores de primera línea que actúen con autonomía e iniciativa profesionales, no autómatas estrictamente controlados. Y ciudadanos empoderados que demanden servicios, no "receptores" pasivos sobre los cuales se actúe.

Actores fuertes, capaces, necesitan estar emplazados en relaciones fuertes de responsabilidad. Pero es difícil establecer esa clase de relaciones para estos servicios. ¿Por qué?

- Debido a que hay objetivos tanto colectivos como privados, un sistema que creara tan sólo poder del cliente mediante la opción de escoger (por ejemplo), sólo cumpliría objetivos individuales, no los muchos objetivos públicos.
- Debido a los objetivos múltiples y complejos de la producción y coproducción pública, es difícil crear mecanismos de cumplimiento forzoso para los proveedores, basados en los resultados.

Intereses individuales y objetivos colectivos

Un mercado competitivo crea automáticamente responsabilidad de los vendedores hacia los compradores. La información clave es la satisfacción del cliente, y el mecanismo clave de cumplimiento forzoso es la opción que tiene el cliente de elegir proveedor. Los mercados competitivos han demostrado un arreglo institucional notablemente sólido para responder a los intereses individuales, pero no son suficientes para los servicios, por tres razones.

- En primer lugar, el mercado responde únicamente a aquellos que tienen poder adquisitivo, así que no hacen nada para asegurar el acceso universal o una distribución equitativa, que es lo que las sociedades suelen tener como objetivo colectivo.
- En segundo lugar, la suma de los intereses individuales puede no producir el mejor resultado, debido a que los mercados tienen fallas de varias clases.
- En tercer lugar, otros objetivos colectivos requieren acción pública. Por ejemplo, el Estado y la sociedad se preocupan fuertemente por el papel de la escolaridad en la socialización de los jóvenes y pueden no querer que los padres escojan por su propia cuenta.

El problema del seguimiento

Los servicios producidos a nivel local –educación básica, atención médica, abastecimiento de agua y sanidad urbana– tienen tres características que hacen particularmente difícil estructurar relaciones de responsabilidad. Son discrecionales e intensivos en transacciones. Hay en ellos múltiples tareas y múltiples autoridades principales. Y es difícil atribuir los resultados.

Discrecionales e intensivos en transacciones. Los servicios son intensivos en transacciones y las transacciones requieren discrecionalidad. Los maestros tienen que decidir continuamente sobre el ritmo y la estructura de las actividades en las aulas. ¿Se han captado las ideas? ¿Otro ejemplo reforzará la idea o aburrirá a la clase? Un médico tiene que tomar decisiones sobre el diagnóstico y el tratamiento con base en el caso específico del paciente. Los ejemplos difieren de otras actividades del sector público que son discrecionales pero no intensivas en transacciones, como establecer la política monetaria o

regular un monopolio; y de aquellas que son intensivas en transacciones pero no discrecionales, como hacer depósitos bancarios o controlar el tráfico.

Los servicios pueden ser intensivos en transacciones y discrecionales, pero algunas etapas de la prestación del servicio pueden ser menos intensivas en transacciones o menos discrecionales (cuadro 3.2). Incluso en el sector salud los servicios abarcan toda la gama. Para vacunación, la acción apropiada es casi la misma para todo individuo de una determinada edad (fácil de observar). Los problemas de implementación, a la vez que son enormes, son primordialmente logísticos. Pero para servicios curativos los proveedores tienen que responder a las quejas de los individuos y ejercer discrecionalidad en la elección del tratamiento.

Los servicios que son tanto discrecionales como intensivos en transacciones presentan desafíos para cualquier relación de responsabilidad –porque es difícil saber si el proveedor se ha desempeñado bien. Los controles administrativos y burocráticos que funcionan bien para las tareas logísticas, resultan inútiles al intentar hacer el seguimiento de millones de interacciones diarias de maestros con estudiantes, policías con ciudadanos, trabajadores sociales con clientes, médicos con pacientes. Reglas rígidas impresas no tendrían la suficiente amplitud.

Múltiples autoridades principales, tareas múltiples. Los servidores públicos sirven a muchos patrones. Los proveedores de energía y agua están bajo las presiones de diferentes segmentos del mercado que aspiran a subsidios cruzados –de productores, para la compra de determinadas clases de equipos, de gente que quiere conexiones más extensivas y de otros que quieren una operación más confiable y continua. La presión cotidiana de la demanda local de servicios de salud puede comprometer esfuerzos en prevención de enfermedades y otras actividades de salud pública que no son impulsadas por la demanda.[164]

Del personal de los centros hospitalarios se espera que haga vacunaciones, provea cuidados curativos a las personas que recurren a él, ofrezca educación en salud y otras medidas preventivas a todo la gente (sea que venga por su propia cuenta o no), lleve registros estadísticos, asista a sesiones de entrenamiento y a reuniones, y haga inspecciones de agua y alimentos. Los policías tienen que tratar con todo tipo de personas, desde niños perdidos hasta criminales peligrosos. Esta dispersión hace difusa la precisión de los incentivos (recuadro 3.3).

Carácter atribuible

El tercer problema del seguimiento de la prestación de servicios es que suele ser muy difícil atribuir los resultados a las acciones de los proveedores debido a la presencia de "coproductores" importantes. Como lo enfatizó el capítulo 1, los *resultados* en salud y educación se producen principalmente en los hogares y las comunidades. La salud de los individuos depende de sus decisiones en materia de nutrición (limitadas por los ingresos), sus niveles de actividad, sus prácticas de higiene personal (a menudo limitadas por la disponibilidad de agua), y de factores comunitarios que determinan la disposición a patógenos. Incluso cuando la gente enferma busca tratamiento, la efectividad de éste depende en parte de la calidad del proveedor y en parte de que el enfermo cumpla las terapias recomendadas.

La dificultad en el seguimiento de servicios discrecionales intensivos en transacciones no es única del sector público; es inherente a los servicios. Los pacientes generalmente saben cómo se sienten. Estudios de médicos privados en la India comúnmente encuentran prácticas que llevan a un mejoramiento de los síntomas en el corto plazo (como uso de esteroides), pero que no son médicamente efectivas, o que son incluso contraindicadas.[165] El que los pacientes se sientan mejor crea pacientes repetitivos, pero no crea responsabilidad real, porque el solo hecho de estar complacido con el servicio no es información suficiente. Muchos resultados, aunque sean observables para el paciente y para

Cuadro 3.2 Ejemplos de servicios discrecionales e intensivos en transacciones

Sector	Discrecional, no intensivo en transacciones	Discrecional e intensivo en transacciones	Intensivo en transacciones, no discrecional
Banca comercial	Fijación de tasas de depósito	Aprobación de préstamos a pequeñas empresas	Recepción de depósitos
Protección social	Fijación de criterios de elegibilidad	Determinaciones del "trabajador del caso"	Emisión de cheques para los elegibles
Servicios policiales	Formulación de leyes que definen la conducta criminal	Manejo de situaciones conflictivas individuales	Dirección de tráfico
Educación	Currículo	Enseñanza en el aula	Provisión de almuerzo escolar
Salud	Campañas públicas de información	Atención curativa	Vacunaciones
Irrigación	Localización de canales principales	Asignación de flujos de agua	Provisión de tuberías "en todos los pueblos"
Bancos centrales	Política monetaria	Regulación bancaria	Cámara de compensación
Extensión agrícola	Prioridades de investigación	Comunicación con agricultores	

RECUADRO 3.3 *Creación de condiciones de responsabilidad: la policía*

La policía es un cuerpo con poderes sustanciales delegados para obligar y, de ser necesario, usar la violencia. ¿Qué objetivos debe perseguir y cómo puede hacérsela responsable?

- "Satisfacción del cliente" no es lo que debe mover a la policía porque, ¿quién es el "cliente"? Ciertamente no los criminales y tampoco únicamente las víctimas. Hay muchos objetivos para la acción policial –crear un ambiente seguro, aprehender a los criminales, respetar los derechos y la dignidad del individuo.
- La policía no puede limitarse a seguir un decreto; tiene que ejercer discrecionalidad. Si actuara "al pie de la letra" sin dejar pasar ni una infracción, actividades más importantes se detendrían.
- La policía depende de muchos coproductores. Sin la cooperación de los ciudadanos para ceñirse a la ley, reportando violaciones, ayudando en investigaciones, el trabajo de la policía sería imposible. Por otra parte, muchos determinantes de crimen no están bajo el control de la policía; por ejemplo, las tendencias económicas, cambios sociales y cambios demográficos.

Receta para la ineficiencia, el abuso y la corrupción: sencillamente vuelva a los individuos flojos dándoles objetivos vagos, cantidades de discrecionalidad, poca información sobre su desempeño, pocos mecanismos para el cumplimiento forzoso (ya sean internos o externos) y autoridad pública para forzar (y a menudo demasiado poco presupuesto). Una queja frecuente de la gente pobre es el abuso de que es objeto por parte de la policía. Como expresó recientemente un keniata, "Uno no puede llevar consigo mucho dinero en estos días. Hay demasiados policías".

No hay respuestas fáciles. La "privatización" de las funciones policiales enfrentaría los mismos problemas: ¿cuál sería la medida de rendimiento para determinar cuánto debe pagársele a la firma? ¿Tasas de criminalidad? Estas no están bajo el control de la policía (y ahuyentarían los reportes). ¿Arrestos? Eso estimularía los falsos arrestos para cumplir las cuotas de producción. ¿Encuestas de percepción ciudadana de seguridad? Estas implicarían el riesgo de una policía excesivamente celosa que viole los derechos de la gente socialmente en desventaja para complacer a la minoría. ¿Castigos por abuso de autoridad? En ese caso la policía podría hacer demasiado poco.

La experiencia reciente en varias ciudades, particularmente en Nueva York, muestra que es posible una mejor medición de varios resultados importantes. Se midieron las tasas de criminalidad por barrio, se reportaron regularmente como una herramienta de manejo, y se usaron para asignar tiempo y visibilidad de la policía. Las tasas de crimen cayeron significativamente. Sin embargo, este enfoque puede dispararse por la culata si no se especifican bien los resultados deseados. Estudios de conducta policial en Londres y Los Ángeles mostraron que las actividades a las que se les hizo seguimiento y que se midieron numéricamente (tasas de criminalidad y quejas ciudadanas) mejoraron notablemente. Pero otras medidas empeoraron –actividades y tasas de crimen comunitarias, particularmente homicidios.

De manera que no hay ninguna solución general "óptima" pero para casos particulares sí hay soluciones, mejores o peores en su adaptación a las circunstancias locales. La creación de servicios policiales más funcionales requiere crear múltiples canales institucionales de responsabilidad: políticos (la policía no es simplemente un instrumento de opresión), pactos (los responsables de la formulación de políticas pueden chequear regularmente a la policía), manejo (las estrategias organizativas pueden inculcar dedicación, lealtad, restricción) y poder del cliente (los ciudadanos tienen mecanismos para influir directamente en el comportamiento policial, por ejemplo, una prensa libre).

Fuentes: Moore y otros (2002); *The Economist* (2002); Burguess, Propper y Wilson (2002); Prendergast (2001)

el médico, no son susceptibles de ser "contractuales" en el sentido de que se pueda probar su cumplimiento ante un juez u otro mediador en caso de que surja una disputa.

Éxitos y fallas del sector público y el mercado

Las discusiones de la acción pública suelen yuxtaponer dos polos extremos al tratar sobre los arreglos institucionales para servicios: producción pública tradicional, en la que toda acción y recursos públicos se canalizan a través de una organización del sector público con servidores civiles; y producción por parte del mercado, en la que el sector público asume un papel mínimo (pero por lo menos establece las condiciones básicas para un mercado, como contratos de cumplimiento obligatorio).

Este Informe busca ayudar al sector público a cumplir su responsabilidad por los resultados en salud y educación. El sector público puede cumplir dicha responsabilidad comprometiéndose en una diversidad de arreglos institucionales para la prestación de servicios, incluidas producción directa, contratación externa, transferencias para el lado de la demanda, etcétera. Antes de abordar esos arreglos, es conveniente ilustrar las debilidades de las dos posiciones extremas, usando las cinco fallas de los servicios detalladas en el capítulo 1: inaccesibilidad, disfuncionalidad, baja calidad técnica, falta de capacidad de respuesta al cliente y productividad estancada.

Producción pública

Dos de las innovaciones más poderosas del largo siglo XX (1870-1989) son las ideas mutuamente reforzadas del Estado-nación con numerosos poderes y responsabilidades, y la burocracia del servicio civil. Conjuntamente, esas ideas produjeron el consenso de que los gobiernos tienen responsabilidades en el bienestar de sus ciudadanos y de que la forma más efectiva de cumplir esas responsabilidades es mediante la producción directa de los servicios a través de una organización del sector público con empleados del servicio civil. Las disputadas ideologías del siglo XX –comunismo, capitalismo, democracia– palidecen ante el poder de las ideas gemelas de un nación-Estado y una burocracia del sector público. Esas ideologías fueron meras nociones de los usos de la nación-Estado y su burocracia.

Sólo como un ejemplo, a mediados del siglo XIX los servicios escolares estaban casi exclusivamente limitados a franjas privadas (funda-

mentalmente religiosas). Hoy la producción directa de servicios escolares por parte del sector público –donde la nación-Estado, el proveedor dominante del servicio, está involucrada en todo aspecto escolar, desde la construcción de escuelas hasta la determinación del currículo y los textos, el entrenamiento, la contratación, la asignación de tareas y el control de los maestros como servidores civiles– ha triunfado completamente como idea, tan completamente que la gente olvidó que alguna vez fue rebatida (recuadro 3.4).

Las burocracias públicas son verdaderamente una bendición de la vida moderna. Todos los países que tienen altos estándares de vida tienen maestros que enseñan, policías que ejercen su función de policías, jueces que juzgan, trabajadores públicos que trabajan, ejércitos que responden a amenazas externas. Sí, las burocracias pueden ser frustrantes, lentas, ineficientes y renuentes a la innovación. Pero la fantasía de "deshacerse de la burocracia" se convertiría en una pesadilla. Ningún país se ha desarrollado sin la confianza del Estado en una burocracia pública efectiva para cumplir sus funciones clave –aunque no siempre mediante la producción directa. Entonces, ¿por qué algunas burocracias se desempeñan mal y otras bien? ¿Y cómo logran los países pasar de mal a bien?

El marco analítico de las relaciones de responsabilidad proporciona una forma de diagnosticar no solamente los síntomas de mal desempeño (ineficiencia, corrupción), ni solamente los determinantes inmediatos de esos síntomas (falta de recursos, baja motivación, entrenamiento deficiente y poca capacidad). También proporciona una forma de analizar las causas institucionales profundas del mal desempeño.

En la producción del sector público con frecuencia está ausente el vínculo directo del poder del cliente, de manera que la producción pública satisfactoria descansa sobre la "ruta larga" de responsabilidad. ¿Qué implica eso? El responsable de la formulación de políticas tiene que preocuparse por los resultados, incluidos los resultados para la gente pobre. Esa preocupación es necesario transmitirla efectivamente a las agencias públicas que reciben recursos públicos para prestar los servicios. Y las agencias públicas tienen que contratar proveedores técnicamente calificados, motivados para prestar los servicios. Cuando todo esto sucede, como suele ser el caso en los países desarrollados, la producción pública de servicios es confiable y efectiva. De hecho algunas de las organizaciones más admiradas y efectivas del mundo son agencias públicas.

Cuando la ruta larga no está funcionando, el marco proporciona una forma de entender las fallas identificando qué relación de responsabilidad fue el eslabón débil –y dentro de la relación de responsabilidad, cuál fue la dimensión ausente.

- Hay fallas de *opinión pública*, cuando el Estado (controlado por políticos y responsables de la formulación de políticas) sencillamente no se preocupa por la prestación de servicios, o lo hace de una manera estrictamente venal o clientelista. El signo más claro de esto es cuando se dedica muy poco presupuesto a servicios para los pobres, y cuando ese presupuesto es asignado para satisfacer intereses políticos.

RECUADRO 3.4 ***La "era progresiva": creación de la burocracia moderna***

Samuel Hays, en su estudio de la evolución de la política de conservación en los Estados Unidos a principios del siglo XX, expresa elocuentemente las tensiones políticas y sociales presentes en el cambio hacia burocracias modernas:

"La dinámica de la conservación, con su tensión entre las tendencias centralizadoras de sistema y experiencia, por una parte, y la descentralización y el localismo por la otra, es típica de toda una serie de tensiones similares entre centralización y descentralización dentro de la sociedad moderna... Los polos del continuo a lo largo del cual se ordenaban estas fuerzas pueden describirse brevemente. De un lado, muchas facetas de la vida humana estaban ligadas a actividades de escala relativamente pequeña, centradas en las rutinas diarias de trabajo, casa, religión, escuela y recreación, en las que se desarrollaba un patrón de relaciones interpersonales dentro de áreas geográficas relativamente reducidas... De otro lado, sin embargo, formas modernas de organización social dieron origen a patrones de interacción humana más grandes, a lazos de ocupación y profesión en áreas amplias, a sistemas corporativos que se extendían a una red de largo alcance, a formas impersonales –estadísticas– de entendimiento, a una dependencia de la experticia y a manipulación y control centralizados... Para mucha gente, las características externas de este proceso –eficiencia, experiencia, orden– constituían el espíritu del "progresismo". Estas nuevas formas de organización tendieron a alejar la toma de decisiones de las bases sociales, los contextos más pequeños de la vida, para pasarla a redes más grandes de interacción humana. Este cambio ascendente puede verse en muchos tipos específicos..: el crecimiento de sistemas de acción y representación ejecutivas a nivel de ciudad, tanto en la escuela como en el gobierno general, para reemplazar el enfoque en la representación y acción de barrio; el cambio ascendente similar en el manejo de escuelas y vías, que pasó de la municipalidad al condado y al Estado.

"El examen de la evolución de las luchas políticas de conservación trae entonces al punto de enfoque los dos sistemas políticos en competencia... Por una parte, el espíritu de la ciencia y la tecnología, de sistema y organización racionales, desplazó continuamente la toma de decisiones hacia arriba, de manera que estrechó el rango de influencias que tenían impacto en ella y que guió el proceso de toma de decisiones con grandes consideraciones cosmopolitas, experticia técnica y los objetivos de quienes estaban involucrados en las redes más amplias de la sociedad moderna. Por la otra, sin embargo, había una multitud de impulsos políticos, a menudo separados y en conflicto, difusos y luchando entre ellos dentro del orden político mayor. Sus actividades políticas sostenían un sistema político más abierto... en el que no se permitía que factores complejos y esotéricos propios apenas de unos pocos dominaran el proceso de toma de decisiones, y la satisfacción de los impulsos de las bases seguía siendo un elemento constantemente viable del orden político."

Fuente: Hays (1959).

- Hay fallas de *pacto* en las que el Estado no comunica a la organización pública responsabilidades claras por el rendimiento y los resultados y no hace cumplir ninguna responsabilidad. Las fallas de pacto también están asociadas con fallas de manejo, en las que la organización del sector público no motiva a sus trabajadores de primera línea.

Todo esto está emplazado en un sistema en el que se corta la banda que retroalimenta la satisfacción del cliente y el proveedor final con la organización proveedora.

Opinión pública. Una causa común de falla de la producción pública de servicios es la apatía del Estado. Los gobiernos pueden preocuparse por ciertos servicios por razones ideológicas. Pero cuando la opinión pública es débil (o está dividida o en conflicto) y el Estado se ve liberado de la limitación de satisfacer a sus ciudadanos, hay muchas posibilidades de fallas. El Estado entrega poco o nada a sus ciudadanos pobres y socialmente en desventaja, reservándose sus pocos servicios para la elite, incluidos los miembros favoritos del gobierno. En estas circunstancias, estrategias alternativas de manejo por parte del sector público serán impotentes para crear nuevos servicios.

Muchos analistas y abogados señalan que los recursos dedicados a servicios son insuficientes. Pero esas asignaciones presupuestarias son el resultado de decisiones políticas: acerca del nivel de tributación y movilización de recursos; acerca de las asignaciones de presupuestos entre actividades; acerca del diseño de programas que determinan quién se beneficia; acerca de la asignación de gastos entre insumos (qué tanto para salarios y otras cosas). Si los recursos son insuficientes, si no se aplican de una manera efectiva a la prestación de servicios a los pobres, suele ser debido a que no se escucha la voz de la gente pobre.

Tampoco se genera mucha información que permita a los ciudadanos juzgar qué tan efectivamente su gobierno está prestando los servicios. Puesto que la información es poder, con frecuencia se la guarda celosamente –o, de entrada, ni siquiera se crea. Los políticos rara vez crean información sobre rendimiento y resultados. Los individuos saben de la calidad de los servicios que tienen, pero pasan un mal rato traduciendo ese conocimiento en poder público. Ciertamente, los políticos pueden usar la prestación selectiva de servicios como herramienta clientelista para "comprar" respaldo político o, peor aún, para forzar el control del Estado sobre los ciudadanos en tanto que debilitan la opinión de éstos (recuadro 3.5).

Pactos. La compleja relación de pacto falla de muchas maneras. En Estados fracasados o que se están derrumbando (como los que el Banco Mundial llama países de bajos ingresos bajo tensión (Low-Income Countries Under Stress, Licus), no hay ningún pacto porque el control estatal es muy superficial. Esto sucede cuando los países están enredados en largas guerras civiles (Afganistán, El Salvador, Somalia, Sudán) o cuando grandes partes del país están fuera del alcance del gobierno (República Democrática del Congo).

Incluso en Estados que funcionan, la relación de pacto entre Estado y agencias públicas proveedoras suele ser extremadamente débil. La delegación y especificación de metas a menudo son vagas o inexistentes y rara vez hay responsabilidades claras con respecto al rendimiento o vínculos con los resultados. Las asignaciones presupuestarias y de personal para las agencias se determinan sin ninguna relación directa con el desempeño pasado ni con objetivos claramente especificados. Esto significa que los proveedores con frecuencia reciben fondos insuficientes en relación con los objetivos retóricos e irrealistas anunciados.

Sin delegación clara de responsabilidades ni objetivos identificados, no hay manera de generar información sobre el desempeño que sea relevante para el manejo o la evaluación de la organización. Sin información clara sobre los

RECUADRO 3.5 ***En pos de servicios en la República Árabe de Egipto***

Un estudio antropológico de El Cairo urbano que detalla las "avenidas de participación" –las formas en que los residentes respondían a las demandas del Estado y buscaban sus favores– reveló un patrón común en muchos países. Primero, hay un enorme vacío entre las realidades formal e informal. Como lo explicó el gerente de una fábrica de zapatos de propiedad de una familia:

"Estamos atrapados en medio de dos sistemas totalmente separados que no se comunican entre ellos. Uno es el sistema legal [formal]. El otro es lo que nosotros llamamos el sistema tradicional, el cual es mucho más fuerte que la ley. Ese es el que realmente nos controla".

El vacío significa que, para aproximarse al Estado, los individuos tienen que depender de conexiones informales, relaciones personales y sobornos directos a los funcionarios. También se encontraron relaciones explícitas "padrino-cliente":

En una relación en particular, yo pude observar muy de cerca que los lazos entre "padrino" y supuesta "clienta" eran muy estrechos y recíprocos. La "clienta" recibía del político préstamos, obsequios de alimentos y ropa para su familia, apartamentos subsidiados con fondos públicos, empleo para ella y para su familia, asistencia en problemas burocráticos y una gran cantidad de información... En el momento de las elecciones, la clienta retornaba sus servicios organizando la campaña electoral y reuniendo y dirigiendo el apoyo político local en el distrito.

Fuente: Singerman (1995).

objetivos de la organización y sobre su progreso, resulta imposible crear obligatoriedad. Esto también desmotiva la innovación y la actitud de respuesta. En la prestación de servicios puede haber muchos éxitos aislados y ejemplos sorprendentes de servidores públicos que salen adelante aun a contracorriente. Pero nada en el sistema estimula la réplica de innovaciones exitosas.

No se trata de negar los enormes beneficios que ha logrado la prestación pública de servicios. Pero esos beneficios a menudo han tenido lugar en áreas en las que la relación de pacto es relativamente fácil debido a que los blancos son numéricos y la provisión es logística. Estados fuertes, incluso los políticamente represivos, han tenido éxito en la prestación de servicios. Estados socialistas como la China han tenido gran éxito en los sectores sociales. Pero pasar más allá del impresionante logro logístico y mejorar la calidad ha demostrado ser mucho más difícil. Incluso Estados débiles pueden lanzar programas verticales de entrega logística y sostenerlos –un ejemplo clásico es la expansión de la vacunación de niños en situaciones muy problemáticas. Pero también aquí pasar de los servicios proporcionados en forma de "campaña" a servicios más discrecionales y sensibles a la calidad ha demostrado ser mucho más difícil.

Manejo. Las fallas de manejo también son comunes en la producción pública de servicios. Los trabajadores de primera línea rara vez reciben incentivos (explícitos o implícitos) para la entrega satisfactoria de servicios. No hay estipulaciones sobre la calidad ni la cantidad del servicio, ni medición de la efectividad o productividad, y son pocas las recompensas y los castigos. La organización proveedora controla solamente los insumos y el cumplimiento de procesos y procedimientos. Aun así, algunos Estados han proporcionado servicios en estas condiciones, pero los servicios siguen siendo limitados, de baja calidad y alto costo.

Los problemas son profundos. Arreglos rápidos, que parecen demasiado buenos para ser verdad, probablemente lo sean. Una respuesta a la corrupción, el ausentismo y el bajo desempeño de los proveedores es un seguimiento más estricto. Pero si los objetivos no son bien conocidos y si es difícil hacer seguimiento al comportamiento, es difícil evaluar el desempeño sobre la base de medidas reales, relevantes, de rendimiento. Entonces la "responsabilidad" se crea, por el contrario, mediante reglas estrictas cuya intención es prevenir el abuso, y mediante esfuerzos para controlar el cumplimiento de ciertas representaciones medidas crudamente (asistencia), o para ceñir la actividad a "libretos" que tienen que seguirse estrictamente. Ese enfoque puede tener éxito para tareas puramente logísticas, pero también puede ser contraproducente. Al restringir la autonomía profesional de los proveedores finales, puede frustrarse a trabajadores automotivados de esa línea y, con ello, moverlos a alejarse, minando así el desarrollo de proveedores fuertes.

La meta es tener proveedores con *más* capacidad, *más* autonomía y *más* discrecionalidad en la prestación de servicios de calidad. Pero más autonomía requiere más responsabilidad basada en el desempeño. Eso es intrínsecamente difícil de crear, debido a los objetivos múltiples (a menudo inobservables) de la acción pública, a las demandas del seguimiento de servicios discrecionales e intensivos en transacciones, y a la dificultad de atribuir el rendimiento o los resultados a acciones de los proveedores.

Consideremos la escolaridad (capítulo 7): la buena enseñanza es un empeño complejo. La calidad de un maestro no puede evaluarse estrictamente sobre la base de las calificaciones de los estudiantes en un examen estandarizado. ¿Por qué no? La escolaridad tiene muchos otros objetivos. Es difícil aislar el valor agregado. Y pagar y promover simplemente a todos los maestros de la misma manera no motiva la buena enseñanza; incluso puede bajar la moral entre los maestros motivados.

Quizá la buena enseñanza pueda ser evaluada subjetivamente por otro educador entrenado –un maestro jefe o una autoridad escolar. Pero esto crea la tentación del favoritismo o, lo que es peor, de cobrarles a los maestros por buenas evaluaciones. De manera que la autonomía de los jefes escolares tiene que estar limitada por la responsabilidad, para que los motive a recompensar a los buenos maestros. Tiene que haber una evaluación estándar para los jefes escolares. Pero todos los problemas de evaluar a los buenos maestros también son válidos en la evaluación de buenos jefes escolares. Efectivamente, así es como las burocracias disfuncionales degeneran en un problema de corrupción, como son los pagos de quienes están en niveles inferiores por buenas asignaciones o calificaciones por parte de los superiores.

El mercado

El "mercado", como conjunto idealizado de relaciones de responsabilidad, descansa más o menos exclusivamente sobre el poder del clien-

te, y únicamente sobre esa parte del poder del cliente que se basa en la opción de elegir, respaldada por el poder de compra. El poder del *cliente* es la principal relación de responsabilidad. El mercado tiene varias fortalezas en la prestación de servicios, pero también muchas debilidades. Una fortaleza es que los clientes comprarán donde perciban que van a tener la mayor satisfacción, así que las organizaciones tienen incentivos para responder a los clientes. Otra fortaleza es que, puesto que son autónomas, las organizaciones pueden manejar a su gusto a sus proveedores finales. Otra más es que, habiendo varias organizaciones que prestan los mismos servicios, cada una puede ser flexible frente a la innovación y cada una tiene el incentivo para adoptar innovaciones satisfactorias (porque de lo contrario pierde recursos). Los mercados producen innovaciones y las expanden por ensayo y error, mediante réplica e imitación, tanto para la innovación organizativa como para la innovación de productos.

Pero para los servicios contemplados en este Informe, el mercado tiene tres debilidades.

- Responde exclusivamente al poder del cliente, de manera que no hay presiones por equidad (mucho menos igualdad) en la asignación de servicios (aunque tampoco es obvio que los sistemas políticos que carecen de voz ciudadana fuerte tengan presiones mayores por equidad).
- En general, no cumple objetivos colectivos (simplemente sumando objetivos individuales). Por ejemplo, si el uso que una persona hace de servicios sanitarios suficientes afecta a quienes viven en las cercanías, es posible que los individuos inviertan menos de lo que deberían en sanidad.
- En cuanto a hacer que el poder del cliente discipline a los proveedores, esto únicamente puede ser efectivo cuando el cliente tiene la información relevante acerca del desempeño del proveedor. En atención médica ambulatoria es fácil para los clientes registrar el tiempo de espera y saber cómo fueron tratados. Pero es muy difícil que sepan si el tratamiento médico que recibieron fue efectivo y apropiado para su dolencia.

De los principios a los instrumentos

Este Informe usa el marco de actores y sus relaciones de responsabilidad y poder para entender los éxitos y los fracasos de la producción de servicios públicos centralizados, y para evaluar reformas y nuevas propuestas de arreglo institucional para la prestación de servicios. Dadas las fallas y limitaciones del modelo tradicional de prestación de servicios –la ruta larga–, inevitablemente se dependerá más de la influencia más directa del cliente –la ruta corta. En algunos casos extremos en los que la ruta larga se rompe súbitamente, por ejemplo a raíz de la desintegración de la Unión Soviética, por omisión o por falta de otro mecanismo, surge la dependencia de la ruta corta (recuadro 3.6). Pero la dependencia incrementada de esta ruta puede ser deliberada, y constituye la base de una amplia diversidad de reformas institucionales, cada una con fuertes defensores.

En educación, la gente cree que las escuelas mejorarían con mayor uso de la opción de elegir mediante bonos, mayor control de parte de la comunidad, mayor autonomía escolar, con más información sobre los flujos presupuestarios, y pruebas y responsabilidad (exigencia de cuentas) más agresivas en la escuela. En salud, la gente cree que la atención mejoraría mediante mayor financiación hacia el lado de la demanda (y menos producción pública), más uso de programas verticales para enfermedades específicas, y control comunitario de los centros de salud. Otros enfatizan soluciones intersectoriales: desarrollo impulsado por la comunidad, elaboración participativa del presupuesto, poder para los gobiernos locales, "nuevo manejo público" y reforma del servicio civil.

Todas estas propuestas apuntan a mejorar los servicios cambiando las relaciones de responsabilidad. Todas reconocen que, aunque haya muchas causas inmediatas de fracaso, las causas profundas residen en arreglos institucionales inadecuados. Si los trabajadores de primera línea (servidores civiles) de las organizaciones existentes de producción pública de servicios, con frecuencia están ausentes, tienen poca consideración por los clientes que son pobres, y carecen del conocimiento técnico para prestar bien sus servicios, esta inadecuada capacidad organizativa es la causa inmediata de los malos servicios. Con mucha frecuencia, quienes buscan mejoras se han concentrado solamente en reformas organizativas internas, centradas en el manejo de los trabajadores de primera línea. Si las fallas organizativas son el resultado de debilidades más hondas en los arreglos institucionales (débil compromiso político, falta de claridad de los objetivos, falta de cumplimiento forzoso), el ataque directo a los determinantes inmediatos (más dinero, mejor entrenamiento, más información interna) fallará.

RECUADRO 3.6 ***Atención médica en Asia Central y el Cáucaso: sus más y sus menos***

Los levantamientos que acompañaron la desintegración de la Unión Soviética tuvieron serias consecuencias para los sectores de salud de los Estados resultantes. En la era soviética, el sistema de salud era dirigido, virtualmente en su totalidad, por el gobierno central. Tenía sus problemas. Era rígidamente financiado con base en los insumos más que en el rendimiento. Tenía una extrema inclinación hacia la atención hospitalaria y especializada. Dependía de manera ineficiente de procedimientos de alto costo y prolongados tiempos de hospitalización en relación con otros países industrializados. Y no estaba orientado en modo alguno hacia los clientes. Pero funcionaba. Los servicios eran gratuitos para todos y, particularmente en las repúblicas de escasos recursos, muchas de Asia Central, contribuyó a niveles de estado de salud –bajas tasas de mortalidad y elevada esperanza de vida– mucho más altos que los de otros países con niveles similares de ingresos.

El sistema funcionaba gracias a que los dos brazos de la "ruta larga" marchaban suficientemente bien. Un compromiso con el cubrimiento universal de los servicios de salud y otros servicios sociales, derivado de los principios socialistas, sustituía la "voz" en forma de libre expresión política. Los "pactos", o más específicamente el manejo directo, se hacían cumplir forzosamente a través de los medios del control sustancial que el gobierno tenía sobre los proveedores empleados por el Estado. Puede que haya habido cierto respaldo de la "ruta corta" a este arreglo, a través del seguimiento de parte de los líderes locales del partido, pero éste era distintivamente secundario dada la fuerte capacidad de manejo jerárquico del gobierno.

Luego el pacto colapsó. Ya no fue posible seguir haciendo cumplir la responsabilidad ante los encargados de la formulación de políticas. Ya no hubo más financiación ni control provenientes del centro. Dentro de las repúblicas, caídas verticales en los ingresos condujeron a caídas similarmente dramáticas en la financiación pública para el sector. Además, puesto que propiamente todo había sido producido por el Estado, no tenían ninguna historia de establecimiento de prioridades acorde con el grado de responsabilidad pública que cada actividad justificaba, de manera que no se protegieron los presupuestos ni siquiera para los bienes públicos de alta prioridad. El resurgimiento de algunas enfermedades prevenibles con vacuna, así como el desarrollo de enfermedades infecciosas (VIH/Sida y tuberculosis, especialmente) atestiguan esto. El brazo del "pacto" constituido por la ruta larga había desaparecido; las estructuras políticas para el brazo constituido por el "poder de opinión" aún estaban por desarrollarse (y en algunos casos todavía lo están), de manera que quedó un vacío.

Todos los países de la Commonwealth de Estados Independientes (CIS – Commonwealth of Independent States) están luchando por reponer el sistema anterior en tanto que sufren a causa de los pasivos gemelos que son la caída de los ingresos y el legado de un grado insostenible de intensidad hospitalaria –y de personal– heredado del régimen anterior.

El ritmo y el carácter deliberado de las estrategias de reforma han variado sustancialmente entre los países de la CIS. En la gran mayoría ha habido un marcado incremento de la participación del sector privado y de las tarifas –tanto informales como institucionalizadas (particularmente en Georgia y en la República Kirguisa)– en los servicios públicos. Las dos tendencias han significado que la financiación privada constituya una gran parte del mercado de salud –con un promedio de alrededor del 40% pero en un rango que parte desde menos del 20% en Uzbekistán hasta más del 90% en Georgia. El que Uzbekistán haya retenido un gran sector público refleja una economía más robusta. El hecho de tener recursos naturales para vender hizo que sus ingresos cayeran sólo el 5% entre 1990 y 2000, en contraste con los descensos más comunes, del 30% en Armenia, el 45% en Azerbaiyán, o los casos más extremos del 65% en Moldavia y el 70% en Georgia.

Aun cuando no hubo ninguna política deliberada de privatización –venta de servicios públicos a un proveedor privado reconocido– el crecimiento del sector privado fue simple cuestión del mercado (la ruta corta), que se hizo cargo de la situación una vez que el Estado se tornó incapaz de asegurar los servicios. De manera similar, el exceso de oferta de camas de hospital ha caído en un 40% en promedio con respecto al nivel que tenía en 1990. Una vez más, el que esto se haya debido a una política deliberada (una reducción del 55% en Uzbekistán –casi totalmente en manos públicas–) o a simple necesidad debido a la austeridad y a los cierres a raíz de la privatización (la misma caída del 55% en Georgia) es un interrogante abierto.

Las reformas que se están considerando en los países de la CIS, en general incluyen mecanismos centrados en el cliente, tales como seguros (un bono condicional) y programas de capitación. Unos y otros permiten que los pagos estén atados a los pacientes atendidos. El progreso, sin embargo, es lento. A las instituciones les toma tiempo desarrollarse y todavía se carece de los sistemas de recolección de información necesarios para alcanzar buenos resultados de los programas de seguros.

El punto de partida para los países de la CIS es muy distinto del de los países en desarrollo en general –demasiada infraestructura y recursos, en vez de demasiado pocos. No obstante, en muchos sentidos las soluciones serán similares. Probablemente una dependencia sustancialmente mayor de la "ruta corta" de responsabilidad, donde el gobierno es un monitor y agente del cumplimiento forzoso de las reglas del juego, independientemente de quién sea en últimas el proveedor directo.

Fuente: María E. Bonilla-Chacin, Edmundo Murrugarra y Moukim Temourov, "Health Care During Transition and Health Systems Reform: Evidence from the Poorest CIS Countries", Conferencia de la Iniciativa CIS-7, Lucerna, enero de 2003.

Distintos sistemas pueden apuntalar el éxito. Por ejemplo, los países tienen arreglos institucionales muy diferentes en finanzas corporativas. Hablando escuetamente, en Japón las empresas son propietarias de los bancos, en Alemania los bancos son propietarios de las empresas y en los Estados Unido bancos y empresas son independientes. Los tres países tienen niveles muy altos de ingresos, por tanto no puede ser que *alguno de* estos arreglos institucionales sea incompatible con el desarrollo económico. Al mismo tiempo, países que tienen arreglos financieros muy similares a alguno de estos tres, no se han desarrollado. ¿Las cosas marchan cuando se tienen muchas soluciones propuestas? No. Es necesario que las soluciones respondan a ciertos principios, pero también es necesario implementar los principios de maneras que sean apropiadas para el momento, el lugar y el servicio.

Los indígenas estadounidenses como grupo son la minoría más pobre del país. Algunas tribus, como la Oglala Sioux de Pine Ridge, tienen graves problemas económicos (en 1989 el desempleo era del 61%). Pero otras, como la Apache de Montaña Blanca, aunque mal, están mucho mejor (el desempleo fue sólo del 11%). Como parte de esfuerzos por controlarlos, el gobierno federal de los Estados Unidos les impuso sus gobiernos, con pocas variaciones entre una tribu y otra. Las constituciones impuestas se adaptaban razonablemente bien a las normas sociales y culturales apaches, lo que hizo que hubiera un ajuste más o menos bueno entre las estructuras formales e informales de poder. En contraste, la constitución

formal no coincidía para nada con las normas sioux y condujo a una discordancia continuada entre los modos formales y los informales de ejercer el poder, impidiendo con ello el surgimiento de instituciones efectivas.[166]

Muchos académicos africanos sostienen que las raíces de los problemas del África actual yacen en el legado del colonialismo. Las fronteras de las naciones-Estado obedecieron al poder colonial, no a las realidades africanas. El esfuerzo acerca de cómo adaptar o transformar las instituciones transplantadas continúa influyendo hoy en los debates.

Véamos la manera cómo Mamdani abre su estudio *Citizen and Subject* (Ciudadano y sujeto):

> Las discusiones sobre la difícil situación actual de África giran en torno a dos tendencias claras: la modernista y la comunitarista. Para los modernistas, el problemas es que la sociedad civil es una creación embriónica y marginal; para los comunitaristas, es que las verdaderas comunidades de carne y sangre que constituyen el África, están marginadas de la vida pública como ocurre con muchas "tribus". La solución liberal es ubicar la política en la sociedad civil, y la solución africanista es poner a las comunidades ancestrales del África en el centro de la política africana. Un lado pide un régimen que defienda los derechos, en tanto que el otro está en defensa de la cultura. En África el impase no es sólo a nivel de política práctica. Es también una parálisis de perspectiva.[167]

Reformar las instituciones a fin de mejorar los servicios para los pobres será difícil

Debido a que las reformas institucionales cambian las relaciones de poder entre los actores, son reformas políticas. Pero la política generalmente no favorece las reformas que mejoran los servicios para la gente pobre. Esa clase de reformas exige perturbar intrincados intereses, los cuales tienen la ventaja de la inercia, la historia, la capacidad organizativa y el saber exactamente qué está en juego. Los responsables de la formulación de políticas y los proveedores generalmente están más organizados y mejor informados, y tienen mayor influencia que los ciudadanos, particularmente que los ciudadanos pobres. Pero la reforma es posible a pesar de estas disparidades.

- Coaliciones por mejores servicios en favor de los pobres incrementan las probabilidades de éxito.
- Los agentes del cambio y los defensores de la reforma pueden definir la agenda y llevar adelante la implementación.
- Cuando los prospectos de reforma institucional satisfactoria no son propicios, tal vez lo único posible sea el incrementalismo estratégico. Pero perseguir éste tiene el peligro de no ser más que mero incrementalismo incremental.

Coaliciones en favor de los pobres

En la mayoría de los casos, hacer que los servicios funcionen para la gente pobre significa hacer que funcionen para todo el mundo, asegurando al mismo tiempo que los pobres tengan acceso a ellos. Se requiere una coalición que incluya gente pobre y elementos significativos de los no pobres. Es improbable que haya un progreso sustancial sin "respaldo de la clase media" a las reformas propuestas. En palabras de Wilbur Cohen, secretario de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos durante la administración del presidente Lyndon Johnson en la década de los sesenta, "Los programas para gente pobre son programas pobres."[168]

El estudio de De Soto sobre derechos de propiedad raíz en áreas urbanas, hace énfasis en que no solamente los pobres están por fuera de los beneficios de tener títulos y derechos seguros sobre su propiedad, sino que también casi toda la clase media lo está. Su estudio de la evolución histórica de los derechos de propiedad en los Estados Unidos sugirió fuertemente que la clave para un sistema de derechos de propiedad de base amplia era la respuesta a una presión política popular, no el diseño tecnocrático de la cima hacia abajo.[169] Puesto que los pobres están excluidos de muchos servicios, como educación primaria o agua potable, lo más probable es que las mejoras del sistema los beneficien desproporcionadamente.

Pero no siempre basta con coaliciones porque algunos servicios tienen que ajustarse a las necesidades de los grupos desposeídos o en desventaja (como en situaciones de exclusión étnica o de género). Un obstáculo común en el acceso a servicios es que los desaventajados socialmente son excluidos, como un asunto de política o porque ellos mismos se sienten excluidos a causa del tratamiento que reciben de los proveedores o a causa de acciones de grupos sociales más poderosos dentro de la comunidad misma. Las políticas de servicios para los grupos en desventaja son aún más difíciles debido a que coaliciones constituidas exclusivamente por los impotentes suelen ser impotentes.

Cuadro 3.3 A las instituciones modernas les tomó largo tiempo desarrollarse

Institución/reforma	Primero	Mayoría (de países hoy desarrollados)	Último	Reino Unido	Estados Unidos
Sufragio masculino universal	1848 (Francia)	1907	1907 (Japón)	1918	1870–1965
Sufragio universal	1907 (Nueva Zelanda)	1946	1971 (Suiza)	1928	1928–1965
Seguro de salud (base de lo que hoy es universal)	1883	1911		1911	Cubrimiento aún no universal
Pensiones del Estado	1889 (Alemania)	1909	1946 (Suiza)	1908	1946

Fuente: Chang (2002).

Agentes de cambio: defensores de reformas

Los episodios de reforma dependen de defensores de la reforma, es decir, los emprendedores de la reforma del sector público, los cuales surgen de diversas fuentes. Con frecuencia los políticos pueden perseguir mejoras de servicios aun cuando las condiciones no sean propicias. Ellos tienen que actuar para crear y sostener presiones por la reforma. A menudo asociaciones profesionales son tanto la fuente de presión a favor como la resistencia a innovaciones mayores. Insatisfechos con el progreso en su campo –educación, policía, salud pública, sanidad– los profesionales surgen como defensores de la reforma, presionando por ella a los políticos y a los responsables de la formulación de políticas. Por ejemplo, la campaña de Public Service International por "servicios públicos de calidad" equilibra el papel de los sindicatos en la protección de los derechos de los trabajadores, con respaldo a la innovación en la entrega de servicios públicos.[170] Vincular los esfuerzos de estos "agentes internos" y "tecnócratas" a coaliciones más generales de ciudadanos suele ser un elemento clave de éxito.

Incrementalismo estratégico

Son raras las reformas totales o fundamentales de las instituciones. Para ello se requieren las condiciones adecuadas. Un estudio reciente enfatiza la cantidad de tiempo que tomó el desarrollo de las instituciones políticas en los países hoy desarrollados (cuadro 3.3). Las instituciones más "modernas" del gobierno político y económico "moderno" que se recomiendan hoy surgieron tarde en los países actualmente desarrollados (a niveles mucho más altos de ingresos que los que hoy tienen los países en desarrollo). Y se expandieron lentamente entre los países. En los Estados Unidos el sufragio universal masculino para personas de raza blanca no se alcanzó sino hasta 1870, el sufragio femenino llegó apenas en 1925 y el verdadero sufragio universal no se logró sino (por mucho) hasta 1965. Suiza no adoptó el sufragio femenino sino hasta 1971. El tipo de seguro de salud "pagador único", ampliamente discutido, de Canadá sólo surgió en los años setenta. La reforma institucional que cambia el panorama normalmente se mueve a paso de glaciar –pero los glaciares efectivamente se mueven y, cuando lo hacen, esculpen paisajes nuevos.

El mejoramiento de los servicios, siempre apremiante, no puede esperar a que se den las condiciones adecuadas. Algunos arreglos, como los enfoques de enclaves para la prestación de servicios a los pobres, pueden no ser sostenibles a largo plazo, aunque en el corto plazo mejoren los resultados. Frecuentemente impulsadas por donantes, estas acciones pueden minar las relaciones nacionales de responsabilidad (capítulo 11). A veces el arreglo deseable es fortalecer el eslabón más débil. Si el eslabón entre responsable de la formulación de políticas y proveedor es débil, el arreglo preferible puede ser contratar los servicios por fuera –como lo hizo Camboya al recurrir a organizaciones no gubernamentales para la prestación de servicios básicos de salud. Pero para crear condiciones más favorables para la reforma en el largo plazo, deben usarse actividades incrementales –improvisación pragmática para hacer que los servicios funcionen aun en un ambiente institucional débil. Proyectos temporales no pueden y no deben sustituir la creación de las condiciones para la reforma.

Educación primaria universal: ¿qué implica?

La matrícula de escuela primaria en Uganda se elevó de 3,6 millones de estudiantes a 6,9 millones entre 1996 y 2001. ¿A qué se debe semejante incremento en tan corto tiempo? ¿A voluntad política? ¿A la abolición de tarifas para el usuario? ¿A un buen ambiente macroeconómico? ¿A información para empoderar a los beneficiarios? A todo lo anterior.

La decisión del presidente Yoweri Museveni en 1996 de hacer de la educación primaria universal un tema de su campaña para las elecciones presidenciales, rompía con su posición anterior. Antes él había hecho énfasis en que la construcción de vías e infraestructura daría acceso a los mercados a fin de habilitar a la gente para generar ingresos que pagarían los costos escolares. Pero en una alocución radial en marzo prometió dar acceso a educación primaria gratuita a cuatro niños por familia, hasta dos varones y dos mujeres, y a todos los huérfanos.

Si bien la educación primaria gratuita era apenas una parte del manifiesto de Museveni, pronto resultó evidente que esta promesa había tocado una fibra del electorado. Funcionarios del ministerio de finanzas recuerdan que varios de los asesores de Museveni les enviaron repetidamente mensajes, a raíz de reuniones de la campaña, enfatizando la resonancia que la promesa había tenido en el público.

Las elecciones de mayo de 1996 fueron las primeras elecciones presidenciales en Uganda desde el golpe militar de 1986. Aunque no hubo competencia multipartidista oficial, el presidente Museveni enfrentó a un contendiente que gozaba de credibilidad, Paul Ssemogerere, líder del partido democrático. Ssemogerere prometía restaurar la política multipartidista, negociar con el movimiento rebelde del norte de Uganda y conceder mayor autonomía a la región de Buganda, otrora un reino independiente. Estas posiciones le valieron un respaldo regional sustancial en el norte y el centro del país. Además, declaró también que igualaría la promesa de Museveni de dar educación primaria gratuita.

En diciembre de 1996, poco después de una victoria arrolladora, el presidente Museveni anunció la abolición de las tarifas escolares. Desde entonces ha habido un cambio sostenido en el gasto público ugandés a favor de la educación, especialmente para las escuelas primarias. El gasto en educación como participación del gasto gubernamental total se ha elevado de un promedio del 20% en los tres años fiscales previos a las elecciones, a un promedio del 26% en los tres años siguientes. La matrícula total en escuelas primarias se disparó (gráfico 1).

¿La democracia emergente hizo la diferencia?

El argumento de que las elecciones libres contribuyeron al éxito en Uganda es reforzado por tres observaciones. La educación era un problema importante para los votantes ugandeses. El electorado tuvo acceso a información acerca de desempeño del gobierno en esta área. Y el éxito de la educación primaria universal contribuyó a la sostenida popularidad del presidente Museveni.[171]

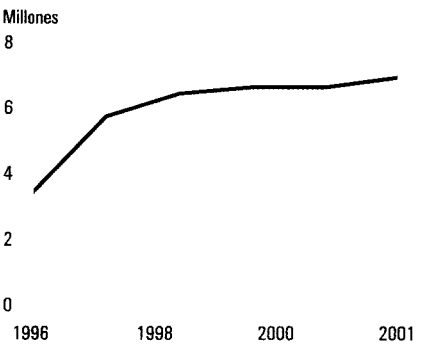
Para que los candidatos crean en que van a ser juzgados con base en el cumplimiento o no de sus promesas educativas, la educación tiene que ser importante para los votantes. Era de esperar que el compromiso adquirido por Museveni en 1996 con la educación primaria universal, atrajera el apoyo nacional, en tanto que la posición de Paul Ssemogerere sobre la rebelión norteña, la autonomía de Buganda y la reintroducción de los partidos políticos era de esperar que generara respaldo regional.

La victoria de Museveni no dependió de una base única regional de respaldo. Él recibió más del 90% de los votos de la región occidental de Uganda, el 74% de los de la región natal de Paul Ssemogerere (la central) y el 72% de los de la región oriental.

En Malawi, en las elecciones de 1994, el candidato presidencial que ganó también hizo de la educación primaria universal una parte de su manifiesto, pero la votación estuvo mucho más polarizada por regiones que en Uganda. Así, el ganador tendría un incentivo para continuar cultivando una base regional de apoyo, en vez de actuar sobre un asunto nacional como la educación. Los votantes ugandeses tuvieron acceso a diferentes fuentes de información sobre la iniciativa educativa, que los habilitaron para evaluar qué tan bien se había desempeñado el gobierno con respecto a sus promesas electorales de 1996. Diarios nacionales importantes, como *The Monitor* y *The New Vision*, continuaron dando un cubrimiento destacado a las cuestiones de educación primaria universal.

Datos recolectados por el proyecto Afrobarómetro muestran que los ugandeses consideran que el presidente Museveni se ha desempeñado muy efectivamente, y en su calificación del gobierno se muestran muy satisfechos con la política educativa. Durante la encuesta de junio de 2000, el 93% de los encuestados se reportó o algo satisfecho o muy satisfecho con el desempeño general de Museveni. El 87% de los ugandeses dijo que su gobierno estaba manejando bien los asuntos educativos, mientras que el promedio entre los doce países africanos fue del 59%.

Gráfico 1 Las matrículas se incrementaron enormemente desde 1996
Matrícula de escuela primaria en Uganda, 1996-2001



Fuente: Murphy, Bertoncino y Wang (2002).

Estabilidad macroeconómica e instituciones presupuestarias

Las políticas democráticas pueden haber dado al gobierno ugandés un incentivo para actuar con base en su promesa educativa de 1996. Pero el éxito en la reorientación del gasto público hacia la educación primaria también ha dependido de la estabilización del ambiente macroeconómico y del desarrollo de instituciones presupuestarias.[172] Indudablemente, unas condiciones macroeconómicas estables han facilitado la proyección de ingresos y gastos. En condiciones macroeconómicas más inestables, a gobiernos africanos como el de Malawi les ha resultado difícil mantener un compromiso sostenido con gastos educativos crecientes.

La estabilidad macroeconómica de Uganda desde 1992 ha dependido de reformas presupuestarias –de un sistema presupuestario de caja a un marco de gastos a mediano plazo para

el Plan de Acción para la Erradicación de la Pobreza. El marco coteja recursos con prioridades presupuestarias, en tanto que el sistema de caja aseguraba que la disciplina fiscal general se mantuviera si había escasez de ingresos fiscales. El Fondo de Acción contra la Pobreza ha sido particularmente efectivo para asegurar que las prioridades del gasto gubernamental, como la educación primaria, reciban los fondos necesarios. Parece improbable que la educación primaria universal hubiera sido sostenible sin estas innovaciones en las instituciones presupuestarias.

El poder de la información en la provisión de fondos para la educación

En 1996 una encuesta de rastreo del gasto público de los gobiernos locales y las escuelas primarias reveló que entre 1991 y 1995 solamente el 13% de las donaciones de capitación por estudiante llegaron efectivamente a las escuelas.[17] En 1995, por cada dólar que el gobierno central gastó en ítems educativos no salariales, únicamente cerca de 20 centavos llegaron a las escuelas, en tanto que los gobiernos locales capturaron la mayor parte de los fondos.

Los estudiantes pobres sufrieron desproporcionadamente, porque las escuelas que les daban alimentación recibieron todavía menos que las otras. De hecho, la gran mayoría de las escuelas pobres no recibió nada. Evidencia de estudios de caso y otros datos mostraron que los fondos escolares tampoco se estaban yendo a otros sectores. Los desembolsos rara vez eran auditados o tenían seguimiento y, en su gran mayoría, escuelas y padres tenían poca o ninguna información sobre sus derechos a las donaciones. Casi todos los fondos se iban a fines no relacionados con la educación o para ganancia privada, como lo indicaron numerosos artículos de periódico sobre demandas contra funcionarios de educación de distritos a raíz de la publicación de los resultados de la encuesta.

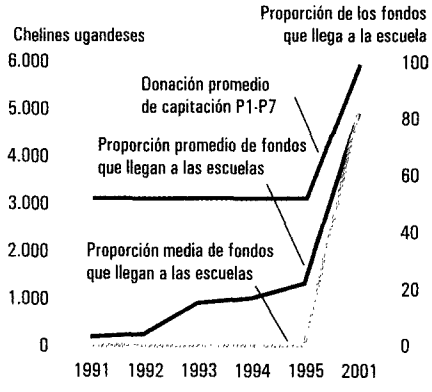
Para responder al problema, el gobierno central empezó a publicar en los periódicos y por la radio datos sobre transferencias mensuales de donaciones a los distritos. Exigió a las escuelas primarias y a las administraciones distritales poner en cartelera las noticias referentes a todos los ingresos de fondos. Esto promovió la responsabilidad dando a las escuelas y a los padres la información necesaria para entender y hacer seguimiento al programa de donaciones.

Una evaluación de la campaña informativa revela un gran mejoramiento. Las escuelas aún no están recibiendo la donación completa (y hay demoras). Pero la captura a lo largo del camino, por intereses particulares, se ha reducido del 80% en 1995 al 20% en 2001 (gráfico 2). Una evaluación del antes y el después en la que se compararon los resultados para las mismas escuelas en 1995 y en 2001 –y que tuvo en cuenta factores específicos de la escuela, ingresos de los hogares, educación de los maestros, tamaño de la escuela y supervisión– sugiere que la campaña de educación explica dos tercios del mejoramiento masivo.

En 1995, las escuelas con acceso a periódicos y aquellas que no lo tenían sufrían por igual las goteras. Y de 1995 a 2001 ambos grupos experimentaron una gran reducción de goteras. Pero esa reducción en la captura fue significativamente superior para las escuelas que tenían acceso a periódicos, las cuales incrementaron su financiación en 12 puntos porcentuales por encima de las que carecían de periódicos.

Con una acción política poco costosa –la provisión de información masiva– Uganda redujo radicalmente la captura de un programa público destinado a incrementar el acceso a libros de texto y otros materiales de instrucción. Debido a que antes de la campaña la gente pobre era menos capaz que los demás de reclamar sus derechos a los funcionarios distritales, éstos se beneficiaban al máximo de ello.

Gráfico 2 Monto de las donaciones de capitación para las escuelas efectivamente recibido por éstas, 1991-2001



Fuente: Reinikka y Svensson (2001), Reinikka y Svensson (2003a).

Clientes y proveedores

capítulo

El bienestar de los pobres es el objetivo de hacer que los servicios funcionen. El valor de la política y el gasto públicos están determinados en gran medida por el valor que los pobres les adjudican. Cuando queda vacante una vivienda financiada y ofrecida por el sector público,[174] cuando no se consumen las provisiones de alimentos, cuando dejan de aprovecharse clínicas públicas gratuitas pero vacías y se opta por atención privada costosa,[175] este dinero es perdido.

Mejorar los servicios significa hacer que los intereses de la gente pobre tengan más importancia para los proveedores. Comprometer clientes pobres en un papel activo –como compradores, como monitores y como coproductores (la "ruta corta")– puede mejorar enormemente el desempeño.

¿Cómo puede la política pública ayudar a la gente pobre a adquirir mejores servicios por esta ruta? Expandiendo la influencia de sus decisiones. Haciendo que el ingreso de los proveedores dependa más de la demanda de los clientes pobres. Incrementando el poder adquisitivo de los pobres. Y proporcionando mejor información y un ambiente más competitivo para mejorar el funcionamiento de los servicios. Cuando tal opción no es factible, los gobiernos pueden expandir el poder del consumidor estableciendo procedimientos que aseguren que ante las quejas se actúe efectivamente.

Es triste decirlo, pero los gobiernos y los donantes frecuentemente son negligentes con respecto al posible papel de los clientes pobres en sostener mejores servicios –o tratan ese papel tan sólo como un instrumento para alcanzar un resultado determinado técnicamente. Ni gobiernos ni donantes están acostumbrados a pedir consejo a los pobres. Iniciativas recientes han empezado a corregir esto mediante diversas formas de incrementar la participación de las comunidades y de la sociedad civil. Pero aún no se ha sondeado suficientemente el potencial para el mejoramiento.[176]

En pocas palabras, la clave es elevar el poder de los clientes pobres en la prestación de servicios. Este Informe y este capítulo tratan de dar al término "empoderamiento" una interpretación precisa y completa. Específicamente, el capítulo discute el potencial para que la gente pobre influya en los servicios:

- Incrementando su poder adquisitivo individual.
- Ampliando su poder colectivo sobre los proveedores, organizándose en grupos.
- Elevando su "capacidad de aspiración":[177] permitiéndoles aprovechar las dos cosas anteriores mediante el incremento de la información necesaria para desarrollar su sentido personal de capacidad y derecho.[178]

¿Cuándo será más importante fortalecer el vínculo entre el cliente y el productor?

En el marco del capítulo 3, el incremento del poder del cliente –la ruta corta de la entrega de servicios– puede superar varias debilidades de la ruta larga (gráfico 4.1), aun cuando los servicios sigan siendo responsabilidad del gobierno. El caso más claro es el seguimiento de los proveedores. Habitualmente los clientes están en mejor posición para ver cómo están marchando las cosas, que la mayoría de los supervisores de las jerarquías gubernamentales –quienes proveen el pacto y el manejo. Cuando el vínculo entre el responsable de la formulación de políticas y el proveedor es débil a causa de la escasez o de la dificultad de manejo de personal de supervisión, los clientes pueden ser los únicos que interactúen regularmente con los proveedores. Como se comenta varias veces en este Informe, a menudo las mejoras en educación básica han dependido de la participación de los padres. Si bien los padres no pueden hacer seguimiento a todos los aspectos de la educación, sí pueden hacerlo a la asistencia de los maestros, e incluso padres analfabetos pueden decir si sus hijos están aprendiendo a leer y escribir.

Los ciudadanos como clientes también pueden enmendar deficiencias en las relaciones de

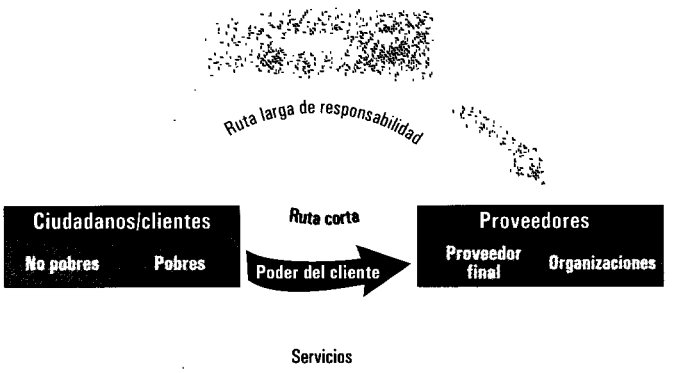
opinión o de política. Si los gobiernos no pueden o no están dispuestos a tratar de determinar cuáles son y a actuar con base en los requerimientos del público, o si los requerimientos de la gente pobre son ignorados sistemáticamente, es posible que para las comunidades pobres no haya muchas opciones fuera de desarrollar mecanismos para obtener los servicios de alguna otra forma.

Cuanto mayores sean las diferencias entre los clientes –su heterogeneidad–, mayores son las probabilidades de que el poder del cliente directo tenga una ventaja relativa con respecto a la "ruta larga". Cuanto mayores sean las diferencias individuales respecto a preferencias por tipo y calidad de servicios, mayor es la importancia de la discrecionalidad de parte de los proveedores y mayor la dificultad de hacer seguimiento centralizado del uso de esta discrecionalidad. A veces las preferencias difieren geográficamente, de manera que distintos niveles de gobierno pueden reflejar esta variación. Pero para muchos servicios, la heterogeneidad de preferencias se aplica a todos los niveles, incluido el individual. Tomemos por ejemplo la cortesía y la comodidad (atención) frente a la destreza técnica (curación) en la prestación de servicios de salud, o agricultores que tienen restricciones sobre su tiempo frente a otros trabajadores de la misma comunidad que tienen restricciones diferentes. Ciertamente la gente difiere en cuanto a las cantidades de agua y electricidad que quieren, dadas sus otras necesidades. Las estructuras gubernamentales pueden no ser suficientemente flexibles para dar cabida a esta diversidad. Y cuando las preferencias locales varían sistemáticamente entre los pobres y otros, atender las preferencias de la gente pobre por encima de las de los mejor librados puede ser un reto.

Para la solución de algunos problemas de acción colectiva, es posible que los gobiernos no estén ubicados en el nivel correcto, no importa qué tan dispuestos estén a actuar en pro de los intereses de los pobres: las fronteras de la jurisdicción política pueden no corresponder a las fronteras del problema. Entonces las escuelas suelen ser la unidad más apropiada para el manejo y la operación. Los servicios sanitarios necesitan que la comunidad presione para que toda la gente use un punto fijo para sus necesidades fisiológicas, pero con frecuencia están organizados en torno a comunidades que son más grandes o más pequeñas que los poblados, dependiendo de la densidad de población. En tales casos se necesita un papel más activo de las comunidades.

Es importante evitar idealizar cualquiera de las formas de incrementar el poder del cliente:

Gráfico 4.1 El poder del cliente en el marco de la entrega de servicios



ni la opción de elegir ni la participación son suficientes para todos los servicios. Fallas del mercado y preocupaciones de equidad llevan a las sociedades a querer mejorar o, para empezar, extender estos servicios. No hay ninguna razón para creer que todos éstos tengan la propiedad de autocorregirse mediante la réplica de aspectos del mercado libre.

Asimismo, algunos asentamientos constituyen comunidades con intereses suficientemente congruentes entre sus miembros, normas igualitarias para proteger a los pobres, confianza mutua y la capacidad de movilizar información y de actuar colectivamente; es decir, tienen capital social.[179] Pero otros evidentemente no. ¿Cuántos poblados y barrios urbanos hay en el mundo en desarrollo? ¿Cientos de miles? ¿Millones? ¿Y cuántas clases de estructuras sociales están representadas? Asegurar que la gente pobre tenga voz en esta diversidad de circunstancias exige que las políticas sean examinadas y diseñadas con gran conocimiento local y con la comprensión de los conflictos y desigualdades locales. Pretender lo contrario casi con certeza causará daño.

Y algunos servicios, particularmente de salud y servicios modernos de agua y sanidad, necesitan insumos técnicos para ser satisfactorios. Los pacientes –como individuos o como juntas de salud– son buenos jueces de la cortesía y la asistencia, pero están mucho menos capacitados para juzgar la calidad clínica o la combinación adecuada de servicios curativos y preventivos. Y algunos problemas de salud tienen efectos que desbordan las fronteras comunitarias. Grandes iniciativas de control de pestes y otras formas de control de enfermedades infecciosas pueden parecer de baja prioridad para cualquier grupo de ciudadanos y, sin embargo, solamente son efectivas cuando todos participan. En últimas, cierta intervención guberna-

mental a gran escala es necesaria. Es más, enfatizar el poder de los clientes es una medida bienvenida para la orientación tecnocrática de la cima hacia abajo que hasta ahora ha caracterizado buena parte del pensamiento en materia de desarrollo.

Incremento del poder del cliente mediante la opción de elegir

La forma más directa de conseguir que los proveedores de servicios sean responsables ante el cliente es hacer que lo que ellos obtengan de la transacción, sea lo que sea, dependa de que satisfagan las necesidades y deseos del cliente –el cumplimiento forzoso de una relación de responsabilidad, discutido en el capítulo 3.

En transacciones mercantiles, esto lo hace un comprador que le paga dinero a un vendedor. Pero esa no es la única forma. Los pagos del gobierno a las escuelas (y el pago a los maestros) pueden depender del número de estudiantes matriculados y que perseveren. La mayor parte de la educación primaria en los Países Bajos es pagada por el gobierno, pero dada por escuelas privadas retribuidas en esta forma. Listas de capitación son el método dominante de pago de los proveedores de servicios médicos generales en varios sistemas europeos, particularmente el del Reino Unido. La satisfacción general del consumidor puede expresarse mediante la posibilidad de cambiar de médicos generales, cambio que determina los ingresos de éstos.

Los bonos emitidos a los consumidores son otro método de vincuar la retribución del proveedor de servicios a las decisiones del consumidor, aun cuando este último no sea la fuente original de los fondos. Todo seguro de salud con cierta opción de elección de proveedor es una forma de bono –condicionada a estar enfermo. Y los proveedores que tienen una motivación intrínseca, cuyo sentido de valor personal depende de tener una gran demanda por sus servicios, se esfuerzan por tener más pacientes bajo cualquier sistema de pago. La esencia de cada uno de estos métodos es que el bienestar del cliente se traduce directamente en bienestar del proveedor –los incentivos están alineados.

Muchos problemas de servicios pueden mejorarse asegurando que el pago siga a los clientes. Casi toda la evidencia de esto proviene de estudios que examinan el efecto de las tarifas en el comportamiento de los proveedores privados (quienes, naturalmente, tienen que operar de esta manera), pero es válido para todos los métodos de esa naturaleza. El pago puede tener cuatro clases de efectos benéficos:

- Mejorar el comportamiento del proveedor.
- Incrementar la oferta y la sostenibilidad.
- Incrementar la vigilancia y hacer que un interés en juego dependa de la recepción de un mejor servicio en cada transacción.
- Tomar mejores decisiones con respecto a qué servicios demandar.

Los dos primeros operan a través de los proveedores y los dos últimos a través de los clientes.

Comportamiento del proveedor

La descortesía, la distancia social, la precipitación en la atención, la discriminación contra la mujer y contra minorías étnicas, características del servicio discordantes con los gustos individuales, están todos asociados con el comportamiento del proveedor. Y todos pueden mejorar con el poder adquisitivo de los clientes. De hecho, es por eso que el sector privado suele ser considerado preferible a un sector público con personal asalariado (recuadro 4.1). Estas diferencias hallan eco en estudios de países tan diversos como Bangladesh, China, India, República Democrática Popular de Laos, Tailandia y Vietnam.

Por cortesía, atención y comodidad, el sector privado tiene una ventaja distintiva. Los profesionales privados normalmente proporcionan servicios más cómodos para el cliente. La limitación de horarios en los centros públicos de servicio (solamente por la mañana en las comunidades agrícolas) suele ser la razón por la cual la gente recurre al servicio privado.[180]

¿Qué explica la diferencia? No es el entrenamiento sino la motivación: "... el mismo médico del gobierno que no era fácil ni oportunamente accesible, cuya medicación no era satisfactoria y cuyas maneras eran bruscas e indiferentes, se convertía en un médico perfectamente amable y capaz cuando estaba viendo un paciente en su consultorio privado."[181] ¿Por qué? Porque el médico quiere que el cliente vuelva. Si al personal se le paga con salarios, no hay ningún incentivo fuerte para ser servicial. Esto no pasa desapercibido para los clientes: "De cualquier manera, ellos recibirán su dinero, así que no prestan mucha atención."[182] La discriminación, particularmente contra minorías étnicas y contra la mujer, y la distancia social, son barreras para los servicios aun cuando éstos sean gratuitos; barreras que frecuentemente ceden a las fuerzas del mercado.[183] La escasez artificial de servicios gratuitos –asegurando que haya exceso de demanda– induce al racionamiento por algún otro medio (estatus social, conexiones personales, etnia), y la gente

pobre rara vez tiene estos otros medios. Grupos adaptados a un estigma social –como las prostitutas, que necesitan hacer parte de la batalla del VIH/sida– suelen preferir la confidencialidad y el comportamiento más considerado de las clínicas privadas.

La escasez generada por bajos precios puede llevar a otros problemas reportados comúnmente –venta ilícita de materiales y la exigencia de pagos por debajo de la mesa. Ciertamente, los servicios públicos "gratuitos" suelen ser muy costosos. Muchos países tienen serios problemas de desvío de productos farmacéuticos de las existencias públicas a mercados privados, donde instantáneamente se vuelven costosos. En general, los servicios que se asemejan más directamente a bienes comerciales tienen un mayor problema de desviación y privatización implícita.

En Europa Oriental los sistemas de salud suelen ser clasificados entre los más corruptos de los servicios públicos (recuadro 4.2) . Los principales elementos en esta evaluación son pagos por debajo de la mesa y venta de productos farmacéuticos a mercados abiertos. Si las directivas contra tales prácticas no pueden hacerse cumplir, se necesita presión para contrarrestarlas (*ver* recuadro 3.6). Formalizar tarifas y poner en manos de los clientes pobres poder adquisitivo es una posible fuente de presión de esa naturaleza.[184]

Exenciones de las tarifas pueden tener efectos negativos al reducir este poder adquisitivo. En Benín una medida para elevar la matrícula escolar femenina –quitar las tarifas para las niñas– llevó a los maestros a favorecer la matrícula de varones y a cobrar derechos informales por las niñas.[185] Claro está que el problema podría haberse resuelto aboliendo el pago de derechos para todos (siempre que se pudiera continuar pagando a los maestros) o mediante un seguimiento más de cerca y el cumplimiento forzoso impuesto por funcionarios de la educación. Pero en un sistema que tiene problemas para pagar a los maestros y una capacidad administrativa débil, parece más probable que tenga éxito respaldar la capacidad de pago de las niñas con bonos.

Incrementar y sostener la oferta

Un mayor poder adquisitivo sencillamente puede incrementar la oferta y superar los cuellos de botella debidos a problemas de oferta. En Bangladesh, el programa de Escuela Secundaria Femenina concede becas a las niñas con la condición de que asistan regularmente a la escuela y da auxilios a las escuelas de secundaria con base en el número de niñas que matriculen. La matrícula secundaria se está incrementando en este país, y más rápidamente para niñas que para varones. Esto llevó además al establecimiento de nuevas escuelas, a expensas privadas. Los requerimientos de escuelas de un solo sexo y de instalaciones sanitarias separadas para las niñas, misteriosamente pudieron hacerse cuando la asistencia de las niñas significó más dinero. Es cierto que sigue habiendo problemas, como el de asegurar la calidad de las escuelas recién creadas, pero éstos son secundarios frente al de conseguir que las niñas vayan a la escuela.

RECUADRO 4.1 ***En Andhra Pradesh, India, se prefiere al sector privado***

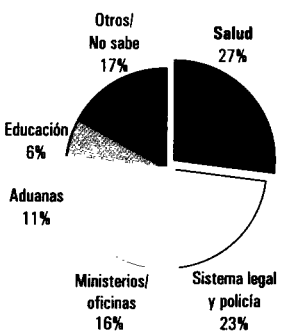
En seis distritos del estado sureño hindú de Andhra Pradesh se hizo un estudio de actitudes de consumidores y productores. Éste incluyó 72 entrevistas en profundidad y 24 grupos focales.

Privado	Público
ACTITUDES DE LOS MÉDICOS	
"Ellos hablan bien, interrogan sobre nuestra salud". "Preguntan acerca de todo, de la A a la Z". "Se ocupan de todos por igual". "Cobran dinero... así que dan medicinas poderosas... tratan mejor".	"No me habla, no se molesta (por mis sentimientos o los detalles de mis problemas)". "No nos dicen cuál es el problema; primero chequean, nos dan medicinas y nos piden que salgamos." "Supuestamente deben darnos 1.000 Rs. y 15 kg de arroz por operaciones de planificación familiar; nos dan 500 Rs. y 10 kg de arroz y nos hacen correr por todas partes para que nos den el resto". "Como quiera que sea, recibirán su dinero, así que no prestan mucha atención".
CONVENIENCIA	
"Nos tratan prontamente..." "Gastamos dinero pero nos curamos más rápido". "Conozco al señor Reddy. Es un médico del gobierno, pero yo recurro a él por la tarde". "Puedo demorarme de 5 a 10 días en pagarle. Él lo acepta sin problema, reside en el propio pueblo".	"No nos atienden inmediatamente". "Tenemos que hacer cola para todo". "El médico está de 9 a.m. a 4 p.m., cuando nosotros tenemos que trabajar". "Yo no he ido allá, pero viendo los alrededores... no creo que vaya a ir".
COSTO	
"Los gastos recientes ascendieron a 500 Rs. por tres días... tuvimos que desembolsar el dinero inmediatamente". "Tenemos que estar preparados para pagar, uno nunca sabe cuánto le va a costar".	"Al salir, los mediadores nos piden entre 10 y 20 Rs.". "En todo caso, tenemos que comprar las medicinas por fuera".
VENTAJAS	
"Aunque tenga que tomar un préstamo, iré a un lugar privado; ellos tratan bien".	"Tratamiento contra la malaria; ellos vienen, examinan la sangre, dan tabletas". "Para operaciones de planificación familiar". "Gotas contra la polio". "En caso de que no me cure en un hospital privado, pero eso es muy raro".

Fuente: Probe Qualitative Research Team (2002).

RECUADRO 4.2 ***Sobornos en Europa Oriental***

Encuestas en nueve países en transición de Europa Oriental y Central* preguntaron: "En su opinión, ¿en qué área es más común y más generalizado el soborno?" Los sistemas de salud ocuparon el más alto lugar, pero con respuestas que variaron entre el 11% en Bulgaria y el 48% en Eslovaquia. Puesto que con la contracción de la actividad económica ha habido una contracción general en los servicios públicos, la razón más probable es que estos servicios comercializables sean naturalmente fáciles de cobrar y difíciles de mantener sin infusiones de fondos de los pacientes.



***Bulgaria, Croacia, República Checa, Hungría, Polonia, Rumania, Eslovaquia, Eslovenia y Ucrania. El diagrama sintetiza los resultados promediados de estos países (ponderados por población).**
Fuente: **GfK Praha – Institute for Market Research (2001).**

Los ingresos que los proveedores obtienen de cobros en el punto de recolección suelen ser la razón por la cual algunos servicios logran continuar. Gran parte del éxito de la Iniciativa Bamako en el África Occidental (*ver* En primer plano) se desprende de haber hecho posible la oferta de productos farmacéuticos cobrando por ellos a los usuarios. Los pueblos de la Iniciativa Bamako normalmente tienen drogas, en tanto que otros normalmente no las tienen. La sostenibilidad en los sistemas de acueducto casi siempre es equivalente a sostenibilidad financiera. Podría haber algo de subsidio en el precio, pero para conseguir que el agua llegue a un hogar privado los sistemas dependen del cobro de esa agua.

Mayores intereses del cliente: en juego vigilancia

Tercer argumento para hacer que el dinero siga a los clientes: cuando la gente compra cosas, se asegura de obtenerlas y presta mayor atención a la calidad de lo que recibe. El dinero es una profunda fuente de poder para la gente pobre. Cuando se exigió a los camioneros zambianos pagar para un fondo para vías, ellos mismos establecieron turnos para vigilar el cruce de un puente y asegurarse de que no pasaran camiones con sobrecarga. Las mujeres que viven en barrios bajos de Río de Janeiro exhiben orgullosamente las facturas que pagaron por agua y sanidad –ello prueba su inclusión en la sociedad y su derecho a los servicios.[186] Los agricultores del sur de la India esperan lo mismo del sistema de irrigación (recuadro 4.3).

Tomar mejores decisiones

Para algunos servicios, la discrecionalidad del consumidor es importante para asignar eficientemente los recursos. Los hogares determinan el uso de agua y electricidad, bienes escasos que tienen costos asociados con ellos. Y la única forma de asegurar su uso eficiente es que signifiquen costos marginales. Las alternativas son: desperdicio de agua conducente a escasez, servicio no confiable, con serias consecuencias para la seguridad de la oferta de agua, y cortes periódicos de electricidad, familiares para la mayoría de los países en desarrollo. La protección de los pobres en los servicios en red puede lograrse (asumiendo que los medidores funcionen) con subsidios para el "consumo mínimo", donde las primeras unidades esenciales sean gratuitas pero por encima de ese nivel se paguen los costos marginales totales.

En servicios médicos, lo mismo que en los de agua y electricidad, más no siempre significa mejor. Restringir la demanda de servicios curativos mediante la fijación de precios, libera a los proveedores para hacer salud preventiva, para la cual hay poca demanda privada.[187] Como lo expresa un destacado director de una organización no gubernamental que presta servicios de salud a los más pobres de Bangladesh: "Naturalmente, uno tiene que cobrar aunque sea una suma ínfima por los servicios; de lo contrario continuará viendo gente por resfriados u otras dolencias menores."[188] De manera similar, se puede acabar con la congestión en consulta externa en los hospitales públicos cobrando lo suficiente para que la gente use un servicio de nivel más barato.

Todas estas ventajas pueden obtenerse por medios distintos del de cobrar derechos en el punto del servicio. En la medida en que los clientes consideren que los recursos que utilizan les pertenecen, puede hacerse cumplir la disciplina de mecanismos como los del mercado. Las Cuentas de Ahorros Médicos de Singapur hacen esto al permitirle a la gente aplicar a otros propósitos, por ejemplo pensiones, los fondos no utilizados en atención médica primaria.[189] Los países que tienen escasez de personal administrativo y de capacidad de supervisión ciertamente pueden querer reclutar clientes como monitores, y una forma de hacer esto son los mecanismos del mercado.

Sin embargo, para que cualquiera de estos mecanismos funcione tiene que haber una posibilidad real de elegir, con opciones reales. De lo contrario, el pago a las escuelas con base en la matrícula no logrará nada muy distinto de lo que sucede hoy en los sistemas escolares de propiedad del gobierno central y manejados por el mismo, con todos los problemas que se está tratando de arreglar. Por su parte, los mecanismos del mercado con un monopolio natural tampoco arreglan nada. No se niega que las áreas rurales escasamente pobladas –en las que viven muchos de los pobres del mundo– están mucho más limitadas por ofertas competitivas que las áreas urbanas. Pero incluso estos mercados pueden ser "cuestionables" en el sentido de que otros proveedores podrían ingresar al mercado si el proveedor habitual abusara del poder de monopolio o si los monopolios fueran concesiones otorgadas periódicamente con base en licitaciones.

Políticas para mejorar la posibilidad de elección

Las solas mejoras basadas en la opción de elegir no pueden ser una solución al problema de malos servicios para los pobres, aunque algunas

sí pueden ser instrumentos de una estrategia a largo plazo del gobierno. En algunos casos sería de esperar que el mercado perdiera vigor en la medida en que el Estado incremente sus capacidades. Por el momento, tres categorías de políticas pueden sacar el máximo provecho de la acción de los clientes por su propia cuenta:

- Incrementar el poder de los pobres sobre los proveedores poniendo la financiación directamente en sus manos.
- Elevar la competencia.
- Ampliar la información sobre servicios y proveedores.

Incrementar el poder adquisitivo de los pobres. El gran problema con los servicios que en principio pueden proporcionarse en los mercados, es que los pobres no tienen dinero suficiente para pagar por ellos. Para que los mecanismos del mercado ayuden a los pobres, hay que incrementar su poder adquisitivo. Los comentados mecanismos de bonos son una forma directa de manejar esto para servicios específicos. Pero logros mayores pueden obtenerse con transferencias más flexibles que puedan usarse para efectos de que la familia escoja.

Las transferencias flexibles pueden ayudar a superar la debilidad del vínculo ciudadano-responsable de la formulación de políticas al darle a la gente pobre voz más directa que la que le daría el proceso político, en la entrega que se obtenga –las transferencias se convierten en *su* dinero. Trabajos sustanciales en Sudáfrica han mostrado los efectos benéficos de los pagos pensionales en efectivo sobre la salud y el bienestar de todos los miembros de una familia.[190] Para los servicios que tienen grandes externalidades, la demanda puede no ser suficientemente grande, aun cuando el servicio sea gratuito, por lo cual el programa Bolsa Escola de Brasil pagaba a las familias por enviar a sus hijos a la escuela, al igual que lo hacía el programa de Escuela Secundaria para Niñas en Bangladesh, en tanto que el programa de Educación, Salud y Nutrición (Progresa) de México pagaba a las familias por acudir a servicios de salud preventiva (*ver* En primer plano, capítulo 1).

Pero los pagos en efectivo tienen problemas. En primer lugar, hacer ilimitadamente transferencias en efectivo a la gente pobre suele no ser políticamente aceptable. En segundo lugar, los pagos en efectivo siempre tienen que estar dirigidos administrativamente, lo que requiere determinaciones de elegibilidad. Todo el mundo quiere dinero, así que la autofocalización de transferencias de efectivo no es posible. Si para un gobierno es difícil conseguir que bienes y servicios lleguen a manos de los pobres, bien puede serle aún más difícil conseguir que les llegue dinero en efectivo o equivalentes del mismo.

RECUADRO 4.3 ***Pago y responsabilidad***

Conversación con agricultores del estado de Haryana, India, que fueron a ver qué había sucedido con la reforma de Andhra Pradesh (AP):

P: "¿Qué aprendieron en su visita a AP?"
R: "Que los agricultores son mucho más pobres que nosotros, pero que pagan cuatro veces lo que nosotros pagamos por el agua".
P: "Los agricultores de AP no pueden sentirse contentos con eso..."
R: "Sí están contentos, porque ahora el departamento de irrigación es mucho más responsable ante ellos...; ellos saben a dónde va el dinero y pueden opiniar con respecto a cómo gastarlo...."
P: "¿Así que ustedes, que son agricultores mucho más ricos, estarían dispuestos a pagar más?"
R: "Solamente si el departamento de irrigación hace los mismos cambios; de lo contrario nos negamos a pagar".
P: "Ah, pero esto es sólo porque hay un determinado ministro jefe que está impulsando eso ahora... una vez que se vaya, todo volverá a ser igual que antes".
R: "Nosotros también pensamos en eso, de manera que se lo preguntamos a los agricultores de AP. Y ellos nos dijeron: 'no importa quién sea elegido como ministro jefe, jamás permitiremos que el gobierno vuelva a darnos agua gratis'".

Fuente: Personal del Banco Mundial.

Incrementar el alcance de la competencia. A veces el solo incrementar la competencia significa permitir que surja un sector privado donde antes las leyes restringían la entrada. Después de años de prohibición, en 1990 Jordania permitió las universidades privadas. Diez años más tarde, la matrícula en estas instituciones constituyó un tercio de la matrícula universitaria total. Bangladesh tuvo una experiencia similar en la pasada década. Este incremento de la competencia permite a los gobiernos incrementar el número de matrículas sin subsidios extremadamente regresivos a las universidades públicas.

La competencia también puede estimularse permitiendo que los subsidios para los pobres puedan traspasarse de proveedores del sector público a proveedores del sector privado. Quizá no existan proveedores privados simplemente debido a que el sector público es libre. Los gobiernos pueden incrementar la competencia cambiando la forma del subsidio desde el precio cero hasta precios competitivos, con pagos en efectivo o en bonos para compensar. Préstamos gubernamentales para educación universitaria, utilizables en cualquier institución elegible, pueden incrementar la competencia, elevar la calidad en las universidades públicas y reducir los subsidios para todos, excepto los estudiantes de familias pobres.

En algunos casos la competencia no es posible, por lo menos no sin regulación sustancial. Los mercados de seguros de salud son notablemente propensos al fracaso, y la competencia

entre ellos puede conducir a resultados tanto ineficientes como inequitativos, puesto que las firmas pueden competir excluyendo al enfermo, en vez de hacerlo siendo más eficientes. Los servicios en red también son difíciles de dirigir sin un monopolio. Pero en cada caso estos mercados pueden ser cuestionables, por capturar mucho del beneficio de la competencia.

Algunos lectores pueden pensar que los anteriores argumentos no son más que un intento de justificar tarifas para los usuarios. Esto es un error, por todas las razones puestas de presente aquí. Pero para dejar las cosas lo más claras posible, en el recuadro 4.4 se exponen los pro y los contra de las tarifas para el usuario en general. Hay veces que las tarifas para los usuarios son apropiadas –y también hay veces que no lo son. Con base en el objetivo primordial de hacer que los servicios funcionen para los pobres, este Informe argumenta en contra de toda política generalizada relativa a tarifas para el usuario, que cubra todos los servicios en las circunstancias de todo país, cualesquiera que éstas sean.

Incrementar la información para mejorar las decisiones de los consumidores. Un límite crucial para mercados competitivos que funcionen bien es la conciencia del consumidor. El sector privado es una mezcla de todo. Los proveedores "médicos" privados varían entre médicos muy buenos (incluidos especialistas superiores de hospitales del gobierno, en sus horas libres) hasta personas totalmente carentes de entrenamiento y calificación, algunas de ellas definitivamente peligrosas.[191] Escuelas privadas o de ONG pueden ofrecer destrezas específicas que no ofrecen las escuelas públicas (lenguas extranjeras, estudios religiosos, artes y música), o simplemente pueden ser lucrativas. Una parte esencial de mejorar las opciones para la gente es proporcionarle información sobre estos proveedores. Muchas veces las personas sencillamente no saben lo suficiente para elegir mejores o peores servicios. Y a veces identifican buenos servicios médicos con medicinas poderosas –lo cual es errado y potencialmente peligroso.

La información puede darse en términos de consejo a las familias sobre cómo elegir escuela o proveedores de servicios médicos,[192] o sobre cómo cuidarse ellos mismos. Esto puede complementarse con diversos programas de certificación, establecimiento de estándares y exámenes de laboratorio (por ejemplo, para la pureza del agua). Las tarjetas de puntaje de servicios públicos también podrían extenderse a ONG o firmas privadas proveedoras. Del otro lado del mercado, el gobierno puede querer mejorar directamente la calidad de los servicios privados. Pueden ensayarse entrenamiento, arreglos en "asociación", contratación y otros medios de compromiso. Pero los esfuerzos por incrementar la información deben estar sujetos a evaluaciones rigurosas (capítulo 6).

Incremento del poder del consumidor mediante participación

La responsabilidad de los proveedores ante los clientes también puede lograrse cuando la gente expresa sus preocupaciones. En este caso, el cumplimiento forzoso no se da a través del dinero de los clientes sino mediante su interacción directa –estímulo y quejas. El campo para que los pobres expresen sus quejas de manera individual es demasiado reducido. En los países ricos los individuos obtienen ayuda de sistemas de leyes sobre agravios que pueden manejar litigios individuales, y de oficinas de protección al consumidor o defensorías del pueblo patrocinadas por el gobierno. Pero en los países en desarrollo éstos son raros o inexistentes para los pobres (tampoco funcionan bien siempre para los pobres de los países ricos).

Algunos de los problemas para los cuales podría esperarse que el poder de opinión pública funcione son inmanejables. Un ejemplo es la corrupción: el público puede resentir los pagos por debajo de la mesa, pero puede no tener incentivos para quejarse, por ejemplo, de que al mismo tiempo un médico esté usando instalaciones y materiales públicos. Los clientes saben que de todas maneras el servicio allí es más barato que si tuvieran que recurrir al mercado, y por eso no se quejan.[193]

Hay una limitación más honda incluso cuando existe la oportunidad de dar curso a las quejas; el control y el seguimiento son bienes públicos –los beneficios se cosechan para el grupo entero en tanto que los costos son asumidos por unos pocos. Esto es igualmente válido para las comunidades que para los individuos, pero a la gente en grupo generalmente le resulta más fácil obtener apoyo de los miembros que a los individuos solos. Por eso el poder del cliente expresado fuera de transacciones comerciales, casi siempre será expresado mediante acción colectiva.

Fortalecer la participación en el vínculo cliente-proveedor puede arreglar problemas de la ruta larga de prestación de servicios gubernamentales. Por eso es de esperar que los gru-

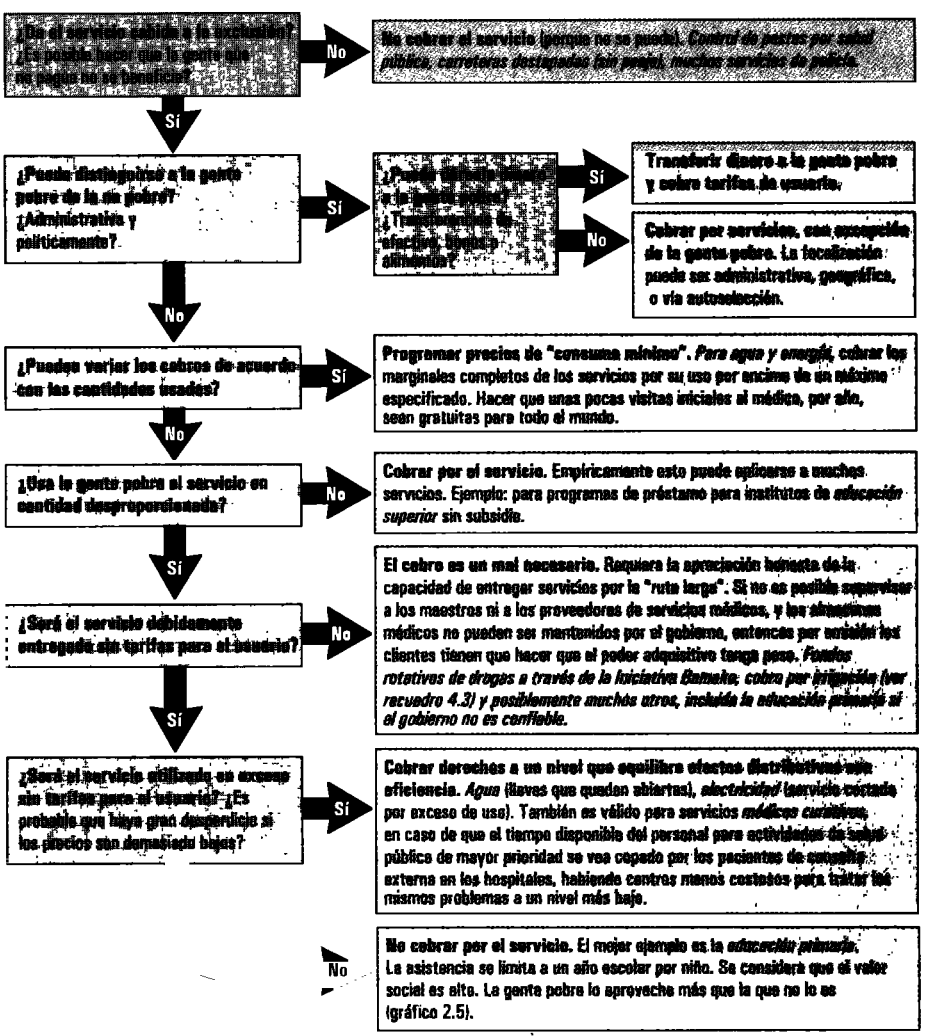
pos comunitarios que asumen la acción de quejarse, hacer seguimiento y otros medios de asegurar que las cosas funcionen debidamente, en algún momento se institucionalicen dentro del gobierno (más probablemente dentro del gobierno local) o que sean posiblemente suplantados por el gobierno a medida que éste mejore. Después de todo, la acción colectiva es costosa –la gente, especialmente la pobre, tiene cosas más apremiantes que hacer con su tiempo. Ella querrá transferir esta responsabilidad a estructuras permanentes tan pronto como sea posible.[194]

Pero los insumos locales y el conocimiento que se obtienen de la participación directa pueden ser necesarios por algún tiempo, tal vez permanentemente, y el gobierno puede ayudar a hacer que esos insumos sean más efectivos. La educación ofrece muchas de las mejores ilustraciones. Los padres están en la mejor posición para ver qué pasa en las escuelas y las escuelas suelen ser la unidad donde se toman

RECUADRO 4.4 *No generalizar una política sobre tarifas para el usuario*

La amplia gama de servicios y de circunstancias por país de los que se habla en este Informe, hace imposible proclamar como lo apropiado para todo caso un nivel particular de tarifas para el usuario, o ninguna tarifa en absoluto. Las tarifas para el usuario, lo mismo que otras decisiones de política pública, tienen que equilibrar protección de los pobres, eficiencia en la asignación y la capacidad de garantizar que los servicios puedan implementarse y sostenerse. El siguiente diagrama de flujo resume los argumentos y referencias presentados en el texto y destaca la gran mayoría de las cuestiones necesarias para determinar si en un caso dado es apropiado establecer alguna clase de tarifas para el usuario. Veamos primero tres cosas:

- En primer lugar, "eficiencia" es la abreviación de principios estándar de economía pública (ver cualquier libro de texto) que a menudo, pero no siempre, requieren precios que igualen el costo marginal social y pueden incluir subsidios, impuestos u otras intervenciones independientemente de sus efectos distributivos. Por ejemplo, las medidas de control de enfermedades infecciosas conllevarán un subsidio debido a sus efectos externos, independientemente de su impacto sobre la gente pobre.
- En segundo lugar, se asume que todos los subsidios se pagan con impuestos. El efecto neto sobre la gente pobre depende de la contribución de ésta a los ingresos fiscales (posiblemente sustancial cuando los impuestos se basan en exportaciones agrícolas) y de su participación en la pérdida del punto de equilibrio que los impuestos ocasionan en la economía.
- En tercer lugar, aun cuando los precios no se carguen en el punto del servicio, es posible que las comunidades quieran hacer contribuciones a los costos de capital, digamos, ayudando a construir y mantener escuelas.



más efectivamente las decisiones. Entonces dar a los padres poder para influir en las políticas escolares suele tener resultados benéficos. En el ejemplo del programa de escuelas manejadas por la Comunidad de El Salvador (Educo; ver En primer plano, capítulo 7), fue el derecho de contratar y despedir maestros y la regularidad de las visitas del Comité Local de Educación, parte de cuyos miembros eran padres de familia, lo que condujo a los incrementos en la asistencia de maestros y estudiantes y en las calificaciones en las pruebas.

Madhya Pradesh, India, ha visto una mejora sustancial en calificaciones escolares, tasas de escolaridad completa y alfabetismo.[195] La participación de la comunidad es fuerte en la contratación de maestros, en conseguir que se construyan nuevas escuelas y en el estímulo a los vecinos para que matriculen a sus hijos. A los padres les ha ayudado la capacidad de contratar maestros locales que aún no han completado su preparación, por una fracción de las "escalas salariales estándar" para los maestros del gobierno –y con mejores resultados.

Este último aspecto del programa complica la expansión. La capacidad de evitar confrontaciones con sindicatos del sector público ha sido una gran ventaja. ¿Permitirán los sindicatos de maestros que se estandarice esa forma de reclutamiento?[196] ¿Esperan los maestros contratados por menores salarios convertirse en servidores públicos de tiempo completo? Como quiera que sea, hasta ahora la participación de las comunidades de Madhya Pradesh, que es mucho mayor que en otros estados, ha logrado una gran diferencia en el desempeño.

Otras iniciativas de política que también pueden hacer más efectiva la voz del cliente incluyen la oferta de tribunales más convenientes para tratar quejas. Varios estudios han mostrado que la relación entre padres de familia y maestros es importante: debe ser de apoyo, respeto y cooperación, no punitiva ni de confrontación. El éxito de las comunidades locales en mejorar la educación puede verse comprometido por un caso demasiado agresivo. Esto es igualmente válido para otros profesionales. En Kerala se volvió difícil mantener personal en un centro de salud cuando los residentes locales demandaron demasiado del tiempo de los proveedores.[197]

Más allá de hacer seguimiento, las comunidades pueden ser el lugar apropiado para insumos más directos, y convertirse efectivamente en coproductoras de los servicios. Algunos servicios no pueden ser muy bien prestados por agencias estatales debido a que el ambiente es demasiado complejo y variable, y el costo de interactuar con cantidades muy grandes de gente pobre es demasiado alto.[198] Los programas de sanidad suelen beneficiase de participación e insumos locales, ya que las relaciones sociales en las comunidades suelen ser los mejores garantes del cumplimiento de las políticas sanitarias, y el cumplimiento tiene que ser universal para que la comunidad pueda cosechar los beneficios de salud.

La perspectiva y el conocimiento locales son cruciales para transmitir la información necesaria. La aceptabilidad de los mensajes sobre hábitos relacionados con la salud, medidas de salud preventiva, higiene, conducta sexual y otros temas delicados, es mucho mayor cuando esos mensajes son transmitidos mediante contacto informal frente a frente, en discusiones entre pequeños grupos de individuos con trayectorias similares. Por ejemplo, discusiones organizadas entre grupos informales de mujeres pueden elevar la credibilidad y el impacto de los esfuerzos por cambiar el comportamiento. Es posible, pero improbable, que terceros puedan saber lo suficiente de las costumbres locales para influir en conversaciones locales sobre estos temas.[199]

Sondeo del capital social local

Muchas comunidades han desarrollado medios para resolver problemas de vieja data que requieren acción colectiva. Cuando los beneficios de la cooperación son suficientemente grandes, hay una manera de hacer cumplir las reglas y, cuando no hay alternativas privadas, a menudo surgen organizaciones por su propia cuenta.[200] Las comunidades han solucionado problemas de irrigación, manejo forestal, nutrición y otros. Últimamente los gobiernos (a veces con ayuda de donantes) han empezado a aprender de esta experiencia y han financiado proyectos y programas que dependen de y requieren la información de grupos y comités de usuarios para escoger e implementar proyectos de desarrollo. En vez de dar transferencias de ingresos a individuos, cosa que puede ser difícil tanto política como administrativamente, los gobiernos han canalizado dineros a través de grupos comunitarios. Los diversos enfoques que se han ensayado abordan dos posibles debilidades de la "ruta larga" de responsabilidad a través de los gobiernos: la implementación, o el "pacto" por parte de usuarios que tienen un único propósito, y el "poder de opinión" que permite a las comunidades decidir sobre los proyectos a acometer.

Una evaluación reciente de seis fondos sociales iniciales, la mayoría creados en respuesta a crisis, encontró que los programas eran progresivos aunque más entre regiones que dentro de las regiones.[201] Los grupos de usuarios con un solo propósito han sido más comunes. Particularmente en abastecimiento de agua y servicios sanitarios hay numerosos casos de mejor implementación a través de esa clase de grupos. En Costa de Marfil, cuando la responsabilidad por el abastecimiento rural de agua pasó del gobierno central a grupos de usuarios, se redujeron los cortes y los costos de los servicios.[202] Algunas comunidades locales han empleado a contratistas locales y han mejorado la responsabilidad e incrementado la eficiencia mediante contratos explícitos.[203] Cuando los gobiernos, especialmente los locales, se ven gravemente impedidos en la entrega de servicios, estos métodos tienen el potencial para llevar a cabo mejoras específicas.

Estos programas son nuevos –y cambian a medida que se aprende de la experiencia. Debido a su potencial, su evaluación rigurosa es de alta prioridad. ¿Qué aspectos pueden replicarse? ¿Cómo pueden evitarse las trampas? Algunas de las lecciones que se han producido provienen de la diferencia entre los grupos que emergen espontáneamente y aquellos que son creados desde arriba con el propósito de canalizar dinero.

Captura. Los grupos constituidos como parte de proyectos financiados por terceros pueden ser particularmente propensos a la captura por parte de las elites. Los grupos locales que evolucionan como resultado de necesidades largamente sentidas pueden o no ser representativos de la gente más pobre. Pero cuando las altas instancias del gobierno o los donantes recurren a esos grupos para canalizar sumas de dinero hasta entonces nunca vistas, incluso grupos representativos tienden a cambiar. En Indonesia, cuando por mandato del gobierno nacional la participación debió canalizarse a través de concejos del pueblo, se encontró que la mayor participación de algunos miembros de las comunidades tenía el efecto de "dejar por fuera" a otros, lo que llevaba a una reducción neta de la participación.[204] Programas más recientes se han beneficiado de este experimento y han sido diseñados para generar una participación más extendida en Indonesia (*ver* En primer plano: Programa de Desarrollo Municipal, KDP).

Un riesgo real surge de la velocidad con la que se constituyen grupos y se desembolsan fondos. Las elites pueden movilizarse más rápidamente, dominar las reglas que se van a aplicar (si saben leer y la mayoría de la comunidad no), y presentarse ante la comunidad como un conducto efectivo para recibir tales fondos. En un país del Sahel una gran fracción de los fondos de proyectos se desviaba para lucro personal.[205] Buena parte de la culpa la tiene la velocidad con la que los donantes quieren desembolsar fondos (capítulo 11) y los límites que esto pone a los incentivos y capacidades para hacer seguimiento a la conducta de los líderes. Apresurarse a crear capital social donde no existe, puede hacer más mal que bien. Si en alguna parte se justifica la paciencia, es aquí. Lo que tendrá los efectos más duraderos no es la mera creación de formatos participativos sino el estímulo de las capacidades de los propios pobres. Las políticas que hay que seguir pueden ser, entonces, las de educación, libertad de expresión, transparencia y oportunidad.

El problema de captura no se limita a grupos creados para efectos de inversión. También afecta a grupos comunitarios existentes y a los gobiernos locales. Tanto el elitismo como, en muchos casos, el género (varones como opuestos a mujeres) pueden determinar quién domina las comunidades locales y los gobiernos locales.[206] No es claro que el problema sea siempre la captura por parte de la elite. Wade (1988) plantea que movilizar la acción comunitaria puede requerir el liderazgo de la elite relacionada más preparada. Sin embargo, las lecciones son asegurar bien sea que los tipos de servicios financiados por tales métodos tengan características sustanciales de bien público (poniendo la salud y la educación en una especie de área "gris") o que el derecho al liderazgo sea contestable.

Desarrollo de la capacidad gubernamental. Algunos grupos de usuarios con un propósito único, mejor financiados que los gobiernos locales, han conseguido funcionarios más capaces de administrar sus fondos (a nivel nacional se ve el mismo efecto en otras iniciativas de donantes –ver capítulo 11). Una hipótesis es que esto desacelera el desarrollo de la capacidad del gobierno local. Pero también se ha planteado el argumento opuesto –que dichos grupos son un catalizador para el desarrollo de la capacidad gubernamental local. En el Noreste del Brasil, fondos de inversión social llevaron a los campesinos a organizarse y a pedir a niveles superiores del gobierno, por ejemplo, garantizar un maestro para equipar una escuela construida por la comunidad.[207]

Sostenibilidad. Proyectos participativos para el abastecimiento de agua, en marcha desde los años treinta y cuarenta, frecuentemente han mejorado el servicio –por lo menos por un tiempo. Pero llega un momento en que las bombas de agua y otros equipos costosos se dañan. Cubrir el costo de capital (que es alto) y obtener la ayuda técnica (también costosa) siempre ha sido el cuello de botella de los proyectos de abastecimiento de agua en áreas pobres. Cuando se necesita con urgencia una nueva infusión de capital, la comunidad tiene que recurrir ya sea a donantes o a fuentes regulares de fondos, tales como impuestos u otros ingresos generales. Ocho o nueve años después de la inversión original, ¿todavía están activos los donantes? ¿Tienen ellos las mismas prioridades que tuvieron originalmente? ¿Pueden responder rápidamente a pequeñas solicitudes individuales? A menudo no. Estas demandas tendrán que ser satisfechas por el gobierno local,[208] y se han desarrollado proyectos para trabajar a través de ellos.

Tales proyectos pueden haber sido mucho mejores que depender de estructuras gubernamentales inadecuadas. La justificación de los mismos es más fuerte cuando el sistema gubernamental vigente, especialmente el gobierno local, es débil, con pocas perspectivas de cambio en algún momento cercano.

Sin embargo, esta podría ser una táctica de apoyo a una estrategia de desarrollo de la capacidad gubernamental a más largo plazo –incrementalismo estratégico, comentado en el capítulo 3. Se necesita cautela cuando se presente una situación de trueque entre mejoramiento de los servicios a corto plazo y minar la capacidad de entrega en el largo plazo. Y las consecuencias políticas de los proyectos participativos deben estar sujetas a evaluaciones cuidadosas. Todo esto complica la expansión de estas intervenciones. Quizá sea posible replicar esfuerzos comunitarios en muchos lugares, pero el que ésta sea la mejor manera de asegurar que los servicios lleguen a toda la gente, es una de las muchas preguntas abiertas de la agenda.

Poder del cliente en ocho medidas

Para resumir, incrementar el poder del cliente mediante el mejoramiento de la opción de elegir o mediante la participación directa será importante cuando la gente difiera –cuando sea heterogénea en sus preferencias– o cuando cualquiera de los dos brazos de la ruta larga de responsabilidad sea problemático. En términos del árbol de decisión (gráfico 4.2) que determina cuál de los ocho tipos de soluciones es apropiado, el poder del cliente importa en los tres puntos de decisión.

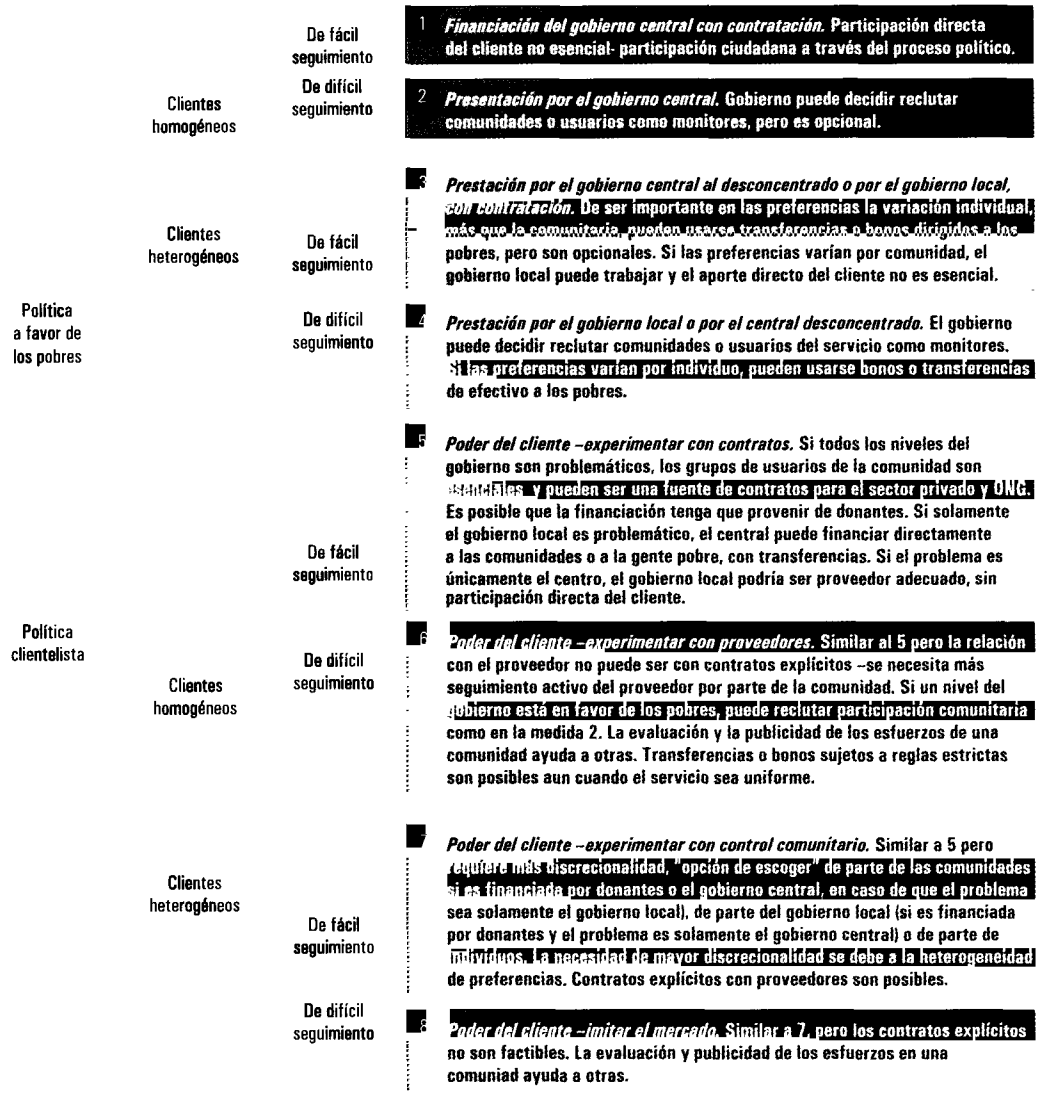
Decisión 1: ¿Está la política en favor de los pobres? La confianza en el poder del cliente debe variar de acuerdo con la capacidad y orientación del gobierno. También de acuerdo con la pregunta de qué nivel del gobierno es problemático. Cuando los gobiernos (central, local o ambos) están en favor de los pobres, pueden elegir reclutar grupos de clientes como monitores o solicitar sus opiniones regularmente en las medidas 3 y 4. Pero las medidas 5 a 8 requieren formas de evitar los problemas del gobierno. Los cuatro implican obtener información para los clientes sobre sus derechos a los servicios y el desempeño de éstos.

Cuando los niveles de gobierno difieren en su compromiso con los pobres, el papel y el patrocinio de los grupos de usuarios también difieren. Si el gobierno central es un mejor defensor de la gente pobre, puede financiar a las comunidades (si las preferencias entre ellas varían) o hacerles transferencias en efectivo o bonos (si las preferencias varían dentro de ellas) en los casos 7 y 8. Si el gobierno local es mejor, puede prestar directamente o contratar estos servicios. Cuando ningún nivel del gobierno favorece a los pobres, entonces los donantes, si es que se inclinan por involucrarse, pueden optar por financiar grupos comunitarios u organizaciones dentro de la sociedad civil, teniendo cuidado de no minar el desarrollo de capacidades gubernamentales.

Decisión 2: ¿Importa la heterogeneidad? Las medidas 3, 4, 7 y 8 involucran directamente a los clientes. Cuando las preferencias difieren según la localidad, entonces tiene sentido la descentralización al gobierno local o a grupos comunitarios (dependiendo de la capacidad y de la orientación en favor de los pobres que tenga el primero). Si difieren por individuo, entonces son preferibles el poder adquisitivo y la competencia por negocios individuales. Proveer información a los clientes es crucial para traducir sus opciones en mejores servicios.

Decisión 3: ¿Es el seguimiento fácil o difícil? Cuando el seguimiento es más fácil para los clientes que para los gobiernos (a cualquier nivel), entonces puede requerirse el aporte de los clientes para las medidas 2, 4, 6 y 8. Padres de familia, pacientes y usuarios de servicios en red

Gráfico 4.2 Ocho medidas se ajustan a todo



mejoran los servicios ya sea mediante su elección al comprarlos o mediante participación activa.

Es sólo en la medida 1, donde el gobierno es perfectamente capaz de proveer servicios directamente, que la participación del cliente es opcional. Posiblemente también en la medida 3, siempre que el gobierno pueda dar cabida a las variables necesidades de los clientes. Para todos los demás casos, es necesario colocar al cliente más firmemente en el centro de la prestación de servicios.

Puesta de las comunidades a cargo de los servicios de salud en Benín, Guinea y Malí

En algunos de los países más pobres del mundo, poner a las comunidades a cargo de los servicios de salud y permitirles cobrar derechos y manejar los procedimientos incrementó la responsabilidad del personal local de salud y mejoró los servicios de salud para los pobres.

La Iniciativa Bamako en Benín, Guinea y Malí reconcilió la solidaridad comunitaria tradicional y los pagos a proveedores con los objetivos del Estado moderno.[209] ¿Cómo? Fortaleciendo el poder de las comunidades sobre los proveedores de servicios. Los responsables de la formulación de políticas equilibraron este poder con participación central sostenida en materia de subsidio y regulación de los servicios –y de guía para el manejo comunitario.

La Iniciativa mejoró el acceso, la disponibilidad, la posibilidad de sufragarlos y el uso de los servicios de salud. A lo largo de los más de 10 años de implementación en estos tres países, servicios de propiedad comunitaria restablecieron el acceso a servicios de salud primaria y secundaria para más de 20 millones de personas. Lograron un cubrimiento sostenido en vacunación. Incrementaron el uso de los servicios entre los niños y las mujeres del quintil más pobre de la población. Y condujeron a un descenso más agudo de la mortalidad en las áreas rurales que en las urbanas.

Pese a los diversos mecanismos de focalización, la posibilidad de sufragar los servicios sigue siendo un problema para muchas de las familias más pobres. Pero aún con una limitada inclusión de la gente más pobre, las mejoras fueron significativas.[210]

Revitalización de redes de salud

En estos tres países, durante los años ochenta, se presentaron conmociones en la situación de los servicios de salud, como resultado de una recesión económica severa y del endeudamiento financiero. El presupuesto de salud en Benín pasó de US$3,31 per cápita en 1983 a US$2,69 en 1986. En Malí la infraestructura rural era propiamente inexistente y en Guinea los servicios de salud habían desaparecido casi totalmente –con excepción de Conakry, la capital– durante los últimos años del régimen de Sekou Toure. La vasta mayoría de las familias pobres de los tres países no tenía acceso a drogas ni a servicios profesionales de salud. El cubrimiento nacional de la vacunación estaba por debajo del 15% y menos del 10% de las familias recurrían a servicios curativos modernos.

El enfoque se centró en establecer centros de salud manejados por la comunidad, que atendieran a poblaciones de entre 5.000 y 15.000 personas. Un análisis de las principales limitaciones en los tres países condujo a hacer énfasis en estrategias de prestación de servicios centradas en los pobres.[211] Las prioridades incluyeron:[212]

- Implementar fondos rotativos para drogas, de propiedad comunitaria, con retención y manejo local de todos los procedimientos financieros.
- Revitalización de los centros de salud existentes, expansión de la red y prestación mensual de servicios de extensión a los pueblos ubicados dentro de un radio de 15 kilómetros de las instalaciones.
- Expandir la movilización social y la comunicación basada en la comunidad.
- Fijar para las intervenciones más efectivas precios por debajo de los del sector privado, mediante subsidios del gobierno y de donantes y a través de subsidios cruzados internos dentro del sistema. Se establecieron criterios locales para exenciones (cuadro 1).
- Hacer que las comunidades participaran en un análisis bianual de progresos y problemas de cobertura de los servicios de salud, y en la planeación y elaboración del presupuesto de los servicios.
- Detectar y hacer seguimiento a los no usuarios, y recurrir a representantes de la comunidad para incrementar la demanda.
- Estandarizar diagnósticos y tratamientos y establecer supervisión regular.

Expansión incremental

El enfoque Bamako fue implementado gradualmente, con el apoyo de Unicef, la OMS y el Banco Mundial, aprovechando una variedad de proyectos piloto.[213] Desde principios de los años ochenta, se expandió progresivamente en los tres países, de 44 centros de salud a 400 en 2002, en Benín, de 18 a 367 en Guinea y de 1 a 559 en Malí. Esto elevó la proporción de población con acceso a servicios en un radio de 5 kilómetros, al 86% en Benín, 60% en Guinea y 40% en Malí, lo que significó un cubrimiento de más de 20 millones de personas. Cosa importante fue que se desarrolló un marco legal para respaldar la relación contractual con las comunidades, los arreglos de costos compartidos, la disponibilidad de drogas esenciales y las políticas de participación comunitaria. Se registraron asociaciones comunitarias y comités de manejo como entidades legales facultadas para recibir fondos públicos.

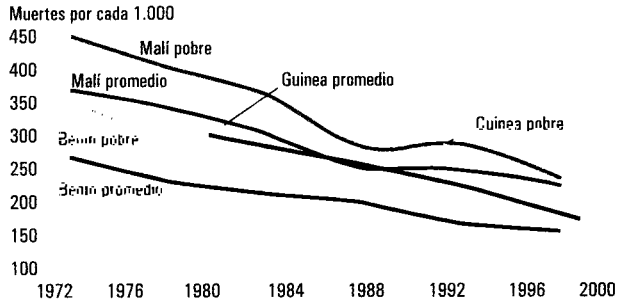
Mejores resultados de salud para la gente pobre

Durante los doce años, más o menos, de implementación en Benín y Guinea, y más de siete en Malí, los resultados en salud y el uso de los servicios de salud mejoraron significativamente. La mortalidad de menores de cinco años descendió en forma significativa incluso entre los más pobres. La brecha pobres-ricos se estrechó en los tres países (gráficos 1 y 2). En Guinea, la reducción fue más aguda para la población rural y los grupos más pobres.

Cuadro 1 Expansión para beneficiar a los grupos más pobres

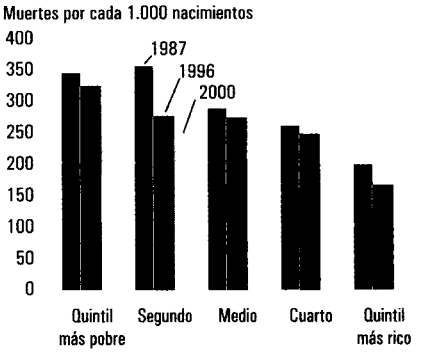
Concentración en la carga de enfermedades de los pobres: malaria, diarrea, infecciones respiratorias, desnutrición, salud reproductiva.	Concentración en áreas rurales. Subsidios mayores para las regiones más pobres.	• Sobrecargos más altos y copagos para enfermedades con menores niveles de prioridad. • Elevados subsidios para servicios de salud infantil. • Vacunación y terapia de rehidratación oral gratuitas, así como actividades de promoción.	• Exenciones puestas a discreción de las comunidades. • Inclusión de viudas y huérfanos en las categorías exentas.

Gráfico 1 La mortalidad de menores de cinco años se ha reducido en Malí, Benín y Guinea, 1980-2002



Fuente: Krippenberg y otros, 2003. Calculado a partir de datos de encuestas demográficas y de salud, para Benín 1996 y 2001; para Guinea 1992 y 1999; y para Malí 1987, 1996 y 2001.

Gráfico 2 Mejoras en mortalidad de menores de cinco años entre los pobres de Malí



Fuente: Calculado a partir de datos de encuestas demográficas y de salud 1987 y 1996 (basados en nacimientos durante los cinco últimos años antes de la encuesta).

Los niveles de vacunación se incrementaron en los tres países.[214] En Benín son muy altos, cercanos al 80% –una de las tasas más altas del África Subsahariana. Las tasas de vacunación son menores en Guinea y Malí, fundamentalmente debido a problemas de acceso (gráfico 3). El cubrimiento de otras intervenciones de salud también se incrementó. El uso de los servicios de salud por niños menores de cinco años se incrementó en Benín de menos de 0,1 visita por año a más de 1,0. En Malí la alimentación exclusivamente materna y el uso de servicios profesionales prenatales,[215] de parto y tratamiento de diarrea y de infecciones respiratorias agudas se incrementaron para todos los grupos, incluido el más pobre (gráfico 4).[216]

En una evaluación independiente hecha en 1996 en Benín, el 75% de los informantes estaba satisfecho con la calidad de la atención, aunque el 48% no lo estaba "totalmente". Los usuarios de los servicios de salud encontraban que la disponibilidad de drogas era alta (más del 80% dijo que había drogas a disposición) y que la calidad general de los servicios era buena (91%).

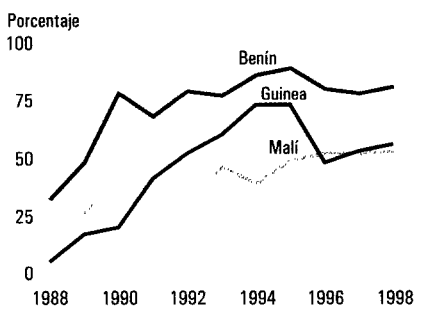
El mayor acceso redujo los costos de desplazamiento y la disponibilidad de drogas redujo la necesidad de visitar fuentes distantes de servicio. Los precios se han mantenido por debajo de los de las fuentes alternativas. En Benín, el gasto del hogar promedio en atención curativa en un centro de salud fue de US$2 en 1989, menos de la mitad que el registrado con proveedores privados (US$5) y con curanderos tradicionales (US$7).[217]

La gente pobre veía todavía el precio como una barrera.[218] Y una gran proporción de los pobres continúa sin usar servicios de salud clave en los tres países. En Benín y Guinea el sistema de salud permitió exenciones y la mayoría de los centros de salud tuvieron ingresos que podrían haber usado para subsidiar a los más pobres, pero casi ninguno lo hizo. Los comités de manejo típicamente valoraron la inversión por encima de la redistribución.

Financiación comunitaria: un puesto en la mesa

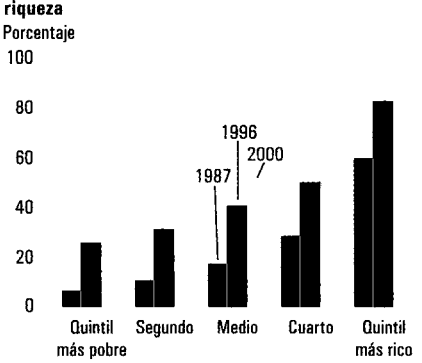
La financiación comunitaria de costos operativos clave les compró a las comunidades un puesto en la mesa. Los donantes y los gobiernos tenían que negociar sistemáticamente las nuevas actividades con organizaciones comunitarias. Los gobiernos de los tres países, con el apoyo de donantes, continuaron subsidiando los centros de salud, particularmente para apoyar los fondos rotativos de drogas en las regiones más pobres. En Benín y Malí el subsidio público a los servicios de salud es hoy aproximadamente el mismo per cápita para las regiones ricas que para las pobres. Pero en Guinea el gasto público ha beneficiado primordialmente a los grupos más ricos. Y los tres países enfrentan el desafío de enfatizar el cambio de comportamiento de los hogares y de proteger a los más pobres y más vulnerables. El establecimiento de mecanismos para subsidiar y proteger a los pobres sigue siendo una prioridad del proceso de reforma actual.

Gráfico 3 Evolución del cubrimiento nacional de vacunación (DPT3), 1988-1999



Fuentes: Organización Mundial de la Salud, Unicef y datos de encuestas demográficas y de salud.

Gráfico 4 Atención prenatal por personas médicamente entrenadas de Malí, por grupos de riqueza



Fuente: Análisis de datos de encuestas demográficas y de salud.

Ciudadanos y políticos

capítulo 5

La oficina política más importante es la del ciudadano privado.

Louis D. Brandeis

La opinión de los ciudadanos en la sociedad y su participación en política los conecta con la gente que representa al Estado –políticos y responsables de la formulación de políticas. A diferencia de la ruta corta de responsabilidad entre clientes y proveedores, explicada en el capítulo 4, la ruta larga involucra a los políticos. Esa responsabilidad tiene dos partes: la relación de opinión entre ciudadanos y políticos y responsables de la formulación de políticas (analizada aquí) y la relación entre responsables de la formulación de políticas y proveedores de servicios (discutida en el capítulo 6).

Este capítulo plantea varias preguntas: ¿Por qué en las democracias que están funcionando bien, los políticos no entregan a los pobres, con mayor efectividad, servicios de educación, salud e infraestructura, aun cuando dependen de sus votos? ¿Por qué el gasto público es asignado sistemáticamente a proyectos de construcción y a los salarios de abultadas administraciones estatales, frecuentemente a expensas del buen funcionamiento de servicios como los escolares? ¿Y por qué, cuando el gobierno gasta efectivamente dinero en servicios de los que dependen los pobres, como la atención médica primaria, la calidad del servicio es tan deficiente? Finalmente, ¿qué pueden hacer los ciudadanos, en particular los ciudadanos pobres, cuando los políticos no les proveen servicios funcionales?

Empoderar a los ciudadanos pobres, incrementando su influencia en la formulación de políticas y poniendo sus intereses en línea con los de los no pobres, puede hacer a los políticos más responsables de la prestación universal de servicios. Elecciones, votación informada y otros mecanismos tradicionales de opinión deben fortalecerse, porque estos procesos –y la información que generan– pueden dar más credibilidad a los compromisos políticos y ayudar con ello a producir mejores resultados en servicios. Organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil pueden ayudar a amplificar las voces de los pobres, coordinar coaliciones para superar sus problemas de acción colectiva, mediar en su nombre a través de la reorientación de mecanismos y exigir mayor responsabilidad por los servicios. Aun cuando las medidas tengan un alcance limitado, mejor información –por medio del libre acceso público, del análisis presupuestario basado en el ciudadano, de la fijación de puntos de referencia para los servicios y de evaluaciones de impacto de los programas– y unos medios activos, independientes, pueden fortalecer el poder de opinión.

Opinión ciudadana y responsabilidad política

Al enfrentar aulas sin maestros, clínicas sin médicos, grifos secos, casas sin luz y una policía corrupta, los ciudadanos pobres suelen sentirse impotentes.[219] Los representantes elegidos parecen responder, si acaso, únicamente a los intereses de los más poderosos en la sociedad. Cuando los políticos no son responsables ante los pobres como ciudadanos, la ruta larga de responsabilidad –que conecta a los ciudadanos con los proveedores a través de los políticos– se rompe, el poder de opinión es débil y los proveedores pueden seguir proveyendo servicios inadecuados a los clientes pobres.[220] Cuando se empodera a los ciudadanos pobres, sea por ellos mismos o en alianza con otros, su demanda de responsabilidad puede hacer que los políticos respondan de maneras que compensen las debilidades en cualquier punto de la cadena de prestación del servicio.

Los servicios son políticamente poderosos

Para la gente pobre tal vez la única interacción de rutina con el Estado sea en el punto de prestación de los servicios. Las plataformas electorales muestran que los políticos son muy

conscientes de que la percepción que la gente pobre tiene del Estado está formada por la calidad de los servicios. En Tailandia el programa Tarjeta 30-Baht Gold prometió atención médica universal sin costo y ayudó al partido Thai Rak Thai a obtener una victoria arrolladora en las elecciones parlamentarias de 2001.[221] En el Reino Unido la prestación de servicios fue importante para la exitosa campaña electoral del partido laborista en 2001. Y para hacer el seguimiento del progreso se estableció una Unidad de Entrega del Primer Ministro.[222]

Aunque los servicios no figuren explícitamente en las elecciones, los políticos suelen buscar ensanchar su base política proporcionando a sus partidarios servicios públicos gratuitos o empleos lucrativos relacionados con los servicios. Y la gente se preocupa cada vez más por la responsabilidad por los servicios fuera del proceso de votación. En Brasil, India y Sudáfrica, organizaciones de la sociedad civil están analizando la asignación y uso de los recursos públicos incluidos en el presupuesto para entender su impacto sobre los pobres.[223] Con tanta atención política puesta en los servicios, ¿por qué la relación de opinión suele ser tan débil?

La opinión es la relación de responsabilidad más compleja en la prestación de servicios

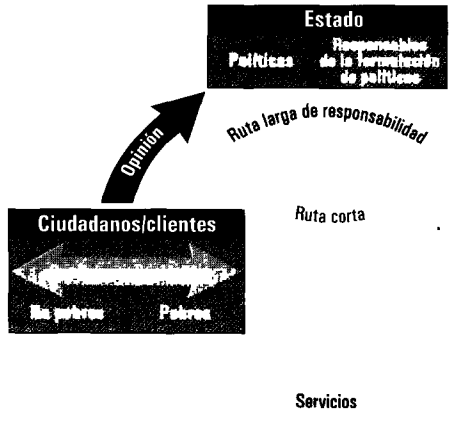
La opinión es la relación de responsabilidad entre ciudadanos y políticos, la gama de medidas a través de las cuales los ciudadanos expresan sus preferencias e influyen en los políticos (gráfico 5.1).[224] En este contexto la responsabilidad es la disposición de los políticos a justificar sus acciones y a aceptar castigos electorales, legales o administrativos en caso de encontrarse que carecen de justificación. Como se definió en el capítulo 3, la responsabilidad tiene que tener las cualidades de *respuesta* (dar información relevante y explicación por las acciones) y de *cumplimiento forzoso* (sometimiento a sanciones en caso de que la información o justificación sean consideradas inapropiadas).[225] Una complicación es que la opinión no es suficiente para la responsabilidad; puede conducir a la rendición de cuentas pero no necesariamente lleva al cumplimiento forzoso.

En principio, las elecciones proporcionan a los ciudadanos tanto la rendición de cuentas (el derecho a evaluar la trayectoria de un candidato) como el cumplimiento forzoso (votar o no por el candidato). En la práctica las democracias varían muchísimo en ambas dimensiones, al igual que sucede con la gran mayoría de los esfuerzos por ejercer la responsabilidad. Los derechos ciudadanos pueden estipular los estándares de servicios y las obligaciones de las agencias públicas hacia sus clientes, pero sin mecanismos correctivos las obligaciones pueden no ser susceptibles de cumplimiento forzoso. En Malasia los derechos de los clientes, establecidos para las agencias públicas en 1993, hacen ambas cosas, dándoles a los clientes el derecho a desagravio a través de la Oficina Pública de Quejas, en caso de que no se tomen medidas de acción correctiva por incumplimiento.[226]

Otra complicación es que la relación de opinión vincula a muchos ciudadanos con muchos políticos –todos con intereses potencialmente muy distintos. Cuando los servicios le fallan a toda la gente, la opinión de todos los ciudadanos (o incluso la sola opinión de los no pobres) puede presionar a los políticos para mejorar los servicios para todos, incluidos los pobres. Pero cuando los servicios le fallan primordialmente a la gente pobre, los mecanismos de opinión operan en un terreno político y social mucho más difícil. Las elites pueden ser indiferentes al empeño de los pobres.[227] El ambiente político puede ahogar la opinión aunque esté bien organizada. La protesta impone grandes costos para los pobres cuando sus intereses chocan con los de la elite o con los de aquellos que ostentan autoridad.[228] Por consiguiente, tiene peso el que la sociedad sea homogénea o heterogénea y el que haya o no un fuerte sentido de inclusión, confianza y motivación intrínseca en el liderazgo social y político del país. Sería injusto –e irrealista– esperar que la gente pobre asumiera la carga primordial de ejercer de influencia.

Finalmente, la opinión es apenas la primera parte de la ruta larga de responsabilidad. Eso complica su impacto sobre los servicios, puesto que el impacto depende también de la relación de pacto entre responsables de la formulación de política y proveedores. Incluso un fuerte poder de opinión puede no lograr hacer que los

Gráfico 5.1 Opinión en el marco de la prestación de servicios



servicios básicos funcionen para los pobres, debido a que el pacto es débil. Pero lo contrario también puede ser verdad, como fue el caso de la antigua Unión Soviética.

Ambientes en pro de los pobres, clientelistas en la prestación de servicios

El que la opinión sea compleja reclama no obstante la pregunta de por qué, en sociedades cuyo ciudadano promedio es pobre, los servicios les fallan a los pobres. La respuesta tiene que ver con el carácter ya sea "en favor de los pobres" o "clientelista" del escenario de la prestación de servicios. La distinción refleja los incentivos que tienen los políticos, sea que los servicios se hayan diseñado para ser universales y estar disponibles para el ciudadano promedio, o que sean vulnerables a ser dirigidos por padrinos políticos a sus "clientes" y, de ser dirigidos formalmente a los pobres, si en la práctica son capturados por las elites (cuadro 5.1). Las situaciones en pro de los pobres son aquellas en que los políticos tienen fuertes incentivos para atender el interés general. Los ambientes políticos clientelistas son aquellos en que, pese a que el ciudadano promedio es pobre, los políticos tienen fuertes incentivos para desviar el gasto público a fin de alimentar intereses particulares, para partidarios esenciales o para conquistar votantes de otros partidos.[229] Cuando el ciudadano promedio es pobre, alimentar intereses particulares a costa del interés general es clientelismo.

La distinción entre en pro de los pobres y clientelista es evidentemente una simplificación excesiva, pero constituye una manera útil de considerar los mecanismos de prestación de servicios. Es menos probable tener servicios de alta calidad para todos si los políticos alimentan más los intereses particulares que los intereses del ciudadano promedio. Hacer que los servicios funcionen para los pobres obviamente es más difícil en un ambiente clientelista que en uno que favorezca a los pobres. Es menos obvio que si los mecanismos de prestación no corresponden a estas diferencias específicas por país y por servicio, tienden a fracasar y los pobres sufren.

Interacción de opinión y responsabilidad

Cuando las poblaciones son heterogéneas, importa a quiénes escuchan y responden los políticos y los responsables de la formulación de políticas. Cuando las poblaciones están polarizadas en torno a asuntos ajenos a los servicios –por ejemplo, religiosos, étnicos, de casta o tribales– a los votantes les preocupan las promesas con respecto a estos temas polarizadores más que los propios servicios, lo que da a los políticos incentivos para perseguir otras metas a costa de servicios efectivos. Y cuando los políticos se basan en identidades y padrinazgo, es improbable que los pobres se beneficien de los servicios públicos a menos que tengan la "identidad" adecuada o que sean los clientes de quienes tienen poder político. En Estados que han fracasado o que han sido objeto de captura, la opinión puede tornarse insignificante. Los políticos no tienen ni los incentivos ni la capacidad de escuchar.

¿En qué circunstancias es probable, entonces, que la opinión conduzca a mayor responsabilidad? Las elecciones pueden llevar a mejores servicios si las promesas hechas por los políticos antes de la elección son dignas de crédito. El marco de derechos del ciudadano, el de-

Cuadro 5.1 Ambientes de servicios que favorecen a los pobres y ambientes clientelistas cuando el ciudadano promedio es pobre

	Incentivos de los políticos	Diseño del gasto en prestación de servicios	Inclusión y exclusión	Captura sistémica del servicio
En favor de los pobres	Ningún incentivo fuerte para alimentar intereses especiales; por el contrario, preferencia por atender intereses generales.	Promueve la prestación universal de servicios generales básicos que benefician a grandes segmentos de la sociedad, incluidos pobres y no pobres.	La gran mayoría de los pobres disfruta del mismo acceso y calidad de servicios que los no pobres, gracias a razones de red, políticas, sociales o altruistas.	Ninguna
Clientelista	Fuertes incentivos para alimentar intereses particulares, para atender a partidarios esenciales o para votantes "indecisos".	Permite apuntar a grupos reducidos de "clientes" no pobres y a veces a gente pobre pero con rasgos que hacen los servicios vulnerables a la captura por parte de no pobres.	La gente pobre no disfruta del mismo acceso y calidad de los servicios que la no pobre, aunque es posible que grupos específicos de "clientes" pobres sí lo hagan.	Captura sistémica del servicio por parte de elites locales o nacionales; gobiernos ultrapopulistas (como "efectos Curley", *ver* recuadro 5.2).

recho a información, el diseño de servicios, la influencia de los medios y los procedimientos administrativos de corrección y apelación son todos importantes para el poder de opinión.[230] También lo es la efectividad de las instituciones de responsabilidad, como parlamentos, cortes, defensoría del pueblo, comisiones anticorrupción. Y también lo son mayores existencias de capital social porque éstas ayudan a superar el problema de acción colectiva que subyace al poder de opinión, particularmente para la gente pobre.[231]

¿Qué puede hacerse para fortalecer la opinión, particularmente la de los ciudadanos pobres, en la demanda de mejores servicios? La respuesta depende muchísimo del escenario político, pero en las democracias funcionales que tienen elecciones y votación pueden hacerse como mínimo tres cosas:

- Ahondar la comprensión y la conciencia de por qué la política de prestación de servicios es tan frecuentemente clientelista y no favorecedora de los pobres.
- Si la política es clientelista, considerar qué cambios en el ambiente de prestación de servicios podrían alterar los incentivos políticos y mejorar los resultados.
- A la hora de escoger cómo proveer servicios, ponderar, en la medida posible, la influencia, ya sea en pro de los pobres o clientelista, de la competencia política sobre los incentivos para la prestación de servicios. Reconocer y contabilizar el fracaso gubernamental que se deriva del clientelismo.

Política de prestación de servicios públicos a la gente pobre

En 1974 sólo 39 países –uno de cada cuatro– eran democracias electorales. Para finales de 2002 la cifra se había elevado asombrosamente a 121 gobiernos –tres de cada cinco.[232] Durante el último siglo, el porcentaje de gente que vive en democracias que tienen elecciones multipartidistas competitivas y sufragio universal se ha incrementado enormemente (gráfico 5.2).

La rápida democratización ha traído consigo representación y libertades, mas no mejoras rápidas en los servicios para la gente pobre.[233] Casi todas, si no todas las nuevas democracias son países de bajos ingresos que tienen una pobreza sustancial. En estas jóvenes democracias los servicios disponibles para los pobres no parecen ser muy distintos de los disponibles en los países no democráticos. El algunos casos los servicios son peores que los que proporcionan gobiernos ideológicamente comprometidos pero no elegidos, en países de un partido único, socialistas. El que los países tengan o no elecciones parece no importar para la percepción pública de corrupción y, puesto que la corrupción empeora la prestación de servicios para los pobres, implícitamente empeora también la percepción pública de servicios efectivos.[234]

Incentivos políticos para servicios básicos

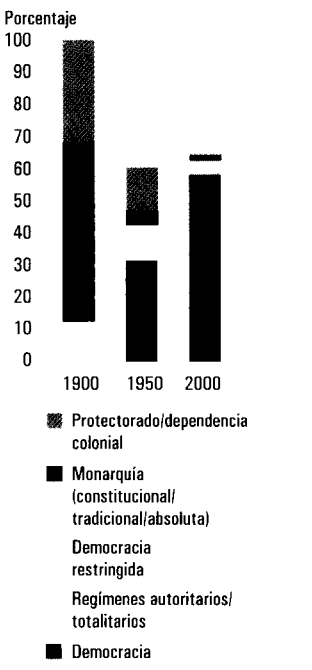
Si servicios básicos como atención médica primaria y educación primaria son provistos efectivamente, benefician a los pobres de manera desproporcionada. Pero los políticos democráticamente elegidos en países en los que el votante medio tiende a ser una persona pobre, o en los que la gente pobre constituye la mayoría de los votantes, a menudo parecen no tener muchos incentivos para prestar esos servicios básicos. Y los votantes parecen incapaces de fortalecer los incentivos para que los políticos aseguren mejores servicios públicos. ¿Por qué?

Algunas respuestas están en la forma en que políticos y votantes toman decisiones y en la forma en que compiten los políticos.[235] Cuando los políticos tienen incentivos para desviar recursos (incluida la corrupción abierta) y para hacer transferencias a unos pocos clientes a expensas de muchos, se minan los esfuerzos por proporcionar servicios públicos generales. Qué tan fácil sea para los votantes informarse sobre las contribuciones de los políticos a un servicio en particular –y consecuentemente para los políticos reclamar el crédito por el servicio– difiere considerablemente por servicio (recuadro 5.1). El grado de competencia política es importante. Por ejemplo, el análisis sugiere que un incremento en la competitividad de las elecciones parece tener un mayor efecto sobre la matrícula en escuela primaria que incrementos en el gasto para educación.[236]

Entonces tres factores resultan ser especialmente importantes para influir en los incentivos políticos para la prestación de servicios:

- Qué tan bien informados estén los votantes con respecto a la contribución que políticos o partidos políticos específicos hacen a su bienestar.
- Si la polarización ideológica o social reduce el peso que los votantes dan a los servicios públicos a la hora de evaluar a los políticos.
- Si antes de las elecciones los competidores políticos pueden hacer promesas dignas de crédito acerca de la prestación de servicios públicos.

Gráfico 5.2 Siglo de la democracia
Población mundial por forma de gobierno



Fuente: Freedom House (1999).

Votantes informados

Los incentivos para transferencias dirigidas a votantes *informados* son mayores cuando los votantes en general carecen de información relativa a la calidad de los servicios públicos y al papel que sus representantes elegidos juegan en términos de afectar la calidad. Lo mismo es válido si votantes carentes de información son fácilmente conquistables mediante propaganda política, o si votan con base en el carisma del candidato o en su identidad étnica más que en su trayectoria.

La votación informada puede ser costosa. Estudios detallados de comportamiento muestran que los votantes tienden a adoptar reglas simples de sentido común, basados en información muy limitada sobre política y sobre políticas públicas.[237] La mayoría de la información que usan los votantes tiende a ser esencialmente "libre" en el sentido de que se produce incidentalmente con el desempeño de papeles sociales y económicos.[238] Esta clase de información tiende a variar muchísimo dentro del electorado, dependiendo de su ocupación, su entorno social y sus normas culturales. Además, los votantes se comportan de una manera miope, dándoles mucho mayor peso a los eventos en torno a la época de elecciones o a resultados en servicios que sean inmediatamente visibles.[239]

En principio, los ciudadanos pueden emplear reglas de votación que requieren muy poca información y aún así –siempre que puedan coordinar sus esfuerzos– motivar a los políticos a perseguir políticas que atiendan a sus intereses.[240] Es más difícil para los votantes coordinar recompensas o castigos para salud y educación básicas debido a las dificultades de evaluar estos servicios y atribuir resultados a los políticos (*ver* recuadro 5.1). Los servicios públicos intensivos en transacciones, como la educación y la salud, dependen de la conducta día a día del proveedor. La calidad es difícil de medir y de atribuir. Así, las deficiencias de información llevan a los votantes a dar más crédito a los políticos por iniciar proyectos de obras públicas (incluida la construcción de escuelas), por dar subsidios directos para bienes de consumo esenciales y por incrementar el empleo en el sector público (incluida la contratación de maestros y médicos), que por asegurar que los maestros asistan a las clases y puedan enseñar, o que los médicos vayan a las clínicas y curen a los pacientes.

Si los votantes votan con información limitada o si no están coordinados y pueden ser conquistados por propaganda o sobornos, grupos de interés particulares pueden capturar las políticas proveyendo financiación de campaña o movilizando votos.[241] Estos grupos de interés no necesitan definirse en términos de ricos o pobres.

RECUADRO 5.1 ***¿Por qué es tan difícil que los servicios públicos de salud y educación lleguen a la gente pobre?***

Cuando hasta el más pobre de los padres de familia se preocupa profundamente por educar a sus hijos, ¿por qué es tan difícil que hagan algo para asegurar que el maestro del pueblo realmente asista con regularidad al trabajo? Una perspectiva de economía política relativa a la entrega de servicios públicos sugiere que la salud básica y la educación primaria son muy difíciles de obtener apropiadamente porque son servicios intensivos en transacciones, con resultados que dependen decisivamente de la capacidad de juicio y del comportamiento de los proveedores, ambos de difícil seguimiento continuo, y del comportamiento del hogar.

- **El aprendizaje tiene lugar en el curso de largos períodos y los beneficios de la salud preventiva no siempre son obvios. En comparación con otros servicios públicos más visibles –conexiones de electricidad o agua, carreteras rurales, ley y orden–, el seguimiento de los servicios básicos de educación y salud demanda gran cantidad de información tanto de los votantes como de los políticos.**
- **Los votantes pobres pueden no estar informados por ser analfabetos.**
- **Cuando las poblaciones están socialmente polarizadas o son heterogéneas, es menos probable que los hogares tengan preferencias claras, coordinadas, en materia de servicios de salud y educación. Es más, para obtener resultados satisfactorios se requiere un comportamiento familiar de respaldo, y normas sociales y culturales muy heterogéneas entre los hogares pueden hacer que éstos respondan de manera diferente a las intervenciones públicas.**
- **Debido a la dificultad de controlarlos regularmente y de medir y atribuir su impacto a largo plazo, es más difícil para los políticos reclamar el crédito por estos servicios que por una carretera o un pozo. Y al prometer mejorar estos servicios, los políticos pueden no lograr credibilidad y perder las elecciones. Por estas razones tienden a preferir la infraestructura al desarrollo humano y son propensos a usar los servicios básicos de salud y educación como padrinazgo para clientes, no como servicios universales que deben prestarse para beneficio general.**

Entonces cuando la gente pobre no está informada, la sociedad está polarizada en asuntos sociales o religiosos y los políticos carecen de credibilidad o son propensos al clientelismo, los servicios públicos básicos para los pobres son los más propensos a sufrir.

Debido a problemas políticos de información y credibilidad, los programas contra la pobreza tienen mayores probabilidades de tomar la forma de transferencias privadas, como subsidios de alimentación, subsidios eléctricos, protección de precios agrícolas, proyectos de construcción y empleo del sector público. Los programas de esta clase son más fáciles de capturar y más susceptibles de dirigir a un objetivo específico que la salud y la educación básicas, las cuales son más propicias para su provisión universal.* Es por eso que programas estrechamente "focalizados" hacia los pobres pueden no ser óptimos en el sentido de tener el máximo impacto en el bienestar económico de la gente pobre.

*** De una síntesis de la investigación sobre gasto público y los pobres, van de Walle (1998) concluye que hay justificación bien documentada para una "amplia focalización" de los pobres mediante la asignación de mayores recursos a servicios públicos universales tales como salud y educación básicas. En contraste, subsidios de alimentación u otros esquemas de redistribución minuciosamente focalizados a veces pueden ir en detrimento de los intereses de los pobres, debido a la carga de costos administrativos y a respuestas imprevistas de comportamiento. Ver también van de Walle y Nead (1995).**

Podrían ser coaliciones organizadas de votantes (como agricultores o empleados del sector público) que hacen cabildeo para que los políticos protejan sus intereses, presionando por políticas dirigidas a propósitos específicos, a expensas de políticas que beneficiarían a la mayoría.

Polarización social

La polarización social puede llevar a una votación basada en identidad social, étnica o religiosa y no en la política o el desempeño en la prestación de servicios. Esto limita también los incentivos políticos para perseguir políticas públicas que favorezcan el interés del público general. James Curley, el alcalde irlandés católico romano de Boston en la primera mitad del siglo XX, atizó las divisiones de clase y religiosas para su ventaja electoral y fue reelegido repetidamente pese al daño que sus políticas le hicieron al crecimiento de la ciudad (recuadro 5.2)

Es este efecto de polarización social en los incentivos políticos lo que explica en parte las evidencias empíricas de la correlación negativa entre heterogeneidad étnica y disponibilidad de bienes públicos.[242] En términos más generales, los servicios públicos básicos, en particular aquellos de los cuales no es fácil excluir a nadie, como la educación primaria, también pueden deteriorarse cuando hay fragmentación social –algunos grupos sociales no quieren pagar por bienes públicos que beneficien a otros grupos.[243]

Políticos dignos de crédito

Aun cuando los votantes estén informados, la política pública puede quedarse corta cuando las promesas de los políticos no son dignas de crédito. Cuando los candidatos no pueden o no hacen promesas dignas de crédito antes de las elecciones (debido a que abandonar sus promesas les cuesta poco a los ganadores en las elecciones), los beneficiados están más aislados de los efectos disciplinadores de la competencia política. Los opositores no pueden montar campañas efectivas debido a que no pueden convencer a los votantes de que ellos harán un mejor trabajo. Es más, si los políticos son dignos de crédito únicamente para sus "clientes", más recursos públicos serán asignados a estos clientes. Esto puede tener grandes implicaciones para los servicios universales de salud y educación. Los beneficiados disfrutan de mayor discrecionalidad para perseguir metas distintas de las preferidas por la mayoría de los ciudadanos que puede ser pobre, metas tales como prestar servicios dirigidos a objetivos estrechos, como son sus partidarios, a costa de servicios públicos más universales que beneficien a todos.[244]

Credibilidad y crédito van de la mano. También se presentan problemas de credibilidad cuando los competidores políticos hacen promesas dignas de crédito pero su permanencia en el cargo es demasiado corta para reclamar el crédito por políticas cuyos resultados tardan largo tiempo en madurar. Las promesas de empleo o de proyectos de obras públicas pueden cumplirse pronto después de la elección. Pero las promesas de mejorar la calidad y los resultados de la educación son mucho menos verosímiles. De igual manera, fácilmente los votantes pueden dar crédito a un político por la construcción de una escuela o la asignación de un maestro, pero les resulta menos fácil verificar que el político sea responsable cuando se trata de mantenimiento o abastecimiento del edificio, o de que el maestro se haga presente y sea competente. Si los políticos no pueden lograr crédito por sus esfuerzos para mejorar la calidad del maestro, ésta tenderá a ser baja –y es improbable que los votantes esperen algo más. En Pakistán ha sido común hacer consideraciones no profesionales para la contratación de maestros.[245] Los incentivos que enfrentan los

RECUADRO 5.2 ***El "efecto Curley"***

Descrito como "El Rey Deshonesto", James Michael Curley dominó la política en Boston durante medio siglo XX, ostentando cargos por elección incluido, entre otros, el de alcalde de la ciudad cuatro veces entre 1913 y 1950, además de cumplir en prisión dos términos por cargos de corrupción. Admirado por familias irlandesas de la clase trabajadora, Curley se hizo notar por sus denuncias contra el establecimiento protestante yankee y por su forma irregular de hacer las cosas.

Curley usó el padrinazgo, dinero en efectivo y retórica para formar su electorado, y empujó a los ciudadanos protestantes más ricos a salirse de la ciudad para asegurar su longevidad política. Las herramientas de padrinazgo de Curley fueron los servicios públicos, grandes proyectos de construcción y empleo público. En su primer año como alcalde elevó los salarios de los agentes de policía y de los guardias escolares, pero recortó los salarios de los oficiales de policía de mayor rango y de los médicos escolares (Beatty, 1992). Se hicieron miles de andenes en los barrios irlandeses, pero adoquines de los ostentosos barrios yankees se desmoronaron (O'Connor, 1995). Boston no floreció durante la administración Curley: entre 1910 y 1950 tuvo la tasa de crecimiento demográfico más baja de todas las ciudades estadounidenses de tamaño comparable.

Glaeser y Shleifer (2002) llaman a esto el "efecto Curley" –incrementar el tamaño de la base política de uno, o mantenerlo, mediante políticas distorsionadoras, reductoras de riqueza. Usan ese término para arrojar luz sobre las políticas étnicas y clasistas de prestación de servicios cuando el efecto neto es empobrecer a la comunidad en general. Muestran cómo el efecto Curley puede aplicarse a Detroit, Estados Unidos, al Zimbabwe contemporáneo y al Partido Laborista del Reino Unido antes de su reencarnación como Nuevo Partido Laborista.

El efecto Curley demuestra que el clientelismo no necesariamente beneficia a clientes ricos. Puede beneficiar también a clientes pobres e incluso implicar pérdidas sustanciales de eficiencia a través de la mala asignación de los recursos públicos. Así, el clientelismo desemboca en asignaciones ineficientes, dirigidas a objetivos particulares, que benefician solamente a unos pocos, en oposición a asignaciones a servicios públicos universales que benefician a segmentos más grandes de las mismas poblaciones pobres y no tan pobres.

Fuentes: Glaeser y Shleifer (2002), O'Connor (1995) y Beatty (1992).

RECUADRO 5.3 ***En Pakistán es mejor construir escuelas rurales que dirigirlas bien***

En Pakistán los funcionarios elegidos han demostrado un extraordinario interés en dirigir servicios hacia sus partidarios, pero mucho menos interés en servicios tales como la educación primaria, que todos los votantes pueden disfrutar. Tres aspectos de la política rural pakistaní contribuyen a este resultado: política impulsada por identidad, bloques de votantes que facilitan identificar a los partidarios esenciales y elecciones costosas.

Ignorancia del votante, mala información sobre los competidores políticos y la ausencia de credibilidad de partido en asuntos de política general, estimulan a políticos y votantes a forjar relaciones personales que hagan más creíbles las promesas preelectorales. Debido a que estas relaciones son personales, tienden a basarse en servicios excluyentes, reducidos, prometidos y entregados a los partidarios centrales. La distancia entre las comunidades rurales impulsa la eficiencia política de focalizar los beneficios políticos –es más fácil situar escuelas, vías y bombas de agua cerca de los partidarios y lejos de los no partidarios.

La votación por bloques de partidarios hace del padrinazgo una estrategia política más efectiva que la prestación de servicios funcionales que tienen que llegar a todos. El costo de las elecciones mueve a los políticos a proporcionar servicios públicos a los partidarios de los que pueden depender para obtener votos a un bajo costo para su bolsillo.

En estas condiciones, es posible que se construyan escuelas por las oportunidades que ofrece la construcción para corrupción, empleo y utilidades. A los maestros se los contrata menos por sus méritos y más por repartir el padrinazgo de la mejor manera, particularmente cuando no se castiga el ausentismo. En contraste, hay pocos incentivos políticos sistémicos para asegurar que las escuelas marchen bien, que los maestros conserven su responsabilidad y que los niños aprendan.

Fuente: Banco Mundial (2002l).

políticos locales han sido factores importantes en la baja calidad de las escuelas rurales (recuadro 5.3).

En muchos países, los políticos no hacen campaña sobre su trayectoria política, su probidad o su historia de participación en programas o en la trayectoria política de su partido. Entonces los votantes tienden a creer en políticos que han demostrado ser fuentes confiables de asistencia personal. Podrían ser personas influyentes a nivel local que han ayudado a familias ofreciéndoles préstamos o empleos o resolviendo dificultades burocráticas. Sin partidos políticos bien desarrollados o líderes nacionales dignos de crédito, a la hora de tomar decisiones electorales lo único en lo que pueden confiar los votantes son las promesas de favores particulares.

La credibilidad puede hacer difícil el cambio. Los problemas de credibilidad política pueden causar el arraigo de malas políticas. Los países suelen adoptar estrategias contra la pobreza basadas en subsidios al consumo y a la producción agrícola, a veces a expensas de servicios públicos generales como educación y salud, que podrían haber dado como resultado menos pobreza y más crecimiento económico. La India subsidia la electricidad, en gran medida para los agricultores pobres. Una vez que la credibilidad política está fuertemente ligada a una política particular, como la provisión de electricidad subsidiada, estas políticas continúan recibiendo mayores recursos públicos de los que tendrían si todas las promesas políticas fueran igualmente dignas de crédito. Los intereses creados se desarrollan en torno a políticas no óptimas –agricultores ricos capturan el subsidio a la energía–, lo que hace que el cambio sea aún más difícil.

Clientelismo

El clientelismo se caracteriza por una tendencia excesiva a que padrinos políticos den recompensas privadas a sus clientes. Los políticos asignan el gasto público con miras a ganar las elecciones. Para eso, pueden proveer bienes públicos capaces de mejorar el bienestar de todos (bienes públicos que sean extensivos, como la ley y el orden, educación universal, sin ninguna rivalidad ni exclusión). O pueden apuntar a localidades (bienes públicos locales, proyectos limitados a una jurisdicción), o apuntarlos hacia individuos y grupos específicos (clientelismo).[246]

¿Qué distingue al clientelismo? El clientelismo implica una amenaza verosímil de exclusión de una corriente de beneficios si el votante decide votar por la oposición.[247] De manera que el político interesado puede usar el clientelismo para que sus partidarios esenciales desechen la posibilidad de cambiarse de partido. El clientelismo es difícil de ejercer para bienes públicos locales o extensivos –los beneficiarios no son clientes confiables porque, aunque respalden a la oposición, de todas maneras se benefician.

El Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), programa mexicano para mitigar la pobreza, entre 1989 y1994 gastó anualmente un promedio del 1,2% del PIB en agua, electricidad, nutrición y educación en comunidades pobres.[248] Las municipalidades dominadas por el Partido Revolucionario Institucional (PRI) –el partido de gobierno– recibieron transferencias per cápita significativamente superiores a las que recibieron las municipalidades que votaron por otro partido (gráfico 5.3). Una evaluación del gasto de Pronasol indica que redujo la pobreza apenas alrededor del 3%. De haberse distribuido el presupuesto por impacto sobre la pobreza y no por lealtad al partido, la reducción esperada habría sido del 64%, asumiendo una perfecta focalización, y del 13% incluso con una transferencia proporcional universal, no focalizada, para la población total.[249]

Incluso cuando los votantes quieren votar por un partido o candidato opositor, es posible que desistan por temor de ser castigados con la retención de fondos de parte de una autoridad

central. De manera que pueden acabar por mantener en el poder a un partido que les disguste, con el objeto de asegurar financiación para servicios públicos locales. Esto se complica por un problema de coordinación. Aun cuando la mayoría de las localidades quisieran votar en contra del partido en cuestión, sin la certidumbre de lo que otras localidades planean hacer, la mayoría terminará respaldando al partido gobernante para evitar la mala coordinación estratégica y la pérdida de fondos.

El clientelismo también puede ser el resultado de competencia política cuando la credibilidad de los competidores es limitada –promesas políticas dignas de crédito sólo para los "clientes".[250] Los políticos que tienen lazos clientelistas pueden cumplir mejor las promesas de la campaña que los que no los tienen. Cuando las promesas clientelistas son las únicas creíbles, las promesas de construcción y de empleos en el gobierno se convierten en la moneda de la competencia política, a expensas del acceso universal a servicios de educación y salud de alta calidad (como se ve en el recuadro 5.3). Obras públicas y empleos pueden dirigirse a individuos y a grupos de votantes –clara evidencia de que los padrinos políticos cumplen sus promesas a sus clientes. Es mucho más difícil dirigir los servicios de la escuela de una villa bien manejada o una clínica.

Evidencias internacionales sobre inversión pública apoyan el argumento de que la credibilidad y el clientelismo influyen significativamente en la prestación de servicios públicos. No hay ninguna variable que capte directamente la credibilidad de las promesas preelectorales o el grado de clientelismo. Pero es posible argüir que en las democracias jóvenes es menos probable que los competidores políticos sean capaces de hacer promesas creíbles para todos los votantes y es más probable que dependan de promesas clientelistas; y a medida que estas democracias maduran, los políticos tienen más probabilidades de aumentar el número de clientes ya que pueden contar con la lealtad del cliente. Un estudio que compila evidencia muestra que el gasto –inversión pública– dirigido a objetivos específicos es mayor en las democracias jóvenes que en las viejas y que, a medida que las democracias jóvenes envejecen, se incrementa ese tipo de gasto.[251] La corrupción se reduce a medida que las democracias envejecen. Estos resultados son relevantes para los servicios básicos universales, puesto que tienden a darse en menor cantidad cuando la inversión pública es alta, y a ser de menor calidad cuando la corrupción es alta. Evidencia internacional similar sobre matrícula secundaria y primaria apoya el punto de vista de que la credibilidad es una influencia significativa en la prestación de servicios públicos.[252]

Más allá del voto electoral: iniciativas ciudadanas para incrementar la responsabilidad

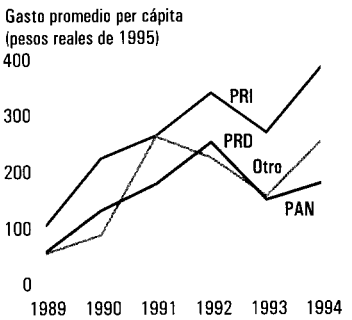
Cuando las elecciones no son suficientes para hacer que los servicios funcionen para los pobres, crece la presión política por nuevos enfoques que habiliten a los ciudadanos para hacer a los políticos y a los responsables de la formulación de políticas más directamente responsables por los servicios. Estas actividades no reemplazan el proceso electoral, pero lo complementan para fortalecer la ruta larga de responsabilidad. El surgimiento de esas iniciativas ciudadanas y su potencial de movilización han ido acompañados de una revolución en la información que ha simplificado formidablemente el intercambio de información y el acceso ciudadano a información oficial.

El entusiasmo por la participación ciudadana directa también proviene de la creciente frustración con el modo dominante de prestación de servicios por parte de un servicio civil nacional que satisface algunas "necesidades" técnicamente predeterminadas de la población.[253] Esta frustración ha conducido a un mayor interés por empoderar directamente a los ciudadanos y superar los problemas de acción colectiva, impulsado también por el descubrimiento de que las relaciones cívicas y el capital social son determinantes importantes de la eficacia del gobierno.[254]

Amplia gama de problemas y herramientas

El rápido crecimiento de las iniciativas ciudadanas ha sido descrito como una nueva agenda de responsabilidad. Implica "un papel más directo para la gente común y sus asociaciones en la exigencia de responsabilidad a lo largo de un conjunto más diverso de jurisdicciones, empleando un ensanchado repertorio de métodos, sobre la base de un estándar más exigente de justicia social".[255] Los ciudadanos están combinando la responsabilidad electoral y la participación con lo que tradicionalmente se habría considerado como las actividades de responsabilidad oficial del Estado. Estas iniciativas abordan la responsabilidad a diversos niveles. Unas están dirigidas al fortalecimiento de la opinión en la entrega de servicios, facilitando la rendición de cuentas, y otras a presionar más por el cumplimiento

Gráfico 5.3 Valió la pena votar por el PRI
México: Gastos de Pronasol de acuerdo con el partido del gobierno municipal



Nota: PRI = Partido Revolucionario Institucional; PRD = Partido de la Revolución Democrática; PAN = Partido de Acción Nacional.
Fuente: Estévez, Magaloni y Díaz-Cayeros (2002).

forzoso. Estas iniciativas, y la respuesta del Estado, emplean una cantidad de herramientas viejas y nuevas, incluidas herramientas basadas en la tecnología de la información.

Las iniciativas ciudadanas cubren una gama de aspectos de largo alcance, desde el mejoramiento de la ley y el orden en Karachi[256] hasta la preparación de tarjetas de reporte ciudadano. Varían muchísimo en su escala, desde coaliciones globales para compartir conocimientos, como Shack/Slum Dwellers International (asociación internacional de habitantes de viviendas muy precarias y de barrios bajos),[257] hasta esfuerzos comunitarios en Mumbai para controlar la llegada de bienes subsidiados a tiendas locales de "precio justo", con el objeto de poner en evidencia el fraude en el sistema de distribución pública de la India dirigido a los pobres.[258] También varían en profundidad y alcance. En reforma electoral van desde la generación de información de referencia sobre los candidatos y su desempeño, en la Argentina (Poder Ciudadano[259]), hasta esfuerzos de la sociedad civil por implementar y sostener un juicio de la Corte Suprema hindú que hace obligatorio para todos los candidatos a las elecciones revelar públicamente sus activos y cualquier antecedente criminal. Sobre análisis presupuestario, en un extremo las iniciativas buscan hacer los presupuestos nacionales accesibles a los ciudadanos y, en el otro, promover a nivel de pueblo auditorías participativas del gasto público local (recuadro 5.4).

Estas iniciativas ciudadanas también utilizan una amplia gama de herramientas, desde campañas puerta a puerta para la recolección de firmas, hasta activismo cibernético. El rápido crecimiento de la internet y de la tecnología de las comunicaciones ha alterado radicalmente la opinión ciudadana a nivel nacional e internacional, aunque el acceso todavía está limitado por los ingresos y la conectividad. Algunas aplicaciones innovadoras de gobierno electrónico están reduciendo la corrupción y los tiempos de entrega, e incrementando el carácter predecible y la conveniencia de los servicios. Karnataka, uno de los estados líderes de la India en tecnología de la información, ha sido pionero en un sistema computarizado de registro de tierras para servir a los hogares rurales (recuadro 5.5).

Controversia y conflicto de intereses

En las iniciativas de opinión ciudadana se distinguen dos tendencias separadas: actividades basadas en consulta, diálogo e información compartida, y actividades más directas y controvertidas relacionadas con seguimiento, cumplimiento y auditoría. Algunas actividades comienzan con objetivos indirectos, crean capacidad interna y confianza externa y luego se lanzan a áreas más difíciles. El impacto de estas iniciativas varía de acuerdo con la forma en que los políticos y los responsables de la formulación de políticas las perciban y con la receptividad del gobierno al cambio. Varios estudios vinculan esta receptividad con las existencias de capital social.[260]

Una preocupación con respecto a ciertas iniciativas ciudadanas es que pueden llevar a conflictos de intereses y a reducir la responsabilidad

RECUADRO 5.4 ***Seguimiento del dinero del público***

El presupuesto, enunciado primario de las prioridades del gobierno, para muchos ciudadanos es una caja negra, controlada y evaluada únicamente por las relaciones tradicionales de responsabilidad interna dentro del gobierno. Pero puede ser una herramienta crucial para que los ciudadanos influencien y hagan seguimiento a la política y los servicios públicos. En concordancia, las iniciativas de elaboración participativa del presupuesto se están incrementando rápidamente en varios países. El desafío es crear la capacidad de grupos ciudadanos para dar a los políticos y a los responsables de la formulación de políticas los incentivos para escuchar y actuar con base en la retroalimentación ciudadana, y para presentar presupuestos que sean comprensibles e interesantes para los ciudadanos.

Planeación del presupuesto. **Las iniciativas más conocidas de planeación presupuestaria provienen de ciudades brasileñas como Porto Alegre y Belo Horizonte. En foros sobre presupuesto, los barrios indican sus necesidades de gasto y luego sus delegados llevan esas necesidades a asambleas, asegurando con ello la opinión ciudadana en las asignaciones y la implementación presupuestarias.**

Seguimiento del presupuesto. **El Instituto por una Sudáfrica Democrática hace accesible para los ciudadanos la información relativa a las asignaciones presupuestarias provinciales y nacionales. Sus expertos técnicos desmenuzan los presupuestos públicos para facilitar los comentarios del público. Informes especiales muestran cuánto dinero es asignado, digamos, a problemas relacionados con género e infantiles. La influencia más directa de su trabajo está en fortalecer la capacidad de los parlamentarios para participar más efectivamente en las discusiones sobre presupuesto.**

Auditoría presupuestaria. **La Mazdoor Kisan Shakti Sanghathan (MKSS), una organización de las bases en el estado de Rajastán, en el norte de la India, ha convertido a ciudadanos comunes en auditores financieros. Su innovación clave ha sido el *jan sunwai* (o audiencia pública), un foro al aire libre en el que se presentan registros oficiales conjuntamente con el testimonio obtenido de entrevistas a personas de la localidad. "Muchas personas descubrieron que habían sido incluidas en una lista como beneficiarias de programas contra la pobreza, pero que nunca habían recibido ningún pago. Otras estaban asombradas al enterarse de grandes pagos a contratistas locales de la construcción por obras jamás desarrolladas" (Jenkins y Goetz, 1999). Hasta que una ley estatal sobre derecho a la información fuera promulgada en el año 2000 –fundamentalmente como resultado de los esfuerzos de protesta y cabildeo de la MKSS–, sus activistas tuvieron que obtener esta información apelando a burócratas que simpatizaban con ellos. Una ley similar fue sancionada en 2003.**

Fuentes: Andrews y Shah (2003), Singh y Shah (2003), Goetz y Jenkins (2002) y Jenkins y Goetz (1999).

RECUADRO 5.5 ***Con los pies en la tierra: la tecnología de la información mejora la prestación de servicios rurales***

El estado de Karnataka, India, ha introducido el sistema pionero Bhoomi (que significa tierra) de registro computarizado de tierras que sirve a 6,7 millones de clientes rurales. Su función principal es llevar registros de derechos, tenencia y cultivo –cruciales para la transferencia de tierras heredadas y la obtención de préstamos. Iniciado en 1991 como sistema piloto, el Bhoomi actualmente tiene kioscos en cada uno de los 177 subdistritos del estado y atiende a unas 30.000 poblaciones.

Con el viejo sistema, los solicitantes enfrentaban largas demoras (de 3 a 30 días) y cerca de dos de cada tres clientes pagaba un soborno –el 70% pagaba más de 100 Rs. (la tarifa oficial del servicio era 2 Rs.). Había poca transparencia en los registros –el contador del pueblo controlaba el proceso y tenía poco seguimiento oficial o de los clientes. Aun cuando no hubiera fraude, el sistema de registro no podía manejar fácilmente la división de tierras en lotes muy pequeños al paso de las generaciones.

Ahora los agricultores sólo gastan entre 5 y 30 minutos para obtener estos registros y radicar solicitudes de cambios en un kiosco Bhoomi. El proceso entero tiene lugar en la lengua vernácula, kannada. Los clientes pueden mirar la pantalla de un segundo computador que les queda al frente, a medida que procesan su solicitud. Los usuarios pagan una tarifa de 15 Rs. En una evaluación reciente sólo el 3% de los usuarios reportó haber pagado un soborno. La evaluación estima que Bhoomi ahorra anualmente a los clientes un promedio de 1,32 millones de días hábiles en tiempo de espera y (en valor neto de la mayor tarifa para el usuario) 806 millones de Rs. de sobornos.

Al implementar el Bhoomi hubo que superar la resistencia de los contadores de los pueblos. El ministro jefe, el ministro de ingresos y los miembros de la legislatura defendían el Bhoomi, lo cual ayudó. Ahora hay planes para expandir el programa más allá de las transacciones de tierras. El gobierno hindú ha sugerido que otros estados consideren la posibilidad de establecer sistemas similares para mejorar la responsabilidad y la eficiencia en servicios que son vitales para los hogares campesinos.

Fuentes: Personal del Banco Mundial y Lobo y Balakrishnan (2002).

ante la gente pobre. Al enfrentar incertidumbres financieras, muchas organizaciones no gubernamentales buscan diversificarse, comenzando por actividades de opinión para pasar luego a la entrega efectiva de servicios. Al convertirse en abogadas y proveedoras a la vez, puede haber conflictos intrínsecos de intereses.[261] Las ONG pueden adolecer de falta de responsabilidad propia, insuficiencias democráticas internas y vacíos en sus mandatos.[262] La concesión de grandes contratos de prestación de servicios a unas pocas organizaciones grandes de la sociedad civil puede excluir y traducirse en dificultades financieras para organizaciones más pequeñas.[263] Y si la comunidad y grupos cívicos son capturados por líderes inescrupulosos, pueden manipular las agencias financieras y a los beneficiarios para lucro propio.[264]

Estrategias de información para fortalecer el poder de opinión

Las políticas que incrementan la información y la coordinación en la votación, que aumentan la credibilidad de las promesas políticas y elevan la capacidad de las organizaciones de la sociedad civil para responsabilizar a los políticos y a los responsables de la formulación de políticas, tienden a mejorar los servicios para los pobres. Por el contrario, la falta de transparencia en la revelación pública de información puede tener un alto precio. Durante la primera etapa del brote del síndrome respiratorio agudo severo a mediados de noviembre de 2002 en la China, no se reportaron abiertamente los casos, lo que permitió que una enfermedad nueva y grave se abriera paso silenciosamente de maneras que hicieron casi inevitable su expansión ulterior.[265] Las campañas de información han alterado radicalmente el comportamiento de políticos y responsables de la formulación de políticas, pero también muchas no han logrado inducir el cambio. Por tanto, es crucial entender cuándo las campañas de información pueden tener éxito.

¿Qué interviene para que una estrategia de información sea exitosa?

Estudios de rastreo del gasto en educación en Uganda revelaron desvíos de fondos de hasta el 90%. Una vez que la información fue publicada, los recursos presupuestados que llegaban a las escuelas se elevaron verticalmente.[266] Los estudios sugieren que la lectura y la disponibilidad de periódicos en la India acicatearon a los gobiernos estatales para responder a crisis de alimentos.[267] En Buenos Aires, la publicación de los precios increíblemente diferentes pagados por los hospitales de la ciudad por productos similares condujo a una rápida convergencia de precios.[268] ¿Qué tuvieron en común estas estrategias de información? La información fue específica. El interés político por enfrentar el problema era alto. Y la información fue notable para efectos electorales.

Información específica. La información identificó decisiones gubernamentales específicas, responsables específicos de las decisiones, y el efecto de la decisión sobre los votantes individualmente o como grupo. Eso facilitó el establecimiento de puntos de referencia –comparaciones sistemáticas a través del tiempo y del espacio. En Uganda la información no se refirió a la calidad general de la educación ni al apoyo presupuestario general, ni siquiera al drenaje de los presupuestos nacionales para educación. Se refirió a un tipo de transferencia –donaciones de capitación– desagregado a nivel de escuela, responsabilidad que los padres de familia y votantes

podían asignar fácilmente a la autoridad de la escuela. Adicionalmente, la información puso en claro a los votantes lo que la escuela debía haber recibido. En Buenos Aires la información también se refirió a hospitales específicos.

Las respuestas gubernamentales a las crisis de alimentos muestran cómo el proporcionar información de alto nivel es políticamente algo a lo que los votantes pueden forzar. En primer lugar, una crisis de alimentos es un problema único, específico. En segundo lugar, se sabe que la responsabilidad por ella está en últimas en la oficina del ministro jefe del Estado. En tercer lugar, no hay problemas complicados de medición de calidad; los votantes saben inmediatamente que se están beneficiando si reciben asistencia. El establecimiento de puntos de referencia es un poquito más complicado pero de todos modos posible. Los votantes saben si otros, que la ameriten menos, están recibiendo asistencia. Pero no saben qué esfuerzo deben hacer los gobiernos para responder a las crisis de alimentos (lo cual difiere de los puntos de referencia en los estudios de rastreo de Uganda, donde los votantes sabían exactamente cuánto dinero debía haber llegado a cada escuela individualmente).[269]

Fuerte interés político o burocrático en corregir el problema. En algunos casos (Uganda y posiblemente Buenos Aires) los políticos nacionales no se beneficiaban y potencialmente perdían con las fugas o ineficiencias. Mejor dicho, la corrupción era producto de negligencia burocrática más que de búsqueda política de rentas. La educación se había convertido en un problema mayor para el presidente de Uganda, cuya reputación estaba en juego. Él había hecho promesas públicas, seguidas de la acción altamente visible de transferir más fondos a escuelas locales. Su capacidad de cumplir sus promesas se estaba viendo minada por la malversación burocrática. Una vez revelada la malversación, el temor a sanciones fue suficiente para responsabilizar a burócratas específicos y producir un cambio rápido.

En otros casos, como el de asistencia en una crisis de alimentos, hay cabida considerablemente mayor para la evasión. A los ciudadanos les resulta difícil saber qué tan grande es la crisis, de qué recursos se dispone y qué tan eficiente y equitativamente se distribuyen los recursos. Esta incertidumbre da espacio para la inacción política. Pero las consecuencias de la inacción gubernamental –muertes por inanición y la divulgación de las mismas en los medios– son suficientemente graves para manchar la reputación del ejecutivo, lo cual da a la administración estatal una razón de primer orden para evitarlas. En los países democráticos, aunque sean muy pobres, no ocurren hambrunas porque la supervivencia del gobierno se vería amenazada por la oposición y por los periódicos y demás medios.[270] Y cuanto más informados de la crisis y de la respuesta necesaria estén los ciudadanos, más probabilidades tienen de responsabilizar electoralmente a los políticos.

El problema es electoralmente importante. A los políticos no les interesa mejorar el desempeño si a los votantes no les importa. Los votantes pueden estar bien informados y saber quién es el político responsable, y aún así no responsabilizarlo debido a la irrupción de otros problemas mayores. Cuando el conflicto es generalizado, o la sociedad está polarizada, la posición del político con respecto al conflicto o a la polarización puede dominar la atención del votante, lo que permite al político seguir adelante con un mal desempeño en otros asuntos. En Uganda, el presidente hizo de la educación una parte central de su manifiesto electoral. En Buenos Aires, a los políticos municipales pudo haberles preocupado que los votantes vieran en la corrupción en los hospitales una señal de problemas de malversación más hondos en el gobierno de la ciudad y, por ser Buenos Aires la capital, también en otras ciudades del país.

Tarjetas de reporte ciudadano: información como acción política

Otras estrategias de información atienden directamente al rendimiento de los servicios públicos (calidad y cantidad de los servicios prestados por el gobierno) más que a los insumos (precios pagados, presupuestos comprometidos y desembolsados). La más conocida es la de reporte ciudadano desarrollada por el Centro de Asuntos Públicos de Bangalore, India.[271] A los ciudadanos se les pide calificar el acceso y la calidad de los servicios e informar sobre corrupción y ofensas en general relacionadas con los servicios públicos. Las tarjetas de reporte ciudadano se han extendido a ciudades de las Filipinas, Ucrania y, como plan piloto, en Vietnam. Recientemente se han expandido en la India, para cubrir los servicios urbanos y rurales de 24 estados.[272] Los resultados han atraído considerablemente la atención burocrática y política de los medios, y el reconocimiento de su contribución a las mejoras de servicios.

Debido a que las tarjetas de reporte ciudadano enfocan los resultados de los servicios, no proporcionan a los votantes información sobre decisiones específicas que hayan tomado –o no– responsables específicos de la formulación de políticas. Tampoco (al menos no en la primera ronda) dan a los votantes información sobre puntos de referencia en los servicios, excepto en la medida en que las propias agencias hayan establecido estándares de servicios (las tarjetas de reporte repetidas ofrecen puntos de referencia implícitos derivados de los reportes de las tarjetas anteriores). Entonces puede ser difícil para los votantes evaluar con base en una tarjeta de reporte si los resultados justifican votar en contra de los involucrados en las siguientes elecciones.

Las tarjetas de reporte parecen haber tenido una influencia más directa en las cabezas y en los mandos superiores de las agencias municipales y de servicios públicos responsables de los servicios, como sucede en Bangalore. Su alta visibilidad en la prensa y en foros cívicos las convierten en listados de agencias municipales por orden de eficacia. Reuniones conjuntas de las agencias, a las que asisten prominentes ciudadanos y líderes sociales y políticos, para tratar sobre las tarjetas, acrecientan la competencia por reputación que éstas suscitan.

Las tarjetas de reporte evidentemente desempeñan una función política. Los políticos pueden ignorar las deficiencias en los servicios públicos si creen que los votantes no pueden castigarlos por mal desempeño. O si creen que el contendiente político no puede hacer promesas verosímiles de mejor desempeño. Una ONG que haga encuestas generales y emita tarjetas de reporte sobre los servicios públicos cambia la ecuación. Ahora los políticos en cuestión enfrentan un esfuèrzo organizado para mejorar la prestación de servicios, lo cual crea una fuerza política latente que es digna de crédito por no haber ninguna ganancia personal obvia para los miembros de la ONG. La información que la ONG genera y difunde es un reto político, debido tanto a la capacidad subyacente demostrada de movilizar ciudadanos a responder a una encuesta, como al poder de esa información en manos de los votantes informados.

Algunas implicaciones para las estrategias de información

Estos ejemplos muestran que las estrategias puramente informativas funcionan en circunstancias bastante específicas. Pero muchas estrategias de información no se diseñan en torno a lo específico de un país o de un servicio en particular. Es menos probable que la información relativa a agregados generales de desempeño del sector público –ya se base en encuestas, estudios presupuestarios u otros métodos– sea políticamente relevante. ¿Por qué? Porque no proporciona a los votantes una idea de la forma en que sus representantes en el gobierno los han perjudicado o ayudado.

Al igual que las tarjetas de reporte, esa clase de información de todas maneras puede ser útil, si los votantes pueden establecer puntos de referencia en la información o si la recolección misma de la información implica una organización política latente que pueda desafiar a los implicados. Pero en muchos casos la información recogida es neutra –recolectada por donantes y otras entidades extranjeras (que por definición no plantea ninguna amenaza política), por firmas locales de encuestas (sin ningún interés específico en servicios sociales), o por organizaciones de la sociedad civil (que se preocupan profundamente por el desempeño de los servicios públicos pero que no juegan ningún papel electoral).

A fin de cuentas, estos esfuerzos les dicen a los ciudadanos lo que ya saben –que los servicios son malos. Podrían decirles exactamente cuán malos son y qué servicios son peores que otros –en términos generales, información que los ciudadanos ya tenían pero más cuantificada. Lo que los ciudadanos no tienen y que necesitan que les ayuden a conseguir es información sobre qué tan malos son los servicios en su barrio con respecto a otros y quién es responsable de la diferencia.[273] En estos casos observadores de fuera pueden ayudar en varias formas:

- Apoyando organizaciones de la sociedad civil que generen y usen información específica sobre la prestación de servicios.
- Apoyando organizaciones de la sociedad civil que muestren cómo movilizar a los ciudadanos y ser voz digna de crédito para la prestación de servicios públicos.
- Respaldando el desarrollo de medios masivos. En primer lugar, mejorando la capacidad de los medios de plantear las preguntas adecuadas (reportar acerca de si la política del gobierno tiene éxito o falla, incluyendo cómo identificar los puntos de referencia correctos). En segundo lugar, mejorando la credibilidad de los medios (independencia con respecto a los intereses creados que se benefician de la largueza y de la influencia gubernamentales; anuncio de ingresos o de propiedad). Aquí es clave reducir las barre-

ras de entrada. En tercer lugar, mejorando la interacción con la sociedad civil para generar información que revele mala actuación o falta de acción pública.[274]

Descentralización para fortalecer el poder de opinión

La descentralización de las responsabilidades de prestación de servicios públicos es un aspecto prominente de la agenda de reforma en muchos países en desarrollo (*ver* capítulo 10). Bolivia, India, Indonesia, Nigeria, Pakistán y Sudáfrica –por nombrar sólo unos pocos– son todos parte de un movimiento mundial hacia la descentralización. Un objetivo clave, usualmente vinculado a la motivación política para la descentralización, es fortalecer la opinión ciudadana mediante el acercamiento de los servicios y de los políticos elegidos al cliente.

Descentralización de la prestación de servicios a los gobiernos locales

La experiencia con la descentralización varía. En Bolivia, la creación de gobiernos rurales locales ha estado asociada con los enormes cambios en las asignaciones públicas, que se apartan del sector de infraestructura y van a los sectores sociales –y con una caída vertical de la concentración geográfica de las inversiones públicas a medida que éstas quedan dispersas de manera más pareja entre las regiones.[275] Pero otros han tenido menos suerte, con resultados de incremento de las desigualdades regionales y captura de recursos públicos por parte de las elites locales. Puesto que varias reformas importantes de descentralización apenas están comenzando (Indonesia, Pakistán), hay una gran oportunidad de evaluar rigurosamente el impacto de diferentes diseños institucionales sobre la calidad de los bienes públicos.

¿Qué se requiere para que la descentralización política mejore servicios sociales básicos universales? Dos condiciones. Primera, a la hora de tomar sus decisiones de votación, los votantes tienen que tener más probabilidades de usar información relativa a la calidad de los bienes públicos locales. En segundo lugar, para los votantes las promesas políticas locales tienen que ser más dignas de crédito que las regionales y nacionales.

En principio, el impacto de la descentralización sobre una votación y una credibilidad política informadas podría ir en cualquier dirección. Por una parte, los votantes pueden usar más la información sobre bienes públicos locales en sus decisiones de votación, porque dicha información es más fácil de encontrar y los resultados están más directamente afectados por las acciones del gobierno local. Y los agentes políticos pueden tener mayor credibilidad debido a su proximidad a la comunidad y a la reputación desarrollada a través de una interacción social de largo tiempo. Por otra parte, los votantes locales pueden ser apáticos con respecto a las elecciones locales o tener poca o ninguna información sobre la disponibilidad de recursos y las capacidades del gobierno local. La polarización social puede ser más intensa debido a diferencias de vieja data entre las comunidades asentadas. Siendo más cercanas las relaciones sociales entre los representantes elegidos y sus clientes, las promesas clientelistas a unos pocos votantes pueden ser más fáciles de hacer y de cumplir.

Descentralización del manejo y credibilidad política

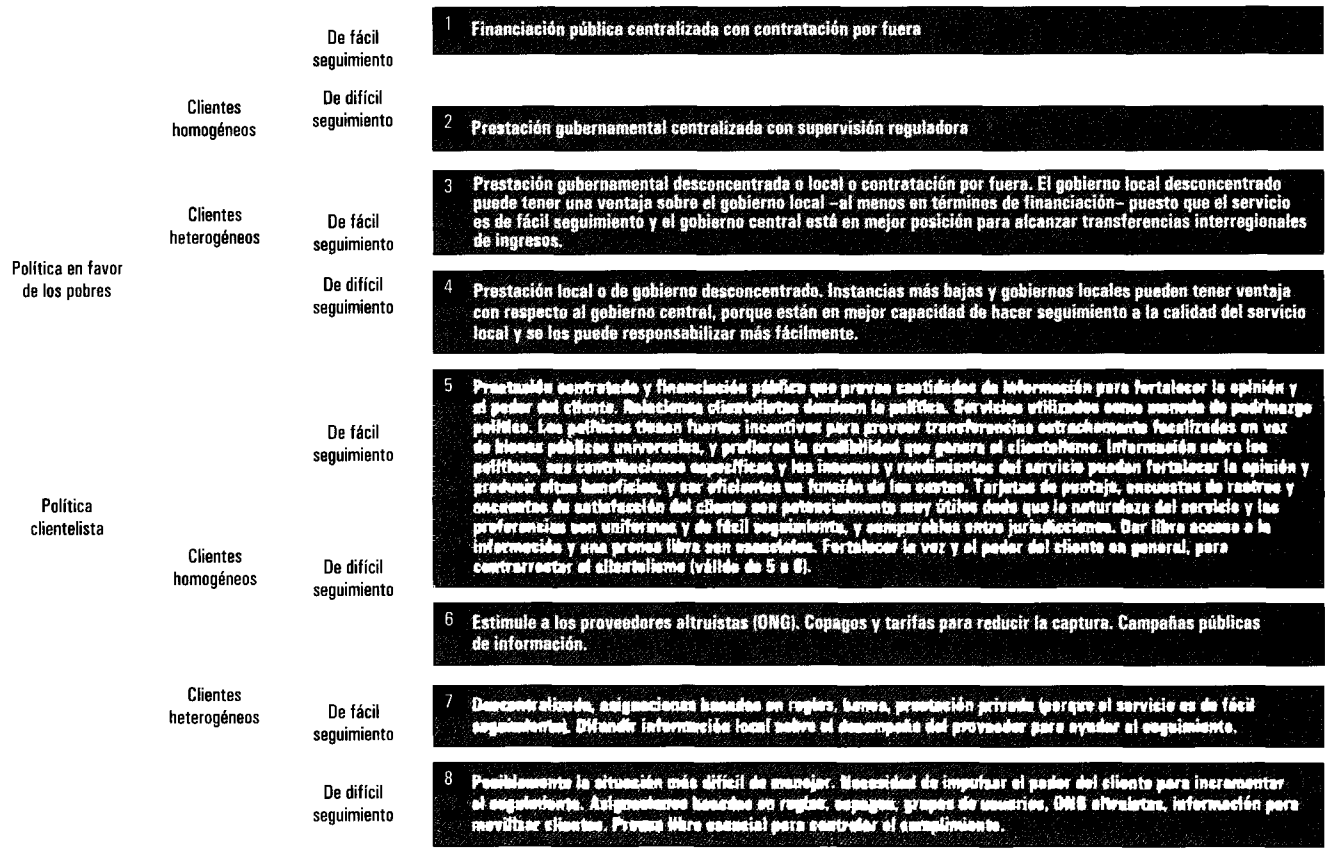
También ha habido un impulso por institucionalizar una mayor autonomía en la toma de decisiones en escuelas, hospitales y clínicas, y por fomentar una mayor participación de los ciudadanos a través de asociaciones de padres de familia-maestros y de comités de salud. Estas intervenciones institucionales también es probable que se refieran a la credibilidad de los políticos elegidos. Políticos ubicados en el centro, lejos de las comunidades donde se proveen los servicios, no pueden prometer de una manera creíble mejorar la calidad en servicios tan intensivos en transacciones como son los de salud y educación básicas. A lo sumo pueden comprometerse con proporcionar elementos tan verificables como infraestructura, equipo y salarios.

Cuando la responsabilidad por la prestación y el seguimiento de la educación primaria está completamente centralizada, los incentivos políticos para mejorar la calidad escolar son débiles. Pero si el seguimiento de los proveedores está descentralizado (a los clientes), los votantes solamente necesitan verificar que los políticos hayan puesto a disposición recursos para que las escuelas y clínicas decidan si recompensarlos o castigarlos a la hora de las elecciones, y así los políticos pueden tener más credibilidad.

Opinión ciudadana en ocho medidas

El que un sistema político esté a favor de los pobres o sea clientelista es difícil de evaluar y

Gráfico 5.4 Ocho medidas se ajustan a todos



de abordar. Obviamente este es el caso para los actores externos y para los donantes, pero también para aquellos que, dentro del país, están naturalmente influenciados por la historia y tradiciones de su sistema político particular, por ejemplo, una democracia parlamentaria. Pero en la prestación de servicios los beneficios que pueden obtenerse de evaluar si el ambiente favorece a los pobres o es clientelista, pueden ser altos. Aun cuando los políticos sean clientelistas, pueden tomarse decisiones políticas que tengan la probabilidad de producir mejores resultados que la errada aplicación de políticas que sólo funcionan bien en ambientes favorables a los pobres.

Tales decisiones pueden combinarse con consideraciones acerca de si las preferencias son homogéneas o heterogéneas (un rasgo de la relación entre clientes y proveedores, explicada en el capítulo 4) y si los servicios son de fácil o de difícil seguimiento para los responsables de la formulación de políticas (y consecuentemente si los contratos entre responsables de la formulación de políticas y proveedores pueden ser escritos, como se observó en el capítulo 3 y se explica en mayor detalle en el capítulo 6). En términos sencillos, cuanto más difiera la gente en sus preferencias, más descentralizadas deben ser las decisiones acerca de la entrega de servicios. Cuanto más difícil sea el seguimiento para los responsables de la formulación de políticas, más necesitan los clientes participar y más fuerte tiene que ser el poder del cliente.

Diferentes combinaciones de estas características llevan a diferentes opciones, unas más apropiadas que otras, de manera que si bien ninguna medida única se ajusta a todo, para efectos ilustrativos quizá ocho medidas sí lo hagan (gráfico 5.4). Ninguna de estas características u opciones puede ejecutarse con exactitud, porque los países dependen de un continuo. Pero entenderlas puede ayudar en la consideración de los arreglos que tengan las mayores probabilidades de hacer que los servicios funcionen para los pobres. El gráfico 5.4 ilustra también los arreglos generales de prestación de servicios y las opciones implícitas de política que son apropiadas en diferentes situaciones. ¿El mayor problema? Que a menudo no se toma la decisión apropiada.

En muchos países, los responsables de la formulación de políticas asumen que su país o región tiene políticas en favor de los pobres y poca heterogeneidad de preferencias para servicios intensivos en transacciones y de difícil seguimiento (como la educación primaria). Entonces optan por la prestación del servicio por el gobierno central (opción 2 en el gráfico 5.4). Pero si en realidad el ambiente de prestación de servicios está basado en el clientelismo y las preferencias varían ampliamente, entonces la lectura de las condiciones habrá sido errada y los servicios les fallarán a los pobres. Para que los servicios funcionen puede apelarse a la prestación descentralizada, con cantidades de participación de los clientes a todos los niveles, en formas que creen opciones y que imiten al mercado (opción 8).

En general, en escenarios clientelistas puede hacerse que los servicios funcionen escogiendo arreglos que reduzcan las rentas derivadas de la prestación de servicios que, de lo contrario, serían capturadas a través del padrinazgo y el clientelismo. Estas son las situaciones descritas en las opciones 5 a 8. El arreglo apropiado para servicios de difícil seguimiento como la salud curativa o la educación primaria podría ser entonces la opción 6 o la 8, dependiendo de si las preferencias son homogéneas o heterogéneas. Si los arreglos institucionales cambian y emerge un ambiente de prestación de servicios que favorezca a los pobres, debería ser posible pasar a los arreglos de servicios descritos en las opciones 1 a 4. Pero en la medida en que no cambien, tratar de avanzar con las opciones 1 a 4 y hacer que los servicios funcionen para la gente pobre puede ser una quimera y un desperdicio de recursos.

Ya sea en ambientes clientelistas o que favorezcan a los pobres, tener más y mejor información reditúa en fortalecimiento de la opinión. Información sobre los servicios que sea específica, directamente relacionada con las preocupaciones de los votantes, y enmarcada de una forma que asegure el interés político por atender a las preocupaciones de prestación de servicios, probablemente sea lo más efectivo. Información emanada de evaluaciones de impacto puede mostrar qué funciona y por qué. Información relativa a los políticos puede impulsar la credibilidad política, fortalecer los incentivos para prestar servicios públicos universales, y evitar bienes dirigidos a propósitos políticos, así como la búsqueda de rentas.

En primer plano: *El Programa de Desarrollo Subdistrital en Indonesia*

Elección, participación y transparencia en los pueblos de Indonesia

Una nueva generación de proyectos comunitarios en Indonesia ilustra muchos de los elementos clave de los servicios efectivos. Los proyectos transfieren recursos directamente al control local, lo que permite que un organismo local de toma de decisiones escoja entre las propuestas de los grupos comunitarios. Los tres principios son: opción de elegir, participación y transparencia.

Escena pastoril o desorden caótico

En la era del Nuevo Orden de Soeharto (1967-98) Indonesia ha sido comparada con una pintura impresionista francesa: desde cierta distancia, una hermosa escena pastoril, pero vista de cerca, un desorden caótico.

El gobierno lanzó "proyectos" de programas de desarrollo de la cima a la base, en fertilidad, salud, escolaridad y reducción de la pobreza –implementados por una burocracia razonablemente funcional y capaz. Vistos en conjunto, los resultados fueron espectaculares. El producto interno bruto per cápita creció más del 5% al año. La pobreza se redujo de cerca de la mitad de la población en la década de los años setenta al 11% en 1997. La mortalidad infantil descendió, la fertilidad bajó y la escolaridad se elevó enormemente.

La ley de 1979 por la cual se establecían gobiernos de los pueblos era el estado del arte –sobre el papel. Con las metas de "descentralización" y de planeación "de la base a la cima", la ley estableció jefes del pueblo elegidos localmente, responsables ante un concejo del pueblo. El proceso de planeación del presupuesto incorporó reuniones a nivel de pueblo a fin de obtener aportes de la base a la cima para las prioridades presupuestarias.

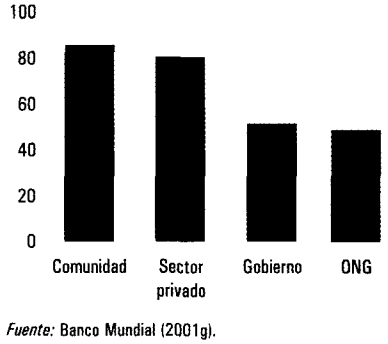
Pero la realidad del liderazgo del pueblo era diferente. La creación de estructuras administrativas multifuncionales del pueblo imponía un orden y una uniformidad que no encajaban con las estructuras sociales existentes, que ignoraban organizaciones que tenían funciones específicas (agua) y liderazgo tradicional (*adat*).[276] Muchos pueblos tenían líderes dinámicos, pero muchos otros tenían líderes elegidos esencialmente por el gobierno regional (provincial o distrital), el cual tenía poder de veto sobre los candidatos.[277] La cabeza del pueblo era responsable ante un concejo, pero también encabezaba ese concejo y escogía a muchos de sus miembros. La mayoría de las cabezas de pueblo eran responsables ante instancias superiores –gobiernos regionales– y no ante los lugareños. La planeación de la base hacia arriba realmente nunca funcionó: un análisis de 770 propuestas de los pueblos encontró que a lo sumo el 3% de las mismas era incluido en los presupuestos distritales.[278]

Resultados empíricos de una encuesta reciente en 48 pueblos rurales sugieren que las organizaciones impulsadas por el gobierno no hicieron al gobierno del pueblo más sensible a las necesidades de éste. Quienes reportaron participación en los grupos del pueblo organizados por el gobierno, dijeron tener más probabilidades de haber hablado sobre los problemas del pueblo y de haberlo hecho efectivamente. Pero en general este impacto, al dejar por fuera la voz de otras personas del pueblo, parece haber sido negativo.

Los problemas con el ejercicio del gobierno local eran obvios en los proyectos. Los programas de primera generación para reducción de la pobreza –donaciones en bloque a comunidades pobres, dentro del programa IDT (Impres Desa Tertinggal)– emplearon estructuras existentes en los pueblos y se juzgó que habían tenido muy poco impacto en calidad o en cantidad.[279] Un estudio de todos los proyectos en los pueblos –incluidos los iniciados por su propia cuenta por algunos pueblos– reveló que los proyectos adelantados por iniciativa del pueblo tendían mucho más a tener beneficios sostenidos que los iniciados por el gobierno (gráfico 1).

La siguiente generación de proyectos más participativos –dos rondas de proyectos de infraestructura para los pueblos y de proyectos de abastecimiento de agua y sanidad– demostró que el mayor compromiso comunitario podía tener beneficios reales. Los proyectos de abastecimientos de agua, diseñados para incorporar la participación, tenían tasas mucho menores de fracaso que los convencionales. Y los costos de los proyectos de infraestructura para los pueblos eran de 30% a 50% menores que los costos en proyectos que empleaban construcción del gobierno.

Gráfico 1 Proyectos iniciados por la comunidad: tienden más a mantenerse y a estar completamente en uso



Fuente: Banco Mundial (2001g).

Expansión con sencillez y confianza

Las crisis financieras y políticas que empezaron en 1997 abrieron una ventana para la acción. Se necesitaba desesperadamente que los proyectos ayudaran rápido a las áreas rurales. Se estaba ensayando a nivel piloto un diseño mejorado para proyectos comunitarios, basado en las lecciones obtenidas de las donaciones en bloque dentro del IDT y de las inversiones en infraestructura dentro de los proyectos de infraestructura para los pueblos. El diseño incluía menús abiertos y más énfasis en la participación y la toma de decisiones comunitarias. La crisis creó también una oportunidad para actuar con respecto a los problemas de transparencia, responsabilidad local y corrupción.

El nuevo Programa de Desarrollo Subdistrital (Kecamatan Development Program - KDP) hace donaciones en bloque a subdistritos elegibles –o *kecamatan*, unidad administrativa que incluye aproximadamente de 10 a 20 pueblos y unas 30.000 personas, aunque su tamaño varía enormemente. Cada subdistrito usa los fondos para financiar propuestas comunitarias de los pueblos para actividades de pequeña escala en bienes públicos (carreteras, pozos, puentes) o económicas. Un foro subdistrital que incluye delegaciones de los pueblos toma las decisiones sobre qué propuestas financiar.

El diseño del KDP se basó en la sencillez, la participación, la autoconfianza, la transparencia y la confianza de unos con otros. Estos principios pueden sonar triviales, pero impulsaron el modelo del diseño en varias direcciones.

- *La sencillez* significaba que los fondos se darían directamente a las comunidades, eliminando una función de los gobiernos regionales (distritales y provinciales).
- *La participación* sería estimulada y facilitadores del pueblo y del subdistrito elegi-

dos localmente ayudarían a los grupos a preparar propuestas y fomentarían la difusión de información.

- *La autoconfianza* revertiría la habitual dependencia de los pueblos de personal técnico de ministerios y gobierno, permitiendo a los lugareños contratar ingenieros y demás ayuda técnica.
- *La transparencia* significaba que toda la información financiera estaría disponible al público y que en cada pueblo la información detallada sobre el uso de los fondos estaría disponible en formatos sencillos y fáciles de entender.
- *La confianza* de unos con otros hizo posible pasar de complicados sistemas formales de contabilidad para la entrega de fondos, a sistemas de desembolso que se fían de documentación mínima –pero con verificaciones y supervisión implícitas.

Hasta ahora el proyecto ha sido un éxito en implementación, expandido de 40 pueblos en 1998 a más de 15.000 en 2000. Ha pasado a otro ciclo y ha sido replicado en áreas urbanas. Los esfuerzos de evaluación, incluido un innovador intento de medir directamente el impacto sobre la corrupción, están examinando si el KDP ha mejorado el desempeño de los proyectos.

Esto no quiere decir que el KDP esté libre de flaquezas –es un proyecto transitorio, una situación transitoria, emplazado en instituciones existentes. Ha habido problemas de corrupción y mala calidad técnica, y problemas de líderes locales que "guían" la toma de decisiones participativa. Pero el KDP sí da a los campesinos los mecanismos estructurados de toma de decisiones y transparencia. También les da el recurso para forzar a consideración el tema de mejor ejercicio del gobierno. Funcionarios corruptos han sido procesados. Se ha recuperado dinero. Se han echado abajo decisiones.

Dos problemas persisten: primero, ¿es el KDP un producto idiosincrásico de su tiempo y lugar particulares, o un modelo que puede replicarse en otras partes? El hecho de que versiones del mismo estén siendo lanzadas en Afganistán y las Filipinas (y quizá en otras partes) sugiere lo segundo. Pero todavía está por verse si "funcionará" en esos sitios. Quizá los principios puedan implementarse adaptando el diseño a las circunstancias locales.

Segundo, ¿son las grandes agencias externas (como el Banco Mundial) realmente capaces de apoyar proyectos de "desarrollo pequeño y por mucho tiempo"? Quizá sí, quizá no. Algunos sostienen que los actores externos no tienen ningún mandato ni la experticia para meterse en el ejercicio del gobierno local. Y la preservación del vínculo exclusivo tradicional de las agencias externas con organizaciones proveedoras públicas formales, puede hacerlas incapaces de contribuir a la creación de las responsabilidades locales necesarias.

¿Esto o aquello? Tres opciones estratégicas

Proyectos de desarrollo impulsados por la comunidad, como el KDP, generan tres opciones estratégicas relevantes para el diseño de la prestación de servicios.

Focalización estrecha o aguda. A menudo se alega que los fondos comunitarios son capturados por "elites" y que no serán bien focalizados hacia los pobres. El KDP muestra que los pobres sí se benefician pero es difícil llegar a los pobres más pobres o cambiar prejuicios sociales profundamente arraigados simplemente mediante el diseño de proyectos (pese a cosas como los mecanismos del KDP para elevar la opinión de la mujer). Pocos programas grandes han demostrado mayor capacidad para apuntar hacia los pobres, y los programas focalizados muy estrechamente no conseguirían compromiso ni apoyo.

Proyectos técnicos o participativos y servicio. El personal técnico del gobierno (y de muchas agencias donantes) es receloso del diseño de proyectos impulsados por la comunidad porque pueden minar la calidad técnica. Ante la opción de un puente de construcción participativa o uno hecho por ingenieros, la gran mayoría de la gente cruzaría el segundo. La pregunta es cómo crear un puente con buena ingeniería que responda a las necesidades de la comunidad. Otros servicios tratan de equilibrar el control comunitario con la calidad técnica: la participación en atención médica no significa que pueda remplazarse la ciencia médica. ¿Deben expandirse mecanismos como los del KDP con mejores vínculos con proveedores técnicos? ¿O debe fortalecerse a los proveedores técnicos y canalizar el papel "participativo" no hacia el control directo y la toma de decisiones sino hacia la elección de funcionarios locales?

Gobiernos locales o regionales. Los gobiernos regionales suelen quejarse de que pasar recursos directamente a las comunidades mina su autoridad, desacelerando con ello la creación de la capacidad necesaria para el ejercicio del gobierno formal y la democracia. Los proponentes del desarrollo comunitario responden que la democracia profunda depende de la clase de transparencia, toma de decisiones, debate abierto y responsabilidad que creen los proyectos comunitarios. La descentralización de las decisiones sobre presupuestos y programas para el nivel provincial –cuando la gente no ha desarrollado tradiciones ni instituciones de toma de decisiones cívicas al nivel local (o las ha suprimido)– es un asunto riesgoso. En un ambiente de transición es improbable que las solas elecciones periódicas sean suficientes para generar responsabilidad pública. El desarrollo de mecanismos no electorales de responsabilidad pública es clave (transparencia, recursos legales, participación directa).

En primer plano: *Noruega y Estonia*

Desarrollo de servicios sociales y construcción de una nación

Noruega, uno de los países más ricos del mundo, es hoy por excelencia el Estado de bienestar, con acceso universal a salud y educación básicas. Pero este Estado de bienestar evolucionó a lo largo de dos siglos, con sistemas privados que sólo gradualmente dieron lugar a instituciones dirigidas por el Estado. El logro de servicios sociales disponibles para todos era visto como parte de la construcción de la nación noruega. Aunque geográficamente cerrada, Estonia recuperó su independencia en 1991. Está buscando desarrollar sus servicios sociales y construir una nación en un tiempo mucho más corto y con restricciones presupuestarias.

Noruega: cambio gradual con presión de la cima a la base

En 1860, la asamblea nacional noruega aprobó dos leyes –la Ley sobre Salud y la Ley Escolar–; fue la primera vez que el Estado asumió la responsabilidad por la salud y la educación de su pueblo. La Ley sobre Salud, por la cual se establecieron comisiones de salud en todos los municipios, fue promovida por la elite social del país para mejorar el bienestar de las comunidades agricultoras y campesinas de Noruega, de manera que el país pudiera competir con las naciones más avanzadas de Europa. La elite veía que educar a los hogares campesinos pobres en materia de higiene personal y ambiental era una clave para este proyecto, y esta tarea se les encomendó a las comisiones de salud. Es interesante ver que los miembros de la profesión médica, la cual hasta ese momento había tenido un estatus un tanto inferior al de otras profesiones (derecho, sacerdocio y fuerzas militares), se autoconsideraron los líderes naturales de la campaña. De acuerdo con un médico, nombrar a un abogado para que encabezara la campaña (cosa que se estaba contemplando) "no habría adelantado nada por la causa".[280]

Pero las comisiones de salud enfrentaron dificultades significativas para realizar su trabajo. Además de que los médicos no tenían entrenamiento en salud pública y de que su trabajo era mal pago, la división cultural entre las elites urbanas y los agricultores rurales era un obstáculo. Por ejemplo, aunque el fertilizante era un producto escaso, los médicos estaban tratando de deshacerse de los montículos de abono cercanos a las casas de habitación, debido al aire viciado que la gente se veía obligada a respirar.

Entre tanto, muchos de los servicios los estaban prestando organizaciones de las bases. Fundada en 1896, en 1920 la Asociación de Salud Pública de las Mujeres Noruegas estaba dirigiendo 14 sanatorios para pacientes con tuberculosis. La asociación también abogaba por mayor intervención pública en salud y logró que las autoridades abrieran baños públicos y que controlaran regularmente la salud de infantes y de niños en edad escolar. De 1890 en adelante, el sector salud evolucionó a través de asociaciones público-privadas, impulsadas por la presión de las bases y por organizaciones filantrópicas. A medida que el Estado asumía más responsabilidad por la prestación de servicios universales, proceso éste que alcanzó su auge en la década de los años treinta, no tenía que crear las instituciones a partir de cero: podía aprovechar instituciones ya creadas, organizadas y financiadas por actores privados y por la sociedad civil.

Reforma de las escuelas

Desde 1739 a los niños se les exigía asistir a la escuela desde la edad de 7 años hasta cuando supieran leer y estuvieran listos para la confirmación luterana. Los incentivos para aprender a leer eran fuertes. No leer significaba no confirmación, y no confirmación significaba no licencia de matrimonio, no tenencia de tierra, no trabajo permanente y no oportunidad de enrolarse en las fuerzas armadas. Sin embargo, la población rural se resistía a enviar a sus hijos a la escuela, principalmente debido a que encontraba que el currículo era irrelevante para la agricultura.

Lo mismo que con la salud, maestros formalmente entrenados se convirtieron en la fuerza motriz detrás del uso de la educación para construir la nación noruega. Los maestros se organizaron en 1848 y abogaron por la inclusión de profesionales de la educación en organismos responsables de la formulación de políticas. La Ley Escolar de 1860 pasó la responsabilidad de dirigir las escuelas del clero a una junta escolar elegida (cuya cabeza seguiría siendo un sacerdote). Como resultado de la presión popular y agraria, los consejos escolares locales fueron facultados para nombrar maestros, determinar su propio "plan educativo" e introducir la nueva lengua escandinava como el idioma para la instrucción. Pero un creciente movimiento laboral estaba pidiendo educación más universal, de manera que en 1889 se sancionó una ley escolar común y la educación finalmente pasó del entrenamiento religioso al aprendizaje general y la construcción de nación.

Estonia: comenzando de nuevo y con pocos recursos

Al reindependizarse en 1991, Estonia quería alejarse de sus sistemas heredados para abrazar enfoques europeos occidentales modernos que descansaran sobre reformas progresivas gubernamentales, económicas y sociales –en parte para ser aceptada en la Unión Europea. El nuevo Estado tenía que establecer rápidamente los mecanismos de un sistema moderno de bienestar. Pero contaba con poco tiempo para establecer la legitimidad del sistema.

En 1991, la primera prioridad era tener servicios basados en el idioma y la cultura estonios, cruciales para la identidad nacional. Luego venía la urgente necesidad de elevar la eficiencia y la equidad. Pero las dificultades económicas limitaban los recursos para la reforma.

El sistema de servicios de salud tenía que reorganizarse completamente. A diferencia de la situación en Noruega, en Estonia los poderes administrativo, legislativo y regulador estaban todos en un mismo lugar: el ministerio de salud. Con poca transparencia y control, la corrupción floreció.

Para enfrentar el problema, el viejo sistema financiado por el Estado fue reemplazado por el seguro de salud, lo cual facilitaba la transparencia y un flujo sostenido de financiación. Un desafío de primer orden ha sido transmitir la lógica y las ventajas a largo plazo del nuevo sistema. La gente súbitamente tuvo que pagar por servicios de salud que solían ser gratuitos. Las drogas les eran vendidas a precios europeos, y, si bien el sistema tiene como uno de sus objetivos la equidad, el estado de salud de un creciente número de estonios está decayendo, especialmente el de los ancianos, las minorías étnicas y los desempleados. Alrededor del 6% de la población aún no está cubierta por el nuevo sistema nacional de seguro de salud.

En muchos aspectos, Estonia ha tenido más éxito que muchos otros países recién independizados. Pero en su propósito de encontrar su propia manera de hacer que los servicios funcionen, no ha tenido el lujo del tiempo.

Responsables de la formulación de políticas y proveedores

capítulo 6

Educación infantil. Buena salud. Agua limpia, confiable y a la mano. Vecindarios seguros. Casas iluminadas. Eso es lo que los ciudadanos, pobres y ricos, quieren de los servicios. Si los responsables de formular las políticas asumen la responsabilidad de prestar los servicios, también tienen que preocuparse por estos resultados y asegurarse de que los proveedores de servicios también se preocupen por ellos. El capítulo 5 se refirió al primer desafío: inducir a los responsables de la política a reflejar los intereses de la gente pobre. Este capítulo aborda el segundo: inducir a los proveedores a alcanzar los resultados de interés para los pobres. ¿Cómo? Escogiendo a los proveedores apropiados. Alineando los incentivos con esos resultados. Y asegurando que los responsables de la formulación de políticas lo hagan por lo menos tan bien como los propios clientes en la creación de esos incentivos.

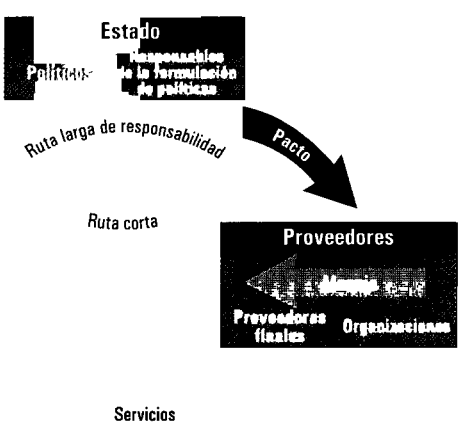
Pactos, manejo y la "ruta larga" de responsabilidad

El "pacto" presentado en el capítulo 3 está compuesto de relaciones de responsabilidad necesarias para incrementar el poder de los incentivos para un buen desempeño (gráfico 6.1). Las instrucciones para las organizaciones proveedoras tienen que ser claras y estar respaldadas por recursos suficientes para su remuneración adecuada y regular. Buena información sobre las acciones de los proveedores y los resultados de esas acciones tiene que llegarle al responsable de la formulación de políticas. Y la remuneración tiene que guardar una relación tan estrecha como sea posible con estos resultados. La responsabilidad se mejora:

- Aclarando responsabilidades; separando el papel del responsable de la política, que debe rendir cuentas a los ciudadanos pobres, del papel de las organizaciones proveedoras, que deben rendir cuentas al responsable de la política.
- Escogiendo al proveedor apropiado; servidores civiles, agencias públicas autónomas, ONG, o contratistas privados. A menudo la competencia puede ayudar en esta elección.
- Proporcionando buena información, paso que es esencial. El solo seguimiento del cumplimiento de los contratos requiere más y mejores medidas. Mantener un ojo puesto en el premio por mejores resultados también requiere mediciones más regulares. Y requiere además determinar qué funciona, evaluando rigurosamente los programas y sus efectos.

Estos pasos no son fáciles ni directos. Las presiones políticas suelen imposibilitar a los responsables de la formulación de políticas de reclamar independencia con respecto al desempeño de los proveedores de servicios. Los pactos para la clase de servicios que se discute aquí no pueden ser completos ni tener resultados perfectamente medidos. Encontrar personal suficiente, independientemente de los términos precisos de su empleo, es un desafío real para muchos países en desarrollo debido a la migración internacional y, en el África Subsahariana, debido también al VIH/sida. Y determinar qué

Gráfico 6.1 Pacto y manejo en el marco de la prestación de servicios



funciona –determinar el lazo entre políticas e insumos y resultados– es difícil, no sólo por razones técnicas. Gobiernos, donantes y organizaciones proveedoras frecuentemente no quieren saber –o no quieren asumir el riesgo de descubrir– qué no funciona.[281]

Tal vez sea difícil medir los resultados de los servicios de salud, educación e infraestructura, pero es posible. Las mejoras no pueden ser medidas tan precisamente como medir una tonelada de acero. Pero los resultados de estos servicios son mucho más mensurables que muchas funciones esenciales del gobierno. Tasas de mortalidad, tasas de alfabetismo y la pureza del agua son observables de maneras en que no lo es, por ejemplo, "avanzar en los intereses internacionales de la nación", meta de un ministerio de relaciones exteriores.[282] Y ciertamente está a disposición el conocimiento técnico para la evaluación rigurosa de programas que lleguen a los pobres.

Unas palabras sobre "pactos" frente a "manejo". El tema focal de este capítulo es el pacto entre el responsable de la formulación de políticas y las organizaciones proveedoras, no los detalles del manejo de los proveedores directos por parte de la organización proveedora. El manejo apropiado tiene que ajustarse a las circunstancias locales. Centrarse en los detalles de la administración distrae de la relación más crucial del pacto y cede a la tendencia al micromanejo. Aquí el énfasis está en los principios para el diseño de incentivos. Pero no se puede ignorar enteramente el manejo. Mucha de la (escasísima) literatura acerca de lo que sí funciona y lo que no –sobre respuestas de los proveedores a los cambios en los incentivos– tiene que ver con reformas de manejo, de manera que estas experiencias tienen que constituir la limitada base empírica.

Incentivos mal alineados y fallas de servicios

Las fallas en llegar a la gente pobre con servicios efectivos usualmente pueden atribuirse a la falta de alineación entre los incentivos para los proveedores y los resultados. Un mercado privado abandonado a sus propios medios no puede prestar servicios apropiados a los pobres. Tenderá a servir a clientes que posean el poder adquisitivo para un conjunto bastante estrecho de servicios. La atención médica privada moderna, dada por profesionales diestros, y la educación privada las utilizan fundamentalmente los mejor librados. El agua es una excepción; la clase media captura cantidades sustanciales del agua pública, en tanto que la gente pobre tiene que comprarla a costosos vendedores privados. La gama de servicios que el sector privado presta por su propia cuenta se limita a bienes privados. El sector público puede contratar proveedores privados para servicios a los pobres, o para verdaderos bienes públicos (donde un sector privado es imposible, aun en principio). Pero no se puede confiar en que ellos presten esos servicios por su propia cuenta. Es por eso que el sector público debe asumir la responsabilidad por los servicios básicos, especialmente para los pobres.

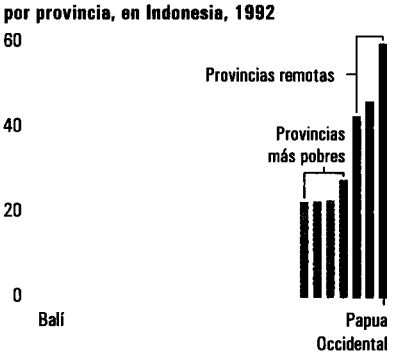
El sector público también tiene sus problemas. El capítulo 5 preguntaba si, en el cumplimiento de esta responsabilidad, los responsables de la formulación de políticas tienen los incentivos para "hacer lo correcto". La respuesta frecuentemente es "no". Pero incluso si las políticas están debidamente diseñadas, es difícil conseguir personal para equipar instalaciones en áreas pobres o remotas. En Indonesia, las tasas de vacantes para médicos van desde cerca de cero en Balí hasta el 60% en Papua Occidental (antes Jaya iraní), la provincia más lejana con respecto a Java (recuadro 6.1).

La dificultad para llenar esas plazas varía según el trabajo. Es máxima para la gente más calificada que tiene los mejores prospectos alternativos de empleo. En países que tienen poca gente preparada, ésta casi siempre es gente

RECUADRO 6.1 ***Un buen médico es difícil de encontrar***

Los centros públicos de salud en locaciones deseables tienen tasas modestas de vacantes, tan pequeñas como de 1,2% en Balí y cerca del 5% en los centros de población de la mayoría de las provincias de Java y Sumatra. Para áreas tan remotas como Papua Occidental la tasa de vacantes alcanza al 60% y para Kalimantan central más del 40%.

Porcentaje de centros de salud sin médico, por provincia, en Indonesia, 1992



Fuente: Banco Mundial (1994b).

nacida y criada en centros urbanos. En Níger el 43% de los padres de enfermeros y parteras eran servidores civiles y de ellos el 70% se había criado en la ciudad.[283] Es apenas natural que quieran lo mismo para sus hijos. Y es ingenuo decir sencillamente "páguenles más". En Indonesia habría que pagar a los médicos múltiplos de sus niveles de ingreso corrientes para que vivieran en Papua Occidental.[284] Y dar a los proveedores demasiada discrecionalidad con respecto a dónde prestan sus servicios puede perjudicar a los pobres, como en las escuelas rurales de Zambia (recuadro 6.2).

Aun cuando la gente acepte trabajos en áreas pobres, su ausentismo suele ser desmedido (*ver* cuadros 1.2 y 1.3 en el capítulo 1). Las razones varían, pero las oportunidades económicas alternativas son una causa de primer orden para profesionales que tienen capacidades fácilmente comercializables.[285] Esto es válido tanto para los médicos como para otros trabajadores de la salud y para maestros que ofrecen tutoría independiente. De nuevo, los imperativos cotidianos del ganarse la vida van en dirección contraria al incremento de servicios para la gente pobre. Esto es particularmente cierto cuando la remuneración del servicio civil es mucho menor que la del sector privado para las mismas capacidades.

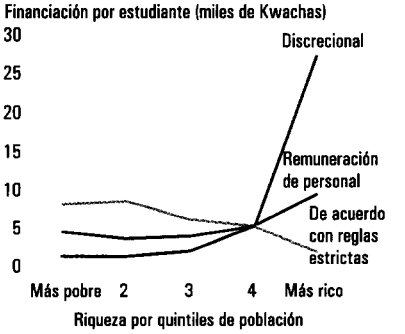
Aun cuando hay gente ocupando los cargos, su desempeño puede comprometer los resultados para la gente pobre. La falta de conciencia, el maltrato de estudiantes y pacientes y la pérdida de destrezas a lo largo del tiempo (capítulo 1), pueden atribuirse todos a una combinación de falla en los incentivos y en el espíritu característico de los servicios. Los trabajadores asalariados que no tienen oportunidad de avanzar ni temor alguno de castigo, tienen poco incentivo para desempeñarse bien. En el capítulo 4 se afirmó que la falta de buena atención dependía de los incentivos, no del entrenamiento. Si los ingresos no provienen de los clientes, el responsable de la formulación de políticas tiene que responsabilizar a los proveedores, en particular haciendo seguimiento y recompensando la buena conducta.

La corrupción –ganancia privada no autorizada obtenida de recursos públicos– es común en muchos servicios y también es atribuible a incentivos en competencia. En Europa Oriental, los pagos por debajo de la mesa a los servidores públicos y la corrupción general minan la legitimidad de todos los servicios del gobierno, y son particularmente costosos para la gente pobre (recuadro 6.3). El mal manejo farmacéutico está en todas partes: robos de las farmacias públicas abastecen una gran porción del mercado privado en Costa de Marfil, India, Jordania, Tailandia y Zambia. La corrupción responde a incentivos monetarios, pero también requiere falta de información sobre actividades clandestinas e incapacidad para imponer sanciones. Como lo expresa el capitán Shotover en *Heartbreak House* de George Bernard Shaw: "Dame más oscuridad. El dinero no se hace a la luz". La información abierta puede reducir tanto la incidencia de corrupción como su corrosividad.[286]

La presión comunitaria también puede subvertir los incentivos para cumplir las responsabilidades primarias de los proveedores públicos. En muchos sitios el servidor público es un miembro permanente de la comunidad, que enfrenta presiones sociales sustanciales para inclinar las reglas hacia el beneficio de las preferencias locales. A veces esto es bueno –demuestra la flexibilidad para responder a las necesidades locales. Pero para algunos servicios, en especial aquellos que tienen características punitivas, eso puede comprometer los deberes esenciales del proveedor. Por ejemplo, agentes forestales que son miembros integrales de una

RECUADRO 6.2 ***La discrecionalidad del proveedor puede perjudicar a los pobres***

Financiación de diferentes fuentes, de escuelas primarias rurales en Zambia



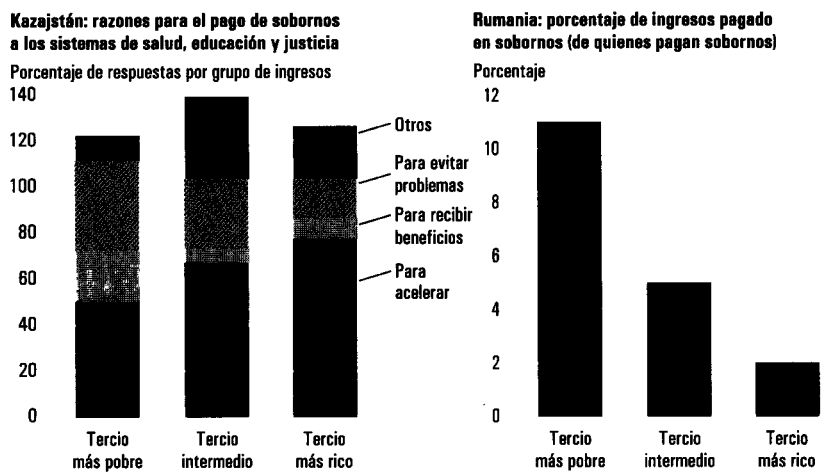
En Zambia las escuelas rurales reciben recursos en efectivo y en especie (personal). Las transferencias de efectivo, asignadas por reglas estrictas de financiación per cápita, son distintivamente progresivas. Las áreas rurales dan asignaciones discrecionales de efectivo significativamente más altas a las escuelas ricas. La compensación del maestro por alumno se incrementa con la riqueza de los niños que asisten a la escuela, lo que se refleja en razones más altas de personal y la gravitación de personal superior en las áreas más ricas.

Fuente: Das y otros (2003).

RECUADRO 6.3 *El soborno perjudica a los pobres*

En Kazajstán, para lograr acceso a salud, educación y al sistema de justicia, la gente pobre paga sobornos simplemente para recibir servicios a los que tiene derecho (y evitarse "problemas" para obtenerlos), en tanto que la gente más rica paga para acelerar el servicio.

En Rumania los pobres pagan fracciones sustancialmente mayores de sus ingresos en sobornos.



Nota: Los números suman más del 100% debido a las múltiples respuestas.
Fuente: Anderson, Kaufmann y Recanatini (2003).

comunidad pueden ser renuentes a reportar la tala ilegal por parte de sus vecinos.[287] Una forma de presión comunitaria particularmente nociva para los pobres es la captura de servicios por parte de las elites locales. En Ghana del norte, facilitadores jóvenes inexpertos y mal pagados de proyectos participativos encontraron en esa presión un impedimento de primer orden.[288]

Muchos de los proveedores del sector público, habitualmente la mayoría, son gente consagrada cuyos intereses son fundamentalmente compatibles con el bien público, pero sus propias necesidades de sostener a una familia, de asegurarle bienestar, de tener relaciones amistosas con los vecinos, todo les impide proveer suficientes servicios para beneficiar a los pobres. Si es necesario aumentar la escala de las operaciones para llegar a los pobres, es aún más necesario cambiar los incentivos para ese margen adicional, sean monetarios o no.[289]

Incremento de la responsabilidad: separación entre el responsable de la formulación de políticas y el proveedor

Los muchos incentivos que tienen los proveedores desdibujan el enfoque en los resultados. Es esencial hacer una clara separación entre el papel del responsable de la formulación de políticas y la organización proveedora, a fin de alinear los incentivos para el proveedor con los resultados finales que los responsables de la formulación de políticas quieren para los ciudadanos. ¿Quién es el responsable de la formulación de políticas y quién la organización proveedora? El primero es la persona directamente responsable ante la ciudadanía, preferiblemente ante la ciudadanía más pobre. Y la organización proveedora es la responsable de la prestación de los servicios. En muchos casos, el responsable de la formulación de políticas es el legislativo o un ministerio central, y la organización proveedora es otro ministerio. Así, muchas de las actividades de la cabeza de la "organización proveedora" darán la impresión de ser –y de hecho son– formulación de políticas. Pero estas son "políticas internas" de la organización para alcanzar las metas generales enfocadas aquí. (La literatura sobre gestión pública advierte explícitamente en contra de separar[290] la formulación de políticas de la implementación, pero esa literatura se refiere a la gestión dentro de la "organización proveedora" y no a la separación propuesta aquí).

Una clara separación ayuda a una responsabilidad mucho más sencilla y menos ambigua para la organización proveedora. Cuando el responsable de la formulación de políticas es la organización proveedora, presiones cotidianas de manejo comprometen la atención a los re-

sultados sobre el terreno. Consideremos el deseo de detectar y corregir problemas (*ver* En primer plano: Johannesburgo). Cuando el responsable de la formulación de políticas asume un papel separado del papel del proveedor, es más fácil decir: "No me importa cuál sea su problema; sólo infórmeme las tasas de vacunación. O las calificaciones de las pruebas. O las tasas de criminalidad". Cuando los papeles están mezclados, las burocracias se tornan insulares y tienden a ocultar los errores.

¿Es realmente necesaria esta separación? ¿Se logra en los países ricos? La educación, por ejemplo, frecuentemente es administrada a través de ministerios centrales que emplean directamente a todos los maestros, con poco seguimiento de parte de agencias de personal central (por ejemplo financiero). Quizá la separación no sea necesaria para tener servicios satisfactorios.

Pero los países ricos se benefician de una larga evolución de las relaciones entre el Estado y los proveedores finales. Casi todos los servicios prestados directamente a los individuos en los países actualmente ricos, originalmente fueron prestados por el sector privado. Al final fueron absorbidos o consolidados por una institución estatal que había sido independiente de las organizaciones proveedoras existentes. El Estado comenzó siendo un monitor y regulador independiente de las actividades privadas. En gran medida retuvo esa independencia como monitor después de que las mismas actividades se volvieron públicas (recuadro 6.4).

En los países en desarrollo, el deseo de una expansión rápida de la financiación y prestación pública de los servicios actúa como un cortocircuito en este desarrollo histórico. Tanto el seguimiento como la prestación están teniendo lugar simultáneamente. Esto no necesariamente es malo –si no fuera así los pobres podrían tener que esperar mucho más para que los servicios llegaran hasta ellos. Pero sí muestra que los rasgos institucionales actuales de los países ricos pueden no ser directamente transferibles a los países pobres sin el establecimiento de una estructura reguladora complementaria, la cual podría ser necesario establecer de antemano. Sin esta estructura el progreso puede ser lento –posiblemente más lento que si se permitiera a una organización sin ánimo de lucro o del sector privado desarrollarse y posteriormente ponerla bajo la supervisión del gobierno.

Separar al responsable de la formulación de políticas de la organización proveedora, ayuda también a incrementar la responsabilidad de los proveedores. Pero si el primero sabe qué servicios prestar, ¿por qué no es posible que los proveedores reciban sencillamente –en un contrato– las instrucciones para hacerlo? Mejor dicho, ¿por qué no es posible especificar sencillamente los resultados y pagar en concordancia?

RECUADRO 6.4 ***Aprendizaje para regular***

Aunque en la gran mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) el Estado paga la atención de salud, médicos privados siguen brindándola (las excepciones del lado de la financiación incluyen a los Estados Unidos y por el lado de la prestación del servicio, al Reino Unido). En estos países el Estado desempeña la función de seguro, mas no la de los servicios. Es el mercado de seguros el que se ve impedido por fallas graves del mercado. En Alemania, el sistema actual es la consolidación de un sistema de programas de seguros basados en los gremios, iniciado con Bismarck en 1883.

El sistema actual de propiedad o control público en la mayoría de los países de la OCDE data de una época posterior a la segunda guerra mundial, en la que tenían ingresos por lo menos tan altos como los que hoy tienen los países de ingresos medios altos. Antes de que estos programas pasaran al manejo público, el Estado ya tenía poderes reguladores sobre la profesión médica. La oportunidad fue fortuita, dado que sólo en el siglo XX los cambios tecnológicos en medicina hicieron esencial la supervisión pública.

La educación pública universal también es bastante reciente. Surgió de un conflicto entre la Iglesia y el Estado. En el período de expansión de las instalaciones públicas el mecanismo principal consistió en incorporar a la red pública las escuelas privadas, después de haber desarrollado un sistema de manejo de las escuelas individuales.

Incluso los servicios esenciales en red, de agua, electricidad, gas y ferroviarios –servicios que hoy se consideran como monopolios naturales–, comenzaron siendo actividades puramente privadas. En el Reino Unido, los primeros sistemas de acueducto en ocasiones tenían tuberías duplicadas, instaladas por firmas competidoras. Solamente después de haber alcanzado un cubrimiento sustancial, éstos fueron racionalizados –y lo fueron más por razones de salud pública que por duplicidad. Las ferrovías alemanas también comenzaron con duplicidad de líneas. En otros casos, las compañías elaboraron acuerdos que dividieron los mercados, obviando así la duplicidad experimentada en los mercados ferroviarios estadounidenses e ingleses –por ejemplo, sistemas de buses en grandes áreas urbanas y transporte alemán de gas natural. Luego éstos fueron puestos bajo un régimen regulador, pero solamente después de haber alcanzado una penetración realmente alta del servicio.

En cada uno de estos casos la capacidad reguladora independiente del responsable de la formulación de políticas precedió a la incorporación de proveedores privados a un sistema público.

Fuente: **Klein y Roger (1994).**

Límites a la responsabilidad

Todos los servicios públicos enfrentan tres problemas que hacen imposible esta solución: los proveedores enfrentan autoridades principales múltiples, acometen tareas múltiples y producen resultados que son difíciles de observar y difíciles de atribuir a sus acciones.[291]

Autoridades principales múltiples

Las instrucciones del responsable de la formulación de políticas a los proveedores no son las únicas que cuentan. Los servidores públicos tienen que atender a muchos señores. Los proveedores de educación están bajo la presión de padres de familia de niños pobres (en la que el responsable de la formulación de políticas los representa a ellos), de padres de otros niños que no son pobres, de sindicatos de maestros, de

empleadores potenciales, de diversos grupos de la sociedad que quieren (o no quieren) determinados ítems en el currículo, y de otros. Los proveedores de energía y agua están bajo la presión de diferentes segmentos del mercado que quieren subsidios cruzados, de productores por la compra de tipos específicos de equipo, de gente que quiere conexiones más extensivas, y de otros que quieren operaciones continuas, más confiables. La presión cotidiana de la demanda local por atención médica puede comprometer esfuerzos en prevención de enfermedades y otras actividades de salud pública que no son impulsadas por la demanda.[292] ¿A quién ha de escuchar un proveedor?

Tareas múltiples

El personal de los centros de salud debe brindar atención curativa a la gente que recurre a él. También debe hacer vacunaciones, dar educación en salud y otras medidas preventivas a todas las personas, sea que vengan por su propia cuenta o no. Y debe llevar registros estadísticos, asistir a sesiones de entrenamiento y a reuniones, y hacer inspecciones de agua y alimentos. Los policías tienen que tratar con toda la gente, desde niños perdidos hasta criminales peligrosos. En diversos momentos, ellos son investigadores de crímenes, trabajadores sociales que intervienen en disputas de barrio y familiares, y difusores de información. Naturalmente, esta dispersión diluye la precisión de los incentivos.

Medición y atribución de resultados

Los problemas más difíciles, particularmente para los sectores sociales, son los problemas duales de medir los resultados y atribuir esos resultados a las acciones de los proveedores. Las calificaciones de pruebas pueden reflejar adecuadamente ciertos objetivos educativos, pero el pensamiento abstracto y la adaptabilidad social no se miden tan fácilmente. El alivio del dolor es un juicio subjetivo del paciente. Muchos resultados, aunque sean observables para el paciente y para el médico, no son susceptibles de "contratación" en el sentido de poder comprobar su cumplimiento ante un juez u otro mediador, en caso de surgir una disputa. Y propiamente en casi todos los servicios sociales es difícil atribuir los impactos a las acciones de los proveedores.

Estos problemas imposibilitan tener contratos de desempeño en los que los pagos a los proveedores finales dependan de los resultados. Todos los contratos serán necesariamente incompletos, lo que implica la necesidad de que por lo menos parte de la remuneración sea independiente de los resultados. Cuando se especifican en gran detalle las acciones del proveedor, los resultados suelen ser menos que óptimos debido a la respuesta inflexible a las variaciones locales. Las huelgas de "trabajo ceñido a la regla" ilustran la imposibilidad de especificar de antemano reglas al detalle: siguiendo las reglas al pie de la letra, los huelguistas llevan una actividad a un "embotellamiento agobiante" (recuadro 6.5). El equilibrio entre control y flexibilidad no es fácil de lograr.

Es más, puesto que el proveedor hace muchas cosas, algunas de ellas difíciles de observar por el responsable de la formulación de políticas, existe el omnipresente riesgo de que los pagos por resultados medidos desplacen las tareas difíciles de medir (recuadro 6.6). Este riesgo ha sido discutido en la literatura de la educación como "enseñar para el examen". Cuando la retribución del maestro (pago o prospecto de promoción) se mide por el desempeño de los estudiantes en una prueba estándar, hay la tendencia a descuidar aquellos aspectos de la pedagogía que la prueba no cubre y a concentrarse en los que sí cubre. En Kenia los maestros manipulaban las calificaciones de las pruebas mediante la oferta de sesiones de tutoría destinadas específicamente a esas pruebas. No había mejora en otros indicadores de calidad, como tareas para la casa, ausencia de maestros o métodos de enseñanza.[293]

Varios países industrializados, al reformar el servicio civil u otros proveedores de servicios públicos, han tratado de utilizar contratos de desempeño. La evidencia de éxito es variada:[294] muchos problemas están ligados al hecho de que el responsable de la formulación de políti-

RECUADRO 6.5 ***Tenga cuidado con sus deseos: Parte 1***

"Cualquiera que haya trabajado en una organización formal –incluso en una pequeña estrictamente gobernada por reglas detalladas– sabe que los manuales y las pautas escritas fallan profundamente en explicar cómo se ocupa de su trabajo la institución. El recuento de su operación fluida son conjuntos casi interminables y cambiantes de comprensiones implícitas, coordinaciones tácitas y mutualidades prácticas que jamás podrían captarse satisfactoriamente en un código escrito. Este ubicuo hecho social es útil para los empleados y los sindicatos laborales. Viene al caso la premisa que hay detrás de lo que de una manera diciente se denomina huelga de trabajo ceñido a las reglas. Cuando los taxistas parisinos quieren presionar a las autoridades municipales por algo en materia de regulaciones o tarifas, a veces se lanzan a una huelga de trabajo ceñido a las reglas. Ésta consiste en seguir meticulosamente todas las regulaciones contenidas en el Código de Vías y producir con ello un embotellamiento de tráfico en el centro de París. Así, los conductores sacan provecho táctico del hecho de que la circulación del tráfico es posible únicamente gracias a que los conductores han dominado un conjunto de prácticas que han evolucionado al margen, y frecuentemente en contravención, de las reglas formales".

Fuente: Scott (1998).

RECUADRO 6.6 ***Tenga cuidado con sus deseos. Parte 2***

La Corporación Sears perdió una demanda judicial del orden de 48 millones de dólares, en la que su departamento de reparación de automóviles fue acusado de sabotear deliberadamente los vehículos de los clientes. Por el hecho de haber comunicado a sus empleados que las sucursales que tuvieran más negocios repetidos se harían acreedoras al pago de bonos, la corporación fue hallada culpable. Que la intención de esta decisión fuera estimular la buena atención no impresionó a la corte.

Fuente: **Sears Automotive Center Consumer Litigation, Action No. C-92-2227, Corte estadounidense de distrito, San Francisco.**

cas depende de información que la agencia proporciona –problema estrechamente relacionado con la regulación de las firmas privadas. Cierta información empleada para contratos de desempeño puede falsificarse fácilmente o, en términos menos peyorativos, presentarse de una forma atenuante. Por ejemplo, cuando se instituyeron las reformas educativas en el Reino Unido, evasiones del trabajo eran redefinidas como ausencias con excusa.[295]

Superación de los límites

Separar a los responsables de la formulación de políticas de las organizaciones proveedoras puede contribuir a agudizar los incentivos para ayudar a la gente pobre. El asignar a los responsables de la formulación de políticas el papel de idear un pacto para la organización proveedora y el asignar a la organización proveedora la responsabilidad del manejo, puede hacer posible el uso de incentivos de mayor poder para alinear los intereses del proveedor final con los del responsable de la formulación de políticas que representa a los pobres, por las tres razones siguientes: en primer lugar, los responsables de la formulación de políticas, al equilibrar las presiones políticas, pueden ayudar a aislar a los proveedores del problema de satisfacer a señores que tienen finalidades en conflicto y dar instrucciones no ambiguas. En segundo lugar, las organizaciones proveedoras pueden recibir pagos basados en el desempeño en situaciones en las que los individuos no pueden. En tercer lugar, los gerentes de las organizaciones proveedoras, siempre que tengan flexibilidad en las decisiones operativas, pueden supervisar al personal y elegir la forma apropiada de remuneración que mejor refleje las condiciones locales.

Aislar a los proveedores de la política

El que los proveedores tengan que satisfacer a muchos señores refleja la incapacidad del gobierno de aislarlos de las presiones políticas. Si bien los responsables de la formulación de políticas para la educación necesitan atender preocupaciones de empleados potenciales, maestros, sindicatos, o grupos de interés que quieren influir en el currículo, no hay razón por la cual esto deba afectar las actividades cotidianas de una escuela y ciertamente a ninguna organización de proveedores finales. Si la función de formular la política puede separarse de la organización proveedora, el responsable de la primera puede manejar la política de los objetivos generales de la educación, en tanto que al proveedor pueden dársele instrucciones más precisas y hacerlo responsable ante el que tiene en sus manos la formulación de políticas. La gente pobre podría delegar legítimamente en los responsables de la formulación de políticas el desarrollo del currículo así como la responsabilidad de equilibrar sus intereses con los de los sindicatos.

Organizaciones e individuos

Los proveedores individuales no aceptarán contratos de desempeño que los deje expuestos a un riesgo excesivo. Pero la variabilidad del desempeño agregado entre todos los proveedores de una organización –digamos, los que trabajan sobre la mortalidad infantil en un distrito– es mucho menor, lo cual proporciona una forma de compartir el riesgo. Si bien es posible que un solo médico no esté en capacidad de absorber el riesgo para sus ingresos de cualquier paciente en particular, una junta médica distrital sí podría. Los receptores de incentivos basados en el desempeño pueden ser equipos –escuelas, distritos escolares, juntas de salud, departamentos de policía por ciudad–, ya que médicos, enfermeras y policías no pueden serlo (*ver* En primer plano: Costa Rica y Cuba, capítulo 8). Lo que puede considerarse mensurable varía según el tamaño de la organización, siendo más fácil responsabilizar a las organizaciones más grandes.

El problema de las tareas múltiples también es en parte un problema de economías de escala. Algunas tareas pueden dividirse en grupos de actividades complementarias –por ejemplo, todas las vacunaciones como un grupo o todas las actividades de educación para la salud a través de visitas a las casas (capítulo 8). Entonces puede encomendarse a una organización bastante homogénea la responsabilidad de llevar a cabo un conjunto más sencillo de tareas, con estándares claros de responsabilidad.

La reforma en Johannesburgo, Sudáfrica (*ver* En primer plano) fue en gran parte una reva-

luación del conjunto apropiado de servicios que habrían de agruparse para producir rendimientos específicos. Los departamentos se reorganizaron de tal manera que el rendimiento fuera claramente identificable y verificable, y al director ejecutivo de cada departamento se lo facultó para retener cualesquiera ahorros sobre los gastos de un contrato. En un extremo, empresas comerciales –como el estadio de atletismo, el aeropuerto y metrogás– sencillamente fueron vendidas al sector privado y enfrentaron directamente las fuerzas del mercado, donde el pago depende muchísimo de los resultados.[296]

Flexibilidad de manejo

Cada uno de estos efectos potenciales depende de que los gerentes de las organizaciones proveedoras tengan la flexibilidad y la autoridad para diseñar los incentivos para los proveedores finales de su organización. Esto les permite adaptarse a la variación local (o sectorial) para ver si lo que mejor funciona es el pago por desempeño o salarios. La flexibilidad para el gerente es esencial, es una parte primordial de la "capacidad institucional". Los gerentes tienen que tener control sobre el sistema de pagos o las sanciones por mal desempeño.

Los sistemas salariales funcionan hasta tanto haya la capacidad de despedir gente o de conceder aumentos por mérito. El peor caso es cuando trabajadores asalariados ni enfrentan sanciones por mal desempeño ni obtienen mayor paga ni prestigio por el buen desempeño. En Singapur, los servidores civiles disfrutan de elevados salarios y mucho prestigio, pero también trabajan bajo la amenaza real de ser despedidos. Un problema con las últimas reformas en países desarrollados para instituir relaciones contractuales con los proveedores, es que éstas minan el espíritu característico del servicio público. ("Si voy a ser tratado como un mercenario, bien puedo actuar como tal".) La incrementada responsabilidad mediante incentivos monetarios era parcialmente contrarrestada por la reducida responsabilidad a través de la motivación interna.[297] Países en desarrollo que han inculcado este sentido del deber tienen que ser cautelosos para no comprometerlo. Pero tienen que ser muy honestos con ellos mismos antes de declarar esto como una consideración de primer orden.

A veces el pago por desempeño es apropiado y necesario, pero debe ser un asunto de experimentación local. Varias intervenciones en salud se han beneficiado enormemente con la introducción de incentivos para los trabajadores, basados en el desempeño (recuadro 6.7). En otros contextos, esos incentivos son precisamente lo que se necesita para obtener resultados particulares deseados. En el Servicio Nacional de Salud británico la remuneración de la mayoría de los médicos generales se determina con base en pagos de capitación –por la cantidad de personas atendidas por el doctor. Pero ésta es complementada con pagos adicionales por hacer vacunaciones, para contrarrestar cualquier posible incentivo de evadir este servicio prioritario.

Nuevos proveedores para expandir la oferta

¿De dónde provendrán los proveedores de servicios? Una posibilidad es que la competencia por pactos atraiga más organizaciones proveedoras. Los beneficios de la competencia son costos reducidos, mayor esfuerzo y mejor información –aun cuando la prestación pública sea la forma dominante, siempre que las organizaciones públicas y otras organizaciones proveedoras sean tratadas de igual manera. Tres tipos de competencia son relevantes para los servicios: competencia en el mercado, competencia por el mercado y fijación de puntos de referencia.

Competencia. Competencia *en* el mercado significa sencillamente permitir proveedores pri-

RECUADRO 6.7 ***El pago de incentivos funciona para intervenciones específicas en salud***

El Comité de Avance Rural de Bangladesh (BRAC – Bangladesh Rural Advancement Committee), una de las ONG más grandes del país, pagó trabajadores para enseñar a las madres cómo usar la terapia de rehidratación oral para niños con diarrea. Independientemente de los proveedores, se pagaron bonos con base en encuestas de muestras al azar del 5 al 10% de las madres. Cuanto mayor fuera el número de las mujeres capaces de explicar cómo hacer y usar la solución para la rehidratación, mayor era el pago. Más de la mitad de la remuneración total fue hecha en bonos.

El conocimiento de las madres se incrementó asombrosamente –al 65% de aquellas a las que se les enseñó, dos años después del entrenamiento. Lo que es más importante, las técnicas de enseñanza empleadas por los trabajadores cambiaron de conferencias estándar a demostraciones más del tipo manos a la obra. En vez de especificarles desde arriba la técnica adecuada de enseñanza, los trabajadores desarrollaron la mejor manera para alcanzar el resultado medido –descubriendo por su propia cuenta qué funcionaba en su contexto.

En Haití, la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional dio directamente a ONG contratos basados en el desempeño, para la prestación de servicios de salud preventiva tales como vacunaciones, educación en salud, atención prenatal y planificación familiar. Una vez más, un monitor independiente, el Instituto Haitiano de la Infancia, una firma local de investigación por encuestas, fue empleado para verificar el desempeño. Las tasas de vacunación se incrementaron sorprendentemente, lo mismo que varios otros resultados de rendimiento. Es interesante que algunas de las ONG experimentaron por su propia cuenta el pago por desempeño, pero encontraron una moral y un desempeño más bajos cuando los trabajadores (de por sí mal pagos) vieron tan en riesgo sus ingresos. Las ONG, satisfechas con los poderosos incentivos con base en los cuales eran remuneradas, encontraron mejores formas de pagar a los proveedores finales, en concordancia con las circunstancias locales.

Fuente: Chowdhury (2001) y Eichler, Auxilia y Pollock (2001).

vados. Para salud y educación tales proveedores están por todas partes y en muchos sitios son jugadores más grandes que el gobierno (capítulo 4). Avances tecnológicos recientes han hecho posible abrir a la competencia servicios antes considerados monopolios naturales. Productores independientes de energía, por ejemplo, pueden emplearse para vender electricidad a una red más grande. El costo de permitir la entrada libre a monopolios naturales es el riesgo de duplicar inversiones ineficientes. La regulación eficiente es necesaria pero complicada. Si las limitaciones políticas y administrativas sobre la independencia y efectividad de los reguladores son severas, permitir la duplicidad puede ser el menor de dos males.[298]

El impacto de la competencia puede ir en ambas direcciones: la presencia del sector público puede imponer disciplina indirecta sobre el sector privado, tanto en precios como en calidad. En Malasia un sistema de salud pública digno de crédito ha mantenido moderadas las alzas de precios en el sector privado.[299] Los beneficios de la prestación pública se extienden más allá del número de pacientes tratados por servicios públicos. De manera similar, la presencia de personal médico calificado puede forzar a mejoras de calidad en los mercados privados.[300]

Si existen monopolios naturales, puede haber competencia *por* el mercado. Los competidores potenciales participan en licitaciones por concesiones –pactos– para la prestación del servicio. En países más ricos gran parte de lo que provee el gobierno emplea este modelo. Este requiere la capacidad de conceder, hacer seguimiento e imponer al ganador el cumplimiento de los contratos explícitos. Innovaciones recientes en el estado de Madhya Pradesh, India, permiten que ONG compitan por concesiones de escuelas primarias. Los pagos están condicionados a mejores calificaciones en las pruebas, empleando calificadores independientes. Una ventaja que el mundo en desarrollo tiene con respecto a la experiencia más temprana de Europa es que cuenta con firmas que tienen buena reputación y experiencia en la oferta de agua, energía y transporte –y cortes internacionales para la resolución de disputas.[301] Pero la experiencia reciente de Enron en el estado hindú de Maharashtra constituye una verificación de la realidad con respecto al exceso de entusiasmo por estos beneficios.

La competencia por punto de referencia (*benchmark*) o el *yardstick* pueden usarse cuando se dan a diferentes proveedores partes de un sistema más grande para que las dirijan. Aun cuando el sector público sea el principal proveedor de servicios, la información de diversas experiencias puede ser valiosa. La obtención de información sobre costos de producción puede ser mucho más barata por simple observación de las propias actividades que mediante evaluaciones detalladas de tecnología. La de información sobre preferencias del consumidor puede ser más económica contando a los clientes que mediante investigación de mercados.

Para la construcción de vías en Johannesburgo se hizo un contrato explícito entre el gerente del sector en la ciudad y una agencia pública autónoma, la Johannesburg Road Agency, a fin de construir un número dado de kilómetros de carretera por un precio negociado. La base de la negociación fue el conjunto de costos históricos en las agencias públicas. El gerente de la agencia autónoma empleó entonces como contratistas tanto al departamento de obras públicas como a firmas del sector privado. La competencia entre contratistas determinó las subsecuentes asignaciones de fondos. Aunque no era posible despedir personal de la agencia pública, la competencia por fondos aseguró que ésta igualara la eficiencia de las firmas privadas (cosa que hizo en muchos contratos). Pudo haber un cambio gradual hacia la provisión privada, pero sólo con base en un desempeño comprobado.

Límites a la competencia y búsqueda de proveedores. Para contratos que no pueden ser completos, los aspectos de la prestación que escapan al contrato serán una cuestión de confianza. Para la prestación de servicios a la gente pobre, ésta confianza es particularmente importante debido a que hay menos "pequeños beneficios adicionales" por trabajar en áreas pobres –las ganancias privadas después de las horas de trabajo (para personal médico y maestros) son más bajas y las condiciones de vida más duras.

A largo plazo se necesitará un sector público que tenga un fuerte espíritu característico de servicio público. En muchos sitios ya existe. Sin embargo, no hace ningún bien pretender que la expansión del servicio civil bajo los regímenes actuales de reclutamiento e incentivos va a atraer a los más aptos para servir a la gente pobre. En Nepal, un estudio antropológico mostró que la visión que el personal de salud tenía de sus empleos a menudo difería de la visión oficial.[302] Buena parte del personal de salud veía el programa únicamente como una fuente de empleo. Se necesita que un conjunto más amplio de proveedores potenciales acepte los pactos.

Las ONG –que son parte tan importante del escenario africano y activas en varios otros

países como Bangladesh– son posibles candidatas. Constituyen un grupo variado. Muchas no están directamente involucradas en la prestación de servicios y muchas combinan los servicios con la abogacía. Las que prestan servicios suelen tener mucha autonomía para decidir dónde y cómo proveer los servicios. En esa medida, podrían ser tratadas lo mismo que el resto del sector privado en la planeación de servicios públicos. El gobierno no debe estar en el negocio de desplazarlas.

Las ONG que tienen una tradición de servicio altruista frecuentemente pueden ser productoras de menor costo. En un estudio reciente se encontró que ONG religiosas proveedoras de servicios de salud en Uganda, ofrecían servicios de calidad superior al de sus contrapartes del sector público. También pagaban menores salarios que el sector privado y mucho menores que el sector público. A diferencia del sector privado, eran mucho más inclinadas a la prestación de servicios de salud pública (por contraposición a la simple atención médica) y a cobrar menos. Y empleaban un auxilio extra en efectivo para bajar las tarifas y prestar más servicios, como exámenes de laboratorio, en tanto que el sector público usaba el auxilio para incrementar la remuneración.[303]

A menudo las ONG suelen ser más capaces de llegar a la gente pobre. En Zambia una fracción sustancialmente mayor de la clientela de las ONG proveedoras de servicios de salud proviene de segmentos más pobres de la sociedad que la clientela de los centros de atención del gobierno y de los proveedores privados.[304] Pero incluso a ellas les resulta difícil llegar a los más pobres. Las ONG también pueden estar en mejor posición, gracias a su mayor flexibilidad y a su motivación interna, para llevar servicios a grupos que de otro modo quedarían excluidos (recuadro 6.8). Y organizaciones más pequeñas pueden llegar a nichos de población que a una burocracia de base más amplia le sería difícil servir.

En la lucha contra el sida, los servicios de extensión comunitaria a menudo necesitan tratar con prostitutas, consumidores de drogas y gente muy enferma y estigmatizada. Para llegar a estos subgrupos se han encontrado las mismas dificultades de la asignación de personal público a áreas remotas. No obstante, en Brasil, ONG que compiten por fondos gubernamentales fueron capaces de llegar a segmentos sociales de alto riesgo que los programas públicos habitualmente evitaban (como prostitutas), para distribuir 2,6 millones de contraceptivos y para recibir 11.000 llamadas de líneas calientes. La independencia relativa de las ONG con respecto al centro del servicio público puede facilitarles financiar sus actividades con recursos públicos, otorgando a los responsables de la formulación de políticas una negabilidad extra.

Los motivos altruistas de la gente que trabaja en ONG pueden superar lo incompleto de los contratos. Generalmente las ONG proveedoras son menos propensas que los proveedores comerciales a explotar para su propio beneficio las dificultades de seguimiento de los términos del contrato. Su altruismo puede superar en parte la renuencia a ubicarse en áreas rurales duras, remotas, que son difíciles de equipar con servidores civiles. Esta posibilidad llevó a un analista a concluir, pensando en África, que quizá por el momento los servicios para la gente pobre habría que dejárselos a grupos de esa naturaleza, particularmente a la iglesia.[305]

Una vez más, se necesita paciencia. El entusiasmo de donantes ha llevado a una proliferación masiva de ONG, muchas de ellas sin ninguna motivación altruista en absoluto.[306] De hecho, muchas resultan estar dirigidas por ex servidores civiles que han perdido sus empleos a consecuencia del recorte de sectores públicos, pero que saben cómo acercarse a los donantes y a las agencias de contratación del gobierno. Una rápida expansión de contratos para ONG tenderá a atraer a la misma gente, y sus motivos pueden ser exactamente los mismos que los de una firma comercial –que imponen la misma necesidad de seguimiento y de atención al cumplimiento forzoso del contrato. Las ONG que tienen una trayectoria de buen desempeño y dedicación a la gente pobre

RECUADRO 6.8 ***Las ONG pueden ser más flexibles que el gobierno***

Una ventaja que las ONG pueden tener con respecto al sector público es el estar libres de reglas fijas del servicio civil o procedimientos operativos estándar. En ciertos sentidos esto reduce la responsabilidad, pero puede evitar limitaciones innecesarias.

Una trabajadora social de un programa de protección familiar recuerda a una familia amenazada con quitarle un niño por negligencia. La trabajadora es saludada por la madre, quien le dice: "Si hay algo que no necesite en mi vida en este preciso momento es otra trabajadora social que me diga qué hacer. ¿Sabe usted lo que realmente necesito? Limpiar mi casa".

La trabajadora social, que casualmente era una sicóloga clínica altamente calificada, le respondió diciendo: "¿Le gustaría comenzar por la cocina?" Mientras las dos mujeres limpiaban, tuvieron una increíble conversación sobre lo que pasaba en esa familia. Cuando conté la historia en una reunión, fui interrumpido por el jefe del departamento de sicología clínica de una universidad, quien dijo: "Lo que esa terapeuta hizo no fue profesional".

Bien, todo lo que puedo decir es que si queremos intervenciones efectivas que tengan efectos transformadores en la gente, entonces más nos vale redefinir qué es profesional o permisible en el gasto de fondos públicos. (Tomado de Schorr, Common Purpose, 1997)

En muchos países no hay forma de que los trabajadores sociales que tienen empleos públicos violen las opiniones del profesor universitario, pero ONG más independientes sí podrían hacerlo.

son elementos potencialmente muy importantes de una estrategia para extender los servicios a la gente más necesitada. Pero por su propia naturaleza, el establecimiento de una trayectoria no sucede tan rápido como quisieran los donantes. El desarrollo de confianza toma tiempo.

Nuevos desafíos para la oferta. Aunque pueda haber formas de extender la oferta de proveedores mediante promoción de la competencia y contratación eficiente con ONG y con el sector privado, en los países en desarrollo dos tendencias recientes están haciendo más escasos o más costosos los profesionales calificados. En primer lugar, los profesionales –médicos, maestros e ingenieros– son cada vez más parte de mercados globales integrados, y en el reclutamiento tienen que competir con tasas salariales mundiales. Y no es solamente a países ricos que está emigrando el personal. Botswana, por ejemplo, ha estado reclutando maestros de otros países de habla inglesa más pobres. El mercado global de servicios está cambiando rápidamente debido a acuerdos internacionales y podría llevar a nuevas fuentes de oferta. El que esto resulte en ayudar u obstaculizar los servicios en los países en desarrollo todavía está por verse (recuadro 6.9).

En segundo lugar, el VIH/sida, particularmente en el África Subsahariana, ha asestado un duro golpe a las filas de los proveedores de servicios. En 2000 murieron más maestros de sida en Malawi que los que ingresaron a la profesión (ver recuadro 1.2). La búsqueda de maestros en Botswana, originalmente para responder a la floreciente demanda de educación, se tornó más urgente debido al problema de sida en el país. Y tal como se están incrementando las demandas de trabajadores de la salud, su oferta se está reduciendo.

Cuando un factor de la producción se hace más escaso, su uso tiene que conservarse mediante una de dos formas. En primer lugar, pueden elegirse técnicas que sean menos intensivas en destreza. El aprendizaje a distancia, aunque para efectos pedagógicos no sea el ideal, tal vez necesite ser explorado para ahorrar el escaso tiempo de enseñanza. Similarmente, puede ser apropiado usar sistemas de agua que requieran menos insumos técnicos para su mantenimiento. En segundo lugar, pueden reducirse ciertas clases de servicios que resultan ser altamente intensivos en destreza. Los servicios médicos curativos, que requieren profesionales entrenados, pueden recortarse en favor de obras públicas o educación en salud pública, más intensivas en capital y fuerza laboral no calificada. Es posible que estas intervenciones (sistemas de agua de bajo mantenimiento, empleo de trabajadores de la salud o curanderos tradicionales de pueblo) siempre hayan sido subutilizadas. Tendencias recientes pueden no haber hecho más que volver más costosa esta mala asignación.

Seguimiento y desempeño

Todos los contratos –sean pactos o relaciones de manejo dentro de las organizaciones proveedoras– necesitan seguimiento de una manera independiente y objetiva. Con la separación del responsable de la formulación de políticas y la organización proveedora, el primero querrá saber si se cumplen las provisiones del pacto. La competencia entre proveedores ayuda, dado que el responsable de la formulación de políticas no se sentirá atado a un proveedor particular, obligado a ignorar las "malas noticias". Si no se logra la separación entre los dos, las actividades de seguimiento deben asignársele a un regulador o auditor independiente.

Provisiones claras y observables facilitan el seguimiento. Cuando las provisiones no son tan fácilmente observables, el responsable de la formulación de políticas puede querer contar con la ayuda de otras clases de monitores. El programa de salud de Ceará, Brasil (*ver* En primer plano del capítulo 10), recurrió a candidatos al programa que no habían sido elegidos, como monitores informales.

Cuando el seguimiento es difícil debido a la naturaleza técnica del servicio, puede ser necesario el autoseguimiento por parte de los profesionales. En Bangladesh la asistencia del personal es mucho mayor en las grandes instalaciones debido al autoseguimiento informal, entre otros factores.[307] Asociaciones de profesionales también pueden servir como automonitores, estableciendo estándares profesionales, éticos y técnicos para los proveedores de atención médica, los maestros y los ingenieros. Pero el riesgo de la autorregulación es que los grupos de profesionales se conviertan en cabilderos efectivos para sus miembros.

Una tercera fuente de monitores es el público. Aun cuando los clientes no sean los monitores activos descritos en el capítulo 4 –es decir, que no sean compradores de servicios ni participantes directos en la entrega de servicios– solicitarles información (como suele hacerlo la empresa privada) puede ser útil en los servicios públicos. Divulgar los resultados de las tarjetas de puntaje llevó a una mejora sustancial de muchos servicios dirigidos por la Corporación

Municipal de Bangalore. Esta práctica se replicó en la mayoría de los estados de la India.

Cuando no es posible el seguimiento cotidiano para evaluar el desempeño, aún puede ser valioso un seguimiento independiente del desempeño de los servicios, hecho en forma ocasional –al hacer que la información pública pese en el comportamiento del proveedor. La Encuesta de Rastreo del Gasto Público en Uganda (*ver* En primer plano: Uganda) es ejemplo de ello. Una publicidad más continua de las características de los servicios en varios aspectos –como tasas de ausencia, entrega continua de productos farmacéuticos, horas de operación para los servicios de electricidad y agua– puede movilizar el interés comunitario y la influencia informal.

Evaluación

Generar y difundir información son medios poderosos para mejorar la prestación de servi-

RECUADRO 6.9 ***¿Es el GATS una ayuda o un impedimento?***

Para un nuevo acuerdo que hasta la fecha no ha tenido mucho impacto sobre la política efectiva, el Acuerdo General sobre Comercio de Servicios (GATS – General Agreement on Trade in Services) de la OMC es visto con un sorprendente grado de esperanza y ansiedad. En las actuales negociaciones de la agenda de Doha algunos esperan que el GATS provea la tan necesitada reforma en los servicios de la cual también se beneficiarán los pobres, en tanto que otros lo ven como una amenaza a la soberanía reguladora y a las políticas en favor de los pobres.

En principio, las negociaciones multilaterales pueden fomentar la reforma en servicios, así como en bienes, eliminando o reduciendo barreras proteccionistas mediante acuerdo mutuo y dando credibilidad a los resultados obtenidos mediante compromisos legalmente obligantes. La expectativa es que mercados más abiertos y mayor predictibilidad de la política conduzcan a la prestación más eficiente de servicios. Esta es la justificación del GATS. Aquí se abordan tres preguntas: ¿Qué tanta apertura del mercado se ha producido hasta ahora con el GATS? ¿Evita el acuerdo que se recurra a las políticas complementarias necesarias para asegurar que los pobres tengan acceso a servicios esenciales en mercados liberalizados? ¿Podría el proceso del GATS llegar a la liberalización antes que a otras reformas necesarias, y cómo podría evitarse esto?

Ciertamente el GATS es amplio en su alcance. Se aplica virtualmente a todas las medidas gubernamentales que afecten el comercio propiamente en todos los servicios, incluidos los educativos, de salud y ambientales. Es más, en reconocimiento del hecho de que muchos servicios requieren proximidad entre los consumidores y los proveedores, la definición de comercio en servicios incluye no solamente el abastecimiento interfronterizo sino también inversión extranjera y la migración temporal de consumidores y proveedores del servicio. El amplio alcance del GATS contrasta con la flexibilidad de sus reglas. Las reglas aplicables de manera general sólo exigen de cada país que sus medidas que afecten al comercio sean transparentes y no discriminen entre sus socios comerciales. Así, si un país hubiera de prohibir toda oferta extranjera y hacer público este hecho, entonces habría cumplido sus obligaciones generales.

El grado de *apertura del mercado* que un país garantice depende de sus compromisos específicos por sector. Estas promesas de eliminar o limitar las barreras a la oferta exterior fueron principalmente el resultado de negociaciones, pero algunas fueron voluntarias, particularmente en telecomunicaciones. La mayoría de los compromisos existentes conllevaban poca liberalización más allá de las condiciones de mercado existentes. Muchos países se comprometieron en servicios de turismo, finanzas, empresariales y de telecomunicaciones, pero fueron relativamente pocos los que se comprometieron en servicios de salud, educación y medio ambiente. De los 145 países miembros de la OMC, sólo 43 (12 de ellos en desarrollo) han asumido compromisos en educación primaria, 52 (24 en desarrollo) en servicios hospitalarios, y ninguno en distribución de agua (que no fue parte explícita de la lista de sectores de servicios original de las negociaciones).

La crítica más seria contra el GATS no es su magra cosecha de liberalización –después de todo, el proceso se inició recientemente– sino que priva a los gobiernos de la libertad de perseguir políticas que favorezcan a los pobres. Se afirma que las reglas del acuerdo amenazan los servicios públicos de educación, salud y ambientales. Proscribe las obligaciones de servicio universal y la oferta subsidiada, y mina la regulación doméstica efectiva. Estos cargos no parecen bien fundados por tres razones. En primer lugar, los servicios provistos en el ejercicio de la autoridad gubernamental están excluidos de la cobertura del GATS, si bien la definición –servicios que no son prestados sobre una base comercial ni competitivamente– da espacio para clarificación. En segundo lugar, aun en sectores que se han abierto a la competencia total, el acuerdo no impide que se persigan los objetivos de la política doméstica, incluso a través de subsidios o de la imposición de obligaciones de servicio universal, siempre y cuando éstos no discriminen contra proveedores extranjeros. Finalmente, el acuerdo reconoce el derecho de los miembros, particularmente de los países en desarrollo, a regular de tal manera que se cumplan los objetivos de la política nacional, y sus reglas actuales sobre regulaciones domésticas difícilmente son invasivas.

No obstante, las preocupaciones mencionadas no se refieren tanto a lo que el GATS *es* sino a lo que *puede llegar a ser* después de la ronda actual (y de cualquier ronda futura) de negociaciones –que propenderá a compromisos y reglas nuevas más liberalizadores en áreas tales como la regulación doméstica. Indudablemente un debate informado ayudaría a asegurar que las reglas y los compromisos futuros del GATS reflejen preocupaciones de desarrollo más general y no solamente los dictados de la economía política doméstica o de la presión negociadora externa.

Como quiera que sea, en esta etapa el asunto no es tanto qué fuerza el GATS a hacer a los países ni qué les impide hacer, sino que no asegura –de hecho no puede– la acción complementaria que se necesita para producir una liberalización que favorezca a los pobres. Esto genera una preocupación legítima: *en un área compleja como los servicios, las solas negociaciones comerciales podrían conducir a una reforma parcial o a una secuencia inapropiada.* Una posibilidad –ya visible en algunos casos– es que se dé menos énfasis a introducir competencia que a permitir una transferencia de propiedad de monopolios de manos nacionales a extranjeras, o a proteger la posición de los implicados extranjeros. Otra es que la apertura del mercado sea inducida en países que no han desarrollado marcos ni mecanismos reguladores para alcanzar los objetivos básicos de la política social. Es concebible que estas flaquezas dejen peor librados a los pobres. El problema se acentúa por la dificultad de revertir decisiones inapropiadas de política que se han convertido en compromisos externos legalmente obligantes.

El peligro de resultados adversos se reduciría sustancialmente si dos tipos de actividades recibieran mayor apoyo internacional. La primera es el incremento de la investigación política y de la asesoría dentro de los países en desarrollo, y por fuera, para identificar los elementos de una reforma satisfactoria –y para separar las áreas en las que no haya mucha razón para diferir la apertura del mercado, de aquellas en las que haya una incertidumbre significativa y la consecuente necesidad de atemperar las demandas de negociación. Una necesidad aún mayor es la de elevar la asistencia técnica y financiera para mejorar el ambiente regulador y las políticas que favorecen a los pobres en los países en desarrollo. La comunidad comprometida con el desarrollo ya está proveyendo ese respaldo, pero podría crearse un vínculo más fuerte entre cualquier apertura del mercado negociada internacionalmente y la asistencia para la reforma complementaria necesaria para asegurar una liberalización exitosa.

cios. También son bienes públicos evidentes y responsabilidades esenciales del gobierno. La información precisa puede motivar al público, particularmente al pobre, a exigir mejores servicios –a los proveedores y a los responsables de la formulación de políticas– y segurarlos con hechos. El conocimiento del impacto real de los programas ayuda al responsable de la formulación de políticas a establecer prioridades y diseñar mejores pactos. El conocimiento del impacto de diferentes técnicas de prestación de servicios ayuda a la organización proveedora a cumplir mejor su pacto. Si el medio para lograr mejores servicios es alinear los incentivos con los resultados, es fundamental saber cuáles son esos resultados y cómo contribuyen los servicios a ellos.

Una buena evaluación es la búsqueda necesaria para establecer la relación de causalidad entre insumos del programa y resultados reales. Debe dirigirse al impacto total de los programas –no solamente al rendimiento directo de proyectos específicos. Pero son pocas las evaluaciones que se han hecho bien, pese a que la mayoría de los donantes de primer orden (incluido el Banco Mundial) siempre han hecho provisiones para ellas. La evaluación, si bien es primordialmente responsabilidad de los gobiernos, es un área en la que los donantes pueden ayudar. Cuesta una pequeña fracción de los programas examinados y una pequeña fracción del valor de la información producida, pero requiere algunos insumos técnicos costosos. Y puesto que otros países van a usar los resultados, la comunidad internacional debe sufragar algunos de los costos.

Existen impedimentos para recolectar esa información. A menudo las organizaciones proveedoras no reconocen su incapacidad de impacto (aun cuando eso no afecte su pago directamente), pero saber cuándo las cosas no están funcionando es esencial para mejorar. Es más, no sólo es necesario saber qué funciona sino también por qué –para replicar el programa e incrementar la escala de su cubrimiento.

Incentivos para el proveedor en ocho estrategias

Volviendo al árbol de decisión del gráfico 6.2, visto desde la perspectiva de los incentivos para el proveedor, está claro que la clave es la decisión concerniente a la dificultad de seguimiento.

Cuando el seguimiento es fácil –estrategias 1, 3, 5 y 7–, deben explorarse las oportunidades para incentivos más explícitos y el uso de contratos. No obstante, frecuentemente es mala idea contratar con el sector privado para las medidas 5 y 7. Esos contratos son una fuente común de corrupción que a los gobiernos les resulta más difícil de manejar y a los ciudadanos más difícil de detectar, que si los servicios fueran prestados por el gobierno.

Cuando el seguimiento es difícil –las estrategias de números pares–, una meta es mejorar la capacidad de seguimiento con los métodos discutidos en este capítulo. Más competencia, medición más cuidadosa de los resultados, evaluación del efecto de los insumos en los resultados y provisión de incentivos para grupos de proveedores, tales como escuelas o distritos, son todas medidas que pueden ayudar.

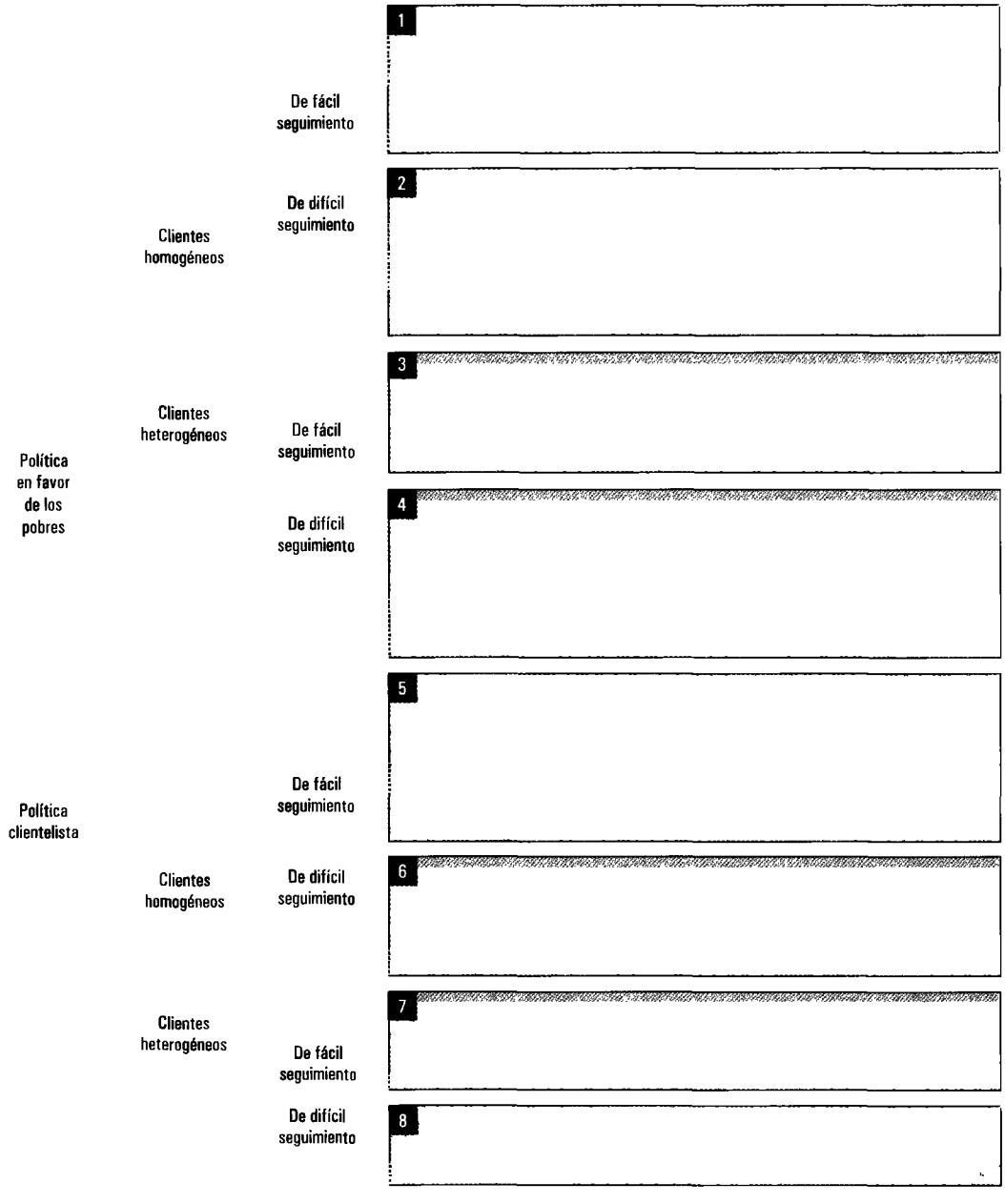
Los recuadros del árbol sugieren ocho estrategias apropiadas para diferentes circunstancias. También indican la dificultad relativa de llevarlas a cabo –el grado de fallas del gobierno asociadas a ellas. En términos generales, la severidad de las fallas del gobierno aumenta con el número de la estrategia. El grado de fallas del mercado, necesarias para justificar políticas relativamente fáciles de llevar a cabo, es modesto, o, dicho en otros términos, las políticas de máxima prioridad son aquellas para situaciones que implican grandes fallas del mercado o fuertes efectos redistributivos. Para los casos más difíciles, como el 8, las fallas del mercado tienen que ser muy costosas para justificar la intervención, dadas las muchas reclamaciones legítimas al gobierno.

Incluir la capacidad de implementación del gobierno –es decir, el grado de falla gubernamental que es de esperar– puede llevar a una reclasificación sustancial de las políticas públicas en relación con los análisis convencionales. Para sistemas de seguridad social, por ejemplo, no hay ninguna razón particular en el terreno económico convencional para que el sector público expida cheques a los pensionados. Pero muchos gobiernos que tienen procedimientos administrativos bien desarrollados lo hacen muy bien, y no hay ninguna razón apremiante para cambiar –las fallas del mercado no son terribles pero tampoco le es difícil al gobierno hacerlo. Mucha de la controversia con respecto a si los países ricos deben emular las reformas de Nueva Zelandia gira en torno a este punto. Nuevas innovaciones en la contratación con el sector privado o con agencias gubernamentales podrían mejorar un tanto el funcionamiento del gobierno. Pero si el gobierno ya está cumpliendo sus tareas aceptablemente, lo que se gane puede ser poco y posiblemente no

amerite la conmoción causada por el propio cambio.

Al aplicarlas al sector salud, algunas prescripciones estándar se ven reforzadas por estas consideraciones, en tanto que otras son desafiadas. La prestación de servicios públicos tradicionales de salud, como el control de pestes para evitar enfermedades infecciosas, es relativamente fácil de llevar a cabo. Pero equipar de personal y mantener una gran red de centros de salud primaria en áreas remotas suele ser difícil de hacer, aun cuando los efectos redistributivos sean potencialmente benéficos. Mientras mejoran las capacidades del gobierno, quizá sea más sabio tratar de conseguir gente pobre para las instalaciones gubernamentales, incluso para hospitales muy difamados, que conseguir instalaciones para los pobres. Esto no sólo respondería a una seria falla del mercado –la ausencia de seguro para atención costosa– sino que además sería más fácil de implementar dado que trabajar en áreas menos remotas es más acorde con los intereses de los proveedores y de más fácil seguimiento, con un reducido número de instalaciones grandes.[308]

Gráfico 6.2 Ocho medidas se ajustan a todos



Expansión, retracción y acrecentamiento del conocimiento

No existe una forma "correcta" de asegurar que los servicios lleguen a los pobres. Las intervenciones técnicas apropiadas –y las estructuras institucionales que las generan– varían enormemente. En Chile, mercados y bonos expandieron sorprendentemente la educación; en Cuba lo hizo un ministerio central y en El Salvador, comités escolares. Más allá del ensayo y el error, la expansión significa vigilar lo que se está haciendo, evaluar si funciona, determinar por qué funciona o no, replicar el éxito y evaluar también las réplicas. Algunas cosas funcionan por razones idiosincrásicas: un líder carismático (y literalmente irreemplazable) o una determinada (e irrepetible) crisis que consolida el respaldo para una innovación políticamente difícil. De manera que éxitos de un momento pueden no ser replicables. La experimentación, con aprendizaje real de los experimentos, es la única forma de acoplar las políticas apropiadas con las circunstancias de cada país.

Expansión significa también retracción –abandono de fallas a menos que se encuentre una buena razón, remediable, de la falla. Abandonar las fallas es más difícil de lo que parece. El solo admitir la falla ya es bastante difícil, particularmente para los políticos. Pero con las severas limitaciones de recursos de los países en desarrollo –al fin y al cabo son pobres– los programas que tienen un mal desempeño sencillamente son insostenibles. Cuando los programas son intensivos en gestión (y auditores y gestores son escasos) o intensivos en personal preparado (y maestros y médicos son escasos), los Estados necesitan renunciar a los programas que no estén funcionando y encontrar formas alternativas de lograr mejores resultados.

Si existe la voluntad política, la clave para la expansión es la información. Más allá de los programas y proyectos de evaluación, el enfoque continuo del hacer que los servicios funcionen para los pobres –niños educados, mejor salud, agua confiable, casas iluminadas, calles más seguras– depende de la medición continua del progreso hacia esas metas. "Lo que se mide es lo que cuenta". Esta concentración en los resultados ayuda a los responsables de la formulación de políticas a escoger las mejores opciones para servir a la gente pobre. Ayuda a los proveedores a saber cuándo están haciendo un buen trabajo. Y ayuda a los clientes a juzgar el desempeño de ambos.

Contratos para mejorar los servicios de salud rápidamente

En 1998 Camboya empezó a experimentar con diferentes formas de contratación para mejorar los servicios de salud. La lección –gracias a una buena evaluación– es que la contratación puede ayudar a incrementar en corto tiempo la cobertura de algunos servicios clave.

ás de 25 años de conflicto dejaron a Camboya con poca infraestructura de salud. A finales de los años noventa sus indicadores de salud estaban entre los peores del Sudeste Asiático. La esperanza de vida al nacer era en promedio inferior a los 55 años. La mortalidad infantil era de 95 por cada 1.000 nacidos vivos.[309] El sistema público de atención médica era todavía rudimentario: el promedio de uso de instalaciones era de 0,35 visitas por persona al año y los pacientes se quejaban por la calidad muy baja.

Entonces en 1998 el gobierno contrató con entidades no gubernamentales la prestación de servicios de salud en varios distritos. La contratación incrementó el acceso a los servicios, y no se hizo a expensas de la equidad.

Contratación de servicios primarios de salud (interna y externa)

Las áreas de intervención y control consistieron en distritos rurales seleccionados al azar, cada uno con entre 100.000 y 200.000 habitantes.[310] La elección de contratistas se hizo mediante un proceso competitivo basado en la calidad de su propuesta técnica y en su precio. Se usaron tres enfoques.

- *Contratación externa.* Los contratistas tenían total responsabilidad por la prestación de los servicios especificados en el distrito, empleaban directamente a su personal y tenían control total de la gestión (dos distritos).
- *Contratación interna.* Los contratistas proveían solamente apoyo administrativo al personal de salud del servicio civil y el gobierno proveía los costos operativos recurrentes a través de canales gubernamentales normales (tres distritos).
- *Áreas de control.* Se mantuvo la prestación gubernamental usual (cuatro distritos).

Se proveyó un complemento presupuestario para los distritos con contratación interna y para los de control.

En todos los distritos se midieron los indicadores de desempeño por hogar con respecto a encuestas en las instalaciones de salud, las cuales se llevaron a cabo en 1997, antes del experimento. Ningún distrito tenía en funcionamiento más del 20% de las instalaciones de salud planeadas. Todos tenían una cobertura muy deficiente en sus servicios de salud. Y todos eran comparables a nivel socioeconómico.

El gasto recurrente anual per cápita por parte de donantes y del gobierno fue superior en los distritos con contratación externa: US$2,80 en los distritos con contratación interna, US$4,50 en los distritos con contratación externa, en comparación con US$2,90 en los distritos de control.[311] Estas diferencias son grandes y representan ligeramente menos del 20% de los gastos en salud (incluyendo los privados y excluyendo las inversiones de capital del gobierno) en todos los distritos.

Contratación por mejores resultados

Todos los distritos mejoraron en corto tiempo su cobertura de servicios. Al cabo de tan sólo 2,5 años de los 4 del experimento, todos habían alcanzado sus obligaciones contractuales para la mayoría de los indicadores de la evaluación.[312] El uso de los servicios de salud entre la mitad más pobre del pueblo se incrementó en cerca de 30 puntos porcentuales en los distritos de contratación externa (gráfico 1). Una posible explicación es que los distritos de contratación externa no cobraron tarifas oficiales de usuario; además desmotivaba que los trabajadores de la salud cobraran derechos de usuario "no oficiales", mediante el pago de salarios significativamente superiores a los proveedores que en los otros tipos de distritos.

El patrón de incrementos es similar en una diversidad de servicios e indicadores de cubrimiento (gráfico 2). Los distritos de contratación por fuera con frecuencia superaron en su desempeño a los de contratación interna, los cuales a su vez superaron a los de control. Pero no todos los indicadores fueron tan sensibles al programa. En los tres grupos de distritos la participación de partos con asistencia médica sólo cambió en una pequeña cantidad. Y no hubo ninguna diferencia entre los distritos que hicieron una contratación interna y externa en el incremento de la cobertura de vitamina A. El nivel de vacunación en los distritos con contratación también se mantuvo bastante modesto, con un pico máximo de sólo el 40%.

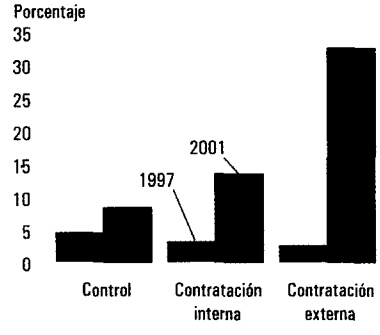
Los desembolsos inmediatos en servicios de salud cayeron drásticamente en los distritos con contratación por fuera pero se incrementaron ligeramente en los de contratación interna y en los de control. La reducción fue especialmente marcada entre los pobres (US$35 al año, o 70%) lo que indica una mejor focalización y transferencias más eficientes de subsidios.

Aun cuando el ministerio de salud estimuló a todos los distritos a implementar derechos oficiales de usuario, sólo un distrito de contratación interna estableció un sistema formal de tarifas para el usuario y empleó lo recaudado por el sistema para recompensar a los trabajadores de la salud con bonos mensuales por desempeño y puntualidad. Eso puede explicar el gasto ligeramente superior para este grupo de distritos.[313]

Hay varias razones posibles para estos resultados en favor de los pobres en los distritos contratados.

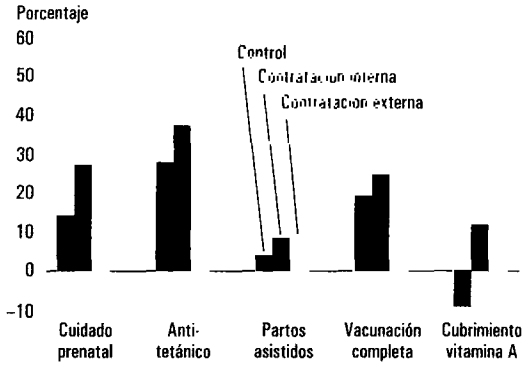
- La disponibilidad continua de medicamentos y de personal calificado fortaleció la prestación del servicio en los centros de salud de los pueblos rurales, donde se concentra la mayoría de la gente pobre.
- Las organizaciones no gubernamentales contratadas emplearon un paquete de salarios y beneficios basado en el mercado para atraer y retener a los proveedores de servicios de salud.

Gráfico 1 Porcentaje de enfermedades tratadas en un centro de salud para personas de la mitad más pobre de la población



Fuente: Bhushan, Keller y Schwartz (2002).

Gráfico 2 Cubrimiento de indicadores de salud seleccionados entre 1997 y 2001 en distritos de control y contratados de Camboya



Fuente: Bhushan (2003).

- Una reducción en los pagos privados por los servicios y una estructura de tarifas más predecible y transparente incrementaron la demanda de servicios de salud por parte de los pobres.
- La disponibilidad de servicios de salud en los pueblos rurales redujo los gastos de transporte en busca de atención médica, y las ONG hicieron cumplir las reglas contra pagos informales por parte de los pacientes.

Acuerdos sobre servicios que se prestan, y contratos susceptibles de cumplimiento forzoso

Contratar servicios de salud con ONG puede expandir la cobertura para la gente pobre. En Camboya se requirieron acuerdos sobre servicios que se prestan y un contrato susceptible de cumplimiento forzoso, lo que a su vez requirió un sistema independiente de verificación del desempeño. Una vez acordados los objetivos para 13 indicadores clave de salud –para la gente pobre– se midió el progreso hacia el logro de los mismos mediante encuestas independientes de hogares y verificaciones en el sitio, por parte del gobierno. Los pagos estaban condicionados al logro de los objetivos, con bonos para un desempeño mejor que el acordado.

Mejorar los servicios de salud para los pobres requiere que los trabajadores de la salud sean adecuadamente remunerados y efectivamente supervisados y respaldados. Las ONG que trabajaron en los distritos de contratación externa revisaron los salarios de los proveedores de servicios de salud y los pusieron en línea con los salarios promedio del sector privado. A cambio, exigieron a los proveedores trabajar tiempo completo en los centros de atención médica y no trabajar como médicos particulares.

En los distritos de contratación interna las ONG complementaron los salarios de los proveedores con sus propios fondos y, en un distrito, les asignaron una mayor participación de los ingresos por derechos de usuario. Los distritos de control, abandonados a sus propios mecanismos, permitieron a los trabajadores seguir un comportamiento privado tendiente a maximizar sus ingresos mediante tarifas no oficiales y práctica privada, para detrimento de los servicios públicos de salud para los más pobres de los pobres.

Al mejorar el acceso a los servicios de salud es importante tener estructuras tarifarias transparentes y predecibles. Solamente en un distrito de contratación interna se introdujeron tarifas oficiales para el usuario, en consulta con las comunidades, a fin de dar incentivos a los trabajadores de la salud. Para eliminar toda ambigüedad con respecto a los cobros, en todas las instalaciones de salud se exhibió de manera prominente el plan de tarifas para el usuario. Esto desestimuló la práctica privada y ayudó a ingresar formalmente al sistema los pagos "por debajo de la mesa". En ese distrito descendió el desembolso por parte de los usuarios. Ningún derecho de usuario se introdujo en los otros dos distritos de contratación interna ni en los de control, donde no bajaron los desembolsos directos de los usuarios.

Contratar servicios de salud con ONG puede ser difícil de aceptar para los responsables de la formulación de políticas. Pero la experiencia camboyana muestra que puede ser una medida efectiva y equitativa. Dicha experiencia ayudó a convencer a los responsables de la formulación de políticas de que el modelo podía adoptarse a mayor escala. Ahora están extendiendo la contratación a 11 distritos pobres y remotos donde la prestación pública de servicios es lastimosa.

Servicios de educación básica

capítulo

Un arreglo institucional para la educación básica debe juzgarse por su logro de aprendizaje de alta calidad, equitativamente distribuido. Esto requiere que los niños estén en la escuela y que aprendan. Y esto a su vez descansa en los sistemas de educación que crean relaciones de responsabilidad entre ciudadanos, políticos, responsables de la formulación de políticas y proveedores, con objetivos claros, recursos adecuados, proveedores capaces y motivados, evaluaciones de progreso y gestiones orientadas hacia el desempeño.

Los sistemas de educación exitosos varían muchísimo. Algunos son centralizados, otros descentralizados. Algunos tienen casi exclusivamente escuelas públicas, en tanto que otros dan apoyo público a proveedores privados. Pero no cualquier cosa funciona.

- La política escolar –particularmente la efectividad de la voz de los pobres– determina tanto los objetivos del sistema escolar como los recursos públicos que se destinan a la educación.
- El pacto entre responsables de la formulación de políticas y proveedores de servicios escolares necesita equilibrar la autonomía de escuelas y maestros con evaluación del desempeño.
- Las escuelas (y los sistemas escolares) tienen que ser capaces de manejarse por desempeño –y, particularmente, de encontrar formas efectivas de entrenar y motivar a los maestros.
- La participación directa de padres de familia y comunidad en las escuelas, inducciones del lado de la demanda para expandir las matrículas, y la posibilidad de elegir –si están correctamente diseñadas– pueden ser partes valiosas de un plan general para el mejoramiento escolar.

Problemas comunes de la prestación de servicios

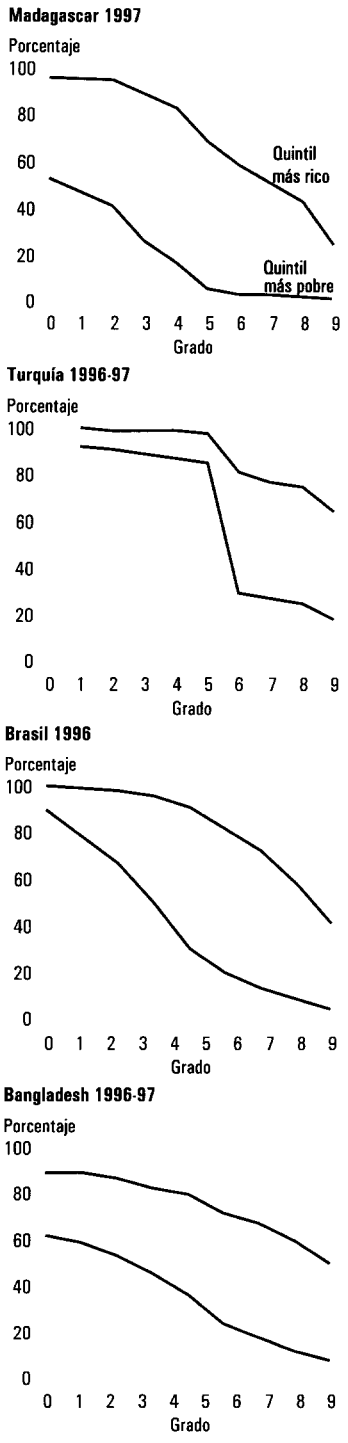
Los sistemas de educación enfrentan los problemas comunes de la prestación de servicios descritos en el capítulo 1 –acceso imposible de sufragar, escuelas disfuncionales, baja calidad técnica, baja capacidad de respuesta al cliente y productividad estancada. Pero no todos los países enfrentan los mismos problemas. En muchos de los países más pobres hay enormes déficit de acceso sufragable. La gente pobre tiene menos acceso, un nivel más bajo de logro y menor calidad que los mejor librados. En muchos países la prestación de servicios por parte del sector público es cercana a lo disfuncional y plagada de corrupción. La calidad técnica de la instrucción y los resultados en términos de aprendizaje son desconcertantemente bajos, especialmente entre los pobres. E incluso las economías más avanzadas luchan por hacer más productivos los sistemas de educación.

La limitada escolaridad primaria universal completa –resultado combinado de niños jamás matriculados, niños que no progresan y niños que desertan– refleja las fallas del sistema. En Madagascar solamente el 52% de los jóvenes de 15 a 19 años del 20% más pobre de la población ha estado alguna vez matriculado en la escuela y sólo el 4% completó hasta el quinto grado (gráfico 7.1). En Brasil el 89% de los adolescentes pobres se matriculó en el grado 1, pero solamente el 30% completó el grado 5 debido a las altas tasas de deserción y repetición. En Turquía el elevado nivel de perseverancia a lo largo de la escuela primaria, seguido de una drástica caída en el paso al siguiente nivel, sugiere que se requieren soluciones sistémicas e institucionales para incrementar el logro. En Bangladesh apenas el 60% de los adolescentes pobres ha completado el grado 1 y sólo el 36% ha completado el grado 5.

Acceso imposible de sufragar

Pese a mínimo 55 años de reconocimiento de que el alfabetismo universal es el corazón del desarrollo, y pese también a los repetidos compromisos retóricos con la matrícula universal,

Gráfico 7.1 Niños pobres: menos probabilidades de iniciar la escuela, más probabilidades de desertar
Jóvenes de 15 a 19 años que han completado cada grado



Fuente: Análisis de datos de encuestas demográfica y de salud.

ni siquiera se ha realizado la modesta meta de escolaridad primaria universal completa. Algunos países han dado enormes saltos –las tasas promedio de escolaridad completa en Brasil pasaron de menos del 50% en 1990 a más del 70% en 2000. Pero si los países continúan avanzando apenas a su tasa reciente, la primaria universal completa no se habrá logrado sino hasta después de 2020 en el Oriente Medio y África del Norte, después del 2030 en Asia Meridional, y en el África Subsahariana no se alcanzará en el futuro previsible.

En los países más pobres el déficit de logro se extiende por toda la población, pero en la mayoría se concentra en los niños de hogares pobres. En países con muy bajo logro, como Malí, la mayoría de la población es rural y hay déficit sustanciales en escolaridad primaria completa incluso entre las familias relativamente más pudientes y urbanas. En la India el 72% del déficit en escolaridad completa del grado 5 entre los jóvenes de 15 a 19 años corresponde a los campesinos pobres (el 50% más pobre), y la escolaridad completa es superior entre los varones que entre las niñas. En las Filipinas el déficit es mucho más bajo, concentrado entre los campesinos pobres y más alto entre los hombres que entre las mujeres.

Escuelas disfuncionales

Los resultados en escolaridad completa y aprendizaje pueden quedarse cortos debido a que los proveedores son disfuncionales. Si bien la mayoría de los maestros trata de hacer su trabajo concienzudamente, una encuesta reciente reveló que un tercio del total de maestros de Uttar Pradesh, India, estaba ausente. En muchas situaciones, la ocurrencia de casos de mala conducta por parte de maestros es abrumadora: maestros que se presentan ebrios, que son abusivos físicamente, o que sencillamente no hacen nada. Esta no es enseñanza "de baja calidad", es no enseñar en absoluto.[314]

Baja calidad técnica

La calidad de la instrucción también puede ser baja debido a baja capacidad, poca motivación y falta de insumos complementarios. En situaciones de muy bajos ingresos, los resultados en términos de aprendizaje pueden ser decepcionantes. En 1994, el examen de último grado de escuela primaria en Tanzania señaló que en sus siete años de escuela la inmensa mayoría de los estudiantes no había aprendido propiamente *nada* de lo que se evaluó –más de cuatro quintos tuvieron menos del 13% de respuestas correctas en lenguaje y en matemáticas.[315] En Bangladesh el 30% de los estudiantes que terminó el grado 5 no era ni mínimamente competente en lectura; el 70% no lo era en escritura.[316]

La evidencia en resultados de aprendizaje es decepcionante incluso en países de medianos ingresos. Por ejemplo, en el reciente Programa para la Evaluación Internacional de Estudiantes, del logro en la escuela de los jóvenes de 15 años, en matemáticas elementales sólo el 5% de los estudiantes brasileños alcanzó la media de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (gráfico 7.2). El 56% estuvo al nivel uno (de cinco) en lectura, en contraste con el 18% de los estudiantes de los países de la OCDE. Y solamente el 4% alcanzó los niveles 4 o 5 de fluidez, en contraste con el 31% para los estudiantes de la OCDE.[317] No se trata de singularizar al Brasil por un mal desempeño: este país es ampliamente reconocido por sus avances y su voluntad de participar en el estudio, y el coraje que significa revelar los resultados demuestra un fuerte compromiso con el rendimiento de la educación (otros países han participado en exámenes y luego se han negado a publicar los resultados). Además, en una comparación anterior de 11 países latinoamericanos el Brasil empató con la Argentina en el segundo lugar en desempeño matemático de los jóvenes de cuarto grado.

Baja capacidad de respuesta al cliente

Cuando las comunidades no están involucradas en el establecimiento, respaldo o supervisión de una escuela, ésta frecuentemente es considerada como algo al margen. Los lugareños se refieren a la escuela "del gobierno" y no a "nuestra" escuela. En *Voces de los Pobres* la gente suele quejarse de maestros ausentistas o abusivos y de la exigencia de tarifas ilegales para lograr tener a sus hijos en la escuela o para influir en los resultados de los exámenes.[318] Un estudio de la escolaridad en la Nigeria rural encontró que a menudo los campesinos dejaban de esperar algo de las escuelas del gobierno, y asumían la carga ellos mismos.[319]

Productividad estancada

La creación y mantenimiento de un ambiente institucional que promueva mayor productividad y más aprendizaje no es fácil. Un conjunto reciente de estudios documentó que en términos reales el gasto por alumno se ha incremen-

tado en un 50% o más, con frecuencia al doble o al triple, en casi todos los países de la OCDE y de Asia Oriental. Sin embargo, en ninguno de estos países han mejorado de forma mensurable las calificaciones en los exámenes.[320] Lo que obviamente significan estos dos hechos es que el logro medido en aprendizaje por dólar gastado ha caído verticalmente en todos los países examinados.

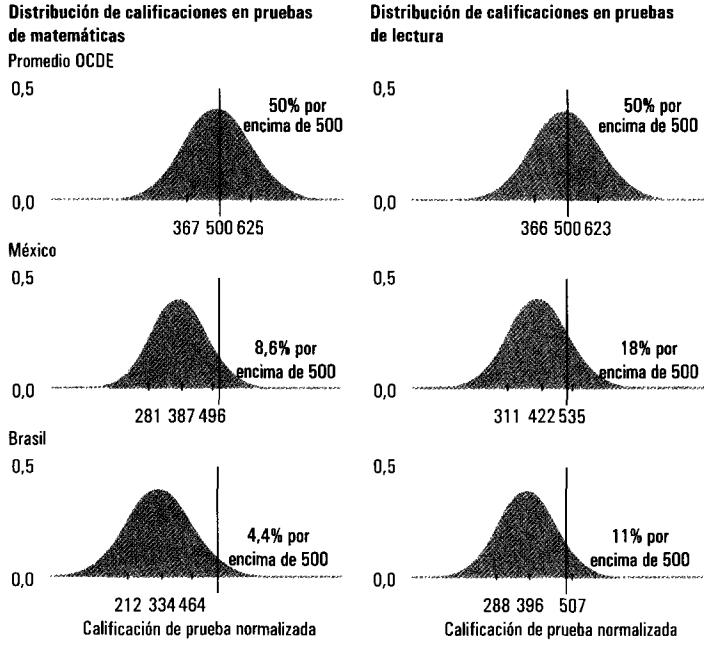
Para lograr sistemas de mayor calidad, se fortalecen las relaciones de responsabilidad

Pese a las enormes diferencias de logro, equidad y aprendizaje de un país a otro, los rasgos de los sistemas escolares son desconcertantemente similares. Casi siempre la prestación pública del servicio es el medio dominante –si no exclusivo– de apoyo del gobierno a la educación. Sea en Argentina, Egipto, India, Indonesia, Paraguay o Tanzania, los sistemas públicos presentan una organización de aulas por edad y grado, réplica de las estructuras y desigualdades sociales, y formas similares de entrenamiento, contratación, retribución y promoción de maestros. A pesar de estas similitudes superficiales, se producen resultados muy diferentes. Tanto Nigeria como Singapur conservan muchos de los elementos organizativos de la educación británica. Sin embargo, en una prueba internacional de logro en los años ochenta, el desempeño de Nigeria estuvo entre los peores en tanto que Singapur frecuentemente está entre los mejores.

Que la prestación pública del servicio escolar a menudo no haya logrado crear una escolaridad universalmente disponible y efectiva, no significa que la solución sea un enfoque radicalmente distinto (descentralización completa, control total por grupos de padres, oportunidad de elección generalizada) o un enfoque limitado a los determinantes inmediatos (más libros de texto, más entrenamiento de maestros). La educación universal y de calidad puede provenir de sistemas muy centralizados (Francia, Japón) o de sistemas muy descentralizados, con considerable responsabilidad y flexibilidad locales (Estados Unidos). Muchos países tienen poca escolaridad privada y algunos tienen muchísima (Holanda). Lo que importa es la práctica en el aula. Si no se abordan las causas subyacentes de fracaso, todos estos enfoques pueden fallar.

Los capítulos 3 a 6 desarrollaron un marco para analizar la prestación de servicios, teniendo en cuenta cuatro relaciones de responsabilidad. En educación, éstas son:

Gráfico 7.2 Jóvenes con quince años de edad en Brasil y México se desempeñan sustancialmente peor en pruebas estandarizadas que los estudiantes de países de la OCDE



Nota: Las distribuciones son aproximadas con base en la media y la desviación estándar reportadas en la fuente original.
Fuente: OCDE (2001).

- *Opinión*, o hasta qué punto los ciudadanos pueden responsabilizar al Estado –políticos y responsables de la formulación de políticas– por el desempeño en el cumplimiento de su responsabilidad por la educación.
- *Pactos*, o qué tan bien y qué tan claramente se comunican las responsabilidades y objetivos del compromiso público al público y a las organizaciones privadas que proveen los servicios (ministerios de educación, distritos escolares).
- *Manejo*, o las acciones que generan proveedores finales efectivos (maestros, administradores) dentro de las organizaciones.
- *Poder del cliente*, o qué tan bien pueden los ciudadanos, como clientes, incrementar la responsabilidad de las escuelas y de los sistemas escolares.

Las soluciones efectivas tienden a ser mezclas de opinión, posibilidad de elección, participación directa, y comando y control organizativos, con las responsabilidades funcionales distribuidas entre las administraciones central, regional, local y escolar. Estas piezas tienen que encajar como un *sistema*. Una posibilidad de elección de mayor cobertura para los padres de familia, sin mayor información sobre el rendi-

miento escolar, no necesariamente conducirá a mejores resultados. Sistemas de información que produzcan datos sobre insumos pero que no cambien las capacidades ni los incentivos de los proveedores finales no pueden mejorar la calidad. A escuelas y maestros no se les puede responsabilizar más por los resultados sin que reciban también suficientes autonomía y recursos, y las oportunidades necesarias para acrecentar sus capacidades. Por otra parte, a las escuelas no se les puede dar autonomía a menos que se les den objetivos claros y se les hagan evaluaciones regulares de progreso.

Lo que comparten los sistemas educativos satisfactorios es una estructura funcional de responsabilidad: objetivos claros, recursos adecuados y proveedores capaces y motivados. Este Informe se centra en reformas institucionales para lograr ese sistema de responsabilidad –no en los determinantes inmediatos de éxito, como diseño de currículo, métodos pedagógicos, libros de texto, entrenamiento de maestros, construcción de escuelas o nuevas tecnologías de la información. Las reformas institucionales lograrán los resultados deseados al afectar los determinantes inmediatos, y los determinantes inmediatos que producen buena educación son el resultado de sistemas bien estructurados y en buen funcionamiento. Pero los esfuerzos por mejorar los determinantes inmediatos a través de iniciativas de manejo interno, normalmente han fracasado. ¿Por qué? No por falta de conocimiento de lo que hay que hacer, sino por falta de la sostenida presión burocrática, del mercado, de los padres y de política necesaria para hacer que las cosas funcionen.

La decepcionante experiencia con el entrenamiento de maestros muestra el límite de un enfoque en los determinantes inmediatos (recuadro 7.1). Cuando a los maestros no se les consulta para el diseño del entrenamiento –lo que suele ser común– el resultado es una implementación deficiente. El entrenamiento puede no estar integrado al sistema, como cuando se entrena a los maestros en métodos inconsistentes con los exámenes públicos y consecuentemente son renuentes a adoptarlos. A menudo los maestros tienen poco incentivo, fuera del orgullo profesional, para adoptar nuevos métodos.

Si no se solucionan los problemas subyacentes, ni la burocracia ni el mercado funcionarán bien. Es importante incrementar el poder del cliente mediante la creación de mecanismos para que las comunidades y los padres mejoren su escuela local. Pero esta ruta corta de responsabilidad no es suficiente. El mejoramiento de los servicios también requiere mecanismos más fuertes propios de la ruta larga de responsabilidad –responsabilidad de los políticos y de los responsables de la formulación de políticas por la educación y por el mejoramiento de la fluidez en administración pública, dentro de la cual se responsabilice a la burocracia educativa por los resultados. No existe ningún arreglo rápido en un área tan compleja y extensiva como la escuela, solamente el pesado afán del mejoramiento gradual a través del *incrementalismo estratégico*, que vincula las acciones operativas con las estrategias y metas institucionales de largo plazo.

RECUADRO 7.1 ***La lamentable situación del entrenamiento de maestros en Pakistán alrededor de 1990***

"El entrenamiento de maestros en esta provincia es una burla. Deberíamos cerrar los institutos de entrenamiento de maestros y ponerle punto final a este sinsentido. Yo he estado enseñando por muchos años en un programa de educación secundaria/ educación básica y no veo signos de haber tenido ningún impacto sobre los estudiantes a los que enseño".

Instructor de educación universitaria citado en Warwick y Reimers (1995).

"La mayoría de los colegas de este sistema [dos institutos de entrenamiento de maestros] no tienen ningún respeto por ellos mismos, por tanto no tienen ningún respeto por los demás. Los maestros creen que los estudiantes son fiascos, los estudiantes creen que los maestros han hecho pedazos sus ideales. La gran mayoría están desilusionados. Ellos no tienen esperanzas, no tienen fines, no tienen ambiciones. Están viviendo el día a día, observando de manera impersonal desmoronarse el sistema a su alrededor".

Nauman (1990).

Una encuesta nacional de las escuelas primarias de Pakistán sugiere que estos relatos anecdóticos sencillamente son demasiado ciertos. Los datos de la encuesta sobre prácticas de enseñanza "no proporcionan ninguna base para afirmaciones de que ... el entrenamiento de maestros haga una diferencia sustancial en la forma en que los maestros enseñan". Un estudio del entrenamiento de maestros en 1998 sugiere que "el personal y el cuerpo de profesores no están entrenados profesionalmente, la interferencia política es común, los recursos y las instalaciones son deficientes y están mal utilizados, la motivación y las expectativas son bajas y no hay ningún sistema de motivación que obligue a cumplir estándares." Emplazado en un sistema educativo que era fundamentalmente irresponsable y carecía de toda orientación en pos de resultados, el entrenamiento de maestros reflejaba la peor práctica.

Fuentes: **Warwick y Reimers (1995); Kizilbash (1998), p. 45.**

Ciudadanos y clientes, políticos y responsables de la formulación de políticas: opinión

En la administración de todas las escuelas hay que tener en mente que lo que hay que hacer no es por el bien de los alumnos sino por el bien del país.

Mori Anori, ministro
de Educación japonés, 1886-89

La política juega un papel clave en el establecimiento de objetivos para el sistema educativo –concernientes tanto a la distribución como a la calidad– y en la movilización de recursos. Las razón es que la escuela, especialmente a nivel básico, se ha convertido en un elemento importante de la socialización del niño.

Quienes controlan el Estado usan la escuela para promover creencias que ellos consideran deseables. Propiamente en todas partes esto significa que las escuelas promueven un sentido de identidad nacional, una lengua nacional, y lealtad a la nación-Estado en competencia con afiliaciones étnicas más locales –y, en casos más extremos, un adoctrinamiento político específico. Estados modernos –desde la Tercera República Francesa hasta la Turquía de Ataturk– también han usado las escuelas públicas para suplantar o suprimir la instrucción religiosa.[321] Los Estados autoritarios han usado la escuela para difundir una única ideología aceptable –por ejemplo, la promoción de los cinco principios de *pancasila*, de Soeharto[322] en Indonesia. Estos ejemplos no son la excepción sino la regla: países en todo el mundo usan explícitamente la escuela para inculcar ideas sobre la organización propia de la sociedad.

Opinión y los objetivos de la escuela

La escuela se ha convertido en un campo de batalla para conflictos políticos. Diferentes grupos quieren cosas diferentes –a menudo contradictorias– de la escuela. Los padres de familia pobres ven la educación como una oportunidad para que sus hijos tengan una vida mejor, pero también es posible que quieran que la educación refuerce valores tradicionales. Las elites pueden querer educación universal, pero frecuentemente promueven el gasto público en educación superior para beneficio de sus propios hijos. Coaliciones urbanas y empresariales pueden estar a favor de más educación porque ésta incrementa la productividad de sus trabajadores, o los industriales pueden oponerse calladamente a "demasiada" educación porque ésta hace ingobernables a los trabajadores. Un estudio reciente de propietarios y gerentes de fábricas modernas en el noreste del Brasil que estaban avanzando hacia prácticas empresariales de punta, reveló una perturbadora falta de respaldo para expandir la educación. Muchos sentían que una educación primaria (ocho años) era útil, pero que por encima de eso era "peligrosa" porque creaba trabajadores que eran menos dóciles. Muchos comentaron que "demasiada educación es una mala cosa" (Tendler, 2003.) Los políticos pueden querer cumplir promesas de escuela universal al mismo tiempo que utilizan el sistema educativo para brindar empleos por padrinazgo (el ejemplo de Pakistán, en el recuadro 5.3, no es único). Los maestros y sus sindicatos quieren educación universal de alta calidad pero también quieren mayores salarios.

Para conseguir lo que uno quiere, necesita saber qué es lo que quiere. Pero lo que una sociedad quiere de sus escuelas no es simple y no puede ser decidido solamente por expertos. Un estudio reciente de los intentos por mejorar la cantidad y la calidad de la educación básica en un país asiático durante los años noventa, concluyó que ni siquiera muchas reformas pedagógicas e internamente sólidas tuvieron un impacto sostenido en la práctica de la enseñanza ni en el aprendizaje de los estudiantes. ¿Por qué?

Porque el sistema educativo no tenía un enfoque por consenso, coherente: "Para que las reformas peguen, primero hace falta tener una visión del futuro con objetivos a largo plazo acordados, derivados de los grupos de interés: diálogo informado con padres de familia, empleadores, líderes religiosos, estudiantes que están saliendo de la escuela y otros. La ausencia de una estrategia compartida, de largo plazo, para la calidad de los servicios, que concentre recursos escasos en la calidad y no en la cantidad, ha dejado al sector educativo abierto a la imposición de ideas del exterior: de los donantes, con agendas cuyo valor es cuestionable para la situación del país, o de graduados que regresan con diplomas obtenidos en el exterior y con agendas de su propia cuenta, mal informadas, aunque bien intencionadas."[323]

La democracia no es necesaria para tener escuelas excelentes. La enorme variación en el compromiso con la escuela entre los estados de la India es suficiente para sugerir que la democracia electoral es también insuficiente para que la opinión lleve a la educación universal (*ver* En primer plano: Kerala y Uttar Pradesh). Pero la ausencia de democracia u otros medios de opinión ciudadana efectiva tiene una enorme desventaja. Si bien Estados de un solo partido ocasionalmente producen buenos resultados (*ver* En primer plano: Costa Rica y Cuba), muchos regímenes autoritarios no tienen ningún interés en expandir la educación ni en mejorar su calidad. Existen dos riesgos: el sistema es efectivo pero sus metas son establecidas íntegramente por políticos y responsables de la formulación de políticas, o bien el sistema no es efectivo debido a que los políticos y los responsables de la formulación de políticas tienen metas distintas de la prestación efectiva de servicios. Los resultados: muy pocos recursos se asignan a la educación, demasiado pocos de esos recursos llegan a la gente pobre, y los recursos no son asignados de manera efectiva (porque los proveedores tienen más influencia que los ciudadanos).

A medida que más países avanzan hacia modos más democráticos de escoger sus líderes, se hace más prominente el control ciudadano sobre la estructura y el contenido de los

currículos. El tener una visión negociada de los objetivos del apoyo público a la escuela facilita el paso a las otras etapas de mejoramiento de la calidad escolar –movilización y asignación de recursos, comunicación de objetivos a los proveedores y delegación de responsabilidad y autonomía a las escuelas. Sin una visión clara de las metas, la reforma se reduce a un enfoque en los insumos y el proceso solamente.

Cuanto mayor sea la demanda de educación, más aguda es la visión. En Malawi, Uganda y más recientemente Kenia, una posición popular es el compromiso con la educación universal –aunque es un compromiso difícil de acoplar a los recursos (*ver* En primer plano: Uganda).

Recursos adecuados, adecuadamente distribuidos

Para alcanzar las metas educativas los políticos y los responsables de la formulación de políticas –sea autónomamente o mediante la presión de la opinión ciudadana– tienen que proveer recursos adecuados. Para aprender adecuadamente los niños necesitan acceso sufragable a infraestructura, insumos e instrucción –que está lejos de ser el caso en muchos países. Un estudio reciente de la financiación de la iniciativa global Educación para Todos comparó países exitosos y menos exitosos en tres aspectos:

- Movilización de ingresos para educación primaria (tasas generales de tributación, la fracción del gasto en la escuela, la fracción de éste gastada en escuela primaria).
- Costo unitario de un año de escolaridad efectiva (salarios de maestros y tamaño de las clases).
- Eficiencia interna (años de escolaridad dados por estudiante con escuela primaria completa).

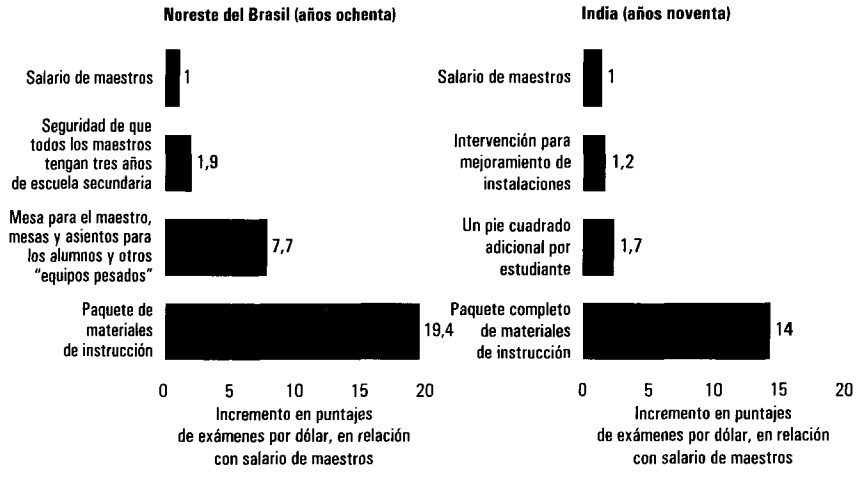
Incluso contando con esfuerzo fiscal adecuado, costos razonables y eficiencia interna, muchos países no generan recursos suficientes para alcanzar la escolaridad primaria completa universal. En estos países hay justificación convincente para asistencia internacional adicional (*ver* recuadro 2.3).

Pero en muchos casos los recursos sencillamente no se usan de una manera efectiva. Son asignados a una mezcla equivocada de insumos. Una participación demasiado grande va a niveles superiores de educación. O los sistemas son ineficientes para traducir los recursos en rendimiento. Un problema común es que los salarios de los maestros, aun cuando sean muy bajos, dejan por fuera todos los demás insumos. Un estudio reciente encontró que 44 de 55 países examinados asignaba más del 70% del gasto a salarios, y la mitad (23 países) asignaba más del 80%. Semejantes niveles de gasto frecuentemente implican bien sea cantidades insuficientes de otros insumos o gravámenes formales o informales a los padres de familia. Estudios empíricos muestran también que los incrementos de los salarios de los maestros guardan poca o ninguna relación con los resultados de aprendizaje (discutidos más adelante). Muchos estudios estiman que el impacto de instalaciones escolares o de materiales de instrucción para el aula seleccionados es unas 10 veces mayor que el de los salarios de los maestros (esto no significa que enfoques basados simplemente en el "equipamiento" hayan de tener éxito). Otro problema común es el de destinar recursos para reducir el tamaño promedio de las clases, lo que a menudo tiene como resultado clases ineficientemente pequeñas –que disparan los costos unitarios y limitan el acceso.

Los recursos públicos son distribuidos políticamente, de manera que su distribución efectiva *es* un asunto de opinión. Una revisión de las evidencias empíricas sugiere que el patrón común de muy pocos recursos para insumos altamente productivos es tan ubicuo –el gráfico 7.3 ofrece apenas dos de los muchos ejemplos posibles– que probablemente sea generado por una economía política que falla en incorporar adecuadamente la opinión de la gente pobre. Cambiar esta distribución de los recursos requiere más que un ajuste tecnocrático –como lo ha mostrado el Brasil con sus reformas de la década de los noventa.

Debido a que los pobres son casi siempre los últimos matriculados, el gasto adicional que

Gráfico 7.3 Incrementos en puntajes de exámenes por dólar gastado en diferentes insumos



Fuente: Pritchett y Filmer (1999).

Cuadro 7.1 En Madagascar, a niveles de educación más altos los costos unitarios son mucho mayores y la participación de los pobres es mucho menor

	Razón de costo de un año de educación superior a costo de un año de escuela primaria	Gasto público acumulativo en egresados de cada nivel (porcentaje del PIB)	Participación del 40% más pobre en el grupo de los que completan cada nivel (porcentaje)	Participación del 40% más pobre en el grupo de los que llegan a cada nivel (porcentaje)
Escolaridad cero	0	0	37,6	57,8
Primaria (grados 1 a 5)	1	0,4	7,3	33,7
Secundaria básica (grados 6 a 9)	2,75	1,25	0,5	3,1
Secundaria superior (3 años)	5,5	2,56	*	*
Educación superior (4 años)	19,6	8,84	*	*

* indistinguible de cero
Fuentes: Banco Mundial (2001c) y análisis de Encuesta Demográfica y de Salud de Madagascar.

expande el acceso es más favorable para los hogares más pobres que el gasto existente. En la India un estudio reveló que, si bien los gastos educativos no eran en promedio más favorables a los pobres que lo que sería una transferencia uniforme, los pobres se beneficiaban más que proporcionalmente a medida que se expandían las matrículas en educación primaria (puesto que los mejor librados ya estaban en la escuela).[324] De manera que los gastos en educación que expanden el acceso están mejor focalizados hacia la gente pobre que los recursos que exclusivamente elevan la calidad.

Pero el trueque entre calidad y cantidad no es una simple elección entre abrir escuelas adicionales y mejorar la instrucción. En casi cualquier ambiente, un problema de primer orden para los niños pobres es que ellos desertan con mayor frecuencia, en parte debido a que la calidad de los servicios escolares que reciben es muy baja. De manera que las mejoras en cantidad necesitan ir acompañadas de mejoras en calidad.

El gasto en educación primaria es moderadamente progresivo, pero el gasto en niveles superiores no lo es. No teniendo los niños de los hogares más pobres probabilidades de alcanzar niveles superiores de escolaridad, y siendo el gasto por estudiante mayor en los niveles superiores que en los inferiores, los hijos de los hogares más ricos capturan el grueso del gasto educativo. En Madagascar, un solo año de educación superior cuesta 20 veces lo que la escuela primaria –y solamente el 3% de los niños que completan la escuela secundaria básica pertenecen al 40% de los hogares más pobres (cuadro 7.1). El problema no es el costo relativo solo. Es si entre niveles la financiación es equitativa y eficiente, o movida exclusivamente por una política elitista.

Las condiciones políticas requeridas para asignaciones presupuestarias adecuadas para la educación no son obvias. Respuestas simples, como "democracia", son atractivas, pero sencillamente no son ciertas. La India, democrática desde su independencia, tiene vacíos de riqueza en logro educativo más grandes que ningún otro país que tenga datos comparables. Por lo menos un estudio empírico sugiere que países no democráticos gastan más en educación.[325] Pero existe el riesgo de que estos gobiernos no se preocupen por la calidad de la educación sino por usar las escuelas para adoctrinamiento religioso, secular o nacional. En los países que tienen elecciones democráticas, las oportunidades escolares pueden ser limitadas y los recursos educativos pueden ser destinados al padrinazgo y al clientelismo, si la opinión es débil y el control permanece en manos de una elite reducida. Focalizar recursos hacia los desposeídos y desaventajados tiene también peligros políticos. Los sistemas que se concentran primordialmente en los ciudadanos pobres, sin dejar nada en juego para las clases medias, tienden a ser financieramente menos sostenibles y a experimentar menos presión por responsabilidad, y en consecuencia tienden a ser ineficientes y despreocupados de la calidad.

Responsables de la formulación de políticas y organizaciones proveedoras: pactos

No me importa que los maestros se ofendan por ello. A mí me interesa menos el método de enseñanza de la maestra que el resultado que logra... Al final debería haber una prueba para ver si se están obteniendo los resultados... Permítannos a los que representamos a la comunidad decir aquí y ahora que debería haber una (prueba) no importa quién pueda oponerse... Si queremos que se alcance un cierto estándar y estamos pagando, tenemos el derecho de ver que se nos asegure algo por ese dinero.

Eamon de Valera,
Primer Ministro Irlandés, 1941[326]

La línea de separación entre el Estado como responsable de la formulación de la política educativa (que establece las reglas del juego) y el Estado como mayor organización proveedora (que dirige el sistema escolar) es típicamente borrosa. Con frecuencia el ministro de educación usa ambos sombreros. A menudo no hay ningún interés en medir los resultados, así que no hay manera de responsabilizar al proveedor público por ellos.

Un primer paso es clarificar los objetivos y los papeles de los responsables de la formulación de políticas y de los proveedores. Sin especificar el rendimiento y los resultados deseados, no hay manera de decir si los recursos son suficientes (¿suficientes para hacer qué?) o si son usados efectivamente (¿con respecto a qué meta?). Una supervisión vaga y metas vagas reducen la gestión a cumplir con reglas formales para insumos y procesos. La falta de claridad resultante a menudo desemboca en "desvío de la misión" y luchas distractoras dentro del ministerio de educación. Carente de una misión clara, al ministerio de educación suele acusársele de ser capturado por un sindicato de maestros en vez de representar el interés colectivo en la escuela.

La insistencia del Primer Ministro irlandés en examinar es una reacción común a la percibida falla de las escuelas: una tentación de definir el rendimiento del sistema escolar exclusivamente en términos de calificaciones de pruebas y luego responsabilizar a las escuelas por esas calificaciones. Pero la responsabilidad medida demasiado estrechamente, distorsiona el sistema educativo. Solamente lo que se mide se hace. El estricto examen de finalización de la escuela primaria, introducido con tanta confianza por el gobierno irlandés en los años cuarenta, en los sesenta había desaparecido, en gran parte a causa de estas preocupaciones.

El pacto entre responsables de la formulación de políticas y organizaciones proveedoras debe crear un ambiente en el que todas las escuelas tengan los medios y la motivación para brindar una enseñanza de alta calidad. Ya se trate de producción pública o de financiación del gobierno a una serie de proveedores, el pacto debe concentrarse en rendimiento y resultados. Esto requiere un medio de evaluación de la contribución de una escuela a los objetivos colectivos de educación, y crear un ambiente para que las organizaciones hagan innovaciones y lleven esas innovaciones a escala –autonomía escolar con responsabilidad.

Uso y abuso de responsabilidad

Crear responsabilidad en la escuela es difícil. El servicio escolar es discrecional e intensivo en transacciones. Tiene múltiples rendimientos que difieren en mensurabilidad y en la dificultad de atribución. E implica una relación compleja –y no bien entendida– entre insumos y rendimiento. La escuela de elevado desempeño transmite destrezas, actitudes y valores. Algunos pasos de este proceso pueden reducirse a un instructivo detallado. Y algunos aspectos de la instrucción pueden reemplazarse por tecnología. Pero la interacción frente a frente y la flexibilidad son cruciales para una instrucción de alta calidad. Los instructores necesitan estar capacitados para ejercer discrecionalidad –al evaluar el dominio del estudiante, dar retroalimentación y adaptar el modo de instrucción al estudiante y a la materia. Este comportamiento en el aula es extraordinariamente difícil de controlar.

Cuadro 7.2 A las escuelas corresponde apenas una pequeña parte de la varianza en los resultados de aprendizaje estudiantil (porcentaje)

	Participación de la varianza total entre estudiantes			
	I Debida a diferencias en el desempeño estudiantil dentro de las escuelas	II Debida a diferencias entre escuelas	III Fracción de la variación total atribuible a diferencias de trayectoria estudiantil entre escuelas	IV Participación de la variación total en el desempeño estudiantil en exámenes, que es (a) específica por escuela y (b) no atribuible a diferencias de trayectoria estudiantil entre escuelas (II menos III)
Brasil	55	45	25	20
Federación Rusa	63	37	17	20
República Checa	48	52	4	18
Corea del Sur	62	38	14	24
México	46	54	32	22
Promedio de países desarrollados	66	34	20	14

Fuente: OCDE (2001), anexo B1, cuadro 2.4.

La escuela tiene múltiples rendimientos –algunos fáciles de evaluar, otros no. Evaluar el dominio de destrezas simples mediante exámenes estandarizados no tiene complicación. Pero es difícil evaluar qué tan bien ha transmitido la escuela un dominio conceptual que permita la aplicación a problemas del mundo real. Todavía más difícil es evaluar qué tan bien ha sabido estimular la creatividad. Y más difícil aún es evaluar qué tan bien ha transmitido valores. Evaluar el éxito es más complicado debido a que diferentes actores asignan diferentes valores a diferentes objetivos.

Diseñar un sistema de responsabilidad es difícil porque es difícil atribuir resultados específicos –e incluso rendimientos– a actores específicos. Si un joven de 15 años ha conseguido dominar conceptos algebraicos, ¿quién merece el crédito y en qué proporción? ¿Los genes de los padres? ¿La nutrición del hijo? ¿La motivación y los esfuerzos de los padres? ¿Los pares del joven? ¿Los maestros de matemáticas del niño en la escuela primaria? ¿Otro maestro que motivó al niño a desempeñarse bien en todos los temas? ¿El actual maestro de álgebra del joven?

Casi todos los estudios empíricos de logros de aprendizaje medidos coinciden en que la mayor parte de la variación explicable en resultados de aprendizaje obedece a la trayectoria familiar, especialmente en los grados de primaria. Los mismos estudios difieren muchísimo con respecto a qué tanto puede atribuirse a la escuela del joven. El reciente estudio Programa para la Evaluación Internacional de Estudiantes reveló una amplia variación en las diferencias de desempeño de los estudiantes dentro y entre escuelas (cuadro 7.2). La mitad o más de la variación en el desempeño interescolar se debía a la variación en el estatus socioeconómico de los estudiantes, no a factores controlados por la escuela. En los países pobres, el efecto de las escuelas es más grande y el de la trayectoria de los padres es menor. Pero en general no es sencillo identificar el valor agregado de la escuela.

Incluso tratándose de rendimientos más fáciles de especificar y medir, no se sabe mucho acerca de cómo los afectan los insumos. Los economistas resumen esta relación con la metáfora de una "función de producción". Es poco lo que se sabe sobre esta función porque la instrucción involucra seres humanos –maestros y estudiantes– en toda su complejidad. Por ejemplo, hay un vigoroso debate sobre la relevancia del tamaño de las clases para las calificaciones de los estudiantes en los exámenes. Unos afirman que el tamaño de la clase es irrelevante, o casi. Otros afirman que el desempeño recibe un impacto tan saludable de las reducciones en el tamaño de las clases, que éstas son un medio eficaz en función de los costos, para mejorarlo.[327] Después de más de un siglo de práctica generalizada de instrucción en el aula, investigadores inteligentes, bien intencionados y metodológicamente sofisticados todavía están debatiendo un asunto aparentemente tan simple. Eso muestra cuán realmente complejas son las cuestiones de investigación: los resultados variarán a través del tiempo, según el contenido y según el contexto.

Sistemas de evaluación

Los sistemas nacionales de evaluación son esenciales para el seguimiento del logro educativo. Pero la medición del desempeño es tan compleja como las muchas metas que las sociedades tienen para sus escuelas. La medición del desempeño *no* es un intento por reducir el rendimiento de la escuela a la capacidad de los estudiantes para responder preguntas en pruebas estandarizadas. Los peligros de la responsabilidad escolar basada en exámenes se han debatido por lo menos durante 140 años (recuadro 7.2). Uno obtiene aquello por lo que paga. Pero también el prestar muy poca atención al desempeño encierra peligros. Es importante distinguir entre los tres tipos de evaluación: evaluaciones basadas en muestras para rastrear el desempeño a lo largo del tiem-

RECUADRO 7.2 ***Responsabilidad basada en pruebas: nada nuevo bajo el sol***

Podría parecer que la responsabilidad escolar basada en pruebas es lo último. Pero no lo es. En 1862 la legislación británica para la financiación de escuelas incluyó un sistema de "pagos por resultados". Además de una donación básica (determinada por el número de estudiantes y la asistencia), las escuelas recibían un auxilio por cada estudiante que pasara una serie de pruebas de lectura, escritura y aritmética, administradas por inspectores escolares.

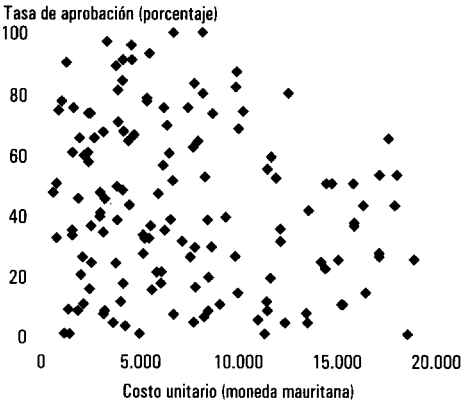
Los proponentes de las pruebas argumentaron que era apenas de sentido común que las transferencias se basaran en el desempeño puesto que se trataba de dinero público. Según el razonamiento de un proponente parlamentario, pagar por desempeño podría resultar barato (debido a que pocas escuelas cumplen el estándar) o caro (debido a que muchos estudiantes tienen un alto desempeño), pero lo que no será es a la vez caro e ineficiente. Los historiadores de la educación proclaman que este tipo de pagos dio a los maestros (que por esa época tenían poco entrenamiento) indicaciones claras de lo que se valoraba y recompensas tangibles por el logro.

Los opositores ventilaron los mismos argumentos que se dan hoy. Los maestros "enseñarán para el examen" e ignorarán temas no cubiertos por el mismo (como historia y geografía). La responsabilidad basada en pruebas conducirá a métodos de enseñanza que enfaticen la memorización mecánica y el repaso. Un educador arguyó que "el pago por resultados" sería "recordado con vergüenza".

Este sistema particular de "pago por resultados" fue abolido en 1890. Pero hoy el debate continúa.

Fuentes: Basado en Bowen (1981) y Good y Teller (1969).

Gráfico 7.4 El éxito escolar no sólo depende del gasto por estudiante
Tasas de aprobación escolar primaria en Mauritania



Fuente: Mingat (2003).

po, exámenes de admisión en los que hay mucho en juego para los estudiantes, y evaluaciones de desempeño escolar.

Rastreo del progreso. Una forma de fortalecer el pacto entre responsables de la formulación de políticas y proveedores de educación es desarrollar sistemas de medición e información que permitan investigar la inversión. Los exámenes estandarizados son un mecanismo relativamente económico del progreso y la efectividad, pero en el mundo en desarrollo pocos sistemas educativos han desagregado el costo de dirigir una escuela, y son todavía menos los que saben cómo está asociado ese costo con el aprendizaje. De manera que no hay propiamente ningún reporte basado en tales mediciones. La falta de información conduce a una incapacidad de actuar en concordancia.

Cuando se revelan los datos, pueden resultar sorprendentes. En África, un estudio que generó datos que relacionaban gastos con aprendizaje a nivel escolar, encontró poca conexión –escuelas mauritanas con gastos similares tenían tasas de aprobación de menos del 5% y de más del 95% (gráfico 7.4).

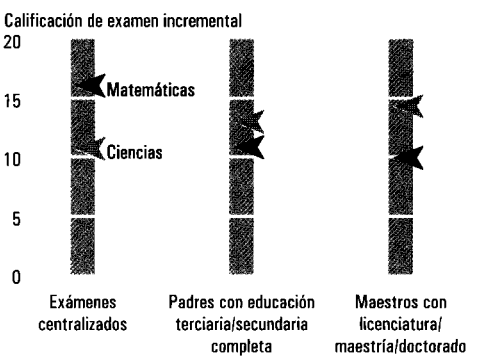
Se necesitan datos para una administración activa –sobre costos escolares, sobre las características de los estudiantes y sobre el desempeño de las pruebas que miden los logros cognoscitivos. Una vez implementados, estos sistemas basados en estas muestras pueden graduarse para proveer más medidas estilo censo.

Exámenes de admisión. En la mayoría de los países se considera que los exámenes son una forma justa de asignar cupos limitados en las escuelas. Un estudio sugiere que el impacto que tienen en el desempeño estudiantil exámenes centralizados basados en el currículo, es tan grande como el asociado con diferencias en la educación de los padres o con educación sustancialmente más formal para los maestros (gráfico 7.5). Puesto que los exámenes centralizados ponen ampliamente a disposición la información relevante, pueden ser útiles para generar responsabilidad.

El impacto de los exámenes públicos en los incentivos de varios actores señala consideraciones sistémicas. Por ejemplo, los programas de entrenamiento de maestros suelen tratar de instilar técnicas pedagógicas que promuevan destrezas de un orden superior de pensamiento. Pero cuando los exámenes públicos de admisión evalúan solamente la memorización mecánica, los maestros frecuentemente retornan a métodos similares. Y si los exámenes públicos tienen un impacto importante en las oportunidades para la vida de los estudiantes, los padres ejercerán presión sobre el sistema escolar por mejores resultados en las pruebas. Cuando los exámenes públicos son limitados y educativamente inadecuados, presiones negativas pueden empeorar la verdadera calidad educativa por el interés de obtener mejores puntajes.

Responsabilidad por resultados de exámenes en la escuela. La responsabilidad escolar es controvertida, por una buena razón. Hay evidencias empíricas de que los mecanismos de responsabilidad basados en los resultados de exámenes conducen a la "enseñanza para el examen" y a intentos de manipular los resultados. Evidencias de sitios tan diversos como la Kenia rural (*ver* capítulo 11 y recuadro 7.5) y el Chicago urbano muestran que la responsa-

Gráfico 7.5 Los exámenes centralizados tienen un fuerte impacto en el desempeño estudiantil



Fuente: Wößmann (2003).

bilidad eleva las calificaciones de los exámenes, –pero también que los maestros manipulan a los estudiantes sujetos a examen y enseñan para la prueba.

Pero hablar de enseñanza para el examen es una crítica solamente si el examen no es una evaluación confiable de las destrezas que son el objeto del apoyo público a la escuela, o si las pruebas distraen a los maestros de actividades más productivas, como enseñar un orden superior de pensamiento. Hay una relación entre lo que cuesta el examen (en diseño, administración y calificación) y lo bien que el examen capte el rendimiento escolar deseado. En algunas circunstancias, las pruebas pueden distraer a los maestros de actividades más productivas para ocuparlos en actividades menos productivas, como "ejercicios de mecanización". Pero en muchos casos el desempeño es tan débil que incluso actividades "menos productivas" pero orientadas al aprendizaje serían una mejora.

Hay tres problemas importantes de diseño técnico de la responsabilidad en la escuela. Primero, las características de los estudiantes, sus pares y sus familias son, por mucho, los determinantes más grandes de la variación en el desempeño. Cualquier intento por juzgar las escuelas en su *nivel* de desempeño estará juzgando, consecuentemente, la composición socioeconómica de la escuela –una "buena" escuela sencillamente podría tener estudiantes más ricos. Esto es válido para el promedio. Algunas escuelas que sirven a poblaciones más pobres se desempeñan bien e incluso muy bien (gráfico 7.6). Y también hay escuelas con estudiantes más acaudalados, que son mediocres.

Para concentrarse en el valor agregado de la escuela y no en las diferencias basadas en las poblaciones escolares, pueden ajustarse empíricamente los puntajes para la composición del cuerpo estudiantil (recuadro 7.3). O las evaluaciones pueden medir *cambios* en el desempeño estudiantil (con lo que se asume que la composición socioeconómica es en términos generales constante). O puede establecerse un umbral que todas las escuelas –independientemente de su composición estudiantil– deban alcanzar.

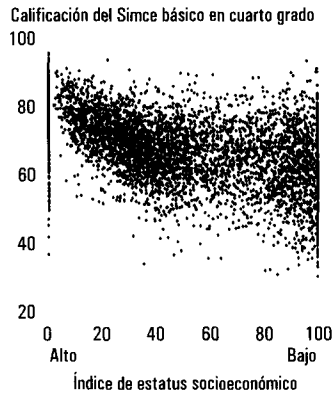
Un segundo problema de diseño de la responsabilidad en la escuela es el muestreo estadístico. En muchas escuelas el número de estudiantes es suficientemente pequeño para resultar en una variabilidad considerable. Esto significa que incluso escuelas con fuertes mejoras a lo largo del tiempo van a tener años en los que las calificaciones sean más bajas que en años anteriores, simplemente debido a la mezcla y al número de estudiantes. Significa también que un programa de recompensas y castigos por desempeño recompensaría y castigaría desproporcionadamente a las escuelas pequeñas en relación con las grandes. El tercer problema de diseño es si recompensar el buen desempeño o intervenir ante un mal desempeño, o ambas cosas.

Autonomía escolar

Responsabilidad y autonomía son gemelas. Las burocracias del sector público tradicional tienen poca autonomía debido a que la responsabilidad está ligada a reglas y procedimientos, lo que permite poca discrecionalidad. Las cabezas de escuelas individuales suelen estar atadas por requerimientos del proceso y, por tanto, tener poca autonomía para manejar activamente sus escuelas –para definir una misión, elegir el personal de instrucción, innovar o estimular el desempeño. Conceder mayor autonomía requiere nuevas formas de responsabilidad basadas en el rendimiento y los resultados. Los papeles del ministerio de educación pueden desatarse para separar la política educativa de la operación de las escuelas. Puede establecerse una relación de pacto más explícita con organizaciones proveedoras, incluso quizá con proveedores múltiples dentro de la misma jurisdicción. Esta estructura puede dar una guía más clara sobre el rendimiento y los resultados deseados, liberando así a las cabezas y a los maestros escolares para perseguir metas definidas.

Nicaragua creó escuelas públicas autónomas guiadas por un consejo escolar directivo que incluía a la cabeza de la escuela, maestros, padres y estudiantes elegidos. La escuela retenía

Gráfico 7.6 En Chile, buenas escuelas sirven a estudiantes de todos los niveles socioeconómicos



Nota: El Simce es una prueba estandarizada en Chile.
Fuente: Mizala y Romaguera (2000).

RECUADRO 7.3 ***Premios al desempeño en la escuela, en Chile***

Desde 1996 Chile ha tenido un premio para las escuelas de "máximo desempeño" en cada región. El 90% del premio va directamente a los maestros (en proporción a sus horas de empleo) y el 10% es asignado a las escuelas. Los premios se otorgan cada dos años.

Las escuelas están divididas en grupos comparables dentro de cada región del país, con base en ubicación (rural-urbana), nivel de educación (primaria solamente, secundaria con primaria) y estatus socioeconómico de los padres (de acuerdo con información recogida como parte del examen y con un "índice oficial de vulnerabilidad"). En 2000-01 esta clasificación produjo 104 grupos de comparación. En esta forma el desempeño de las escuelas rurales pobres no se compara de igual a igual con el de escuelas rurales más ricas. El análisis sugiere que este procedimiento disminuye la correlación entre estatus socioeconómico y premios.

Luego se calcula un índice de desempeño escolar basado en exámenes estandarizados de español y matemáticas en los grados 4, 8 y 10. El índice es ponderado por nivel promedio del examen (37%) y mejora en calificaciones del examen (28%), e incluye otros criterios tales como "igualdad de oportunidades" (22%) –basado en retención de estudiantes y "prácticas no discriminatorias"– e "iniciativa" (6%) –basado en desarrollo regular de actividades pedagógicas en grupo.

El programa ha pasado por tres rondas de selección, 2.520 escuelas han recibido premios una vez, 1.084 los han recibido dos veces y 360 los han recibido en las tres rondas.

Fuente: Mizala y Romaguera (2002).

RECUADRO 7.4 ***Dos evaluaciones transnacionales a gran escala del aprendizaje***

El Tercer Estudio Internacional de Matemáticas y Ciencias (Timss – Third International Mathematics and Science Study) creó un conjunto de datos sobre desempeño y características estudiantiles, y sobre características institucionales del sistema escolar tales como uso de exámenes centralizados y responsabilidades de toma de decisiones centrales, locales y escolares. El análisis del desempeño de más de 266.000 estudiantes de unas 6.000 escuelas de 39 países (en su mayoría de la OCDE) generó las siguientes conclusiones:

- El dinero no puede comprar calidad en los sistemas escolares actuales.
- Los incentivos son la clave del éxito.
- A las escuelas debe permitírseles decidir autónomamente sobre tareas operativas.
- Se tiene que responsabilizar a las escuelas.
- Los incentivos para los maestros tienen que concentrarse en mejorar el desempeño estudiantil.
- La competencia entre escuelas crea incentivos para mejorar el desempeño.

Un segundo estudio, el Programa para la Evaluación Internacional de Estudiantes, de la OCDE, evaluó "la capacidad de los jóvenes para usar su conocimiento y destrezas para responder a los desafíos de la vida real, en vez de fijarse solamente en lo bien que hayan dominado un currículo escolar específico". El estudio recogió datos sobre desempeño correspondientes a 265.000 estudiantes de 32 países (casi todos de la OCDE), a la vez que información de estudiantes y autoridades escolares sobre ellos mismos y sus escuelas. Las conclusiones con respecto a lo que las escuelas pueden hacer para marcar una diferencia fueron:

- El uso de recursos escolares reportado por los estudiantes estaba más estrechamente asociado con el desempeño que las deficiencias de recursos reportadas por las autoridades escolares.
- La razón de estudiantes a maestros importa cuando es alta, mientras que en el rango típico hay una asociación mucho más débil con el desempeño.
- Tres factores de la política escolar están asociados con mejor desempeño estudiantil: autonomía escolar, moral y compromiso del maestro y otros factores de los maestros tales como expectativas.
- Tres prácticas en el aula reportadas por los estudiantes muestran una asociación positiva con el desempeño: el grado en que los maestros enfatizan el desempeño, las relaciones maestro-estudiante y el clima disciplinario del aula.
- Los estudiantes exitosos tienden más a hacer las tareas para la casa.

Fuentes: Wößmann (2003) y OCDE (2001).

los ingresos de los estudiantes y el consejo podía tomar decisiones sobre personal, finanzas y pedagogía. La autonomía escolar promedio reportada por estas escuelas estaba en un nivel intermedio entre la reportada por las escuelas públicas tradicionales (muy poca) y la de las escuelas privadas (casi completa). El grado de autonomía escolar autorreportada estaba positivamente correlacionado con el desempeño estudiantil en calificaciones de pruebas a nivel de primaria (aunque no de secundaria) –pero la autonomía en el papel no lo estaba. En un estudio en Chile muy poca de la variación (menos del 1%) en tres medidas de autonomía autorreportada de los maestros estaba *entre* los cuatro tipos de escuelas: públicas, privadas con bonos, privadas pagas y católicas con bonos. Era más la variación registrada entre escuelas del mismo tipo (entre el 15 y el 18%), y la mayor parte se registró entre maestros de la misma escuela.[328]

La autonomía del maestro en las tareas en el aula emerge consistentemente como un determinante del éxito (recuadro 7.4). Aquí son pertinentes los principios desarrollados en el capítulo 6: es necesario delegar discrecionalidad y poder de toma de decisiones a aquellos que tienen la información y las destrezas profesionales relevantes. El control centralizado de la asignación y evaluación de maestros puede ser causa de parálisis burocrática. Pero que las escuelas sean autónomas en diseño curricular, exámenes, evaluación y financiación puede conducir a una excesiva variabilidad entre unas escuelas y otras.

Innovación, evaluación y expansión

El objetivo de la autonomía y la responsabilidad escolares es crear un sistema en que las organizaciones proveedoras tengan incentivos fuertes, sostenidos, para mejorar el rendimiento. El problema no es la falta de innovación –hay una corriente continua de nuevos modos de entrenamiento de maestros, nuevos métodos de enseñanza, nuevos insumos para la instrucción, nuevos usos de la última tecnología. El problema es que hay muy poco aprendizaje sistemático de la innovación y muy poca réplica de innovaciones comprobadas.

Es asombroso el contrastante uso de evaluaciones rigurosas en salud y educación. En la mayoría de los países desarrollados ningún medicamento puede usarse mientras no se haya comprobado que es seguro y efectivo, y la prueba estándar es la experimentación clínica aleatoria ciega doble. Pero en la escuela las prácticas de instrucción para cientos de millones de niños pueden cambiar porque una nueva tecnología parece prometedora. O porque un grupo de expertos así lo cree. O porque la práctica se ha probado en un programa piloto (y ha estado sujeta a los efectos "Hawthorne", los impactos irrepetibles que se producen simplemente como resultado de la acrecentada atención generada por cualquier innovación). O porque se ha demostrado que está estadísticamente correlacionada con el éxito, sujeta a todos los peligros de una errada inferencia de causalidad. Es desconcertante el poco uso de experimentos aleatorios controlados como práctica de manejo rutinario –a pesar de su evidente factibilidad para muchas prácticas en el aula (recuadro 7.5).

Un ejemplo reciente de evaluación de una innovación escolar ilustra el poder de la flexibilidad en el diseño, y el poder de la evaluación. Un programa educativo remedial, establecido en términos de colaboración entre el gobierno y una ONG en dos ciudades de la India (Mumbai y Vadodara), contrató mujeres de las localidades para dar clases remediales a estudiantes que se estaban quedando rezagados. El programa era económico: US$5 por niño

RECUADRO 7.5 ***Experimentos aleatorios en el distrito de Busia, Kenia***

Desde 1996, un grupo de investigadores ha estado trabajando con una organización holandesa sin ánimo de lucro (International Christelijk Steunfonds) que apoya a escuelas de la Kenia rural, para estimar el impacto de varias intervenciones. Mediante selección aleatoria se escogieron primero algunas escuelas para implementar las intervenciones, en tanto que a las otras se las dejó como grupos de control. Esto permitió a los investigadores probar varias ideas.

Libros de texto. Todo el mundo sabe que los libros de texto son importantes y que la carencia de los mismos es una limitación de primer orden para la instrucción efectiva. No obstante, el primer estudio no encontró "ninguna evidencia de que la provisión de libros de texto en las escuelas primarias keniatas tuviera un gran impacto positivo en las calificaciones de las pruebas, y tampoco hay evidencia alguna de que haya afectado la asistencia cotidiana, el grado de repetición ni las tasas de deserción". ¿Significa esto que los libros de texto no importan? No. Si bien los libros de texto no incrementaron el desempeño del estudiante *típico* (medio), sí mejoraron el desempeño de los estudiantes que salieron mejor en la prueba previa. Esto sugiere que, debido a que en este caso los libros de texto eran demasiado difíciles para el estudiante típico, no importaron.

Incentivos del maestro. Todo el mundo sabe que los incentivos del maestro son cruciales dado que los maestros están poco motivados. Sin embargo, un estudio sobre incentivos para los maestros basado en las calificaciones de las pruebas estudiantiles encontró que "los maestros responden al programa buscando primordialmente manipular los resultados de exámenes a corto plazo... Las tasas de ausencia de los maestros no bajaron, los trabajos para la casa no aumentaron, los métodos de enseñanza no cambiaron". ¿Significa esto que los incentivos para los maestros no importan? No. Los maestros sí cambiaron su comportamiento –"hicieron sesiones especiales de entrenamiento y estimularon a los estudiantes a presentar la prueba". Esto sugiere que uno obtiene aquello por lo que paga –le guste o no.

Desparasitación. La desparasitación no es un aspecto prominente en la literatura sobre efectividad educativa. Sin embargo, un experimento aleatorio de un tratamiento médico económico contra lombrices intestinales, parásitos redondos, parásitos planos y esquistosomiasis reveló que éste reducía el ausentismo en un cuarto. ¿Significa esto que la salud es todo lo que importa? No. Si bien la asistencia mejoró, las calificaciones en los exámenes no.

Tres observaciones: en primer lugar, las cosas que todo el mundo "sabe" que son importantes no funcionaron según lo planeado, mientras que la intervención sobre la que se tenían menores expectativas tuvo gran impacto. En segundo lugar, estos resultados de un centenar de escuelas de un área aislada de Kenia están recibiendo enorme atención académica debido a que son tan pocas las evaluaciones aleatorias rigurosas de intervenciones escolares. En tercer lugar, los hallazgos de cada intervención no revelan resultados universales que pueden generalizarse de inmediato, pero sí revelan que los elementos específicos importan y que el saber acerca de lo que sí funciona tiene que ser local para que sea útil.

Fuentes: Miguel y Kremer (2001); Glewwe, Ilias y Kremer (2000); Glewwe, Kremer y Moulin (1997).

al año. Una evaluación rigurosa basada en el diseño aleatorio del programa encontró que era muy efectivo para disparar el aprendizaje, especialmente entre los niños pobres. La evaluación mostró que extender el programa, en ese nuevo margen, sería unas cinco veces más eficaz en función de los costos que contratar nuevos maestros.[329] Actualmente el programa se implementa en 20 ciudades hindúes y llega a decenas de miles de niños.

Pero "hay una ironía particular en la reforma educativa... [en la medida en que] propiamente en cualquier parte pueden encontrarse núcleos de buena práctica educativa..., lo que significa que la buena educación no es el resultado del conocimiento arcano. Sin embargo, es desalentadora la baja tasa de adopción de prácticas efectivas y frecuentemente se encuentran escuelas efectivas apenas a unas cuadras de otras que son disfuncionales."[330] La Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (Usaid) intentó reorientar sus esfuerzos educativos en África, pasando de los "determinantes inmediatos" a un acercamiento más sistémico que se concentrara en la identificación y la expansión de buenas prácticas, impulsadas internamente. No es de sorprender que una revisión reciente de los proyectos de Usaid basados en una reforma sistémica encontrara que la implementación era difícil por cuanto llegaba al corazón de las relaciones de responsabilidad, y que éste era intensamente político. Aun así, los últimos trabajos en Usaid exploran soluciones a los desafíos de vincular autoridad, responsabilidad y transparencia, a educación básica fortalecida, mediante reforma institucional. Hay varios medios de expandir y replicar buenas prácticas a escala cada vez mayor.[331] El más obvio es usar mayor autonomía escolar –dar espacio para que la dirección escolar defina misión, mandato y tácticas de la escuela– y mayor responsabilidad para hacer posible el seguimiento del desempeño. La autonomía y la responsabilidad crean incentivos para adoptar prácticas exitosas comprobadas, para evaluar la efectividad de iniciativas cultivadas en casa, y para crear un sentido de orgullo y de compromiso en la escuela.

Naturalmente la responsabilidad es difícil de definir. ¿Se trata de responsabilidad dentro de la burocracia (de manera que los responsables de la formulación de políticas escojan y reemplacen a las autoridades escolares con base en el desempeño)? ¿Se trata de la participación directa de padres de familia o de consejos escolares en la elección de la administración escolar? ¿Se trata de la decisión de los padres de familia?

Hay alternativas. Una es permitir que los actores más competentes (autoridades escolares, maestros) dirijan más de una escuela. Esto haría que los más competentes influyan en mayor número de niños, y reduciría la esfera de influencia de los menos competentes. Una segunda forma es sistematizar una variedad de

modelos de prestación estándar del servicio que sean fáciles de replicar y de dar en concesión, bien que el concesionario sea una burocracia o un proveedor privado. Los modelos de franquicia deben basarse en investigación local sobre lo que las autoridades escolares capaces hacen en el presente en una diversidad de situaciones reales, así como en diálogos ciudadanos en torno a modelos emergentes. Los modelos también podrían basarse en el análisis estadístico del "rendimiento" máximo producido por las escuelas, utilizando el nivel promedio de recursos que las escuelas típicamente pueden movilizar.

Ninguno de estos métodos para aprender sobre el aprendizaje es posible sin evaluaciones de rendimiento –no únicamente exámenes estandarizados, sino evaluaciones de todos los rendimientos relevantes de la escuela. Tampoco es posible sin suficiente autonomía organizativa para que escuelas individuales o grupos de escuelas decidan sobre la mejor manera de actuar.

Organizaciones proveedoras y proveedores finales: gestión

La gestión para ofrecer servicios efectivos significa conseguir la gente que tenga las destrezas y el entrenamiento apropiados (capacidad). Significa dar a dicha gente la infraestructura y los insumos adecuados para trabajar (logística). Y significa asegurar la motivación (tanto extrínseca como intrínseca) de los trabajadores de primera línea. La escuela pública típica suele estar discapacitada para estos empeños casi totalmente. Los administradores de escuelas individuales a menudo no pueden escoger sus propios maestros ni despedirlos –ni siquiera por una causa justa. El entrenamiento de maestros y la creación de capacidad suelen estar mal diseñados y deficientemente integrados, de manera que se vuelven irrelevantes. Los aspectos logísticos escapan al control de una escuela individual –ya que las decisiones son centralizadas y burocráticas. Las estructuras de compensación suelen estar atadas a antigüedad y a nivel de educación o entrenamiento, no al dominio demostrado de capacidades. Y si bien el pago u otras motivaciones extrínsecas no son el único motivador para los profesionales de la educación, la estructura típica de las condiciones de trabajo y de pagos mina incluso la motivación intrínseca de los proveedores.

Relación de empleo y estructura de compensación

No existe ningún enfoque único de la compensación, la creación de capacidad y la autonomía en las aulas que sea el mejor. De hecho, uno de los mayores beneficios de la mayor autonomía es que permite más experimentación y más flexibilidad en la implementación y la réplica. Con autonomía escolar, las organizaciones pueden ensayar diferentes planes de compensación, métodos de entrenamiento y modalidades de interacción padres-maestros, y pueden evaluarlos en relación con los objetivos de rendimiento y resultados. Si el sector público puede especificar qué quiere de una escuela –un pacto claro– puede dejarle a la administración escolar la compensación de los maestros y permitir que gane el mejor sistema.

El pago de los maestros puede ser demasiado bajo (cuando la inflación ha menguado los salarios reales hasta el punto en que los maestros recurren a fuentes alternativas de ingresos) o demasiado alto (cuando el pago es varias veces superior al necesario para atraer a un grupo de maestros de calidad). Pero la compensación apropiada incluye más que el solo nivel de pago. Es la atracción general de la profesión y de la estructura de compensación lo que motiva el desempeño.[332] El pago a los maestros habitualmente está ligado a factores que muestran poca asociación con el desempeño estudiantil –principalmente la antigüedad. Así, los ingresos de los maestros presentan mucha menos varianza que los ingresos de los trabajadores en otras ocupaciones. La compensación debe retribuir la buena enseñanza, no la mera longevidad.

Motivación y capacidades

El proceso escolar es tan complejo –tan hondas las dificultades de atribución– que rara vez han resultado practicables las simples propuestas de "pago por desempeño" para los maestros y las autoridades escolares a nivel individual.[333] Pero una falta total de conexión entre incentivos y desempeño permite que a maestros excelentes que trabajan en circunstancias adversas y a aquellos que nunca están presentes se les pague la misma suma. Esto mina la moral de los buenos maestros y los lleva a abandonar la profesión.

Pero la motivación se ve afectada por más que el solo dinero, como lo muestra un estudio de maestros en tres tipos de escuelas (sin ánimo de lucro, estatales y nacionales) en Mérida, República Bolivariana de Venezuela. Las escuelas católicas Fe y Alegría –que sirven a familias de bajos ingresos– hacen énfasis en la autonomía escolar y en el aporte de los maestros a la toma de decisiones. Aun cuando el pago sea

Cuadro 7.3 Autonomía y resultado en Mérida, República Bolivariana de Venezuela, a mediados de la década de los noventa

Tipo de escuela	Costo por estudiante y por hora/estudiante (bolívares)	Salarios como participación de los gastos operativos (porcentaje)	Satisfacción del maestro[a]	Desempeño estudiantil (porcentaje promedio de matemáticas, lectura y escritura)	Tasa de retención grados 1 a 6 (porcentaje)
Estado *(escuelas integrales)*	190, 24	95	3,75	40	51
Nacional	160, 32	99	3,57	39	42
Privada (Fe y Alegría)	155, 31	88	4,02	53	100

a. La calificación 5 indica completo acuerdo con la expresión "estoy satisfecho con mi trabajo".
Fuente: Navarro y de la Cruz (1998).

aproximadamente el mismo que en las escuelas nacionales y estatales, la satisfacción del maestro y el desempeño estudiantil son mucho más altos (cuadro 7.3).

Elevar las capacidades de los maestros es obviamente fundamental para la buena calidad escolar, pero la experiencia con el entrenamiento de maestros frecuentemente es decepcionante, principalmente debido a que es muy poca la transferencia del entrenamiento a la práctica en las aulas. Los maestros necesitan entrenamiento que les permita hacer mejor su trabajo. Pero para entrenar de manera que mejoren los resultados se necesitan autonomía, motivación y evaluaciones de los proveedores (basadas en rendimiento y resultados).

Poder del cliente

El poder del cliente es una fuerza débil en los sistemas de escuela pública. Canalizado hacia intereses estrechos, tiene poco impacto. En casi todos los países los padres de familia pueden escoger escuelas para sus hijos, dentro de algunos límites. Pero la posibilidad de elegir tiene poco o ningún impacto en la calidad escolar, porque perder alumnos o ganarlos usualmente no tiene ningún efecto para las escuelas. Aun cuando los padres abandonen el sistema público y paguen escuelas privadas –como está sucediendo en muchos países– se crea poca presión sistémica por el cambio debido a que los recursos del gobierno continúan fluyendo a las escuelas públicas. La participación directa de los padres en las escuelas también es una fuerza característicamente débil dado que es poco lo que hay en las escuelas públicas que los padres puedan afectar. A menudo la cabeza de la escuela y los propios maestros tienen poca o ninguna autonomía para hacer cambios. Las organizaciones de padres de familia son simplemente un medio para movilizar recursos adicionales para la escuela.

Hay formas de cambiar esto, de usar el poder del cliente para mejorar los resultados. Una es involucrar directamente a los ciudadanos en la evaluación y operación de las escuelas. Otra es usar subsidios para el lado de la demanda a fin de incrementar el acceso para la gente pobre. Una tercera es hacer que los recursos del proveedor dependan de la elección del cliente –el dinero sigue a los estudiantes. Nadie es una panacea pero cada uno puede ser parte de una estrategia para el mejoramiento escolar.

Participación directa: participación comunitaria en las escuelas

Puesto que los estudiantes, e indirectamente sus padres, interactúan diariamente con el sistema educativo, tienen valiosa información sobre el desempeño de los proveedores que tiende a ser ignorada en los sistemas puramente burocráticos. Varias experiencias satisfactorias de dar a los padres un papel formal en el gobierno escolar han suscitado interés en este modelo:

- El surgimiento de escuelas dirigidas por la comunidad en El Salvador mostró que en las calificaciones de exámenes y en las tasas de deserción se comportaban tan bien como las escuelas operadas por el ministerio de educación, las cuales servían a niños más acaudalados (*ver* En primer plano: Educo).
- En Camboya una iniciativa financiada por donantes buscó mejorar las escuelas estimu-

RECUADRO 7.6 ***Mejora escolar en Camboya***

Para mejorar la calidad escolar, el Proyecto de Mejoramiento de la Calidad de la Educación en Camboya usa un enfoque participativo y un manejo de recursos basado en el desempeño. Operando en tres provincias, el proyecto cubre el 23% de la población de escuela primaria. Las comunidades escolares locales identifican sus necesidades y hacen propuestas de cambio y de inversión. El Ministerio de Educación entrega fondos directamente a agrupaciones escolares.

El manejo del cambio es respaldado por "animadores" de distrito, quienes sacan lecciones generales de la experiencia con las donaciones para mejoramiento de la calidad de la escuela, a fin de aconsejar al gobierno sobre la forma de mejorar sus políticas educativas. Los animadores son respaldados al nivel local por una red de asistentes técnicos, quienes proporcionan apoyo pedagógico y organizativo. El proyecto ha estimulado un diálogo a los niveles escolar, de agrupación y administrativo, sobre cómo mejorar las escuelas. También ha puesto en marcha un proceso de cambio en la administración escolar y en las prácticas de enseñanza y aprendizaje. Como resultado, se ha desarrollado una responsabilidad sin precedentes para con los administradores escolares y locales.

Fuente: Banco Mundial (2002c).

lando un mayor compromiso comunitario en ellas y haciendo transferencias presupuestarias directas a las escuelas (recuadro 7.6).

- Evidencia de la Argentina respalda la idea de que la participación de los padres, conjuntamente con autonomía escolar, eleva el desempeño estudiantil.[334]
- Las ONG pueden ayudar tanto mediante compromiso directo con las comunidades como mediante la creación y difusión de información –por ejemplo en el sistema de información escolar para las comunidades en Nepal, asistido por Salvemos a los Niños, del Reino Unido.

Escuelas informales y comunitarias existen en muchas situaciones, la mayoría de ellas cuando los padres toman las cosas en sus propias manos y hacen arreglos para enseñar por fuera del sistema formal. Esto suele ser respaldado por ONG y organizaciones religiosas. Una revisión reciente de iniciativas en Etiopía señala el potencial de este apoyo para expandir el acceso a la escuela (recuadro 7.7). La gran pregunta es cómo vincular estos esfuerzos al sistema formal de tal manera que las escuelas informales no sean un camino sin salida.

RECUADRO 7.7 ***Rutas alternas hacia la educación básica en Etiopía***

Etiopía es un país grande con una población heterogénea. Los niveles educativos son bajos: sólo el 24% de los niños completan la escuela primaria. En las áreas pobres y remotas hay muy pocas escuelas: en las áreas rurales apenas alrededor del 30% de los niños de 10 años ha asistido alguna vez a la escuela. Pero innovaciones recientes patrocinadas por ONG muestran otras formas de lograr escuelas para estos niños.

Programas dirigidos por seis ONG revelan cómo es posible expandir la cantidad de escuelas incluso en áreas remotas, a un costo razonable y sin sacrificar la calidad. La ONG ActionAid propuso adaptar modelos escolares empleados por el Comité de Avance Rural de Bangladesh en Etiopía, y desde entonces varias otras ONG han patrocinado programas similares. Las escuelas comparten diversas características:

- **Condensar cuatro años del currículo oficial en tres años.**
- **Organizar de manera más sencilla el currículo para reducir la repetición y eliminar elementos considerados irrelevantes para las necesidades locales.**
- **Usar rutinas de instrucción que atraen a los niños, como cantos o enseñanza en grupos.**
- **Programar las clases en días y horarios aprobados por la comunidad.**
- **Involucrar a los miembros de la comunidad en el seguimiento de la asistencia de maestros y estudiantes.**
- **Buscar tener clases de 35 estudiantes aproximadamente.**
- **Reclutar maestros y asistentes de enseñanza de áreas locales y pagarles menos que a maestros profesionales.**
- **Gastar más en libros de texto, otros materiales de instrucción, entrenamiento y supervisión.**

Los resultados son prometedores. Los niños que asisten a estas escuelas perseveran e ingresan a los grados superiores. Es más, el aprendizaje no parece haber sufrido. Las calificaciones en los exámenes de segundo grado fueron alrededor de 20% superiores que las obtenidas por escuelas del gobierno, y las de cuarto grado fueron apenas ligeramente inferiores, a pesar de que estas escuelas atendían a niños de familias más pobres. Todo esto a un menor costo por estudiante.

No obstante todavía quedan problemas, particularmente relativos a la expansión de estos programas para llegar a más niños, máxime cuando algunos de los éxitos iniciales fueron impulsados por unos cuantos individuos muy activos.

Fuente: Ministerio de Educación de Etiopía (2000).

La mayor participación de los padres en el manejo de la escuela tiene sus riesgos. Los padres necesitan acceso a información relevante y poder para efectuar cambios. Ellos deben concentrarse en el desempeño, no en el micromanejo en el aula, donde los maestros deben tener autonomía profesional. Para los padres es realmente fácil evaluar si el instructor está presente o no y si es o no abusivo con los estudiantes. Pero la enseñanza de alta calidad no puede reducirse a acciones prescritas en un guión. A menudo los padres tienen una perspectiva muy conservadora de los métodos de enseñanza y estimulan la enseñanza para el examen cuando se trata de exámenes de admisión. Es esencial –y difícil– que los más pobres no queden excluidos de este proceso. La experiencia sudafricana de control en la escuela sugiere un papel clave para el entrenamiento de grupos de padres: sin el entrenamiento, se beneficiaron las poblaciones más aventajadas en tanto que los grupos más pobres y menos poderosos quedaron por fuera.

La participación directa en las escuelas saca a flote el difícil tema de tarifas para el usuario y su relación con el compromiso de la comunidad. Algunos afirman que en la medida en que los dineros recaudados localmente se queden en la escuela, las tarifas son algo importante por dos razones. En primer lugar, estudios empíricos sugieren que los recursos controlados desde el centro, casi universalmente son destinados primordialmente a nómina, en tanto que los recursos recaudados a nivel de la escuela elevan la calidad escolar mucho más que recursos equivalentes provenientes de niveles superiores.[335] Un estudio en Malí reveló que del pago de derechos los padres salían mejor librados (en promedio) porque el valor de la mayor calidad escolar era mucho más grande que el de la tarifa misma.[336] En segundo lugar, para que las comunidades se sientan orgullosas de sus escuelas y empoderadas por su participación en ellas, entonces los padres deben hacer alguna contribución. El pago puede darse en especie, por ejemplo en trabajo para la construcción de la escuela, más que en el pago directo de derechos de uso.

Pero estos beneficios potenciales de mayor compromiso comunitario tienen que ser ponderados con respecto a los efectos negativos aparentemente grandes que tienen las tarifas para el usuario, aunque sean muy bajas, en la matrícula en los países pobres, y también con respecto a los incrementos de la desigualdad que se producen cuando se depende de tarifas (*ver* recuadro 4.4). Algunos pueden argüir que el ideal es un compromiso de una tarifa repartida con justicia en las comunidades, para generar

propiedad legítima, pero con exenciones significativas para los hogares pobres (subsidiadas por un fondo central). La experiencia reciente con una focalización de esa naturaleza (como en Sudáfrica) sugiere que es difícil hacer que esto funcione.[337]

Transferencias del lado de la demanda

Para expandir la matrícula, muchos gobiernos usan becas o transferencias condicionales (los hogares reciben beneficios siempre que matriculen a los hijos). El Programa Mexicano de Educación, Salud y Nutrición (Progresa) ha atraído gran atención porque fue estructurado de tal manera que permitiera rigurosas evaluaciones de impacto –cosa inusual para este tipo de esfuerzo. El programa ha tenido como resultado transiciones sustancialmente más altas a la escuela secundaria.[338] En Bangladesh un estudio mostró que las transferencias condicionales de arroz elevaron la matrícula. El programa también fue eficaz en función de los costos con respecto a otras intervenciones, aunque el gobierno recientemente optó por monetizar los beneficios debido a preocupaciones de pérdida de recursos.[339] Indonesia introdujo un gran programa de becas en respuesta a la crisis económica de 1997. El programa ayudó a mantener la matrícula en la escuela secundaria básica.[340]

Las transferencias condicionales de dinero han demostrado ser efectivas para expandir la matrícula, pero tienen sus desventajas. Se concentran en la matrícula sin crear incentivos para mejorar la calidad. En la medida en que las transferencias hacia el lado de la demanda utilicen fondos que de lo contrario estarían destinados a mejorar la escuela, se corre el riesgo de expandir la cantidad a expensas de la calidad. Hubo una preocupación generalizada de que los programas alimentarios escolares en la India fueran "demasiado exitosos" en la atracción de estudiantes. Las escuelas se vieron inundadas de niños demasiado pequeños, aún no aptos para el aprendizaje escolar, lo que incrementó la presión sobre la calidad en los grados inferiores, que son cruciales.

Recursos y decisión del cliente

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 26) afirma que los padres tienen el "derecho a escoger la clase de educación que haya de dárseles a sus hijos". Pese a este aparente respaldo a la decisión de los padres, hay poco consenso con respecto al papel que juega.

En la práctica, hay una gran cantidad de opciones para escoger. Una fracción sustancial de los servicios escolares es llevada a cabo por diferentes proveedores privados: escuelas con ánimo de lucro, escuelas religiosas de sectas, escuelas operadas por ONG y escuelas de propiedad comunitaria y operadas por la comunidad. En algunos países está creciendo rápidamente la proporción de niños que acude a escuelas privadas –incluso sin respaldo público. En Pakistán la proporción de estudiantes urbanos de las escuelas públicas cayó del 72% en 1991 al 60% en 1996 y al 56% en 1998, y la mayor parte del cambio se produjo hacia escuelas privadas no religiosas (sólo el 1% correspondió a escuelas religiosas). A veces para estas escuelas hay apoyo gubernamental –como es el caso de las escuelas católicas en la Argentina o de las islámicas en Indonesia– o hay apoyo para los padres que optan por escuelas privadas –como sucede en Chile, la República Checa, los Países Bajos y Nueva Zelanda.

¿Qué clase de relación deben tener los gobiernos con proveedores no públicos? Una decisión es si permitir o no transferencias para la demanda o becas para que sean empleadas en escuelas no públicas. Colombia empleó programas de becas para escuelas privadas, a fin de expandir la matrícula para estudiantes pobres. El hecho de que los participantes fueran escogidos al azar de entre los solicitantes permitió una rigurosa evaluación de impacto, la cual reveló impactos positivos significativos para los receptores de la beca.[341] Pero pese a que el programa fue focalizado y aparentemente efectivo, fue descontinuado por razones burocráticas y políticas. Una segunda decisión implica respaldo más generalizado para las escuelas no públicas. En general, es difícil decir cualquier cosa con respecto a la "opción de elegir" sin provocar controversia; pero aquí presentamos cuatro intentos.

Subsidios generales a la escuela privada: ni desastre ni panacea. Si bien hay un debate empírico de alto rango y todavía inconcluso sobre el impacto de la opción generalizada de elegir, dar subsidios generales para la escuela privada nunca ha sido un desastre y tampoco una panacea. Desde 1920 los Países Bajos han tenido para toda la gente la opción de elegir escuela entre proveedores públicos y de sectas, sin repercusiones terribles. Chile ha tenido opción de elegir desde 1980 y, si bien hay cierta controversia con respecto a si ha producido ganancias sustanciales en los resultados medidos de apren-

dizaje (Hsiao y Urquiola, 2002), nadie dice que haya sido un desastre. Nueva Zelanda ha tenido opción de elegir escuela desde 1991 y en una evaluación reciente de 32 países quedó en tercer lugar en matemáticas y en sexto lugar en lectura y en ciencias elementales. La República Checa y Suecia han tenido financiación pública de escuelas privadas desde la década de 1990.

Así que la opción de elegir no es una idea de torre de marfil que jamás pueda funcionar en la práctica, ni un caballo de Troya ideológico que haya de destruir la escuela pública. Tampoco es un remedio universal. La expansión satisfactoria de la opción de elegir casi siempre ha estado emplazada en un programa más general de reforma y mejoramiento escolares.

Los padres que ejercen la opción de elegir se sienten mejor librados. Pero la escuela transmite creencias y valores, lo que implica una distinción entre cumplir las metas colectivas de los ciudadanos para la escuela financiada con fondos públicos y satisfacer a los clientes de la escuela. Los padres, actuando en su calidad de ciudadanos, pueden querer escuelas con apoyo público para estimular a todos los niños a ser tolerantes y respetuosos de las creencias de los demás. Sin embargo, esos mismos padres, actuando en su calidad de clientes, pueden querer que sus hijos reciban instrucción en la rectitud absoluta de un conjunto particular de creencias. Un sistema que satisface las demandas de cada padre individual como cliente puede fallar en el cumplimiento de las metas colectivas de los ciudadanos para las escuelas con apoyo público. A menudo surgen dudas acerca de la opción de elegir desde el punto de vista del impacto de la escuela en la socialización.[342] Pero este argumento es de doble filo: si un gobierno autoritario opta por la socialización para reprimir derechos individuales o de grupo, la opción de elegir se torna primordialmente importante.

El uso de impuestos para escuelas privadas requiere responsabilidad. A la vez que a los padres se les debe permitir escoger la educación de sus hijos y crear su propia responsabilidad, el uso de impuestos para escuelas privadas requiere responsabilidad pública. Para que la opción de elegir sea efectiva en términos de crear mayor responsabilidad, los padres necesitan información relevante y oportuna. Ésta no necesariamente surge de manera espontánea porque depende de evaluaciones comparables entre escuelas. Los responsables de la formulación de políticas podrían publicar que una escuela específica cumple estándares mínimos, a través de herramientas de difusión de información fácilmente visibles en la escuela. Un método más sofisticado podría involucrar información ampliamente difundida, a manera de censo sobre rendimiento y resultados, quizá normalizada por estatus socioeconómico.

Hacer que la opción de elegir sea parte de un paquete de reformas. El sector público siempre sigue siendo un proveedor importante, y la opción de elegir complementa las reformas para mejorar ese sector. Abogados de la opción de elegir escuela hacen énfasis en los efectos benéficos potenciales de la competencia –para los cuales la evidencia es mixta. Pero hay también otros elementos. La opción de elegir, como parte de un paquete de reformas, puede tener tres beneficios:

- La introducción de la opción de elegir lleva a liberar los papeles. Para que esa opción sea efectiva, el gobierno tiene que ser explícito en su doble papel de establecer las reglas para todos los proveedores y manejar escuelas en su calidad de proveedor más grande.
- La decisión sobre cómo regular a los proveedores privados puede forzar a una discusión de las metas de rendimiento y resultados de la educación, que puede mejorar la responsabilidad en todas las escuelas.
- Y la opción de elegir crea con frecuencia nueva aceptación de evaluaciones para el seguimiento de los proveedores –que puede expandirse a todas las escuelas.

Diseño de la opción de elegir en torno a la política. Las decisiones de política sobre la opción de elegir son intrínsecamente políticas. Los Estados Unidos prohíben el apoyo público a escuelas dirigidas por organizaciones religiosas. Córdoba, Argentina, ha respaldado activamente las escuelas católicas.[343] Holanda apoya explícitamente tanto a las escuelas católicas como a las protestantes. Más que basarse en la efectividad relativa percibida de las diferentes escuelas, estas decisiones de política parecen reflejar una opinión pública diferenciada en el momento en que se tomaron las decisiones; por ejemplo, la histórica preocupación acerca de la influencia católica entre la mayoría protestante en los Estados Unidos, una población predominantemente católica en Córdoba y una distribución más pareja de las religiones en Holanda. De forma similar, la supresión de escuelas islámicas en algunos países y el apoyo a las

mismas en otros países, o la decisión de prohibir formalmente las escuelas privadas en Pakistán y Nigeria en la década de los setenta, tienen poco que ver con la efectividad de la escuela. La promoción de la opción de elegir mediante bonos en la República Checa ha sido vista como una reacción al uso de las escuelas para adoctrinamiento político.

Si la opción de elegir escuela es un hecho político dado, puede diseñarse un sistema escolar efectivo en torno a esa limitación. Si la opción de elegir está políticamente prohibida, también puede diseñarse un sistema escolar efectivo en torno a ese hecho.

Conseguir que la reforma marche

Este capítulo se refiere al cambio de las relaciones de responsabilidad para producir mejores resultados educativos mediante la creación de las condiciones institucionales para que se hagan realidad las cosas técnicamente correctas. ¿Pero cómo pueden cambiarse las instituciones? ¿Cómo pueden crearse y explotarse las salidas para la reforma? La descentralización puede crear oportunidades. De intereses políticos, empresariales, profesionales o paternos pueden surgir defensores de la reforma. Y grupos de maestros pueden promover el cambio, o resistirse a él.

Descentralización

La descentralización puede estar impulsada por un deseo de acercar más los servicios a la gente. Pero su éxito depende de la forma en que afecte las relaciones de responsabilidad. Si la descentralización apenas reemplaza las funciones del ministerio central por una instancia ligeramente inferior del gobierno (una provincia o estado), y todo lo demás con respecto al ambiente permanece lo mismo que antes –pacto, manejo y poder del cliente–, no hay mucha razón para esperar un cambio positivo. Lo que se asume es que la descentralización funciona al elevar la voz política de los ciudadanos, de tal manera que tiene como resultado servicios mejorados. Pero esto puede tomar cualquier dirección tanto en el terreno teórico como en el empírico. La descentralización no es magia. Tiene que llegar a las aulas. Y sólo funcionará en la medida en que cree mayores oportunidades para la reforma escolar (capítulo 10).

Defensores de la reforma

Conseguir que la reforma educativa haga parte de la agenda no es poca hazaña, y lograr que la reforma sea políticamente respaldada e implementada es todavía más difícil. Si bien los padres a nivel individual son poderosos abogados de sus hijos, eso no necesariamente se traduce en mejoramiento del sistema. Educadores y fuerzas progresivas entre los maestros con frecuencia emergen como defensores de la reforma educativa porque están muy familiarizados con los problemas dentro del aula y de la escuela. Pero es mucho más fácil movilizar el apoyo de los educadores para ciertos tipos de reformas educativas (expansión del sistema, incremento de recursos, mejoramiento pedagógico, reforma curricular técnica) que para otros (incremento de la opción de elegir).[344]

Políticos o tecnócratas locales o nacionales también pueden ser fuerzas que favorezcan la reforma educativa, particularmente si perciben que está fuertemente ligada al desempeño económico. Pero es mucho más fácil movilizar respaldo tecnocrático de los responsables de la formulación de políticas para unos determinados tipos de reforma educativa (estrecha responsabilidad) que para otros (mejora pedagógica).

Maestros y sindicatos de maestros. Los maestros eficaces son la espina dorsal de cualquier sistema educativo. ¿Pero cómo puede explotarse el poder de los maestros para el mejoramiento educativo? Algunos creen que los maestros tienen muy poco poder y argumentan que las reformas educativas los ignoran. Llevada hasta

RECUADRO 7.8 ***Reforma educativa y sindicatos de maestros en América Latina***

Las reformas para promover mayor participación de los padres, más autonomía escolar, más énfasis en los resultados, y cambios en entrenamiento, selección, asignación y compensación de maestros, son políticamente explosivas, particularmente con los sindicatos de maestros. Un estudio de cinco intentos de reformas educativas en América Latina, en la década de los noventa, que incluían muchos de estos elementos, encontró que los sindicatos de maestros se opusieron enfática y estridentemente a casi todas ellas.

"Los sindicatos de maestros en México, Minas Gerais (Brasil), Bolivia, Nicaragua y Ecuador siguieron estrategias similares en oposición a la reforma educativa. Todos recurrieron a huelgas para afirmar su poder... contra cambios indeseados. El poder de perturbar la vida pública, de cerrar escuelas y ministerios, de detener el tráfico en ciudades capitales, de apelar a la opinión pública, eran acciones familiares para ellos". En abril de 1999, el anuncio que hizo el ministro boliviano de educación de su intención de transferir los colegios de maestros a universidades públicas, llevó a maestros y estudiantes de esos colegios "a amotinarse en las calles, romper ventanas, atacar a la policía, tirar piedra y quemar vehículos" (imágenes que el gobierno empleó para movilizar la opinión pública en contra de los sindicatos).

Los sindicatos querían que los gobiernos abordaran las cuestiones salariales y de condiciones de trabajo de los maestros y les preocupaba que la descentralización y la autonomía escolar se entrometieran en relaciones y negociaciones más familiares entre una administración escolar centralizada y un sindicato centralizado.

Incluso cuando los gobiernos sacaron adelante las reformas, los conflictos con los sindicatos hicieron problemática su implementación, ya que una reforma satisfactoria requiere participación de los maestros.

Fuente: **Grindle (en proceso).**

su extremo, esta visión puede conducir a reformas que ignoren las realidades a nivel de aulas y de escuela, desmoralizando más a los maestros y minando las reformas. Otros creen que los maestros, especialmente los sindicatos de maestros, tienen demasiado poder y se concentran exclusivamente en las condiciones salariales y laborales (recuadro 7.8). Ambos lados pueden reunir evidencia empírica. Buena parte del debate se desprende de la función conjunta de los sindicatos de maestros como organizaciones profesionales, las cuales existen para promover la eficacia, avanzar en el conocimiento profesional y defender puntos de vista en la política pública; y como agentes del poder colectivo de negociación, que hace énfasis en los recursos y en las condiciones de trabajo.

En muchos países las discusiones entre el gobierno y los sindicatos de maestros no son diferentes de las discusiones entre una gran compañía y sus sindicatos. La relación entre responsables de la formulación de políticas y organizaciones de maestros necesita pasar del mero juego de negociación a un juego donde los resultados sean positivos para todos. Esto es más fácil de decir que de hacer. Como organismos de desarrollo profesional, los sindicatos de maestros pueden reforzar la ética profesional y la responsabilidad mutua. Pueden utilizarse para organizar el aporte de los maestros a los aspectos técnicos de una reforma educativa, por ejemplo la evaluación, la autonomía en el aula, la disciplina estudiantil y el entrenamiento de maestros. Si los sindicatos se niegan a asumir ese papel y prefieren concentrarse en los salarios y en las condiciones laborales, no hay pautas firmes sobre cómo los reformadores deben adaptarse a esa situación.

En primer plano: *Educo*

Educación con Participación de la Comunidad en El Salvador

Contratando directamente con las comunidades, El Salvador incrementó enormemente la matrícula primaria de niños de áreas pobres y remotas, sin reducir la calidad del aprendizaje.

El Salvador quedó arruinado por la guerra civil que vivió a lo largo de los años ochenta. Murieron unas 80.000 personas –de una población total aproximada de 5 millones– y muchas más quedaron heridas o discapacitadas. El ingreso per cápita cayó casi el 40% entre 1978 y 1983.[345] En 1989 el partido conservador Alianza Republicana ganó por mayoría en la asamblea nacional, con Alfredo Cristiani como presidente. Pese a negociaciones contenciosas, en enero de 1992 se suscribió un acuerdo de paz.[346]

La guerra había perjudicado gravemente el sistema educativo. La comunicación entre el ministerio central y las escuelas se había roto, la supervisión colapsó y muchos maestros vistos por algunos como "agentes" del gobierno y por otros como agentes de la oposición social, abandonaron sus cargos. Para 1988 más de un tercio de las escuelas primarias del país se habían cerrado.[347] Y para el final de la guerra aproximadamente un millón de niños no estaban en la escuela.[348]

Creación de Educo: educación con participación de las comunidades

El Ministerio de Educación identificó rápidamente como objetivos centrales la expansión del acceso a la educación básica y al mejoramiento de su calidad, tanto para reconstruir la unidad nacional como para promover el desarrollo económico a largo plazo. La ministra de Educación Cecilia Gallardo de Cano, una proponente de la reforma y perteneciente al ala "modernizadora" del Partido Alianza Republicana, estaba dispuesta a reducir la desconfianza entre ex combatientes.

Pero el escepticismo era alto. Muchas partes del país y grupos organizados como la Asociación Nacional de Maestros no confiaban en el Ministerio de Educación. La expansión del sistema educativo tradicional era vista con sospecha como un medio encubierto de reafirmar el control nacional y crear respaldo político en áreas dominadas por la oposición.[349]

Durante la guerra, muchas comunidades habían reclutado maestros locales y establecido escuelas comunitarias, asumiendo ellas mismas los costos y pagándoles a los maestros cuando podían. El gobierno aprovechó este modelo de escuela de base comunitaria como el soporte de un programa formal que habría de ser apoyado financiera y administrativamente por el ministerio: Educación con Participación de la Comunidad, o Educo, con la meta de estimular el establecimiento de escuelas de preescolar y primaria, o salones de clase en escuelas existentes.

Iniciado en 1991, Educo se dirigió a 78 de los municipios rurales más pobres del país (de 221 municipios entre urbanos y rurales). Para 1993 el programa se estaba expandiendo a todas las áreas rurales, incluidas muchas que antes estaban bajo el control de la oposición. Pero no todas las "escuelas *populares*" creadas durante la guerra fueron incorporadas a Educo. Algunos observadores se quejaron de que había inclusión selectiva basada en favoritismo político; otros consideraron la no incorporación de las escuelas *populares* en un programa del gobierno como una forma de sostener la educación espontánea de base comunitaria.[350]

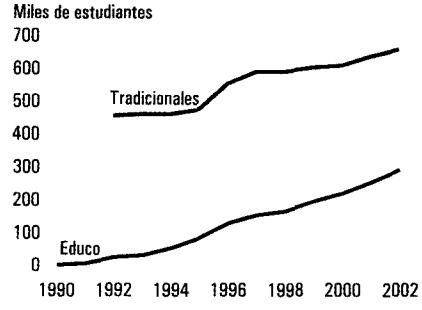
Cada escuela Educo (o sección dentro de una escuela tradicional) es operada por una Asociación Comunitaria de Educación (ACE) –comité elegido, constituido primordialmente por padres de los estudiantes– que entra en un acuerdo con el Ministerio por un año renovable. El acuerdo describe derechos, responsabilidades y transferencias financieras. El Ministerio de Educación supervisa la política básica y el diseño técnico. Usando el dinero transferido directamente a ellas, las ACE seleccionan, contratan, hacen seguimiento y retienen o despiden maestros. Los maestros de las escuelas Educo son reclutados mediante contratos a un año, renovables. A los padres se les enseña acerca del manejo escolar y de la forma de asistir a sus hijos en casa.[351]

Tres cuartas partes de nuevas matrículas

Educo tuvo éxito en muchos aspectos. Desde una etapa piloto de seis ACE en tres departamentos, se expandió nacionalmente a todos los departamentos del país en 1993. Las matrículas rurales de primaria se incrementaron de 476.000 en 1992 a 555.000 en 1995, en lo cual más del 75% correspondió a los nuevos estudiantes matriculados en escuelas Educo (gráfico 1). En 2001 había casi 260.000 estudiantes matriculados en escuelas primarias Educo, equivalentes al 41% del total de estudiantes matriculados en escuelas rurales, y más de 100.000 niños en preescolares Educo, que constituían el 57% del total de niños en preescolar.

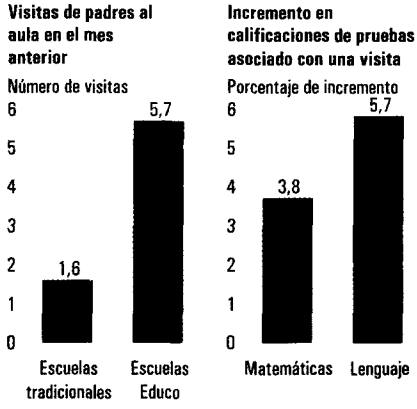
No obstante el rápido incremento de la matrícula, no hay mucha evidencia de que la calidad del aprendizaje haya sufrido. En 1996, una encuesta de 30 escuelas primarias Educo y 101 escuelas tradicionales no reveló diferencias significativas en las calificaciones promedio de las pruebas de matemáticas y lenguaje entre los niños de tercer grado de los dos tipos de escuelas.[352] En 1998 un estudio de seguimiento encontró que la promoción al siguiente grado y la repetición también eran similares entre los dos tipos de escuelas.[353] A medida que la innovación maduró, los arreglos institucionales que introdujo lograron arraigo y aseguraron la rápida expansión de instalaciones escolares y matrículas de niños pobres, aparentemente sin un costo sustancial en términos de calidad.[354]

Gráfico 1 Estudiantes matriculados en escuelas rurales tradicionales y en escuelas primarias del programa Educo



Nota: Las cifras para 2002 son estimadas.
Fuente: Ministerio de Educación de El Salvador.

Gráfico 2 Educo promovió la participación de los padres, lo que impulsó las calificaciones en las pruebas



Fuente: Adaptado de Jiménez y Sawada (1999).

Las visitas de los padres a las aulas produjeron gran parte de la diferencia

El que las escuelas Educo sirvieran a los estudiantes más pobres, en las áreas más pobres de El Salvador, hace que estos resultados sean aún más asombrosos. ¿Cómo lo hicieron? Utilizando datos retrospectivos que permiten controlar estadísticamente características infantiles, de hogares, de maestros y de la escuela, y haciendo el ajuste estadístico requerido por el hecho de que habilidades no observadas de los niños podrían diferir sistemáticamente entre los dos tipos de escuelas, los investigadores encontraron que la participación comunitaria explica gran parte del éxito de Educo.

Los padres son más activos en las escuelas Educo. Y su participación afecta el aprendizaje (gráfico 2). Cada visita de los padres a las aulas estuvo asociada con calificaciones significativamente más altas en las pruebas de matemáticas y lenguaje, independientemente del tipo de escuela. También informalmente los padres eran más activos: eran más dados a reunirse con los maestros o a asistir a los maestros en el control de asistencia o en el mantenimiento de los muebles escolares.[355]

¿Cómo afectaron Educo y la participación de los padres las calificaciones de exámenes? Por lo menos parte de la historia es que en las escuelas Educo los maestros tendían menos a estar ausentes (promedio de 1,2 días de ausencia al mes en vez de 1,4). Los estudiantes de las escuelas Educo también estaban menos ausentes (3 días menos al mes) que los estudiantes de las escuelas tradicionales.[356] Adicionalmente, el plan más flexible de compensación de Educo tuvo como resultado una mayor variabilidad en los ingresos de los maestros, lo que sugiere que las asociaciones de padres usaron la compensación para motivar un mayor esfuerzo entre los maestros.[357] La oferta o no de empleo futuro fue en sí misma un incentivo, el cual fue usado por las ACE. La rotación entre los maestros de Educo era alta, lo que sugiere que la pérdida del empleo no era una simple amenaza.

Convergencia con escuelas tradicionales

La administración de Educo ha quedado emplazada en el Ministerio de Educación, y Educo se ha convertido en un modelo escolar de primer orden en el país. Aspectos de las escuelas tradicionales y Educo han venido convergiendo. Ahora las escuelas tradicionales tienen mayor participación de los padres en el gobierno y la administración escolares, y son más autónomas gracias al apoyo financiero en bloque. Asimismo, los paquetes de remuneración de los maestros son más similares: los maestros de Educo reciben los mismos salarios y beneficios que los maestros de las escuelas tradicionales. Aún así, queda una diferencia clave: los maestros de Educo son contratados (y potencialmente despedidos) por comités de padres, mientras que los de las escuelas tradicionales no lo son.

¿Es el modelo Educo aplicable en otras partes?

Los logros de Educo pueden parecer idiosincrásicos. El final de una sangrienta guerra civil que había lanzado el sistema educativo al caos, abrió una oportunidad única de cambiar la forma en que se manejaban las escuelas. Basada en parte en estrategias de adaptación durante la guerra civil, El Salvador tenía una historia de participación comunitaria en el manejo escolar. Efectivamente, las asociaciones comunitarias parecen haber funcionado mejor en lugares que tenían experiencia previa en organización comunitaria.[358] Adicionalmente, al terminar la guerra había una reserva inusualmente grande de gente educada sin empleo (que coincidía con la rápida expansión de centros universitarios alimentados por la apertura de la educación superior al sector privado).

Estos factores sugieren que el modelo Educo podría no ser directamente replicable en una situación diferente. Pero algunas lecciones son generales. En primer lugar, con voluntad política es posible cambiar las relaciones entre los actores de la educación básica. En segundo lugar, las escuelas pueden transformarse para que trabajen de manera que promuevan la matrícula, la participación y el aprendizaje, incluso para niños de los hogares más pobres. En tercer lugar, conseguir que los padres participen efectivamente en el manejo de las escuelas puede ayudar a superar algunas de las trampas potenciales de la prestación de servicios educativos, especialmente al hacer seguimiento a los servicios escolares en áreas remotas. En cuarto lugar, es posible expandir pequeñas innovaciones para lograr un impacto significativo en los resultados nacionales.

Servicios de salud y nutrición

capítulo 8

En casi todos los países, los pobres son quienes obtienen los peores resultados de salud. La mala salud los sume cada vez más en la pobreza. Y regularmente quedan excluidos de las redes de apoyo que refuerzan los beneficios sociales y económicos de la buena salud. A diferencia de la educación, los resultados de la salud y la nutrición de los pobres los producen los hogares –con aportes provenientes de muchos servicios. Y los servicios de salud y nutrición juegan un papel en otros aspectos del bienestar humano, como proteger a la gente contra gastos catastróficos en salud. Así pues, estos servicios deben juzgarse por cómo aportan a los resultados de salud de los pobres, protegen a los ciudadanos contra gastos en salud que los empobrecen, y ayudan a los pobres a romper las cadenas de su exclusión social.

A lo largo de la historia, a menudo los pobres han tenido que pagar ellos mismos a los proveedores de servicios de salud. Sin embargo, este corto trayecto entre el cliente y el proveedor se ve atemperado por asimetrías de información y conflictos de interés. Un problema adicional: los pobres carecen del dinero para realizar transacciones de mercado. Diversas fallas de mercado –externalidades relacionadas con la enfermedad y mercados fragmentados de seguros– y preocupaciones acerca de la igualdad justifican la intervención pública en la financiación de los servicios de salud y nutrición. Sin embargo, para los gobiernos resulta difícil supervisar el desempeño de los trabajadores de la salud, en particular de aquellos que prestan servicios discrecionales, como la atención médica en clínicas. Y como las fallas del mercado de seguros afectan a todos, los no pobres son los que a menudo se apropian de la financiación pública de los servicios de salud.

Los servicios de salud no satisfacen las necesidades de los pobres, no debido a falta de conocimientos para prevenir y tratar las enfermedades, sino porque los sistemas de salud están atrapados en una telaraña de frustradas relaciones de responsabilidad. Para escapar de esta trampa, los sistemas de prestación de servicios se pueden adecuar a la medida de tres tipos de servicios:

- Llevar a los pobres servicios **clínicos orientados al individuo,** con un elevado contenido de transacciones y que sean de carácter discrecional, plantea un gran reto. Para influir en la calidad, los clientes pobres deben tener un mayor grado de poder –a través de pagos a terceros, información y mayor vigilancia de los trabajadores y de los servicios de salud. Los ciudadanos organizados pueden ejercer este poder aportando recursos financieros y coproduciendo y supervisando los servicios de salud. Sin embargo, las fallas del mercado de seguros, las asimetrías del conocimiento y los conflictos de interés significan que los gobiernos deben invertir en la adquisición de servicios básicos para proteger los hogares pobres y fomentar un *ethos* profesional a favor de los pobres.
- Servicios de **extensión orientados a la población** –servicios estandarizados que pueden incluir control de vectores, vacunación o suplementos de vitamina A– son más fáciles de supervisar por parte de los encargados de la formulación de políticas. Aun gobiernos con una capacidad limitada pueden prestar estos servicios –o suscribir contratos con entidades públicas o privadas para prestarlos. La construcción de coaliciones tendientes a fortalecer la voz colectiva de los pobres resulta esencial para garantizar la asignación de recursos públicos suficientes para estos servicios.
- Para **servicios** comunitarios y **orientados a la familia** que **apoyan el autotratamiento** –como información y apoyo social para fomentar la lactancia o el sexo seguro– a menudo las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil y las redes comerciales se encuentran en una posición adecuada para prestar servicios en cercanías de los hogares

RECUADRO 8.1 ***Etnia y salud***

Según datos para el año 2000, la esperanza de vida en los Estados Unidos de las poblaciones indígenas de ese país y de Alaska es cinco años inferior a la de la población en general. El Servicio de Salud para las Poblaciones Aborígenes de Australia indica que la esperanza de vida para el año 1996 fue 20-25 años menor para los aborígenes que para su contraparte no aborigen. En Chocó, Colombia, donde el 90% de la población es de ascendencia africana, la tasa de mortalidad infantil de niños y niñas supera la cifra de 90 por cada mil nacimientos vivos, mientras que el promedio nacional es de 25 por cada mil. En Guatemala, la gente nacida en la capital tiene una esperanza de vida superior en diez años a los nacidos en el departamento de Totonicapán, donde más del 96% de la población es indígena. La relación de prevalencia de raquitismo en poblaciones indígenas frente a las poblaciones no indígenas es más del doble en Colombia, Perú y Ecuador.

El Censo de 1996 en Suráfrica revela que a pesar de esfuerzos sistemáticos de parte del gobierno, la tasa de mortalidad infantil fue 5,5 veces superior entre la población negra que entre la población blanca, una disparidad significativamente mayor de la que podría predecirse con base en diferencias de ingreso.

***Fuente*: Torres Parodi (2003).**

pobres. Los gobiernos pueden establecer asociaciones y dar información y subsidios dirigidos.

Los encargados de la formulación de política deben ser responsables de los resultados de salud –esto significa una mayor inversión en mecanismos de supervisión y evaluación que recojan las disparidades en la salud.[359]

La salud de los pobres

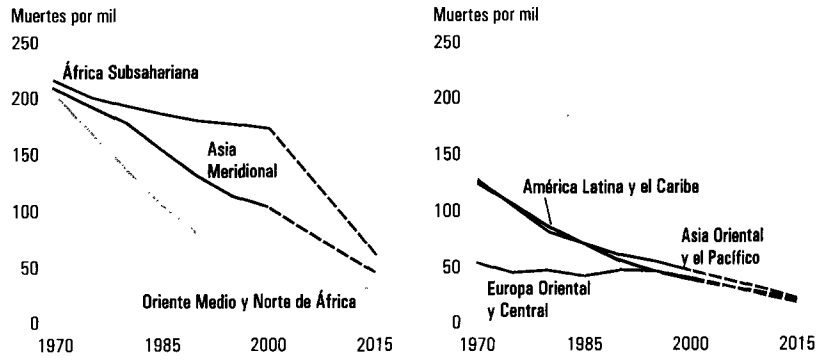
Los resultados de salud mostraron una mejoría durante la segunda mitad del siglo XX, tendencia que probablemente continuará en muchos países. Sin embargo, las expectativas de una tendencia en continuo crecimiento se desvanecen en la medida en que el progreso se hizo más lento en los años noventa. Al ritmo actual, la mayor parte de las regiones del mundo en desarrollo no lograrán alcanzar las Metas de Desarrollo del Milenio para el año 2015 en términos de salud (gráfico 8.1) Las tasas de mortalidad infantil aumentan en Asia Central. La tasa de mortalidad de menores de cinco años va en ascenso en 22 países del África Subsahariana. El raquitismo aumenta en muchos países del África, mientras continúa siendo elevado en Asia Meridional. En 1995, 500.000 mujeres murieron en el mundo entero como consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo, la mayoría de ellas en países en desarrollo. La epidemia del sida se expande en África, India, China y Rusia, junto con un resurgimiento de la tuberculosis.[360] Las tasas de mortalidad de adultos han empeorado en la Federación Rusa y en algunos de los países vecinos.

Los resultados son consistentemente peores entre los desfavorecidos. En los países de ingreso bajo y mediano, las tasas de mortalidad de menores de cinco años son 2,3 veces superiores entre el quintil más pobre de la población que entre el quintil más rico. Las tasas de raquitismo son 3,4 veces superiores (gráfico 8.2).[361] A los ricos les va bien en términos absolutos. En Pelotas, Brasil, la tasa de mortalidad infantil en 1997 para el 7% más rico de la población era comparable con el promedio para los Países Bajos en 1998.[362]

Las enfermedades contagiosas, la desnutrición y las enfermedades reproductivas explican en gran medida la brecha de mortalidad entre los países de ingreso alto y bajo, y entre los ricos y los pobres.[363] Los pobres son también quienes a menudo sufren altas tasas de enfermedades no contagiosas, como la depresión y las dolencias cardiovasculares en Norteamérica, o problemas relacionados con el alcohol en la Federación Rusa. La desnutrición es una carga doble: los grupos más pobres presentan a la vez altas tasas de desnutrición y diabetes y obesidad.[364]

Mejorar los resultados de salud para los pobres es una labor compleja. Además del ingreso, otros factores familiares influyen en los resultados de salud: edad, condición social, religión, residencia (capítulo 1), origen étnico (recuadro 8.1) y género –en particular en Asia Meridional. En la India, las niñas tienen entre 30 y 50% más de probabilidades de morir entre la edad de uno y cinco años que los niños.[365] La mortalidad materna depende principalmente de los servicios de salud, en tanto que la nutrición y la mortalidad de los menores de cinco años depende de muchos otros servicios, como educación, agua, seguridad alimentaria, comunicación, electrificación y transporte. La epidemia del sida ha desafiado en particular a los encargados de la formulación de políticas y a los proveedores de la salud a considerar posibles vínculos con otros sectores y hacer mayor hincapié en el comportamiento y en los valores de la sociedad.

Gráfico 8.1 Logro de las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM) en salud: progreso acelerado
Tendencias de la tasa de mortalidad de menores de cinco años por región



Fuente: Base de datos de Indicadores de Desarrollo Mundial (2003).

Los servicios de salud pueden funcionar para los pobres

Las experiencias de Brasil, Chile, Costa Rica y Cuba (*ver* En primer plano), Irán (recuadro 8.2), Nepal, Matlab (Bangladesh), Tanzania y varios países de África Occidental (*ver* En primer plano) indican que los servicios de salud, cuando se prestan con eficacia, pueden mejorar los resultados hasta para los grupos más pobres. Un programa de salud en el distrito de Gadchiroli, en India, redujo en 62% las tasas de mortalidad neonatal. Los servicios de partería y los hospitales comunitarios han jugado un papel de preponderancia en reducciones extraordina-

rias de la mortalidad neonatal y maternal en Sri Lanka y Malasia. En Uganda y Tailandia, los esfuerzos del gobierno modificaron la conducta sexual, reduciendo la prevalencia del VIH. En países de bajo y mediano ingreso, los servicios que fomentan la terapia de rehidratación oral significaron una disminución de la mortalidad infantil relacionada con las enfermedades diarreicas.[366]

Los servicios de salud también ayudan a proteger el ingreso de los pobres. Sistemas de financiación administrados localmente en Níger, subcontrataron servicios en Camboya, y programas de seguros dirigidos a los pobres en Tailandia e Indonesia contribuyeron a una reducción de los gastos corrientes, ampliando la cobertura de la red de seguridad entre los pobres.[367]

Cuando funcionan, los servicios de salud igualmente pueden contribuir a una mayor independencia e inclusión social de los pobres. Estos servicios se han utilizado como punto de entrada a actividades de desarrollo de mayor envergadura, como en la República Democrática del Congo, donde los programas comunitarios de financiación de la salud impulsaron el surgimiento de cooperativas para comercializar productos agrícolas.[368]

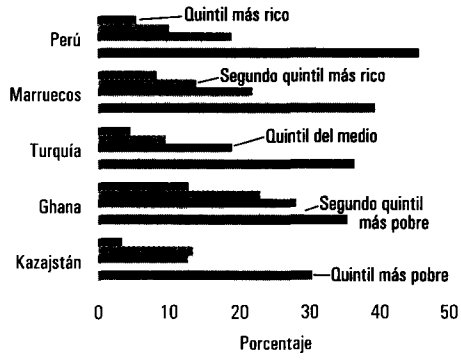
Pero aquellos que más necesitan regularmente reciben menos...

A pesar de estos logros, la disponibilidad de servicios de salud adecuados tiende a variar a la inversa de la necesidad.[369] Las regiones y los grupos pobres tienen un menor acceso al saneamiento y al control de vectores.[370] Un estudio de 30 países demuestra que el uso de las mediaciones de los servicios de salud es consistentemente inferior entre la gente que vive con menos de un dólar al día, que entre los grupos más pudientes (gráficos 8.3 y 8.4).

... pagan más...

La enfermedad sume a las familias en la pobreza, debido a la pérdida de salarios, a los altos gastos ocasionados por enfermedades catastróficas y a los tratamientos recurrentes por otras dolencias. La cuota de gastos familiares distintos a los alimentos incurridos en salud es superior entre los grupos más pobres que entre los más pudientes. Los pacientes venden sus activos para financiar el servicio de salud, como lo hace el 45% de los pacientes de las zonas rurales de la República Kirguisa.[371] Se estima que, en 1998, los gastos en salud sumieron en la pobreza a casi tres millones de vietnamitas. Los gastos corrientes hunden todavía más en la pobreza a las familias pobres, pero igual llevan a la pobreza extrema a las familias que no eran pobres. Rara vez los pobres se afilian a programas voluntarios de seguros y pocas veces reciben los beneficios de sistemas de salud obligatorios. Y aun cuando lo hacen, continúan incurriendo en significativos costos directos por los servicios de salud en forma de pólizas de seguros, copagos y pagos por servicios no incluidos.[372]

Gráfico 8.2 Logro de las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM) en salud: énfasis en las familias pobres
Prevalencia del raquitismo entre los niños y niñas de 3 a 5 años de edad, por grupo de solvencia económica



Fuente: Análisis de Encuestas Demográficas y de Salud, 1990–2002.

RECUADRO 8.2 ***Cómo lograr que los servicios de salud funcionen para los pobres en la República Islámica de Irán***

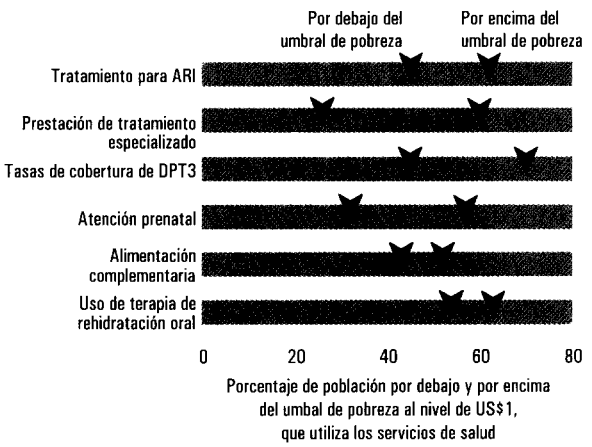
En 1974, la tasa de mortalidad infantil en Irán era de 120 por cada mil nacimientos vivos para las zonas rurales y 62 para las urbanas. Para 2000, la tasa estaba en 28 para las zonas urbanas y 30 para las rurales. Las tasas de mortalidad materna se redujeron de 370 a 55 por 100.000 nacimientos vivos en las zonas rurales entre 1974 y 1996. Las tasas de vacunación, tratamiento de enfermedades infantiles y cuidado prenatal tuvieron un extraordinario incremento y en la actualidad registran elevados niveles en las zonas rurales y urbanas, aunque la atención especializada de los partos continúa siendo inferior (75%) en las zonas rurales que en las urbanas (95%). Lo anterior, pese al hecho que 76% de los niños y niñas del sector rural no tenían seguro de salud en 1997 y 56% de las mujeres del sector seguían siendo analfabetas.

¿Cómo sucedió? En 1980, después de la Revolución de Irán, una nueva constitución obligó al gobierno a proveer de beneficios básicos de salud a los "desfavorecidos " (*mostazafeen*). La preocupación más inmediata era aumentar el acceso a los servicios de salud en las zonas rurales. Las asignaciones de recursos para los servicios rurales aumentaron y hoy en día representan aproximadamente la tercera parte del presupuesto de salud en las regiones rurales. Para marzo de 2000 había 16.340 centros rurales de salud, con una cobertura de 1.500 personas cada uno, que atendían cerca del 84% de las comunidades rurales. Las demás estaban cubiertas por equipos móviles. Se establecieron centros de salud que prestan servicios de obstetricia de emergencia las 24 horas del día (tres parteras), y se creó el servicio de transporte para remisiones de pacientes con una cobertura cercana a las 20.000 personas cada uno.

Pese al elevado número de profesionales médicos en Irán, la contratación de este personal constituyó todo un reto debido a que los profesionales no aceptaban de buen grado ser asignados a las zonas rurales. En consecuencia, mujeres y hombres trabajadores de la salud, conocidos con el nombre de *behvarz*, fueron asignados a los centros de salud. Escogidos en las mismas aldeas a las que serían asignados, con la participación de las autoridades de la localidad, los *behvarz* debían haber cursado ocho años de estudios formales. Su capacitación, de dos años de duración, en el ámbito local principalmente, consistió en capacitación profesional mediante la práctica del trabajo con supervisores y maestros pares. Un sencillo sistema de información en salud –el Horóscopo Vital– permitió a los *behvarz* identificar a las familias con problemas de salud infantil y materna y vincularlas a los servicios de salud.

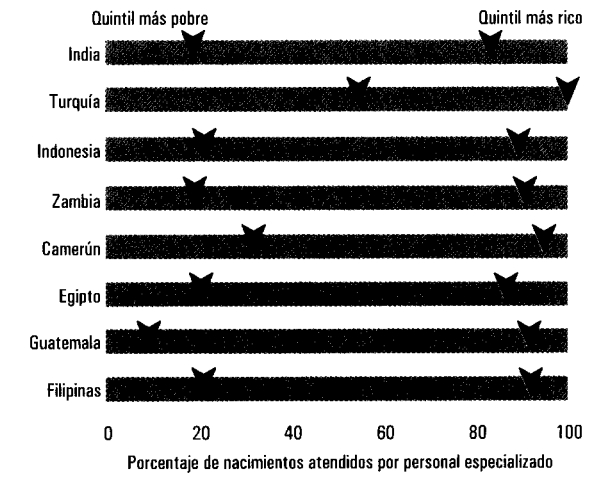
Fuente: Mehryar, Aghajanian y Ahmadnia (2003).

Gráfico 8.3 Los pobres utilizan menos los servicios de alto impacto



Fuente: Cálculos de los autores, con base en datos de la Encuesta Demográfica y de Salud. Porcentaje ponderado para 30 países de ingreso bajo y mediano.

Gráfico 8.4 A los grupos más pudientes les va bien en términos absolutos



Fuente: Gwatkin y otros (2000), datos de la Encuesta Demográfica y de Salud. Promedio ponderado para 30 países de ingreso bajo y mediano.

... y carecen de poder para producir buena salud

Inadecuados hábitos alimenticios, el mal manejo del agua y de las basuras y un precario tratamiento de las enfermedades son importantes factores conducentes a la mala salud. Las causas más frecuentes son el analfabetismo, la ignorancia de las mujeres sobre los temas de salud y la falta de poder de decisión (gráfico 8.5).[373] Estudios sobre la brecha entre ricos y pobres respecto de los resultados de salud demuestran que los pobres y los no pobres pueden responder al mismo grado de insumos de manera diferente.[374] En Senegal, los pobres son 39% menos eficientes que los ricos en convertir en mejor salud el agua potable, el saneamiento y los servicios de salud. En Malí, los pobres son solamente 16% menos eficientes, pero la brecha ha ido creciendo con el tiempo: mientras la disponibilidad de insumos aumenta, la capacidad de las familias pobres para transformar en salud esos insumos se va quedando rezagada.

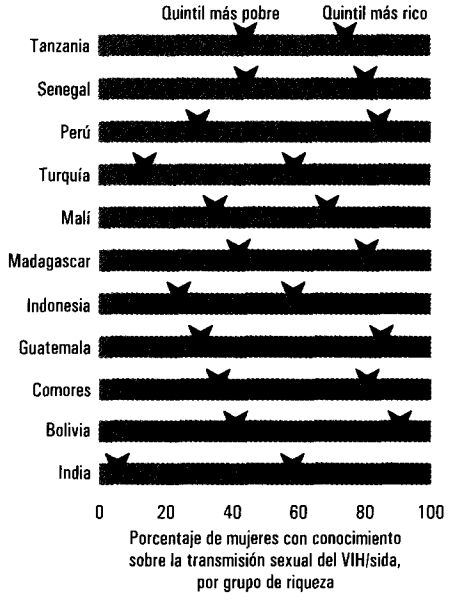
Fallas de mercado y fallas de gobierno

Las fallas de mercado y una preocupación por la igualdad demandan cierto grado de financiación gubernamental de los servicios de salud y nutrición. Un tipo de falla de mercado es la inadecuada oferta de servicios para prevenir o tratar enfermedades individuales que afectan a la población en general. Otra falla de mercado es el desglose entre el seguro y los mercados crediticios, que empobrecen a la gente[375]. La preocupación por la igualdad puede ser una opción social o basarse en la noción de que la salud es un derecho humano (*ver* recuadro 2.2).

Conflictos de interés y la capacidad de los servicios para ocasionar perjuicios graves justifican igualmente que el gobierno se involucre en la prestación de servicios. Para los pacientes resulta difícil atribuir su estado de salud a una determinada forma de actuar. Este hecho los convierte en jueces imperfectos de los proveedores de salud. Si bien la respuesta a las necesidades de los pacientes con frecuencia es de mejor calidad en el sector privado, la calidad técnica de los servicios privados muestra grandes variaciones entre muy buena y muy mala (capítulo 4). La complejidad técnica de los servicios clínicos confiere poder considerable a los proveedores de salud para influir en el carácter y cantidad de los servicios que proveen, para su propio beneficio financiero. Recientes incrementos en las operaciones de cesárea, tanto en los países de ingreso alto como de ingreso bajo, así lo demuestran.[376]

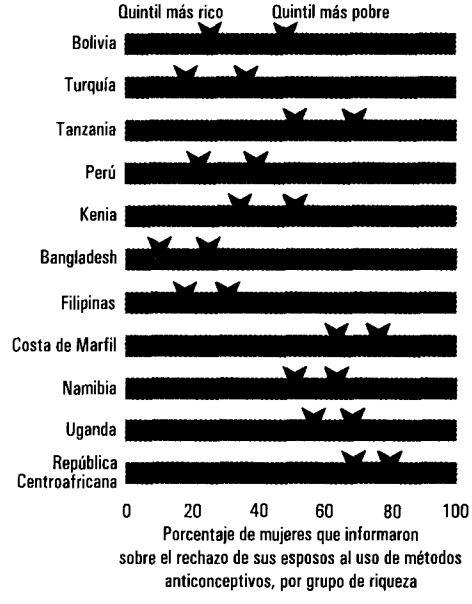
Con frecuencia, los gobiernos se fijan la meta de resolver los conflictos de interés por medio de la prestación directa de servicios con estrictos controles administrativos y el cumplimiento forzoso de un *ethos* público. Sin embargo, supervisar si los servicios en realidad se prestan y si su calidad es adecuada, puede resultar difícil. Estas fallas "burocráticas" son en particular elevadas para servicios demasiado discrecionales y con alto grado de transacciones, como el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad. Las tasas de ausentismo en las clínicas de salud son elevadas[377] (capítulo 1) y si bien con frecuencia la calidad técnica de los servicios es algo mejor en los servicios públicos que en los privados, las deficiencias de calidad continúan siendo rampantes en el sector público. En Túnez, en

Gráfico 8.5a Las mujeres pobres no saben mucho acerca del VIH



Fuente: Estimaciones de los autores a partir de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud, 1995-2002.

Gráfico 8.5b Los esposos dicen 'no' a la anticoncepción



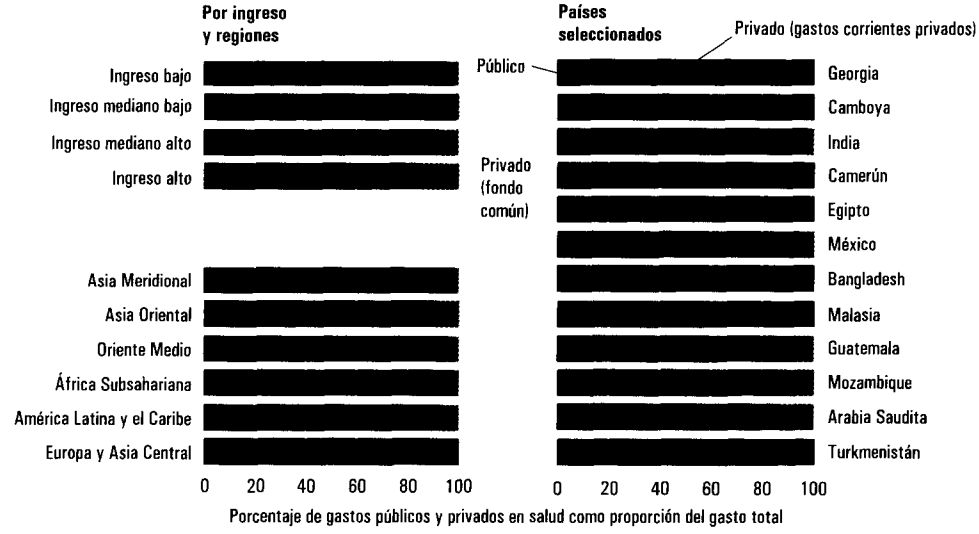
Fuente: Estimaciones de los autores, a partir de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud, 1995-2002.

1996, solamente el 20% de los casos de neumonía se manejaron de manera adecuada y en 62% de los casos se recetaron antibióticos de manera inadecuada.[378]

Asimismo los gobiernos confrontan los mercados imperfectos de seguros operando hospitales públicos "gratuitos". Usualmente los beneficiarios de estos servicios hospitalarios son los no pobres de las zonas urbanas (capítulo 2). Los gobiernos aprovechan su influencia política para asegurarse de que se mantenga el gasto público para estos (costosos) hospitales –habitualmente a expensas de servicios que podrían tener un efecto real sobre los pobres.

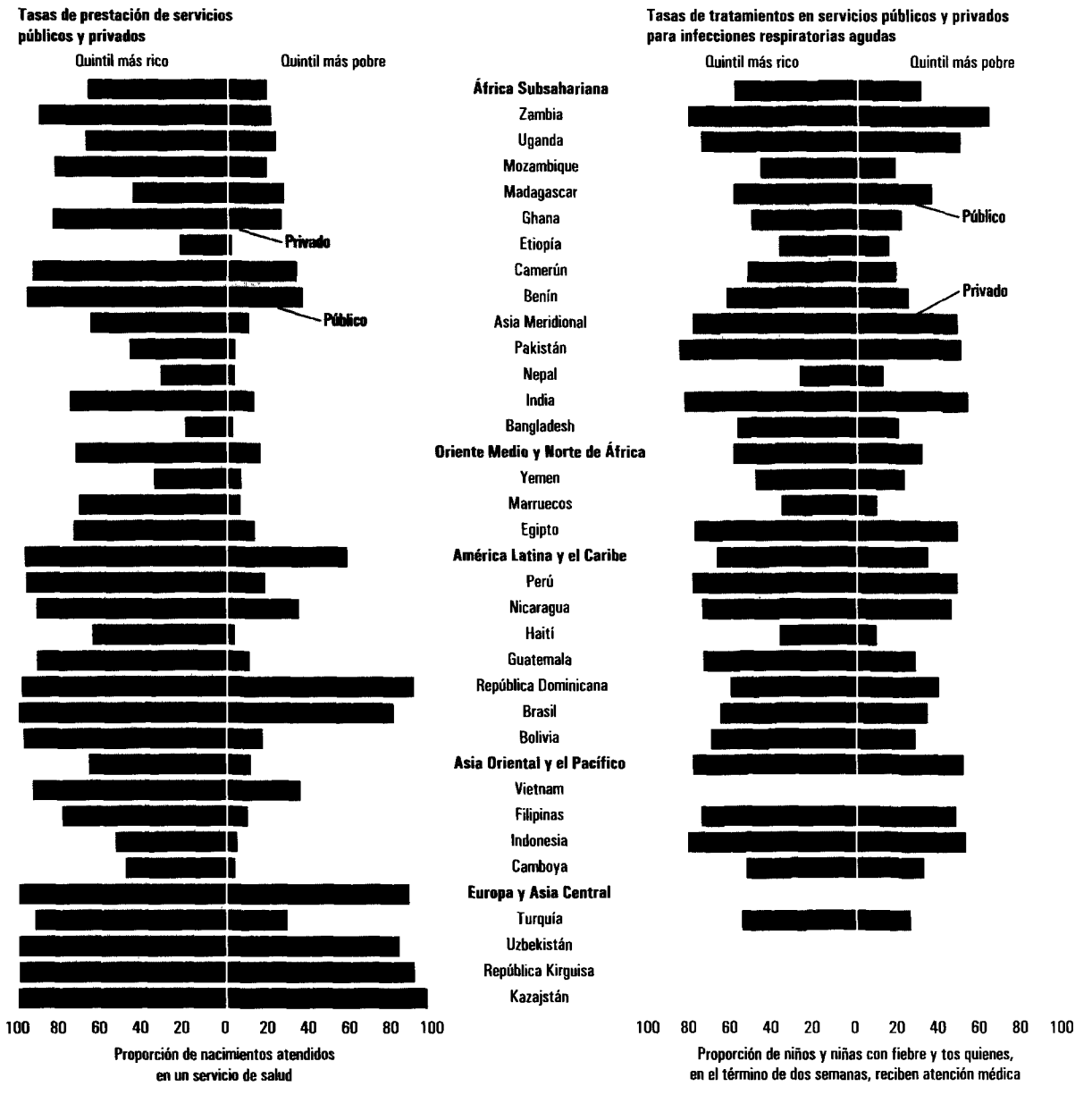
Muchos servicios de salud son bienes privados, y en todos los países existe un mercado privado de servicios de salud. La gran mayoría de los países industrializados comenzaron con sistemas privados de salud. En los países de ingreso bajo y mediano, los gastos corrientes re-

Gráfico 8.6 Una responsabilidad pública, pero el gasto privado cuenta



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), Cuentas Nacionales en Salud, actualizadas a 2002.

Gráfico 8.7 La mezcla sector público-sector privado difiere entre pobres y ricos, y entre mediaciones



Fuente: Estimaciones de los autores, a partir de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud, 1995-2002.

presentan una elevada proporción del gasto en salud, aun en aquellos países donde los sistemas públicos funcionan de manera adecuada (gráfico 8.6). Y en los últimos veinte años se ha observado un notable incremento en la oferta privada (regularmente no controlada) y en el gasto privado en salud.[379]

En términos generales, los grupos más pudientes alrededor del mundo recurren más al sector privado, pero la situación difiere por país. Igualmente, los grupos más pudientes utilizan los servicios públicos con mayor frecuencia –situación que indica que los subsidios no llegan a quienes deberían llegar. La mezcla sector público-sector privado varía según el tipo de servicio (gráfico 8.7). El sector privado está involucrado en muchos servicios críticos, entre los que se incluye el control de las enfermedades, la salud infantil y la salud reproductiva. Sin embargo, los servicios de vacunización, planificación familiar y la prestación de servicios de salud especializados los provee el sector público con mayor regularidad. Aun en la India, los pobres, quienes principalmente recurren a

proveedores privados de salud en busca de tratamiento de las enfermedades, dependen del sector público respecto de programas de vacunación (93%) y cuidado prenatal (74%).[380]

Las fronteras entre los servicios público y privado se han desdibujado. Muchos gobiernos subsidian servicios de salud prestados por el sector privado –todos los países de ingreso alto lo hacen, igual que cada vez con mayor frecuencia lo hacen los países de ingreso mediano y bajo, como en el sistema de seguridad social de Tailandia, el sistema de seguridad social de Polonia, los subsidios en Uganda a los proveedores de servicios de salud sin fines de lucro. Muchos servicios públicos cobran una cuota a los usuarios, introduciendo una transacción de cuasimercado en la prestación de servicios públicos,[381] mientras los pobres gastan sumas cuantiosas para utilizarlos.[382]

Asimismo existe un crecimiento generalizado de pagos informales a los proveedores públicos en África, Asia Oriental y Europa Oriental[383], lo que representa una comercialización informal de los servicios públicos. Los pagos informales produjeron un incremento en el costo de la atención "gratuita" de maternidad en Bangladesh, a US$31 por un parto normal –la cuarta parte del ingreso promedio mensual de una familia– y a US$118 por una operación cesárea.[384]

Aplicación del sistema básico: clases de servicios

En los capítulos 3 a 6 se desarrolló un sistema básico para analizar la prestación del servicio, la cual identifica dos rutas para que los pobres obtengan los servicios. Una es la ruta corta, según la cual los usuarios ejercen poder sobre los proveedores mediante la fuerza de su dinero y la capacidad para imponer la disciplina. La otra es la ruta más larga de la responsabilidad pública, que parte de los pobres hacia los encargados de la formulación de políticas y de éstos a los proveedores. Respecto de los servicios de salud, la ruta corta falla regularmente por causa de conflictos de interés y asimetrías de información. Asimismo, los pobres carecen de dinero para realizar transacciones de mercado. Pero la complejidad de los servicios y la heterogeneidad de las necesidades de salud hacen difícil la estandarización de la prestación de servicios y el control del desempeño –una falla "burocrática" de importancia en la ruta larga de la responsabilidad. Que los pobres carezcan de poder para hacer oír su opinión en las decisiones sobre el uso de los dineros colectivos es otra falla de la ruta larga.

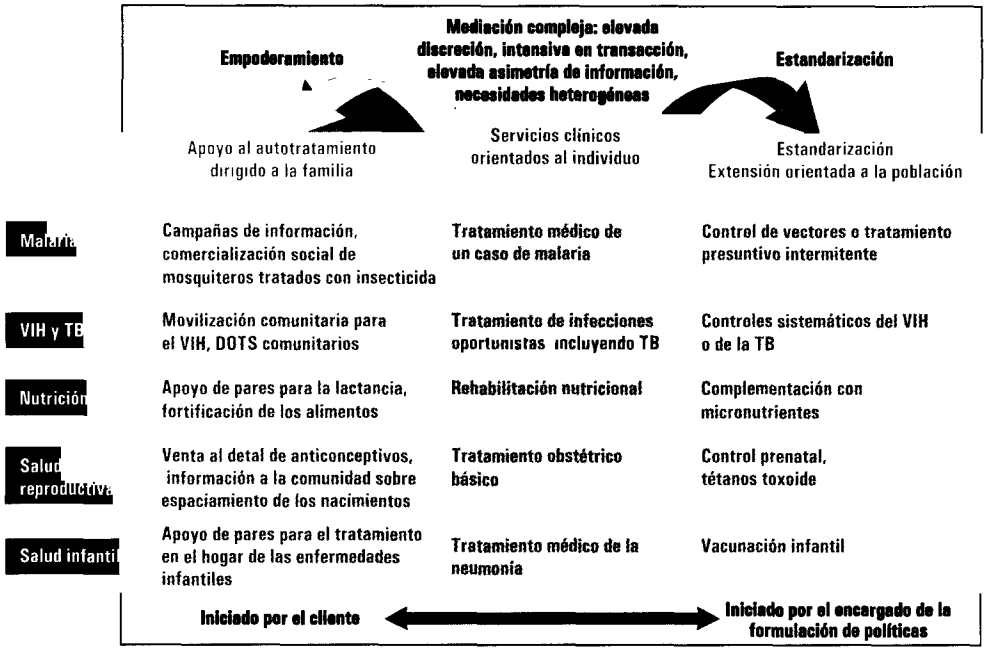
Los *servicios clínicos* son en gran parte discrecionales e involucran un alto grado de transacciones y exigen diagnósticos y tratamientos individualizados. De modo que una etapa de la ruta larga, la cual exige al encargado de la formulación de políticas vigilar al proveedor, es difícil. Aún así, las fallas del mercado de seguros demandan del gobierno su intervención en servicios de alto costo, como servicios a las personas internadas en un hospital o servicios por enfermedades catastróficas. Sin embargo, habitualmente estos servicios de alto costo financiados por el gobierno benefician primordialmente a los no pobres. De modo que la segunda etapa de la ruta larga (la opinión de los pobres) igual-

RECUADRO 8.3 ***La cambiante mezcla de cura y tratamiento: '¿quién trata qué, y dónde?***

A lo largo del siglo XX, las instituciones de servicios han respondido –aunque lentamente– a los rápidos cambios de la tecnología de la salud. Los países optan por combinaciones de 'modelos de prestación' de servicios basados en costos y estándares internacionales, así como en características específicas de país, como restricciones geográficas y de densidad, transporte y capacidad de infraestructura, infraestructuras de salud existentes heredadas de anteriores innovaciones tecnológicas, características del mercado laboral, capacitación y orientación de los proveedores, etc. Los servicios que se prestan como tratamiento de personas hospitalizadas, hospitales para pacientes externos, centros de salud, o visitas médicas; y el servicio que prestan personas no especializadas, enfermeras, médicos generales, o especialistas, están lejos de ser estándar en todos los países.

- ***El desarrollo tecnológico*** **precipita modificaciones en el carácter, tipo y cantidad de servicios requeridos. El tratamiento hospitalario de la tuberculosis (el sanatorio) fue reemplazado por el tratamiento clínico externo de los pacientes –gracias a los antibióticos. Posteriormente se estandarizaron los chequeos médicos seguidos por el tratamiento DOTS (terapia de tratamiento observada directamente) para permitir la prestación de servicios a través de la extensión a la comunidad. De manera análoga, los nuevos tratamientos para el VIH y el cáncer acortan prolongados requerimientos de hospitalización. Igualmente evolucionaron las funciones de cura y tratamiento del hospital. Los hospitales se han transformado en centros para tratamiento a largo plazo para los ancianos, mientras cada vez con mayor regularidad complejos procedimientos se llevan a cabo en clínicas ambulatorias. El cuidado de enfermeras en el hogar ha revivido.**
- ***A niveles similares de tecnología, los países han optado por diferentes modelos con niveles comparables de éxito.*** **Los practicantes independientes se desarrollaron inicialmente en los países de Occidente y se han convertido en la piedra angular de los sistemas de Occidente. La hegemonía de los hospitales en Occidente apenas data del siglo XX. En contraste, los hospitales han desempeñado una función mucho más importante en la prestación de tratamientos de pacientes externos en Europa Oriental y Asia Central, y en América Latina, Vietnam y Sri Lanka. En África, los sistemas de salud se desarrollaron a través de hospitales y clínicas ambulatorias desde comienzos del siglo XX, mientras la atención básica de salud recién comenzó en los años ochenta. También se utilizan diversos niveles de especialización para mediaciones similares. Los técnicos de salud y las enfermeras han jugado un importante papel en Mozambique para realizar operaciones cesáreas, mientras en otros países estas intervenciones están a cargo de médicos generales u obstetras especializados.**

Gráfico 8.8 Cómo facilitar la prestación de servicios de salud por medio de la estandarización y el empoderamiento



mente falla. Lo que significa que los pobres tienen que regresar a la ruta corta de la compra directa de un servicio por parte de un cliente. Pero la asimetría de información entre el cliente y el proveedor –y la carencia de dinero por parte del cliente– hace que esta ruta también falle. ¡Un dilema!

La labor es algo más fácil para los servicios que *apoyan el autotratamiento* por parte de las familias y comunidades, como la información para apoyar cambios en el comportamiento sexual o los hábitos alimenticios. Se trata de un servicio discrecional porque es necesario ajustarlo al entorno social de la familia, pero exige una transacción profesional menos intensiva que los servicios que atienden la enfermedad individual. Las fallas de la ruta larga y de la corta son mínimas.

A pesar de ser intensivos en términos técnicos y de transacción, algunos servicios profesionales también están bien estandarizados y son menos discrecionales. Entre éstos se incluyen los que atienden las necesidades homogéneas de una población –como control de vectores, inmunización, complementación con vitamina A, o pruebas médicas para determinar la diabetes. Estos servicios *dirigidos a la población* pueden prestarse por medio de programas de extensión a los pobres. Cuando las mediaciones de salud tienen grandes externalidades, como el control de las enfermedades contagiosas, es improbable que la ruta corta de cuasimercado funcione. Si la tecnología permite la estandarización, este sistema de prestación de servicio es entonces la opción primera en la medida en que los encargados de la formulación de políticas pueden vigilar el desempeño y controlar rigurosamente la prestación del servicio.

La tecnología evoluciona todo el tiempo, y ninguna mediación pertenece automáticamente a una categoría (recuadro 8.3). De continuo se desarrollan enfoques de prestación de servicios que reducen la necesidad y la dificultad de vigilar, tanto para el gobierno como para los ciudadanos. Los países cuentan con mediaciones estandarizadas de elevada tecnicidad en servicios menos discrecionales que el gobierno puede iniciar, controlar y prestar mediante su extensión a los pobres. Estas mediaciones pueden dirigirse a grupos de población con necesidades similares. Otra forma consiste en reducir la intensidad de la transacción de los servicios –y la necesidad de control por parte del gobierno– facultando a los pobres para dirigir los servicios que correspondan a sus necesidades y características (gráfico 8.8).

El cuadro 8.1 indica algunos de los principales obstáculos que limitan la cobertura de los pobres con servicios de salud y nutrición. El acceso inadecuado a la información y a las redes que distribuyen los productos relacionados con la salud se convierte en un impedimento principal para el uso de *apoyo al autotratamiento orientado a la comunidad y a la familia*. Regular-

Cuadro 8.1 Ejemplos seleccionados de obstáculos a la prestación de servicios de salud y nutrición a los pobres

Dimensiones del desempeño de los servicios de salud	Apoyo al autotratamiento orientado a la comunidad y la familia	Servicios clínicos orientados al individuo	Extensión orientada a la población
General			
Conocimiento *Demanda*	Baja alfabetización y bajo conocimiento de prácticas de tratamiento entre los pobres, en particular las mujeres	Demanda alta, pero gran asimetría de información entre personas con bajos niveles de alfabetización y proveedores de servicios; bajo acceso a información técnica	Baja demanda de servicios básicos (por ejemplo, vacunación en India)
Empoderamiento	Asignación dentro del hogar desfavorable a las mujeres y niños y niñas, en particular en Asia Meridional	No existe control sobre proveedores socialmente poderosos; no hay inclusión de los pobres en sistemas de cobertura conjunta de riesgos	Bajo poder de decisión de mujeres en la vida pública, en particular en Oriente Medio
Capacidad de acceso	Baja capacidad de acceso a agua potable, alimentos, radio, revistas, mosquiteros, preservativos, etc.	Baja capacidad de acceso a primas de seguro y cuotas de servicios, y empobrecimiento debido a enfermedades catastróficas	Elevados costos de transporte y de oportunidad para los pobres, aun cuando los servicios sean gratuitos
Acceso social y cultural	Factores sociales y culturales afectan las practicas de nutrición y tratamiento	Distancia social respecto de los proveedores: minorías sociales y étnicas, castas en India, proveedores educados en Occidente, en África	La información sobre beneficios de los servicios no está ajustada a los valores y normas sociales locales
Acceso físico	Acceso inadecuado a agua potable, redes comerciales y medios de comunicación	Bajo acceso geográfico a servicios en África principalmente, pero también en zonas pobres de otras regiones	Mayor acceso y demanda a través de estrategias de movilidad pero altas tasas de deserción
Disponibilidad de recursos humanos	Los encargados de la formulación de normas, líderes de opinión, ancianos de la comunidad y pares pueden resistirse al cambio	Importante desequilibrio entre región pobre y región rica y entre región rural y región urbana en recursos humanos calificados	La capacitación y los sistemas de remuneración de los trabajadores de la salud no brindan incentivos para prestar estos servicios
Disponibilidad de artículos de consumo	Mercados deficientes: mosquiteros, preservativos, anticonceptivos, etc., no se venden al detal	Medicamentos falsificados y peligrosos, sobre todo en África Subsahariana y Asia Oriental	Regularmente no es muy sensible a la dinámica del mercado
Calidad organizativa	Canales inapropiados de información: por ejemplo, información sobre el VIH y preservativos en clínicas, en vez de escuelas o bares	Inadecuadas instalaciones hospitalarias, horas de servicio inconvenientes, mala actitud del personal	A menudo está orientada principalmente a la oferta, y hasta planificada centralmente, con escasa participación de los receptores
Calidad técnica	Información estandarizada no comparable, difusión de información errónea	Amplias variaciones en la calidad del tratamiento en servicios privados, inadecuado uso de medicamentos, receta de medicamentos en exceso	La estandarización permite el aseguramiento de la calidad, pero la supervisión puede ser inadecuada y produce deficiencias en la calidad
Insumo/eficiencia técnica	Regularmente se desconoce la eficiencia técnica del suministro de información/ apoyo comunitario	Inadecuada mezcla de insumos: inversión inapropiada/equilibrio recurrente, falta de insumos recurrentes no salariales	La integración en los servicios clínicos no es efectiva si el uso de los servicios clínicos es bajo y no existen incentivos
Gestión de recursos	Bajo nivel de coordinación multisectorial	Pérdidas de medicamentos y de fondos; ausentismo del personal, prácticas de pluriempleo/ informales por parte de empleados públicos	Enfoques verticales del programa pueden tener costos de oportunidad al desviar los recursos de otros servicios y crear incentivos asimétricos
Gobernabilidad *Oferta*	Apropiación de subsidios por parte de grupos más pudientes	Falta de transparencia en la financiación de los servicios de salud, elevada apropiación por parte de grupos más pudientes.	La financiación depende regularmente de los mediadores en los países de ingreso bajo

Adaptado de Claeson y otros (2003).

mente, las poblaciones rurales no tienen acceso a preservativos, jabón, contenedores de agua o mosquiteros de venta al detal. Si lo tienen, el precio continúa siendo una barrera. Menos del 30% del quintil más pobre de la población tiene acceso a los medios de comunicación en países como Bolivia, India, Marruecos y Mozambique. Pocas familias pobres reciben la visita de trabajadores de programas de extensión, cuyas visitas llegan a un 20% de los hogares de Indonesia y Perú.

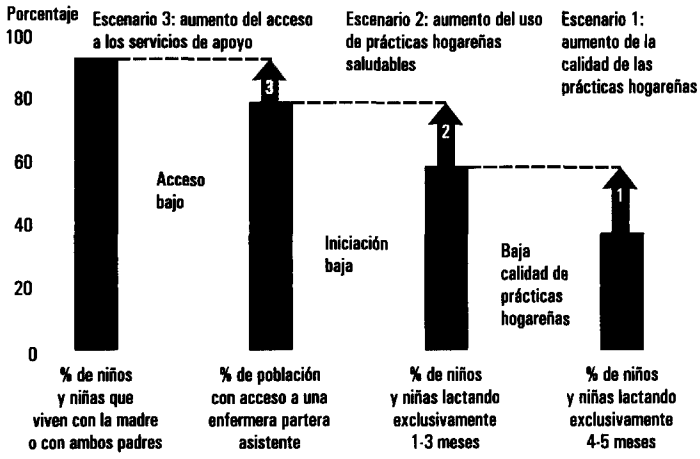
Casi todos los países han logrado cierto grado de éxito en aumentar el acceso físico de las comunidades pobres a algunos *servicios orientados a la población* –como lo confirman la inmunización infantil, la erradicación del polio y la eliminación de la oncocercosis en el mundo entero. Egipto y México tienen exitosas clínicas itinerantes. Sin embargo, sustentar estos esfuerzos para los pobres resulta algo problemático. La baja demanda y la mala calidad reducen la efectividad de los servicios de planificación familiar en India. Los gobiernos pueden controlar y vigilar estos servicios con facilidad, pero con frecuencia sus asignaciones presupuestarias a estos servicios son demasiado bajas. En los países en transición en Europa y Asia, el traslado de los servicios prestados por

RECUADRO 8.4 *Obtención de resultados para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio*

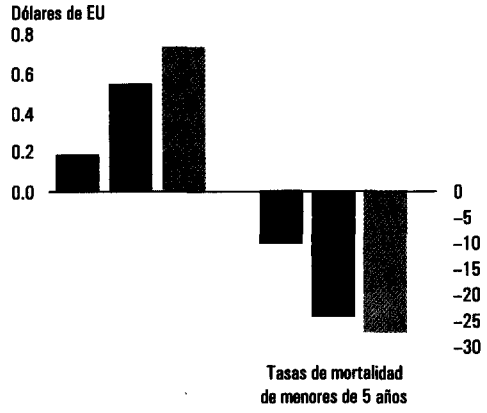
¿Dónde están los cuellos de botella?

¿Cuál sería el costo e impacto de suprimir estas dificultades?

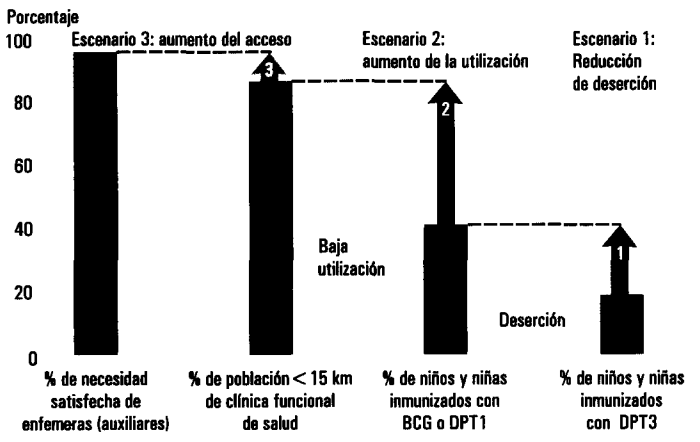
Mejorar el auto-tratamiento Madhya Pradesh

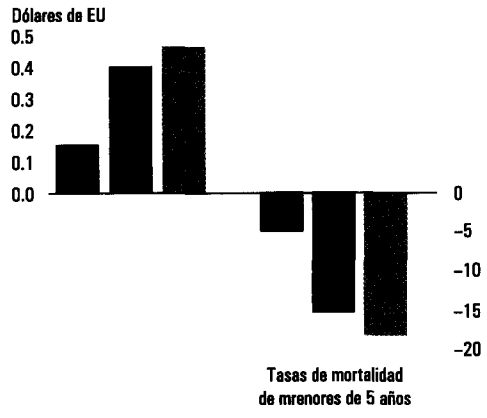


Costo per cápita

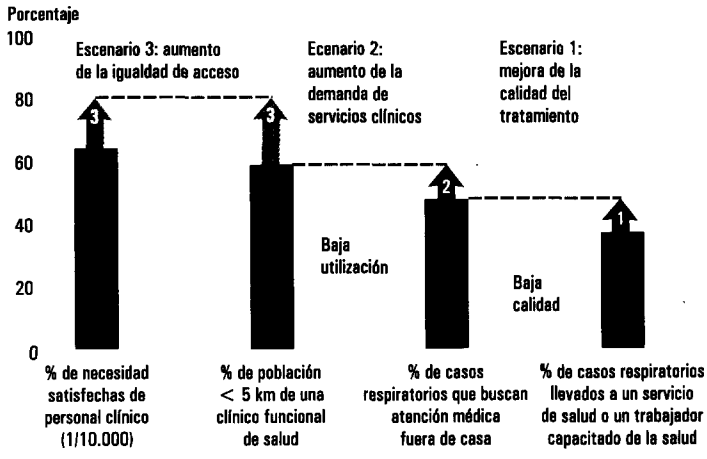


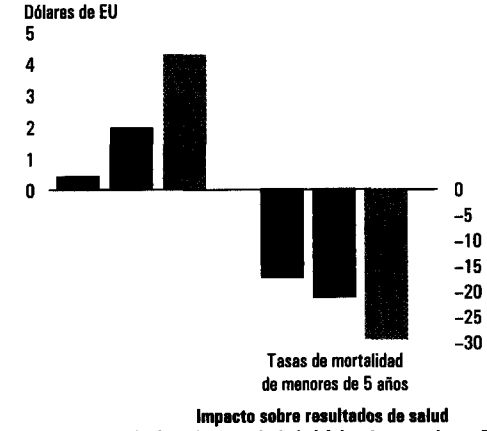
Servicios de extensión en Etiopía





Tratamiento clínico en Madagascar





Impacto sobre resultados de salud (reducción a partir de lo básico durante cinco años)

RECUADRO 8.4 ***Obtención de resultados para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (continuación)***

Usualmente las formas de enfocar la fijación de presupuestos no relacionan el dinero gastado con los resultados esperados. Por consiguiente, resulta difícil evaluar el impacto de los fondos públicos invertidos en servicios de salud y su aporte a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La presupuestación del aporte de los servicios de salud y nutrición a los objetivos debe abordar tres preguntas:

1. *¿Cuáles son los principales cuellos de botella que impiden la prestación de servicios de salud, y cuál es el potencial de mejoramiento?*

El análisis de los determinantes de la cobertura básica de las mediaciones en términos de disponibilidad de recursos vitales (humanos y materiales), accesibilidad física, demanda (utilización de los servicios) y continuidad y calidad de los servicios de salud ayuda a identificar las principales restricciones al aumento de la cobertura.

En Madagascar, los principales impedimentos del tratamiento clínico son la baja calidad, utilización y disponibilidad de recursos humanos. Aumentar la demanda de servicios clínicos (escenario 2), especialmente el uso de servicios de salud o trabajadores calificados de la salud para el tratamiento de infecciones respiratorias agudas (escenario 1), podría aumentar a casi 60% la cobertura efectiva de esta mediación. El potencial para mejorar la disponibilidad de personal de salud en las zonas rurales pobres (escenario 3) es limitado, y esta situación determina una "frontera a la cobertura" real (del orden del 80%). En Etiopía, la cobertura con al menos una dosis de DPT (vacuna contra difteria-pertussis-tétano) en relación con el acceso geográfico es el principal obstáculo, en tanto la deserción entre la primera y la tercera dosis de DPT representa un cuello de botella adicional a una cobertura adecuada con servicios de extensión. Aumentar el uso de los servicios de vacunación por medio de la información y la comunicación (escenario 2), y de seguimiento de no comparecientes (escenario 1), puede aumentar la cobertura adecuada a más del 80%. En Madhya Pradesh, India, la iniciación tardía y la no exclusividad de la lactancia (BF, por sus siglas en inglés), son los principales obstáculos identificados en el autotratamiento (terapia). Aumentar el uso (iniciación temprana de la lactancia, escenario 2) y la calidad (exclusividad de la lactancia, escenario 1) de saludables prácticas hogareñas por medio de la información y la creación de un entorno de apoyo puede aumentar la cobertura efectiva hasta cerca del 80%.

2. *¿Cuánto dinero se necesita para lograr los resultados esperados?*

Una vez se hayan identificado los obstáculos a la cobertura y al potencial de mejora (fronteras de cobertura) para cada modalidad de prestación de servicios de salud, es posible calcular el costo de las estrategias utilizando datos específicos por país. Lo anterior permite la preparación de presupuestos de inversión y recurrentes que específicamente apoyen estrategias que ofrezcan mayor probabilidad de mejorar la eficiencia de la demanda (escenario 1), apoyar una mayor demanda (escenario 2), o aumentar el acceso a los servicios de salud y disponibilidad de personal de salud (escenario 3). Lo anterior permite a los ministerios de Salud y Hacienda determinar el gasto público necesario para apoyar los objetivos y animar a los encargados de la formulación de políticas a garantizar la financiación de actividades prioritarias que aborden los principales impedimentos de la cobertura.

3. *¿Cuánto se puede lograr en resultados de salud suprimiendo los cuellos de botella?*

El aumento de la cobertura en mediaciones específicas, posible de lograr a través de estrategias y presupuestos bien orientados, como los que acabamos de definir, puede convertirse en medidas de mejores resultados de salud utilizando varios modelos epidemiológicos. Un análisis preliminar puede indicar la reducción de la tasa de mortalidad de menores de cinco años que se puede esperar al vencer los obstáculos de tratamiento clínico, servicios de extensión y autotratamiento en Madagascar, Etiopía y Madhya Pradesh, India.

Fuente: Unicef y Banco Mundial (2003).

el Estado a la seguridad social llevó a la confusión sobre la función del gobierno en salud, lo que a su vez produjo el abandono de estos servicios y el subsiguiente resurgimiento de enfermedades contagiosas.

Los países de ingreso bajo enfrentan dificultades para garantizar el acceso físico a los *servicios clínicos* para una gran parte de su población. En Chad, sólo el 20% del quintil más pobre vive a menos de una hora de un servicio de salud. Los países de ingreso mediano tienen más dificultades para garantizar un servicio accesible y de calidad a segmentos de la población excluidos, vulnerables y de difícil acceso. En casi todos estos países, una injusta cobertura conjunta de riesgos continúa dejando a los pobres expuestos al riesgo financiero de la enfermedad. Numerosos estudios demuestran grandes ineficiencias en la forma en que se manejan los servicios de salud. En Turquía, un estudio determinó que únicamente 54 de 573 hospitales generales –públicos y privados– se podía decir que funcionaban en forma eficiente.[385]

Frente a una amplia variedad de situaciones y de problemas, la cuestión fundamental es encontrar un equilibrio en la mezcla público-privado para minimizar las consecuencias de las fallas, tanto de mercado como de gobierno, en la financiación y prestación de servicios. Mayores recursos para los servicios de salud se traducirán en mejores resultados para los pobres tan sólo si se usaran para superar los obstáculos específicos del país a la prestación del servicio (recuadro 8.4). Lo anterior exige claramente definir las responsabilidades de los involucrados y garantizar la disponibilidad de suficientes recursos, información y mecanismos de aplicación forzosa para hacer que la relación funcione. La mezcla de poder del cliente y acción del gobierno tendrá que ser diferente según el carácter de los servicios, el país, sus instituciones y su gobierno.[386]

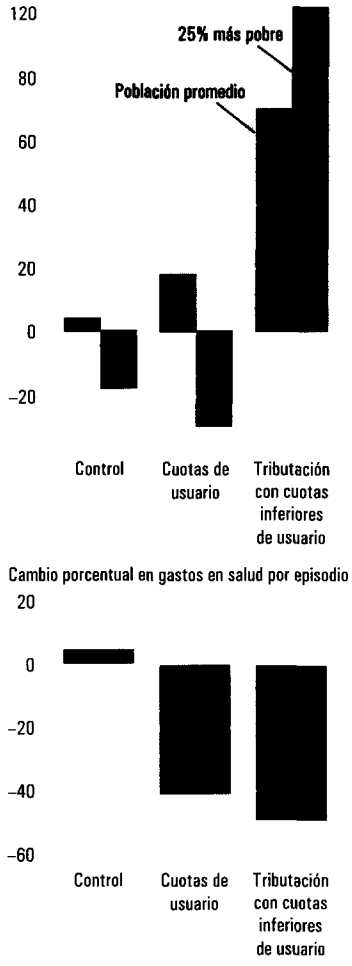
Fortalecimiento del poder del cliente

Esta es nuestra gente. Este es nuestro dinero, usted no puede tocarlo.

El presidente de los Comités de Salud de Benín, respondiendo a los intentos del Ministerio de Salud de centralizar los fondos de salud de propiedad de la comunidad para devolverlos al Tesoro.

Fortalecer el poder del cliente puede mejorar los servicios para los pobres sustituyendo o co-

Gráfico 8.9 Servicios de salud administrados por la comunidad aumentan la utilización y reducen el gasto
Estudio aleatorio de control de tres distritos en Níger, 1992-94



Fuente: Diop, Yazbeck y Bitran (1995).

rrigiendo las desventajas de la larga ruta de la responsabilidad. En el mundo entero, los pobres están comprometidos como compradores, coproductores y vigilantes de los servicios de salud. Que los clientes pobres tengan mayor control sobre los proveedores de salud significa:

- Hacer que el ingreso de los proveedores de servicios de salud dependa más de la demanda de los clientes pobres.
- Aumentar el poder adquisitivo de los pobres.
- Fomentar la participación de los pobres en la coproducción y control de los servicios.
- Ampliar el poder del consumidor para utilizar mecanismos de queja y reparación.

Pagar por los servicios otorga poder

Regularmente, los pobres usan en primer lugar el sector comercial para adquirir productos básicos para mejorar su salud. En Colombia y México, cooperativas comunitarias distribuyen mosquiteros tratados con insecticida. En más de 40 países, los programas de comercialización social han dependido de los incentivos del mercado. Han aumentado el uso de mosquiteros, preservativos, anticonceptivos, jabón y desinfectante de producción local para el tratamiento del agua (lo que ha reducido el riesgo de diarrea entre 44 y 85%)[387].

Copagos modestos pueden igualmente significar para los pobres un boleto de entrada a los servicios clínicos al reducir la apropiación de servicios supuestamente gratuitos por parte de grupos más pudientes (recuadro 4.4). Estudios controlados en varios países[388] determinaron mejoras en el uso de servicios entre los pobres una vez que los copagos aumentaron la transparencia y responsabilidad de los proveedores de servicios frente a los clientes pobres (gráfico 8.9). No obstante, para poder beneficiar a los pobres, los copagos deben retenerse en el ámbito local y deben estar supeditados al desempeño, y significar un aporte al ingreso de los proveedores antes que una compensación por fondos públicos inadecuados (capítulo 4).

Cuadro 8.2 La capacidad de acceso sigue siendo un problema para los pobres
Relación (porcentual) entre el precio promedio anualizado de los servicios de salud y el ingreso

	Rusia	Suráfrica	Brasil	Tanzania
Más pobres	11,9	34,6	20,6	4,4
Segundos más pobres	5,3	20,3	11,6	2,7
Medianos	3,3	13,3	7,2	2,0
Segundos más ricos	2,1	9,2	4,1	1,3
Más ricos	0,8	3,2	1,2	0,5

Fuente: Estimaciones de los autores a partir de la Encuesta sobre Calidad de Vida y Desarrollo en Brasil (1996), Suráfrica (1993), Tanzania (1993-94), Uganda (1996) y Encuesta de Control Longitudinal en Rusia (1998).

Con todo, para muchos servicios, el poder adquisitivo de los pobres continúa siendo insuficiente para superar las barreras de precios (cuadro 8.2). En las etapas iniciales, no es muy probable que los programas de comercialización de preservativos beneficien a los pobres, y un enfoque en la recuperación de costos excluye a los más pobres.[389] Luego, los gobiernos pueden suministrar subsidios, como se hace regularmente con los subsidios de alimentos para combatir la desnutrición. Es posible que los subsidios tengan que ser muy elevados para aumentar sustancialmente el uso entre los pobres, como quedó demostrado en los programas para distribuir preservativos gratuitos a trabajadoras sexuales[390] y ofrecer mosquiteros como parte del cuidado prenatal.[391] La segmentación del mercado, fijación de precios en dos niveles y diferenciación de productos pueden ser de utilidad. En Malawi, los mosquiteros con altos subsidios para las mujeres embarazadas difieren en color y forma de los mosquiteros que se venden a los precios regulares del mercado.[392] La fijación de subsidios cruzados a los servicios preventivos y de salud materna e infantil, utilizando los márgenes sobre las cuotas para el tratamiento clínico de adultos, hizo mayor la capacidad de acceso a los servicios de salud materna e infantil en Bolivia.[393]

Las transferencias directas a los hogares clientes –subsidios a la demanda– igualmente pueden estimular el poder del cliente. Los cupones han demostrado su utilidad en el fomento del uso de algunos servicios bien definidos. Los bonos alimenticios pueden aumentar el consumo de alimentos.[394] En Honduras y Nicaragua, las familias reciben estipendios financieros con la condición de que usen servicios básicos de salud preventiva.[395] El apoyo financiero por medio de cupones a consultas médicas redujo las enfermedades de transmisión sexual de las trabajadoras sexuales (recuadro 8.5). Y los fondos de pobreza garantizaron los pagos a terceros por parte de los pobres en China.[396] Sin embargo, importa cómo se manejan los subsidios. En Tanzania, las mujeres embarazadas pobres a quienes iba dirigido el programa de mosquiteros casi nunca utilizaron los cupones, tal vez porque los subsidios eran demasiado bajos.[397]

Un problema con los subsidios es determinar la efectividad de la forma de llegar a los pobres. El sistema de seguros de ingreso bajo en Tailandia ha utilizado subsidios a la demanda –tarjetas de salud– para los servicios clínicos, pero cerca de un tercio de los beneficiarios no eran pobres y la mitad de los pobres no se beneficiaron.[398] Los subsidios a la demanda también tienen límites si se suministran en ais-

lamiento. Hasta los programas de transferencia relacionados con alimentos bien dirigidos rara vez tienen impactos conmensurables sobre la desnutrición, a no ser que estén acompañados de programas de fomento de la lactancia, alimentación complementaria, higiene y tratamiento de las enfermedades infantiles. En México, el éxito del Programa de Educación, Salud y Nutrición (Progresa –*ver* En primer plano) fue posible gracias a un programa paralelo de equipos itinerantes de salud.[399]

Coproducción de servicios de salud

El autotratamiento es un tipo particularmente importante de coproducción de servicios, del cual dependen pobres y ricos por igual y ocurre con mayor frecuencia en países industrializados que el uso de servicios profesionales. Apoyar a familias y comunidades puede ayudar a las comunidades pobres a reducir la desnutrición, como en Asia Oriental, donde programas de base comunitaria se vincularon a sistemas de prestación de servicios, regularmente centros en pueblos para tratamiento primario de salud. Se capacitó a los empleados oficiales como proveedores de acciones pertinentes a la nutrición coordinadas y administradas por voluntarios seleccionados por las comunidades locales. En Honduras, el programa AIN-C, de gran aceptación por parte de la comunidad, redujo en 31% la desnutrición severa. Las organizaciones de la sociedad civil pueden servir de intermediarios entre clientes y proveedores. Los grupos de apoyo a las mujeres han ayudado a extender la práctica de la lactancia exclusiva en África y Latinoamérica. Entre otros éxitos se cuenta el mayor uso de las soluciones de rehidratación oral, mejor salud ambiental y mejores mediaciones contra el sida.[400]

Con frecuencia, las comunidades se involucran en la construcción de servicios de salud. Pero también se han hecho cargo del suministro y gestión de servicios profesionales de salud, como es el caso en más de 500 clínicas de salud dirigidas por la comunidad en Perú, con una cobertura de más de dos millones de personas.[401] Farmacias cooperativas han surgido en Haití, Nigeria y Singapur. La disponibilidad de medicamentos de alta calidad se ha mejorado por medio de fondos rotatorios controlados por el cliente en Mongolia, Vietnam y África Occidental, y a través de las farmacias especiales de Etiopía. Particularmente resistentes a la crisis, estos esfuerzos se han convertido en fuente de estabilidad y sostenibilidad. En la República Democrática del Congo, *zones de santé* continuaban suministrando inmunización a través de servicios administrados por la comunidad después de más de dos décadas, sin apoyo del Estado ni de los donantes.[402]

El control financiero y administrativo del personal de salud por parte del cliente –el poder de contratar y despedir– puede servir para garantizar que los servicios se presten en realidad. En Malí, las asociaciones de usuarios contratan y pagan a los trabajadores de la salud que atienden a más de seis millones de personas (*ver* En primer plano: Iniciativa Bamako). Allí, como en Perú, la asistencia de los proveedores es elevada, con fuerte apropiación de los centros comunitarios por parte de la comunidad. Pero el enfoque puede tener problemas. La relación entre comunidades y personal de salud puede llegar a ser antagónica, demandando la intervención del Estado para dirimir los conflictos. Y el derecho de las juntas locales de salud para contratar y despedir al personal no significa mucho en países con una escasez aguda de recursos humanos. En Zambia, durante la reforma al sector de la salud, la mayoría de los distritos contrataron al personal que ya trabajaba en los servicios de salud. En Malí, la escasez de enfermeras hizo imposible la contratación, perdiéndose el control de los clientes sobre los proveedores finales.[403]

Mecanismos de solidaridad para proteger grupos social y económicamente desfavorecidos, mediante la unión de recursos financieros, pueden fortalecer a las comunidades en sus negociaciones con los proveedores de los tratamientos de salud. Los sistemas de microseguros de salud han estado relacionados con estos métodos tradicionales de autoorganización como fondos de ahorros rotatorios –como el programa *abotas* en Guinea-Bissau y planes comunitarios tradicionales en Filipinas.[404] En Alemania y Corea del Sur, empresas de seguros pequeñas, sin fines de lucro, se han convertido en compradores independientes de servicios de salud, contratando con los proveedores públicos y privados.[405] La proximidad de estos planes a sus miembros asegurados permite un control efectivo. Pero el pequeño tamaño del conjunto de riesgo los hace muy vulnerables. El reaseguro puede ayudar,[406] pero la complejidad adicional puede llevar a los mismos problemas de gestión y gobernabilidad en la prestación pública de servicios a gran escala. Se pierde la transparencia del control directo de la comunidad. Su crecimiento significaría entonces el beso de la muerte.

RECUADRO 8.5 ***Cupones para las trabajadoras sexuales de Nicaragua***

Desde 1995, en Managua, Nicaragua, funciona un programa de cupones con el objetivo de aumentar el uso de servicios de salud reproductiva por parte de las trabajadoras sexuales. Los cupones les otorgan el derecho a servicios gratuitos prestados por algunas ONG, entidades lucrativas y por clínicas públicas. La clínica entrega el cupón en la oficina receptora, la cual reembolsa al proveedor del servicio una tarifa por cupón acordada de antemano. La incidencia de enfermedades de transmisión sexual entre las trabajadoras sexuales que utilizaron los cupones se redujo en 65% durante los primeros tres años del programa. Los cupones están ahora a disposición de los clientes de esas trabajadoras y de sus compañeros.

Fuente: **Gorter y otros (1999).**

RECUADRO 8.6 ***Cómo lograr que el seguro de salud funcione a favor de los pobres***

Los copagos no son siempre regresivos (*ver* capítulo 4), y el prepago y el seguro no están inherentemente a favor de los pobres. En los Fondos de Financiación de la Comunidad, en Tanzania, los copagos de los grupos más pobres subsidiaron el servicio de salud de grupos asegurados más pudientes. El número de pobres que se inscriben en sistemas voluntarios de salud es pequeño, como en Camerún, Ghana y Rwanda –y en proporciones menores que grupos más pudientes, como en la República Democrática del Congo, Guinea y Senegal. Se ha observado que los sistemas de seguridad social fundamentados en el empleo benefician a grupos más pudientes sobre todo en América Latina y África. Un análisis de los sistemas de financiación comunitaria en Asia determinó que la equidad era muy baja. Regularmente, las elites locales se apropian de las subvenciones compensatorias para primas de seguros, como en Tailandia, durante los primeros días de vigencia de la tarjeta de salud. En ocasiones, estas subvenciones simplemente llevan a los grupos más pudientes a sustituir el tratamiento privado por los servicios públicos.

Una forma para que los gobiernos protejan los ingresos de los pobres es a través de la tributación progresiva o seguro social basado en el salario, con beneficios igualitarios. Sin embargo, llevarlo a cabo resulta a veces difícil en países en desarrollo y transición con débil capacidad impositiva (en China la proporción del producto interno bruto recolectada por el Estado disminuyó de 30% en 1980 a 10% en 1999). También a menudo los impuestos en los países de ingreso bajo son regresivos.

Una alternativa es que los gobiernos subsidien el seguro para los pobres, utilizando escalas móviles relacionadas con el ingreso para las primas y los copagos. Los aportes relacionados con el ingreso lograron fomentar la igualdad en Israel y en el sistema de financiación de la comunidad Gomoshasthaya Kendra, en Bangladesh. Los gobiernos asimismo pueden desarrollar sistemas específicos para los pobres, como se logró hacer con gran éxito en Indonesia y Tailandia. Ambos enfoques requieren cierto grado de comprobación previa de los medios de vida y la compensación adecuada y oportuna de los proveedores. Y seguramente ocurrirán pérdidas.

Fuente: Preker y otros (2001).

Información y control

La información, una herramienta de apoyo fundamental para cambiar los comportamientos relativos al autotratamiento, es uno de los puntales más fuertes para fortalecer el poder del cliente. Con el liderazgo del gobierno de Tailandia, cada hora se transmitieron mensajes sobre el sida durante el período álgido de la epidemia. Pero el cambio de comportamiento es posible únicamente cuando está basado en una comprensión de las normas culturales y de los vínculos entre el comportamiento y la enfermedad –y cuando los actores locales se involucran. Comúnmente, los programas de nutrición de base comunitaria han mejorado las condiciones de nutrición a través de intercambios de información, como en Tamil Nadu, India. Además de dar a las mujeres mayor control sobre los recursos, los programas de microcrédito del Comité de Acción Rural de Bangladesh también aumentaron el conocimiento.[407]

Los clientes pueden ejercer mayor influencia sobre los proveedores participando en la toma de decisiones y vigilando algunos aspectos de la prestación de servicios. El control por parte de la comunidad del desempeño de los servicios de salud en Bolivia y Vietnam hace más consciente a la comunidad sobre las principales barreras a la demanda, y ayuda a garantizar que los servicios satisfagan las necesidades de la comunidad. Representantes de la sociedad civil también hacen parte de las juntas de salud en Nueva Zelanda. Estas aproximaciones aumentan la transparencia de la gestión. Pero estas juntas de salud también siguen siendo vulnerables a su apropiación por parte de las elites locales a menos que mecanismos institucionales garanticen la representación de clientes desfavorecidos (capítulo 5).[408]

Ejecución forzosa y reglamentación

Mecanismos legales y de resolución de conflictos –servicios de defensor del pueblo, sistema legal y presiones sobre asociaciones profesionales– pueden imponer al proveedor la obligación de rendir cuentas. Sin embargo, es escasa la evidencia en el sentido que estos mecanismos funcionen a favor de los pobres. Un estudio realizado en Estados Unidos en 2000, determinó que 97% de las personas con lesiones por negligencia no demandaron. Los clientes más pudientes acudieron a los tribunales, los clientes pobres no lo hicieron. En India, era menos probable que las mujeres de castas inferiores acudieran a los tribunales que protegen a los consumidores. 76% de los médicos de India consideraban que la Ley de Protección al Consumidor es apenas moderadamente efectiva por causa de una débil aplicación de la misma y por resistencia de parte de los profesionales. Las sanciones constituyen regularmente una débil amenaza, porque los proveedores de salud tienden a protegerse unos a otros, y los canales de rendición de cuentas no favorecen a los clientes pobres. La corrupción rampante del sistema legal de muchos países también funciona contra los pobres.[409]

Fortalecimiento del poder de voz de los ciudadanos pobres

Sencillamente no vote por su alcalde... si no le suministra acceso al programa de salud a que usted tiene derecho.

Gerentes del Programa de Agentes de Salud que redujo la mortalidad infantil en Ceará, Brasil

Desde tiempos inmemoriales, los cabildos de las ciudades se han involucrado en la tarea de

reducir la propagación de las pestes, el cólera y la lepra. Pero sólo en el siglo XX el Estado surgió como el principal actor de la salud, comenzando por los sistemas de planificación centralizada –la Unión Soviética y otros– para luego extenderse a Europa Occidental después de la segunda guerra mundial, con el gobierno como líder indiscutible del sistema formal de salud. Muchos países en desarrollo han seguido esta pauta, con servicios de salud que forman parte del contrato social entre los (regularmente) países de independencia reciente y sus ciudadanos. El modelo no siempre fue exitoso, como lo evidencian las brechas en salud que continúan vigentes entre pobres y ricos en los países de ingreso mediano y bajo. Pero a algunos países –Brasil, Malasia, Sri Lanka y Costa Rica (capítulo 1)– les ha ido mejor que a otros en hacer que la ruta larga de la responsabilidad funcione para los pobres. Veamos cómo:

- Canalizando recursos colectivos hacia los pobres por medio de múltiples mecanismos de asignación que combinan tomar como objetivo las enfermedades de los pobres, las regiones pobres, los proveedores de la prestación de servicios cercanos a los pobres, y grupos e individuos vulnerables.
- Desarrollando coaliciones que incorporan a los pobres en el proceso de formulación de políticas por medio de elecciones y respaldo de la sociedad civil.
- Estableciendo la rendición de cuentas de los avances logrados respecto de los resultados esperados, en particular entre los pobres, por medio de mayor información y control ciudadano de los servicios de salud.

¿Cuáles servicios y para quién?

¿Cómo sabemos si la opinión pública funciona para los pobres? No disponemos de evidencia concluyente en el sentido que alguno de los principales mecanismos de generación de recursos para los servicios de salud que surgen de la acción colectiva –seguro social (modelo Bismark) o tributación general (modelo Beveridge)– funcione mejor para los pobres.[410] Para estar a favor de los pobres, estos mecanismos requieren algún grado de subvención cruzada –ya sea a través de primas diferenciales o impuestos progresivos. Más que el prepago, el pago a terceros –ya sea por medio de fondos de seguros o de otros fondos solidarios– es el que marca la diferencia para los pobres (recuadro 8.6).

Tampoco existe una respuesta clara a si proveer acceso universal a un conjunto limitado de servicios o tomar a los pobres como objetivo es la forma de hacer las cosas. Con frecuencia, el debate no se da en estos términos. La mayoría de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) utilizan ambos enfoques. Muchos países de ingreso mediano están avanzando gradualmente, desarrollando programas múltiples para proteger a los niños y niñas, a las mujeres y a los pobres, como en Colombia, Indonesia, Irak y Turquía. Con el tiempo, estos programas se fusionarán en un sistema nacional de cobertura universal, como sucedió en los países industrializados y en Tailandia recientemente. La fijación de objetivos por cuestiones de geografía, edad e individuo –a pesar de las filtraciones– a menudo llega a los pobres. Pero una combinación de mecanismos parece ser necesaria, y cada país tiene que evaluar si los mecanismos vigentes son exitosos (cuadro 8.3).

Con frecuencia, la descentralización se ha puesto en práctica con la expectativa de que logrará una mejor armonía entre el gasto y las necesidades locales, reduciendo la asimetría de información entre ciudadanos y políticos. Pero la descentralización ha tenido resultados diversos en la salud.[411] No siempre ha significado mayores recursos para las zonas pobres. A menudo, la transferencia de la función de proveedor a los gobiernos locales los ha abrumado, dejándolos con poca capacidad e incentivos para desarrollar la función de política y estimular el control ciudadano. La transferencia de la propiedad de los activos –hospitales y clínicas– al gobierno local también ha creado incentivos para la búsqueda de rentas por parte de las elites locales. En Uganda, las asignaciones a los servicios de salud se redujeron cuando a los distritos se les encargó la responsabilidad de la prestación del servicio, la administración del personal y la asignación de recursos de la salud. El gasto en la atención básica de la salud bajó del 33% al 16% durante 1995-98, y el uso de los servicios de salud materna e infantil decayó significativamente[412] (capítulo 10).

Coaliciones a favor de los pobres

Con la apropiación generalizada de los servicios de salud por parte de los no pobres, la construcción de coaliciones a favor de los pobres para influir en el gasto en salud es vital. El proceso democrático expresa lo que los ciudadanos pobres valoran en salud y en atención de la salud. El alcance de los beneficios en salud y el de la financiación de los servicios de salud son un tema electoral en los países industrializados

Cuadro 8.3 ¿Cómo sabemos si la opinión de los pobres se ha escuchado?

Preguntas clave	Evidencia	Problemas
¿Existe un compromiso constitucional o legislativo para garantizar algún nivel de servicio de salud para todos?	• La mayoría de los países tienen constituciones que expresan algún compromiso con el acceso universal o derechos universales a la atención de la salud. Pocos tienen un compromiso expresado con los segmentos más pobres de la sociedad. Argumentos basados en los derechos, como la Sesión Especial para los Niños de la Asamblea General de las Naciones Unidas, pueden proveer las bases legales para reclamar el acceso a los servicios. • Con excepción de México, Turquía y los Estados Unidos, todos los países de la OCDE ofrecen hoy en día a sus poblaciones la protección universal contra los costos de la enfermedad.	• El hecho de no priorizar o fijar objetivos otorga a los no pobres incentivos para buscar más servicios o para cambiar de los proveedores privados a los públicos. • La distribución de los recursos de salud está influenciada por poblaciones con mayor poder de opinión o urbanas y se concentra en una infraestructura hospitalaria urbana muy visible, como en Nepal. Con excepción de algunos países (como Costa Rica y Malasia) el gasto público en la atención de la salud a menudo beneficia de manera desproporcionada a los no pobres (capítulo 2).
¿Las enfermedades que afectan a los pobres son prioridades para la acción pública?	• Paquetes de servicios eficientes y de costo más bajo que aborden la carga global de la enfermedad con frecuencia se traslapan con las enfermedades que afectan a los pobres principalmente.	• Las mediaciones en salud eficientes y de costo más bajo también se las han apropiado en gran medida los grupos más pudientes. • El perfil epidemiológico está a menudo polarizado entre ricos y pobres.
¿Se da prioridad a los servicios cercanos a los pobres?	• Estudios sobre la incidencia de los beneficios indican que la atención básica de la salud está significativamente más a favor de los pobres que la atención que se presta en un hospital.	• La atención básica de la salud también beneficia más a los grupos más pudientes en muchos países.
¿Las zonas desfavorecidas se benefician tanto o más que las zonas ricas?	• La población y la financiación basada en las necesidades aumentan la financiación de la salud para los grupos pobres. Brasil lideró a sus estados más ricos, como Paraná, a hacer que su participación se redujera a beneficio de estados más pobres en el nordeste.	• Las zonas más pudientes reciben regularmente mayores subsidios del gobierno que las regiones más pobres, como se evidencia en Bangladesh, la República Kirguisa, Mauritania, Mozambique, Pakistán y Perú. • Resistencia política a la igualación.
¿Los niños, las niñas, las mujeres y los ancianos se benefician de los servicios públicos?	• La política tailandesa de exención para los niños y niñas y los ancianos ha sido exitosa en gran medida. En Mozambique, la exención para el tratamiento de las enfermedades en los niños y niñas en el nivel de atención primaria ha tenido un éxito parcial: 65% de los niños y niñas quedaron exentos.	• Es probable que no se llegue a los niños y niñas y a las mujeres pobres. Y los servicios dejan por fuera a los adultos hombres mayores, cuyo bienestar afecta indirectamente el bienestar de los niños y niñas y las mujeres.
¿Las familias individuales se benefician de medidas específicas de protección?	• Las exenciones pueden ser efectivas cuando se dispone de fondos para compensar a los proveedores, como en el fondo de seguros de la República Kirguisa, o el sistema Tipo B en Tailandia. El programa de Ghana de exenciones de cuotas para los pobres fue exitoso en un comienzo, para tambalear después cuando no se compensó a los proveedores.	• Las exenciones muestran un registro inadecuado de servicio a los pobres, beneficiando regularmente a los funcionarios públicos y a sus familias. • La evaluación de la fijación de objetivos individuales dejada al arbitrio de proveedores individuales, lo cual genera conflictos de interés.

Fuente: Pearson y Belli (2003) y Soucat y Rani (2003a).

–y, cada vez más, en el resto del mundo. En Tailandia, el acceso a los servicios de salud fue un puntal básico del programa político del Partido Rak Thai, y su propuesta para un seguro universal de salud, con un único copago de 30 baht, finalmente se hizo realidad.[413] La erradicación del hambre fue un tema principal en las recientes elecciones de Brasil.

Más allá de la urna de votación, los ciudadanos pobres pueden comunicar sus preferencias por medio de consultas nacionales, como las realizadas para los documentos de estrategia para la reducción de la pobreza (capítulo 11). Un análisis del proceso de consulta para 25 documentos de estrategia para la reducción de la pobreza indica que los pobres se preocupan por los servicios de salud, en particular el acceso, el precio y la distancia social. En el estado de Oregon, Estados Unidos, las transacciones en la cobertura de los beneficios se analizan en consulta con el público. En los Países Bajos, el Informe Dunning, que propone criterios para racionar los servicios de salud, dependió en gran medida de las consultas con los ciudadanos. La participación ciudadana en la fijación de presupuestos se ha convertido en una vía para mayor opinión pública en la prestación de servicios de salud, como en Porto Alegre, Brasil (capítulo 5).[414]

Su defensa por parte de las organizaciones de la sociedad civil puede poner en la agenda estatal los intereses de grupos olvidados o discriminados, como en la campaña y acción legal para prohibir el uso de quinacrina para la esterilización química en India. Estas organizaciones pueden construir coaliciones a favor de los intereses de los desfavorecidos. La presión a través de grupos de autoayuda y ONG ha estimulado un diálogo productivo sobre la respuesta pública al sida en Filipinas y Suráfrica.

Con todo, y pese a años de respaldo a la participación, la mayor parte de los sistemas de salud siguen resistiéndose a una mayor participación de la sociedad civil para influir en las asignaciones a la atención de la salud. Con frecuencia, las reformas en el sector de la salud han

engendrado oposición por parte de poderosos sindicatos y asociaciones profesionales, los cuales cuentan con una base de poder mucho más fuerte que los ciudadanos pobres y pueden luchar para mantener el *statu quo*, como en Nueva Zelanda. Una visión altruista puede, no obstante, motivar coaliciones entre proveedores y ciudadanos a favor de mejores servicios. Las asociaciones de médicos rurales en Tailandia y de parteras en Guatemala han fomentado métodos alternativos de prestación de servicios de salud que llegan a los pobres con mayor eficiencia.

Información y control para aumentar la obligación de rendir cuentas por los resultados

Crear la obligación de que los encargados de la formulación de políticas rindan cuentas ante los ciudadanos por la prestación de los servicios de salud es una tarea difícil. Un paciente que agoniza mientras espera en la fila en un hospital público es noticia de primera plana. Pero los miles de niños y niñas que mueren de enfermedades tratables o evitables por medio de una vacuna, no logran el mismo cubrimiento. Para los políticos resulta más fácil reclamar el éxito por reducir la desnutrición entre un grupo nómada. Aún así, con una telaraña de fallas de mercado y de gobierno que afectan esos servicios, los encargados de la formulación de políticas están en un lugar privilegiado para crear una visión conducente a mejores resultados. Deben rendir cuentas por resultados en salud equitativamente distribuidos, protegiendo a los ciudadanos contra gastos en salud empobrecedores y ayudando a los pobres a escapar a su exclusión social, y no por el suministro de crecientes cantidades de servicios.

Ciudadanos más informados y mejor educados pueden obligar más a los políticos a rendir cuentas de sus actos. Las organizaciones de la sociedad civil pueden reconciliar la asimetría de información entre los ciudadanos pobres y los encargados de la formulación de políticas. Pueden convertir en investigación la participación de la comunidad, para garantizar que las perspectivas de los pobres influyan en las políticas. El control del desempeño de las políticas del gobierno, con tarjetas de informe, como en Bangalore y Ucrania (capítulo 5), puede funcionar bien, en particular cuando se dispone de datos desagregados del ingreso.

La sociedad civil también puede actuar como un organismo de control. Una publicación belga en salud puso en marcha seis decretos reales de legislación protectora llamando la atención a los riesgos de la salud. En Bolivia, un enfoque basado en el censo y orientado al impacto, combina el pragmatismo con enfoques cuantitativos y cualitativos.[415] Pero la generación de información para apoyar coaliciones a favor de los pobres representa un reto. Las investigaciones epidemiológicas pueden pasar por alto las necesidades de grupos sociales marginales, como los grupos minoritarios o los afectados por enfermedades menos comunes.

Pactos: incentivos de proveedores para servir a los pobres

En tanto los hombres estén propensos a morir y tengan deseos de vivir, un médico será bien pagado.
Jean de La Bruyère, 1645-1696

Aun cuando los encargados de la formulación de políticas de veras se preocupen por los servicios de salud para los pobres, convertir en realidad esas políticas no es tarea fácil. Lograr que el pacto entre los encargados de la formulación de políticas y los proveedores de servicios funcione para los pobres implica que los gobiernos deben:

- Referenciar el desempeño de servicios que puedan vigilar con facilidad.
- Fomentar proveedores autónomos de servicios clínicos.
- Establecer una fuerte función de control.

Obtención de resultados

Las deficiencias generalizadas en la calidad técnica y la ética de los proveedores más importantes que atienden a los pobres –ya sean públicos o privados– ponen de manifiesto un problema de incentivo.[416] La solución radica en alguna forma de pacto entre el encargado de la formulación de políticas y el proveedor para lograr una armonía entre los incentivos del proveedor –como ya lo había reconocido La Bruyère en el siglo XVII– y los deseos del encargado de la formulación de políticas. Cómo los países pueden crear incentivos para hacer que los proveedores de servicios de salud autónomos o dispersos rindan cuentas por los resultados y los productos, depende del carácter del servicio y de la capacidad para crear la obligación de rendir cuentas por objetivos públicos por medio de la adquisición y la reglamentación.[417]

Los contratos con base en los resultados son difíciles de llevar a cabo debido a que los resultados de salud son regularmente lentos para cambiar, difíciles y costosos de medir, y los afectan múltiples factores diferentes a los servicios

RECUADRO 8.7 ***El gobierno como comprador activo de resultados de salud mediante la contratación estratégica***

Los proyectos comunitarios de nutrición en Madagascar y Senegal contrataron los servicios de nutrición con proveedores externos. Los costos de transacción para introducir y mantener los contratos equivalían al 13% del total de los costos del proyecto en Madagascar y al 17% en Senegal. Ambos proyectos estaban adecuadamente dirigidos a las comunidades pobres.

Las actividades comprendían control del crecimiento, servicios de educación en salud y nutrición para las madres, complementación alimenticia para niños y niñas desnutridos, y remisiones a centros de salud y visitas a los hogares en caso de ser necesario. En Madagascar, el proyecto también tenía un fondo social para actividades de generación de ingresos, y en Senegal un trabajo para mejorar el acceso al agua.

Entre los proveedores finales en Madagascar se contaban mujeres de los vecindarios objetivo, escogidas por las comunidades y supervisadas por médicos contratados por los proyectos. En Madagascar, se utilizaron licitaciones abiertas para seleccionar a las ONG que se encargarían de la supervisión. Acuerdos contractuales especificaban los servicios que se prestarían y el número de beneficiarios a los que llegarían esos servicios, sometidos a un control mensual por parte de la comunidad usuaria y el proyecto.

En ambos proyectos se registró una notable disminución de la desnutrición infantil. Una evaluación llevada a cabo en Senegal, 17 meses después de la fecha de iniciación del proyecto, demostró una prevalencia de cero de la desnutrición severa entre los bebés de 6 a 11 meses de edad, y una disminución del 28% al 24% de la desnutrición moderada entre los niños y niñas de 6 a 35 meses de edad.

Fuente: **Marek y otros (1999).**

de salud. Estos contratos son particularmente difíciles de finiquitar cuando los resultados están vinculados a diversos servicios, tanto profesionales como no profesionales, como sucede con los empeños por reducir la mortalidad de los menores de cinco años o la prevalencia del VIH. Pero la experiencia de Madagascar y Senegal con los programas de nutrición para los pobres demuestra que es posible, al menos para la desnutrición (recuadro 8.7).

Menos difíciles de llevar a cabo son los contratos basados en productos que especifican criterios para el desembolso de subsidios públicos –con base en el incremento de las tasas de vacunación, por ejemplo. La contratación basada en productos es particularmente exitosa para servicios de fácil vigilancia, producto único, orientados a la población, que pueden ser estandarizados. Los contratos explícitos han demostrado ser efectivos en la prestación de servicios a grupos pobres de difícil acceso.[418] Las cuotas con base en los productos por concepto de servicios se pueden pagar a los proveedores cuando la cantidad y la calidad se pueden definir, contribuyendo así a mejorar la productividad. En Bangladesh, a los trabajadores de campo de la salud de una ONG se les pagaba con base en el conocimiento que sus clientes tenían de la terapia de rehidratación oral.

Asimismo pueden funcionar los contratos implícitos con un énfasis en productos específicos, como quedó demostrado con las campañas universales de vacunación infantil de los años ochenta, y la complementación de vitamina A y los equipos itinerantes de salud en Egipto, Indonesia y México.[419] Malawi y Uzbekistán han logrado una cobertura de vacunación superior al 90% entre los pobres, con un gasto per cápita muy bajo. Pero Bolivia, Guatemala y Turquía, con un gasto superior, no han logrado ser tan exitosos en el suministro de cobertura comparable (gráfico 8.10).

Los contratos con base en el desempeño, ya sea que se hayan suscrito directamente con proveedores de salud o con compradores o aseguradores, tienen que equilibrar el dinero con la intención, teniendo en cuenta las variaciones de esfuerzo requerido para producir un producto dado en regiones pobres y desfavorecidas y en comunidades más pudientes.[420] Los costos de los servicios pueden ser mucho más elevados en zonas rurales remotas, y se han encontrado amplias variaciones en el costo de la vacunación entre regiones del mismo país.[421]

Resulta más difícil determinar las referencias de desempeño para servicios más discrecionales o de tareas múltiples, como tratamiento clínico. Cuáles servicios para quién, cuándo, dónde, cómo y cuánto cuestan, es algo difícil de especificar de antemano. El esfuerzo y la calidad no son verificables de inmediato. Los proveedores tienen más campo de juego.[422] Los pagos objetivo para aumentar las citologías vaginales en el Reino Unido produjeron un incremento de corto plazo en el número de citologías realizadas. Pero en el largo plazo, los proveedores reorganizaron sus actividades de manera de continuar recibiendo los pagos sin prestar los servicios.[423]

Los contratos de servicios clínicos también exigen considerable capacidad para su suscripción y ejecución forzosa.[424] La compra basada en el producto –por visita, por caso, por día de hospitalización– hace aumentar la cantidad de servicios clínicos suministrados (a veces principalmente entre grupos más pudientes) y acrecentar los costos. Regularmente, las reformas a la salud tratan de frenar los costos estableciendo contratos de precio fijo –pagos de capitación o presupuestos globales previstos –utilizando topes para mantener bajos los costos y trasladando los riesgos al proveedor. Pero esto deja a los proveedores finales la responsabilidad de racionar los servicios, abriendo la posibilidad de

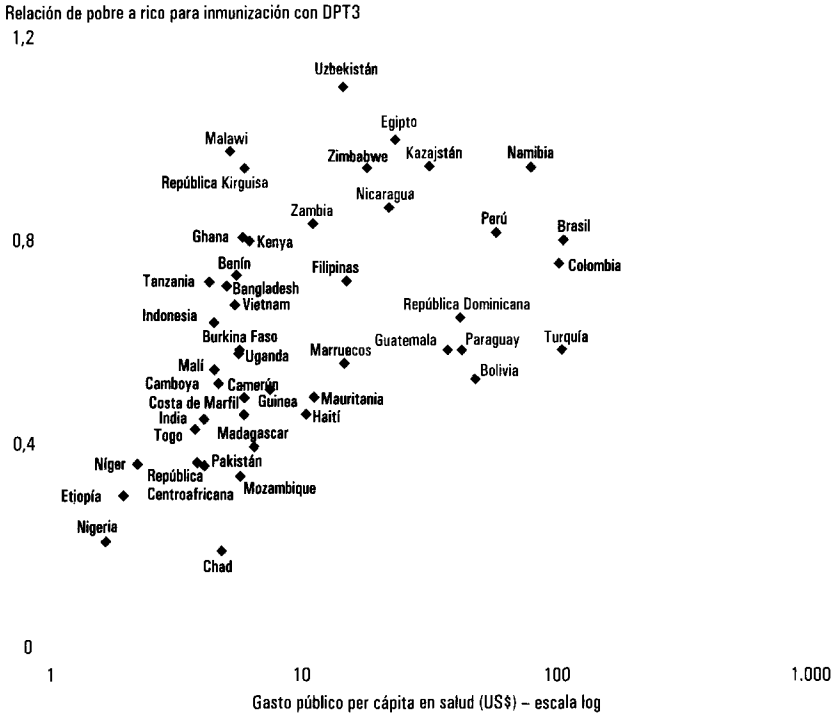
seleccionar los servicios. Los proveedores pueden reducir sus estándares de tratamiento, negar el servicio o insistir en cuotas informales adicionales (recuadro 8.8).

Por consiguiente, la distribución equitativa de los servicios exige a los proveedores contar tanto con la capacidad técnica para informar el proceso de racionamiento como con un *ethos* a favor de los pobres para hacer que este proceso los beneficie –una combinación regularmente difícil de lograr. Países de ingreso alto y mediano cada vez más delegan, por tanto, la tarea de la contratación de servicios clínicos a una organización del seguro social autónoma –con frecuencia paraestatal– que negocie contratos por servicios que se prestarán en el futuro. Dependen de contratos más desarrollados y sistemas de control que utilizan complejos métodos de pago: por ejemplo, pagos con base en los casos, en Georgia, o grupos relacionados por cuestiones de diagnóstico, en Hungría.

La identificación de grupos pobres objetivo y el control de los resultados resultan ser también más difíciles para el tratamiento clínico, porque es más difícil definir las necesidades. El contrato de Camboya, que incluía estipulaciones específicas para aumentar los servicios clínicos para los pobres, tuvo resultados heterogéneos (*ver* En primer plano: Camboya). Se pueden fortalecer los incentivos para el tratamiento de los más necesitados calibrando los pagos a proveedores con base en el impacto en los resultados de salud, con pagos superiores por tratamiento obstétrico de emergencia, como en Burkina Faso, o con pagos superiores por tratamiento a los pobres, como en la República Kirguisa (recuadro 8.9). Para que los pobres queden exentos del pago de cuotas, sin embargo, los proveedores deben recibir una compensación oportuna y adecuada.

Con frecuencia, los arreglos contractuales deben combinar componentes blandos de construcción de capacidad para resolver necesidades insatisfechas con recompensas por el desempeño. La experiencia con contratos con base en el desempeño para realizar programas de vacunación como parte de la Alianza Global para Vacunas e Inmunizaciones, demuestra que los contratos de base cero y la amenaza del retiro de recursos no fueron muy efectivos para aumentar la cobertura.[425] Se pueden tener en cuenta las variaciones entre comunidades mediante un sistema de asignación doble. El primer nivel se puede asignar a un gobierno local con base en una capitación –como en Argentina, Brasil, Etiopía y Polonia– y el segundo nivel a un fondo de seguros o a una agencia compradora encargada de maximizar la eficiencia de los recursos y comprar una mezcla y cantidad apropiadas de servicios clínicos –como en Corea del Sur y Nueva Zelanda (gráfico 8.11).

Gráfico 8.10 Gastos elevados no garantizan una vacunación más igualitaria



Fuente: Estimaciones de los autores utilizando datos de la Encuesta Demográfica y de Salud y datos del Banco Mundial.

El impacto que sobre los pobres tienen los cambios en los pagos de proveedor del sistema de pagos basados en insumos a pagos más complejos basados en producto, no es concluyente, y la evaluación sobre el particular ha sido escasa. Pero la separación de la formulación de políticas de compra y prestación del servicio crea canales de rendición de cuentas más claros. Los proveedores autónomos tienen mayor flexibilidad para garantizar la mezcla apropiada de insumos, incluyendo la contratación y el despido, como en Kenia y Zambia.[426] Las entidades compradoras son actores más independientes, sujetos a una línea doble de rendición de cuentas, porque regularmente los financian los gobiernos y los hogares mediante sistemas de seguros. Los gobiernos se deben involucrar en estos organismos para definir cuáles son los servicios que más necesitan los pobres, fijar el precio del apoyo de subsidio que éstos requieren y limitar los conflictos de interés de los proveedores.

RECUADRO 8.8 ***Los riesgos de los pagos de capitación***

En 1999 en Polonia, la señora K pagaba una prima de salud del orden del 7,5 % de su salario, pero ni siquiera una sola vez pudo ver a un médico del seguro público-privado "gratuito". En diversas ocasiones trató de conseguir una cita con el médico en la clínica para pacientes externos donde estaba registrada. Cada vez que intentaba le informaban "no hay citas disponibles" para ese día. Al final, fue a ver al médico privado de medicina interna y pagó de su propio bolsillo.[427]

Fuente: Banco Mundial (2001d).

RECUADRO 8.9 ***Pagos regulados para proveedores según criterios de ingreso***

La República Kirguisa creó un fondo de seguros para comprar servicios de proveedores de salud, compensándolos con un mayor uso de los servicios y prestando mayor acceso financiero a los pobres. Los servicios cobran cuotas a los pacientes y cobran pagos a los fondos de seguros según una escala móvil basada en cinco categorías de pacientes: autorremitidos, no asegurados, asegurados, parcialmente exentos y totalmente exentos. Los servicios de salud reciben una compensación mayor por clientes de las categorías de parcialmente exentos y totalmente exentos, quienes pagan cuotas menores. 68% de los pacientes pobres prefirieron el sistema de copago al sistema anterior teóricamente gratuito, el cual exigía regularmente pagos "informales". Según el nuevo mecanismo de pago, muchos pagos informales se reemplazaron por copagos formales. Los muy pobres tienen acceso a tratamiento por medio de un fondo de reserva.

Fuente: Kutzin (2003).

Selección de proveedores

No es una suposición afirmar que un tipo de proveedor –público, con fines de lucro, sin fines de lucro– puede ser mejor que cualquier otro. Los servicios de salud públicos pueden ser sorprendentemente eficientes, como en Malasia, o ampliamente ineficaces, como en Gabón, un país de ingreso mediano, donde los niveles de vacunación se han estancado por debajo del 30%. Tampoco las ONG están necesariamente a favor de los pobres. Cuando el gobierno las contrata, las ONG también tienden a acercarse más al sector público. Un hospital autónomo paraestatal en Francia, que disfruta de gran flexibilidad financiera y de gestión, y un hospital de una ONG contratada por el gobierno en Canadá no son muy diferentes.

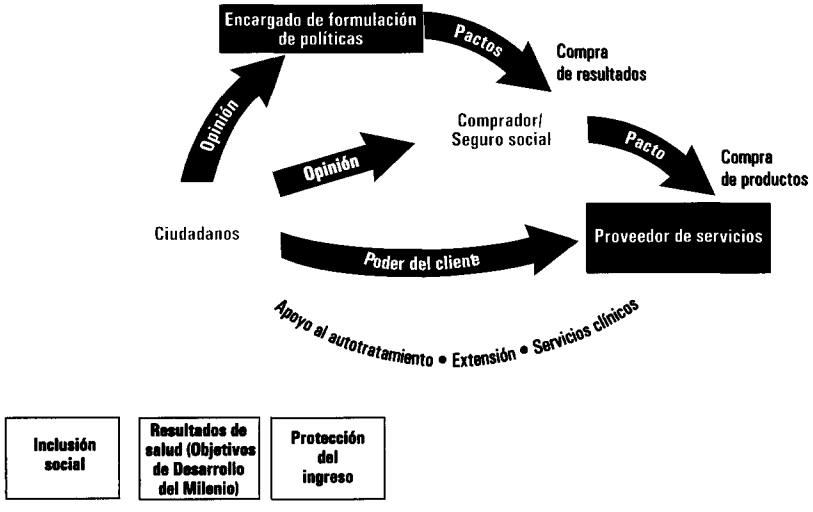
Para los servicios dirigidos a la población que es posible estandarizar, por lo general los gobiernos pueden suscribir contratos para proveedores públicos o privados. Los encargados de la formulación de políticas pueden especificar las características de servicio y vigilar y hacer cumplir el contrato. Proveedores del gobierno producen altas tasas de vacunación en Tayikistán o Túnez –pero en Camboya o Haití también lo hacen las ONG contratadas por el gobierno. Como contratistas, las ONG pueden ampliar el alcance del servicio y poner a prueba nuevos enfoques a la prestación del servicio.[428]

Para apoyar el autotratamiento, los servicios privados –ya sea con fines de lucro o sin fines de lucro– son regularmente los más apropiados. Los proveedores privados con fines de lucro pueden ser muy eficientes en el suministro de información y distribución de productos básicos –como lo evidencia el éxito de la comercialización social. Para información y apoyo social, las organizaciones de base, pequeños proveedores privados y organizaciones de base comunitaria hacen regularmente un mejor trabajo que rígidos organismos públicos. Los gobiernos pueden contratar algunos servicios básicos como la información. Con todo, en ocasiones los servicios públicos pueden estar más a favor de los pobres que los servicios de una ONG. En Ceará, Brasil, "muchas ONG prestaron servicios en clínicas mientras que el servicio público enviaba a sus trabajadores a prestarlos en los hogares"[429] (*ver* En primer plano).

Respecto de los servicios clínicos, el contraste es más pronunciado. La oferta pública funciona bien cuando existe un fuerte *ethos* público, la política está a favor de los pobres y las normas se cumplen. Los proveedores con fines de lucro –calificados o no– usualmente están coordinados con la demanda, pero el conflicto de intereses inherente exige control externo. En Líbano y en otras partes, la expansión del sector privado no significó un gran beneficio para los pobres.[430] En India, los proveedores privados que prestaban sus servicios a grupos pobres, con frecuencia están menos que calificados. Los gobiernos pueden entonces ejercer control solamente si tienen funciones desarrolladas de regulación y de compra. Cuando estas funciones están ausentes, las asociaciones entre el gobierno y las organizaciones de la sociedad civil pueden compensar fortaleciendo el poder de los clientes sobre los proveedores de servicios clínicos.

Como las organizaciones sin fines de lucro a menudo se benefician de una motivación intrínseca y de un fuerte *ethos* profesional, el gobierno puede también suscribir contratos de duración indefinida con esas organizaciones y esperar que los proveedores harán lo que es debido. La prestación de servicios por parte de las ONG puede ayudar a reparar el vínculo entre los encargados de la formulación de políticas y los proveedores para prestar servicios clínicos con beneficios significativos para los pobres. En Guatemala, cerca de un tercio de la población es atendida actualmente por ONG proveedoras, aumentando significativamente el acceso para las poblaciones indígenas pobres, aunque se han observado problemas de gestión y calidad.[431]

Gráfico 8.11 Los ciudadanos ejercen poder tanto sobre proveedores como sobre compradores



Reglamentación y aplicación forzosa de la ley

Asimismo los gobiernos pueden utilizar la reglamentación del mercado para contrarrestar

conflictos de interés. En Hungría, los mecanismos de acreditación han logrado grandes éxitos en el establecimiento de criterios de calidad para los proveedores. Para reducir el exceso de oferta inducida por los proveedores y compensar la falta de inversión en entornos más pobres, la mayoría de los países usan certificados de necesidades (en los Estados Unidos), juntas de planeación (Australia) o planes de salud (España y gran parte de África). Pero la mayoría de países de bajo ingreso no logran regular muy bien sus mercados de productos farmacéuticos, aunque Camboya ha obtenido algunos éxitos. Cuando la reglamentación falla, una combinación de educación del usuario y capacitación del proveedor puede producir los mayores beneficios.[432] La participación del gobierno a través de licitación nacional, tope de precios o reducción de cuotas, también ha influenciado los procesos de los productos farmacéuticos.[433] En términos generales, la aplicación de controles reguladores es débil regularmente, y su enfoque se hace principalmente en la certificación del personal. Las mismas fallas políticas e institucionales que impiden la prestación de servicios de salud afectan a los servicios legislativos, administrativos y judiciales requeridos para hacer que la reglamentación funcione.

Ampliar el acceso a los proveedores profesionales de tratamientos de salud –en particular la partería, las competencias quirúrgicas para reducir la mortalidad materna y las competencias clínicas para reducir las muertes neonatales– es una prioridad para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En muchos países, el desequilibrio entre la zona rural y la urbana en términos de trabajadores calificados es extremo. En Turquía, hay un médico para 266 personas en la región más rica y uno para 2.609 en la región más pobre. En Ghana y Senegal, más de la mitad de los médicos se concentran en la ciudad capital, donde vive menos del 20% de los habitantes. Los trabajadores de la salud carecen de oportunidades en las zonas rurales, donde la rotación es elevada. Los trabajadores rurales tienen menos probabilidades de ser mujeres y educados. La falta de servicios (escuela, agua) y acceso a capacitación y/o educación son los principales incentivos para abandonar las zonas rurales. Estructuras salariales indiferenciadas actúan como elementos disuasorios para trabajar en zonas donde viven los pobres, porque resulta difícil complementar los bajos salarios con ingresos alternativos a partir de actividades como la práctica privada, la enseñanza y la consulta.[434]

Chile, México y Tailandia[435] han utilizado incentivos financieros y no financieros para estimular a personal calificado a trabajar en zonas rurales. En Indonesia, a los médicos también se les permitió suministrar servicios privados durante o después de su jornada laboral. Otros países han tratado de establecer nuevas credenciales, como para los funcionarios de la salud en Etiopía, y trabajadores comunitarios calificados en India y Brasil (*ver* En primer plano: Ceará). Otro enfoque incluye el mejoramiento progresivo de las competencias de proveedores tradicionales, como parteras comunitarias en Malasia, o el fomento de la contratación y capacitación de trabajadores de la salud provenientes de zonas con baja prestación de servicios o grupos sociales, como se ha hecho en Indonesia e Irán. En el Comité de Desarrollo Rural de Bangladesh (BRAC, por sus iniciales en inglés) se capacita a trabajadores rurales para ir en búsqueda de los muy pobres con necesidad urgente de atención médica. Pero el éxito exige un diseño y una evaluación cuidadosos. En El Salvador, promotores de la salud con poca capacitación que trabajan en poblados rurales no hicieron mucho para mejorar la salud o un comportamiento a favor de la salud.[436] La crisis global del mercado laboral para los servicios clínicos asimismo requiere estrategias innovadoras para llevar los servicios profesionales a las zonas rurales y a los pobres (recuadro 8.10).

La complejidad y el carácter disperso de los servicios clínicos de salud y el potencial de conflictos de interés hacen que el autocontrol por parte de los proveedores sea vital para una efectiva prestación del servicio. Históricamente, la reglamentación de pares ha sido la respuesta común a un conflicto de intereses. Pero debido al control del Estado en muchos países, los entes profesionales son bastante débiles. Los cambios dirigidos al proveedor en la organización de la prestación del servicio pueden producir beneficios significativos para los clientes, *v. gr.* en iniciativas como Trabajadores de la Salud para el Cambio.[437] El sistema de salud alemán es autorregulado en gran medida. Asociaciones profesionales de Zimbabwe mantienen una ética y estándares profesionales entre las enfermeras públicas y privadas.[438] Asociaciones de parteras en Guatemala y Nueva Zelanda desarrollan y fomentan un *ethos* a favor de los pobres (recuadro 8.11).

Información y control

La descentralización, la delegación de poder y la contratación basadas en producto de servi-

RECUADRO 8.10 *La crisis de recurso humano en los servicios de salud*

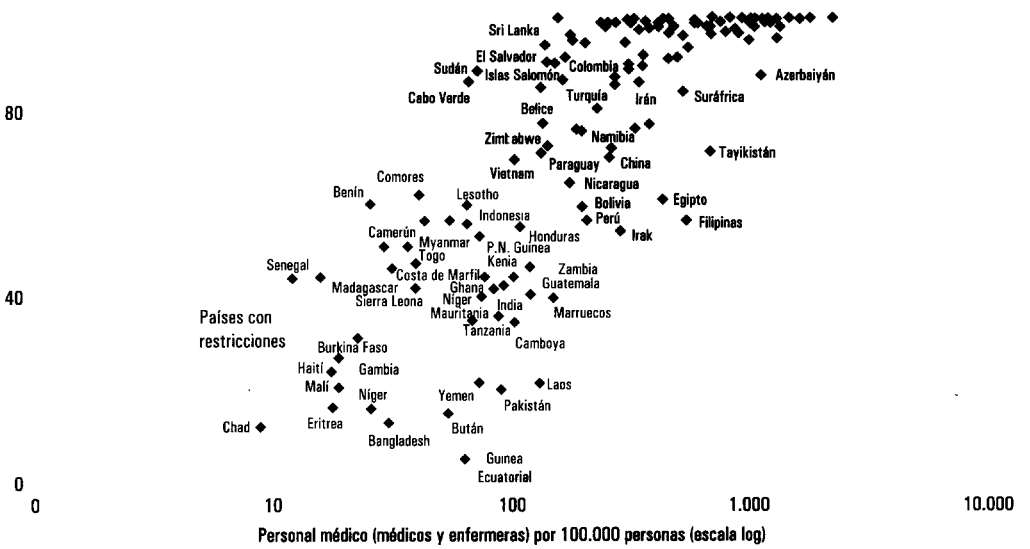
Cuando, en 1955, la comunidad internacional emprendió la erradicación de la malaria, se excluyó a África porque carecía de personal convenientemente capacitado. Hoy en día, África continúa careciendo de este personal y, aun así, debe enfrentar esfuerzos múltiples de control de la enfermedad. En Burkina Faso, el número promedio de médicos por cada 100.000 personas era de 3,4 en los años noventa, comparado con 303 para nueve países industrializados. En Zambia, el ya reducido número de médicos, de 8,3 por cada 100.000 personas en los años sesenta, disminuyó a 6,9 en los años noventa. Para cumplir con los requerimientos de las mediaciones prioritarias en salud, recomendadas por la Organización Mundial de la salud, Chad requeriría un incremento equivalente a siete veces su personal de salud.

Las elevadas tasas de ausentismo reflejan el desencanto con las condiciones de trabajo. Estudios de profesionales de la salud en Ghana, India, Mozambique, Tanzania y Uganda indican que la fuerza de trabajo de la salud –enfermeras y médicos en particular– consideran que su carga de trabajo es excesiva y el aprecio por su trabajo es mínimo. En Guinea, Mauritania, Polonia y Rusia los salarios de los trabajadores de la salud se han reducido en términos reales.

Se ha observado una considerable emigración de profesionales de la salud de los países en desarrollo. Más de 600 médicos surafricanos se encuentran registrados en Nueva Zelanda, a un costo para los contribuyentes surafricanos aproximado a los 37 millones de dólares. Un 61% estimado de médicos de Ghana graduados entre 1985 y 1994 salieron de país. Las enfermeras también se van: en 2001, el Reino Unido aprobó 22.462 permisos de trabajo para enfermeras de países en desarrollo.

Para retener a trabajadores de la salud cotizables en el ámbito internacional, los países pobres tendrán que ofrecer salarios y beneficios internacionalmente competitivos. Hacerlo requiere reemplazar inflexibles políticas de la administración pública por enfoques más flexibles. La capacitación orientada específicamente a los mercados nacionales también puede servir. Los países que emulan los estándares de capacitación de los países industrializados tienden a ser más vulnerables a la caza furtiva (Ghana). Existen evidencias de Etiopía y Gambia en el sentido que las enfermeras comunitarias y los funcionarios de la salud cuyas credenciales académicas no están certificadas internacionalmente, tienen menores probabilidades de emigrar.

Las restricciones de los recursos humanos para el tratamiento clínico



Fuentes: Liese y otros (2003), Comisión sobre Macroeconomía y Salud (2001), Ferrinho y Van Lerberghe (2003) y Reinikka y Svensson (2003b).

cios acrecientan la importancia de una información oportuna y exacta para controlar el desempeño. Las estadísticas nacionales e internacionales no han logrado captar todavía la gama de prácticas o el desempeño de todos los proveedores de servicios de salud. La mayor parte de los ministerios de salud saben muy poco acerca del sector privado, lo que dificulta el desarrollo de asociaciones o contratos, si bien los países hacen intentos por realizar estudios de proveedor, como en Polonia.[439] Es escasa la información sobre acceso, calidad y eficiencia, y regularmente no permite comparación. Y como muchos factores ajenos al sector de la salud afectan las condiciones de salud, también son indispensables el control y la planeación de sectores cruzados, como lo hace con regularidad la Junta Nacional para el Desarrollo Económico y Social, de Tailandia.

El monitoreo de resultados promedio o patrones de utilización de los servicios no revela por lo general dónde ocurre el cambio. Los cambios registrados en los años noventa en las tasas de fertilidad y uso de anticonceptivos en la ma-

yoría de los países del África Subsahariana se han concentrado en los segmentos de la población urbana más pudiente. En Tanzania, el decreciente uso de atención especializada de partos entre 1993 y 1999 se puede atribuir principalmente al decreciente uso entre los grupos más pobres. Cuando la recolección de información sobre el ingreso se hace difícil, se pueden utilizar indicadores alternativos, como etnia, casta, región, género, grupo lingüístico o religión. Países tan diferentes como Colombia, Indonesia, Irán, México y Filipinas utilizan planes comunitarios para identificar a individuos y hogares de alto riesgo que requieren visitas hogareñas y de atención especial.[440]

¿Seis medidas se ajustan a todos?

¿En qué mecanismos de rendición de cuentas se debe hacer énfasis para garantizar que los recursos de la salud vayan a donde deberían ir? No existe una vía única. Las muchas cosas que afectan la ruta corta y la larga de la rendición de cuentas exigen repuestas diferentes. Respecto de los servicios de salud y nutrición, una sola medida no se ajusta a todo. Lo que funciona varía por país y tipo de servicio. Un fuerte enfoque de poder y control puede lograr mucho si los encargados de la formulación de políticas cuentan con un mandato sólido o la fuerza ideológica para tomar opciones difíciles acerca del tipo de servicios de salud que se prestarán y a quiénes estarán dirigidos –como en Cuba,[441] Malasia o Irán. Una mayor inclusión de los pobres en el debate político puede influir en los encargados de la formulación de políticas, como en Brasil, donde la orientación a favor de los pobres de las políticas de salud ha mejorado durante los últimos diez años (*ver* En primer plano: Ceará). Pero cuando el mandato es menos claro y los mecanismos de ejecución son débiles, la ruta corta de la rendición de cuentas mediante las asociaciones de cliente con proveedores privado y de base comunitaria otorga a los pobres mayor control sobre los servicios.

De manera que si una sola medida no se ajusta a todo, ¿seis medidas sí se ajustan? En el gráfico 8.12 se hace un intento por captar algunas situaciones típicas que podrían servir de guía. Las situaciones varían según la homogeneidad de las necesidades de salud, el carácter de los servicios y las características del proceso político. Cuando la ruta larga de la rendición de cuentas funciona bien para los pobres –sus problemas están incluidos en el proceso político–, la acción pública los beneficia. Los gobiernos pueden proveer o contratar con terceros servicios estandarizados dirigidos a la población (1), y suministrar subsidios de demanda a las familias pobres para esos servicios y para autotratamiento adecuado (3). Las necesidades de tratamiento clínico se pueden homogeneizar mediante un racionamiento burocrático de los servicios con base en beneficios iguales. En este caso, un enfoque integrado a la prestación del servicio –o un sistema universal de pagador único– puede ser apropiado, como en Cuba, Finlandia y Vietnam (5).

Pero estas condiciones están lejos de ser universales. Rara vez las necesidades de autotratamiento o de servicios clínicos son homogéneas. Esta heterogeneidad puede adaptarse en un contexto a favor de los pobres por medio de la descentralización y de una contratación flexible con base en producto y resultado con equiparación de subsidios entre regiones ricas y pobres (3 y 5). Es posible suministrar subsidios a sistemas médicos locales para servicios clínicos (como en Alemania y Polonia), a programas específicos para los pobres (como en Francia, Indonesia y Tailandia) o directamente a los grupos pobres (fondos de pobreza en China) (5).

También es posible que la ruta larga de la rendición de cuentas no esté funcionando –bien sea porque grupos más pudientes se apropian del proceso político o porque el proceso burocrático –pacto– no funciona. En estos casos es improbable que una inversión en la ruta larga por medio de la imposición de impuestos y acciones gubernamentales fortalecidas haga mucho por los pobres. Más bien, es necesario invertir más para lograr que se escuche la voz de los pobres fortaleciendo los grupos de la sociedad civil y construyendo coaliciones a favor de los pobres para servicios que requieren acción colectiva. Entonces es posible presionar a gobiernos con capacidad limitada para que centren su atención en la contratación de servicios dirigidos a la población, en asociación con proveedores intrínsecamente motivados –organizaciones comunitarias o de la sociedad civil– para garantizar la prestación de estos servicios (2).

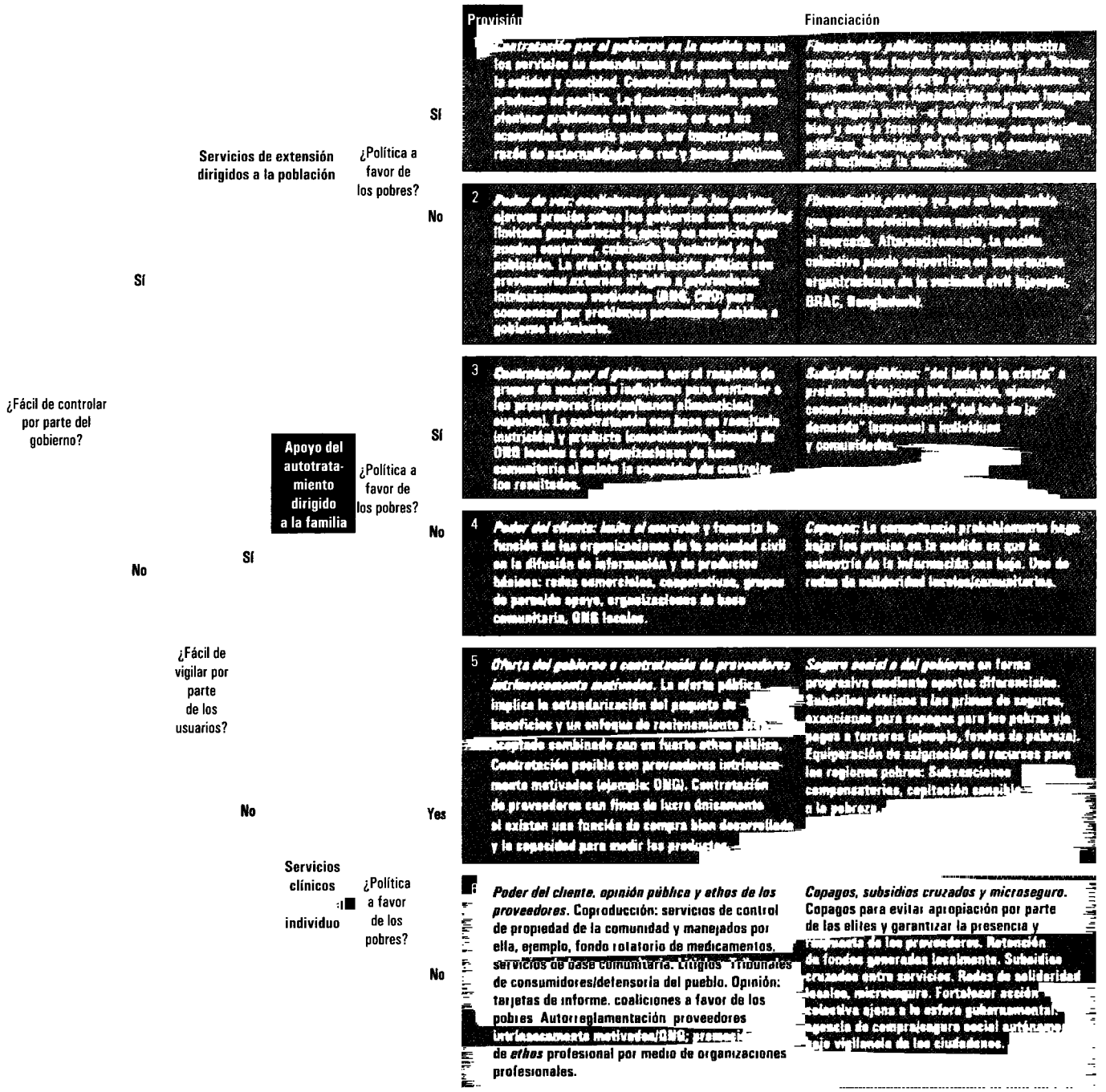
Satisfacer necesidades heterogéneas donde la ruta larga de la rendición de cuentas no funciona es un hecho común en los países en desarrollo y exige obtener el apoyo de los pobres como monitores, invirtiendo en el poder del cliente. Entonces se hace el mejor uso posible de redes comerciales y de medios de comunicación, cooperativas y actividades de desarrollo dirigidas a la comunidad para apoyar el autotratamiento (4). Sistemas de microseguros, servicios de salud coadministrados por la comunidad y fondos de

RECUADRO 8.11 ***Desarrollo de un* ethos *profesional entre las parteras***

En palabras de un profesor de partería, "Las parteras deberían poder asumir un papel más autorizado, 'a favor de las mujeres'. Entonces, esto tiene implicaciones para la regulación, la cual debería ser 'autorregulada' hasta cierto punto – pero también significaría un aporte al proceso de las mismas mujeres, y de colegas profesionales... Las parteras deberían estar involucradas en el proceso... pero si ellas son las únicas involucradas, el peligro es que se desarrolla una cultura 'a favor de las parteras', protegiendo a las parteras y perpetuando los problemas... El proceso formal también puede estar respaldado por un proceso menos formal (por ejemplo, evaluación de pares) para garantizar muchos contactos y aprendizajes de partera a partera. Esta posición 'con las mujeres/por las mujeres' puede entonces formar los cimientos de lo que para la partería significa 'profesionalismo'... Debemos ser capaces de formalizar un contrato... y hacerle seguimiento, respetando siempre la individualidad de la mujer y la cultura en la que ella vive. Todo esto implica educación suficiente para hacerlo bien, y poder suficiente para influir en el sistema. Esto es lo que yo describiría como 'profesional'".

Fuentes: **ICM (2003) y Davies (2001).**

Gráfico 8.12 Seis estrategias se ajustan a todo



medicamentos adquieren particular relevancia para la atención clínica (6). Pero este poder no es suficiente para evitar los conflictos de interés. Los litigios pueden ser de ayuda limitada. Lo más importante es que, proveedores motivados por razones altruistas, como los proveedores sin fines de lucro, pueden ayudar a fomentar un fuerte *ethos* a favor de los pobres, apoyados por autorreglamentación profesional (6).

Ninguna de las soluciones es rápida o sencilla. Pero el éxito es ciertamente posible, como lo han demostrado centenares de ejemplos. "No importa cuán lento avance uno, en tanto no se detenga" (Confucio, 551-479 a.C.).

En primer plano: *Costa Rica y Cuba*

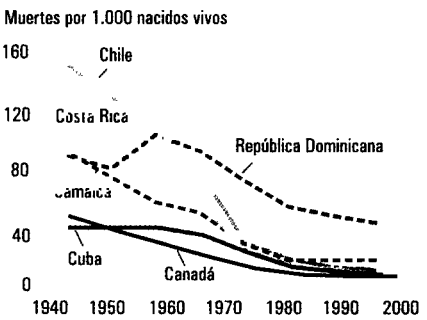
Buena salud para un ingreso (inicialmente) bajo

Costa Rica y Cuba han alcanzado niveles muy bajos de mortalidad infantil en los últimos 50 años. Con respecto a Costa Rica, este hecho encuentra su explicación en un rápido aumento del ingreso y de la atención a la salud pública tradicional y, en años recientes, a enfoques innovadores a la atención de la salud financiada por el Estado. Por otra parte, Cuba ha mantenido niveles de mortalidad infantil inferiores a muchos países industrializados y, aunque continúa siendo un país muy pobre, ha erradicado enfermedades comunes a los países en desarrollo. Estos logros llegaron acompañados de un sistema de salud de base comunitaria con numerosos trabajadores de la salud, personal muy motivado y estrecho control y evaluación de los resultados. ¿El modelo de Cuba puede sobrevivir a los reveses económicos de los años noventa y ejercer presión a favor de una sociedad más abierta y libre?

Ambos países, Costa Rica y Cuba, registran tasas muy similares de baja mortalidad infantil –casi tan bajas como las de Canadá, aunque con ingresos mucho más bajos (figura 1)[442]. Sin embargo, los caminos que transitaron para llegar a esta feliz circunstancia han sido bastante diferentes.

En 1945, la mortalidad infantil –medida en muertes de niños y niñas menores de un año por 1.000 nacimientos vivos– era de 100 en Costa Rica y 40 en Cuba, respectivamente. Hasta 1960, Costa Rica logró algunos avances, debido principalmente al crecimiento económico y a agresivos programas públicos de salud.[443] La anquilostomiasis fue erradicada con un programa iniciado en 1942, y las campañas públicas de salud se aceleraron después de la revolución de 1948. Como resultado, la malaria, la tuberculosis y la mayoría de las enfermedades que en esa época se podían evitar por medio de la vacunación, también se erradicaron para los años sesenta. En agudo contraste, el bajo nivel reconocido de mortalidad infantil de Cuba se estancó durante un régimen político particularmente corrupto.

Figura 1 Mortalidad infantil en Cuba: baja en los cincuenta, más baja en el 2000



Nota: 1945 se refiere a los años 1945-1949, y 1950 se refiere a 1950-1954.
Fuente: 1945, 1950: *United Nations Demographic Yearbook 1961.* Los datos para 1960-2000 son de Unicef.

En Costa Rica, a partir de 1960, los avances han sido rápidos y su explicación no resulta tan difícil. El ingreso real per cápita de Costa Rica registró un incremento de 25% entre 1960 y 1970 –la misma tasa, coincidencialmente, a la que disminuyó la mortalidad infantil. El crecimiento del ingreso del orden de 40% para los años ochenta, aunado a la universalización de la cobertura de la atención de la salud, significó una disminución adicional de 60% de la mortalidad infantil. Después de la recesión de los años ochenta, el crecimiento se ha reanudado, y continúa el avance de las condiciones de salud. Una forma para obtener buena salud a partir de un ingreso inicialmente bajo es, sin duda alguna, dejar de tener un ingreso bajo.

El acertijo cubano: buena salud sin crecimiento

El acertijo es Cuba. ¿Cómo ha logrado este país mantener una tasa de mortalidad infantil por lo menos tan baja como la de cualquier país en desarrollo en el Hemisferio Occidental y un número considerable de países industrializados? El enfoque sostenido del liderazgo político en la salud durante más de 40 años, seguramente jugó un importante papel. Después de la revolución, una atención universal y equitativa de la salud fue una de las tres principales metas del gobierno, para el cual la buena salud constituye un indicador clave de desempeño por sí mismo.

Pese a una baja mortalidad infantil antes de la revolución, las zonas rurales se habían quedado rezagadas respecto de las urbanas. El nuevo gobierno, comprometido en cambiar esta situación, concentró sus esfuerzos en proveer servicios de salud a las zonas rurales. Exigió a todos los nuevos egresados de las facultades de medicina que prestaran servicio durante un año en las zonas rurales. Asimismo aumentó el número de servicios de salud rurales. En 1961, el gobierno nacionalizó las cooperativas de ayuda mutua y los hospitales privados, lo que dejó al sector público como el único proveedor de servicios de salud –un rasgo distintivo del sistema que permanece vigente. En esa época, muchos de los profesionales del sector de la medicina del país abandonaron a Cuba (según un cálculo, el 65% del total).

Hacia mediados y finales de los años sesenta, ocurrieron dos innovaciones importantes en el sistema de salud. La primera fue el establecimiento de policlínicas –la unidad básica de los servicios de salud–, cada una de ellas provista con personal especializado y enfermeras, para atender a una población de 25.000-30.000 personas. Este avance se combinó con campañas para inmunizar a un número mucho mayor de personas, controlar vectores (como mosquitos) y fomentar buenas prácticas de salud.

La segunda innovación fue la creación de un programa comunitario de salud, con especialistas que atienden a los pacientes en la clínica y en el hogar, en la escuela o en el trabajo.

A mediados de los años ochenta, este enfoque de base comunitaria se amplió con el Programa de Médico de Familia. La meta: poner a un médico capacitado en atención de salud básica y a una enfermera en cada vecindario (para atender cerca de 150 familias). Para 2001, había más de 30.000 médicos –una relación de un médico de familia por cada 365 cubanos[444]. Los servicios son gratuitos, si bien a los pacientes no hospitalizados se les solicita hacer un copago por concepto de medicamentos.

En tanto este enfoque ciertamente hace un aporte a mejores resultados de salud, asimis-

mo es costoso. En realidad, Cuba dedica una proporción significativamente superior de su producto interno bruto a la salud que otros países de América Latina: 6,6% en 2002. (En América Latina y el Caribe, el gasto público promedio en salud es de 3,3%, pero algunos otros países también gastan sumas cuantiosas: Costa Rica: 4,4% y Panamá: 5,2%).[445]

Especificar lo que uno quiere y mantenerse al tanto de lo que está sucediendo

El modelo de salud de Cuba descansa en tres pilares: dar instrucciones claras a los proveedores, motivar al personal y controlar y evaluar el sistema.[446] Se dan directrices claras a través de grupos nacionales de asesoría de especialistas –los cuales elaboran los estándares y los procedimientos técnicos (y evalúan el desempeño de médicos y especialistas)– y reglamentaciones que estandarizan las actividades del sistema nacional de tratamiento hospitalario.

Usualmente, los trabajadores de la salud en Cuba se sienten muy motivados. La capacitación médica pone el énfasis en el altruismo del servicio médico –que regularmente concluye en servicios en el extranjero por un período de uno o dos años. Si bien se trata de un servicio voluntario, la presión social por este servicio es fuerte. Servir en las zonas pobres rurales de Cuba continúa siendo un derecho de paso para muchos doctores recién graduados. Programas de televisión que alaban a los trabajadores de la salud participantes en misiones de solidaridad internacional aumentan su perfil y contribuyen a que los médicos cubanos tengan una sensación de orgullo.

Cuba también se mantiene al tanto de lo que sucede en los servicios de salud. El control es estricto, y la información fluye en muchas direcciones. Los elementos principales son:

- Un sistema estadístico integrado de salud del orden nacional que recoge rutinariamente información de los proveedores de servicios. Indicadores de interés particular, como mortalidad infantil, se recogen con mayor frecuencia –algunos diariamente.
- Inspección regular y visitas de supervisión a los servicios de salud.
- Evaluaciones anuales de los técnicos de salud sobre los resultados técnicos y científicos de su trabajo. Además, una muestra seleccionada de manera aleatoria debe someterse a una evaluación externa.
- Informes anuales presentados por el Ministerio de Salud Pública y los consejos de administración del orden municipal y provincial ante la Asamblea del Poder Popular.

El control y la evaluación trascienden las evaluaciones estadísticas y de expertos. La difusión pública de indicadores de salud, al final de cada año, involucra a los ciudadanos en el proceso. Además, los ciudadanos pueden quejarse sobre los proveedores. Sus reclamos pueden presentarse ante cualquier instancia del sistema de salud –como la policlínica que coordina los servicios locales de salud, el consejo municipal de salud o los administradores del hospital. O pueden plantearse a través de los canales políticos –digamos, ante el representante local de la Asamblea del Poder Popular, quien debe responder. No obstante este control, el control directo del ciudadano es limitado: la participación en los consejos administrativos y de salud no significa mucho más que fijar objetivos amplios.[447] Asimismo, los ciudadanos sólo cumplen una función pequeña en la fijación de prioridades dentro del sector de la salud, y entre el sector de la salud y otros.

¿Puede Cuba sostener el sistema?

La década de los años noventa fue difícil para Cuba. El hundimiento del sistema socialista en Europa y en la Unión Soviética y el endurecimiento del embargo económico por parte de los Estados Unidos produjeron una grave contracción económica. Cuba perdió a sus socios comerciales que le habían suministrado gran parte de sus importaciones de medicinas, alimentos, combustible y equipo utilizado en la agricultura y la minería. Entre 1988 y 1993, las importaciones de medicinas decayeron en más del 60%. Para 1994, la producción agrícola había disminuido en una cifra cercana al 50%. La escasez de medicamentos continúa hoy en día.[448]

El gasto gubernamental en servicios sociales, en especial en la atención a la salud, se protegió con un gasto público en salud que superaba el 10% del PIB en 2000. Pero, en términos reales, el gasto ha descendido. Los indicadores de resultados de salud empeoraron a comienzos y mediados de los noventa, y mostraron alguna recuperación solamente a finales de la década.

En la medida en que sufrió la infraestructura de la salud, igualmente lo hicieron los servicios de transporte. El transporte público casi había desaparecido a comienzos de los noventa, mientras la escasez de combustible limitaba el uso de los automóviles privados. Los cubanos tuvieron que comenzar a caminar kilómetros para llegar al trabajo y se disparó el uso de la bicicleta.[449]

El retroceso económico igualmente parece estar debilitando la motivación de los trabajadores de la salud. Los médicos reciben un salario relativamente adecuado, ya que devengan casi 15% más que el salario nacional promedio.[450] Pero su paga es en pesos cubanos, con un poder adquisitivo en continuo descenso durante los últimos diez años. La legalización de una "economía regida por el dólar" ha hecho que los oficios que pagan en dólares tengan gran valor. Son comunes las historias de médicos que recortan sus horas de trabajo formal para unirse a esta economía paralela –conduciendo taxis, por ejemplo.[451]

El tiempo dirá si un sistema que depende de un médico pagado por el Estado para atender a 150 familias puede ser sostenible en épocas de privaciones económicas –y frente a la competencia de una economía que depende más del dólar.

Agua potable, saneamiento y electricidad

capítulo 9

Agua potable, saneamiento, tratamiento de aguas residuales, electricidad, vías rurales y transporte urbano influyen en los resultados del desarrollo humano (*ver* comprimido 1.1). Al igual que sucede con los servicios de educación y salud, el impacto de los servicios de infraestructura en el desarrollo humano es directo (ejemplo, reducir las enfermedades relacionadas con el agua, uno de los principales factores causantes de la mortalidad infantil). Asimismo el impacto es indirecto, por medio del crecimiento económico.[452] Pero, al igual que la educación y la salud, estos servicios también les fallan a los pobres.

Con un énfasis en los servicios de agua, saneamiento y electricidad, el presente capítulo se refiere, en el marco del Informe, a la prestación de servicios para determinar por qué y cómo se podría mejorar la situación. Probablemente las lecciones de reforma que plantean estos servicios, que representan tanto servicios de red como servicios de no red, también se pueden aplicar a otros servicios de infraestructura.

Respecto de los servicios en red, como el suministro de agua y electricidad en las zonas urbanas, reglamentar a los proveedores y garantizar que los pobres tengan acceso a servicios que puedan pagar son las principales razones para la intervención del gobierno. Este hecho pone en juego la ruta larga de la responsabilidad. Sin embargo, el poder de voz de los ciudadanos pobres es débil debido a que el agua y la electricidad son especialmente vulnerables a la política clientelista. Los proveedores terminan siendo más responsables ante los encargados de la formulación de políticas que ante los clientes, situación que rompe la ruta larga de la responsabilidad.

La solución es separar al encargado de la formulación de políticas de los proveedores –y hacer a estos últimos más responsables ante los clientes. Dispersar la propiedad mediante la descentralización y la participación del sector privado, fomentar la competencia por medio de la referenciación, garantizar un acceso alternativo utilizando proveedores independientes y cobrar por los servicios constituyen métodos para separar a los encargados de la formulación de políticas de los proveedores y fortalecer los pactos, el poder de cliente y la opinión del cliente.

En los entornos rurales de red y no red predominan la comunidad y el autoabastecimiento. Como indicador estándar y constructor de capacidad en apoyo del cliente, el encargado de la formulación de políticas está ausente. Para evitar los problemas subsiguientes, como la presencia de arsénico en el agua potable de las zonas rurales de Bangladesh, los encargados de la formulación de políticas deben apoyar a los clientes garantizando la calidad del servicio y el acceso.

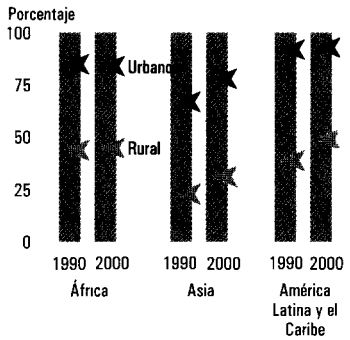
Las externalidades del saneamiento en entornos rurales de no red se controlan mejor en el contexto del poblado o de la comunidad. Así, el respaldo del lado de la demanda en el ámbito del hogar debería complementarse con mediaciones en el ámbito de la comunidad –ya sea información sobre higiene o asignación de subsidios para la instalación de letrinas–, que hayan sido diseñadas para estimular la demanda de los hogares y crear presión de pares de la comunidad a favor de un comportamiento de asimilación de las externalidades. En los entornos urbanos, donde la demanda de servicios de saneamiento puede ser mayor, los derechos de propiedad y facilitar una respuesta privada pueden apoyar los esfuerzos colectivos.

Situación de los servicios de agua y saneamiento

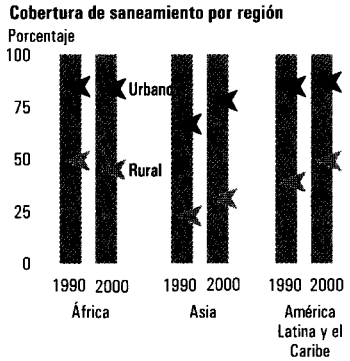
En el año 2000, cerca de dos de cada diez personas en el mundo en desarrollo no tenían acceso a agua potable; cinco de cada diez vivían sin saneamiento adecuado; y nueve de cada diez vivían sin que sus aguas residuales tuvieran el más mínimo tratamiento.[453] Aunque se han registrado algunos avances, a pesar de muchos compromisos globales, especialmente la Década de la Naciones Unidas por el Agua y el Saneamiento, el acceso al agua y al saneamiento

Gráfico 9.1 Lento avance del acceso a mejor servicio de agua y saneamiento, 1990 y 2000

Cobertura del suministro de agua por región



Cobertura de saneamiento por región



Fuente: OMS, Unicef y Consejo Cooperativo de Suministro de Agua y Saneamiento (2000).

se ha quedado rezagado muy lejos de las metas fijadas en los años ochenta. Tampoco las tendencias agregadas de los noventa significan algún tipo de consuelo (gráfico 9.1). La participación de personas con acceso a estos servicios en África y Asia –donde se concentran los pobres del mundo– ha disminuido, ha permanecido constante o ha registrado un lento incremento.

Innumerables estudios de ciudades y pueblos confirman el mensaje básico del Informe de las Naciones Unidas sobre el Hábitat, según el cual los servicios de agua y saneamiento con demasiada frecuencia les fallan a las comunidades.[454] El suministro de agua "24-7" de presión plena, continúa siendo un sueño irrealizable en muchas ciudades. Dado que nadie responde por el 25 al 50% (y más) del suministro urbano de agua, muchas ciudades se están convirtiendo en baldes con escapes de agua (gráfico 9.2). El número limitado de puntos de acceso a la red debe ser compartido con muchas personas, lo que significa un dramático aumento del tiempo de espera y, por lo general, simplemente abruma al sistema. Con frecuencia, la infraestructura rural deja de funcionar: se calcula que más de la tercera parte de la infraestructura rural existente en Asia Meridional ha dejado de funcionar.[455]

Los pobres soportan una carga desproporcionada del impacto de ineficientes servicios de agua y saneamiento. Un número todavía menor de pobres tienen conexión a una red de abastecimiento. Y cuando tienen acceso, la instalación debe ser compartida con muchas más personas (gráfico 9.3). Y el precio que pagan está entre los más costosos, generalmente es más costoso que los precios que pagan hogares más pudientes con conexión al sistema de acueducto (gráfico 9.4). La diferencia de precio es, en parte, el resultado de ineficiencias –la práctica inequitativa de subsidiar el agua del acueducto, la falta de economías de escala para proveedores independientes o, lo que es peor, proveedores que se aprovechan de la falta de opción de los pobres. Sin embargo, algunas de las diferencias de precios pueden asimismo reflejar la flexibilidad y conveniencia de los servicios suministrados por proveedores independientes –sin cobros por la conexión o acceso a un volumen de agua que los pobres tengan mayor capacidad para pagar.

Infraestructura y el marco de responsabilidad para la prestación de servicios

Los países ponen a prueba diferentes enfoques para resolver los problemas de deficientes servicios de agua, saneamiento y electricidad. Entre estos enfoques se incluyen la descentralización a los gobiernos locales, la participación del sector privado, reformas reguladoras, desarrollo dirigido a la comunidad y pequeños proveedores independientes. Algunos enfoques intentan hacer que los servicios funcionen para los pobres por medio de mediaciones dirigidas. Otros intentan mejorar los servicios en general –con la premisa de que para hacer que los servicios funcionen para todos es necesario lograr que lo hagan para los pobres. Esta misma aproximación ha funcionado en un entorno y ha fallado en otro, y diferentes enfoques han funcionado en el mismo entorno, aparentemente. Lo que se requiere es una forma de pensar en las características institucionales y políticas de los servicios de infraestructura para entender qué funciona dónde y por qué.

Responsabilidad en los servicios de infraestructura

En los capítulos 3 a 6 del presente Informe se desarrolla un sistema para analizar la forma en que los actores que intervienen en la prestación del servicio –clientes y ciudadanos, políticos y encargados de la formulación de políticas y proveedores de servicios– se hacen responsables unos a otros dentro de cuatro tipos de relaciones (gráfico 9.5):

- *El poder del cliente* conecta a los usuarios del servicio con los proveedores
- *La opinió pública* conecta a los *ciudadanos* con los *políticos* y los *encargados de la formulación de políticas* mediante el proceso político
- *Los pactos* conectan a los encargados de la formulación de políticas mediante contratos implícitos o explícitos con *proveedores* responsables de los servicios
- Y *la administración* conecta a las organizaciones de proveedores con los proveedores finales.

La ruta corta de la responsabilidad. En una transacción simple de mercado, el comprador hace al vendedor responsable del producto comprado, lo recompensa repitiendo la transacción o lo castiga escogiendo a otro proveedor. Esta responsabilidad es "corta" porque el cliente puede hacer al proveedor directamente responsable, sin ningún intermediario. Regularmente, los pequeños proveedores independientes de agua y saneamiento y sus clientes se encuentran en una transacción de mercado de este tipo.

En 1996, un brote de cólera en Dar es Salaam, Tanzania, obligó al departamento de alcantarillado y saneamiento a abandonar su monopolio sobre la limpieza de pozos sépticos y permitir el ingreso de proveedores privados. En la actualidad existe un incipiente mercado privado competitivo para la limpieza de pozos sépticos –los hogares pueden escoger a un proveedor según el precio y el desempeño (fácil de controlar). Además de permitir el ingreso y de aplicar medidas reguladoras respecto de la eliminación de aguas servidas, la función que ha cumplido la ciudad ha sido pequeña.[156] Pero las condiciones de servicio y mercado que automáticamente otorgan poder al cliente –mediante la opción, facilidad de control y aplicación forzosa de las leyes del mercado– no siempre están presentes respecto de los servicios de infraestructura. Así que la ruta de la responsabilidad tiene que ser larga.

La ruta larga de la responsabilidad. En el mundo entero, los gobiernos consideran que es su responsabilidad suministrar, financiar, regular los servicios de infraestructura y, de otras formas, influir en ellos. Lo hacen por dos poderosas razones: fallas de mercado y preocupaciones de equidad. Primero, los servicios de infraestructura en red ofrecen economías de escala, o externalidades en red, que hacen que técnicamente sea más eficiente contar con un solo distribuidor del servicio. Respecto del saneamiento, las externalidades surgen literalmente de efectos secundarios. Así, en Dar es Salaam, los hogares estaban dispuestos a pagar por mejor saneamiento con mayores beneficios en salud para la ciudad. Pero los problemas de aquellos que se benefician sin asumir carga alguna, cuando el comportamiento de una persona afecta impunemente a otros –como es el caso de filtraciones de defecación a campo abierto en muchas partes de Asia y África– exigen la intervención de la comunidad o del gobierno. Segundo, las sociedades se preocupan por la equidad, y con frecuencia los gobiernos redistribuyen los recursos –como un subsidio mínimo de agua– para garantizar el servicio mínimo equitativo que los mercados no pueden garantizar.

Externalidades de red, problemas de acción colectiva y metas distributivas brindan, por tanto, poderosas razones a favor de la participación del gobierno. Los arreglos ya no son básicamente entre el cliente y el proveedor, y nuevas relaciones de responsabilidad adquieren importancia. El primero de estos ordenamientos es la opinión –los ciudadanos delegan en los políticos la responsabilidad de garantizar los servicios de infraestructura que los ciudadanos quieren. El segundo es mediante los pactos entre encargados de la formulación de políticas y los proveedores –para diseñar el sistema de prestación del servicio, escoger a un proveedor y garantizar que ese proveedor satisface las expectativas de los ciudadanos. Juntos, la opinión y los pactos, se convierten en la "ruta larga" de la responsabilidad. En Bangladesh, la primera ministra y su ministro a cargo son, en principio, responsables ante los ciudadanos por el desempeño de la Junta de Desarrollo de Energía, una corporación estatal manejada por el Estado.

Las rutas larga y corta de la responsabilidad deben trabajar juntas. En realidad, hasta para los servicios de pozo séptico en Dar es Salaam, fue necesaria la reglamentación gubernamental para garantizar que los pequeños operadores privados complementaban a los proveedores públicos y cumplían con las pautas para la eliminación de aguas servidas. Es probable que las soluciones efectivas sean una mezcla estratégica de las rutas larga y corta de la responsabilidad como un sistema en el cual los clientes, el encargado de la formulación de políticas y el proveedor estén unidos en relaciones de responsabilidad que hagan que los servicios funcionen para los pobres.

Por qué los servicios de infraestructura les fallan a los pobres: clientelismo

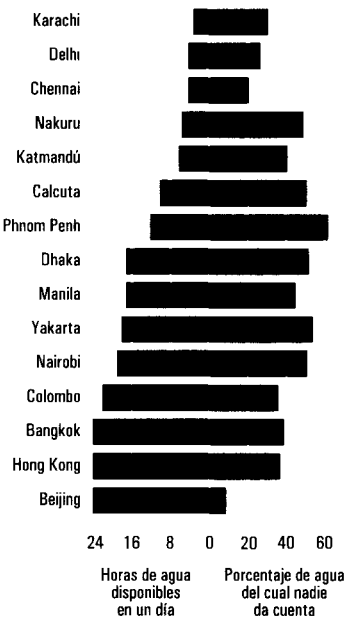
Debido a que la familia no ha tenido agua durante el día en los últimos diez años, los niños jamás han visto al agua salir de las llaves de su casa...El agua sale por la llave únicamente entre la medianoche y las cuatro de la mañana en casi todo Baryo Capitolyo. MWSS, usted lo sabe. ¿A usted le importó alguna vez?

Dahli Aspillera, ciudadano de Manila, la víspera de la privatización de la empresa pública de agua de Manila, Metro-Manila Waterworks and Sewerage System (MWSS) (Sistema de Plantas de Abastecimiento de Agua y Alcantarillado), en 1997

En aquellos lugares donde el manejo del agua, el saneamiento y la electricidad está a cargo del gobierno, la responsabilidad ante los ciudadanos se logra cuando el Estado garantiza que las empresas de servicios, las juntas y los departamentos del gobierno suministren servicios eficientes y equitativos a todos los ciudadanos, incluidos los pobres. Cuando el Estado no logra hacerlo, y la relación de opinión no es efectiva, entonces ha fallado la ruta larga de la responsabilidad.

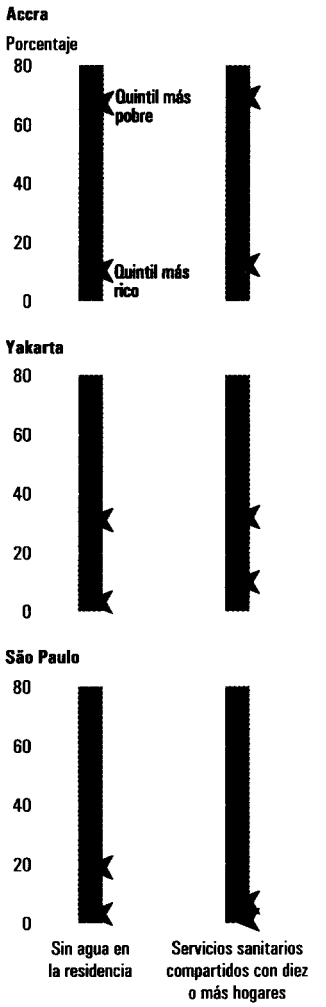
En 1997, el MWSS era característico de las empresas de servicios, juntas y departamentos

Gráfico 9.2 Agua las 24 horas: una quimera



Fuente: Programa de Asentamientos Humanos (2003).

Gráfico 9.3 Agua y saneamiento en los quintiles más pobre y más rico



Fuente: Programa de Asentamientos Humanos (2003).

del gobierno que consideran a los políticos y a los encargados de la formulación de políticas como sus clientes verdaderos. Los políticos –en respuesta a preocupaciones de equidad o, lo más probable, a ganancias políticas de corto plazo– con frecuencia mantienen los precios de los servicios de infraestructura muy por debajo de los precios de la recuperación de costos. Este hecho convierte a los proveedores de servicios en dependientes para su supervivencia de transferencias políticamente motivadas –o cuando esas transferencias no se van a producir, dependientes de recortes en los servicios que no implican ninguna penalización de parte de los encargados de la formulación de políticas.

Los proveedores públicos de agua y electricidad dejan entonces de funcionar como proveedores autónomos de servicios.[457] Se convierten en una extensión de los encargados de la formulación de políticas. El encargado de la formulación de políticas y el proveedor comienzan a fusionarse en una sola función. Cuando esto sucede, los encargados de la formulación de políticas ya no pueden hacer a los proveedores responsables de la prestación de servicios a todos los ciudadanos, los servicios se deterioran y los ciudadanos pobres, como clientes, quedan impotentes.

La dinámica de esta relación puede ser todavía más debilitante para los clientes pobres. Con el tiempo los proveedores devienen una poderosa fuerza política, que influye en el encargado de la formulación de políticas. En efecto, los proveedores se apropian del proceso de la formulación de políticas, ejerciendo presión por medio de un trabajo organizado o de su capacidad para controlar la prestación del servicio a favor del político. Ante servicios en deterioro, los proveedores y encargados de la formulación de políticas racionan el acceso al servicio. Este hecho tiene una significativa implicación cuando se requieren cuantiosas inversiones para tener acceso a los servicios –ya sea a través de una red principal de electricidad, una red de suministro de agua de un pueblo, o hasta de un sistema independiente, como pozos entubados. Los ciudadanos o sus grupos responden al acceso racionado apoyando a los políticos, quienes los favorecen como sus clientes por encima de políticas que presionan por el acceso universal. Este hecho fortalece la capacidad de los políticos para utilizar el clientelismo. La responsabilidad que vincula a clientes, políticos, encargados de la formulación de políticas y proveedores, queda desplazada por relaciones patrón-cliente –clientelismo– en ambas etapas de la ruta larga de la responsabilidad.[458]

En este tipo de escenarios, la descomposición de la opinión para los ciudadanos pobres se ve reforzada por su pérdida de poder de cliente. La pregunta de Dahli Aspillera –"¿a usted le importó?"– refleja tanto una sensación de que el cliente no puede castigar al proveedor por un mal servicio, como una realidad más profunda de que la ruta larga de la responsabilidad le ha fallado al *ciudadano*. Si el fracaso de la opinión está en la raíz de una mala prestación de servicios de agua, saneamiento y electricidad, ¿cuáles son las opciones para una reforma?

Redes urbanas de agua

¿Ante quién es responsable la Junta de Agua?

Pregunta hecha por un consumidor al gerente de la Junta de Agua de Hyderabad. Hyderabad, septiembre de 2002

En ciudades y pueblos, donde predominan las economías de escala, los sistemas de agua cuentan con importantes proveedores en red –usualmente un proveedor del sector público, como la junta de agua de Lagos, en Nigeria, o un pequeño departamento municipal, como en Chapai Nawabganj, en Bangladesh. Algunos de estos proveedores pertenecen a gobiernos locales –como en el caso de la empresa de abastecimiento de agua de Johannesburgo–; algunos al gobierno de un Estado –como en la India–, y algunos –como MWSS, en Manila– a gobiernos centrales. Para todos ellos, las preguntas pertinentes son si existe una delineación clara de funciones entre el encargado de la formulación de políticas y el proveedor –y ¿ante quién responde el proveedor: ante el encargado de la formulación de políticas o ante el cliente? Cuando la opinión pública y la política fracasan, la distinción entre los dos se desdibuja, y el proveedor es responsable ante el encargado de la formulación de políticas.

Potencialmente, cuatro estrategias de reforma pueden separar a los encargados de la formulación de políticas de los proveedores: descentralización de activos, uso de participación privada en las operaciones, cobro por servicios y dependencia de proveedores independientes con el objeto de ofrecer opciones a los clientes. Las dos primeras tienen por propósito influir en los pactos; las dos últimas, fortalecer el poder del cliente. Todas son de difícil ejecución desde el punto de vista político. Un hecho que no debe sorprendernos ya que poderosas fuerzas políticas –no fallas tecnocráticas– desdibujan la función de encargados de la for-

mulación de políticas y proveedores. La cuestión es si estas estrategias pueden ofrecer incentivos para suprimir el clientelismo y compensar por la débil opinión de los pobres.

Fortalecimiento del pacto: descentralización de activos

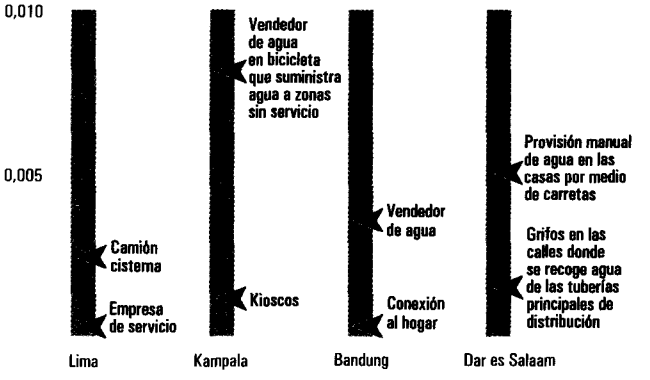
Delegar las responsabilidades a diferentes niveles de encargados de la formulación de políticas y separar los poderes entre ellos pueden crear los incentivos correctos para mejorar la prestación de los servicios. Primero, al lograr una mejor coincidencia entre los servicios y las fronteras políticas, la descentralización puede fortalecer el poder de voz y la responsabilidad. Segundo, cuando el centro está a cargo, tanto de las responsabilidades de reglamentación como de prestación de servicios, cuenta con pocos incentivos para hacerse a sí mismo responsable. La delegación de servicios a otro nivel de encargado de la formulación de políticas estimula incentivos más compatibles con hacer que el centro (o un gobierno de una instancia superior) vigile el marco de reglamentación. Por último, la delegación crea una oportunidad para referenciar el desempeño y usar recursos fiscales y la reputación como recompensas para respaldar una eficiente prestación de servicios. En este contexto, la capacidad de cuestionamiento de los recursos exige un nivel con capacidad fiscalizadora y sin responsabilidades por el suministro de servicios –apropiada para el centro (o un estado en un sistema federal).

La delegación de responsabilidades a los gobiernos locales ha tenido resultados diversos respecto del agua y del saneamiento, llevando a menudo a la pérdida de economías de escala, erosionando la viabilidad comercial debido a una fragmentación excesiva y hasta a conflictos constitucionales entre gobiernos municipales y otros de una instancia superior.[459] La experiencia histórica de países industrializados nos deja lecciones para abordar estos problemas (recuadro 9.2).

La fragmentación y la pérdida de economías de escala se pueden resolver en parte permitiendo acuerdos entre jurisdicciones. Según el modelo *syndicat* francés, las jurisdicciones municipales pueden ceder el derecho a una compañía de propiedad conjunta de varias autoridades locales para suministrar servicios de agua y saneamiento. La ley de aguas de Bolivia permite explícitamente la participación de compañías conformadas por varios municipios. Colombia, si bien facultó a los legisladores para hacer obligatorias las fusiones de empresas locales de suministro de agua no viables, irónicamente eximió a los municipios más pequeños que se habrían beneficiado de esta norma. En Brasil, se crearon compañías estatales financiadas con fondos del gobierno central, mediante convenios voluntarios con los municipios.

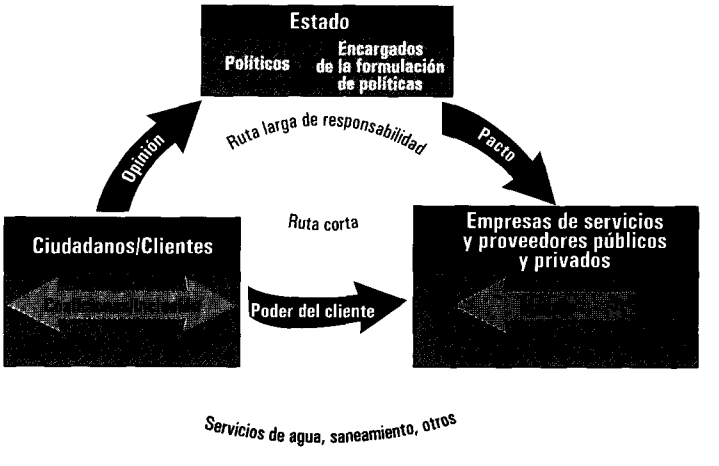
Los anteriores ejemplos sugieren un enfoque importante dirigido a armonizar la descentralización general con prioridades sectoriales. Cuando la autoridad se comienza a descentralizar, por lo general se abre una ventana para que el gobierno central influya en la reestructuración de los servicios locales. La descentralización otorga al centro la capacidad de negociar la reestructuración de activos transferidos mediante incentivos fiscales –digamos, decidiendo retener los pasivos en tanto se transfieren los activos únicamente.

Gráfico 9.4 Fuentes alternas de agua: los pobres pagan más
Precio del agua por litro, dólares de EU



Fuente: Programa de Asentamientos Humanos (2003).

Gráfico 9.5 Responsabilidad en servicios de infraestructura



RECUADRO 9.1 *Clientelismo en la prestación de servicios*

Clientelismo que debilita la responsabilidad en la cadena ciudadano-proveedor

Con clientelismo, el pacto entre el político y el proveedor –la empresa o la junta– no es transparente ni está determinado por las necesidades universales del cliente. Los políticos ejercen su control nombrando (y despidiendo) a los directivos de la empresa y suministrando subsidios públicos para financiar inversiones y apuntalando empresas aquejadas de problemas. Como contraprestación a este clientelismo, con frecuencia a las empresas que proveen el servicio de acueducto se las obliga a prestar favores políticos en forma de empleo en exceso, baja de tarifas, nuevas inversiones con objetivo político y la distribución de contratos con base en criterios políticos. Las consecuencias: costos inflacionarios, baja calidad del servicio y finanzas inciertas. La escasez de recursos para inversión deja a gran parte de la población sin servicios adecuados y la obliga a depender de alternativas costosas o inconvenientes.

El modelo clientelista describe a grandes rasgos la política de las empresas de servicios urbanas y rurales, tanto en el sector de agua como de electricidad. Asimismo aplica a las administraciones locales encargadas de los servicios urbanos o rurales (financiación de redes de acueducto o servicios sanitarios comunitarios, o hasta la inversión pública en pozos entubados profundos).

Fuente: Foster (2002).

Cuando el traspaso ya ha sucedido, el centro puede ofrecer incentivos como subvenciones fiscales a gobiernos subnacionales que dependen de eventos significativos de la reforma institucional. El gobierno federal de Australia otorgó subvenciones a los estados para reformar el sector del agua. El gobierno de Suráfrica también está utilizando incentivos del gobierno central para respaldar la reestructuración municipal y para influir en la reforma de los servicios urbanos, entre ellos agua y saneamiento. El gobierno federal de India analiza actualmente un mecanismo similar de política –el City Challenge Fund– a fin de crear incentivos para una reforma urbana global, incluyendo los servicios municipales.

Estos incentivos fiscales son más efectivos si se asignan en forma competitiva a diferentes instancias del gobierno. Pero esto necesita información de manera que el centro pueda comparar el desempeño de diferentes gobiernos locales, fomentando la competencia y la responsabilidad. Asimismo demanda que las políticas y el marco legal faculten a los gobiernos locales para disponer de la flexibilidad para reformar la prestación de servicios –por ejemplo, para conformar compañías regionales y hacer uso de la contratación. Países como Pakistán y Suráfrica, que recientemente iniciaron un proceso de descentralización, adoptaron este tipo de legislación.

El resultado final: los gobiernos de instancias superiores pueden influir en el diseño de pactos en el ámbito local a través de legislación e incentivos. Sin embargo, como quedó demostrado por la experiencia de América Latina, no siempre los procesos de descentralización se han diseñado con el cuidado suficiente para permitir la obtención de estos tipos de beneficios. El éxito de la gestión de las reformas de servicios durante la descentralización dependerá de si políticas de descentralización de mayor alcance pueden garantizar que los políticos locales y los encargados de la formulación de políticas asuman las consecuencias de las decisiones de política. Garantizar que la descentralización puede separar a los encargados de la formulación de políticas y a los proveedores en el ámbito local exige que también separe las funciones y las responsabilidades de las diferentes instancias del gobierno (capítulo 10). En ausencia de esa separación, la descentralización simplemen-

RECUADRO 9.2 ***Descentralización y la industria del agua a través de la historia***

En Francia, históricamente los activos de agua se han delegado a la comuna –la instancia más baja del gobierno. Grupos de comunas han integrado la industria delegando los servicios de agua y saneamiento "hacia arriba" a compañías privadas o semipúblicas. Las fronteras funcionales de las compañías atraviesan varias comunas, las cuales continúan siendo las propietarias de los activos pero contratan con proveedores externos la gestión de los servicios.

En los Estados Unidos, los activos de agua y saneamiento también han sido delegados a los gobiernos locales. En aquellos lugares donde los gobiernos locales han sido seccionados en pequeñas jurisdicciones políticas y las plantas individuales de abastecimiento de agua resultan ser poco prácticas, han surgido empresas de propiedad privada para suministrar servicios regionales con una cobertura de varios gobiernos locales. Elizabeth y Hackensack, en el estado de Nueva Jersey, son un buen ejemplo.

Curiosamente, para Francia y algunas zonas de los Estados Unidos, la capacidad limitada de los gobiernos locales más pequeños ofreció los incentivos para que las compañías privadas prestaran servicios a grupos de jurisdicciones políticas. Tanto en Francia como en los Estados Unidos la cobertura de varias jurisdicciones impide que cualquier ente local se apropie del proveedor de agua –manteniendo así la separación de los encargados de la formulación de políticas locales.

El enfoque fue diferente en Inglaterra y los Países Bajos. A comienzos del siglo XX en ambos países, la vigilancia y la prestación directa de servicios de agua se encontraban en manos de autoridades locales. En los Países Bajos estos servicios se encontraban bajo estructuras empresariales, en su mayoría de propiedad de los municipios, encargados de su funcionamiento, pero muchos se encontraban bajo el funcionamiento, si no la propiedad, de empresas privadas. En Inglaterra, el gobierno nacional consolidó los sistemas locales de agua en entes regionales, pasando de 1.400 en la segunda guerra mundial a 187 en 1974 y a 10 en los años ochenta, todos ellos finalmente privatizados. En los Países Bajos, también bajo el mandato de un gobierno centralizado, las compañías municipales fueron convertidas en compañías regionales para apoyar la expansión de los servicios a las zonas rurales. Pero las compañías siguieron estando bajo la propiedad de los municipios y las provincias.

Fuentes: Lorrain (1992); Seidenstat, Haarmeyer y Hakim (2002); Jacobson y Tarr (1996).

te puede transferir el clientelismo a los ámbitos locales.

Fortalecimiento del pacto: uso de la participación privada en las operaciones

Durante la década anterior, la participación privada registró un sensible crecimiento en agua, saneamiento y electricidad en diferentes formas y en muchas regiones (recuadro 9.3). En términos generales, la participación privada en la infraestructura ha sido defendida por muchas razones, incluyendo el acceso a conocimientos especializados en gestión y a la inversión privada, e introduciendo incentivos en las operaciones de servicios de infraestructura. La participación privada es asimismo un método directo para separar a los encargados de la formulación de políticas y a los proveedores de servicios mediante dos aspectos de la cadena de responsabilidad –pactos y opinión.

Respecto al diseño de pactos, los proveedores privados requieren por lo general contractos explícitos que inicialmente definan las responsabilidades del proveedor y del encargado de la formulación de políticas en cuanto a los servicios, los parámetros reguladores y de tarifas, y cuestiones de acceso por parte de los hogares pobres. Además, el proceso de contratación de proveedores privados puede fortalecer el canal de opinión, en particular si en el proceso se involucran grupos de apoyo y mecanismos públicos de información. En realidad, con frecuencia los estándares para la prestación de servicios y los servicios para los pobres están explícitos en el debate sobre participación privada en agua y saneamiento.

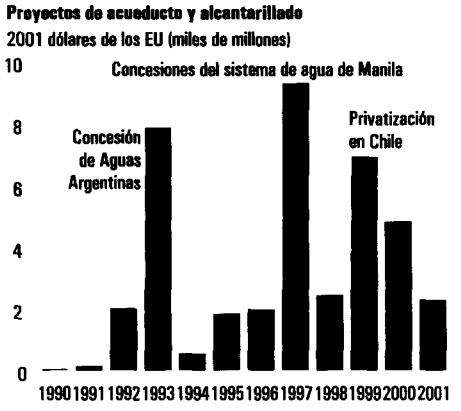
En muchos países industrializados, la participación del sector privado en la prestación de servicios ha facultado a los gobiernos para desarrollar la capacidad y el entorno político para reglamentar, fijar el precio y administrar el agua en contextos públicos y privados (recuadro 9.4). Pero en los países en desarrollo actual es la participación privada es lanzada en un contexto de rigidez institucional, no necesariamente conducente al crecimiento orgánico de la participación privada formal. Utilizar la prestación privada de servicios para abrir una brecha en el clientelismo politiza intensamente la gestión de la participación privada –pero también la hace potencialmente poderosa para aumentar la responsabilidad.

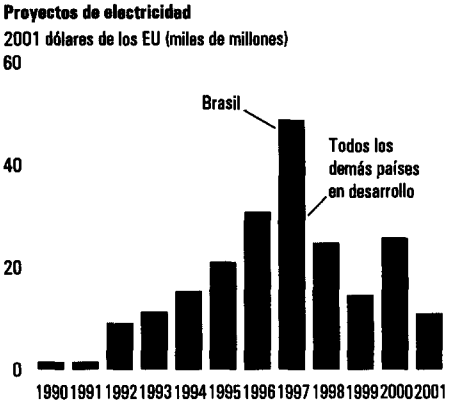
La prueba de este potencial ya es evidente. La participación privada formal en agua y saneamiento ha producido una mayor demanda de responsabilidad –a pesar de que esta demanda responde por una pequeña parte de la inversión total en agua y saneamiento. Durante los años noventa, la inversión privada representó apenas el 15% de la inversión total en agua y saneamiento, con una cobertura inferior al 10% de la población mundial. Aun en América Latina, donde la oferta privada ha logrado los mayores avances en el sector del agua, únicamente cubre el 15% de la población urbana del continente[460]. Además, en contraste con la electricidad, por ejemplo, la propiedad pública y la no enajenación de activos sigue siendo la norma en el sector.

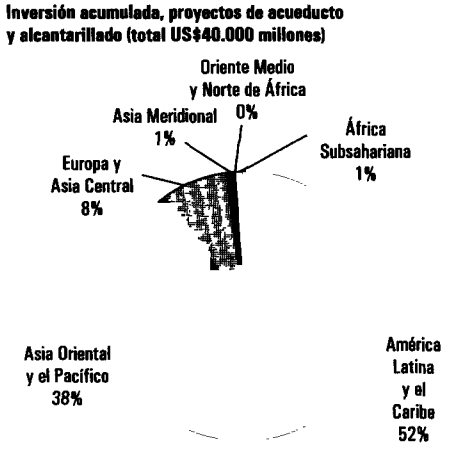
En últimas, a semejanza de la descentralización, el abastecimiento privado brinda una oportunidad para influir en las relaciones de

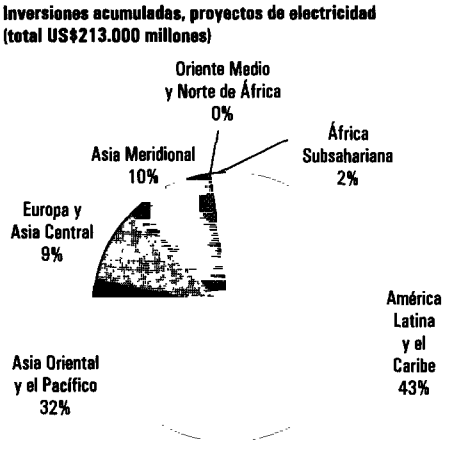
RECUADRO 9.3 *Tendencias de la participación privada: agua, tratamiento de aguas residuales y electricidad*

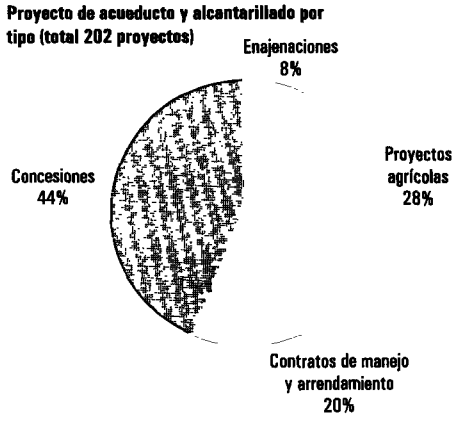
Compromisos de inversión en proyectos con participación privada en países en desarrollo, 1990-2001

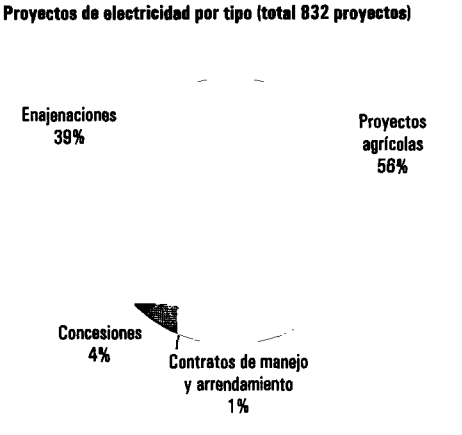












Las inversiones privadas han sido mucho más cuantiosas en electricidad que en agua y saneamiento. No es sorprendente entonces que la disminución de la inversión privada a finales de los años noventa fuera más pronunciada en el sector de la electricidad. En ambos sectores, es visible el impacto de "grandes negociaciones" y de cambios específicos por país –que también se reflejan en la concentración geográfica de la inversión privada como en Asia Oriental y América Latina. Por último, la privatización predomina en el sector de la electricidad; en el sector del agua, los contratos de gestión y las concesiones –propiedad pública– continúan siendo la norma.

Fuente: Banco Mundial, base de datos del Proyecto PPI.

responsabilidad. Y al igual que la descentralización, su éxito depende del diseño y la ejecución (recuadro 9.5). La experiencia disponible sugiere que la reglamentación y la información –dos partes interrelacionadas de la reforma global del sector– son importantes para lograr hacer realidad la participación del sector privado en los sectores del agua, saneamiento y electricidad y fomentar un mayor poder de voz en la prestación del servicio.

Reglamentación. En el contexto del presente Informe, la mejor definición de un sistema regulador sería según las dimensiones de responsabilidad entre el encargado de la formulación de políticas y el proveedor –delegación de responsabilidades y finanzas, información sobre el desempeño del proveedor y ejecución forzosa (capítulo 3). El regulador podría ser responsable de elementos específicos de la cadena de responsabilidad –simplemente suministrando información sobre el desempeño o también garantizando la ejecución forzosa. En ocasiones, el encargado de la formulación de políticas es el regulador y, otras veces, un tercero dedicado asume esta responsabilidad. A veces, hasta una asociación de proveedores puede reglamentar. Cualquiera sea el método que se aplique, el proceso regulador tiene que separar al encargado de la formulación de políticas del proveedor y conservar su propia independencia.

Organización de la reglamentación: una medida no se ajusta a todos. Cuando la opinión es fuerte y está respaldado por un sistema legal eficaz, los encargados de la formulación de políticas y el poder judicial se encargan de la reglamentación. En Francia, donde el contrato de abastecimiento de agua se suscribe entre los encargados de la formulación de políticas municipales y una compañía privada, regularmente la reglamentación se hace mediante el control municipal de los contratos, con algún apoyo de las autoridades centrales.

En países sin una tradición de separación entre encargados de la formulación de políticas y proveedores y con una formulación de políticas discrecional, una reglamentación creíble exige un tercero –un ente administrativo– para estipular o interpretar las normas reguladoras. Varias salvaguardas formales pueden apoyar la independencia de un organismo regulador respecto de la influencia política.[461] Veamos algunos ejemplos: asignación de fondos para el organismo regulador, contratación de personal en el mercado laboral sin sometimiento a restricciones impuestas por las normas de la administración pública (competencia y capacidad son importantes elementos para generar credibilidad e independencia), garantía de que la contratación y despido de los reguladores están protegidos contra toda interferencia política de las ramas ejecutiva y legislativa, y ninguna vinculación de los términos de la contratación de personal con ciclos electorales.

Una estructura gubernamental de instancias múltiples ofrece un campo de acción adicional para proteger la independencia de un organismo regulador haciendo que éste sea del orden nacional, o estatal cuando la formulación de políticas y la prestación del servicio se hacen en el ámbito local. Otra opción en un gobierno de múltiples instancias es utilizar la reglamentación local, pero tiene el proceso de apelaciones en otro nivel diferente. La Constitución de los Estados Unidos estipula un marco global para los derechos de propiedad, en tanto comisiones estatales reguladoras vigilan las operaciones de las empresas locales de servicios de propiedad privada. Los gobiernos locales regulan directamente las empresas de servicios públicos.

Reglamentación y reforma del sector. El contexto de responsabilidad explica las condiciones según las cuales un regulador logrará apoyar con eficacia las reformas del sector. Justo como la responsabilidad se desdibuja si alguna de sus relaciones se rompe (*ver* capítulo 3), la efectividad de un regulador se reduce si la delegación de responsabilidades y financiación entre el Estado y el proveedor es incompleta. Tal es el caso en el sector de la electricidad en algunos estados de la India. Para expresarlo de otro modo, se necesita un regulador independiente para hacer respetar la separación entre el encargado de la formulación de políticas y el proveedor, pero, si la separación no se inicia mediante una reforma general para comenzar, el regulador corre el riesgo de ser ineficaz. Un regulador no puede ser el sustituto de reformas más extensas del sector.

A la vez, un regulador efectivo puede contribuir a sustentar la reforma del sector. Un estudio reciente de cerca de 1.000 concesiones en América Latina señalaba que hasta un regulador con un funcionamiento aceptable puede atenuar las renegociaciones oportunistas de los contratos.[462] El estudio llega a la conclusión que cuando en un país existe un organismo regulador, la probabilidad de renegociación es de 17%; cuando no existe, la probabilidad es de 60%.

RECUADRO 9.4 ***Participación privada a través de la historia***

Inglaterra. En Londres, durante más de 400 años, el suministro de agua estuvo a cargo de compañías privadas, con escasa restricción al ingreso por parte del gobierno. Las compañías competían entre sí, invertían en innovaciones de servicio y calidad y aumentaron las conexiones de las viviendas. Para el siglo XIX, el extenso sistema de suministro de agua de Londres contribuyó a convertirla en "una de las ciudades con mejores condiciones de vivienda y más saludables de toda Europa, con una tasa de mortalidad inferior a la de nacimientos en más o menos 1.800, en una época cuando la mayoría de las ciudades europeas eran devoradoras de hombres". 95% de los residentes de Londres recibían el suministro de agua por tubería de las compañías privadas, mientras que una mayoría tenía conexiones directas en sus hogares.

El cambio tecnológico produjo una significativa competencia de precios, la consolidación de la industria y precios más elevados. Y el mejor suministro de agua aumentó la demanda de inodoros de cisterna, con los consiguientes problemas de eliminación de aguas residuales. El Parlamento respondió con la promulgación de leyes y para 1908 el sistema privado se había nacionalizado. (En los años ochenta, Inglaterra regresó al sistema del suministro privado).

Holanda. Entre 1853 y 1920, el sector del agua estaba dominado por compañías privadas de suministro de agua, las que progresivamente fueron quedando en manos de los municipios y funcionando como empresas de servicios públicos. Esta fusión la fomentó la reglamentación del gobierno central y la facilitó la política municipal. Una motivación principal fue utilizar a las compañías para prestar servicios a nivel más regional a las zonas rurales. Para la época en que el sector público se hizo cargo, los principios de la gestión económica de los servicios de agua ya estaban bien enraizados en el sistema político. La gestión a distancia de los servicios públicos por parte de los municipios se convirtió en norma.

Estados Unidos. Entre 1800 y 1900, las ciudades de los Estados Unidos experimentaron un extraordinario crecimiento de las plantas de abastecimiento de agua. En un principio dominadas por propietarios privados, la mitad de esas plantas eran públicas para 1900. El viraje a la propiedad privada surgió debido a problemas de contratación entre municipios y compañías por causa del agua utilizada para apagar incendios. Las dificultades de suscribir contratos cuando las ciudades crecían con tanta rapidez, y varios incendios urbanos, se convirtieron en oportunidades, tanto para las compañías privadas como para el gobierno, de evadir las metas de cumplimiento o forzar las renegociaciones de los contratos. La falta de mediciones y cobro directo tuvo como consecuencia conflictos por las transferencias fiscales de los municipios a las compañías. No es de sorprender que la propiedad pública aumentara, y con ella el sistema público heredó la tradición del manejo y reglamentación del agua como un bien económico.

Francia. Comenzando con el suministro privado de agua a nivel del gobierno local y manteniéndolo a partir de mediados del siglo XVII en adelante, Francia evolucionó hacia la propiedad pública y el abastecimiento privado a través de diferentes tipos de contratos de manejo o de arrendamiento. Las razones: cuestiones de escala (pequeñas autoridades locales), la historia del sistema legal francés y el papel de la opinión para controlar a los encargados de la formulación de políticas. El problema de extinción de incendios no surgió en Francia, tal vez porque las ciudades habían sido construidas con materiales y densidades muy diferentes.

Fuentes: Tynan (2002), Schwartz y Maarten (2002), Crocker y Mastens (2002) y Lorrain (1992).

Reglamentación del sector público. Generalmente, la regulación del sector se analiza en el contexto de la participación del sector privado. Pero aspectos de comportamiento monopólico y desempeño del servicio también son pertinentes a la oferta del sector público –tal vez todavía más, porque los contratos entre el encargado de la formulación de políticas y el proveedor público con frecuencia no son explícitos. La reglamentación independiente de los proveedores públicos adquiere, por consiguiente, igual importancia. Pero a menos que los proveedores públicos tengan flexibilidad operativa y se les involucre en pactos explícitos– y a no ser que se apliquen todas las relaciones de responsabilidad–, no es clara la forma como la reglamentación de los proveedores públicos tendría un impacto en los estándares del servicio. Especialmente, porque la mayoría de los instrumentos de la reglamentación moderna se basa en incentivos financieros, en ausencia de cobros de usuario, la reglamentación de los proveedores públicos sería inefectiva. En Chile, la reglamentación del sector público se introdujo en el contexto de reformas del sector, entre las cuales se contaba una mayor autonomía del proveedor en operaciones y la fijación de precios económicos del agua. Este hecho sirvió para catalizar una capacidad reguladora en el sector público –un activo importante, ahora que Chile ha privatizado los servicios de abastecimiento de agua.

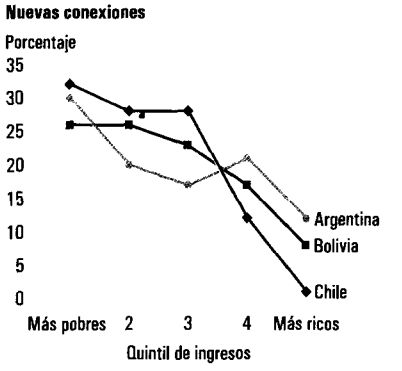
La función de la información. Con la oferta privada, es necesario hacer más para satisfacer las exigencias de mayor poder de opinión –informando a las comunidades acerca del porqué y el cómo de la contratación del sector privado. Según un sondeo de opinión pública en Perú, sólo 21% de los ciudadanos respaldaba la privatización de la electricidad. Pero cuando se informó a los ciudadanos que la privatización se emprendería mediante un proceso transparente y los incrementos de las tarifas serían regulados, el respaldo aumentó al 60%.[463] En Manila, el proceso de concesión estuvo precedido de una campaña pública generalizada liderada por el presidente Ramos, quien convocó a "Cumbres del Agua" para reunir a diferente grupos de interés.[464] También en Suráfrica el contrato de gestión del agua de Johannesburgo se suscribió después de una amplia consulta –a menudo difícil– con las comunidades, sindicatos y otros grupos de interés. Ningún proceso fue intachable, pero ambos abrieron la puerta a un mayor grado de responsabilidad. Un proceso abierto se necesita para extender la participación en el debate de políticas sobre la

RECUADRO 9.5 ***La participación privada en el suministro de agua y saneamiento puede salvar la vida de los pobres y ahorrar dinero***

En los años noventa, Argentina emprendió una de las más prolongadas campañas de privatización del mundo como parte de un plan de reforma estructural. El programa comprendía a las compañías locales de suministro de agua que cubrían aproximadamente 30% de los municipios del país. La mortalidad infantil se redujo entre 5 y 7% en las zonas que privatizaron sus servicios de suministro de agua. Las principales ganancias se lograron en los municipios más pobres, donde la mortalidad infantil mostró una baja de 24%. En términos generales, la privatización de los servicios de abastecimiento de agua evitó aproximadamente 375 muertes de niños pequeños cada año.

Los datos agregados de otras fuentes sobre la distribución de nuevas conexiones de agua por quintiles de ingreso de tres países de América Latina confirman los resultados del impacto, en beneficio de los pobres, de los servicios del sector privado. Como indican los datos, 25-30% de la expansión de la red fue dirigida al 20% más bajo del perfil de ingresos.

Distribución de nuevas conexiones posteriores a la participación del sector privado en la prestación de servicios de agua y saneamiento



Fuente: Foster (2002).

En respuesta a la necesidad de alternativas para llegar a los pobres, uno de los concesionarios de Manila ha desarrollado un sistema para el suministro de agua en zonas de barrios marginales de difícil acceso y densamente poblados. En el programa Bayan Tubig ("Agua para la Comunidad"), el uso de estándares tecnológicos apropiados, la participación del cliente en el mantenimiento, y organizaciones de base comunitaria en la intermediación y trazado de la red, redujeron hasta en 25% los costos del agua para las familias pobres. Para aumentar las capacidades de acceso, el concesionario ha introducido un plan de repagos sin intereses durante un período de seis a 24 meses. Entre 1991 y 2001, el programa suministró conexiones a la red de suministro de agua a más de 50.000 viviendas, pese al hecho que el contrato de uno de los concesionarios de Manila se encuentra en revisión.

Fuente: Galiani, Gertler y Schargrodsky (2002); Programa de Agua y Saneamiento (WSP-AF, por sus iniciales en inglés) (2003).

oferta privada –de otra forma grupos de interés reducidos pueden apropiarse de la información y la representación.

La participación de la comunidad es igualmente esencial en el proceso regulador –pero no ha recibido el suficiente estímulo. Un análisis de los servicios urbanos de abastecimiento de agua en América Latina y África llegó a la conclusión que dar a los consumidores poca información sobre el proceso de reforma y fijación de tarifas –y limitar su oportunidad de expresarse antes de que se tomen las decisiones reguladoras– debilita el proceso regulador y la credibilidad de la reforma, y hace que los cambios de tarifa –no importa cuán justificados– sean de difícil aplicación.[465]

Sin embargo, organizar a los consumidores no es tarea fácil. Existen en los países en desarrollo serios problemas de usuarios que se benefician sin asumir cargo alguno (y problemas financieros relacionados), que impiden a los consumidores organizarse hasta un grado al que pueda constituir una opinión coherente en el proceso regulador. El problema es todavía más agudo para los consumidores pobres. En los países industrializados, asociaciones relativamente bien desarrolladas de consumidores desempeñan esta función con razonable eficacia. Cuando están ausentes asociaciones competentes y eficaces de consumidores, la asimetría entre consumidores y proveedores se agudiza, y el regulador corre el riesgo de que el proveedor lo capture.

Existen ejemplos de organismos reguladores que involucran a las comunidades más activamente –en particular las comunidades pobres. En Jamaica el regulador llega hasta las comunidades a través de las iglesias locales; en algunos casos en Brasil se han creado entes especiales consultivos o de asesoría; y en Perú los reguladores han utilizado ampliamente la radio para involucrar a las comunidades y comunicarse con ellas.[466] Pero estos son apenas algunos ejemplos –es mucho lo que queda por aprender sobre cómo organizar y llegar a las comunidades en la reglamentación de los servicios.

Asimismo la gestión de la participación privada exige información sobre cómo se desempeñan los actores privados en relación con su contrato y con el desempeño de otros proveedores públicos y privados. Esta información, considerada vital para los reguladores, igualmente fortalece la relación entre ciudadanos, políticos y encargado de la formulación de políticas. Para que la oferta privada tenga un impacto catalizador en el sector, es esencial la información sobre el desempeño, tanto del sector público como del privado. Sin embargo, es muy escasa la información a la que se ha tenido acceso sobre el desempeño del sector público, y a través de pocas fuentes confiables. Nivelar el campo de juego entre proveedores públicos y privados –como se verá más adelante– y referenciar su desempeño son factores esenciales para obtener lo mejor de la participación privada en el sector.

En general, el impacto de la participación del sector privado se nivela mejor dentro de un contexto más amplio de reforma –mayor separación de encargados de la formulación de políticas y proveedores para todos los proveedores públicos; mayor participación de las comunidades en el proceso de participación privada y en el marco regulador; y mayor uso de estandarización, tanto de los proveedores públicos como de los privados. El enfoque australiano es aleccionador. Un contexto habilitador y una ley de jurisdicción nacional nivelan el campo de juego para todos los proveedores públicos y privados. La legislación sectorial plantea pautas para la prestación del servicio. El gobierno central otorga incentivos fiscales para respaldar el cambio en el ámbito estatal. Se apoyan diversos enfoques de prestación del servicio: constitución en empresa (Melbourne), contrato de gestión (Adelaida), servicio público de integración vertical (Sydney), servicio público múltiple (Canberra). La reglamentación difiere entre estados y está respaldada por organismos reguladores independientes, así como por la estandarización realizada por medio de una asociación de proveedores de agua.

Fortalecimiento del poder del cliente: cobro por servicios

Los cobros al usuario brindan autonomía operativa para el proveedor, respaldan el poder del cliente y suscitan mayor responsabilidad de parte del Estado (recuadro 9.6). Sin acceso a suficientes ingresos de parte de los clientes, los proveedores de servicios dependen del encargado de la formulación de políticas respecto de recursos fiscales para mantener la oferta de los servicios. Además, si el vendedor no depende del comprador por al menos parte de los ingresos, el proveedor tendrá pocos incentivos para responder al cliente. A la vez, teniendo en cuenta la política de la fijación del precio del agua, aplicar los cobros al usuario puede rápidamente suscitar una respuesta del consumidor –como en Johannesburgo, Manila y, de manera muy visible, en Cochabamba, Bolivia.

Aplicación de cobros a los usuarios. Basarse en el poder de los cobros a los usuarios para apalancar la responsabilidad de la prestación del servicio, como se analizó antes, requiere una reglamentación eficaz para abordar una oferta monopolista. Pero, todavía más importante, el aspecto crítico de política es cómo aumentar las tarifas. Son dos los aspectos de la aplicación: el primero es sincronizar las tarifas con mejoras en la calidad, y el segundo es garantizar la existencia de una red de seguridad para salvaguardar la capacidad básica de acceso.

En muchos países, poner las tarifas a niveles de recuperación de costos requeriría un ajuste significativo y reequilibrar las tarifas entre usuarios residenciales, comerciales e industriales. En las ciudades de India, los cobros que se hacen a los usuarios residenciales equivalen a menos de la décima parte de los costos de operación y mantenimiento. Los usuarios industriales pagan diez veces más, pero están por debajo del punto de referencia para costos de operación y mantenimiento en dos terceras partes de las ciudades metropolitanas y 80% de las ciudades más pequeñas.[467] Aun si existiera voluntad para cobrar, ¿cómo se puede manejar la transición a los precios?

No se puede evaluar el cobro independiente del contexto de política más amplio y la credibilidad de los proveedores de servicios. Obviamente, a los encargados de la formulación de políticas les preocupa que los servicios no mejorarán lo suficiente para justificar los incrementos de precio. Básico para un incremento de precios es lo que viene primero: ¿los incrementos o la mejora del servicio? En 1989, Guinea suscribió un contrato de arrendamiento para los servicios de agua en sus principales pueblos y ciudades. Durante los primeros seis años de vigencia del contrato, el gobierno subsidió una decreciente participación de los costos del operador privado, mientras las tarifas se ajustaban gradualmente con el propósito de recuperar costos, hecho que evitó un fuerte impacto provocado por las tarifas. Este hecho significó el comienzo de una tendencia de recuperación de costos y mejor prestación de servicios. Asimismo le dio credibilidad a la reforma en una región con poca experiencia previa con la oferta privada de servicios.[468] El contrato de arrendamiento expiró en 1999 y por varias razones no fue renovado, pero la estrategia de fijación de precios continúa siendo pertinente para otros países.

De manera análoga, los subsidios para los pobres podrían estar mejor encaminados y diseñados, lo que permitiría la aplicación global de cargos al usuario. Chile tiene un subsidio de abastecimiento de agua residencial financiado desde el ámbito nacional. Colombia utiliza la fijación geográfica de objetivos. Suráfrica cuenta con un sistema nacional de tarifa mínima que garantiza a cada hogar 6 kilolitros de agua al mes.[469] Dada la considerable divergencia entre los precios del agua por tubería y el elevado

costo de las alternativas inferiores que muchos de los pobres se ven obligados a utilizar, con frecuencia se presenta un caso de importancia para dar la mayor prioridad posible a subsidios de conexión, en lugar de subsidiar el uso del agua por parte de aquellos que ya disfrutan del acceso a la red de acueducto. Los subsidios de conexión también tienen la ventaja de que brindan mayor facilidad de encaminarlos a un objetivo (ya que la falta de acceso al servicio ya es de por sí un fuerte indicador de pobreza) y son menos costosos de administrar (ya que involucran pagos únicos relativamente cuantiosos). En general, resulta más eficiente subsidiar los costos de conexión para los hogares de ingreso bajo, pero existen otras opciones alternativas para diseñar cobros por concepto de conexión y consumo que beneficien a los pobres.

En últimas, el ajuste de tarifa y mecanismos de subsidio son herramientas tecnocráticas posibles de diseñar y aplicar de muchas maneras. Lo que es vital es convertir los pagos por servicios en una herramienta política para reducir el clientelismo y fortalecer el poder del cliente de los pobres.

Fortalecimiento del poder del cliente: dependencia de proveedores independientes

Como lo sugiere el ejemplo de los operadores de letrinas de pozo en Dar es Salaam, los pequeños proveedores independientes son un rasgo común en el suministro de servicios de agua y saneamiento a través de grupos de ingreso. Su organización varía desde vendedores de agua a los hogares, pequeños proveedores en red y empresarios privados, hasta cooperativas. En algunos casos se trata de los proveedores primarios, y en otros complementan al proveedor formal. En algunas ocasiones, hacen parte de un mercado competitivo, en otras están controlados por unos pocos grupos.

Un reto básico de política es fortalecer la función que cumplen los proveedores independientes como parte de la ruta corta de la responsabilidad. ¿Cómo se puede lograr?[170] Reconociendo a los proveedores independientes y otorgándoles estatus legal, garantizando que a los proveedores en red no se les da el suministro exclusivo, facilitando una mayor asociación entre proveedores en red públicos y privados formales, garantizando que el marco regulador para los proveedores en red permita la flexibilidad para hacer posible la contratación con proveedores independientes, facultando las asociaciones de proveedores en pequeña escala y trabajando con estos organismos aglutinantes para introducir niveles apropiados de reglamentación, y facilitando a los pobres el acceso a muchos proveedores independientes conservando al mismo tiempo la reglamentación más centrada en la salud y en aspectos relacionados con el agotamiento de aguas subterráneas o freáticas.

De interés particular es el efecto de introducir a un proveedor formal privado en una zona dominada por proveedores independientes. Este aspecto no se tuvo en cuenta en el diseño del contrato de Cochabamba –en el cual al proveedor privado se le otorgaron derechos de exclusividad– y contribuyó a la cancelación del contrato.[171] En realidad, si los objetivos de cobertura se definen de tal manera que pueda cumplirse con los servicios de pequeños proveedores independientes, el operador tendrá un incentivo para fomentar su participación.

Zonas rurales: sistemas en red y en no red

Los entornos rurales son complejos en sus patrones de asentamiento, que van desde asentamientos densos en Asia Meridional hasta comunidades dispersas en muchos países de África. Entre los proveedores se incluyen sistemas de hogares en Bangladesh, vendedores de agua en Laos y sistemas locales de agua por tubería en Ghana. En todas las situaciones, el vínculo cliente-proveedor es la norma. Comprender por qué la ruta larga de la responsabilidad es necesaria para apoyar este poder de cliente, y cómo es posible hacerlo, son los principales retos de la prestación del servicio en las zonas rurales.

Redes manejadas por la comunidad

Tradicionalmente y en países tan distintos como India y Kenia, las juntas administradoras del agua o departamentos de ingeniería han tenido a su cargo la responsabilidad de prestar los servicios de abastecimiento de agua a las comunidades rurales. Con un enfoque vertical, con poca capacidad de movilización de la comunidad y contando con el apoyo fiscal del gobierno central, las juntas ampliaron la inversión física. Sin embargo, fue poco lo que lograron para garantizar operaciones y mantenimiento sostenibles. En realidad, estas juntas enfrentan los mismos problemas de la apropiación por parte del Estado inherente en el modelo clientelista de la prestación del servicio.

RECUADRO 9.6 ***Cobros del agua a través de la historia***

Tratar el agua como un bien económico y cobrar por los servicios permitió a Francia y a los Países Bajos utilizar la oferta privada para iniciar el desarrollo del sector. En Francia, el sector privado continúa siendo el principal proveedor de los servicios de agua y saneamiento. En los Países Bajos, el sistema dio un viraje del sector privado al público. Pero en ambos países, cobrar a los usuarios por el agua continúa siendo la norma, lo cual facultó a los proveedores para sostener la prestación del servicio a distancia del gobierno local y les brindó mayores incentivos para responder a las necesidades de los clientes.

Fuentes: **Lorrain (1992); Blokland, Braadbaart y Schwartz (1999).**

Dados los fracasos de las instituciones verticales, algunos países están dando un viraje hacia sistemas manejados por la comunidad –con frecuencia apoyados por donantes, como en India y Ghana. Las comunidades se involucran en el diseño y gestión de sus servicios de agua, pagando por los costos de operación y mantenimiento. Los gobiernos, por lo general gobiernos centrales, pagan una proporción significativa de los costos de capital. Unidades de gestión de proyectos financiados por donantes, apoyados por organizaciones sin fines de lucro, conforman a menudo el eje técnico y organizativo de estos sistemas.

El modelo con base en el cliente pone a éste en el centro de la relación de responsabilidad; sin embargo, persisten muchos retos en el hecho de ampliarlo.[172]

- Las comunidades requieren apoyo técnico a mediano y largo plazo para administrar los sistemas de agua, y las unidades de gestión de proyectos financiados por donantes no están bien adaptadas para hacerlo.
- Las comunidades pagan por los costos corrientes de la operación, pero la reposición de inversiones de capital y el cubrimiento de tarifas superiores –pagar por crecientes costos de energía, por ejemplo– no son de fácil manejo mediante aportes de grupo.
- Las comunidades no son homogéneas –problemas de exclusión y apropiación por parte de las elites pueden ser iguales a los de los sistemas gubernamentales. Y diferentes comunidades pueden tener diferentes capacidades para formar grupos coherentes.
- Tecnologías eficientes que requieren economías de escala no se escogen debido al enfoque en asociaciones del nivel de poblado.

Respaldo a la prestación de servicios al cliente

Tres enfoques –gobierno local, empresas de servicios regionales y proveedores independientes– son ejemplos de mecanismos institucionales para apoyar sistemas de base comunitaria. Todos ellos son "trabajo en marcha" y aprender de ellos permitirá tener perspectivas sobre cómo desarrollar sistemas rurales de prestación de servicios de base comunitaria.

Los gobiernos locales pueden conformar el respaldo institucional y financiero para expandir los sistemas de base comunitaria. Con acceso a una base impositiva, los gobiernos locales pueden proveer recursos para cubrir el gasto periódico en bienes de capital, brindar apoyo fiscal temporal a las comunidades para ajustarse a los impactos económicos y facilitar el acceso a la asistencia técnica. Uganda y Suráfrica ofrecen ejemplos de ordenamientos según los cuales los gobiernos locales hacen parte de un programa de descentralización fiscal de mayor envergadura con recursos propios y mayor autonomía. Los gobiernos locales así fortalecidos pueden respaldar programas de base comunitaria. Aun en India, donde los *panchayats* locales no tienen tanta autonomía, están evolucionando las relaciones entre gobiernos locales y grupos de usuarios. Cuando pequeños pueblos vecinos cuentan con proveedores eficaces, los gobiernos rurales locales pueden contratar a estos proveedores para respaldar a sus comunidades.

En Costa de Marfil, una empresa nacional de servicios, dirigida por un socio privado, tiene responsabilidades por centros urbanos y pueblos más pequeños. La empresa nacional de servicios usa subsidios cruzados –con la ciudad capital como proveedora del superávit fiscal– para apoyar a los centros urbanos más pequeños. En la actualidad se intenta expandir sus responsabilidades a las zonas rurales. Las lecciones iniciales no han tenido éxito pero el enfoque continúa evolucionando.[173]

Por último, las comunidades pueden contratar con un tercero o un proveedor independiente para administrar los sistemas en red locales. En China, cooperativas formales (compañías rurales) operan según principios comerciales con una elevada recuperación de costos.[174] En varios países africanos, empresarios de los poblados manejan los sistemas de agua mediante un contrato. En Asia Oriental, pequeños proveedores independientes se están organizando para asumir responsabilidades operativas con base en una concesión. En cada caso, el proceso se organiza mediante consulta de grupo y aval. En tanto las organizaciones comunitarias pueden contratar sistemas pequeños, los sistemas del nivel de poblados pueden requerir una vez más el apoyo del encargado de la formulación de políticas en el ámbito local.

Autosuministro. Los hogares que manejan pozos y bombas manuales son comunes en muchas partes de Asia y África rurales. En ninguna otra parte el suministro propio se manifiesta de manera más dramática que en Bangladesh, donde pequeñas fuentes acuíferas y la oferta del mercado de bombas manuales permitieron a los hogares administrar directamente los servicios de agua y reemplazar aguas superficiales contaminadas con patógenos por agua subterrá-

nea. La prestación del servicio mejoró –menor tiempo de espera, cantidad ilimitada y la conveniencia de conexiones a la vivienda. Y el impacto en la salud, incluyendo un descenso en la tasa de muertes por enfermedades diarreicas, fue notorio.

Lo que faltaba era un intento por controlar la calidad del agua. Encontrar arsénico en el agua subterránea tomó a todos por sorpresa. El gobierno se había retirado del abastecimiento de agua en el sector rural, suponiendo que el acceso al servicio estaba plenamente cubierto por el mercado privado y el esfuerzo de los hogares directamente. Además, en un sistema unitario de gobierno, no existía un gobierno local que respondiera a la crisis. En el Bangladesh rural actual, se necesita un encargado de la formulación de políticas para apoyar a las comunidades, manejar las externalidades y comprender las opciones tecnológicas para resolver la crisis del arsénico (recuadro 9.7). En términos más amplios, para un bien colectivo, como el control de la calidad del agua, no será suficiente una asociación entre clientes y proveedores; también se necesita a los encargados de la formulación de políticas para apoyar a las comunidades.

Saneamiento

Aspectos de política en saneamiento se deben analizar en el contexto de las dimensiones de bienes públicos y privados del sector. En la medida en que se trata básicamente de una relación cliente-proveedor, los hogares invierten en sistemas de saneamiento y contratan con proveedores privados la remoción de excrementos. En cuanto las dimensiones de los bienes públicos predominan, los encargados de la formulación de políticas deben apoyar la acción colectiva para cambiar el comportamiento en el ámbito del hogar y de la comunidad y organizar una infraestructura común para la remoción de excrementos.

A menudo, el acceso a los servicios de saneamiento se ha considerado una cuestión de subsidiar letrinas y recetar la tecnología de la letrina. Este enfoque dirigido a la oferta, que pone el énfasis en los aspectos fiscales y técnicos del saneamiento, ha fracasado. En respuesta, algunos países han iniciado un viraje hacia el "saneamiento total", haciendo hincapié en el comportamiento de la comunidad y del hogar y en prácticas de saneamiento.[175] Lo anterior involucra romper la cadena fecal-oral estimulando a los hogares a cambiar su comportamiento –cambiando el hábito de la defecación a campo abierto; lavarse las manos, mantener cubiertas la comida y el agua, utilizar agua potable, concentrándose en el comportamiento higiénico de los niños, y manteniendo un ambiente limpio. El uso de letrinas higiénicas es un resultado de este proceso de cambio de comportamiento.

Considerando que el impacto en la salud de las prácticas de saneamiento de un hogar está afectado no solamente por el comportamiento del hogar sino también por las prácticas de la comunidad, existe un problema de acción colectiva. La función que cumple el proveedor de garantizar la información y el apoyo social a los hogares mediante estructuras comunitarias adquiere un carácter crítico. El éxito depende de hacer que la gente se vea a sí misma como una comunidad, donde el comportamiento de cada miembro afecta a los demás –un desafío de enormes proporciones y, tal vez, la razón de por qué el saneamiento siempre ha estado rezagado de la demanda de agua.

Un enfoque participativo en las zonas rurales

Dado que las comunidades deben manejar el saneamiento en forma colectiva, se requieren enfoques participativos innovadores para generar la demanda de ese saneamiento, en particular en asentamientos dispersos. El viraje de la defecación a campo abierto a la defecación en un lugar fijo puede ser motivado por razones de salud, seguridad y privacidad –cuestiones de importancia para las mujeres, quienes llevan sobre sus hombros la mayor parte de la carga de inadecuadas prácticas de saneamiento. En el enfoque practicado por Village Education Resource Centre (VERC) y WaterAid en Bangladesh, un grupo externo impulsó el reconocimiento de toda la comunidad de la necesidad de mejores prácticas de saneamiento. Luego, la comunidad asume la responsabilidad de la autorregulación –motivando a los hogares a luchar por el saneamiento integral. En Asia Oriental y Meridional, esta actitud ha llegado a innovaciones en tecnología de letrinas y financiación de microcréditos para inversiones en letrinas y estructuras afines.

Subsidios. El enfoque de comunidad también cambia la forma de abordar los subsidios a letrinas. En Bangladesh, los poblados que hacen parte del proyecto VERC/WaterAid no requirieron de ningún subsidio externo. Para ayudar a los hogares de ingreso bajo, los hogares de ingreso superior suministraron los recursos. Una vez las comunidades centraron su interés en la

necesidad de una responsabilidad colectiva, ayudar a los hogares individuales a alcanzar las metas comunitarias tuvo una aceptación más inmediata. En Vietnam, el enfoque participativo tuvo el apoyo de un subsidio dirigido a los hogares más pobres.

Pero aun si se necesita un subsidio, el aporte fiscal se podría entregar a la comunidad, en recompensa de la acción colectiva, la autorregulación y la erradicación de la defecación a campo abierto. Analicemos uno de los estados más importantes de India: el de Maharashtra, con una población de 97 millones. El estado subsidió la construcción de letrinas por parte de hogares por debajo del umbral de pobreza, sólo para descubrir que cerca del 45% de las letrinas estaban sin uso. De manera que dio un viraje a sus subsidios cambiándolos por un sistema competitivo (el sistema Gadge Baba) que recompensaba a las comunidades por buenas prácticas de saneamiento, utilizando una campaña de información para definir los principios del saneamiento y publicando los nombres de los poblados ganadores. La reputación, el reconocimiento y las recompensas a la comunidad se convirtieron en el catalizador. Después de un corto período, se habían construido cerca de 100.000 letrinas en los hogares y por cada rupia de recursos del estado, el gasto local en saneamiento e infraestructura relacionada aumentó en 35 rupias.

Pactos locales. El primer objetivo es dar el vuelco a mejores prácticas de saneamiento, pero sostener ese vuelco es igualmente importante. Las externalidades locales y la necesidad de comprender y basarse en condiciones y conocimiento locales sugieren que los gobiernos locales son el nivel apropiado para el encargado de la formulación de políticas. En Vietnam y Bengala Occidental, India, los gobiernos locales han apoyado la participación de la comunidad y garantizado su continuidad financiando el trabajo del proveedor del servicio, generalmente una organización sin fines de lucro. En Vietnam, algunos gobiernos locales han utilizado un programa similar al sistema Gadge Baga del estado de Maharashtra para reconocer los logros del poblado y los individuales.

Respuesta a la demanda en zonas urbanas

Los hogares de los asentamientos urbanos con elevadas densidades de población muestran con frecuencia una mayor demanda de mejores servicios de saneamiento. Los sistemas conjuntos de São Paulo, Brasil, y los sistemas de saneamiento comunitario de Orangi, en Karachi, Pakistán y Parivartan, en Ahmedabad, India, sugieren que las comunidades informales urbanas pueden estar dispuestas a administrar y pagar por sistemas eficientes de saneamiento y tratamiento de desechos. Pequeños proveedores individuales que atienden los hogares directamente, como en Dar es Salaam, muestran que los hogares urbanos sí invierten en saneamiento. Así que, ¿cuáles son los impedimentos a la expansión de estos enfoques?

RECUADRO 9.7 ***Lucha contra el arsénico escuchando a las comunidades rurales***

La contaminación por arsénico de acuíferos superficiales puede estar deshaciendo el éxito del suministro de agua potable en las zonas rurales de Bangladesh. Mientras el número de personas que muestran síntomas de envenenamiento por arsénico sigue siendo bajo –a pesar de la elevada concentración de arsénico en el agua– entre 25 y 30 millones de personas pueden estar en riesgo en el futuro.

La primera respuesta a la crisis, por parte del gobierno y de muchos donantes, fue negarla. A esta respuesta le siguió un esfuerzo para examinar todas las fuentes de agua y bombas manuales. Se presentaron varios problemas de orden logístico y tecnológico –lo que no debe sorprender debido al hecho que la contaminación por arsénico de esta magnitud no se ha conocido en ninguna otra parte en el mundo entero. Estos problemas se complicaron todavía más por la falta de coordinación y claridad de las funciones que debían cumplir el gobierno, los donantes y las organizaciones no gubernamentales (ONG).

Hasta ahora, los esfuerzos han determinado que el agua superficial no contiene arsénico y que no todos los acuíferos están contaminados. Gobierno, donantes y ONG recomiendan varias opciones: cambiar a fuentes alternativas de agua, incluyendo algunas fuentes superficiales; compartir pozos entubados no contaminados de los poblados; y fomentar el uso de tecnologías de filtrado en los hogares. Estas últimas, si tienen éxito, preservarían el uso de los pocos pozos con sistema de acueducto –medios descentralizados de acceso al agua por parte de los hogares– que han definido el "milagro del agua" de Bangladesh. En todos estos aspectos, es poco el trabajo que se hizo para entender las preferencias de los hogares rurales.

Un equipo del Programa de Agua y Saneamiento (WSP, por sus iniciales en inglés) del Comité de Desarrollo Rural de Bangladesh (BRAC, por sus iniciales en inglés) emprendió una encuesta integral de las preferencias de los hogares respecto de diferentes enfoques para la reducción del arsénico en zonas escogidas del Bangladesh rural. Los resultados indican que las comunidades le otorgan un elevado valor según les convenga. A no ser que las alternativas sean tan convenientes como las actuales bombas manuales, el viraje a pozos subterráneos, compartir los pozos, y otros mecanismos, tal vez no funcione. En realidad, hasta ahora no han tenido éxito como soluciones.

Las comunidades indicaron con firmeza su preferencia y disponibilidad a pagar por sistemas de filtrado centralizados y de base comunitaria, como sistemas locales de agua por tubería con un punto central de filtrado de contaminantes químicos y biológicos. Los sistemas de agua por tubería en red, introducidos en la zona de Broga por la Academia de Desarrollo Rural, sugieren el potencial de este tipo de sistema en Bangladesh. Este hecho ha sido confirmado por datos preliminares, los cuales indican la eficiencia en costos del agua por tubería en asentamientos con 300 hogares o más. Si se aplica a gran escala, este enfoque modificaría sustancialmente el carácter de las instituciones del agua en el Bangladesh rural –un cambio que las comunidades están dispuestas a emprender.

Fuente: Ahmad y otros (2002).

Tal vez la respuesta se halle por fuera del ámbito del agua y el saneamiento –y en la esfera reguladora de los centros urbanos. Primero, el reconocimiento formal por parte del gobierno de las comunidades informales y la oferta de algún tipo de tenencia han tenido gran influencia en la disponibilidad de la comunidad a invertir en infraestructura del hogar y trabajar colectivamente en infraestructura comunitaria (La Paz, en Bolivia, Ahmedabad, en India). Investigaciones sobre la recolección de basuras en asentamientos informales en Indonesia presentan evidencia empírica sobre la relación negativa entre derechos de propiedad imperfectos e inversión comunitaria en bienes públicos locales.[176] La investigación sugiere que mejorar la seguridad de tenencia aumenta la probabilidad de la recolección de basura en 32-44%.

Segundo, en zonas urbanas densamente pobladas, la disponibilidad del gobierno local a asignar terrenos públicos a sistemas de saneamiento ha facultado a las comunidades para desarrollar empresas de servicios comunitarias, contratándolas con terceros para mantenerlas y operarlas (Pune, en India). El uso está limitado a la comunidad mediante un cobro mensual recaudado por la comunidad y pagado al operador.

Tercero, las leyes municipales deben apoyar estándares flexibles y garantizar que las comunidades y los hogares pueden hacer arreglos con proveedores independientes. Leyes que permiten la prestación exclusiva del servicio se deben reemplazar por leyes que permitan enfoques y estándares diferentes.

Sin embargo, es necesaria una advertencia final acerca de la discusión sobre saneamiento. La evidencia histórica sugiere que la demanda de agua y saneamiento sigue una secuencia: primero el agua, seguida por el saneamiento y luego demanda de tratamiento de aguas servidas. Asimismo, la experiencia sugiere que en esta secuencia influyen muchos factores de los cuales los arreglos para la prestación del servicio en el sector son apenas uno de ellos. En este contexto, los encargados de la formulación de políticas deben seguir siendo realistas y pacientes sobre hasta dónde deben catalizar la demanda de saneamiento por medio de intervenciones externas. A no ser que estén insertos en un enfoque receptivo a la demanda, lanzar los subsidios a la letrina no resolverá el reto de aumentar el saneamiento.

Electricidad

Al igual que el agua, la electricidad contiene componentes urbanos y rurales –y aspectos de manejo de sistemas de redes y de no redes. En el escenario de redes, las cuestiones de separar al encargado de la formulación de políticas del proveedor, cobrar por los servicios, utilizar proveedores privados y desarrollar sistemas eficaces de reglamentación, son similares a los aspectos de la red de agua (recuadro 9.8).[177] Una diferencia básica es desagregar (antes que descentralizar) los servicios.

Respecto de la electricidad en entornos rurales, la extensión de la red de suministro de electricidad ofrece lecciones para administrar sistemas de no red en agua. Y el uso emergente de sistemas de electricidad de no red puede derivar lecciones del agua manejada por las comunidades en entornos rurales.

Sistemas de redes. La experiencia de América Latina, Europa Oriental y Asia Meridional indica que desagregar la cadena de electricidad en componentes de generación, transmisión y distribución es crucial para las reformas del sector –pero únicamente si el mercado es lo suficientemente amplio para soportar varios generadores de electricidad y, por ende, una competencia verdadera.[178] La desagregación abre un espacio a la competencia en los sectores pertinentes, principalmente la generación. La separación de los componentes también abre un espacio para obtener mejor información sobre la estructura de costos de cada eslabón de la cadena. La competencia y la información aumentan el poder del cliente.

Pero las funciones de transmisión y distribución son monopolios, y sin una reglamentación efectiva puede resultar difícil garantizar la separación entre el encargado de la formulación de políticas y el proveedor, y hasta reducir el espacio para introducir la competencia en la generación. A menos que la distribución se transfiera a diferentes tipos de propiedad, un gobierno nacional o regional como único propietario no dispondrá de muchos incentivos para separar sus responsabilidades de formulación de políticas de las operaciones del sistema de distribución.

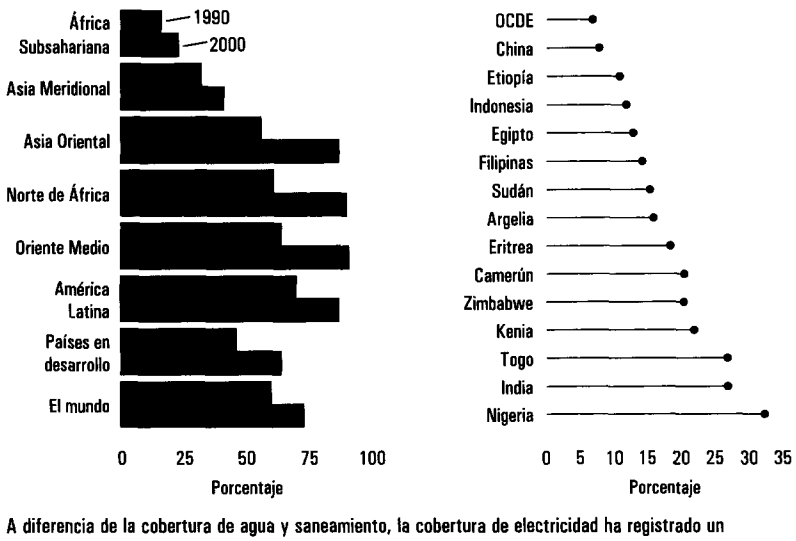
Privatizar la distribución es un enfoque de política de común ocurrencia, pero generalmente no se considera la posibilidad de descentralizar los activos de electricidad a los gobiernos locales. Aun donde los gobiernos locales son los propietarios de los sistemas de distribución –como en Suráfrica –el debate de política se refiere a la consolidación en sistemas regionales de distribución. Economías de escala y el campo de acción son los factores que impulsan

este debate y, tal vez, también las decisiones de política para otorgar subsidios cruzados de entornos urbanos a entornos rurales y mantener el subsidio cruzado en el sector. Curiosamente, en Mumbai y Kolkata, India, donde la electricidad está bajo el control de gobiernos locales, el suministro de electricidad ha sido una operación privada durante largo tiempo. Aun en Delhi –en efecto, una ciudad-estado– la distribución de energía es actualmente privada.

Redes rurales. La extensión de la red de suministro en las zonas rurales permite perspectivas sobre el agua y la electricidad de no red en las zonas rurales con respecto al restablecimiento de la relación entre el encargado de la formulación de políticas y los proveedores de servicios. Un modelo de cooperativas rurales ha surgido en los Estados Unidos, y se está adaptando en Bangladesh y Filipinas. Una organización nacional o regional de proveedores contrata con cooperativas comunitarias para ser los distribuidores en los poblados. En Bangladesh, la Junta de Electricidad Rural (REB, por sus iniciales en inglés) apoya a las cooperativas del poblado mediante asistencia técnica y transferencias fiscales de una parte de los costos de bienes de capital. Esto sería semejante a utilizar las empresas regionales de abastecimiento de agua para apoyar sistemas de suministro de agua administrados por la comunidad. Lo que es más importante, el propietario de la distribución no es el encargado de la formulación de políticas, sino los clientes. Desagregar la REB nacional en REB regionales, con algún tipo de referenciación, podría apoyar a los clientes en romper una posible relación monopolística entre la REB y las cooperativas.

No redes rurales. Organizaciones de proveedores rurales –o gobiernos locales– pueden asimismo apoyar sistemas de no red en poblados, utilizando en muchos casos energía renovable para generar electricidad. Tradicionalmente, los donantes han propuesto sistemas solares para los hogares –no diferentes del impulso tecnológico en letrinas. Pero los sistemas renovables de la actualidad pueden apoyar redes que cubran todo el poblado –similares a sistemas de agua por tubería que cubren todo el poblado– a fin suministrar electricidad AC para electrodomésticos de diversos tipos. Dependiendo de las condiciones locales, los sistemas también pueden ser de energía eólica, solar, mareomotriz, biogas, o híbrida, con generadores de combustible fósil como respaldo.

RECUADRO 9.8 ***¿Son diferentes las tuberías y los cables?***



A diferencia de la cobertura de agua y saneamiento, la cobertura de electricidad ha registrado un significativo aumento durante la última década. Pero a semejanza del agua y del saneamiento, la electricidad enfrenta retos de grandes proporciones en Asia Meridional y África y en las zonas rurales de casi todas las regiones del mundo. Y como en el caso del agua y el saneamiento, una mayor cobertura de la electricidad no implica automáticamente la prestación eficiente de un servicio. Los problemas de robo, suministro intermitente, acceso compartido –registrados ampliamente bajo el encabezado de pérdidas de electricidad– hacen que los cables no sean diferentes de las tuberías en el contexto de la creación de la responsabilidad en la prestación del servicio.

Fuente: Agencia Internacional de Energía (2002).

Impulso a la agenda de reforma hacia el futuro

India se revuelca y el Támesis hiede.

Consigna que se escuchaba en Londres en 1857.
El resultado: Chadwick y la revolución sanitaria en el Reino Unido[7-9]

Teniendo en cuenta la débil relación de opinión en los sectores de agua, saneamiento y electricidad, entre ciudadanos y políticos, una profunda reforma institucional surge generalmente de fuertes presiones en la maquinaria económica, política e institucional de un país. En Londres, la contaminación era una causa como la que mencionamos. En Johannesburgo, la bancarrota de la ciudad fue el acicate. En ciudades de África y América Latina, un impulso medular para la reforma de los servicios urbanos de agua y saneamiento es la combinación de problemas del sector y una crisis macroeconómica.[180]

La visión que la sociedad tiene del desarrollo económico es asimismo importante. En Australia, Chile y Perú, la estrategia de desarrollo económico dirigido al crecimiento fue el impulso para mejorar el desempeño de los mercados de agua y energía. De modo que las posibilida-

des para una reforma del sector parecen ser las mejores cuando existe una confluencia de reto natural, crisis fiscal y una disposición hacia la reforma institucional.[48] También es posible que las oportunidades de reforma se presenten únicamente por casualidad, cuando a su vez mayores opciones precipitan reformas sectoriales. ¿Cuáles son las medidas provisionales potenciales? ¿Puede ser estratégico un cambio progresivo?

Para las redes urbanas, el cambio exigirá separar las funciones de prestación del servicio de las de referenciación y reglamentación. Esta separación podría surgir de mantener la reglamentación en el rango de una instancia superior del gobierno –central o regional– mientras se dispersa la propiedad de los activos de agua y saneamiento hacia gobiernos de instancia inferior y el sector privado. Sin responsabilidades de la propiedad, el encargado de la formulación de políticas, de instancia superior, dispondría de mayores incentivos para utilizar instrumentos fiscales, referenciación y reglamentación para fomentar mejoras en la prestación del servicio. Estos incentivos son menos inherentes en un modelo donde el regulador, el proveedor y el propietario son uno solo y el mismo. Cobrar a los usuarios por los servicios consolida esta separación involucrando directamente a los clientes en la cadena de servicio mediante la ruta corta de la responsabilidad.

Cuando la introducción de la participación del sector privado se ve atemperada por la política u otros factores, tal vez el cambio estratégico debe ser el primero en ocurrir mediante cambios en la propiedad y relaciones de responsabilidad entre instancias del sector público. Curiosamente, la historia de algunos países industrializados sugiere que la propiedad privada puede precipitar una senda más creíble para la participación del sector privado, en particular si los gobiernos locales son eficaces para fortalecer la opinión.

Cuando existen los gobiernos locales y los servicios de agua y saneamiento se han delegado en éstos, el reto de una mejor prestación del servicio radicaría en lograr que la descentralización funcione. Cuando no existen los gobiernos locales, aunque se perdería el rasero de la propiedad descentralizada, quedarían la referenciación y la reglamentación del sector público. Pero para que este tipo de estrategia sea efectiva, cobrar por el agua sería todavía más vital. Facultaría a los proveedores a lograr algún grado de independencia en las operaciones y, lo más importante, daría a los clientes una función que cumplir para sostener la separación y garantizar que la reglamentación de los proveedores públicos sea efectiva. En este contexto, introducir actores privados en unas cuantas empresas de servicios mejoraría la efectividad de la referenciación de los proveedores públicos.

Cuando este enfoque de mayor alcance de lograr que los servicios funcionen para todos no es posible, un enfoque dirigido para servir a los pobres usando pequeños proveedores independientes continúa siendo una opción. En realidad, y cada vez más, proveedores independientes pueden surgir al margen como un rasero crítico para lograr que los servicios funcionen para los pobres.

Para los sistemas rurales –sistemas administrados por la comunidad y autoprestación– el reto consiste en buscar mecanismos para que el encargado de la formulación de políticas apoye el poder del cliente, usando gobiernos locales, empresas regionales de servicios y proveedores independientes. Se trata de un modelo similar al de las cooperativas de electricidad rurales apoyadas por una organización de proveedores que permite un centro técnico y fiscal. Cuando los gobiernos locales proveen este centro, el canal de opinión es directo; cuando las empresas de servicios son el mecanismo de apoyo, el canal de opinión es indirecto. Cuando estas opciones no son posibles, el enfoque –no obstante lo insatisfactorio que pueda ser– de proyectos comunitarios dirigidos continúa vigente.

Con respecto al saneamiento, el enfoque se hace en la acción colectiva –cambiar el comportamiento y movilizar a las comunidades para invertir en infraestructura comunitaria. Para apoyar este enfoque, los pactos entre encargados de la formulación de políticas y ONG serían lo más indicado. En las zonas urbanas, donde puede existir una demanda superior de servicios de saneamiento, los encargados de la formulación de políticas pueden respaldar el poder del cliente permitiendo funcionar a proveedores independientes y apoyando la tenencia en asentamientos informales. Una versión más progresista sería similar a la del sector del agua en las zonas rurales –con una organización proveedora pública apoyando la prestación del servicio por ONG en zonas determinadas de antemano.

Pero si el fracaso de opinión es la razón de que los servicios de infraestructura le hayan fallado a los pobres, la intervención dirigida no puede conformar la base de una reforma institucional. Reformar las relaciones de responsabilidad continuaría siendo el desafío de política.

Responsabilidad en los servicios urbanos

En 1999, Transformation Lekgotla, el organismo político encargado de resolver la crisis financiera e institucional de Johannesburgo, Suráfrica, nombró a un nuevo equipo de gestión de la ciudad. La labor del equipo era clara: no arreglar las luces de los semáforos sino arreglar las instituciones que arreglan las luces de los semáforos.[482] *La solución era un plan a tres años –"iGoli 2002"– para reconfigurar los servicios urbanos.*[483]

De acuerdo con la mayoría de estándares del mundo en desarrollo, Johannesburgo no es una ciudad pobre. Sin embargo, enfrenta graves desafíos en términos de desarrollo y prestación de servicios. El *apartheid* aseguró que los barrios suburbanos residenciales exclusivamente blancos contaran con servicios eficientes, obligando a los residentes negros a mudarse a barrios de tugurios subdesarrollados y de crecimiento descontrolado. El problema más profundo de la desigualdad ha empeorado la pobreza, el desempleo y la falta de vivienda.

En 1995, el Municipio Metropolitano de Johannesburgo fue elegido por votación democrática para resolver los desequilibrios en la prestación de servicios. Poco tiempo después, se vería envuelto en una crisis fiscal e institucional.

Johannesburgo no era una, sino cinco instituciones, con un Concejo Metropolitano incluyente y cuatro concejos de nivel primario. Cada uno podía decidir sus prioridades y mejorar su presupuesto. Pero las responsabilidades de los servicios básicos estaban distribuidas entre las dos instancias, y solamente en el monto global los presupuestos operativos de los concejos tenían que quedar equilibrados, lo que significaba que cada concejo podía dedicarse a gastar tranquilamente en el supuesto de que los superávit en otros rubros compensarían sus deficiencias.

Este arreglo era una receta segura para el desastre. Cada municipio se dedicó a gastar dinero a lo loco, y se emprendieron ambiciosos planes de infraestructura sin contar con los recursos financieros. Con ingresos en franco deterioro –debido a una cultura de no pago de servicios, herencia de las luchas contra el *apartheid,* la pobreza, y el inadecuado control del crédito– la situación empeoró. La ciudad se vio obligada a recurrir a sus reservas, pero éstas no eran suficientes, y para finales de 1997 la ciudad no pudo pagar más los créditos de mayor cuantía. En el punto álgido de la crisis, la ciudad mostraba un déficit operativo de 314 millones de rands.

Johannesburgo se encontraba en graves problemas. Dado que el gobierno nacional tenía responsabilidades descentralizadas, se atuvo a las reglas intergubernamentales y no estuvo dispuesto a sacar a la ciudad de apuros. Así que Johannesburgo se vio obligada a salir por sí misma de su propia crisis.

Siguieron dos años de severos recortes. Culpando a los funcionarios públicos de la crisis, los políticos cogieron con mayor fuerza las riendas de las decisiones rutinarias, dando fin a la discreción de la gestión. Recortaron los presupuestos de bienes de capital y operaciones, y hasta los gastos necesarios para mantener niveles mínimos de servicio. Congelaron la nómina oficial, ocasionando enormes aumentos de la carga de trabajo de los funcionarios a medida que desesperados funcionarios comenzaron a marcharse. Y empezaron a explorar asociaciones entre el sector público y el privado.

La ciudad del oro: iGoli 2002

El nuevo equipo de gestión de la ciudad se dio cuenta de que Johannesburgo necesitaba un nuevo sistema de responsabilidad de la prestación del servicio dentro de una arquitectura institucional completamente diferente. Para resolver la fragmentación y el agudo riesgo moral, la ciudad tenía que ser reunificada. El debate político se centró en dos modelos de coordinación metropolitana:

- Definir con mayor claridad las normas de fijación de impuestos, transferencias fiscales y prestación del servicio entre las instancias metropolitana y municipal, fortaleciendo ambas.
- Crear un gobierno metropolitano de una sola instancia.[484]

Johannesburgo optó por un híbrido. Centralizó la autoridad política, la gestión del Tesoro y la planeación espacial bajo un gobierno metropolitano. Pero organizó la prestación del servicio por medio de estructuras descentralizadas, lo que significó fusionar cinco concejos separados en una municipalidad incluyente, creando estructuras integradas de prestación de servicios con nuevos incentivos.

Responsabilidad en la prestación del servicio

Bajo un concejo metropolitano, iGoli 2002 escindió la institución encargada de la formulación de políticas y reglamentación de las instituciones encargadas de su aplicación. Por una parte, una administración medular continuó siendo responsable de la planeación estratégica, administración de contratos y servicios corporativos como finanzas, planeación y comunicaciones. Por el otro, se crearon dos conjuntos de entidades operativas: once nuevas administraciones regionales para bibliotecas, salud, recreación y otros servicios comunitarios; y entidades financieramente cerradas, semiindependientes, de uso único, para revisar servicios municipales más importantes.

Estos organismos operativos fueron la principal innovación de iGoli 2002.

- Se crearon tres empresas para prestar servicios basados en cobros a los usuarios –agua y saneamiento, electricidad y manejo de desechos.
- Se establecieron dos agencias –para parques y cementerios, y para vías y aguas pluviales– donde los gastos tendrían que seguirse cubriendo con recaudos de impuestos.
- Unidades más pequeñas de tipo corporación se crearon para instalaciones como el zoológico y el teatro cívico.

Todas ellas fueron creadas como nuevas compañías, con el concejo como accionista único.

Dos unidades básicas dirigirían y vigilarían los nuevos organismos: una unidad corporativa de planeación para encargarse de la planeación estratégica de toda la ciudad y una unidad de gestión de contratos para regular los servicios en funcionamiento mediante una gama de instrumentos nuevos, entre ellos, acuerdos de uso de licencias y acuerdos de servicio anual.

Una medida no se ajusta a todo

Como los organismos en funcionamiento no están obligados por normas administrativas incluyentes, tienen campo de acción para diferenciarse. Cada uno de ellos podría establecer diferentes estructuras de gestión, jerarquía para la presentación de informes, delegaciones, descripción de puestos de trabajo, sistemas de gestión del desempeño y procedimientos

operativos. Cada organismo podía configurar su responsabilidad interna para acomodarse a un entorno determinado de prestación de servicios. Veamos tres ejemplos:

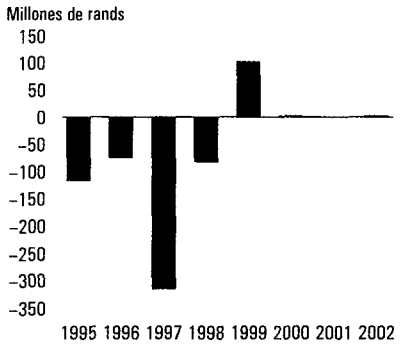
- Los departamentos de agua y saneamiento se fusionaron en un solo departamento y, según la Ley de Empresas, fueron convertidos en una empresa de servicios públicos de propiedad de la ciudad y con una junta directiva. Los bienes de capital y los trabajadores de los departamentos fueron transferidos a la empresa, a la cual pusieron bajo un contrato a cinco años con una compañía privada.
- El departamento de vías fue convertido en una entidad de propiedad de la ciudad con una junta profesional, y dividido en dos departamentos: planeación y contratos. El departamento de contratos funcionaba de acuerdo con resultados específicos fijados por el departamento de planeación, con la amenaza de que el fracaso en cumplir con los estándares fijados significaría la contratación con proveedores externos de las tareas asignadas a este departamento.
- La compañía de gas fue vendida al sector privado.

Las reformas otorgaron a los organismos operativos una independencia administrativa. Por ejemplo, los salarios habían sido ajustados para atraer personas altamente calificadas, y se habían instaurado nuevos sistemas para todo, desde la gestión de recursos humanos hasta la medición remota de la presión del agua –aumentando la productividad y la eficiencia del servicio. Y también han introducido innovadores programas de capacitación de personal y sistemas de pago asociados con el desempeño.

Los organismos funcionan a distancia del concejo, pero la responsabilidad se ha visto fortalecida porque el mecanismo primario ha dejado de ser el informe al comité, imposible de digerir, sobre asuntos operativos de todos los días. Ahora los ediles se concentran en la vigilancia estratégica y los funcionarios son responsables de resultados definidos con gran claridad en acuerdos del nivel de servicios. La presentación de informes se hace mediante canales estructurales, o bien ante la unidad de gestión de contratos o ante las juntas directivas de la compañía, de la cual hacen parte expertos externos capaces de investigar los resultados del servicio.

Los organismos operativos también han creado foros de usuario, permitiendo a las comunidades dar a conocer sus necesidades, exponer sus quejas y hasta participar activamente en la prestación del servicio. Los funcionarios se muestran mucho más sensibles a los siempre cambiantes desafíos de la prestación de servicios.

Figura 1 Regreso a un superávit operativo, gracias a iGoli 2002



Fuente: Allan, Gotz y Joseph (2001).

Estos avances en la gestión ya se han traducido en mejor prestación del servicio. Por primera vez, la recolección de basuras se ha extendido a los vecindarios más pobres. Flotas de buses nuevos prestan servicio a las comunidades apartadas. Además, el gasto en la infraestructura del agua ha aumentado y los servicios de agua se han expandido. Asimismo, los resultados se notan en la situación financiera de la ciudad, con significativos adelantos en los presupuestos de operaciones y de bienes de capital (figura 1).

Involucrar a otros grupos de interés

Trabajo: A pesar de prolongadas negociaciones con los trabajadores organizados, iGoli 2002 no logró su respaldo. Según grupos de trabajadores, la crisis de la ciudad no fue el resultado de un fracaso de diseño institucional. Más bien, fue el resultado de "una falta de competencias y experiencia, y el hecho de que la administración no se mostró dispuesta a (establecer) organizaciones funcionales... y decisiones financieras poco sólidas".[485]

Gobierno nacional: El equipo negoció un subsidio de reestructuración del orden de 500 millones de rands con el Tesoro Nacional para apoyar a iGoli a cambio de un compromiso de aplicar oportuna y rotundamente sus elementos básicos. Se trata de un mecanismo clave de responsabilidad entre los gobiernos nacional y de la ciudad y se ha convertido en un sistema de incentivos para catalizar la reestructuración completa de una ciudad y en todo el país.

Mercados de capital: Con base en la fortaleza de las reformas, la administración buscó una nueva clasificación crediticia, con el objetivo de recuperar la confianza de la comunidad bancaria de la ciudad. En la medida en que la ciudad dio un vuelco de un elevado déficit a un presupuesto equilibrado, los gastos de capital financiados por los mercados aumentaron de 300 millones de rands a más de 1.000 millones en el curso de dos años.

Riesgos y perspectivas

¿Mantendrá Johannesburgo la separación entre la formulación de políticas, proveedores y reguladores? Las funciones de clientes y contratistas continúan evolucionando. Todavía queda alguna capacidad de aplicación en el corazón de la administración. Al igual que en el pasado, a veces los gerentes deben presentarse ante los concejales para explicar sus acciones. También quedan debates de gobernabilidad sin resolver, mientras el concejo solicita una mayor representación de los ediles en las juntas de los organismos operativos.

Los factores prioritarios para sostener el compromiso con los principios de iGol 2002 serán cinco:

- Mantener la unidad de control y reglamentación de los organismos operativos en el seno de la administración de la ciudad; estos organismos no son ni legal ni administrativamente independientes.
- Mantener la autonomía y capacidad operativa de la unidad de gestión de contratos –y por consiguiente la independencia de los organismos operativos.
- Referenciar los estándares de prestación de servicios, controlándolos en el tiempo y facilitando el acceso a la información.
- Garantizar que la descentralización fiscal y financiera continúe siendo obligatoria. Será más probable que los municipios que dependen básicamente de sus propias fuentes de ingresos para desarrollar sus deberes democráticos sin garantías nacionales, sean responsables ante sus ciudadanos. El actual sistema intergubernamental ha delegado en las ciudades la autoridad y la responsabilidad; esto debe continuar.
- La adhesión consistente de ediles y funcionarios a una estrategia bien definida, valiente y de largo alcance. Sostener el impulso requerirá de mayor opinión del ciudadano en todos los ámbitos. Los organismos operativos descentralizados y las regiones administrativas cuentan con mecanismos para comprometer a los ciudadanos. Usarlos resultará vital para sostener a iGoli 2002.

Elementos básicos del sector público para la reforma de los servicios

capítulo 1

Para formas de gobierno, dejad que los tontos protesten; cualquier cosa que esté mejor administrada, es lo mejor.

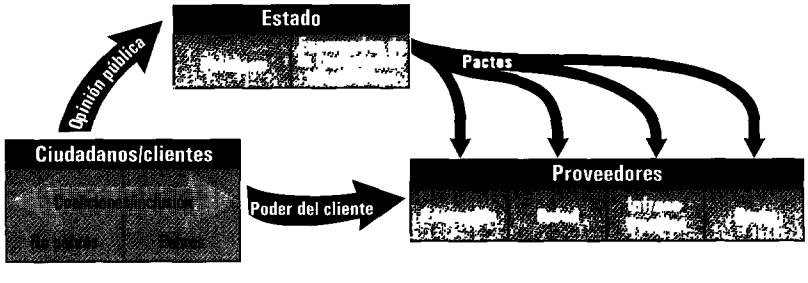
Alexander Pope, *Essay on Man*

Para que los servicios básicos de educación, salud e infraestructura funcionen para los pobres, los gobiernos tienen que involucrarse. Si los gobiernos cumplen esta responsabilidad suministrando, financiando, regulando o controlando los servicios o dando información sobre ellos, el funcionamiento básico del gobierno debería reforzar, no socavar, servicios eficientes.

Cuando los gobiernos no funcionan bien, no pueden sostener los ordenamientos institucionales y las relaciones de responsabilidad que producen servicios adecuados. Observando todo lo que hacen los gobiernos, es probable que las mayores recompensas por la prestación de servicios provengan de unas pocas acciones clave: gastando con prudencia y de manera previsible en armonía con las prioridades y coordinación entre sectores; manejando la descentralización de modo de cosechar los beneficios de estar más cerca del cliente; desarrollando y desplegando capacidad administrativa para tomar decisiones sensatas en las altas esferas y ejecutarlas bien; reduciendo la corrupción, y aprendiendo del éxito y del fracaso.

Las reformas al sector público toman tiempo y habilidosa navegación política. Estar de acuerdo con metas convenientes es fácil. Manejar la transición es difícil. Cuando las capacidades iniciales son escasas, tal vez sea necesario recorrer en etapas cortas la senda hacia un mejor desempeño –lo que el presente Informe denomina incrementalismo estratégico. El punto de partida es reformar incentivos básicos que fortalezcan la responsabilidad y mejoren el desempeño acercándolo a estándares formales. A medida que los incentivos se van ajustando mejor y se interiorizan mejor, y conforme crece la capacidad administrativa, es posible aplicar reformas más avanzadas para apoyar un cambio institucional más profundo e intensificarlo. A lo largo de este proceso, las lecciones de éxito y de fracaso deben guiar estas reformas.

Gráfico 10.1 Fortalecer los cimientos del sector público para la prestación de servicios exige coordinar muchas relaciones contractuales



Fortalecimiento de los cimientos del gobierno

Los gobiernos son esenciales para hacer que los servicios básicos funcionen para los pobres; sin embargo, una escuela oficial en un pequeño poblado no garantiza que los niños aprendan, ni una clínica de maternidad puede garantizar que las madres den a luz con seguridad. Ambas necesitan transferencias presupuestarias oportunas, servicio de electricidad confiable, vías de comunicación, integridad en la contratación estatal y servidores públicos competentes. Para sostener servicios que funcionen, asimismo deben funcionar las estructuras más amplias en las bases del gobierno.

Ya se trate de suministrar, financiar, regular o controlar los servicios, los gobiernos que tienen un enfoque en los resultados para los pobres deben fortalecer la relación contractual entre encargados de la formulación de políticas y proveedores a lo largo de la ruta larga de la responsabilidad.[486] Respecto de los servicios básicos de educación, salud e infraestructura, los encargados de la formulación de políticas deben tratar con múltiples relaciones contractuales con proveedores a través de sectores, espacio y tiempo (gráfico 10.1). Así como un conjunto de música hace música magnífica cuando está bien coordinado, y no porque lo

integren algunos músicos virtuosos, fortalecer la ruta larga es más fácil cuando el negocio *general* del gobierno funciona bien a través de toda la gama de actividades de gobierno, y no sólo en unos pocos sectores u organismos. Cuanto más sólido sea el funcionamiento básico del gobierno, tanto más sólidos son los cimientos para las reformas a los servicios.

Para manejar las actividades transversales de los gobiernos, las tres estructuras institucionales con probabilidad de influir en la prestación de servicios son presupuestos, descentralización y administración pública. Se trata de tareas fundamentales para un gobierne que quiera hacer que los servicios funcionen para la gente: asignando rubros presupuestarios y ejecutándolos; organizando y controlando las instancias del gobierno que proveen, financian, regulan o controlan los servicios; y administrando a los empleados públicos involucrados en la prestación de servicios.

Sabiduría en el gasto

Cuando los servicios les fallan a los pobres, casi siempre el mejor lugar para buscar el problema fundamental es determinar la forma en que el gobierno gasta el dinero. Si los políticos y los encargados de la formulación de políticas gastan más de lo que pueden gastar, los servicios se deterioran. Si los presupuestos quedan mal asignados, la financiación de los servicios básicos continúa siendo insuficiente y los proveedores principales quedan en desventaja. Y si hay malversación de fondos, se deteriora la calidad y la cantidad de los servicios y el acceso. El presupuesto es el vínculo crucial en la ruta larga de la responsabilidad que conecta a los ciudadanos con los proveedores a través de los políticos y de los encargados de la formulación de políticas.

La gestión del gasto público –formulación, ejecución y presentación de presupuestos anuales– es una labor exigente, en particular cuando las capacidades son limitadas y la ruta larga de la responsabilidad es débil. En el capítulo 5 se analiza la forma como las iniciativas presupuestarias de los ciudadanos pueden aumentar su opinión. En el presente capítulo se examina la forma como políticos y encargados de la formulación de políticas pueden fortalecer el pacto aprovechando la gestión del gasto público para alcanzar sistemáticamente tres resultados deseables que pueden cimentar servicios efectivos: disciplina fiscal agregada, eficiencia y equidad en las asignaciones e impacto operativo.[487]

Disciplina fiscal agregada

En ausencia de un mecanismo eficaz para resolver las peticiones presupuestarias de políticos, ministros del sector y gobiernos subnacionales, los gastos públicos superarán los fondos disponibles. Los déficit fiscales insostenibles resultantes pueden traducirse en alta inflación, altas tasas de interés y déficit creciente en la cuenta corriente. Pese a la lógica simple de este argumento –y en ocasiones impulsados por perturbaciones externas– los países caen en crisis macroeconómicas que inevitablemente terminan en privaciones. Los países en crisis tal vez no tengan otra opción que recortar servicios básicos, aun si la cadena de prestación de servicios normalmente funciona bien. Argentina es apenas el ejemplo más reciente (recuadro 10.1).

Los países pueden inculcar disciplina fiscal fortaleciendo la formulación de presupuestos por parte del ministerio de hacienda. Restricciones constitucionales o legislativas pueden frenar legislaciones y ministerios. Brasil y Chile tienen leyes sobre responsabilidad fiscal que limitan los déficit presupuestarios. En Colombia, Perú, Filipinas y Uruguay, la constitución restringe o prohíbe enmiendas para aumentar los presupuestos. Una sensata gestión del gasto público exige proyecciones confiables de los ingresos y presupuestos globales que no oculten garantías ni otros pasivos contingentes. Cuando los presupuestos no son globales, las consecuencias pueden ser duras, como lo comprobó Tailandia en 1997, cuando los pasivos contingentes de los sectores de la banca y las finanzas golpearon inesperadamente al gobierno y provocaron una crisis financiera en toda la región.

RECUADRO 10.1 ***El impacto de la crisis de Argentina en los servicios de salud y educación***

Después de tres años de recesión, la crisis económica y financiera de Argentina llegó al punto álgido a finales de 2001. El impacto social de la crisis ha sido devastador. Las tasas de pobreza han subido a 40%. Es creciente la evidencia sobre el deterioro en la calidad de los servicios, el acceso y uso de los servicios sociales. Aproximadamente 12% de las personas con seguros formales de salud descontinuaron o redujeron su cobertura, aumentando la carga sobre hospitales públicos ya cortos de fondos: los proveedores tradicionales para los no asegurados. Las dificultades con las transferencias federales han producido una grave escasez de suministros médicos en toda la red de hospitales públicos. La presión a favor de mantener los fondos para tratamientos curativos de alto costo ha continuado erosionando los ya disminuidos recursos asignados a la atención primaria de la salud. Es probable que la salud de madres e infantes se encuentre en riesgo. Datos de vigilancia epidemiológica revelan un aumento de algunas enfermedades endémicas.

La educación también ha sido golpeada: demoras en el pago de los salarios y paros laborales en algunas provincias. Durante 2002, aproximadamente la tercera parte de las provincias sufrieron cierres de escuelas de 20-80 días en un año escolar de 180 días. Muchas provincias se vieron obligadas a concentrar sus menguantes recursos en salarios, reduciendo drásticamente la financiación para almuerzos escolares, infraestructura de las escuelas y otras inversiones.

Fuente: Personal del Banco Mundial

Cuadro 10.1 ¿Mercados falibles, gobiernos falibles, o ambos?

		Falla del gobierno	
		Alta	**Baja**
Falla de mercado	**Alta**	Situaciones ambiguas, difíciles de controlar, en las cuales la falla del gobierno pueda agobiar la falla de mercado y, por tanto, la financiación pública por razones de eficiencia o equidad tal vez no funcione para los pobres (los maestros oficiales de educación primaria no se presentan al trabajo, los tratamientos en los hospitales públicos sólo cubren a los no pobres). El gasto público debería dirigirse a aumentar el poder del cliente mediante subsidios del lado de la demanda, copagos, control del cliente, control de proveedores por pares, e información; fortaleciendo la opinión (por medio de la descentralización, ordenamientos de la prestación que produzcan mayor información, análisis participativo de presupuestos); y apoyo a proveedores altruistas. El mercado y la prestación de servicios dirigida por la comunidad se deben aprovechar para fortalecer las instituciones públicas en el tiempo.	Fallas del mercado impiden que los servicios beneficien a los pobres. Dependiendo del carácter de las fallas del mercado, las acciones podrían ir desde la prestación pública o financiación (subsidios) hasta la reglamentación o la divulgación de información que no desplace las respuestas privadas o que al menos las tenga en cuenta.
	Baja	Prestación privada y financiación con reglamentación pública apropiada o educación.	Prestación privada con reglamentación apropiada, e intervenciones públicas dirigidas a la equidad y sustentadas por respuestas privadas potenciales.

Eficiencia y equidad en la asignación de recursos

Como lo indica claramente el capítulo 2, para que los servicios básicos de educación, salud e infraestructura funcionen para los pobres, los gobiernos deben involucrarse. Lo anterior requiere una sensata ejecución presupuestaria. Asignaciones presupuestarias efectivas y orientadas a los resultados son tanto un efecto de la ruta larga de la responsabilidad, como una fuente de su fortaleza, en particular en lo que respecta a la relación entre encargados de la formulación de políticas y proveedores. ¿Cómo podrían los gobiernos asignar presupuestos para mejorar los resultados en educación y salud? Primero, la lógica de la eficiencia para la intervención del gobierno: ¿existen fallas de mercado causadas por bienes públicos o externalidades? o ¿la meta es la redistribución a favor de la equidad? Segundo, frente a esta lógica, ¿cuál es el instrumento indicado –la prestación pública o financiación, o reglamentación, o educar al público? Tercero, ¿cuáles son los costos fiscales en el tiempo, y cómo sus beneficios proyectados se comparan con los beneficios de los gastos en otros rubros que el gobierno debería financiar? Al analizar estas cuestiones, políticos y encargados de la formulación de políticas deben prestar atención particular a lo que se conoce sobre los determinantes de múltiples sectores de los resultados de la salud y la educación en su país (*ver* Comprimido 1.1). Reducir la mortalidad infantil puede tener mucho que ver con la forma en que, por ejemplo, el ministerio de aguas (agua limpia) o el ministerio de salud (alfabetización femenina) obtienen y utilizan su presupuesto y con la gestión del ministerio de salud.

Son muchos los escollos que existen para considerar la lógica y los instrumentos para intervenciones del gobierno. Centrar la atención en las fallas del mercado únicamente (asimetría de información, mercados de seguros inexistentes) supone que las fallas de ejecución del gobierno son intrascendentes. Cuando así es en realidad, la prestación o la financiación pública es adecuada (cuadro 10.1). Pero, cuando las fallas del gobierno superan las fallas del mercado, pasarlas por alto puede llevar a elevados gastos públicos que benefician solamente a los no pobres o a servicios tan deficientes que sus costos de oportunidad superan sus beneficios para la mayoría de los pobres. En el tratamiento clínico, difícil de controlar, si los hospitales rurales de salud básica carecen de personal profesional y de medicinas y el clima político no está a favor de los pobres, la prestación pública del servicio o aun subsidios a la prestación privada pueden no funcionar para los pobres. Alternativas mejores serían financiar subsidios a la salud del lado de la demanda y hospitales de distrito donde el control sea más fácil y la presión de pares para los médicos pueda funcionar. Cuando el control es fácil, como en las campañas de vacunación, contratar la prestación privada de servicios puede ser una buena opción.

Asimismo, ignorar la probable respuesta privada a las intervenciones públicas (como desplazar a proveedores privados, o efectos de los subsidios públicos sobre el ingreso de los hogares) puede llevar a gastos públicos ineficaces. Gastos públicos a favor de la equidad pueden terminar ayudando a los no pobres, si en la formulación de políticas se hace caso omiso del análisis que sugiere que los servicios o el dinero nunca llegan a los pobres.

Los anteriores interrogantes sobre lógica e instrumentos no se pueden resolver sin información detallada sobre el sector, el servicio, el

carácter y profundidad de las fallas del mercado y del gobierno, quién se beneficia (incidencia del gasto) y respuestas privadas a intervenciones públicas. Esta información debe desarrollarse mediante un trabajo analítico profundo (en sí mismo un bien público que los gobiernos y sus asociados externos deberían financiar). Determinar los verdaderos costos e impactos de las decisiones de asignación no resulta fácil, sobre todo cuando organismos interesados del sector tienen fuertes incentivos para manipular o retener información del ministerio de hacienda. Esta asimetría de información puede llevar a prácticas perversas (como que los ministerios del ramo retrasen los pagos a años posteriores) que reduzcan la transparencia del presupuesto y su alineación con prioridades globales y las factibilidades de lo que funciona.

En años recientes, varios países han abordado estos problemas de transparencia y orientación de resultados en la formulación de presupuestos por medio de estructuras de gastos a mediano plazo. Estas estructuras de muchos años hacen más transparentes los compromisos entre sectores y tiempo y sincronizan la fijación de prioridades a mediano plazo con el ciclo anual del presupuesto. Ofrecen la promesa de una mejor gestión presupuestaria, si bien su ejecución inicial sugiere que hacer realidad estas ganancias toma algo de tiempo, esfuerzo y mejoras paralelas en la ejecución y presentación de presupuestos.[488]

Si se ejecuta como se debe, una estructura de gastos a mediano plazo puede reducir los incentivos para el juego burocrático y revelar los verdaderos costos de las opciones políticas que se toman en el presupuesto. Puede abordar con gran provecho la asimetría de información entre el ministerio de hacienda y los organismos del sector, porque su sistema de cálculos a futuro exige a los ministerios del ramo establecer los costos de sus programas en el mediano plazo –en esencia, un presupuesto rotatorio a tres o cuatro años. Un sistema de cálculos a futuro que funcione bien puede inducir a los organismos del ramo a reservar fondos para costos recurrentes y mejorar la prestación de servicios afectados por mal mantenimiento, como las escuelas primarias.

Conforme crece la capacidad de gestión, una estructura de gastos a mediano plazo puede ofrecer otras ventajas. Es posible desarrollar estructuras de gastos específicas a cada sector y vincularlas con la estructura global, aumentando la confianza en el sentido que el presupuesto se está orientando más hacia los resultados (en el capítulo 8 se analiza este enfoque de la fijación de presupuestos para la salud en Malí). Con una estructura de muchos años, los encargados de la formulación de políticas pueden dirigir su atención a nuevos programas, ya que solamente sería necesario actualizar las asignaciones para programas existentes, decididas en años anteriores. Con mayor transparencia, los ministerios de hacienda pueden exigir a los ministerios del sector proponer recortes en actividades en curso para pagar los nuevos programas. Los ministerios del ramo tendrían un incentivo para conocer los programas menos efectivos en cualquier momento en el tiempo, creando una demanda de capacidad de control sistemático y evaluación de impacto y de retroalimentación del cliente.

Sin embargo, a pesar de todas sus ventajas, las estructuras de gastos de mediano plazo no son un plan mágico. Resultados agregados y sectoriales y desarrollo de capacidad ponen de manifiesto una imagen variada. Algunas aplicaciones están creciendo con lentitud (en Albania, Suráfrica, Uganda), otras apenas comienzan a cuajar (Rwanda, Tanzania), mientras otras avanzan penosamente (Bolivia, Burkina Faso, Camerún, Ghana, Malawi).[489] En el presupuesto de desarrollo de Malawi para 1996-97, a la salud se le asignó un 21% del total, pero sólo recibió el 4%.[490] Es difícil ejecutar estructuras de gastos de mediano plazo, tal vez se necesitan doce años o más, como lo demuestra la experiencia de los primeros países que adoptaron este sistema, por ejemplo Uganda. Una cimentación sólida de la ejecución y presentación de presupuestos parece ser la clave, pero también es difícil de lograr. Ejecutar una estructura de gastos de mediano plazo puede servir para construir lo básico, como pueden hacerlo las iniciativas de fijación participativa de presupuestos, analizadas en el capítulo 5. Entre otros factores de éxito se incluyen una cuidadosa coordinación de la ejecución con la capacidad, mantener las proyecciones y estimaciones presupuestarias dentro del terreno de la realidad, distinguir entre la responsabilidad ministerial colectiva en el gabinete y los intereses de ministerios individuales, e involucrar a los ministros del ramo en la fase estratégica antes de considerar estimaciones detalladas, cuando la lógica y los instrumentos para la intervención pública se puedan analizar con cuidado en toda su extensión.

Impacto operativo

En el análisis final, hasta las mejores asignaciones presupuestarias son sólo tan buenas como su impacto en los resultados esperados para los

pobres. Después de examinar el ingreso nacional, estudios comparativos indican que el gasto público per cápita y los resultados apenas si se relacionan (capítulo 2). Cambios similares en el gasto se asocian con cambios diferentes en los resultados, y cambios diferentes en los resultados se asocian con cambios diferentes en el gasto. Lo anterior no significa que la financiación pública no pueda tener éxito –países como Tailandia han reducido drásticamente las tasas de mortalidad infantil por medio de compromiso, políticas apropiadas y gasto adecuado. Pero esto no significa que, a menos que esté orientado a los resultados, el gasto público será ineficaz. En los últimos años se ha observado una gran presión para hacer a encargados de la formulación de políticas y proveedores responsables, no solamente de la forma cómo gastan el dinero, sino también de sus realizaciones –respecto de productos intermedios y resultados finales. Los países utilizan diversos instrumentos: enfoques de programas de sector único y sector múltiple, alineamientos de estrategias nacionales globales con presupuestos, herramientas para verificar a dónde va el dinero y controles de vigilancia más severos para reducir el fraude y la malversación de dineros públicos.

Enfoques programáticos. Proyectos individuales de inversión pueden quedarse cortos en sus objetivos si hacen caso omiso de relaciones o intercambios negativos (*trade-offs*) en el tiempo y en el espacio o con otros sectores. En el capítulo 11 se analizan enfoques de ámbito de sector como un método para mejorar el impacto del desarrollo, construir asociaciones más fuertes de donantes, mejorar la gestión de los recursos del sector y aumentar los logros. Utilizados en países tan diversos como Bangladesh, Bolivia, Brasil, Burkina Faso, Etiopía, Ghana, Malí, Mozambique, Paquistán, Tanzania y Zambia, los enfoques de ámbito de sector demuestran que, en el tiempo, estrategias y objetivos se articulan mejor, y se establecen mejor información, control y evaluación de gestión, y sistemas de planeación de recursos, en sectores que utilizan estos enfoques que en aquellos que no lo hacen.

Estrategias de reducción de la pobreza. Una estrategia de reducción de la pobreza de un país puede explícitamente vincular los gastos públicos con la prestación de servicios para los pobres, construir propiedad de país y fortalecer el poder de voz del ciudadano por medio de consultas con la sociedad civil. En 1999, los países de ingreso bajo comenzaron a preparar Documentos de Estrategia de Reducción de la Pobreza (PRSP, por sus iniciales en inglés), como base para préstamos favorables del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, y para el alivio de la deuda, según los términos de la Iniciativa mejorada de la Deuda para Países Pobres muy Endeudados (PPME)[491]. Muchos países y donantes han recalcado una mejor gestión del gasto público como un mecanismo para rastrear el gasto a favor de los pobres y una mayor responsabilidad de donantes y receptores respecto de la ayuda externa. Una reciente revisión de las capacidades de rastreo del gasto a favor de los pobres de sistemas de gestión de presupuestos entre los PPME, indica que todavía les falta mucho camino por recorrer.[492] En tanto reconocen que las mejoras en la gestión del gasto público tomarán tiempo,[493] ambos, grupos de interés internos y donantes, han resaltado la necesidad de desarrollar y aplicar planes detallados de mejoramiento.

En el mejor de los casos, aunque las estrategias de (reducción de la) pobreza deberían estar plenamente integradas en el presupuesto, este es apenas un nuevo enfoque y los logros han sido disímiles. Para algunos países, la integración ha sido el objetivo primario (Albania). Tanzania y Uganda han integrado estrategias de pobreza con sus estructuras de gastos de mediano plazo, agregando enfoque, legitimidad y estabilidad a ambas. Pero otros países han asignado la responsabilidad de la preparación de sus estrategias de pobreza a un ministerio sin ninguna conexión directa con la planeación del gasto público. En Ghana, aunque en un principio esta responsabilidad se asignó al ministerio de planeación, en épocas más recientes el portafolio de planeación se ha integrado con el del ministerio de hacienda.

Inspecciones de rastreo del gasto público. Para evaluar el impacto operativo –la calidad y cantidad de servicios prestados, y dónde, cómo y con qué objetivo se gastan los fondos asignados– las inspecciones de seguimiento del gasto público pueden seguir el flujo de los fondos a través de instancias del gobierno con el fin de determinar si en verdad los fondos llegan a las escuelas o clínicas a las que están destinados. Las inspecciones de rastreo no sólo ponen de relieve los usos y abusos de los fondos públicos, sino que también ofrecen perspectivas sobre la apropiación, eficiencia de costos, descentralización y responsabilidad.[494] Aun cuando la información financiera disponible sea escasa, las inspecciones de rastreo pueden demostrar qué

dinero se supone debe llegar a una comunidad y cuánto llega en realidad. Cuando esta información se hace pública, puede fortalecer las relaciones de opinión y de cliente (recuadro 10.2).

Gestión financiera. La fiscalización ayuda a un gobierno a hacerse responsable de la forma en que encargados de la formulación de políticas y proveedores gastan el dinero. Tradicionalmente, las revisiones contables se han centrado en controles financieros básicos y en flujos de tesorería. Este enfoque refleja la cultura de control en las finanzas públicas y la opinión de vieja data en el sentido que la responsabilidad del uso de los fondos apoya el uso disciplinado de recursos, como lo desean los presupuestos. Sin embargo, en épocas recientes, los procesos de contabilidad y de fiscalización se han visto confrontados a examinar el desempeño del gasto así como su conformidad. La nueva orientación de la fiscalización del desempeño es de particular importancia para cuestiones de eficiencia operativa en presupuestos e indica una mayor noción de la responsabilidad. Hoy en día, los gerentes financieros del sector público deben considerar su función como contribuyentes a resultados finales, además de contralores.[495]

Compras. El costo y la calidad de los programas del gobierno se ven gravemente afectados por el proceso de compras a través del cual se gastan los presupuestos. De manera inevitable, las compras abarcan un intrincado conjunto de normas y procedimientos, cada uno de ellos capaz de retardar o alentar la transparencia, la capacidad de impugnación, la responsabilidad y la eficiencia. Los desvíos, principalmente mediante el fraude y la corrupción, pueden significar equipos e infraestructura de estándares inferiores, carencia de suministros médicos básicos, textos escolares insuficientes, bienes innecesarios de baja prioridad y servicios públicos de mala calidad. Procedimientos ineficientes crean mayores costos para los proveedores, costos que se pasan como mayores costos del programa. Mejores compras requieren intensos estudios de sus normas, procedimientos y ordenamientos institucionales. Para apoyar la racionalización, varios países han recurrido a la tecnología de la información y la comunicación. Brasil, Chile, México, Filipinas y Corea del Sur, entre otros, han desarrollado fuertes sistemas sistematizados de compras que reducen los costos y aumentan la transparencia, competencia y eficiencia.[496]

RECUADRO 10.2 ***El caso del dinero faltante: inspecciones de rastreo del gasto público***

A comienzos de los años noventa, el gobierno de Uganda aumentó notoriamente el gasto en educación primaria. Sin embargo, las tasas de matrícula se estancaron. ¿Podría ser que el dinero no estaba llegando a las escuelas? Para responder a esta pregunta, en 1996, una inspección de rastreo del gasto público comenzó a reunir datos sobre las transferencias del gobierno a las escuelas. La inspección descubrió que 87% de los recursos no salariales destinados a las escuelas se estaba desviando hacia otros usos. Esta información se hizo pública provocando una fuerte respuesta del gobierno nacional, el cual, junto con los padres, ejerció presión sobre los rectores de las escuelas para taponar los desvíos de dinero (*ver* En primer plano: Uganda). Estudios de seguimiento han demostrado que la situación ha mejorado.

Las inspecciones de rastreo pueden encontrar dificultades en lugares inesperados. Una inspección en Perú para rastrear un programa participativo de complementación alimenticia (Vaso de Leche), reveló que menos de un tercio de cada dólar transferido por el gobierno central llegaba a los beneficiarios a quienes iba dirigido. La mayor parte de los desvíos ocurrieron en una instancia inferior del nivel municipal –en los Comités de Madres y en los hogares. Los resultados desafiaban la creencia fundamental del programa en el sentido que las organizaciones locales de la comunidad eran siempre más responsables que los organismos públicos. Las autoridades decidieron fusionar todos los programas de nutrición en un fondo social que transformará a Vaso de Leche en un programa condicional, de fines múltiples, de transferencia de fondos, con mayor responsabilidad.

Estas y otras inspecciones de rastreo en Chad, Ghana, Honduras, Mozambique, Papua Nueva Guinea, Rwanda, Senegal, Tanzania y Zambia, señalan varias lecciones. Confirman que la ejecución del presupuesto es un problema serio y demuestran que regularmente falta una claridad de procedimiento y un debido proceso. Determinan que, a menudo, una inadecuada gestión de recursos es el resultado de demasiada discreción en la asignación de recursos, cuando la información disponible es escasa, los controles son débiles y los intereses creados son fuertes. Las inspecciones de rastreo ponen de relieve percepciones del funcionamiento real (antes que formal) de las escuelas y clínicas de salud, y permiten comparaciones de proveedores públicos, privados y no gubernamentales. Las inspecciones de rastreo son altamente eficientes en costos si se bloquean los desvíos que detectan. Pero necesitan un entorno de legitimidad: a menos que exista un compromiso político sólido a favor de mayor transparencia, es posible que los organismos del gobierno se muestren reacios a abrir sus libros. El desafío es institucionalizar las inspecciones de rastreo dentro del propio régimen de control financiero de un país.

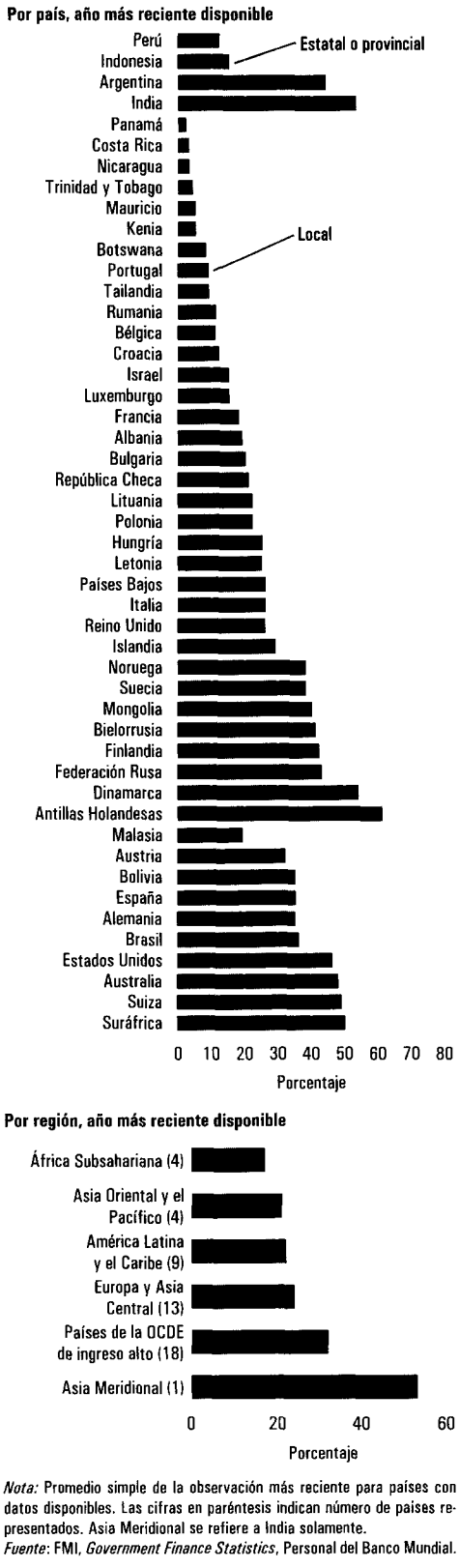
Fuente: Personal del Banco Mundial.

Descentralización para mejorar los servicios

Los gobiernos centrales de países grandes y pequeños están transfiriendo las responsabilidades a instancias inferiores del gobierno, motivados en parte por el afán de acercar a políticos y encargados de la formulación de políticas a los consumidores, y de hacer más eficientes los servicios. Los países más grandes del mundo, China e India, han adoptado la descentralización. El fenomenal crecimiento industrial de China ocurrió dentro de un contexto institucional de descentralización, mientras la Constitución de India fue enmendada en 1992 para fomentar el gobierno local.[497] Pero el alcance de la descentralización muestra grandes variaciones y probablemente es menor de lo que generalmente se supone: aun en los países industrializados, la participación subnacional promedio del gasto apenas fue superior al 30% en los últimos años (gráfico 10.2).

Las autoridades subnacionales pueden ser proveedores y reguladores eficientes de los servicios locales en presencia de los incentivos institucionales correctos y con la claridad suficiente

Gráfico 10.2 La participación subnacional del gasto varía considerablemente



Nota: Promedio simple de la observación más reciente para países con datos disponibles. Las cifras en paréntesis indican número de países representados. Asia Meridional se refiere a India solamente.
Fuente: FMI, *Government Finance Statistics*, Personal del Banco Mundial.

sobre quién hace qué –y con qué.[498] Pero igualmente una mayor autonomía puede aumentar el comportamiento oportunista y crear riesgos morales, resultando en costos que disminuyen la responsabilidad y los beneficios de la descentralización.[499] Para lograr que la descentralización funcione, se necesita un buen diseño, gestión sensata y adaptación constante por parte de las autoridades centrales y subnacionales.

Descentralización y prestación de servicios

La descentralización no es mágica. La asignación de mayores responsabilidades a gobiernos subnacionales no transforma en sí misma la prestación de servicios. Ésta depende de si la descentralización está motivada por objetivos de reforma política, fiscal o de servicios.

Regularmente la descentralización es en primer lugar un acto político encaminado a mayor autonomía regional. La descentralización de los servicios es un subproducto (recuadro 10.3). En 1999-2000, Indonesia descentralizó la responsabilidad de muchos servicios, entre ellos la educación, como parte de un gran vuelco hacia mayor autonomía regional. En estos casos, la descentralización es algo que los educadores deben aceptar –no una reforma educativa deliberada. Sin embargo, nuevos ordenamientos pueden crear siempre oportunidades de reforma. Aprovechar estas oportunidades con eficacia depende de dos condiciones. Primero debe existir información pertinente sobre el desempeño entre jurisdicciones, de tal manera que los ciudadanos puedan ejercer presión justificada sobre políticos y encargados de la formulación de políticas si su región se está quedando rezagada. Segundo, debe existir un entorno en el cual las jurisdicciones locales puedan experimentar y evaluar nuevos enfoques.

Asimismo, la descentralización pueden motivarla preocupaciones fiscales de encontrar un equilibrio entre la responsabilidad de los servicios y la instancia del gobierno más capacitada para manejar y movilizar recursos para esos servicios. Un peligro sería que el gobierno central la utilice como una excusa para descargar las responsabilidades del gasto en jurisdicciones que no pueden recurrir a una financiación potencialmente inflacionaria. En tanto lo anterior podría desembocar en una mayor disponibilidad de pagar más impuestos locales (porque los ciudadanos perciben un vínculo directo entre impuestos y calidad de los servicios), no existe razón alguna para creer que esto es algo automático. Una descentralización fiscalmente motivada es especialmente preocupante cuando el centro debe

sustentar los esfuerzos de encontrar un equilibrio a favor de las regiones atrasadas o redes de seguridad para las familias pobres.

Asimismo, la descentralización puede impulsarla el deseo de acercar los servicios a la gente desde una perspectiva administrativa. Pero el éxito depende de la forma como la descentralización afecta las relaciones de responsabilidad. Si la descentralización simplemente reemplaza las funciones del ministerio central por una instancia un poco inferior del gobierno (una provincia o un estado), pero todos los demás aspectos relativos a la prestación de servicios permanecen igual, no existen muchas razones para esperar un cambio positivo. La hipótesis es que la descentralización funciona fortaleciendo la opinión de los ciudadanos de una manera que resulte en mejores servicios. Pero, tanto en el terreno teórico como en el empírico, lo anterior podría suceder de cualquiera de las dos maneras. La pregunta crucial siempre es si la descentralización aumenta la responsabilidad relativa a sus alternativas. Si los gobiernos locales no son más vulnerables que el centro a que se los apropien, es probable que la descentralización mejore tanto la eficiencia como la equidad.[500]

El impacto de la descentralización en los servicios se complica más todavía cuando, como sucede casi siempre, los objetivos políticos, fiscales y administrativos no se persiguen de manera simultánea o en una secuencia de apoyo. La descentralización de ocho países de América Latina señala que, a menudo, el detonante fue el objetivo político, pero los caminos se bifurcaron de allí en adelante (recuadro 10.4). Únicamente algunos países avanzaron hacia una descentralización fiscal y administrativa como objetivos primarios. Estas variaciones, inevitables según los países se adaptan, hacen difícil predecir el curso de la descentralización y medir sus costos y beneficios.[501] Teniendo en cuenta sus muchos senderos, el historial de la mejora de servicios es muy variado –incluyendo algunos éxitos notorios (descentralización de la educación en América Central, transferencia de autonomía en Bolivia, reformas municipales en Suráfrica), algunos retrocesos (en la Federación Rusa y en partes de América Latina), y algunos casos demasiado recientes para poderlos evaluar (iniciativas en Indonesia y Pakistán).[502]

RECUADRO 10.3 ***Descentralización como imperativo político: Etiopía***

En Etiopía, la descentralización ha sido una respuesta a las presiones de grupos regionales y étnicos por mayor participación política. Cuando el Frente Revolucionario Democrático Popular de Etiopía (EPRDF, por sus iniciales en inglés) derrotó a la dictadura de Mengistu en 1991, el nuevo gobierno enfrentó un complejo panorama político. El origen étnico estaba fuertemente politizado, y la lucha contra Mengistu había sido encabezada por organizaciones que reivindicaban el nacionalismo étnico en la muy diversa población etíope. El gobierno unipartidista del EPRDF necesitaba establecer su control sobre la totalidad del país, legitimar su autoridad e incluir a otros grupos en el sistema político.

La Constitución de 1994 transformó a Etiopía en una federación de base étnica y descentralizó las responsabilidades administrativas a nueve regiones. En las "Políticas de Educación y Formación, de 1994", se estipularon las reformas simultáneas a la educación. A las regiones se les asignó la responsabilidad de planificar, diseñar, ejecutar y controlar el plan de estudios y formación de docentes de la educación primaria. El plan de estudios continuó bajo el control del gobierno central, con aportes desde las regiones. Anteriormente, la única lengua de enseñanza era el amhárico, pero las nuevas políticas otorgaron a los niños el derecho de recibir la educación primaria en su lengua materna. Por lo menos 18 lenguas se utilizan en la actualidad como medio de instrucción, aunque el amhárico continúa siendo la lengua nacional.

Una descentralización políticamente motivada conlleva implicaciones cruciales al impacto de la reforma. Las políticas de educación adoptadas, junto con la descentralización política, bien pueden ser ideas adecuadas para mejorar la calidad de la educación y el aprendizaje. Pero si mejorar la calidad no es un objetivo central de la descentralización de la educación etíope, la falta de compromiso resultante para garantizar ese resultado podría convertirse en el principal óbice que habría que superar.

Fuente: Pritchett y Farooqui (2003).

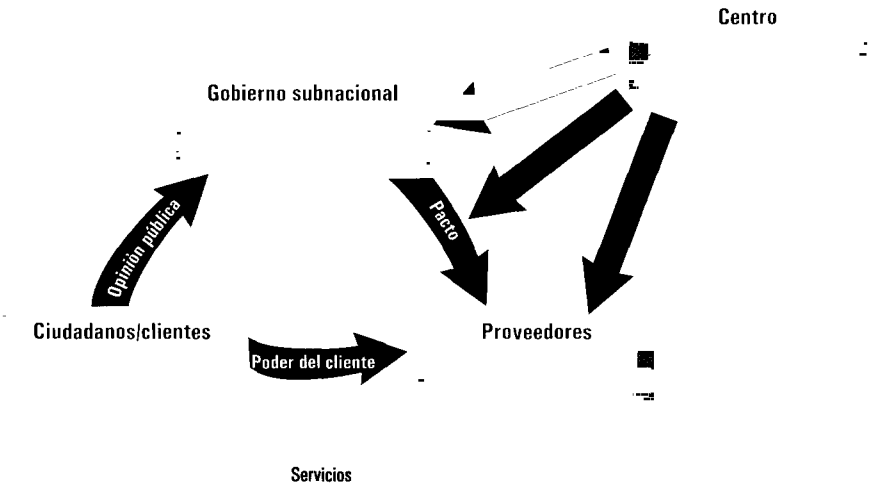
RECUADRO 10.4 ***Muchos caminos a la descentralización: América Latina***

La descentralización en América Latina señala el cambio que registraron los objetivos en el tiempo en cada país y determinaron los resultados y la ruta de la descentralización. En los países donde objetivos políticos fueron los principales orientadores de la descentralización (como en Ecuador, Perú y Venezuela), la transferencia de recursos fue regularmente significativa. La transferencia de responsabilidades fue, sin embargo, más difícil de llevar a cabo. Donde la descentralización política estuvo acompañada y dirigida por una compleja y mal ajustada autonomía fiscal regional (como en Argentina y Brasil), crisis económicas y políticas hicieron su aparición por causa de la incapacidad del centro para imponer disciplina fiscal en los gobiernos subnacionales. En Colombia, aunque en un principio la descentralización estuvo motivada por razones políticas, los ajustes fiscales y administrativos fueron más profundos, y los ajustes cíclicos en el sistema fiscal y en el administrativo fueron habituales.

Esta experiencia de América Latina demuestra que la transferencia de poder político, fiscal y administrativo no ocurre necesariamente de manera simultánea o en una secuencia de apoyo. En efecto, únicamente en el programa de reforma de Bolivia, en 1994, estos poderes se transfirieron juntos. Chile se democratizó en 1990, introdujo la participación popular, pero no realizó elecciones regionales ni transferencia de poder y, a mediados de los años noventa, profundizó todavía más la transferencia de autonomía administrativa que había caracterizado su anterior régimen militar. De estos países, Chile es, tal vez, el que ocupa actualmente la mejor posición para intentar llevar a cabo una transferencia de autonomía administrativa y política más profunda, en razón del crecimiento de capacidad local y de la ausencia de las crisis fiscales regionales que golpearon a muchos de sus vecinos en su ruta hacia la descentralización.

Fuente: Frank, Starnfeld y Zimmerman (2003).

Gráfico 10.3 Descentralización y el marco de prestación de servicios



Descentralización y responsabilidad de los servicios

La descentralización debe llegar al hospital, al aula y a los servicios de agua y electricidad locales, de manera que se creen oportunidades para fortalecer la responsabilidad entre ciudadanos, políticos y encargados de la formulación de políticas, y proveedores. Dependiendo de su nivel –desconcentración, delegación y transferencia de autonomía– y su ejecución, la descentralización brinda oportunidades para fortalecer diferentes eslabones de la cadena de prestación de servicios (gráfico 10.3). La *desconcentración* afecta principalmente la relación contractual entre los encargados de la formulación de políticas en el centro y sus principales proveedores locales, y puede tener poca influencia en el poder de voz local. En el otro extremo, la *transferencia de autonomía* implica la entrega de mayor poder y recursos a los políticos locales y, en consecuencia, mayor ámbito para fortalecer el poder de voz local, su pacto con proveedores locales y el poder de cliente local. La *delegación* se sitúa en el medio. El grado de descentralización tiene, pues, un impacto diferente en las rutas larga y corta de la responsabilidad (cuadro 10.2). En la práctica, la descentralización involucra inevitablemente una mezcla de desconcentración, delegación y transferencia de autonomía.

En especial, cuando los poderes de tributación y gasto locales y la financiación central están bien equilibrados, la descentralización puede crear *verificaciones y comparaciones* que pueden motivar a ambos, gobierno central y gobiernos subnacionales, para hacer que los servicios locales funcionen. Pero, tal vez, la responsabilidad no mejore, y las ganancias potenciales de la descentralización tal vez se pierdan, si los incentivos fiscales y de otro tipo que subyacen en la relación centro-subnacional están mal alineados, de modo que las *verificaciones y comparaciones* no funcionan. Un estudio sobre la transferencia de responsabilidad de las escuelas secundarias a las provincias en Argentina en 1994-98, determinó que en tanto las notas promedio de los exámenes mejoraron, las ganancias fueron mucho menores cuando las escuelas fueron transferidas a provincias supremamente mal manejadas (como lo determinaron los déficit fiscales provinciales).[503]

Tres son los aspectos básicos para permitir que la descentralización llegue a las aulas, clínicas, hospitales y departamentos de obras públicas de las localidades de manera que la responsabilidad aumente y los servicios funcionen mejor: financiación subnacional, división de las responsabilidades administrativas entre el gobierno central y el subnacional, y capacidad local.

Cómo lograr incentivos fiscales que funcionen

Un gobierno subnacional tendrá incentivos más débiles para prestar servicios con eficiencia de costos que satisfagan estándares mínimos si puede manipular la financiación (del centro o de empréstitos en el mercado) para dirigir sus pasivos hacia el centro (lo que se denomina restricción presupuestaria blanda).[504] Los pasivos subnacionales pueden ser contractuales, déficit fiscales o una mala prestación de servicios públicos. Una restricción presupuestaria blanda debilita la responsabilidad, crea riesgos morales y amenaza la estabilidad macroeconómica creando pasivos contingentes para el centro, para el cual puede resultar algo difícil rehusarse

Cuadro 10.2 La descentralización nunca es sencilla
Aspectos políticos, fiscales y administrativos de la descentralización y la responsabilidad de la prestación de servicios

Grado de descentralización	Aspectos políticos	Aspectos fiscales	Aspectos administrativos
Desconcentración (cambio mínimo)	• Gobierno local no elegido • Liderazgo local conferido a funcionarios locales, como un gobernador o un alcalde, pero nombrados por el centro y responsables ante el centro • Relaciones de opinión lejanas y tal vez débiles	• El gobierno local es una extensión de prestación de servicios del centro y no tiene libertad o tiene poca libertad para determinar cómo y dónde se suministran los servicios • Los fondos provienen del centro por medio de los presupuestos individuales de un ministerio o un departamento central • No existen fuentes independientes de recursos	• El personal de proveedores que trabaja en el ámbito local está compuesto por empleados del centro, quienes responden al centro, usualmente a través de sus ministerios; la débil capacidad local está compensada por los empleados del centro • La responsabilidad permanece distante: la *ruta corta de la responsabilidad* puede ser débil si el control por parte del proveedor es débil, y los ciudadanos tal vez tengan que depender de una débil *ruta larga* que se extiende hasta los políticos en el centro; un *pacto* fuerte entre encargados de la formulación de políticas y proveedores puede compensar hasta cierto punto
Delegación (cambio intermedio)	• Gobierno local puede ser liderado por políticos localmente elegidos, pero continúa siendo responsable, total o parcialmente, ante el centro • Las relaciones de *opinión* son más locales y próximas, pero pueden ser invalidadas por el centro	• Las prioridades del gasto se fijan en la instancia central, así como las normas y estándares de programas; el gobierno local tiene cierta autoridad de gestión sobre la asignación de recursos para satisfacer circunstancias locales • La financiación la provee el centro por medio de transferencias, por lo general una combinación de subsidios en bloque y condicionales • No existen fuentes independientes de recursos	• Los proveedores podrían ser empleados del gobierno central o local, pero los salarios y las condiciones laborales generalmente las fija el centro • El gobierno local tiene cierta autoridad sobre la contratación y emplazamiento del personal, pero es menos probable que tenga autoridad sobre el despido • Ambas, las *rutas larga y corta de la responsabilidad* potencialmente más fuertes; mayor conocimiento local puede permitir mejor equiparación y control del suministro con preferencias locales, fortaleciendo tanto el *pacto* como el *poder de cliente*.
Transferencia de autonomía (Cambio substancial)	• Gobierno local es liderado por políticos elegidos localmente, de quienes se espera sean responsables ante el electorado local • Las relaciones de *opinión* pueden ser muy fuertes, pero también están expuestas a su apropiación por parte de las elites, la polarización social, el voto no consciente y el clientelismo	• Sujeto a satisfacer estándares mínimos fijados en el ámbito nacional, el gobierno local puede fijar las prioridades del gasto y determinar la mejor forma de cumplir con las obligaciones de prestación de servicios • La financiación puede provenir de ingresos locales y de arreglos de ingresos compartidos y transferencias del centro • Un fuerte apretón presupuestario es imperativo para crear incentivos para una prestación de servicios responsable	• Los proveedores son empleados del gobierno local • El gobierno local tiene plena competencia sobre niveles salariales, número de empleados y asignación, y autoridad para contratar y despedir • Los estándares y procedimientos de contratación y manejo de personal todavía pueden establecerse dentro de un marco incluyente de la administración pública que, por lo general, abarca a los gobiernos locales • Las *rutas larga y corta de la responsabilidad* son potencialmente más fuertes, pero ahora están más influenciadas por normas sociales locales y son vulnerables a restricciones locales de capacidad y a la política local.

Nota: Respecto a las definiciones de los términos relacionados con responsabilidad (en itálica), *ver* el glosario del capítulo 3.
Fuente: Basado en Evans (2003).

a pagar. Un mercado de capitales subdesarrollado y elecciones que no castigan a los políticos locales por transferir los costos y los déficit hacen parte del problema. Una restricción presupuestaria dura fortalece la responsabilidad, aunque requiere un sólido sistema fiscal intergubernamental. Una vez ha transferido la responsabilidad y los recursos, el centro es acicateado por una restricción presupuestaria dura para apoyar una gestión y una prestación de servicios subnacionales eficaces, evitando por tanto problemas fiscales y ciudadanos insatisfechos.

Cómo lograr que el sistema fiscal intergubernamental funcione. La economía del bienestar estándar indica las bases de eficiencia y equidad para asignar las responsabilidades de gastos, ingresos y subsidios a instancias inferiores de gobierno.[505] Las decisiones sobre servicios y gastos deberían delegarse en la instancia más baja de gobierno, que pueda interiorizar los costos y beneficios del servicio –el llamado principio de subsidiariedad. Este principio sugiere que los gobiernos subnacionales deberían administrar los servicios básicos de salud y educación. Pero fijar estándares mínimos (de calidad, cantidad y acceso) y financiar el acceso mínimo deberían ser responsabilidades del gobierno central por razones de equidad entre jurisdicciones. En la práctica, las cosas son más complicadas. A menudo, los gastos no se asignan con el debido cuidado a los gobiernos

subnacionales.[506] Los gobiernos centrales demoran las transferencias. Las responsabilidades compartidas respecto del gasto son las más difíciles de manejar y pueden provocar problemas de usuarios gratuitos y llevar a comportamientos de transferencia de déficit y costos que debilitan la restricción presupuestaria.

Para aumentar la receptividad a los ciudadanos locales, los gobiernos subnacionales necesitan un instrumento impositivo local y la libertad de fijar tasas. Igualmente importantes son transferencias del centro simples, transparentes, basadas en una fórmula, que sean predecibles durante un período de varios años. Si se hacen contingentes de los productos de los servicios, subsidios por una suma global pueden garantizar un nivel mínimo de prestación de servicios a los pobres, igualar la capacidad fiscal a través de jurisdicciones y crear incentivos de desempeño. En el mejor de los casos, gastos, asignaciones de ingresos y transferencias deberían diseñarse en conjunto de manera que una vez se determinen, se puedan satisfacer demandas de gastos adicionales por medio de impuestos antes que de subsidios.[507] Cuanto más se violen estos principios, mayor será la informalidad que rodee las transferencias, y cuanto menor sean su previsibilidad y estabilidad, tanto más débil se vuelve la restricción presupuestaria.[508]

Cómo lograr que los empréstitos subnacionales funcionen. Cuando son suficientemente desarrollados, los mercados de capital pueden reforzar la responsabilidad subnacional. Cuando los mercados son subdesarrollados y la disciplina del mercado es débil, un interrogante previo es si los gobiernos subnacionales deberían contraer deudas. Una efectiva descentralización fiscal debería por supuesto preceder a la descentralización financiera para evitar dar la señal de que el centro está sirviendo de garante a las deudas subnacionales.[509] Permitir el endeudamiento subnacional con las instituciones financieras del Estado puede enviar esta señal sin proponérselo. En Argentina, Brasil, India y Ucrania, bancos e instituciones de desarrollo especializados han ofrecido una ruta por la puerta de atrás a los subsidios del gobierno central, cuando las transferencias habrían sido más sencillas y más transparentes.

Cómo lograr que la normatividad subnacional sea correcta. Para los gobiernos resulta difícil no sacar de apuros a gobiernos de instancia inferior cuando el derroche financiero amenaza los servicios básicos, arriesga propagarse a otras jurisdicciones, o amenaza las políticas monetarias o la clasificación crediticia del país. Lo anterior ha significado la imposición de una normatividad vertical, ya sean controles administrativos o restricciones al endeudamiento basadas en la norma que imitan el mercado. Como la normatividad es vulnerable al regateo político, generalmente debe estar complementada por *verificaciones y comparaciones* sobre el mismo centro, de manera que su posición continúe siendo creíble. En Suráfrica, estas *verificaciones y comparaciones* las proveen la Constitución, el Tribunal Constitucional y los mercados de capital internacionales.[510] Los acuerdos subnacionales de quiebra también pueden servir. Una junta de control (la cual sólo puede ser convocada por un tribunal independiente) para financiar niveles mínimos de servicios fijados en el ámbito nacional, puede proteger al centro de tener que involucrarse. Cuando los rescates son inevitables, el centro puede aprovechar la oportunidad para hacer más eficaz la normatividad. Un control fiscal y un sistema de evaluación globales que funcionen consistentemente a través de jurisdicciones, pueden ser de gran ayuda para aplicar estrategias de no rescate y de normatividad.

Cómo lograr que las responsabilidades administrativas funcionen

Consideraciones de orden político y fiscal demandan por lo general mucho mayor atención que la descentralización administrativa.[511] En muchos casos, la descentralización ha procedido sin contar con estrategias explícitas de suministro de personal, y habitualmente una administración pública central coexiste con los gobiernos subnacionales y locales. Si bien las enmiendas seminales a la Constitución de India en 1992 exigen a cada estado crear gobiernos locales urbanos y rurales y asignar funciones e ingresos, virtualmente todo el personal en el ámbito local sigue estando conformado por empleados estatales. Indonesia, por el contrario, adoptó recientemente un enfoque de "gran explosión", apresurándose a transferir aproximadamente 2 millones cien mil funcionarios públicos a gobiernos de distrito subnacionales.[512] Uganda, al dar el vuelco de la desconcentración a la delegación en los años noventa, estableció comisiones de servicio en distritos, con la autoridad para contratar y despedir personal –aunque en la práctica, las políticas centrales y normas administrativas han controlado estrictamente el proceso, de modo que se ha asemejado más a una delegación que a una

transferencia de autonomía. Esto puede cambiar en la medida en que crezcan las capacidades locales. La reciente delegación de tres instancias en Paquistán prevé la creación de cuadros distritales y subdistritales: aunque en algunas provincias se han creado cuadros en salud y educación, a la descentralización administrativa todavía le queda mucho camino por recorrer.

Escalas salariales nacionales, estrictos convenios de negociación colectiva y desacuerdos con sindicatos nacionales pueden restringir gravemente la flexibilidad que tienen los gobiernos subnacionales para racionalizar el empleo, como se ha observado en muchos países de Asia, África y América Latina.[513] Negociaciones laborales centralizadas y convenios de negociación pueden actuar como mandatos no consolidados (no dotados de fondos) que deshacen la descentralización fiscal (como en Suráfrica). Involucrar a los trabajadores y a los sindicatos del sector público en los debates sobre diferentes aspectos de la descentralización puede aumentar la flexibilidad local y mejorar los pactos de proveedor. Al mismo tiempo, la transferencia de autonomía administrativa necesita encontrar un equilibrio entre autonomía y uniformidad para permitir gastos deseables, como la movilidad entre jurisdicciones para escaso personal altamente calificado. Es importante armonizar la estructura de la administración pública con la asignación de responsabilidades de prestación de servicios a diferentes instancias –la alineación inadecuada confunde los incentivos, debilita la responsabilidad y crea conflictos de interés en vez de *verificaciones y comparaciones*. En la práctica, no es fácil y toma tiempo.

Las tareas conjuntas de transferir la autonomía administrativa y construir capacidad local pueden ser desalentadoras, aun en condiciones presupuestarias ideales y de apoyo de los grupos de interés. Cuando los presupuestos están restringidos y el apoyo es diverso, la reforma de la administración pública se prolonga inevitablemente, quedando rezagada de la descentralización política y fiscal. De modo que cuanto más pronto se inicie la construcción de capacidad local, tanto más expedito será, probablemente, el proceso de descentralización.

Construcción de capacidad local con autonomía

Descentralizar o construir capacidad local: ¿cuál primero? En un mundo ideal, a los gobiernos subnacionales se les haría plenamente responsables antes de otorgárseles autoridad y autonomía. Aunque en algún momento se consideró indeseable una descentralización sin capacidad local adecuada,[514] esa opinión está cambiando en la medida en que la experiencia demuestra que las capacidades locales se desarrollan mucho mejor conforme se afianzan los sistemas descentralizados, aun cuando la secuenciación continúa siendo difícil. El reto consiste en equilibrar los aspectos políticos, fiscales y administrativos, aun cuando ocurran desacuerdos. Cuando ya existen las instituciones locales, aunque sean informales, el reto será definir sus responsabilidades y situación legal y acercar a las instituciones informales cada vez más a las formales. Cuando no existen instituciones locales, el reto es construir el marco fundamental legal y político para nuevas instituciones.

Fomentar la capacidad se logra mejor mediante una asociación entre el gobierno central y el subnacional, con el centro proveyendo incentivos a los gobiernos subnacionales para equiparar el crecimiento de capacidad impulsado por la demanda con asistencia y financiación del lado de la oferta (recuadro 10.5). En esta asociación también cambian las funciones de los servidores del centro: de gerencia en línea a formulación de políticas, asistencia técnica y control. Los funcionarios del centro requieren incentivos y capacitación para hacer más eficientes sus nuevas funciones laborales.

RECUADRO 10.5 ***Construcción de capacidad local: la función del centro***

La transferencia de autonomía es difícil cuando los gobiernos subnacionales carecen de competencias y de capacidad institucional. El gobierno central puede suministrar capacitación de diversas maneras verticales. O puede crear un entorno habilitador, utilizando su poder financiero y normativo para ayudar a los gobiernos subnacionales a definir sus necesidades (haciendo que el proceso sea impulsado por la demanda), desplegar capacitación desde muchas fuentes (sector privado local o nacional), aprender haciendo a medida que la descentralización avanza, y establecer redes de aprendizaje entre jurisdicciones. Este segundo enfoque es más consistente con la transferencia de autonomía y tiene mayores probabilidades de producir capacidad adaptada a las muchas responsabilidades de sectores transversales de gobiernos subnacionales. Asimismo evita los escollos de un enfoque motivado por la demanda.

Quizás el centro deba dar apoyo de capacidad mediante un mecanismo de subsidios motivados por la demanda (por ejemplo, para ayudar a los gobiernos subnacionales a contratar conocimiento experto y otras competencias locales), y proveer una entidad de servicios (por ejemplo, equipos móviles con capacidades de gestión financiera, técnica y movilización comunitaria). El apoyo fiscal por medio de subsidios en bloque o fondos en disputa puede funcionar de acuerdo con una base competitiva o coincidente para apoyar a gobiernos locales que logren estándares de desempeño (ejecutar un sistema presupuestario, lograr objetivos de servicios). Subsidios de incentivos basados en desempeño pueden asimismo facilitar la capacidad de control y evaluación. Este control debe nutrir un trabajo más fuerte de diseminación pública y extensión, de tal manera que los gobiernos subnacionales se puedan beneficiar de una mejor retroalimentación con el cliente.

La construcción exitosa de capacidad requiere una estrategia escalonada, comenzando por la estabilización de las responsabilidades básicas. A continuación viene la fase de transformación con planes de reestructuración basados en un examen crítico de las responsabilidades y prioridades de servicios, ordenamientos financieros y recursos financieros y humanos. Por último, una fase de consolidación busca interiorizar el crecimiento de capacidad con base en el aprendizaje permanente por medio de la acción y la adaptación. Se trata inevitablemente de un proceso prolongado marcado por la necesidad constante de encontrar un equilibrio entre mayor autonomía y capacidad.

Fuente: Personal del Banco Mundial.

RECUADRO 10.6 ***"Sí, señor ministro"***

Los fracasos en la gestión de políticas cubren un amplio espectro:

- **Fracaso para fijar prioridades de política importantes, para comprender los compromisos y tomar decisiones difíciles entre objetivos contradictorios, o traducir prioridades en decisiones operativas concretas, más comúnmente mediante el proceso presupuestario.**
- **Un vacío de políticas, debido a discontinuidad del gobierno o a políticas débilmente o mal estipuladas.**
- **Falta de confianza entre políticos y encargados de la formulación de políticas, terminando en frecuentes tácticas evasivas en torno a estructuras formales de decisión.**
- **Funciones organizativas poco claras o agendas contradictorias entre ministerios del sector, combinadas con el hecho de no consultar a los ministerios con un interés en la decisión particular.**
- **No consultar a los grupos de interés externos. No prever la oposición, y no construir apoyo electoral por medio de la relación con la opinión pública.**
- **Propuestas mal elaboradas con presupuestos de costos mal calculados (ignorando en especial los gastos secundarios), y propuestas no examinadas a cabalidad con respecto a su legalidad y consistencia con políticas anteriores.**
- **Grupos paralelos, a menudo invisibles y por los que nadie responde, que influyen en las políticas desde fuera del gobierno formal.**

Fuente: **Beschel y Manning (2000).**

Reunir las piezas

La descentralización falla o triunfa en la interacción de sus aspectos fiscales, administrativos y de capacidad local. La función del centro es crucial para todos los tres elementos y, en términos más amplios, para el diseño y aplicación de la descentralización. Cuando existe una restricción presupuestaria blanda y las relaciones de opinión y poder del cliente son débiles, los gobiernos subnacionales tendrán poco incentivo para construir capacidad local y tener un buen desempeño, situación que hace más probable su apropiación por parte de las elites. En últimas, el centro es tanto regulador como mediador de la descentralización. Su desafío consiste en equilibrar estas funciones conforme va formulando y gestionando el marco de política para el sector público y para la prestación de servicios.

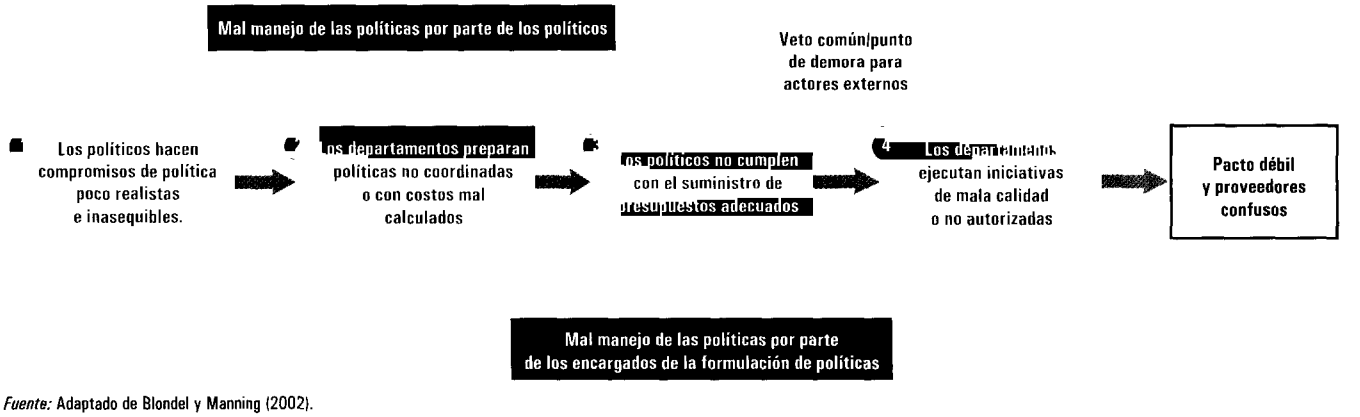
Formulación, gestión y ejecución de buenas políticas

Cuando las decisiones de política que toman los políticos y los encargados de la formulación de políticas en el centro del gobierno –encargados de la formulación de política, de mayor jerarquía y con derecho a veto en el ejecutivo, consejo de ministros, o gabinete– son no coordinadas, inconsistentes, o pésimamente aplicadas, la ruta larga de la responsabilidad y de la prestación de servicios probablemente se verá afectada. Las fallas en la gestión de políticas pueden incluir una serie de fracasos (recuadro 10.6). ¿Señales seguras de fallas? Cuando las decisiones de política que toman los políticos no se aplican, se aplican parcialmente o se revocan.[515] Un estudio de dos países africanos reveló que más de las dos terceras partes de las decisiones del gabinete nunca se aplicaron.[516] En Zambia, el apoyo real a las reformas introducidas por el gobierno democrático multipartidista a comienzos de los años noventa nunca fue más allá de unos cuantos ministros del gabinete. El resultado: grupos que defendían intereses particulares, quienes no habían sido consultados, retardaron la puesta en práctica de esas decisiones al máximo.[517] Estos errores son posibles en cada etapa del proceso de gestión de políticas (gráfico 10.4).

Cómo lograr políticas adecuadas en educación, salud e infraestructura

La gestión de las políticas es especialmente difícil en salud, educación e infraestructura debido a que resultados, como menor mortalidad infantil, tienen determinantes múltiples que atraviesan sectores y jurisdicciones (*ver* Comprimido 1.1); los costos vienen temprano y los impactos mucho más tarde; y los efectos se-

Gráfico 10.4 Anatomía del mal manejo de las políticas en la cima



Fuente: Adaptado de Blondel y Manning (2002).

cundarios de los servicios son fuertes. La gestión de las políticas en estos sectores es con frecuencia un resultado de negociaciones bien sustentadas entre intereses internos en competencia, así que la responsabilidad de las cuestiones políticas internas es importante. Por el contrario, la gestión macroeconómica tiende a ser el coto vedado de unos cuantos tecnócratas relativamente aislados, con el banco central y el ministerio de hacienda como principales actores con derecho a voto, las crisis se tienen que resolver de manera expedita y las preocupaciones políticas internas no se incluyen regularmente en el proceso decisorio.[518]

Cómo la secretaría de un ministerio o los funcionarios de la presidencia que vinculan a políticos con encargados de la formulación de políticas cumplen su función, puede ser crucial para la eficacia de la gestión de las políticas en estos sectores. Los miembros de estos grupos de funcionarios, los que con frecuencia incluyen a grupos elites de expertos, quienes suministran asesoría de alta calidad en políticas, pueden ser vigilantes vitales. Ellos pueden hacer uso del poder de impugnación –o la cuidadosa evaluación de alternativas– para perfeccionar la asesoría en políticas. En Tailandia, la Junta Nacional de Desarrollo Económico y Social, adjunta a la oficina del Primer Ministro, se encarga del análisis fiscal independiente de las iniciativas del sector social y ha fomentado una respuesta institucional coordinada y participativa a la crisis del VIH/sida de Tailandia. Comités ministeriales, compuestos por grupos secundarios de ministros, sus representantes, encargados de la formulación de políticas, y a veces expertos externos, pueden ser de especial eficacia para la coordinación y la ejecución intersectoriales y para identificar opiniones contradictoras y resolverlas antes del proceso decisorio formal.

Estudios realizados sobre el funcionamiento del gabinete indican las condiciones que favorecen una gestión de alta calidad de políticas cuando se manejan aspectos multisectoriales complejos: disciplina (las decisiones son realistas y aplicables), transparencia (procedimientos sistemáticos que no pueden ser manipulados por miembros individuales y que ponen el énfasis en la responsabilidad colectiva), estabilidad (no virajes de 180 grados), capacidad de impugnación (consideración de alternativas), y opción estructurada (solamente asuntos vitales se plantean ante el gabinete).[519] De las anteriores condiciones, la disciplina parece ser la más importante. Las prácticas varían. En los Países Bajos, todos los asuntos que requieren la aprobación del gabinete están especificados en las normas de procedimiento, y en Finlandia casi todas las decisiones del gobierno requieren la aprobación del gabinete. En Australia, el Comité Ministerial de Análisis del Gasto garantiza la responsabilidad colectiva y la capacidad de impugnación para las propuestas del gasto –los ministros disponen de todos los incentivos para examinar las nuevas propuestas de gastos de sus colegas, con el fin de maximizar el fondo común de reservas presupuestarias no comprometidas y disponibles para sus propias propuestas.

Tal vez se necesiten proyecciones fiscales y normas de debate más realistas que permitan que concesiones sensatas surjan entre sectores de servicios clave, con el fin de evitar compromisos en demasía en las etapas iniciales del proceso de gestión de las políticas. Una oficina ministerial que pueda negociar programas factibles de políticas y legislación con departamentos del sector, analizar propuestas de política y coordinar sin formular políticas ella misma (para evitar conflictos de interés) puede, de allí en adelante, ayudar a garantizar la ejecución de propuestas de política y presupuestos en estos compromisos. Cuando se fijan los presupuestos, un marco presupuestario de varios años puede ayudar a garantizar la financiación adecuada y reducir la inestabilidad del presupuesto, si está apoyado por los políticos y por la capacidad de ejecución requerida. La divulgación, la extensión y la consulta pueden anticiparse a la oposición y mejorar los planes de ejecución. Por último, quizás sea necesario fortalecer el pacto de modo que la negligencia, la incompetencia, la mala aplicación o la maldad no impidan que las decisiones del ejecutivo se apliquen, o hagan que las que se han aplicado sean defectuosas.

Toma de decisiones estratégicas en la administración y en la gestión públicas

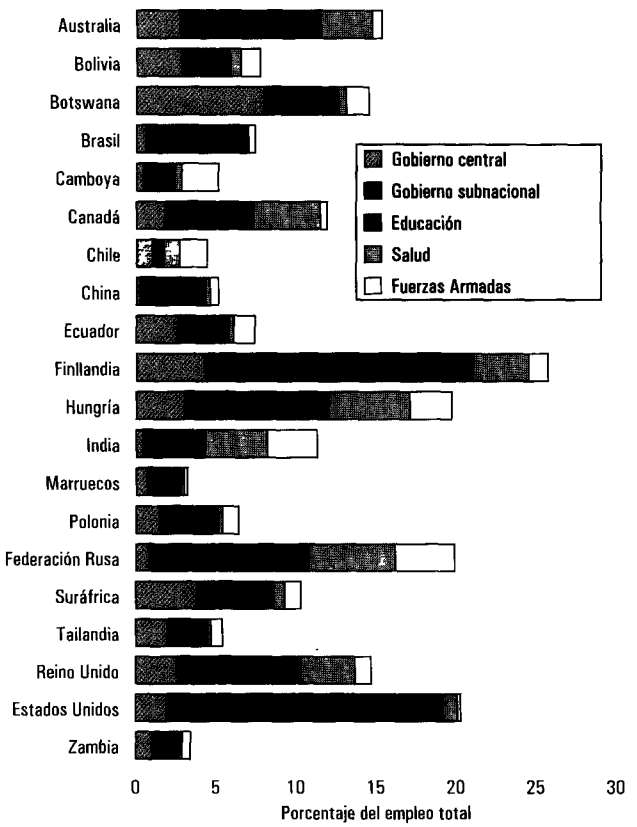
Escoger cómo aplicar políticas adecuadas es tan importante como formularlas. En los últimos veinte años, los países han experimentado con diferentes enfoques de la administración pública, con el objeto de mejorar el desempeño y la responsabilidad de los funcionarios y de los organismos públicos. El análisis indica que los principales motivadores del desempeño son la contratación y el ascenso basados en méritos, una remuneración adecuada y autonomía razonable de la interferencia política.[520] Como resultado de los diferentes enfoques, la participación del empleo público en el empleo total varía ampliamente: para el período 1997-99, el

promedio fue de 38% en las economías en transición (16 países), 24% en países industrializados (29) y 21% en países en desarrollo (23).[521] El empleo global del sector público en educación y salud y en los gobiernos central y subnacional también muestra importantes variaciones (gráfico 10.5). Las diferencias reflejan las diferentes funciones de la administración estatal y pública en países individuales, instituciones que tienen raíces históricas y no pueden ser cambiadas de la noche a la mañana.

En los últimos años, la filosofía de la Nueva Gestión Pública ha dominado el debate sobre reformas a la administración pública. Aplicada principalmente en Australia, Nueva Zelanda y el Reino Unido, esta filosofía reconoce la función especial del gobierno en la prestación, financiación o reglamentación de los servicios, y los problemas de incentivo resultantes. Su finalidad es fortalecer la responsabilidad intercambiando la flexibilidad de gestión por la contratación interna entre encargados de la formulación de políticas y entre encargados de la formulación de políticas y proveedores. La Nueva Gestión Pública asimismo pretende proveer un sistema contable más transparente, y controles más estrictos de la gestión financiera del sector privado. En su forma extrema, los servidores públicos no tienen carácter de inamovibles, y su tiempo de servicio y posibilidades de ascenso dependen del cumplimiento exitoso de las funciones especificadas en sus contratos de trabajo. La experiencia de los países en desarrollo ha sido variada, con algunas mejoras en la eficiencia y efectos desiguales en la equidad.[522] En los entornos institucionales débiles de muchos países en desarrollo, las reformas de la Nueva Gestión Pública pueden imponer altos costos de transacción que pueden pesar más que las ganancias en eficiencia.

Gráfico 10.5 Trabajar para mantener educados, saludables y seguros a los ciudadanos

Empleo del gobierno en general, de mediados a finales de los años noventa



Nota: Gobierno en general excluye el empleo en empresas estatales. Los totales de gobierno central y subnacional excluyen salud, educación y personal de la policía. Las fuerzas armadas excluyen a la policía.
Fuente: Banco Mundial (2002e).

Como lo sugiere la experiencia con la Nueva Gestión Pública, con frecuencia el problema de aplicar las reformas al sector público no radica en decidir sobre los objetivos de reforma sino en cómo llegar a la reforma. En Bolivia, a comienzos de los años noventa, se otorgó flexibilidad de gestión a los organismos oficiales, pero no existían controles centrales para hacer cumplir la responsabilidad. Los problemas de la administración pública persistieron.[523] La experiencia de Bolivia pone de relieve el dilema: los controles centrales son necesarios cuando la relación encargado de la formulación de políticas-proveedor es débil y los organismos carecen de competencia y de controles internos efectivos. Pero en la medida en que existan controles externos, los organismos en línea carecen del incentivo para adquirir competencia y establecer controles internos.

¿La respuesta? Seleccionar cuidadosamente las reformas al sector público y su secuenciación, en consonancia con las capacidades iniciales, para crear un terreno más firme para reformas posteriores. Reformas pragmáticas y progresivas en entornos institucionales débiles –incrementalismo estratégico– pueden aliviar, si no resolver plenamente, los problemas de responsabilidad, en tanto crean las condiciones para cambios más profundos modificando los incentivos y construyendo capacidad para responder a la siguiente etapa de reformas. Tailandia está considerando un enfoque de "escollo" para reformar su sistema presupuestario centralizado. Los organismos en línea superarán un número de escollos para calificar en cada nivel por mayor autonomía presupuestaria. En este enfoque gradual de la reforma presupuestaria, el desmantelamiento de controles externos debe estar sincronizado con la construcción de controles internos.[524]

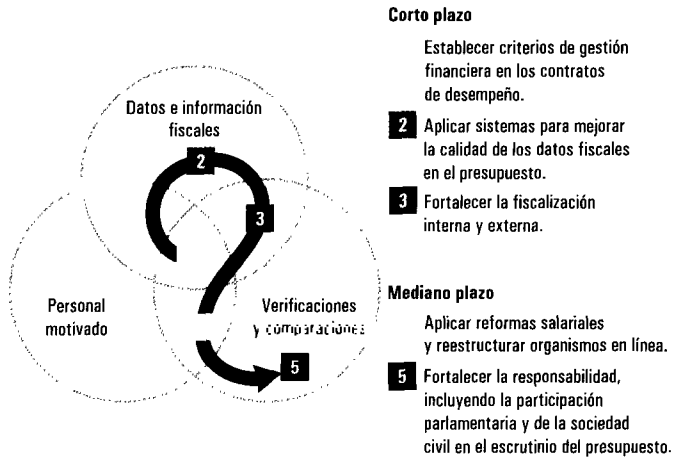
Otros países pueden seguir una vía más tradicional pero todavía en secuencia de reformas presupuestarias, diferenciando entre medidas a corto y mediano plazo y construyendo canales de comunicación para la responsabilidad a medida que la reforma avanza –otra forma de incrementalismo estratégico (gráfico 10.6).

Formalidad en las instituciones del sector público. Muchos aspectos del desempeño del gobierno dependen de una arraigada disciplina o formalidad institucional. El comportamiento real sigue normas escritas, o los resultados reales del presupuesto tienen un cercano parecido con el presupuesto acordado por el legislativo.[525] La informalidad surge en entornos institucionales débiles cuando los incentivos y procedimientos no concuerdan con las normas, recompensas y procedimientos formales.[526]

Esta brecha de formalidad es más evidente en problemas de personal y presupuesto. El ausentismo de docentes en muchos países pone de manifiesto las agudas diferencias entre normas explícitas sobre contratación, ascenso, salarios y control, y el ordenamiento real e informal de las conexiones y clientelismo que determinan a quién se contrata y hasta si tienen que presentarse al trabajo. El ingreso lateral al servicio público, cuya finalidad es la de brindar flexibilidad y capacidad de impugnación, se convierte en una ventana por donde entran el clientelismo y el nepotismo cuando los políticos compran y venden los cargos públicos para obtener una ganancia privada.[527] Se abusa de las verificaciones y comparaciones sobre encargados de la formulación de políticas cuando caprichosamente se traslada a los reformadores que provocaron la oposición.[528] También en la gestión presupuestaria un proceso formal de opciones de política controlado por normas presupuestarias puede diferenciarse considerablemente del proceso informal en el cual el presupuesto se elabora una y otra vez durante su ejecución. Como se mencionó antes, varios países africanos adolecen de esta brecha en la ejecución de sus marcos de gasto de mediano plazo.

¿Cuáles son las implicaciones prácticas de la formalidad en el desempeño del sector público? La experiencia de países con reformas a la gestión pública indica que la presencia o ausencia de la formalidad debería influir en la dirección que tome la reforma, aun si los objetivos siguen siendo los mismos. Cuando no existe una tradición fuerte de empleo con base en méritos en cargos públicos, la dirección de la reforma ha sido la de establecer verificaciones y comparaciones para definir legalmente el ingreso a la

Gráfico 10.6 No existe una vía directa al éxito: secuenciación de reformas presupuestarias

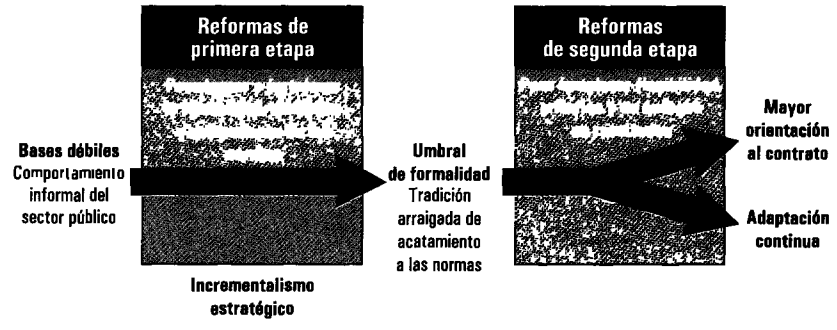


Fuente: Girishankar (2002).

administración pública y las responsabilidades de los funcionarios públicos, y construir un cuerpo distinto y unificado. La seguridad y la estabilidad del cargo y la objetividad en el ascenso se utilizan para proteger a los funcionarios contra la interferencia política. Cuando la formalidad es la norma, la ambición se ha desplazado en la dirección opuesta –reducir la seguridad del cargo y la antigüedad en los ascensos y aumentar la contratación con base en el desempeño individual, ingreso lateral y recompensas por resultados. Esta experiencia es indicativa de un importante umbral de formalidad para tomar opciones de reforma.

Reformas de primera y segunda etapa. Este umbral señala una útil distinción entre reformas de primera etapa, o básicas, y reformas de segunda etapa, o más avanzadas (gráfico 10.7). Las reformas de primera etapa ofrecen incentivos para lograr o fortalecer la formalidad cuando el punto de partida es un contexto institucional débil. Las reformas de segunda etapa se cons-

Gráfico 10.7 De bases débiles a cimientos fuertes en las reformas institucionales del sector público



Fuente: Adaptado del Banco Mundial (2002e).

Cuadro 10.3 Camine antes de correr

	Objetivo	Reformas de primera etapa	Reformas de segunda etapa
Reformas a la gestión presupuestaria	*Mayor eficiencia e impacto*	Introducir la presupuestación de partidas de línea orientada a los insumos con cierta información sobre desempeño	Cambiar la formulación y la configuración del presupuesto para vincularlo con desempeño del programa y planes a más de un año
	Gestión de costos agregada	Endurecer las restricciones presupuestarias y poner el enfoque en ejecución y presentación de informes	Utilizar presupuestación de bloque o contexto
	Reformas contables	Fortalecer la contabilidad de caja (de efectivo)	Introducir la contabilidad por partida doble y la contabilidad acumulativa (diferida)
	Reformas de auditoría	Fortalecer la auditoría financiera tradicional y auditoría de cumplimiento e introducir algún grado de auditoría del desempeño	Institucionalizar la auditoría del desempeño en una institución suprema de auditoría y en auditoría interna
Reformas a la gestión de personal	*Gestión de desarrollo profesional*	Fortalecer la seguridad del empleo y la protección contra interferencia política	Disminuir el tiempo de seguridad del empleo y vincularlo con continuas evaluaciones del desempeño
	Unidad de la administración pública	Crear un cuadro legalmente definido con términos y condiciones comunes	Traspasar y diversificar los sistemas de pago para dar flexibilidad a los empleadores
	Incentivos individuales	Aplicar consistentemente normas estándar de ascenso y remuneración con base en méritos	Establecer objetivos de desempeño anual
	Apertura	Estimular gestión de desarrollo profesional en un sistema cerrado y evitar el nepotismo	Avanzar hacia sistemas "con base en el cargo" y estimular el ingreso lateral.

Fuente: Adaptado del Banco Mundial (2002e).

truyen a partir de una base de formalidad en entornos institucionales más fuertes (el cuadro 10.3 presenta ejemplos ilustrativos de estas dos clases de reforma). En la gestión presupuestaria, lo básico incluye fortalecer la restricción presupuestaria como un enfoque más vertical de la formulación de presupuestos y fortalecer la ejecución de la presupuestación de partidas dirigidas a los insumos. La divulgación interna y externa de la información sobre desempeño puede dar a la gestión presupuestaria una orientación básica al desempeño (aunque muy lejos de la contratación con base en el desempeño). En la administración de personal, las reformas de primera etapa podrían incluir la mejora de la seguridad del empleo para fortalecer la protección contra la interferencia política.

Las reformas de segunda etapa se basan en una cultura de acatamiento a las normas y ofrecimiento de un mayor número de opciones. En la gestión presupuestaria, las reformas de segunda etapa incluyen una orientación mucho más fuerte hacia la auditoría de resultados y desempeño, aprovechando adecuadas capacidades de ejecución del presupuesto existentes en el gobierno. En la administración de personal, las reformas de segunda etapa incluyen la seguridad del empleo, armonizar recompensas individuales con objetivos de desempeño y alinear términos y condiciones más amplios con los del sector privado. Pero el único camino para avanzar no es una mayor orientación contractual. Países como Canadá y Alemania han adoptado un proceso de adaptación continua de sus actuales sistemas, que depende de permitir mayor flexibilidad para lograr mejores resultados.

Freno a la corrupción en la prestación de servicios

Muchas reformas para mejorar el desempeño del sector público y su orientación a los resultados atraviesan muchos sectores. Frenar la corrupción es uno de ellos. La corrupción debilita la prestación de servicios, y los pobres sufren sus consecuencias mucho más que otros.

Comprender los costos económicos y sociales de la corrupción

La corrupción –el abuso del cargo público para obtener ganancias privadas– es un síntoma de relaciones débiles en la cadena de servicios. La gran corrupción (que involucra a políticos, funcionarios de alto rango, y la apropiación del Estado) y la pequeña corrupción (que involucra funcionarios de bajo rango, procedimientos administrativos y servicios públicos rutinarios) debilitan los servicios. Son muchos los caminos a la corrupción en educación, salud e infraestructura: entre ellos, ausentismo, clientelismo, comisiones ilegales en el sector de la construcción, fraudes en las compras, venta de cargos públicos lucrativos, certificaciones falsas, mal uso de las instalaciones, servicios no justificados (partos por cesárea injustificados, pagos privados a maestros públicos por concepto de tutoría en horas no laborales) y sobornos en el lugar de servicio.[529] Para los pobres, los sobor-

nos son el rostro más común de la corrupción: como pagos a los proveedores para evadir procedimientos aprobados, o para desempeñar funciones establecidas. Una vez arraigada, la corrupción reduce la capacidad y los incentivos de encargados de la formulación de políticas para controlar a los proveedores, de los ciudadanos para controlar a los políticos y de los clientes para controlar a los proveedores.

Muchos estudios recientes presentan evidencia empírica sobre los costos de la corrupción.[530] La corrupción es un impuesto regresivo, que penaliza a los pobres más que a otros.[531] Con frecuencia, los pobres pagan soborno para recibir servicios públicos básicos en educación y salud, mientras que los hogares más pudientes tienden a pagar sobornos para recibir tratamiento especial de las autoridades judiciales, aduaneras y del fisco. Encuestas de hogares indican que los pobres son los que menos probabilidad tienen de saber cómo obtener reparación cuando los funcionarios públicos abusan de su cargo. Servicios discrecionales intensivos en transacciones difíciles de controlar son los que ofrecen mayor campo de acción a la corrupción porque los proveedores tienen una fuerte ventaja de información sobre los clientes.

En su sentido más amplio de apropiación de recursos y procesos decisorios públicos, la corrupción afecta las decisiones del gasto público. La pérdida de ingresos, el desvío de fondos públicos y la evasión de impuestos asociados con esta corrupción significan que los gobiernos disponen de menos fondos para gastar en educación, salud e infraestructura. Estudios han encontrado que la corrupción se asocia de manera negativa con la participación del gasto público en salud y educación,[532] y con los resultados en salud y educación. Los políticos tal vez prefieran gastar menos en garantizar que los servicios básicos en salud y educación funcionen y más en nuevas construcciones e infraestructura, que ofrecen mayores oportunidades de corrupción.[533] Y la corrupción se asocia empíricamente con menores tasas de crecimiento económico.

Cómo atacar la corrupción

Ha habido un rápido crecimiento de instrumentos de diagnóstico para medir la corrupción, evaluar la prestación de servicios y hacer juicios bien fundados sobre los puntos de entrada para la reforma.[534] Los estudios de diagnóstico, aplicados ya en cerca de 20 países, están compuestos generalmente por tres instrumentos separados pero vinculados entre sí, que cubren hogares, empresas y funcionarios públicos. Lo anterior permite triangular las perspectivas sobre el alcance, incidencia, lugar y causas de la corrupción.[535] Las inspecciones de rastreo del gasto público y las encuestas cuantitativas de prestación de servicios de empresas determinadas pueden producir información útil sobre el contorno de la corrupción e identificar los puntos de entrada para la reforma. Investigaciones sobre la prestación de servicios pueden medir los incentivos y la eficiencia del personal, suministrando información sobre los determinantes de la calidad del servicio y datos cualitativos sobre la corrupción. Juntos, pueden posibilitar un control cruzado sobre las causas y consecuencias de la corrupción y suministrar información que fortalezca la relación de opinión y del poder del cliente.

La corrupción en la prestación de servicios es un síntoma de una enfermedad fundamental sistémica. Atacar poco a poco la corrupción arriesga tratar los síntomas, no la enfermedad. Frenar la corrupción exige una estrategia de muchos flancos que aborde varios aspectos –responsabilidad política, restricciones institucionales, opinión del ciudadano, medios de comunicación eficaces, leyes de divulgación pública, competencia y un buen desempeño del sector público (gráfico 10.8). Una estrategia de muchos flancos es difícil en cualquier parte, pero especialmente donde la corrupción es generalizada y el contexto institucional es débil. Los diagnósticos contra la corrupción pueden arrojar luces sobre los patrones y causas raizales de la corrupción, ayudando en consecuencia a escoger prioridades de reforma y sugerir puntos de entrada adecuados. En las economías en transición que están construyendo nuevas instituciones públicas y redistribuyendo al mismo tiempo los activos del Estado, surgen las oportunidades tanto para la corrupción administrativa como para la apropiación del Estado.[536] Donde la corrupción administrativa es elevada pero la apropiación del Estado en el centro no lo es, fortalecer la responsabilidad en el interior de la administración pública y desplegar inspecciones de rastreo y otras herramientas para la responsabilidad financiera podrían ser el lugar para comenzar. Pero cuando la apropiación por parte del Estado en el centro es elevada, la responsabilidad política podría ser el mejor punto de entrada.

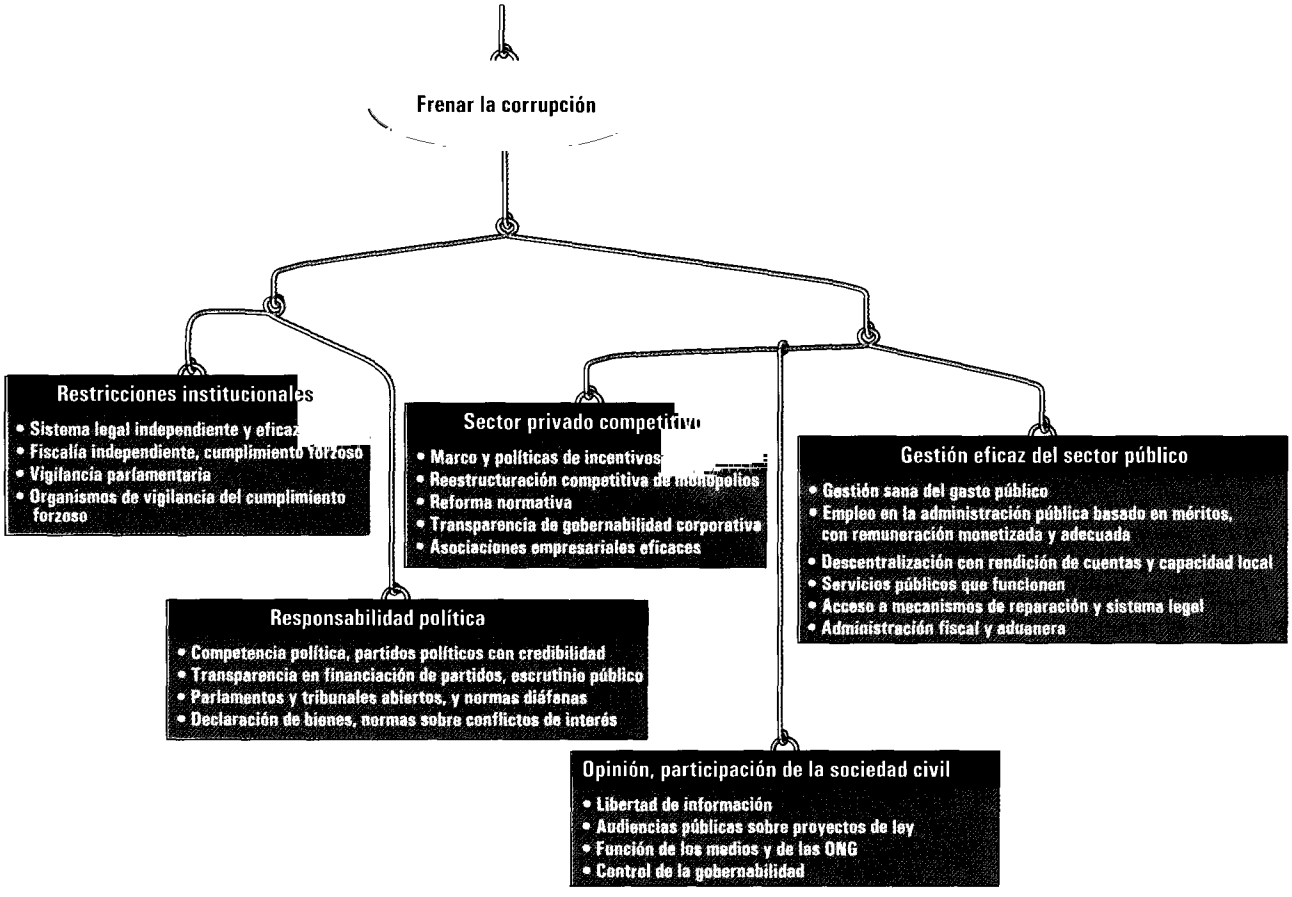
Un poder judicial independiente, que funcione adecuadamente, es crucial para combatir la corrupción y con frecuencia ofrece un punto de entrada viable. Asegurando el cumplimiento de las leyes y suministrando verificaciones y comparaciones sobre el poder de los encarga-

dos de la formulación de políticas y proveedores, los tribunales fortalecen directamente la opinión. En muchos países, sin embargo, los tribunales mismos son un apéndice corrupto del gobierno. Aun si los jueces están por encima de toda sospecha, abogados, secretarios de juzgados y otros oficiales de juzgados pueden aumentar la red de corrupción. Los ingredientes de la reforma son muchos –libertad de información, mayor transparencia y leyes diáfanas, autorregulación por medio de Colegios de Abogados y asociaciones legales con una actitud de reforma, actualización de leyes y procedimientos legales obsoletos, y la independencia, competencia e integridad de los funcionarios judiciales– pero son difíciles de reunir y toma tiempo para que arraiguen. La experiencia señala que es posible lograr grandes avances si las reformas se enfocan en incentivos, relaciones institucionales y acceso a la información, antes que solamente en normas legales y procedimientos formales y en la expansión del sistema legal. La legislación contra la corrupción acorde con la capacidad del país para la aplicación forzosa de las leyes, con organismos superiores independientes de auditoría y vigilancia legislativa, puede ayudar.

Manejo de transiciones: superación de escollos a la reforma

Las reformas al sector público pueden provocar una dura oposición de parte de grupos que se benefician de las relaciones existentes. ¿Cómo se puede ablandar esta oposición? Y ¿cómo explicar el dilema de "reforma considerable en entornos políticos sembrados con el potencial para el fracaso" –ilustrado, por ejemplo, por contenciosas reformas a la educación en América Latina?[537] Aunque no existe una respuesta fácil, un factor principal es cómo los políticos y los encargados de la formulación de políticas manejan las numerosas transiciones en las reformas en sector el público y en la prestación de servicios, comprometiéndose con ciudada-

Gráfico 10.8 Muchas fuerzas en juego para frenar la corrupción en la prestación de servicios



Fuente: Banco Mundial (2000a).

nos y proveedores finales para fomentar el cambio. La experiencia sugiere que encargarse de la economía política de este tipo de transiciones puede ser la tarea más difícil para los reformadores. En tanto la experiencia de cada país es única, algunos principios generales brindan un punto de partida (recuadro 10.7). Pero saber qué empujar y qué retener es un arte difícil de aprender o enseñar.

Los encargados de la formulación de políticas deben escoger con sabiduría entre reformas de primera y reformas de segunda etapa. Hasta reformas como ejecutar el presupuesto exigen considerable liderazgo, capacidad y coordinación entre muchas instancias del gobierno. Escoger reformas de segunda etapa en un contexto institucional débil puede ser doblemente difícil. No sólo existe una oposición significativa (las reformas de segunda etapa representan una desviación mayor del *statu quo* que las reformas de primera etapa), sino los simpatizantes pueden estar a favor de las reformas por las razones equivocadas (previendo la posibilidad de ganancias privadas cuando reformas complejas fracasan en un contexto institucional informal). De modo que un desequilibrio entre reformas y condiciones iniciales puede llevar a la subversión de las reformas desde fuera y desde dentro.

Aun si los reformadores son conscientes de la necesidad de comenzar con las reformas de primera etapa, existe el problema de la adhesión de la reforma.[538] Embarcarse en una reforma es menos arriesgado cuando la adhesión es alta –los reformadores tienen considerable influencia en la sociedad y en la política, los buenos comunicadores han vendido su visión a la mayoría de la población y las instituciones que se van a reformar se muestran bien dispuestas al cambio y son recuperables. Pero en contextos donde la adhesión es baja, los reformadores tienen que enfrentarse con la resbalosa adhesión a las reformas, lo que puede hacer difícil darle forma a la ejecución, incluso, de reformas de primera etapa.

Entonces, ¿cómo pueden los reformadores en contextos de baja adhesión iniciar y ejecutar las reformas? Las respuestas, obviamente específicas a país, trascienden los sencillos principios enunciados en el recuadro 10.7. Sobre todo, iniciar reformas en contextos de baja adhesión es un asunto de oportunidad y paciencia. Para aprovechar las oportunidades a medida que surgen, los reformadores deben construir de antemano alianzas con grupos clave de interés. Deben estimular la diversidad y la experimentación y aprender rápida y sistemáticamente a partir de los resultados. Y deben crear sus propias oportunidades; construir sobre lo que exista de adhesión en sus entornos.

Evaluación y aprendizaje

El control y la evaluación les dan significado a las relaciones de responsabilidad entre usuarios de los servicios, encargados de la formulación de políticas y proveedores. Tradicionalmente, los gobiernos han asociado el control y la evaluación con zonas individuales del sector público central –sistema de auditoría, discusión en el ámbito del legislativo de estados financieros auditados–, pero éstas han mostrado una tendencia a permanecer desconectadas y ser de corto plazo. Lo que ha estado faltando es la re-

RECUADRO 10.7 ***Manejo de la espinosa política de las reformas de la prestación de servicios a favor de los pobres***

Reforma significa cambio y, por consiguiente, oposición, a menudo política. Este es en especial el caso de la reforma de servicios básicos en los cuales los gobiernos están involucrados como proveedores, financiadores o reguladores, y para los cuales la ruta larga de la responsabilidad entra, por tanto, en juego.

Las reformas institucionales en la prestación de servicios de educación, salud e infraestructura son especialmente complejas. Actores múltiples, prolongados planes de trabajo, costos iniciales y beneficios tardíos crean muchos jugadores con poder de veto y riesgos conocidos y desconocidos. Es fácil organizar el apoyo para ampliar el acceso (nuevos cargos, nuevos contratos, nuevo clientelismo), pero mejorar la calidad es difícil.

Las reformas se pueden aplicar con mayor facilidad en entornos favorables a los pobres en razón del consenso sobre la equidad social. La gestión de la política implica entonces y a menudo frenar el populismo insostenible, promover servicios públicos universales y construir coaliciones entre los pobres y la clase media de modo que exista un apoyo más amplio a las reformas.

Pero, en entornos clientelistas, tal vez sea difícil llegar a un consenso sobre las reformas entre políticos, encargados de la formulación de políticas y potenciales jugadores con poder de veto (burocracias del gobierno, asociaciones empresariales, sindicatos, organizaciones no gubernamentales). Intereses creados y relaciones clientelistas pueden haber cooptado a muchas instituciones. Luego, las reformas deben crear espacio político manejando más resueltamente la política de la reforma.

Si bien cada situación es diferente, la experiencia sugiere lo básico:

- ***Fijar los términos del debate, controlar la agenda y tomar la ruta directa,*** **incluyendo adelantarse a la oposición, usar la ley de divulgación de información y los medios de comunicación para otorgar poder a los simpatizantes, y buscar puntos de entrada estratégicos.**
- ***Llegar a compromisos sensatos*** **entre reformas globales e incrementales, buscando ganancias tempranas para los grupos de interés y apoyando a los defensores de la reforma y equipos de organismos transversales que puedan traer consigo a otros con una posición similar.**
- ***Aceptar la capacidad de impugnación de las políticas*** **como algo inevitable, pero utilizarla para movilizar a los grupos de interés, construir coaliciones y ganar credibilidad electoral.**
- ***Garantizar un apoyo amplio y sostenible*** **tan temprano como sea posible, y evitar una reacción violenta poniendo la mira en servicios universales que beneficien a todos los usuarios, incluyendo a los pobres, antes que a grupos particulares.**
- ***Marginar a los opositores*** **antes, durante y después de la aplicación de la reforma, en especial a aquellos con poder de veto, y explotar las divisiones en sus filas para avanzar más allá de la aritmética estática de ganadores y perdedores.**

Manejar la política de la reforma es regularmente un proceso tecnocrático vertical liderado por equipos centrales de diseño y carente de participación, transparencia y, a veces, hasta de legitimidad. Usualmente es un error. Sin adecuada retroalimentación es difícil dominar las cambiantes zonas de conflicto. Hacer que los servicios funcionen para los pobres requiere fortalecer su poder de voz con el fin de fortalecer la responsabilidad. Lo anterior reduce, de manera positiva, el espacio de maniobra por parte de los reformadores. Un proceso decisorio y procesos de ejecución incluyentes son tanto un medio como un fin en el manejo de la política de las reformas de los servicios a favor de los pobres.

***Fuentes*: Grindle (de próxima aparición), Nelson (2000), Weyland (1997) y Olson (1971).**

RECUADRO 10.8 *¿Listos para los resultados?*

- ¿Los defensores del control y la evaluación con base en resultados son evidentes dentro del país?
- ¿Qué reformas están en curso o se proyectan con las cuales una iniciativa de control y evaluación con base en resultados podría estar relacionada?
- ¿Quién usará la información del control y la evaluación con base en resultados para valorar el desempeño de la prestación de servicios?
- ¿Qué contexto de gestión dentro del gobierno vigilará la introducción y operación del sistema de control y evaluación con base en resultados?
- ¿Existen vínculos entre presupuestos y procedimientos de asignación de recursos e información de control y evaluación existente?
- ¿Quién recaba regularmente y analiza la información de control y evaluación para valorar el desempeño del gobierno, ya sea dentro o fuera del gobierno?
- ¿Dónde es posible encontrar capacidad local en gestión pública, inspecciones, evaluación y manejo de información para apoyar la oferta y la demanda de control y evaluación con base en resultados?
- ¿Existen iniciativas apoyadas por donantes, propuestas o en curso, como PRSP, a las cuales se podría vincular una iniciativa de control y evaluación con base en resultados?

Fuente: Basado en Kusek, Rist y White (2003).

troalimentación sobre resultados y consecuencias de acciones en cada eslabón de la cadena de prestación de servicios que conecta a encargados de la formulación de políticas, proveedores y clientes. Un sistema de control y evaluación basado en resultados que reúna información de sistemas más tradicionales de control con información del contexto de prestación de servicios puede dar pautas sobre las reformas institucionales requeridas para mejorar la prestación del servicio. Puede ser de especial utilidad para incrustar un régimen de evaluación dentro de una estrategia de reducción de la pobreza, de manera que sea posible averiguar lo que la estrategia está haciendo a favor de los servicios para los pobres.

La tecnología del control y la evaluación es ampliamente conocida y usualmente específica del mecanismo de servicio y prestación.[539] El aspecto donde más se debería poner el enfoque son los incentivos fundamentales para control y evaluación, y cómo se puede lograr que la demanda de información impulse el suministro. Tres aspectos sobresalen: el marco institucional para control y evaluación, la función de una evaluación sistemática del programa y sus nuevos vínculos con la formulación de políticas, y la importancia de la divulgación.

Crear un nuevo sistema de información que tenga como resultado mayor transparencia, responsabilidad y visibilidad alterará las ecuaciones del poder político. Puede desafiar la sabiduría convencional sobre desempeño del programa, impulsar nuevas decisiones de asignación de recursos y pone en duda el liderazgo de los responsables. En el recuadro 10.8 se pone de relieve la importancia de comprender las dimensiones institucionales y políticas de un sistema de control y evaluación basado en resultados, y la forma como la demanda de control y evaluación debería impulsar la prestación de servicios, no lo contrario. Por ejemplo, con frecuencia, los esfuerzos por mejorar los sistemas estadísticos se han enfocado a resolver problemas de abastecimiento fortaleciendo los sistemas estadísticos nacionales para recabar, procesar y divulgar datos, en vez de comprender las fuentes de la demanda. Lo anterior ha llevado en algunos casos al excesivo suministro de información: en Tanzania, por ejemplo, abundan los sistemas de información sobre salud, pero sigue siendo difícil conseguir estimaciones exactas sobre la cobertura de la prestación del servicio.

En ausencia de algún grado de conocimiento sobre cómo se usa la información, quienes la recaban pueden considerar el proceso dispendioso y poco gratificante, lo que significa mal cumplimiento y baja calidad. A medida que la descentralización avanza en muchos países, es importante construir capacidad descentralizada de control y evaluación, de modo que sistemas centrales y locales se complementen entre sí.

Como se ha resaltado a lo largo del presente Informe, la evaluación sistemática de programas puede ser un mecanismo poderoso para demostrar qué funciona y qué no funciona. Dada la complejidad de las reformas al sector público y la dificultad para escoger puntos de entrada y secuenciación apropiada, los gobiernos están ensayando todo el tiempo nuevos enfoques de políticas y programas. Algunos de estos enfoquen funcionan bien, muchos producen resultados mediocres y muchos fracasan. Pero a menos que exista una evaluación sistemática de las reformas, no hay manera alguna de asegurarse de que funcionaron en razón de las políticas o del programa o por alguna otra causa.[540] Y a menos que los resultados cumplan una función mayor en el diseño de mecanismos posteriores de prestación de los servicios, no hay forma alguna de asegurarse de que los gobiernos pueden tener éxito cuando decidan aumentar la prestación de esos servicios.

Por último, como se afirma en el capítulo 5 y el Informe en general, la divulgación amplia de los resultados del control y de la evaluación es crucial para las mejoras en la prestación de servicios. Si no se divulgan ampliamente dentro y fuera del gobierno mediante mecanismos a la medida de audiencias determinadas, los resultados de las actividades de control y evaluación tal vez no estén a la altura de su potencial para mejorar la prestación de servicios.

En primer plano: *Ceará*

Ciento setenta mil trabajadores comunitarios de la salud llegan a 80 millones de brasileros

A finales de los años ochenta y en los noventa, Ceará, uno de los estados más pobres de Brasil, redujo radicalmente la mortalidad infantil. Un esfuerzo significativo del gobierno local motivó a los trabajadores de la salud, municipios, comunidades locales y familias a trabajar por una mejor salud.

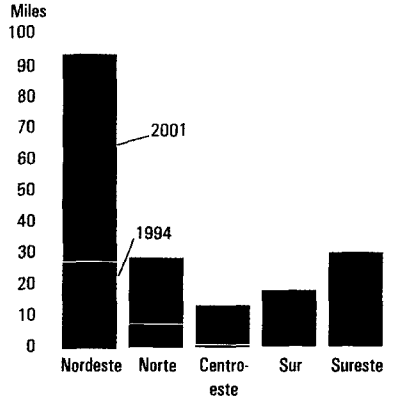
En los años ochenta, los indicadores socioeconómicos de Ceará, un estado con una población cercana a los siete millones, localizado en el nordeste brasilero, estaban entre los peores del país. La tasa de mortalidad infantil era cercana a 100 por cada 1.000 nacimientos vivos. Menos del 30% de los municipios tenían una enfermera. Y los servicios básicos de salud llegaban apenas al 20%-40% de la población. En 1986, el gobierno del estado comenzó un programa masivo para reducir la mortalidad infantil. El programa tuvo éxito. Para 2001, la mortalidad infantil había disminuido a 25 por cada 1.000 nacimientos vivos.

Envío de trabajadores de la salud a los hogares pobres

En 1987, el gobierno del estado de Ceará comenzó a contratar, capacitar y desplegar trabajadores de la salud. Para comienzos de los años noventa, los trabajadores de la salud visitaban 850.000 familias al mes, el primer servicio público en alcanzar regularmente a casi todas las comunidades locales.

Las visitas mensuales a las familias y los registros de las familias mejoraron la terapia de rehidratación oral, lactancia, inmunización, cuidado prenatal y control del crecimiento –así como el tratamiento de neumonía, diarrea y otras enfermedades.

Gráfico 1 El número de trabajadores comunitarios de la salud registró un aumento radical



Fuente: Ministerio de Salud de Brasil (2001).

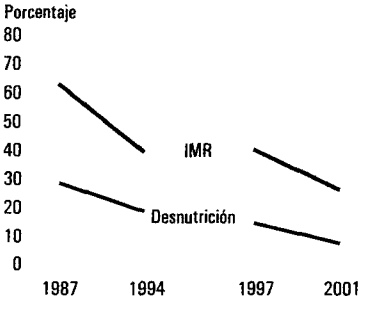
Para 2001, más de 170.000 trabajadores comunitarios de la salud atendían a 80 millones de brasileros (gráfico 1). En 1994, los equipos de trabajadores comunitarios de la salud se extendieron gradualmente para incluir a un médico, una enfermera, una auxiliar de enfermería y de cinco a seis trabajadores comunitarios de la salud por cada 800 familias.

Este Programa de Salud Familiar se basó en el éxito alcanzado por los municipios de São Paulo, Porto Alegre y Niteroi con los "médicos de familia". A los servicios existentes, agregó el seguimiento de familias en riesgo y tratamiento en el hogar para enfermedades crónicas. Los médicos de familia y las auxiliares de enfermería también suministran tratamiento curativo y hacen remisiones a los hospitales. Para 2002, 150.000 equipos de Salud Familiar llegaban a 45 millones de personas.

Resultados de salud, 1987-2001

Algunos de los decrecimientos de la mortalidad infantil y la desnutrición pueden atribuirse a la mayor cobertura de vacunación, terapia de rehidratación oral y lactancia (gráfico 2). Las desigualdades económicas de la cobertura también se redujeron, y los mayores avances se lograron entre los más pobres de la población.[541] Los indicadores de producto –como vacunación, terapia de rehidratación oral, lactancia y peso de los niños– también han mejorado.

Gráfico 2 Cambios en indicadores de salud y nutrición en Ceará, 1987-94 y 1997-2001



Fuente: 1987 a 1994, Victora y otros (2000a); 1997 a 2001, Fuentes y Niimi (2002).

Evidencia anecdótica señala los impactos en otros estados. La aplicación del Programa de Salud Familiar en el pueblo de Camaragibe produjo una disminución de la mortalidad infantil de 65 por cada 1.000 nacimientos vivos en 1993, a 17 a finales de los años noventa, y en Palmas la incidencia de la diarrea disminuyó a la mitad, mientras la cobertura de cuidado prenatal se duplicó entre 1997 y 1998.[542]

Equilibrio de la descentralización con un enfoque en resultados

Movilización de actores

Utilizando fondos compensatorios para motivar a los municipios a emprender nuevos programas, los encargados de la formulación de políticas en el estado de Ceará dieron en el justo medio entre la descentralización de las responsabilidades a los municipios y el mantenimiento de un enfoque en los resultados por medio del control estatal sobre aspectos clave del programa.

Asimismo se desarrollaron estrategias para fortalecer la influencia de la comunidad sobre los proveedores de salud y fortalecer la opinión de la comunidad. La selección ampliamente difundida de un gran número de trabajadores comunitarios de la salud, provenientes de las comunidades, ayudó a "socializar" el programa. Las organizaciones comunitarias se involucraron en la segunda ronda de evaluaciones para obtener el Sello Municipal de Aprobación –un programa para dar incentivos a los municipios a fin de mejorar los resultados (recuadro 1).

Financiación

Diversos mecanismos de financiación cubrían los costos anuales del programa de aproximadamente 1,50 dólares por beneficiario. En concordancia con la Constitución de 1988 y las leyes de financiación de la salud de 2001, los municipios pueden retener los ingresos fiscales pero deben gastar 25% en educación y 10% en salud. Los salarios de los trabajadores comunitarios de la salud (60 dólares mensuales) y los costos de supervisión y fármacos los paga directamente el estado. Los municipios deben

RECUADRO 1 ***El Sello Municipal de Aprobación de Ceará***

En 1990, Brasil promulgó el Estatuto para Niños y Adolescentes, una de las leyes más avanzadas en el mundo sobre los derechos de los niños, introduciendo consejos locales de derechos y consejos de custodia para ayudar a definir, ejecutar y controlar las políticas públicas para los niños.

En 1997, Ceará introdujo Sellos Municipales de Aprobación, con el apoyo de Unicef. Los sellos se otorgaban a los municipios con base en indicadores de desempeño de supervivencia y desarrollo infantil, y con base en la gestión administrativa de la salud, la educación y la protección infantil.

Ninguna recompensa monetaria está incorporada a los sellos, pero el municipio puede exhibir el sello en la papelería oficial y en los centros de salud, escuelas y otros servicios públicos. A los alcaldes que muestran interés en el sello les gusta que los consideren "amigos de los niños" y gerentes eficientes.

cubrir solamente los salarios de las enfermeras supervisoras (300 dólares mensuales), pero muchos municipios cubren otros costos de manera voluntaria.

El gobierno nacional ofrece a los municipios subvenciones compensatorias en bloque para educación y salud como incentivo para ejecutar programas prioritarios. Las subvenciones para atención mínima de salud básica ascienden a 10 reales por persona por año, 2.400 reales por trabajador de la salud por año para los municipios que ejecutan el Programa de Trabajadores Comunitarios de la Salud, y 28.000 a 54.000 reales por año por equipo cuando los municipios ejecutan el Programa de Salud Familiar.

Control y divulgación de información

Para estimular a los municipios a participar, los funcionarios públicos del estado de Ceará intentaron crear un fuerte programa de "imagen". A los ciudadanos se les informó sobre sus beneficios y ejercieron presión sobre los alcaldes para que se unieran al programa. El programa se introdujo paulatinamente, comenzando con los municipios que mostraron interés y disposición, estimulando la competencia entre municipios.

Innovadoras estrategias de movilización social ampliaron el conocimiento público del Sello de Aprobación y la comprensión de los indicadores sociales requeridos para la certificación. Entre ellos, discos compactos para orientar la cobertura por radio, elecciones de "alcaldes de los niños" y tarjetas de marcación de indicadores municipales. El Sello de Aprobación exigía que los municipios tuvieran indicadores de salud superiores al promedio para el grupo en el cual se clasificaba el municipio, con base en criterios socioeconómicos. Mapas codificados por colores facilitaron el control y registraron la evolución de los indicadores.

Aplicación forzosa mediante contratación y despido

Aunque el programa estaba descentralizado a los municipios, un equipo especial adjunto al gobernador del estado tenía el control sobre la contratación y el despido de los trabajadores comunitarios de la salud, y sobre un fondo especial creado para el programa.

Se contrató a muchos trabajadores comunitarios de la salud dentro de la comunidad por medio de un proceso de selección de alto perfil que aportó un sentido de propiedad y facultó a las comunidades a exigir mejores servicios de sus alcaldes. Los candidatos que no fueron seleccionados se convirtieron en contralores públicos del desempeño de los trabajadores comunitarios de la salud.

Donantes y reforma de los servicios

capítulo

Temo a los griegos, aun cuando traen ofrendas.
Laocoön sobre el Caballo de Troya

Donantes externos apoyan la reforma de los servicios en muchos países en desarrollo. En países de ingreso mediano o en muchos países de ingreso bajo, se trata principalmente de apoyo a innovaciones piloto o a la puesta en marcha de proyectos demostrativos. Si se seleccionaran desde una perspectiva estratégica y se evaluaran como es debido, la influencia de estos proyectos podría ser considerable. La historia es muy diferente en otros países de ingreso bajo. Los donantes aportan 20% o más de los recursos públicos en más de 60 países de ingreso bajo. Y aportan más del 40% de los recursos públicos por lo menos en 30 países pobres –como Bolivia, Madagascar, Nepal y Tanzania. Para estos países, los flujos de ayuda son obviamente importantes para la prestación de servicios.

Enfocándose en la selección de los países receptores, la comunidad internacional ha recorrido un largo camino para comprender qué hace que la ayuda sea más eficaz.[543] En el presente capítulo se plantea que, junto con la selectividad de país, la forma en que los donantes aportan su ayuda es muy importante.

Los donantes continúan subestimando lo difícil que resulta influir en las reformas sin llegar a socavar las responsabilidades internas. Demasiado conscientes de los fracasos en las relaciones básicas de responsabilidad en los países receptores, a veces los donantes los ignoran. Este hecho puede resultar en buenos proyectos aislados, pero asimismo puede debilitar los sistemas internos y las relaciones de responsabilidad del país receptor de la ayuda (capítulos 3 a 6). En el presente capítulo se sugiere que:

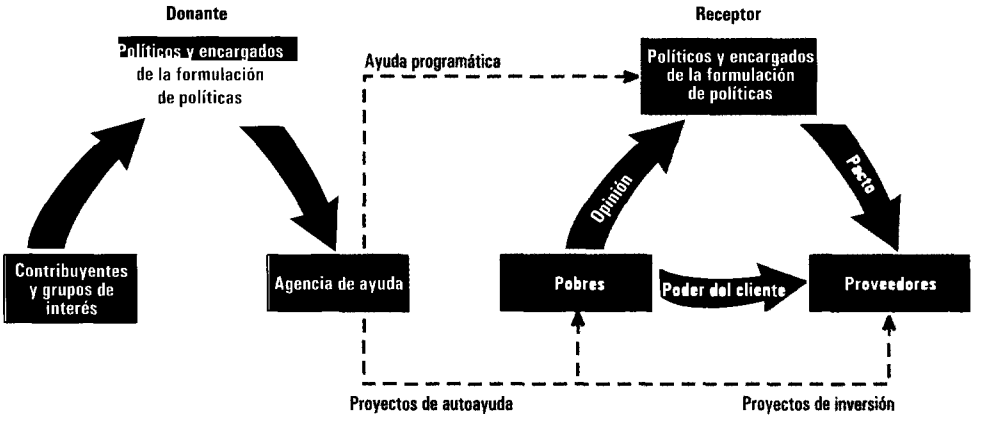
- Los donantes presten mayor atención a los problemas de influir en la reforma de los servicios en los países receptores.
- Fortalezcan las relaciones cruciales entre encargados de la formulación de políticas, proveedores y clientes. Cuando hacen caso omiso de estas relaciones, pueden socavar la prestación de servicios.
- Los donantes apoyen a las instituciones receptoras evaluando sistemáticamente las innovaciones, armonizando y realineando su asistencia financiera y transferencias de conocimiento con la prestación de servicios del receptor (en particular, cuando la participación de la ayuda que se dedica a gastos es cuantiosa) y centrándose en productos y resultados.
- En países con un entorno sano, donde existen reformadores verdaderos, los donantes integren también su apoyo en la estrategia de desarrollo del receptor, en su presupuesto y en su sistema de prestación de servicios.
- En los países de ingreso bajo que se encuentren en etapas de posconflicto o que tengan instituciones débiles, los donantes apoyen servicios sociales urgentes y de otro tipo, identificando al mismo tiempo mecanismos que construyen instituciones públicas transparentes en el largo plazo. La mancomunidad de la ayuda reducirá los costos de transacción.

Todo esto está muy bien. Pero los muchos objetivos de la ayuda externa crean incentivos para que los donantes controlen directamente sus mediaciones, antes que alinearlas con los sistemas de prestación de servicios del receptor. Debido a estos incentivos, la ayuda para la reforma no será fácil. Aún así, para que la reforma de los servicios tenga éxito, los donantes tienen que asignar todavía mayor prioridad a la eficacia de la ayuda y a los resultados del desarrollo.

Ayuda y responsabilidades

La ayuda se diferencia en diversas y significativas formas de los servicios financiados internamente. Los beneficiarios y los financistas no son sólo distintos –viven en países diferentes, con bases de apoyo político diferentes.[544] Esta separación política y geográfica –entre beneficiarios en el país receptor y contribuyentes en el

Gráfico 11.1 Cuando el enlace de retroalimentación entre los beneficiarios y los contribuyentes del país donante se rompe



país donante– rompe el enlace normal de retroalimentación del desempeño en la prestación de los servicios (gráfico 11.1). Por ejemplo, los beneficiarios en un país receptor tal vez puedan observar el desempeño de las agencias de ayuda. Pero no pueden recompensar ni castigar a los encargados de la formulación de políticas responsables de este desempeño en los países donantes. El vínculo roto de la retroalimentación induce mayores sesgos de incentivo en la ayuda que en programas internos. De modo que la eficacia de la ayuda la determina no sólo el desempeño del receptor sino también los incentivos que hacen parte del entorno institucional de las agencias de ayuda. Entender estos incentivos es vital a cualquier reforma de la ayuda para apoyar una mejor prestación de los servicios.

La divergencia y la distancia entre bases de apoyo político y clientes puede ser importante, pero todavía hay más. Aun si las bases de apoyo político de los donantes adoptaran la retroalimentación del cliente como un criterio primordial para la ayuda, todavía habría dificultades para ejercer influencia externa sin socavar las relaciones internas de responsabilidad. Para ilustrar el problema inherente de actores externos, consideremos la financiación de empresas. Cuando los financistas o los capitalistas de empresas en participación buscan influir en una empresa en la que están invirtiendo, se convierten en accionistas y, tal vez, exijan ser miembros de la junta directiva de la compañía. Sería obviamente poco factible desde el punto de vista político que los donantes exijan un cargo en el gabinete ministerial del país receptor. Con todo, la influencia que los donantes ejercen sobre el gasto público del receptor a veces se asemeja a la de un financista de capital accionario.

Fortalecer –no debilitar– el pacto

Cuando los flujos de ayuda son cuantiosos en relación con los recursos del receptor, los donantes afectan de muchas formas los pactos entre encargados de la formulación de políticas y las organizaciones de proveedores (capítulo 6). Al influir en los patrones del gasto y en los procesos presupuestarios, los donantes interfieren directamente en el diseño del pacto. Y cuando influyen directamente en las organizaciones de proveedores, los donantes dejan de lado tanto al encargado de la formulación de políticas como al pacto.

Los donantes afectan los patrones del gasto y los procesos presupuestarios del receptor de muchas maneras:[545]

- Los donantes pueden apoyar únicamente el gasto en bienes de capital (construcción) y esperar que el gobierno provea los insumos complementarios (contratación de personal, mantenimiento). Regularmente los gobiernos no logran financiar esos insumos complementarios.
- Los donantes pueden financiar proyectos en los cuales los gobiernos no están interesados. Este hecho contradice la propiedad, aunque puede funcionar cuando un buen proyecto piloto estimula un nuevo enfoque mediante su efecto demostrativo –o cuando se requiere una única mediación.
- Los donantes pueden dar ayuda a un sector prioritario y suponer que el gasto del gobierno a partir de sus propios recursos continúa igual. Esto choca contra la fungibilidad, porque los gobiernos tratan de aliviar el gasto ajustando sus propias asignaciones.[546]
- Los donantes pueden fijar objetivos para la participación del gasto en sectores particu-

lares como condición para los flujos de ayuda. Considérese la actual preferencia de los donantes por los sectores sociales, los cuales parecen haber incrementado tanto el gasto público del receptor en estos sectores como la participación de la ayuda en el sector social (de 14% de los flujos de ayuda en 1991, a 34% en 2000).[547] Pero fuertes preferencias de los donantes pueden dejar otros sectores importantes inadecuadamente financiados o fijar incentivos perversos en los sectores privilegiados. En Zambia, la protección del gasto social produjo recortes profundos en el gasto en infraestructura rural –creando posiblemente mayor pobreza rural.[548]

Para evitar este tipo de distorsiones, conjuntamente con los encargados de la formulación de políticas, los donantes pueden analizar las prioridades y trabajar para dar forma al gasto público durante el ciclo anual presupuestario. Pero el receptor debe tener un proceso presupuestario que funcione realmente bien.

Muchos donantes consideran que es necesario alinear la ayuda con el pacto del receptor entre encargados de la formulación de políticas y proveedores. Pero igualmente existen otras tendencias. Los fondos globales, los cuales son asociaciones entre el sector público y el privado en el mundo entero, han optado por suministrar financiación con base en un proyecto directamente a los proveedores de servicios en los países pobres.[549] Los nuevos fondos globales relacionados con la salud también desarrollan políticas de compra y distribución mundiales de artículos como mosquiteros, vacunas y medicamentos básicos.

La provisión de fondos mundiales –desde una fuente global de financiación hasta el proveedor local– refleja, de muchas maneras, la necesidad de que los donantes demuestren que los fondos son adicionales a lo que de otra forma se habría dado. Asimismo, podría reflejar la insatisfacción con el funcionamiento de las relaciones de responsabilidad del receptor y con las agencias de ayuda. Pero no queda claro que ésta sea una solución sostenible a los problemas institucionales. Evidencia de Uganda señala que los fondos globales pueden enfrentar a los encargados de la formulación de políticas del receptor –encargados del programa general de gastos– con sus organizaciones proveedoras, quienes directamente ejercen presión por fondos fuera del presupuesto en el ámbito internacional (recuadro 11.1). Mecanismos de financiación paralelos pueden asimismo socavar los esfuerzos por racionalizar los gastos, reformar los sistemas de gobierno y aumentar la transparencia en el ámbito del país.

Los donantes interactúan directamente con las organizaciones de proveedores en varios niveles. Algunas agencias de ayuda optan por trabajar con los ministerios en línea. Otras deciden integrar a los proveedores con los gobiernos locales. Y otras van directamente a los proveedores principales, como las clínicas de salud o las escuelas. Los ministerios sectoriales cabildean por su cuenta para conseguir fondos. Desde la perspectiva del donante, la competencia entre ministerios, departamentos y otras organizaciones permite un proceso de selección más eficiente –porque los esperanzados receptores harán lo mejor que puedan para revelar tanta información como sea posible para atraer a los donantes. El resultado: los encargados de la formulación de políticas del receptor pierden el control del programa de gastos porque la financiación se hace por fuera del presupuesto y las actividades hacen caso omiso del pacto. Lo que sigue son asignaciones incoherentes del gasto y cobertura desigual de los servicios.

Una competencia similar puede ocurrir entre donantes, empeorando el problema de los incentivos. Cuando la agencia receptora sabe que, si un donante amenaza con retirarse debido al mal desempeño de la agencia receptora, otros donantes entrarán en la contienda, existirán pocos incentivos para mejor su desempeño[550].

Algunos donantes, entre ellos el Banco Mundial, hasta pasan por alto a las organizaciones de proveedores creando unidades autónomas o semiautónomas de ejecución de proyectos para sus mediaciones. Los defensores de las unidades de ejecución de proyectos reconocen que estos esquemas pueden socavar la construcción de capacidad local, crear distorsiones salariales

RECUADRO 11.1 ***El debate sobre fondos globales: Uganda***

Es como un chico hambriento que ve un árbol cargado de mangos maduros, pero no tiene permiso para recogerlos. El Ministerio de Salud está necesitado de dinero, mientras el dinero de los donantes ronda por ahí. Como parte del marco presupuestario y de gasto a mediano plazo, el Ministerio de Hacienda fija un límite al monto de dinero que se pueda gastar en salud –como lo hace para todos los sectores– rehusándose a asignar fondos en exceso de fondos globales para la salud. El Ministerio de Hacienda alega que hay una gran cantidad de cosas importantes que los pobres necesitan y que no hay suficientes recursos para proveerlos a todos.

Pero los funcionarios del sector de la salud insisten en que el Ministerio de Hacienda está construyendo cielo rasos y que cuesta mucho más prestar servicios de salud que la asignación presupuestaria que recibe el sector. El Ministerio de Hacienda replica diciendo que el atractivo del país para los donantes depende de su reputación de una sana gestión macroeconómica. Los fondos globales arriesgan socavar esta reputación proveyendo recursos por fuera del proceso presupuestario normal. No es la intención del gobierno desechar recursos adicionales, dicen los funcionarios de Hacienda, pero es importante que esos recursos se canalicen a través del proceso presupuestario regular.

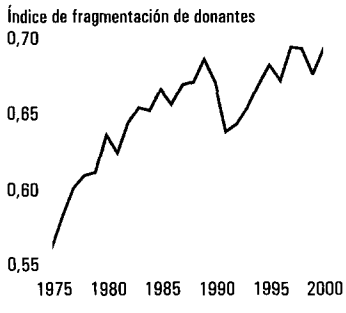
Fuente: **Adaptado de *The New Vision*, principal periódico de ugandés de circulación diaria.**

y debilitar el pacto entre el encargado de la formulación de políticas y la organización de proveedores. Pero argumentan que los mejores resultados compensan los costos. Un estudio de cerca de 100 proyectos del Banco Mundial en la Región de América Latina y el Caribe demuestra lo contrario: que las unidades de ejecución de proyectos no tienen impacto positivo significativo sobre los resultados de los proyectos, en tanto la probable sustentabilidad de los resultados se ha visto considerablemente afectada.[551] Un estudio paralelo en la Región de Europa Oriental y Asia Central produjo conclusiones similares.[552]

En Bangladesh, la respuesta de los donantes a una crisis fue crear una unidad independiente de gestión de proyectos para el Proyecto de Reducción de Arsénico en el Abastecimiento de Agua en Bangladesh –con la finalidad de resolver con rapidez el grave problema de la contaminación del agua potable por arsénico (capítulo 9). La unidad hizo caso omiso de los departamentos tradicionales de ingeniería de aguas, considerados demasiado inflexibles para responder a la emergencia. Después de dos años, la unidad se ha quedado corta en cuanto a sus expectativas. Se espera que el gobierno clausurará el proyecto en un futuro cercano aduciendo que, al pasar por alto al gobierno, la unidad no logró su cometido en el terreno.

Los donantes tienen la tendencia de contratar a los funcionarios públicos más calificados para trabajar en las unidades de ejecución de proyectos, a menudo con salarios que sobrepasan con creces lo que habitualmente ganarían en un empleo con el gobierno.[553] En Kenia, un proyecto agrícola del Banco Mundial pagó a ocho empleados locales salarios entre 3.000 y 6.000 dólares mensuales, muy superior a los 250 dólares que recibe un economista principal en un cargo con el gobierno.[554] Otro estudio determinó que de los 20 economistas del gobierno de Kenia que adelantaron estudios de maestría mediante un programa financiado por donantes entre 1977 y 1985, en el año 1994, 15 de ellos trabajaban para las agencias de ayuda o para organizaciones no gubernamentales (ONG) –o para sus propios proyectos. Según las conclusiones del estudio, "los programas elite de maestría que se llevan a cabo en el exterior son, de hecho, pasaportes para abandonar el sector público".[555] En países con muchos donantes, existe la probabilidad de que la puja por los salarios aumente todavía más en la medida en que los donantes compiten por personal calificado.

Gráfico 11.2 Fragmentación de donantes: en ascenso



Nota: Cuanto más elevado sea el índice, mayor el grado de fragmentación de donantes.
Fuente: Knack y Rahman (2003).

Una opción preferible para mejorar la eficacia de la ayuda es eliminar progresivamente estas unidades y trabajar con las organizaciones de proveedores del país receptor, construyendo así su capacidad. Y esto debería hacerse dentro del contexto del pacto entre encargados de la formulación de políticas y proveedores de servicios del país receptor. Pero exige cambios en los incentivos de las agencias de ayuda (*ver* la última sección del presente capítulo).

Dejar que las organizaciones de proveedores se encarguen de la gestión

Son al menos tres las formas en que los donantes afectan la gestión de las organizaciones de proveedores en los países receptores: por la fragmentación de la ayuda en un elevado número de proyectos de donante, por la selección de las actividades que se van a desarrollar y por la selección de los insumos.

El costo de la fragmentación de la ayuda

El problema con la fragmentación de la ayuda no radica en que los proyectos individuales estén mal diseñados, sino en que hay demasiados proyectos para que alguno de ellos funcione con eficiencia. Cuando los costos fijos de un proyecto son elevados y hay rendimientos de escala, la ayuda fragmentada se puede despilfarrar. Además, cuando cada uno de los donantes sólo tiene una pequeña participación de la ayuda total en un país receptor, su aporte al desarrollo del país, incluyendo la construcción de capacidad, puede reducirse en proporción a su interés en el éxito de sus propios proyectos. Asimismo la fragmentación impone altos costos de transacción sobre los receptores, con mucho tiempo de los funcionarios públicos dedicado a servir las necesidades de los donantes.

Es escasa la evidencia sistemática disponible sobre el tema de la fragmentación y sus efectos en la gestión de las organizaciones de proveedores. Una fuente, si bien limitada, es la base de datos de "Puerta de Entrada al Desarrollo", con registros de cerca de 340.000 proyectos de ayuda y programas en todo el mundo en desarrollo.[556] Partiendo de esta base de datos para cuantificar el alcance de la fragmentación de la ayuda de donantes, se llega a un valor índice medio para la fragmentación de donantes a través de los receptores del orden de 0,87.[557] (Los valores del índice aumentan con el número de donantes activos en el país y con mayor pari-

dad entre donantes. Valores bajos indican un número inferior de donantes, o que algunos donantes predominan[558]). Por ejemplo, Tanzania tiene un alto valor de índice de 0,92, con más de 80 agencias de ayuda que han financiado 7.000 proyectos en el tiempo. Un índice similar calculado a partir de otro conjunto de datos –desembolsos de ayuda anual– indica que la fragmentación de donantes está aumentando (gráfico 11.2).[559]

Elevados índices de fragmentación podrían ser el reflejo de la especialización de donantes en diferentes sectores, de modo que esa fragmentación sería baja en cada sector. Pero los niveles promedio del índice son sólo escasamente menores dentro de sectores individuales: 0,85 para educación, 0,77 para salud, y 0,78 para proyectos de aguas. Elevados valores de fragmentación para la mayor parte de los receptores indican que los donantes no se especializan mucho, ni por sector ni por país. En su mayoría, los donantes son activos en muchos sectores, en casi todos los países: una nación receptora típica en el año 2000 recibió ayuda de cerca de 15 donantes bilaterales y 10 multilaterales (cuadro 11.1).

¿Cómo la fragmentación de donantes afecta las organizaciones de proveedores del país receptor? Como se dijo antes, es escasa la evidencia sistemática disponible. Según un estudio, existe una asociación entre fragmentación creciente y calidad burocrática decreciente en los países con elevados índices de ayuda y en el África Subsahariana, controlando por los cambios en el ingreso per cápita y por otras variables (gráfico 11.3).[560] Estos hallazgos sugieren que los donantes con una pequeña participación de la ayuda en un país pueden hacer mayor hincapié en ejecutar proyectos exitosos, aun a expensas de la capacidad del gobierno –por ejemplo, contratando a los administradores más calificados del gobierno para dirigir sus proyectos. Este problema de acción colectiva puede ser menos grave cuando existe un donante predominante, quien tiene mayor incentivo para adoptar una perspectiva más amplia y de más largo plazo del desarrollo del país.

Una elevada fragmentación significa elevados costos de transacción para los receptores. Funcionarios del gobierno de Tanzania tienen que preparar cerca de 2.000 informes de diferentes tipos para los donantes y recibir más de 1.000 delegaciones de donantes cada año. Antes que construir las limitadas capacidades de las organizaciones de proveedores, estos requerimientos les exigen demasiado, desviando esfuerzos hacia la satisfacción de las obligaciones del donante antes que cumplir con los encargados de la formulación de políticas internos.

Cuadro 11.1 Tantos donantes...

	Tipo de donantes de ayuda	
	Donantes bilaterales solamente	Donantes bilaterales y multilaterales
Número de receptores con 1-9 donantes	3	13
Número de receptores con 10-19 donantes	93	27
Número de receptores con 20-29 donantes	22	69
Número de receptores con 30-39 donantes	0	40
Número promedio de donantes por receptor	14	26
Número medio de donantes por receptor	16	23

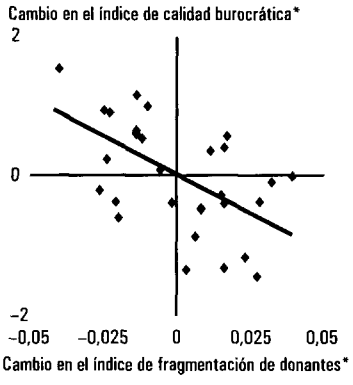
Nota: El número de donantes se calculó utilizando las cifras para el total de la ayuda oficial para el desarrollo (ODA, por sus iniciales en inglés) en el año 2000, suministradas por el CAD de la OCDE. El número de receptores tiene en cuenta únicamente los países independientes, según el listado de Estados miembros de las Naciones Unidas.
Fuente: Acharya, de Lima y Moore (2003), a partir de datos del CAD de la OCDE.

Aceptando la existencia de estos efectos nocivos, las agencias de donantes han introducido medidas recientes para frenar los costos de cumplimiento y hacer más eficientes las políticas, los procedimientos y las prácticas operativas, con un enfoque en la gestión financiera, compras, evaluación ambiental y presentación de informes y control.

La elevada fragmentación puede tener un impacto todavía mayor en países de ingreso bajo con políticas y entornos institucionales débiles. Lo anterior se debe a que la capacidad interna para ejecutar las reformas está fuertemente restringida por lo general –tanto el capital político de los reformadores como la capacidad técnica de la administración. Las mediaciones de donantes fragmentados crean presiones sobre la capacidad existente, exigiendo esfuerzos tanto políticos como administrativos para aplicar el cambio a través de una amplia gama de sectores al mismo tiempo. Con frecuencia, los flujos de ayuda se hallan a bajos niveles per cápita, de modo que un número apreciable de proyectos asimismo puede significar que el valor promedio de cada proyecto es bajo, produciendo elevados costos generales fijos y de transacción.

Pero el cambio ha sido lento. Hasta ahora, el énfasis ha sido encontrar normas y principios internacionales en el ámbito de agencia antes que adaptar el comportamiento del donante a los procedimientos utilizados por los proveedores de servicios del receptor en su situación de subordinación ante los encargados de la formulación de políticas de la nación. Comienzan a surgir excepciones, entre ellas Tanzania, Bolivia, Vietnam y Etiopía, en que los donantes proyectan ayudar al gobierno a desarrollar un programa de adecuación antes que limitarlo a la comunidad de donantes.

Gráfico 11.3 La calidad burocrática disminuye con la fragmentación de donantes en el África Subsahariana



* Después de controlar por el efecto del nivel inicial de calidad burocrática, crecimiento del ingreso per cápita, crecimiento de la población y nivel de ayuda en relación con el PIB (promediado a lo largo del período).
Nota: La gráfica punteada indica la relación parcial entre el cambio en la calidad burocrática (1982-2001) y la fragmentación de donantes (con base en conteos de proyectos).
Fuente: Knack y Rahman (2003).

Influencia de donantes en la selección de actividades e insumos

Los donantes influyen también en la selección de actividades en un sector. Tienden a ser generosos con la capacitación. En Malawi, la capacitación representa la pasmosa cifra de 4,5 millones de dólares, o el equivalente al 10% de los gastos de donantes en programas de salud en todo un año.[561] Resulta difícil creer que la rentabilidad de esta inversión iguala el costo o que el gobierno gastaría una cantidad similar en capacitación si pudiera escoger. Y el costo verdadero parece ser todavía más elevado: el personal puede ausentarse del trabajo durante largos períodos para asistir a cursos de capacitación. Con frecuencia, las oportunidades de capacitación son una forma de incentivo para el personal. Si es así, es probable que los fondos se utilizarían con mayor eficacia si los donantes patrocinadores ofrecieran directamente esos fondos para complementar los salarios por medio del presupuesto. Los 4,5 millones de dólares gastados en capacitar a trabajadores de la salud en Malawi se habrían traducido en promedio en un incremento salarial del orden del 50% para todos los trabajadores de la salud.

La mezcla de insumos en el gasto público financiado por la ayuda externa difiere con frecuencia de la mezcla de insumos en el gasto del país receptor. Por ejemplo, los donantes aportan muchísima más asistencia técnica (y vehículos para proyectos) de la que el receptor podría adquirir si tuviera el dinero. En Malawi, la asistencia técnica representa 24% del gasto de donantes en salud.[562] Un obstáculo importante para abordar este aspecto es la escasez de datos. Muchos sistemas presupuestarios de los países receptores poseen datos mucho mejores sobre la mezcla de insumos para gastos financiados internamente que sobre proyectos de donante, a los cuales a veces se les da el tratamiento de partidas únicas en el presupuesto. El personal de los donantes dispone de pocos incentivos para suministrar información completa a gobiernos receptores. Las revisiones del gasto público, que con frecuencia critican el gasto del gobierno, apenas si castigan levemente a los donantes. Para mejorar el escrutinio, se requieren con urgencia mejores datos.

Aumentar el poder del cliente

En muchos países en desarrollo, el poder del cliente –la relación entre beneficiario y proveedor del servicio– tiende a ser débil. Esto siempre ha significado un dilema para los donantes. ¿Deberían ayudar a fortalecer los vínculos entre usuarios y proveedores existentes? O ¿deberían encontrar un atajo al sistema de prestación de servicios del receptor para garantizar que los servicios financiados con la ayuda lleguen a los pobres? Las cosas se complican todavía más en países muy afectados por el VIH/sida, en países que recién comienzan a salir de situaciones de conflicto y en países con instituciones públicas débiles o corruptas. Las agencias oficiales de donantes han seguido el ejemplo de sus contrapartes no gubernamentales, acercándose directamente a las comunidades y a los grupos de usuarios, mediante financiaciones mucho más elevadas para fondos sociales y proyectos de autoayuda. Tres problemas surgen en estas actividades: un debilitamiento de la capacidad del gobierno y de otras capacidades locales, menores posibilidades de sostenibilidad y la apropiación de los beneficios por parte de las elites (capítulo 4).

En principio, los fondos sociales y los proyectos de autoayuda podrían funcionan dentro del sistema de prestación de servicios del receptor. Asimismo, podrían servir como puntos de entrada para el diálogo de políticas con encargados de la formulación de políticas y proveedores y, por ende, construir capacidad de gobierno local antes que socavarla. Pero a semejanza de muchos otros proyectos, esos fondos sociales tienden a ser manejados directamente por los donantes, con escasa integración.

La mayoría de las evaluaciones de fondos sociales y proyectos de autoayuda se centran en la pobreza como objetivo. En general, la evidencia señala que los sistemas centralizados funcionan mejor para identificar comunidades pobres que para identificar hogares pobres o personas pobres.[563] La eficacia de la fijación de objetivos varía muchísimo, lo cual sugiere la importancia de atributos desapercibidos de las comunidades. Algunos estudios indican que la prestación pública de servicios –medida por el acceso a infraestructura o resultados– mejoró por medio de la participación de la comunidad,[564] mientras otros señalan que el desempeño podría haber sido mejor.[565]

Con todo, los fondos sociales y las mediaciones de autoayuda continúan enfrentando graves desafíos de sostenibilidad. Uno de ellos surge del contexto cultural y social de las comunidades y de su capacidad de acción colectiva. No queda claro que el enfoque de autoayuda pueda beneficiar a comunidades divididas y heterogéneas, con escasa capacidad para la acción colectiva. Métodos diferentes de prestación de servicios pueden adaptarse mejor a las comunidades pobres. Pero es escasa la eviden-

cia real disponible sobre esta posibilidad, porque por lo general las evaluaciones no comparan los fondos sociales y los proyectos de autoayuda con mecanismos convencionales de prestación de servicios. Ni tampoco tienen en cuenta los efectos colaterales negativos. La sostenibilidad de los proyectos de autoayuda puede estar en peligro si los ministerios en línea o los gobiernos locales no los tienen en cuenta una vez concluyen los proyectos. A menos que las comunidades puedan garantizar un apoyo continuo a los costos ordinarios y al personal, tal vez no puedan sostener sus proyectos.

Es necesario que los donantes desembolsen los fondos con prontitud y muestren resultados visibles rápidamente ante quienes los apoyan o ante los contribuyentes. Un estudio reciente en un país del Sahel, que se podría aplicar en cualquier parte, demuestra que estas necesidades pueden ser incompatibles con la reducción de la pobreza[566]. Cuando los donantes se impacientan, cuando compiten con agencias análogas por buenos proyectos, cuando no cuentan con la capacidad para controlar las actividades en el terreno, tal vez escojan grupos particulares con los cuales trabajar –arriesgando que las elites se apropien de los fondos de donantes. Los donantes impacientes pueden hasta hacer que los donantes pacientes asignen mayor importancia a los resultados rápidos, socavando las perspectivas de reducción de la pobreza. Lo anterior se convierte en un problema serio cuando elites malévolas se apropian de los fondos de donantes para su provecho personal. Pero este no debe ser necesariamente el caso (recuadro 11.2).

Los fondos sociales y los proyectos de autoayuda se deben diseñar para cada contexto, con modelos de mejores prácticas como pautas iniciales únicamente. Tal vez no sea factible una expansión rápida de este tipo de proyectos por parte de donantes con poca experiencia. Antes que llevar a cabo numerosas operaciones de enclave en un único país receptor, los donantes podrían mancomunar el apoyo de manera abierta y transparente para lograr mejores resultados en la ampliación de las operaciones y evitar su apropiación por parte de las elites –aun cuando se pase por alto la relación encargado de la formulación de políticas-proveedor en un Estado en quiebra o en un país de ingreso bajo en dificultades.[567] Cuando las condiciones son las indicadas, la mancomunidad de la ayuda no debería detenerse en los donantes –debería expandirse hasta los gobiernos nacionales y locales y otros proveedores, privados con fines de lucro y sin fines de lucro.

Igualmente los donantes pueden fomentar otras iniciativas para aumentar el poder del cliente. Pueden alentar el control ciudadano de los proveedores de servicios, como tarjetas de informe e inspecciones de rastreo del gasto público (capítulos 5 y 10 y En primer plano: Uganda). Pueden ayudar a controlar el uso de los servicios y apoyar estudios de incidencia de los beneficios para identificar a los grupos que han quedado por fuera. Es necesario tener presente, sin embargo, que involucrar a los proveedores en el diseño del proceso de control es vital para garantizar la aceptación de los resultados.

RECUADRO 11.2 ***Fondo de Inversión Social: Jamaica***

Son más las preguntas que las respuestas sobre cómo funcionan en realidad los proyectos de autoayuda. ¿Mejoran la participación y la fijación de objetivos? ¿Construyen capacidad para la acción colectiva? Una forma para responder estas preguntas es analizar cómo funciona el proceso en un determinado entorno político, social y cultural.

Un estudio de caso del Fondo de Inversión Social de Jamaica integra datos cuantitativos y cualitativos de cinco pares de comunidades escogidas de manera aleatoria. Cada par tiene características sociales y económicas similares, pero sólo uno de ellos ha participado en el fondo social. Habitualmente, el fondo acude a las ONG para movilizar la participación de las comunidades. Las ONG trabajan en estrecha relación con las elites locales, como pastores y docentes. La selección de proyectos no es participativa generalmente, sino que es dirigida por este pequeño grupo motivado. Sin embargo, una vez se inicia la construcción de una instalación de servicios, regularmente el grupo puede motivar a un grupo de mayor tamaño para que aporte al proyecto. Una vez concluida la instalación de servicios, se le considera de propiedad de la comunidad, y los resultados parecen tener amplia aceptación. Pero también parece que los beneficios sociales positivos resultantes de una mediación de base comunitaria pueden ser de difícil sustentación en el largo plazo, en particular en comunidades acosadas por profundas divisiones.

Datos cuantitativos sobre 500 hogares seleccionados de manera aleatoria dentro de los mismos cinco pares de comunidades reflejan estas conclusiones cualitativas. La fijación de "objetivos de preferencia" dentro de la comunidad es inadecuada: tres de las cinco comunidades participantes no consiguieron el proyecto preferido por una mayoría. Cuando se terminó la construcción, sin embargo, 80% de los miembros de la comunidad expresaron su satisfacción con el resultado. Personas más educadas y en estrecho contacto dominaron el proceso de selección y tienen mayor probabilidad de que sus prioridades sean satisfechas. Asimismo, parece que el Fondo de Inversión Social ha mejorado la confianza y la capacidad de acción colectiva, pero las ganancias son mayores para personas más educadas y en estrecho contacto. Así que el proceso se podría caracterizar como una "apropiación benevolente": las elites dominan el proceso, pero de una manera que eventualmente beneficia la comunidad. Ambas, las comunidades que participan y las que no participan demuestran un mayor grado de proceso decisorio de base comunitaria, indicativo de un esfuerzo generalizado para fomentar un desarrollo participativo.

El Fondo de Inversión Social de Jamaica demuestra que la autoayuda no necesariamente "habilita a los pobres" y puede ser impulsada por la oferta o por la demanda. Pero la participación comunitaria sí parece hacer más eficaz la prestación de servicios aumentando la propiedad y la participación y mejorando la capacidad de acción colectiva.

Fuente: Rao (2003) y Rao e Ibáñez (2003).

Estimular la opinión

Fomentar la opinión de la ciudadanía mediante mecanismos políticos formales o por medio de grupos de apoyo o campañas de información públicas es una de las tareas más difíciles para los donantes. Aun así, los donantes tratan de hacerlo de muchas maneras –un testimonio de la importancia de la opinión en la reforma de los servicios. Entre las tentativas se incluye imponer condiciones y fijar criterios de desempeño a los flujos de ayuda en que la opinión es débil, proveer apoyo directo a la gobernabilidad democrática y fomentar activamente la transparencia y los procesos participativos.

Imponiendo condiciones, los donantes intentan reemplazar la débil opinión de la ciudadanía para controlar a los encargados de la formulación de políticas (capítulo 5). No obstante, las condiciones de donante son básicamente diferentes de la opinión de la ciudadanía, el cual es difuso, tardío y un proceso a largo plazo. En los años ochenta, los empréstitos de ajuste estructural ampliaron las condiciones contenidas en proyectos a un amplio espectro de políticas económicas de gobierno, procesos y gasto público. Es extensa la evidencia de que se dispone hoy en día en el sentido que las condiciones basadas en promesas no funcionan bien, porque socavan la propiedad del programa de reforma.[568]

Cuando a los encargados de la formulación de políticas no se les estimula a desarrollar sus propias posiciones sobre, digamos, la privatización del suministro de agua u otros servicios, sino que dependen de las condiciones de los donantes para actuar, con mayor facilidad pueden negar la responsabilidad de un fracaso futuro. No es la cantidad de la ayuda la que hace que las políticas del receptor sean buenas o que las reformas institucionales se hagan realidad. Estudios empíricos demuestran que la financiación en forma de ayuda no sirve para inducir la reforma de políticas en un entorno inadecuado de políticas.[569] Lo que funciona mejor es seleccionar con mayor cuidado a los receptores, con base en el desempeño (selectividad de país), y fijar condiciones que recompensen reformas concluidas antes que reformas prometidas.[570]

La condicionalidad tradicional no funciona bien. ¿Cómo pueden entonces los donantes asignar ayuda de tal manera que ofrezca un fuerte incentivo para que el receptor fomente la opinión de la ciudadanía y emprenda reformas a los servicios y, por consiguiente, aumente la eficacia de la ayuda? En principio, es amplio el consenso que existe en la actualidad en el sentido que, en vez de condiciones, el pacto de la ayuda debe contener indicadores verificables capaces de medir el desempeño. Pero, en la práctica, el uso de indicadores de desempeño no ha cambiado todavía los incentivos que apuntalan la relación entre receptores y donantes.[571]

Pocos de los indicadores de desempeño utilizados en la actualidad miden los resultados; casi todos continúan midiendo insumos y procesos. Hasta ahora, el vínculo entre estos indicadores del desempeño operativo y los objetivos de resultados enunciados en las estrategias de reducción de la pobreza, sigue siendo vago. Y son pocos los mecanismos transparentes para permitir a los donantes señalar las condiciones para que un receptor espere un incremento o una disminución de la ayuda. Se han emprendido iniciativas para mejorar la medición de resultados, pero tomará algún tiempo establecer un vínculo efectivo entre el volumen de la ayuda y el desempeño.

También existe tensión entre las funciones de control y de incentivo de los indicadores de desempeño. Los donantes, preocupados por aspectos fiduciarios, tienden a mantener una estrecha vigilancia sobre los programas que apoyan –por ende, el enfoque en emprendimientos de proceso de corto plazo, antes que verdaderas mediciones de resultados como impulsores de la evaluación del desempeño.[572] Pero lo anterior puede llevar más bien a una microgestión, exactamente lo que se supone que debe evitar el nuevo sistema de condiciones con base en el desempeño. Si no se resuelve, esta tensión hace incoherentes los pactos de ayuda.

Muchos donantes bilaterales van más lejos y apoyan directamente la participación electoral y la democracia y utilizan la ayuda para inducir y recompensar estas reformas (recuadro 11.3). Por ejemplo, los donantes recompensaron a Ghana por realizar elecciones libres en 1992, a pesar del excesivo gasto público antes de las elecciones, cuyo resultado fue un mal desempeño macroeconómico.

Los donantes también apoyan mecanismos informales para fortalecer la opinión de la ciudadanía. Uno de ellos es fomentar procesos participativos en el desarrollo de estrategias de reducción de la pobreza y procesos presupuestarios (recuadro 11.4). Pero algunas veces las agencias de ayuda y los gobiernos receptores tienen opiniones diferentes sobre la forma que debería adoptar la participación. Rara vez las agencias de ayuda dialogan con parlamentarios, recalcando en su lugar los aspectos extragubernamentales de la participación, involucrando a una amplia gama de la sociedad civil. En ocasiones, los

miembros del congreso consideran que el énfasis de los donantes en la sociedad civil socava la legitimidad de representantes elegidos, especialmente en las democracias nacientes. Asimismo cuestionan la legitimidad de las ONG escogidas para hablar en nombre "del pueblo".

Los donantes han alentado a muchos países de ingreso bajo a abrir debates y discusiones sobre políticas durante el proceso de preparación de estrategias de reducción de la pobreza. Los gobiernos trabajan para debatir las opiniones de un espectro más amplio de grupos de interés. Hoy en día, Madagascar, Rwanda y Vietnam tienen acceso a información más oportuna, mayor uso de lenguas locales y utilizan la participación más que la consulta. Igualmente se dispone de evidencia en el sentido que estos procesos están influyendo en un viraje hacia una consulta más amplia de las decisiones del gobierno que trascienden la estrategia de reducción de la pobreza. Sin embargo, subsisten grandes retos en la reglamentación de una mayor apertura en el proceso decisorio del gobierno.

El propósito de las estrategias de reducción de la pobreza es fomentar una mayor opinión de la ciudadanía, con un vínculo eficaz con el gasto público. Pero igualmente pretenden cambiar la relación entre receptores y donantes haciendo hincapié en la propiedad que el receptor tiene de la agenda de la reforma. Con frecuencia se hacen concesiones cuando un instrumento se utiliza para lograr muchos objetivos. Los países que prepararon los primeros documentos de política de reducción de la pobreza (PRSP, por sus iniciales en inglés) enfrentaron muchos retos en el manejo del proceso participativo y en la vinculación de su estrategia con el presupuesto, mientras seguían un estricto cronograma para el alivio de la deuda, para el cual la PRSP era una condición. La experiencia de muchos países sugiere que cuando un gobierno presenta una estrategia de desarrollo nacional, apoyada por una fuerte propiedad y prioridades de sector bien definidas, este hecho contribuye en gran medida a atraer un amplio apoyo de donantes. Más aún, igualmente provee un marco para una mejor alineación y coordinación de la ayuda de donantes.

Alinear el suministro de ayuda con la prestación de servicios

El presente Informe tiene tres mensajes importantes para los donantes que buscan poner de acuerdo sus provisiones de ayuda con la prestación de servicios en los países en desarrollo:

- Primero, evalúen el impacto de las mediaciones y de los proyectos de ayuda. Evaluaciones más sistemáticas de, digamos, los efectos de una mediación sobre el aprendizaje de los estudiantes o la situación de la salud son cruciales para aumentar la ayuda en países de ingreso mediano y bajo. La evaluación vinculada con los primeros pasos hacia la reconstrucción de la capacidad del Estado es importante en situaciones en que los donantes trabajan por medio de proveedores alternativos de servicios por razones de conflicto o de fracaso del Estado.
- Segundo, para reducir los costos de la fragmentación de la ayuda y construir capacidad, trabajen con otros donantes para coordinar y alinear políticas, procedimientos y prácticas en torno a los sistemas propios del receptor. Cuando los sistemas de un país son débiles, deben ser fortalecidos para cumplir con estándares adecuados de práctica, y no deben ser pasados por alto ni sustituidos por sistemas y procedimientos protegidos de donantes. Se trata de algo crucial para la efectividad de la ayuda en países de ingreso bajo que reciben una parte considerable de sus recursos públicos como ayuda externa.

RECUADRO 11.3 ***Los donantes apoyan la gobernabilidad democrática***

Entre los objetivos de sus programas de ayuda, la mayoría de los donantes bilaterales incluyen explícitamente el apoyo a la democracia. Por sí sola, la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional gasta más de 700 millones de dólares al año en programas –apoyando elecciones libres, fomentando organizaciones de la sociedad civil y fortaleciendo parlamentos, sistemas jurídicos y partidos políticos. La ayuda electoral es el componente de perfil más elevado de la promoción de la democracia. Especialmente en situaciones de posconflicto, numerosos donantes bilaterales, organizaciones internacionales –como las Naciones Unidas, la Organización de Estados Americanos y la Organización de Seguridad y Cooperación en Europa– y organizaciones privadas envían misiones de observadores y proveen asistencia a los administradores de elecciones. Más de 80 grupos internacionales observaron las elecciones de 1996 en Nicaragua. La ayuda para fomentar la democracia ha aumentado de 0,5% del total de la ayuda oficial para el desarrollo, en 1991, a 5% en 2000.

El enfoque de los donantes a la gobernabilidad democrática –democracia, participación, derechos humanos y el imperio de la ley– tiene sorprendentes similitudes con el resto de la ayuda: un esfuerzo heroico y a corto plazo para ayudar a los países a superar un repentino despegue hacia la democracia. Antes que intentar reproducir ciertos tipos de instituciones, los donantes podrían nutrir más activamente procesos políticos y valores fundamentales, como representación, responsabilidad, tolerancia y apertura. Con frecuencia, los programas de ayuda legislativa han fracasado debido a la falta de conocimiento de los donantes sobre las dinámicas políticas y personales de las instituciones que intentan reformar, su obstinación en aplicar modelos que no encajan con la situación local y su enfoque en soluciones técnicas (como nuevas reglas para miembros del personal o acceso a internet) para problemas de carácter político.

Para resolver algunos de estos problemas, la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (SIDA, por sus iniciales en inglés) ha iniciado un nuevo tipo de análisis de los intereses y relaciones de poder fundamentales como parte de un programa para apoyar las instituciones políticas de Burkina Faso, Etiopía, Kenia y Malí. En ayuda electoral, SIDA se ha desplazado hacia programas de largo plazo y colaboración más estrecha de donantes en Suráfrica y Zambia. En Camboya, la agencia apoya un "foro sobre problemas nacionales" para transmitir por televisión y radio debates públicos en todo el país sobre temas como la corrupción y el tráfico de mujeres y niños.

Fuentes: Carothers (1999), Ottaway y Chung (1999), Knack (2001) y SIDA.

RECUADRO 11.4 *Donantes respaldan procesos presupuestarios transparentes: Tanzania*

A partir de 1997,Tanzania ha llevado a cabo una revisión anual del gasto público, liderada por el gobierno con la participación de donantes y una amplia representación de la sociedad civil. Un objetivo primario es analizar los planes futuros del gasto del gobierno en su marco de gastos de mediano plazo, para analizar el programa con los donantes y confirmar la financiación externa. Desde sus comienzos, la iniciativa también tuvo como objetivo desarrollar un proceso público consultivo para comprometer a un amplio espectro de bases de apoyo político en el desempeño y planes futuros del gobierno. El grupo de trabajo a cargo de la supervisión del proceso es liderado por el Ministerio de Hacienda e incluye también a miembros de agendas de donantes y diversas organizaciones no gubernamentales.

Varios aspectos del proceso indican cómo se pueden cumplir los requerimientos de responsabilidad que exigen los donantes de una manera que fomente un sistema interno sostenible de responsabilidad:

- **No condicionar las consultas a un donante único o a un instrumento de financiación único. Cada uno de los donantes puede usar el proceso en sus propios procedimientos de control y revisión.**
- **Basar el proceso de revisión en la formulación de políticas y en el ciclo presupuestario internos, antes que en procedimientos de revisión de los donantes, que abren la posibilidad de que bases de apoyo político internas utilicen cada vez más el procedimiento para sus propios fines de escrutinio legislativo, retroalimentación, opinión pública y cabildeo.**
- **Extender el alcance de la revisión en el tiempo, a partir de los intereses inmediatos de los donantes –cómo los intereses de los donantes se han abordado en los planes presupuestarios o cómo la financiación de los donantes cumple una función en el marco–, hasta aspectos más amplios de políticas y desempeño, como la estrategia global del gobierno y cómo esta estrategia se refleja en los planes presupuestarios, antecedentes de desempeño, y esfuerzos para fortalecer la prestación de los servicios. Asimismo la revisión provee un foro nacional para atender a los diversos sectores e instancias inferiores del gobierno.**
- **Hacer que los actores internos asuman una función de mayor envergadura durante ciclos presupuestarios sucesivos, tanto en el gobierno como entre bases de apoyo político por fuera del ejecutivo, incluyendo el legislativo y grupos de la sociedad civil.**

Fuente: **Personal del Banco Mundial.**

Pero es igualmente pertinente en países de ingreso mediano en sectores donde los donantes son muy activos, como en la protección social en América Latina y en otros lugares.

- Tercero, la coordinación y la realineación se logran con mayor eficacia en el ámbito del país y fortaleciendo las instituciones existentes del receptor. En países con una gestión lo bastante adecuada de los gastos y verdaderas reformas a los servicios –donde donantes y receptores tengan confianza mutua– el apoyo al presupuesto debería considerarse como una herramienta viable. Mancomunar los recursos puede servir para aumentar la prestación de servicios y reducir los costos de transacción en países de ingreso bajo en dificultades –por ejemplo, en razón de conflictos pasados o actuales.[573]

Innovar y evaluar

Organizaciones importantes del sector privado –tanto en países de donantes como de receptores– se concentran en la evaluación de insumos y procesos en vez de productos y resultados (recuadro 11.5). El incentivo para hacerlo en las agencias de ayuda es todavía más fuerte debido a la ruptura del enlace de retroalimentación entre contribuyentes en el país donante y beneficiarios en el país receptor (gráfico 11.1). Las evaluaciones de resultado e impacto pocas veces se incorporan en proyectos de ayuda. Debe prestarse atención particular para contrarrestar la tendencia de las agencias de ayuda de estar orientadas a los insumos y aumentar la participación de mediaciones sometidas a estrictas evaluaciones de impacto. Objetivos internacionales orientados al resultado, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, pueden aumentar los incentivos para las agencias de ayuda a fin de superar su enfoque en los insumos.

Una dificultad principal para evaluar los impactos de cualquier programa público radica en que los beneficiarios pocas veces se seleccionan de manera aleatoria. En realidad, la mayoría de los programas se orientan a propósito en grupos o regiones específicas. Aislar los impactos de las circunstancias que llevaron a la participación se vuelve entonces tortuoso. Pero no hacerlo produce resultados engañosos. Esquemas que escogen a los participantes al azar brindan las mejores oportunidades para una evaluación no sesgada de impacto. Un ejemplo es el Programa de Educación, Salud y Nutrición (Progresa), de México, un extenso programa de transferencia del gobierno (*ver* En primer plano). Fuerte evidencia sobre su impacto produjo una expansión del programa en México y la adopción de programas similares en otros lugares. Otro ejemplo es el programa de cupones en la educación secundaria de Colombia, según el cual a los beneficiarios se les escoge por sorteo, facilitando la comparación de quienes reciben los cupones con quienes no los reciben.[574] Una programa piloto asignado al azar para dar tratamiento contra las lombrices intestinales a los escolares de Kenia, se ha evaluado de manera similar.[575]

Sin embargo, en muchos escenarios operativos es imposible aplicar la aleatoriedad, y se hace necesario encontrar otros métodos para crear una comparación igualada. Aun cuando existan datos sobre beneficiarios antes y después de la ejecución, determinar los verdaderos efectos de un programa o de un cambio de políticas requiere datos sobre grupos de comparación igualada, para llegar a un hecho contrario de lo que habría sucedido sin las políticas. Para algunos esquemas que no disponen de datos iniciales, es posible construir un grupo adecuado de control a partir de los datos de posmediación. Pero para otros los datos básicos son necesarios, como las vías rurales con impactos de largo alcance sobre los resultados de pobreza, salud y educación.[576]

No en todos los programas se puede evaluar el impacto; de modo que gobiernos y donantes deben seleccionar cuidadosamente los programas que se van a evaluar, poniendo el énfasis en aquellos sectores donde se requieren nuevos conocimientos. Las mediaciones financiadas en etapas por razones de restricciones presupuestarias o de otro tipo, ofrecen buenas oportunidades para una eficaz evaluación de impacto. De manea análoga, cuando se requiere un programa piloto antes de una financiación a gran escala, una evaluación de impacto generará información importante para los encargados de tomar las decisiones.

Unificar el apoyo de donantes en torno a sistemas del receptor

Unificar es más fácil donde el receptor cuenta con una estrategia nacional de desarrollo que funcione bien y un proceso presupuestario que puede servir como el marco común. Pero estos no son prerrequisitos –porque hasta en su ausencia, la unificación y la mancomunidad de la ayuda pueden ofrecer beneficios significativos y reducir los costos de transacción.[577] En los países de ingreso bajo en proceso de superar situaciones de conflicto o que se encuentran en una situación de instituciones públicas muy débiles, un "presupuesto dentro del presupuesto" –con mecanismos de responsabilidad separados para los donantes– o una agencia de servicios independiente financiada por donantes, o un consorcio de proveedores no gubernamentales escogidos conjuntamente mediante un proceso transparente, pueden ser opciones pertinentes.[578] Ambos ordenamientos pueden vincularse con los planes de reforma del sector público, los cuales surgen en el tiempo. Pero, para ser eficaz, la unificación necesita una realineación de procedimientos y políticas operativas en las agencias de donante, como lo demuestra el proyecto de salud en Bolivia (recuadro 11.6).

Para cambiar el rumbo de la responsabilidad de los servicios financiados por donantes –y por ende la rendición de cuentas– hacia el receptor, se reduciría la duplicación, la pérdida y los costos de transacción. Igualmente se obligaría a los donantes a no agruparse en unos cuantos sectores de moda –y por tanto disminuirían las preocupaciones sobre la capacidad de absorción. Y se construiría capacidad, se mejoraría el aprendizaje colectivo, y se crearían mayores incentivos para controlar y evaluar impactos y resultados.

Un refrán común dice que los receptores deben mejorar su gestión financiera y prácticas de compras públicas antes de que los donantes puedan alinear su apoyo en torno a los sistemas del receptor. Pero la realidad tiene más matices. Primero, los donantes deben averiguar si depender de sistemas de país es más arriesgado que la alternativa de protección. En la actualidad, los prestatarios de países en desarrollo deben producir anualmente 8.000 informes de auditoría para los bancos multilaterales de desarrollo –5.500 de esos informes para el Banco Mundial. Una fragmentación tal de actividades no puede aumentar la responsabilidad. Segundo, aun cuando sea más arriesgado, esto debe compararse con los beneficios más sostenibles de ayudar a construir las instituciones y los sistemas del receptor. Tercero, los donantes deben evitar la trampa de convertir un determinado nivel de capacidad en una condición para alinear o mancomunar la ayuda, cuando en muchos casos la mancomunidad de fondos produce esfuerzos que pueden acercar la capacidad a donde debe estar. Dicho lo anterior, todavía seguirá habiendo casos en los cuales los donantes juzguen (antes que determinar científicamente) que mancomunar no sería lo apropiado, teniendo en cuenta los riesgos fiduciarios.

Enfoques de sector universal

Desde mediados de los noventa, muchos países han trabajado para integrar las actividades de gobiernos y de donantes dentro de un sector. En

RECUADRO 11.5 ***Por qué las agencias de ayuda ponen el énfasis en los insumos***

La ruptura del enlace de retroalimentación entre contribuyentes del país donante y beneficiarios del país receptor, aunada a la complejidad de medir el desempeño, resulta en un enfoque en los insumos por parte de las agencias de ayuda. Presupuestos, contratos y gastos en proyectos se controlan y asignan con mayor facilidad que los productos y los impactos que produce el proyecto de ayuda.

En los países donantes, los encargados de la formulación de políticas elegidos imponen procedimientos administrativos sobre las agencias de ayuda para restringir su proceso decisorio discrecional. Además, las burocracias tienden a desarrollar sus propios procedimientos, lo cual aumenta la complejidad. En este sentido, las agencias de ayuda son como cualquier otra organización pública importante. Consultas amplias con organizaciones no gubernamentales esparcen el riesgo de la presión política en los países donantes –y complejos procedimientos licitatorios y contractuales diseminan las críticas de los proveedores de los servicios de ayuda. Frente a esta estructura de incentivos, las agencias de ayuda asignan comparativamente pocos recursos para verificar los resultados de los proyectos de ayuda o para determinar el tenor de estrictas evaluaciones de impacto. El sesgo del insumo y la necesidad de manejar problemas o presiones políticas inclina la conformación del personal hacia especialistas y administradores.

Con todo, casi todos los proyectos de ayuda incluyen un requisito formal de evaluación. Regularmente, las evaluaciones de proceso –como auditorías, control y verificaciones de que la acción propuesta se llevó a cabo– se hacen como se debe. Rara vez las evaluaciones de resultado se tienen en cuenta y, si es que de verdad se hacen, se contratan posteriormente con consultores. Si las evaluaciones son una pequeña parte de este mercado de consultores de ayuda externa, asimismo tienden hacia sesgos de insumos y muchos evitan revelar resultados que puedan afectar su mercado principal. Quizás los consultores no elaboran informes falsos o incorrectos conscientemente; la presión del mercado es más sutil usualmente. Los contratistas que trabajan para las agencias de ayuda principalmente, a veces se convierten ellos mismos en especialistas.

Fuente: Martens y otros (2002).

el enfoque *ideal*, descrito en documentos iniciales sobre enfoques de sector universal, el gobierno y sus asociados estarían de acuerdo en un presupuesto predecible de recursos y en un entorno de políticas consistente con el presupuesto nacional y con la estrategia económica.[579] Luego se pondrían de acuerdo en cómo asignar recursos dentro de este presupuesto. Se unificarían los procedimientos de desembolso y se mancomunarían los fondos. Todas las actividades reflejarían una opinión compartida de las prioridades y costos de las actividades. Las diferencias se resolverían mediante compromisos en el diseño de los programas, no en las actividades emprendidas. No existirían diferencias fáciles de detectar entre el enfoque adoptado sobre actividades financiadas por el gobierno y el enfoque adoptado sobre actividades financiadas por los donantes; en realidad, esa distinción se desvanecería.

Los enfoques de sector universal se han establecido en muchos sectores en muchos países de ingreso bajo –salud, educación, agricultura, transporte, energía y agua.[580] Hasta ahora, el trabajo apenas son realizaciones parciales del ideal. Hasta cierto punto, determinar qué constituye un enfoque de sector universal continúa siendo una decisión arbitraria. Sin embargo, en los últimos años se registran algunos avances hacia la mancomunidad de fondos. Para los 24 programas rastreados por la Asociación Estratégica con África en 2002, 41% de la asistencia llegó por medio de proyectos (una baja del 56% dos años atrás), 13% por medio de ONG, 11% como canasta común y 35% como apoyo al presupuesto. En el programa de salud de Ghana, los arreglos de mancomunidad de fondos comenzaron con "un donante y financiación mínima" pero, posteriormente, alcanzaron el 40% de los recursos del programa.[581]

Preparar y ejecutar enfoques de sector universal puede ser un proceso largo y dispendioso. También puede debilitar antes que fortalecer el pacto del receptor entre sus encargados de la formulación de políticas y organizaciones de proveedores sacando al sector del proceso decisorio interno, de la gestión financiera y de las compras públicas[582]. Cuatro lecciones han surgido de los enfoques de sector universal:

- Se recomienda un análisis institucional del sector con antelación, incluyendo la relación del sector con el resto del sector público.
- Si la restricción de capacidad se encuentra en el ministerio principal antes que en el país, algunas veces se puede encontrar nuevo personal rápidamente, como en los sectores de salud y educación de Uganda.[583]
- Los procedimientos se pueden diseñar teniendo en cuenta las limitaciones de capacidad, en particular en instancias descentralizadas. Regularmente lo anterior involucra la transparencia pública y el control vertical para reforzar los requerimientos de presentación vertical de informes. Los procedimientos de compras –a menudo una dificultad mayor– deben equilibrar el rigor con la simplicidad.
- Las restricciones de capacidad no son una razón para demorar un enfoque de sector universal. Pocos países alcanzan el ideal, pero la mayoría puede beneficiarse de algunos aspectos del proceso.

Las evaluaciones de enfoques de sector universal han llegado a conclusiones diversas. Clasificaciones hechas en 2002 por la Asociación Estratégica con África indican una tasa de ejecución promedio de los programas de entre 0,42 y 0,58, dependiendo del sector (en una escala donde 0 es malo, 0,33 regular, 0,66 bueno y 1 muy bueno). Pero es posible que estas clasificaciones relativamente malas reflejen igualmente la ambiciosa agenda para los enfoques de sector universal. Una conclusión tentativa es que los enfoques de sector universal son una parte importante de una estrategia de reducción de la pobreza, no una alternativa, y los beneficios plenos no se harán realidad hasta tanto los mecanismos de financiación sean más flexibles.

Apoyo al presupuesto

El alivio a la deuda de los países pobres muy endeudados agudizó el enfoque en el apoyo al

RECUADRO 11.6 ***Un caso de unificación en Bolivia***

En Bolivia, tres donantes en el sector de la salud acordaron cofinanciar la construcción de un edificio. Pero el hecho que cada uno de ellos tenía su propio procedimiento de compras hizo difícil encontrar un enfoque común. Los donantes no podían mancomunar sus aportes en un fondo común porque las normas de las agencias prohibían canalizar dineros a otra agencia. Ninguna de las agencias podía aceptar los procedimientos de las demás, y dos de ellas no estaban dispuestas a adoptar las reglas de Bolivia.

Primero se consideró un enfoque temático. Un donante pagaría por el diseño, otro por los trabajos de construcción y el tercero aportaría la pintura, el aire acondicionado, los aparatos eléctricos y los servicios sanitarios. Luego, por razones prácticas y administrativas y para evitar culpar a las otras agencias si algo salía mal, se sugirió que cada donante pagaría por pisos particulares, comprando los materiales y contratando a los constructores, según sus propias normas y procedimientos. La idea era que una agencia de donantes terminaría los dos primeros pisos, entonces el segundo donante construiría el tercer piso, y el tercero terminaría el edificio.

Después de intensos debates, uno de los donantes se retiró del proyecto. De los dos que quedaron, el que aportaba el menor monto aceptó las reglas del donante que aportaba el grueso de los fondos. Sólo se contrataría a un contratista, no los tres que se proyectaron en un principio, y solamente un ingeniero supervisaría la construcción. Una agenda vigilaría todo el proceso. Este proceso tomó dos años, y las piedras de los cimientos del edificio todavía no se han sentado.

***Fuente*: Banco Mundial (2002i).**

presupuesto, asignando alivio a sectores prioritarios por medio del presupuesto del receptor. El apoyo al presupuesto restablece el pacto entre encargados de la formulación de políticas y proveedores. Permite la capacidad de impugnación del gasto público. Y reduce los costos de la fragmentación y de las unidades separadas de ejecución de proyecto. Asimismo, proveer fondos al presupuesto general permite un marco más adecuado para analizar asignaciones intersectoriales. Los defensores de mayor financiación a un sector tienen que demostrar que el sector produce mayores rendimientos que otros al margen.[584] Si los fondos van a sectores que verdaderamente reducen la pobreza –directa o indirectamente– los donantes deberían ser flexibles sobre las asignaciones presupuestarias.

El apoyo al presupuesto, como la financiación de una canasta para un enfoque de sector universal, plantea preguntas de riesgo fiduciario. Pero no existe evidencia clara de que el riesgo sea mayor para el apoyo al presupuesto que para la ayuda a proyectos.[585] Son necesarios sistemas transparentes de compras y de información pública para garantizar que el movimiento de fondos a través del sistema se pueda observar públicamente y que los cargos pagados por servicios se definan con claridad. El mejor aporte que pueden hacer los donantes es fomentar estos sistemas en el país receptor. El grupo Utstein de donantes –Reino Unido, Países Bajos, Noruega y Alemania– ha estado desarrollando ordenamientos de control según estos lineamientos. La Unión Europea vincula parte de su apoyo a presupuestos con el desempeño, usando un pequeño conjunto de indicadores (recuadro 11.7).

¿Qué sugiere todo esto? Que la ayuda funcionará mejor donde se otorga de manera flexible a los receptores con base en sólidas estrategias globales y programas sectoriales bien diseñados. Una ayuda flexible puede catalizar procesos dentro de los gobiernos para producir estrategias sólidas, programas de gastos racionales y servicios eficaces.

Transferencias de conocimiento

La competencia entre donantes por nuevas ideas puede ser algo bueno para el receptor. Igualmente puede crear confusión, sobre todo en países de ingreso bajo, que tienen una capacidad débil. Una solución consiste en mancomunar las transferencias de conocimiento y trabajo analítico conjunto en el ámbito del país, incluyendo evaluaciones de impacto de mediaciones y programas. Todo el trabajo analítico apoyado por donantes debería basarse en la capacidad del país, incluyendo universidades, gobierno y el sector privado (recuadro 11.8).

RECUADRO 11.7 ***Vinculación del apoyo al presupuesto con el desempeño***

La Comisión Europea está vinculando explícitamente parte de su apoyo al presupuesto con el desempeño. El monto que se va a desembolsar se basa en los avances en la prestación de servicios sociales, sobre todo en salud y educación, y en la gestión del gasto público. Los avances se miden por medio de un pequeño número de indicadores de desempeño acordados por el receptor y la Comisión Europea. Generalmente los indicadores se obtienen de la estrategia de reducción de la pobreza del receptor. Para el primer grupo de países, los indicadores utilizados con mayor frecuencia son:

- **Gastos proyectados y reales en los sectores sociales.**
- **Diferencias en costos unitarios de insumos básicos entre el sector público y el mercado.**
- **Uso de servicios de cuidado de la salud básica y prenatal.**
- **Tasas de vacunación.**
- **Nacimientos asistidos por personal médico.**
- **Tasas de matrícula para niños y niñas.**
- **Costo de la educación primaria (privada y pública).**

Después de una evaluación conjunta por parte del gobierno y de los donantes, se calcula un puntaje para cada indicador: un punto si se logra el objetivo acordado; medio punto si existe evidencia de "considerable desarrollo positivo"; y cero si no hay avances. El apoyo otorgado al presupuesto otorgado es el monto máximo disponible multiplicado por el puntaje de desempeño promedio (no ponderado) (que varía de cero a uno). El enfoque no es mecánico puesto que también tiene en cuenta factores externos.

El sistema basado en el desempeño pone de relieve la calidad de los datos. Según la Comisión Europea, el sistema no es un fin sino un medio: hacer que los encargados de la formulación de políticas y los ciudadanos de los países en desarrollo presten mayor atención a los resultados que a las declaraciones de intenciones y condiciones fijadas por los donantes.

Hasta ahora, 30% del apoyo al presupuesto otorgado por la Comisión Europea está vinculado con los indicadores de desempeño. Es algo deliberado, motivado por el afán de introducir gradualmente un nuevo enfoque y de equilibrar las recompensas al desempeño con la necesidad del receptor de una financiación presupuestaria predecible.

Fuente: Comisión Europea.

Instituciones pobres: Estados en situación de posconflicto y Estados "fracasados"

En entornos institucionales inadecuados –como en países en situación de posconflicto o Estados "fracasados"– tal vez los donantes no puedan depender de canales convencionales de prestación de servicios debido a que los encargados de la formulación de políticas y los proveedores carecen de la capacidad o de la intención para usar los recursos de manera adecuada.[586] Cualquiera sea el medio utilizado para entregar la ayuda, a corto plazo o aun a mediano plazo, la ayuda debería aportar en el largo plazo a reconstruir un eficaz sistema de prestación de servicios y un sector público eficiente. La tentación de eludir al gobierno es comprensible. Pero sin algún tipo de estrategia clara y compartida del donante para reconstruir un Estado receptivo y eficaz, la proliferación de organizaciones no gubernamentales y comunitarias –y de iniciativas de autoayuda y de fondos sociales– carecerá de la amplitud necesaria de impacto y sostenibilidad. Las organizaciones de

RECUADRO 11.8 *Mancomunidad de transferencias de conocimiento*

Para mejorar el acceso a los servicios de infraestructura para los pobres, varios donantes han mancomunado los fondos para aumentar y difundir el conocimiento sobre servicios de infraestructura. Estos medios, administrados por el Banco Mundial, proveen una fuente de conocimiento y asesoría "protegida" contra las actividades de crédito del Banco. Los donantes que hacen parte de esta mancomunidad son Canadá, Japón, Países Bajos, Suecia, Suiza, Reino Unido y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

El Programa de Asesoría de Gestión del Sector Energético, un sistema mundial de asistencia técnica, con un enfoque hacia la energía en el desarrollo económico, con los objetivos de aportar a la reducción de la pobreza y al desarrollo económico, mejorar las condiciones de vida y preservar el medio ambiente. Su enfoque está en:

- Reforma y reestructuración orientadas al mercado del sector energético
- Acceso a una energía eficiente y asequible
- Producción, transporte, distribución y uso de energía ambientalmente sostenibles.

El Programa de Agua y Saneamiento asesora a los gobiernos centrales, organismos municipales, autoridades locales, ONG, organizaciones comunitarias, proveedores privados de servicios y agencias externas en ayudar a los pobres a lograr el acceso a mejores servicios de agua y saneamiento. Su enfoque es en:

- Servicios de asesoría a la reforma de políticas, estrategias e institucional
- Soluciones innovadoras a los problemas, incluyendo proyectos piloto y demostrativos
- Servicios de apoyo a inversiones estratégicamente seleccionadas, incluyendo trabajo en red y conocimiento compartido.

Con su fuerte presencia en África, Asia Meridional y Oriental y la región andina, el programa cuenta con una bien establecida red de especialistas del sector quienes pueden responder rápidamente a las cambiantes demandas de los clientes.

El Mecanismo de Asesoría a la Infraestructura Pública-Privada. Se trata de un mecanismo de asistencia técnica que ayuda a los países en desarrollo a mejorar su infraestructura por medio de la participación del sector privado. Desarrolla su misión por medio de:

- Asistencia técnica a gobiernos sobre estrategias para aprovechar el potencial pleno de la participación privada en infraestructura
- Identificación, divulgación y promoción de mejores prácticas relacionadas con la participación privada en infraestructura.

Fuente: Personal del Banco Mundial.

la sociedad civil no pueden diseñar políticas o normas nacionales. Tampoco pueden sustituir la relación ciudadanía-encargado de la formulación de políticas en el largo plazo.

Las opciones para los donantes varían desde apoyar selectivamente programas existentes, como programas de inmunización operados por el gobierno o proveedores privados, hasta crear una autoridad independiente de servicios con un mandato temporal para prestar o regular servicios básicos.[587] En el medio se encuentran los proyectos de autoayuda y los fondos sociales. Una autoridad independiente de servicios y un fondo social son sistemas para prestar servicios en circunstancias difíciles, tal vez vendiendo al por mayor a un consorcio local de ONG, organizaciones religiosas y empresas privadas. Estas organizaciones requieren autonomía institucional para garantizar estándares elevados de responsabilidad directamente ante los donantes. Para cumplir con estos estándares, tal vez la contratación se deba hacer por fuera del sector público. De nuevo, los donantes deberían coordinar y mancomunar sus recursos para reducir el despilfarro y la duplicación, financiando tanto gastos ordinarios como gastos de bienes de capital.

Los donantes confrontan el reto de encontrar un equilibrio entre fallas institucionales a corto plazo y a mediano plazo, y la creación a largo plazo de un Estado eficaz que pueda cumplir con sus responsabilidades públicas. Los donantes han tratado de abordar las necesidades a corto plazo de servicios por medio de las ONG, fondos sociales nacionales e internacionales, los organismos de las Naciones Unidas, o una combinación de estos proveedores. A lo que se debe asignar igual énfasis es a la identificación de rutas específicas por país para fortalecer la capacidad y reducir el clientelismo y la corrupción. Así, los canales no gubernamentales para la prestación de servicios pueden cumplir una función muy importante pero también deben ser considerados como una estrategia de transición para fortalecer la capacidad del Estado a largo plazo.

Hasta en los Estados más débiles, donantes y grupos internos de interés se beneficiarían de mancomunar sus esfuerzos a favor de mejores resultados. Tal vez la unificación de la ayuda no sea factible por medio del apoyo al presupuesto, pero ponerse de acuerdo en un marco común y en ordenamientos comunes de ejecución para la prestación de servicios ayudará a evitar una carga muy pesada sobre la limitada capacidad interna. Además, es importante compartir lecciones y aceptar que la ayuda puede ser menos eficiente cuando los sistemas que funcionan bien en entornos adecuados de políticas se transfieren a otras situaciones. La flexibilidad de "ocho medidas se ajustan a todo" incluye un fuerte énfasis en el contexto del país.

Por qué es tan difícil reformar la ayuda

Los efectos negativos no intencionados del comportamiento de los donantes no son un descubrimiento reciente. El *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1990: Pobreza* (Banco Mundial, 1990)

analizaba la función de la ayuda en la reducción de la pobreza, llamando la atención hacia muchos problemas similares. ¿Por qué no ha habido más reforma? ¿Por qué, por ejemplo, los donantes se muestran tan reacios a canalizar ayuda como parte del presupuesto del receptor?

Simplificar las políticas, procedimientos y prácticas de donantes y dirigir la ayuda flexiblemente a través de enfoques de sector universal o proceso presupuestario reduciría los elevados costos de transacción en países de ingreso bajo y permitiría a los receptores perseguir sus objetivos con mayor eficiencia. Esto podría hacerse si a los donantes los impulsara únicamente el motivo de reducir la pobreza –y si a los receptores se los percibiera como comprometidos con el mismo objetivo. Pero el mundo es más complejo. Los incentivos de las agencias de ayuda y la economía política de la ayuda en los países donantes obran en contra de esto:

- Las agencias de ayuda buscan poder identificar sus propios aportes, con frecuencia por medio de "proyectos" separados, para facilitar la retroalimentación a los contribuyentes y sustentar el apoyo político a los flujos de ayuda. Un hospital nuevo es más fácil de mostrar que el resultado de reformas de políticas o el apoyo al presupuesto.
- Las agencias de ayuda, que confrontan presiones de desembolso, necesitan mostrar resultados rápidos a los contribuyentes –y las ONG a sus aportantes. Esto resulta más fácil cuando los donantes están a cargo de las mediaciones.
- Políticos y encargados de la formulación de políticas en los países donantes no pueden pasar por alto a los grupos de interés que los apoyan, grupos que pueden otorgar una elevada prioridad a financiar grupos con ideas afines en países en desarrollo.
- Muchos donantes limitan el mercado de servicios y suministros de ayuda a sus propios compatriotas (ayuda condicionada). La ayuda externa sostiene una enorme industria de consultoría en los países de la OCDE –calculada en 4.000 millones de dólares al año para el África Subsahariana, o 30% de la ayuda al continente.
- Las preferencias del gasto varían entre donantes y entre donantes y receptores. Regularmente los donantes se sienten más cómodos con sistemas de prestación de servicios del tipo que funciona en sus propios países. Por ejemplo, asesores británicos y noruegos están familiarizados con un servicio de salud gratuito basado en atención hospitalaria y, por tanto, también prefieren apoyar estos sistemas en países de ingreso bajo.
- Intereses e incentivos fiduciarios en las agencias de ayuda hacen que los donantes centren su atención en controlar insumos y procesos. Una vez más, el control es más fácil en la ayuda de proyecto cuando el donante controla el diseño y la ejecución de cada mediación.
- Con el ánimo de mostrar el éxito alcanzado, los donantes tal vez busquen persuadir a los receptores de la ayuda del valor de un enfoque diferente por medio de un proyecto piloto.
- Con el objeto de aumentar la visibilidad de sus programas o de nivelar o recompensar el apoyo diplomático por parte de las naciones receptoras, los donantes bilaterales distribuyen su presupuesto de ayuda entre un elevado número de receptores y sectores.[588] Independientemente de cuán eficiente sea, una mayor especialización entre sectores o receptores podría exponer a un donante a acusaciones de que está desatendiendo, digamos, una crisis mundial de la salud o una crisis regional humanitaria. Estas consideraciones sirven para explicar por qué un donante bilateral típico en el año 2000 otorgó ayuda oficial para el desarrollo (ODA, por sus iniciales en inglés) a cerca de 115 naciones independientes. Aún dejando por fuera a los receptores que recibieron menos de 100.000 dólares, el número promedio de receptores ODA para cada donante bilateral fue 95.

Estos objetivos múltiples crean incentivos para que los donantes financien y controlen directamente sus mediaciones de ayuda. Este hecho crea problemas para los países receptores: regularmente los donantes no saben (o no les importa) lo que otros donantes y el receptor están haciendo, cuáles son los resultados en duplicación, despilfarro y vacío en los servicios.[589] En estos días, los donantes tienden a favorecer proyectos del sector social por encima de otros gastos públicos. Si no prestan atención a lo que hacen los demás, pueden concentrarse demasiado en sectores de mayor prioridad, dejando de lado a sectores con una prioridad menor, como las vías rurales en Zambia, cortos de fondos. O puede haber vacíos en las zonas prioritarias, simplemente porque nadie está mirando la imagen global. Pero las prioridades entre donantes varían, y sus enfoques cambian con el tiempo.[590] De modo que hay espacio –y esperanza– para mejorar.

Nota bibliográfica

El presente Informe se sustenta en una gran variedad de documentos del Banco Mundial y en numerosas fuentes externas. La preparación de los documentos y las notas de antecedentes estuvo a cargo de los siguientes autores: Abdelwahid El Abassi, A. Aghajanian, S. Ahmadnia, Harold H. Alderman, James Anderson, Matthew Andrews, Aída Atienza, Suresh Balakrishnan, Nabhojit Basu, Paolo Carlo Belli, Surjit Bhalla, Gerry Bloom, Ronelle Burger, J. Edgardo L. Campos, Indu Bushan, Jonathan Caseley, Prema Clarke, Dave Coady, Alberto Díaz-Cayeros, Richard Crook, Monica Das Gupta, Antara Dutta, Dan Erikson, Paulo Ferrinho, Ángela Ferriol, Varun Gauri, Anne Marie Goetz, Kelly Hallman, Maija Halonen, Susanne Hesselbarth, Rob Jenkins, Anuradha Joshi, Henry Katter, Daniel Kaufmann, Philip Keefer, Peyvand Khaleghian, Stuti Khemani, Stephen Knack, Rudolf Knippenberg, Kenneth Leonard, Bernard Liese, Ángela Lisulo, Annie Lord, John Mackinnon, Beatriz Magaloni, Nick Manning, James Manor, Melkiory Masatu, A. Mehryar, Anne Mills, Mick Moore, Joyce Msuya, Fatoumata Traore Nafo, Joseph Naimoli, Andrew Nickson, Rami Osseni, C. Torres Parodi, Harry Patrinos, Mark Pearson, Victoria Pérez, Janelle Plummer, Benjamin Powis, Didio Quintana, Carole Radoki, Aminur Rahman, Francesca Recanatini, John Roberts, James Robinson, F. Halsey Rogers, Pauline Rose, Suraj Saigal, R. Sarwal, Parmesh Shah, Maureen Sibbons, Janmejay Singh, Hilary Standing, David Stasavage, Jonas Gahr Støre, Denise Vaillancourt, Servaas van der Berg, Wim van Lerberghe, Ayesha Vawda, Emiliana Vegas y Peter Wolf.

Los documentos de antecedentes para el presente Informe pueden consultarse en línea en la dirección electrónica del Banco Mundial **http://econ.worldbank.org/wdr/wdr2004/** o a través de la Oficina del Informe sobre el Desarrollo Mundial. Las opiniones expresadas en estos documentos no son necesariamente las del Banco Mundial ni las del presente Informe.

Muchas personas, tanto del Banco como ajenas a él, ayudaron al equipo con su orientación y asesoría. Se recibieron valiosas observaciones y aportes de Christopher Adam, James Adams, Orville Adams, Olosodji Adeyi, Shafiul Azam Ahmed, Asad Alam, Aya Aoki, Omar Azfar, Raja Rehan Arshad, Yvette Atkins, Melvin Ayogu, Raja Bentaouet Kattan, Peter Berman, Paul Berminghan, Markus Berndt, John Besant Jones, Robert Beschel, David Bevan, Anil Bhandari, Helena Bjuremalm, John Briscoe, Colin Bruce, Barbara Bruns, Donald A. P. Bundy, Pronita Chakravarty, Vandana Chandra, Mae Chu Chang, Robert Chase, Marian Claeson, Paul Collier, Michael Crawford, Jishnu Das, Angelique de Plana, Jean-Jacques Dethier, Annette Dixon, Paula Donovan, William Dorotinsky, Mark Dumol, Ibrahim Elbadawi, Poul Engberg-Pedersen, Gunnar Eskeland, Antonio Estache, Barbara Evans, Shahrokh Fardoust, Armin Fidler, Ariel Fiszbein, Jonas Frank, Ahmad Galal, Marito García, Varun Gauri, Alan Gelb, Ejaz Ghani, Elizabeth Gibbons, Indermit Gill, Daniele Giusti, Philip S. Goldman, Mark Gradstein, Vincent Greaney, Daniela Gressani, Charles Griffin, Merilee S. Grindle, Jan Willem Gunning, Christopher Hall, Kirk Hamilton, Clive Harris, Robert Hecht, John Hellbrunn, Susanne Hesselbarth, Norman Hicks, Dale Hill, James Keith Hinchliffe, Karla Hoff, Mary Kathryn Hollifield, Robert Holzmann, Timothy Irwin, Jaime Jaramillo-Vallejo, Abhas Kumar Jha, Anne Johansen, Olga Jonas, Ruth Kagia, Satu Kähkönen, Jeffrey A. Katz, Philip Keefer, Damoni Kitabire, Homi Kharas, Stuti Khemani, Jeni Klugman, Steve Knack, Valerie Kozel, Dan Kress, Jody Kusek, Karen Lashman, Frannie Leautier, Danny Leipziger, Brian Levy, Samuel Lieberman, Soe Lin, Magnus Lindelöw, Marlaine Lockheed, Elizabeth Laura Lule, Mattias Lundberg, Akiko Maeda, Wahiduddin Mahmud, Nick Manning, Bertin Martens, Om Prakash Mathur, Subodh Mathur, Aaditya Mattoo, Elizabeth McAllister, Judith McGuire, Oey Astra Meesook, Vandana Mehra, Alain Mingat, Mick Moore, Christopher Murray, David Nabarro, Raj R. Nallari, Deepa Narayan, W. Paatii Ofosu-Amaah, Peter O'Neill, Elisabeth Page, Elisabeth Pape, Puspa Pathak, Harry Patrinos, Judith Pearce, Ronald F. Perkinson, David Peters, Guy Pfeffermann, Tomas Philipson, Janelle Plummer, Alexander Preker, Robert Prouty, Firas Raad, Anand Rajaram, Mamphela Ramphele, Vijayendra Rao, Ray Rist, Peter Roberts, F. Halsey Rogers, David Rosenblatt, Alex Ross, James Sackey, Mauricio Santamaría, Sarosh Sattar,William Savedoff, Eugen Scanteie, Norbert Schady, George Schieber, Ruth Ingeborg Schipper-Tops, Supriya Sen, Nemat Talaat Shafik, Monica Singh, John Snow, Lyn Squire, Lynn Stephen, Mark Sundberg, M. Helen Sutch, Jakob Svensson, Jee-Peng Tan, Judith Tendler, Gregory Toulmin, Emmanuel Tumusiime-Mutebile, Brian van Arkadie, Caroline van den Berg, Dominique van de Walle, Rudolf van Puymbroeck, Hema Visnawathan, Adam Wagstaff, Jeffrey Waite, Wendy Wakeman, Christine Wallich, Maitree Wasuntinwongse, Hugh Waters, Dana Weist, Michel Welmond, Richard Westin, Howard White, Mark Williams, James D. Wolfensohn, Michael Woolcock, Alan Wright, Ian P. Wright, Salman Zaheer, Abdo Yazbeck y Jürgen Zattler.

Valiosa ayuda fue recibida de Mary Bitekerezo, Soucha Borlo, Johanna Cornwell y el personal de las bibliotecas del Banco Mundial, John Garrison, Phillip Hay, Rachel Winter Jones, Agnes Kaye, Emily Khine, Zenaida Kranzer, Angela Lisulo, Precinia Lizarondo, Joaquín López, Jr., Jimena Luna, Karolina Ordon, Carolyn Reynolds. El Programa de Agua y Saneamiento (WSP) de Asia Meridional ofreció su apoyo para el trabajo de consulta en Bangladesh, además de acceso a investigaciones en curso y a trabajo de políticas del WSP.

A pesar de los esfuerzos por presentar una enumeración completa, quizás hayamos omitido involuntariamente el nombre de algunos colaboradores. El equipo pide excusas por las posibles omisiones y reitera su gratitud a todos los que aportaron algo a este Informe.

Notas

1. Contemplar el mundo como un todo oculta el hecho de que el África Subsahariana está fuera de ruta para alcanzar el objetivo de reducción de la pobreza en términos de ingresos.

2. Walker, Schwarlander y Bryce (2002).

3. Devarajan, Miller y Swanson (2002).

4. Peters y otros (2003), p. 218.

5. Reinikka y Svensson (2001).

6. Chaudhury y Hammer (2003).

7. Jaffré, Olivier y de Sardan (2002).

8. Probe Team en asociación con el Centre for Development Economics (1999); Rosskam (2003).

9. Análisis de datos de encuestas demográficas y de salud (*ver* cuadro 1.1 del Informe). Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (2002).

10. Bhushan, Keller y Schwartz (2002).

11. Ahmad (1999).

12. Banco Mundial (2002n).

13. Behrman y Hoddinott (2001), y Gertler y Boyce (2001).

14. En primer plano sobre Educo e Iniciativa Bamako.

15. Glaeser y Shleifer (2002).

16. Díaz–Cayeros y Magaloni (2002).

17. En primer plano sobre Costa Rica y Cuba.

18. Besley y Burgess (2002).

19. En primer plano sobre Kerala y Uttar Pradesh.

20. Cuando se le preguntó por qué no se quejaba, un provinciano contestó: "Me podría ocurrir un accidente en la carretera. Podría ir a dar al horno para ladrillos. Se me podrían romper los huesos". (En primer plano sobre Kerala y Uttar Pradesh).

21. En primer plano sobre Johannesburgo.

22. Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2002).

23. Scott (1998).

24. Reinikka y Svensson (2003b).

25. Chomitz y otros (1998).

26. La sistematización del registro de tierras en Karnataka, India, redujo el tiempo de transacción a 30 minutos y eliminó el pago de sobornos, el cual se había elevado a entre 25 y 50 veces la tarifa de registro.

27. Koenig, Foo y Joshi (2000).

28. Jiménez y Sawada (1999).

29. Hsieh y Urquiola (2003).

30. Gauri y Vawda (2003).

31. Angrist y otros (2002).

32. Entrevista por John Briscoe.

33. Banco Mundial (1998a) y Banco Mundial (2002a).

34. Incluso la recomendación de aplicar intervenciones que pasen una prueba de análisis de costo-beneficio social no será suficiente. El análisis de costo-beneficio social valora el rendimiento y los insumos de una intervención en el conjunto adecuado de precios sombra (Bell y Devarajan, 1987 y Dreze y Stern, 1987). Sin embargo, el problema es que a menudo los insumos no se traducen en el rendimiento deseado a causa de incentivos débiles. Lo mismo es válido para recomendaciones de aplicar intervenciones en salud "eficaces en función de los costos" (Banco Mundial, 1993).

35. En primer plano sobre Camboya.

36. Schick (1998).

37. Reconociendo que el sistema central de educación ha llevado a una subrepresentación de los estudiantes de familias de bajos ingresos, una de las grandes y prestigiosas escuelas francesas, el Instituto de Estudios Políticos de París ("Sciences Po") ha empezado a aplicar criterios independientes de admisión para los estudiantes de barrios pobres.

38. Leonard (2002).

39. Otra razón es que la mayoría de los gerentes de proyectos no están interesados en invertir en conocimiento que pueda mostrar que su programa ha sido un fracaso.

40. Este relato publicado por el *New York Times*, extractado de Brooke (1993), describe el esfuerzo conjunto sin precedentes, de políticos, trabajadores de la salud y comunidades, para poner en funcionamiento un programa que reduzca sustancialmente la mortalidad infantil en el estado de Ceará, en Brasil. Entre 1981 y 1985 la tasa de mortalidad infantil para niños nacidos en Ceará fue de 142 muertes por cada 1.000 nacimientos, para niños nacidos entre 1986 y 1990 la tasa había bajado a 91, reducción equivalente a casi el 40%. La mortalidad infantil en el quintil más pobre de la población cayó de 154 a 113 –casi el 30%. El descenso de la mortalidad infantil en los estados vecinos del noreste del Brasil fue del 20% durante el mismo período (Análisis de datos de encuestas demográficas y de salud).

41. Department for International Development and Water and Environmental Health, London y Loughborough (1998). En Etiopía más del 70% de los hogares consumen, como potable, agua principalmente de una fuente a la intemperie o de un río, y alrededor del 80% carece de instalaciones sanitarias. (Análisis de datos de encuestas demográficas y de salud).

42. Kunfaa y Dogbe (2002).

43. Lewis, Eskeland y Traa–Valerezo (1999).

44. Mtemeli (1994).

45. *Ver* también Gwatkin y otros (2000), y Wagstaff (2000).

46. *Ver* también Filmer y Pritchett (1999a), y Filmer (2000).

47. Unesco (2002).

48. Unicef (2001).

49. En Wagstaff y otros (2002) se explican los múltiples determinantes de la salud infantil.

50. *Ver* Deaton (1997).

51. Para ampliar conocimientos sobre este enfoque, *ver* Filmer y Pritchett (2001).

52. Por ejemplo, *ver* Banco Mundial (2001k).

53. Papua Nueva Guinea Office of National Planning (1999).

54. Gibson (2000), basado en una encuesta acometida en 1996. Hoy la distancia promedio puede ser menor, dado que una reforma educativa posterior incrementó la cantidad de escuelas elementales y de primaria.

55. Aporte del Foro Internacional para el Transporte y el Desarrollo Rurales, 2002, al equipo del Informe sobre el Desarrollo Mundial.

56. Estimaciones para el año 2000, del Programa de Seguimiento Conjunto de la OMS y Unicef para Abastecimiento de Agua y Sanidad (2001). Se define como fuente de agua "mejorada" toda fuente que proporcione agua de la calidad y en la cantidad adecuadas (v.gr., una conexión doméstica por tubería o un pozo protegido, pero no un pozo desprotegido ni agua embotellada). La sanidad "mejorada" cubre inodoros y letrinas privadas.

57. La fuente de agua "mejorada" es, en el mejor de los casos, un sustituto del acceso a agua segura para consumo humano. Por ejemplo, en Bangladesh el acceso a agua mediante pozos entubados –fuente "mejorada"– es sumamente alto pese a que el agua así obtenida frecuentemente está contaminada con arsénico (*ver* capítulo 9).

58. Filmer, Lieberman y Ariasingam (2002). Duflo (2001) ofrece una evaluación de los resultados del programa en cuanto a matrícula y mercado laboral.

59. *Ver* la discusión en Alderman y Lavy (1996).

60. Basado en Banco Mundial (2002s).

61. Radoki (2003).

62. Leonard, Mliga y Mariam (2002).

63. Yip y Berman (2001).

64. Leonard, Mliga y Mariam (2002).

65. Samrasinghe y Akin (1994), y Akin y Hutchinson (1999).

66. Pakistan Institute for Environment Development Action and Project Management Team (1994).

67. Alderman y Lavy (1996), y Lloyd y otros (2001).

68. Chaudhury y Hammer (2003).

69. NRI y Banco Mundial (2003).

70. Chomitz y otros (1998).

71. Probe Team en asociación con Centre for Development Economics (1999).

72. Schleicher, Siniscalco y Postlewaite (1995).

73. Banco Mundial (2001e).

74. Thomas, Lavy y Strauss (1996).

75. Alderman y Lavy (1996).

76. Thomas, Lavy y Strauss (1996).

77. Schleicher, Siniscalco y Postlewaite (1995).

78. Probe Team en associación coh Centre for Development Economics (1999).

79. Schleicher, Siniscalco y Postlewaite (1995).

80. Banco Mundial (2002m).

81. GfK Praha-Institute for Market Research (2001).

82. Banco Mundial (2000c).

83. McPake y otros (2000), y Levy-Bruhl y otros (1997).

84. Di Tella y Savedoff (2001a).

85. Narayan y otros (2000a).

86. Knippenberg y otros (1997).

87. King y Ozler (2002).

88. Lewis, La Forgia y Sulvetta (1996).

89. OMS (Organización Mundial de la Salud) (1998).

90. Langsten y Hill (1995).

91. Rowe y otros (2001).

92. Lakshman y Nichter (2001).

93. Por ejemplo, *ver* Bruns, Mingat y Rakatomalala (2003) o Pritchett y Filmer (1999).

94. Millot y Lane (2002).

95. Banco Mundial (1998b).

96. Waitzkin (1991).

97. Betancourt y Gleason (2000), y Koenig, Foo y Joshi (2000).

98. Lewis, Eskeland y Traa-Valerezo (1999).

99. Jaffré y Prual (1994).

100. OMS (Organización Mundial de la Salud) y Banco Mundial (2002).

101. Schneider y Palmer (2002).

102. Narayan y otros (2000b).

103. Haddad y Fournier (1995).

104. Davis y Patrinos (2002).

105. Rao y Walton (en proceso).

106. Dutta (2003).

107. Esta sección se basa en Coady (2003), y Levy y Rodríguez (2002).

108. Porcentajes tomados de la base de datos de Indicadores del desarrollo mundial.

109. Bruns, Mingat y Rakatomalala (2003).

110. Indonesia: Ministry of National Education (2002); Indonesia: Ministry of Religious Affairs (2002); y Filmer, Lieberman y Ariasingam (2002).

111. Hutchinson (2001).

112. 137.000 centros menores de salud, 28.000 dispensarios, 23.000 centros de salud básica, 3.500 centros urbanos de bienestar familiar, 3.000 centros comunitarios de salud, y adicionalmente 12.000 hospitales secundarios y terciarios (Peters y otros, 2003). Las poblaciones de Uganda, Indonesia e India son 22 millones, 210 millones y 1.015 millones, respectivamente.

113. Hutchinson (2001).

114. Peters y otros (2003).

115. En Stiglitz (2000) se encuentra una exposición comprensiva de estas ideas.

116. Artículos 25 y 26 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. (http://www.un.org/Overview/rights.html).

117. *Ver,* por ejemplo, OMS (2002).

118. Artículos 23 y 24 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. (http://www.un.org/Overview/rights.html).

119. Hunt (2002).

120. *Ver* discusiones en Green (1990), Pritchett (2002), y Kremer y Sarychev (2000).

121. Por ejemplo, *ver* la discusión teórica en Gradstein y Justman (2002), y una exploración empírica en Ritzen, Wang y Duthilleul (2002).

122. Appleton (2001).

123. En Madagascar el PIB per cápita fue alrededor de US$250 en promedio a lo largo de los años noventa y la mortalidad fue 156 en 2000. En Burundi el PIB per cápita fue alrededor de US$160 en promedio a lo largo de los años noventa y la mortalidad fue 190 en 2000. Estos dos países caen muy cerca de la línea de regresión transnacional entre ingreso y mortalidad. Estos datos sobre mortalidad infantil son tomados de Unicef (2002).

124. *Ver* en particular: Barro (1991), Bhargava y otros (2001), Bils y Klenow (2000), Pritchett y Summers (1996), y Savedoff y Schultz (2000).

125. Las sumas registradas en este párrafo están dadas en dólares estadounidenses de 2001 y se refieren a promedios para la década de noventa.

126. Las sumas están dadas en dólares estadounidenses de 2001.

127. Es más, estos estimados transnacionales probablemente sobrestimen la asociación entre ingreso y resultados, ya que no tienen en cuenta atributos específicos por país. Las tasas de crecimiento son a lo sumo subestimaciones de las necesarias.

128. La sumas de esta lista están expresadas en dólares estadounidenses de 1995.

129. Entre 1980 y 2000 el crecimiento anual promedio del PIB per cápita fue: Etiopía –0,55%; Malawi 0,25%; Tailandia 0,046%; Perú –0,41%; México 0,74%; Jordania –0,57%; Costa de Marfil –0,017%; Haití –0,025% (fuente: Base de datos de indicadores del desarrollo mundial).

130. Hammer, Nabi y Cercone (1995).

131. Van der Berg y Burger (2003).

132. Duflo (2001). Filmer, Hammer y Pritchett (2000) comentan más ampliamente las evidencias dentro de los países.

133. Esto es igualmente válido para otros resultados. Por ejemplo, el *Program for International Student Assessment* (Programa para la evaluación internacional de estudiantes) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, encontró que un mayor gasto en educación estaba asociado con mejores resultados en una muestra fundamentalmente de países de altos ingresos (OCDE, 2001). No obstante, la asociación se reduce casi a cero (y a partir de ahí es insignificante) una vez que se controla la variable PIB per cápita.

134. Filmer y Pritchett (1999b).

135. Bidani y Ravallion (1997), y Wagstaff (2002).

136. Gupta, Verhoeven y Tiongson (2002).

137. Rajkumar y Swaroop (2002); Gupta, Verhoeven y Tiongson (2002) encuentran que la corrupción es importante, pero Jayasuriya y Wodon (2002) no.

138. Por ejemplo, el número de países y la cobertura por país en estudios transnacionales de gasto y mortalidad son: 98 en Filmer y Pritchett (1999b); 22 en Anand y Ravallion (1993); 76 y 56 en Jayasuriya y Wodon (2002); 22 en Gupta, Verhoeven y Tiongson (2002); 32 en Gupta, Verhoeven y Tiongson (en proceso); 116 en Gupta, Davoodi y Tiongson (2002); 32 en Wagstaff (2002); 35 en Bidani y Ravallion (1997). Existe una literatura paralela un poco menos desarrollada sobre gasto y resultados en educación: por ejemplo, Wößmann (2003); Gupta, Verhoeven y Tiongson (2002).

139. Esta discusión se basa en Lieberman (2003).

140. Tales estudios de incidencia del gasto en el gasto en salud y educación ofrecen una descripción valiosa pero no pueden contar la historia completa. En primer lugar, ofrecen una toma transversal que no es lo mismo que quién se beneficiaría de los recursos marginales dedicados al sector. En segundo lugar, si bien los datos suelen basarse en los mejores disponibles, son limitados, especialmente cuando se trata de evaluar los costos de cada unidad del servicio prestado. En tercer lugar, los estudios asumen implícitamente que el valor del gasto es igual entre todos los usuarios. En cuarto lugar, no incluyen la incidencia de levantar fondos –o sea que un patrón bastante regresivo del gasto todavía podría estar en favor de los pobres si es financiado a través de un sistema tributario muy progresivo. En quinto lugar, es difícil saber qué es una buena asignación sin compararla con otros tipos de gasto social.

141. Reinikka y Svensson (2001).

142. Foster (1990).

143. Banco Mundial (1994a).

144. Filmer, Hammer y Pritchett (2000).

145. Gertler y Molyneaux (1995).

146. 66% es la suma recomendada por Bruns, Mingat y Rakatomalala (2003), basados en una revisión de países que han tenido progresos sustanciales hacia la escolaridad universal completa.

147. Bruns, Mingat y Rakatomalala (2003).

148. Devarajan, Miller y Swanson (2002) usan un enfoque similar para costear el primer Objetivo de Desarrollo del Milenio, dividiendo por mitades la pobreza de ingresos entre 1990 y 2015.

149. Devarajan, Miller y Swanson (2002) evitan en parte el doble conteo calculando el costo de los objetivos de salud, educación y ambientales independientemente del objetivo en cuanto a pobreza de ingresos, y calculando luego el costo del objetivo en pobreza de ingresos independientemente de todos los demás.

150. Este relato es obtenido de Paul (2002).

151. Tomado de Community Driven Development (2002).

152. Esta sección se refiere a Uttar Pradesh tal como existía antes de que sus distritos de la colina se separaran en un nuevo Estado, Uttaranchal, a finales de 2000.

153. Ramachandran (1996), y Dreze y Gazdar (1996).

154. Mencher (1980), Nag (1989) y Antia (1994).

155. Dreze y Gazdar (1996), y Probe Team en asociación con el Centre for Development Economics (1999).

156. *Ver* Shah y Rani (2003).

157. Dreze y Sen (2002).

158. Keefer y Khemani (2003), Shah y Rani (2003).

159. Chandran (1999).

160. Dreze y Gazdar (1996), p. 111.

161. Ramachandran (1996), p. 268. El edicto de Travancore fue promulgado 55 años antes que la Ley Educativa Meiji, del Japón, similar a aquel, la cual data de 1872.

162. Narayan (2002).

163. Banco Mundial (2001h).

164. Hammer y Jack (2001) y Gertler y Hammer (1997b).

165. Das y Hammer (2003).

166. Cornell y Kalt (1995); Cornell y Kalt (1997); Cornell y Kalt (2000).

167. Mamdani (1996).

168. Cohen (1957).

169. De Soto (2000).

170. Public Services International y Education International (2000).

171. Stasavage (2003).

172. Tumusiime-Mutebile (2003).

173. Reinikka y Svensson (2001), Reinikka y Svensson (2003a).

174. Shreenivasan (2002).

175. Akin, Guilkey y Denton (1995) y Peters y otros (2003).

176. Pritchett y Woolcock (2002).

177. Appadurai (2001).

178. En la literatura esto se conoce como igualar su agencia (Rao y Walton (en proceso). El empoderamiento también hace referencia a las capacidades de la gente pobre de influir en la estructura política de poder, pero ese es el tema del capítulo 5, "Ciudadanos y políticos".

179. Conning y Kevane (2002) discuten esto en el contexto de programas de focalización de orientación comunitaria. *Ver* también Mansuri y Rao (2003).

180. Esto no es aplicable a la calidad técnica, la cual puede ser muy baja –y más variable– en el sector privado.

181. Probe Qualitative Research Team (2002).

182. Probe Qualitative Research Team (2002). *Ver* también Leonard (2002).

183. Becker (1971).

184. Lewis (2000).

185. Tan, Soucat y Mingat (2000).

186. Wolfensohn (1997).

187. Gertler y Hammer (1997b).

188. Comunicación personal con el doctor Zafrullah Chowdhury de Gonoshasthaya Kendra.

189. Nichols, Prescott y Phua (1997).

190. Case (2001).

191. Das y Hammer (2003).

192. Werner, Thuman y Maxwell (1992).

193. Shleifer y Vishny (1993) denominan esto corrupción con robo.

194. Goetz y Gaventa (2001).

195. Glinskaya y Jalan (2003).

196. Grindle (en proceso).

197. Chandran (1999).

198. Ostrom (1990).

199. Scott (1998) y Mackey (2002).

200. Wade (1987) y Blomquist y Ostrom (1958).

201. *Revista Económica del Banco Mundial,* edición especial (2002).

202. Hino (1993).

203. Programa de agua y sanidad (2001).

204. Alatas, Pritchett y Wetteberg (2003).

205. Platteau y Gaspart (2003).

206. Agarwal (2001).

207. Banco Mundial (1998c).

208. Mansuri y Rao (2003) y Kleemeier (2000).

209. Mehrotra y Jarrett (2002).

210. Gilson y otros (2001).

211. Gilson y otros (2001).

212. Knippenberg y otros (1997).

213. A principios de los años ochenta, se analizaron primero los éxitos en la prestación de servicios primarios de salud, con base en las experiencias de los proyectos de Narangwal, Lampang y Bohol, en Asia, así como en las de los proyectos de Danfa, Kintampo, Kisantu, Kasongo y el Instituto de Salud Infantil de Nigeria, en África Occidental. Luego en el proyecto piloto Pahou, en Benín (1982-86), estas prácticas óptimas se tradujeron en un conjunto coherente de estrategias, sistemas de manejo e instrumentos para la prestación de servicios.

214. Ministerio de Salud de Guinea (2002).

215. Ministère de la Santé de Bénin (2003).

216. Zhao, Soucat y Traore (2003).

217. Soucat, Gandaho y Levy-Bruhl (1997).

218. Gilson (1997) y Gilson y otros (2000).

219. Narayan y Pettesch (2002), y Narayan y otros (2000a).

220. *Ver* en Glosario (capítulo 3) la explicación de los términos relacionados con el marco para la prestación de servicios.

221. *Ver* http://www.hinso.moph.go.th/30baht_English/index.htm

222. *Ver* http://www.cabinet-office.gov.uk/pmdu/

223. International Budget Project (2000).

224. Hirschman (1970) definió lo que se entiende por "opinión" como protesta dirigida, en su sentido tanto electoral (votación) como no electoral (abogacía, cabildeo, señalamiento/avergonzamiento.

225. Goetz y Jenkins (2002) y Schedler (1999). Los muchos significados dados a responsabilidad/rendición de cuentas (*accountability*) –término usado en exceso– suelen abrumar. Así, responsabilidad "vertical" (que los ciudadanos individual o colectivamente responsabilicen al Estado, como en las elecciones) a veces se distingue de responsabilidad "horizontal" *dentro* del gobierno (que un ministro o servidor civil superior responsabilice a otro servidor civil). Los Estados autoritarios pueden manifestar responsabilidad horizontal, pero no ofrecen mucha responsabilidad vertical.

226. Shah (2003a); *ver* también http://www.mampu.gov.my/Circulars/Clients_Charter.htm

227. Hossain y Moore (2002).

228. Jenkins y Goetz (2002) comentan el compromiso civil con el sistema público de distribución de la India para bienes básicos dirigidos a la gente pobre. Cuando el sistema era explotado como fuente de padrinazgo, grupos de la sociedad civil que abogaban por una entrega más eficiente no tuvieron ningún arrastre en pro de su agenda orientada por la equidad, y los pobres sufrieron.

229. Para una revisión del clientelismo y de cómo la votación firme y la indecisa pueden tener impacto en los servicios, *ver* Díaz-Cayeros y Magaloni (2003).

230. Joshi y Moore (2000) discuten el papel del derecho al trabajo garantizado en el Plan de Garantía de Empleo en Maharashtra, India, y sus implicaciones para la movilización y la opinión de los pobres. Jenkins y Goetz (1999) examinan el papel del derecho a la información en el estado de Rajastán, India.

231. Putnam, Leonardi y Nanetti (1992) y Boix y Posner (1998).

232. Freedom House (2002). Las democracias se definen como sistemas políticos cuyos líderes son elegidos en procesos competitivos multipartidistas y con multicandidaturas, en los que partidos de oposición tienen una oportunidad legítima de alcanzar el poder o de participar en el poder.

233. *Ver* Moore y Putzel (2001) para una discusión sobre democracia y resultados con respecto a la pobreza.

234. Keefer (2002).

235. Esto se basa en Keefer y Khemani (2003).

236. Keefer (2003), basado en países con datos disponibles sobre gasto en educación, de entre los 117 países de la Base de datos de instituciones políticas, 1975-95 (Beck y otros, 2001).

237. *Ver* varios artículos en Ferejohn y Kuklinsky (1990).

238. Fiorina (1990).

239. *Ver* la literatura sobre ciclos políticos en países en desarrollo, incluidos Shi y Svensson (2003), Khemani (en proceso), Block (2002) y Schuknecht (1996).

240. Fiorina y Shepsle (1990) y Chappell y Keech (1990).

241. Grossman y Helpman (1999).

242. Easterly y Levine (1997); Alesina, Baqir y Easterly (1999); Betancourt y Gleason (2000).

243. Alesina, Baqir y Easterly (1999).

244. Ferejohn (1974) y Persson y Tabellini (2000).

245. Gazdar (2000).

246. Díaz-Cayeros y Magaloni (2003).

247. Medina y Stokes (2002).

248. Díaz-Cayeros y Magaloni (2003).

249. Miguel (1998), según lo anotan Díaz-Cayeros y Magaloni (2003), y consistente con los hallazgos de estos mismos autores.

250. Keefer (2002) y Robinson y Verdier (2002).

251. Keefer (2002).

252. Keefer y Khemani (2003).

253. Alatas, Pritchett y Wetteberg (2003).

254. Putnam, Leonardi y Nanetti (1992).

255. Goetz y Jenkins (2002); *ver* también Narayan (2002).

256. Masud (2002).

257. *Ver* http://www.sdinet.org/ y Appadurai (2001).

258. Jenkins y Goetz (2002).

259. *Ver* http://www.poderciudadano.org.ar/

260. Boix y Posner (1998).

261. Las ONG pueden hacer enormes contribuciones al desarrollo humano entrando a prestar servicios locales de base comunitaria donde haya poca presencia pública. Pero estas ONG pueden carecer de voz creíble en la reforma de servicios públicos, porque pueden dar la impresión de tener un interés creado en los arreglos existentes de entrega de servicios.

262. Goetz y Gaventa (2001).

263. Manor (2002).

264. Platteau (2003) y Crook (2002).

265. Organización Mundial de la Salud (2003).

266. *Vér* En primer plano: Uganda, en este Informe.

267. Besley y Burgess (2002).

268. Instituto Democrático Nacional para Asuntos Internacionales y Banco Mundial (1998); Di Tella y Schargrodsky (en proceso).

269. Claro está que no es posible saber si los resultados reales en Estados mejor informados serían socialmente superiores. Con la misma facilidad podría suceder que gobiernos de Estados en los que el cubrimiento de crisis de alimentos por parte de los medios fuera muy amplio, destinaran a asistencia más recursos de los que debieran, incluida la provisión de asistencia no sólo a los necesitados sino también a no necesitados pero que fueran partidarios y votantes esenciales o indecisos.

270. Sen (2002) y Dreze y Sen (1991).

271. Paul (2002) y Balakrishnan (2002).

272. Para información sobre las Encuestas del Milenio, *ver* http://www.pacindia.org

273. Deichmann y Lall (2003).

274. Para una discusión reciente del papel de los medios en el desarrollo, *ver* Banco Mundial (2002q).

275. Faguet (2001).

276. Wetterberg y Guggenheim (en proceso).

277. Evers (2003).

278. Evers (2003).

279. Molyneaux y Gertler (1999) y Alatas (1999).

280. Schiotz (2002).

281. Pritchett (en proceso).

282. Wilson (1989).

283. Jaffré y Prual (1993).

284. Chomitz y otros (1998).

285. Chaudhury y Hammer (2003).

286. Shleifer y Vishny (1993).

287. Vasan (2002).

288. Botchway (2001).

289. Lazear (2000).

290. Boston (1996) y Stewart (1996).

291. Dixit (2000) y Holmstrom y Milgrom (1991).

292. Hammer y Jack (2001) y Gertler y Hammer (1997a).

293. Glewwe, Ilias y Kremer (2000).

294. Dixit (2000) y Burguess, Propper y Wilson (2002).

295. Fitz-Gibbon (1996).

296. Concejo de la Ciudad de Johannesburgo (2001).

297. Frey (1997).

298. Irwin (2003).

299. Hammer, Nabi y Cercone (1995).

300. Hammer y Jack (2001).

301. Klein y Roger (1994).

302. Aitken (1994).

303. Reinikka y Svensson (2003b).

304. Banco Mundial (2001l).

305. Leonard (2002).

306. Bierschenk, Olivier de Sardan y Chauveau (1997); Bebbington (1997); Meyer (1995); Chabal y Daloz (1999); Platteau and Gaspart (2003).

307. Chaudhury y Hammer (2003).

308. Filmer, Hammer y Pritchett (2000) y Filmer, Hammer y Pritchett (2002) discuten esto en mayor detalle.

309. Instituto Nacional de Estadística de Camboya y ORC Macro (2001).

310. La investigación de operaciones fue financiada por el Banco Asiático de Desarrollo.

311. Bhushan, Keller y Schwartz (2002).

312. En un solo caso –el de cobertura de vitamina A– un distrito no había incrementado su cobertura para el momento de la evaluación de mitad del proyecto.

313. Soeters y Griffiths (2003).

314. Equipo Probe en asociación con el Centre for Development Economics (1999).

315. Galabawa, Senkoro y Lwaitama (2000).

316. Greaney, Khandker y Alam (1999). En lectura, "mínimamente competente" significa capaz de contestar tres de cinco preguntas basadas en un pasaje literal; en escritura, "mínimamente competente" significa capaz de escribir un pasaje corto (doce palabras) basado en un cuadro.

317. Y probar a los jóvenes de 15 años que todavía están en la escuela *sobreestima* el desempeño del Brasil en relación con el de los países de la OCDE, dadas las mayores cantidades de adolescentes brasileños que ya han desertado.

318. Narayan y Pettesch (2002).

319. Daramola y otros (1998).

320. Gundlach y Wößman (2001) y Gundlach, Wößman y Gmelin (2001). La percepción empírica clave de estos estudios es que para los países que no mantienen una comparabilidad a lo largo del tiempo relacionando su desempeño con el de los Estados Unidos en un punto en el tiempo, con base en exámenes internacionalmente comparables y vinculándolos luego con los resultados de la Evaluación Nacional Estadounidense de Progreso Educativo, los cuales son comparables a lo largo del tiempo. la evolución del logro en aprendizaje puede inferirse.

321. Lewis (1961).

322. Brevemente, los cinco son: creencia en un Dios supremo; humanidad justa y civilizada; la unidad de la democracia indonesia es la sabiduría de la deliberación; justicia social para la totalidad del pueblo indonesio.

323. Sweeting (2001).

324. Lanjouw y Ravallion (1999).

325. Lott (1999).

326. Citado en Madaus y Greaney (1985).

327. Gran parte del debate se refiere a cómo aislar apropiadamente el impacto causal de las variaciones en el tamaño de las clases, fundamentalmente a partir de datos no experimentales. Este es un problema porque si el tamaño de la clase se escoge conscientemente de manera que cause una correlación entre el mismo y el desempeño –por ejemplo, cuando los administradores escolares reducen el tamaño de los grupos que tienen niños problemáticos (que serían causa de bajo desempeño, de manera que el maestro pueda manejar mejor la situación), o cuando en una escuela los estudiantes, ante la posibilidad de escoger, optan por maestros que tengan mejor reputación–, entonces los datos observados, no experimentales, podrían mostrar una correlación negativa o igual a cero aun cuando un cambio verdaderamente *exógeno* en el tamaño de la clase hubiera de mejorar el desempeño. Hay evidencia de un efecto razonablemente grande del tamaño de la clase, obtenida en un experimento aleatorio en Tennessee, y evidencia "cuasiexperimental" de Israel (Angrist y Lavy, 1999), Sudáfrica (Case y Deaton, 1999) y Bolivia (Urquiola, 2001). Pero los críticos de esta evidencia afirman que los resultados reportados son aciertos y desaciertos de "tiro al blanco", en el sentido de que si se miden los efectos del tamaño de la clase en dos

materias y en tres grados, en algunos grados y materias hay efectos producidos por el tamaño de la clase y en otros no, sin ningún patrón específico; que la literatura está sujeta a una enorme "inclinación hacia la publicación" en el sentido de que resultados estadísticamente significativos tienen muchas más probabilidades de ser escritos y publicados, aun cuando realmente sean raros; y que experimentos aleatorios en los que los maestros conocen el propósito del experimento, ciertamente no son una prueba limpia, ya que los maestros procurarán desempeñarse bien para justificar un menor tamaño de las clases (Hoxby, 2000). Hanushek (2002) continúa enfatizando la vastísima literatura en la que hay una falta *general* de correlación –teniendo "mejores" estudios menos propensos a encontrar efectos– y señala la evidencia del "cuadro general" que es improbable que se vea afectada por los "argumentos de endogeneidad" –la serie cronológica en los Estados Unidos y los países de la OCDE, donde los tamaños de las clases se han reducido sustancialmente en tanto que las calificaciones se han estancado, y la falta de evidencia transnacional. Hoxby (2000) presenta evidencia cuasiexperimental de los Estados Unidos (Vermont) que no muestra ningún efecto del tamaño de la clase y arguye que sus resultados son más típicos y representativos que otros.

328. Vegas (2002).

329. Banerjee y otros (2003).

330. Crouch y Healey (1997).

331. Sillers (2002).

332. Por ejemplo, estudios empíricos que hacen regresiones de salarios (o ingresos) estándar con unas pocas características (edad, género, educación) y que incluyen una variable de imitación (o términos de interacción) de los maestros, dan una respuesta puramente estadística a la pregunta "¿Predice la regresión de salarios remuneraciones excesivas o insuficientes de los maestros?" Pero aun esta respuesta carece de una interpretación clara y estos estudios no responden de por sí a la pregunta "¿Están mal pagados los maestros?" (Psacharopoulos, Valenzuela y Arends, 1996; Liang, 1999; Filmer, 2002; Vegas, Pritchett y Experton, 1999). En algunas situaciones en las que estas regresiones sugirieron que los maestros estaban "mal pagados", el rendimiento anual de los colegios de maestros excedió en varios múltiplos a las plazas disponibles para maestros (lo que sugiere que el pago era adecuado), en tanto que en otras situaciones en las que las regresiones indicaron que el pago de los maestros era "excesivo", había muy pocos maestros nuevos y los salarios se estaban incrementando (lo que sugiere que el pago era insuficiente).

333. Murnane y Cohen (1986).

334. Eskeland y Filmer (2002).

335. King, James y Suriyadi (1996), y Pritchett y Filmer (1999).

336. Birdsall y Orivel (1996).

337. Case (2001).

338. *Ver* En primer plano: Progresa.

339. Wodon (1999).

340. Cameron (2001).

341. Angrist y otros (2002).

342. Carnoy (1997) y Ladd (2002).

343. Banco Mundial (1996).

344. Grindle (en proceso).

345. Banco Mundial (2002s).

346. Eriksson, Kreimer y Arnold (2000).

347. Esta evaluación de la posición de los maestros y el cierre de escuelas es de Reimers (1997).

348. Programa de aprendizaje de acción sobre procesos participativos para el Programa de Apoyo para la Reducción de la Pobreza (PRSP – Poverty Reduction Suppport Program) (2003).

349. Programa de aprendizaje de acción sobre procesos participativos para el PRSP (2003).

350. Para un ejemplo de esta crítica, *ver* Davies (2000) y una discusión en Reimers (1997).

351. Estudios iniciales indicaron que pocos de estos programas de "Escuela de Padres" se llevaban a cabo. Pero en los últimos cinco años se constituyeron en un programa oficial –con apoyo financiero– y parece que desde entonces se han expandido.

352. Jiménez y Sawada (1999).

353. Jiménez y Sawada (2002).

354. Ciertamente, una evaluación inicial basada en una encuesta de 140 escuelas en 1993 encontró poca diferencia entre distintos tipos de escuelas (Reimers,1997).

355. Equipo de evaluación de El Salvador (1997).

356. Jiménez y Sawada (1999).

357. Sawada (1999).

358. Reimers (1997).

359. Para una bibliografía detallada de este capítulo, *ver* Soucat y Rani (2003a).

360. Unaids y OMS (2003).

361. Gwatkin y otros (2000).

362. Victora y otros (2000a).

363. Gwatkin y Guillot (2000) y Bonilla-Chacin y Hammer (2003).

364. Hadad y Gillespie (2001) y Want, Monteiro y Popkin (2002).

365. Das Gupta (1987) y Claeson y otros (2000).

366. Victora y otros (2000a); Mehryar, Aghajanina y Ahmadnia (2003); Suwal (2001); Bhuiya y otros (2001); Schellenberg y otros (2001); Bang y otros (1999); Pathmanathan y otros (2003); Rojanapithayakorn y Hanenberg (1996); Victora y otros (2000b).

367. Diop, Yazbeck y Bitran (1995); Soeters y Griffiths (2003); Bhushan, Keller y Schwartz (2002); Saadah, Pradhan y Sparrow (2001).

368. Evans (1996) y Moens (1990).

369. Hart (1971).

370. Das Gupta, Khaleghian y Sarwal (2003).

371. Como lo han señalado en estudios en Madagascar, Ghana, Georgia y la República Kirguisa, Makinen y otros (2000), Pannarunothai y Mills (1997), Peters y otros (2003); Castro-Leal y otros (2000), Chawla (2001), Lewis (2000).

372. Como lo han señalado en estudios en China, Egipto, Líbano, Perú y Vietnam, Carrin y otros (1999), Cotteril y Chakaraborty (2000); Preker y otros (2001), Wagstaff y van Doorslaer (de próxima aparición).

373. Cebu Study Team (1991) y Glewwe (1999).

374. Wagstaff, van Doorslaer y Watanabe (2001).

375. Schieber y Maeda (1997).

376. Cai y otros (1998).

377. Chaudhury y Hammer (2003).

378. OMS (Organización Mundial de la Salud) (1998).

379. Bennet y McPake (1997).

380. Waters y Aselsson (2002), Soucat y Rani (2003c) y Peters y otros (2003).

381. Bloom y Standing (2001).

382. Peters y otros (2003).

383. Lewis (2000).

384. Nahar y Costello (1998).

385. Banco Mundial (2003b).

386. Soucat y Rani (2003b) y Schieber y Maeda (1997).

387. Mills y otros (2002) y Macy y Quick (2002).

388. Gilson y otros (2000); Soucat, Gandano y Levy-Bruhl (1997); Diop, Yazbeck y Bitran (1995); Litvack y Bodart (1993).

389. Price (2001).

390. Rojanapithayakorn y Hanenberg (1996).

391. Unicef (2002).

392. Population Services International (2003).

393. Mintz, Savedoff y Pancorvo (2000); Cuéllar, Newbrander y Timmons (2000); Soucat, Gandaho y Levy-Bruhl (1997); Diop, Yazbeck y Bitran (1995).

394 (Castañeda (1999).

395. Mesoamerica Nutrition Program Targeting Study Group (2002).

396. Institute for Health Sciences y Banco Mundial (2001).

397. Marchant y otros (2002).

398. Jongudomsuk, Thammatuch-aree y Chittinanda (2002).

399. Banco Mundial (2002j) y Gertler y Boyce (2001).

400. Van Lerberghe y Ferrinho (2003).

401. Cotlear (2000).

402. Porignon y otros (1998).

403. Maiga, Nafo F. y El Abassi (1999).

404. Criel (1998).

405. Barnighausen y Sauerborn (2002) y Baris (2003).

406. Dror y Preker (2003).

407. Domenighetti y otros (1988); Ainsworth, Beyrer y Soucat (2003); Lamboray (2000); Haddad y Gillespie (2001); Hadi (2001).

408. Platteau y Gaspart (2003).

409. Studdert y otros (2000) y Bhat (1996).

410. Jonsson y Musgrove (1997).

411. Janovsky (2002).

412. Akin, Hutchinson y Strumpf (2001).

413. Pannarunothai y otros (2000).

414. Van Lerberghe y Ferrinho (2003).

415. Perry y otros (1999).

416. En este punto ponemos el énfasis en la forma como los gobiernos pueden comprar productos y resultados de los servicios de salud, en comparación con la compra de insumos –servicios auxiliares o de seguridad, artículos de consumo, equipos–, lo cual hace parte de las funciones administrativas, según el contexto presentado en el capítulo 3.

417. Manning (1998).

418. Nieves, La Forgia y Ribera (2000); Eichler, Auxilia y Pollock (2001); Chowdhury (2001).

419. Banco Mundial (2002j).

420. Naimoli y Vaillancourt (2003).

421. Brenzel y Claquin (1994).

422. Holmstrom y Milgrom (1991) y Mills y Bromberg (1998).

423. Hughes (1993).

424. Mills, Broomberg y Hongoro (1997); Comisión de Macroeconomía y Salud (2002); Taylor (2003).

425. Save the Children (2002).

426. Hanson y otros (2003) y McPake (1996).

427. Banco Mundial (2001d).

428. Hanson (2000) y Brinkerhoff y McEuen (1999).

429. Tendler (1998).

430. Van Lerberghe y otros (1997) y Tangcharoensathien y Nittayaramphong (1994).

431. Como en Bolivia, Camboya y Matlab (Bangladesh), Nieves, La Forgia y Ribera (2000); Mintz, Savedoff y Pancorbo (2000); Bhuiya, Rob y Quaderi (1998); Bhushan (2003).

432. Mills y otros (2002).

433. Como en Vietnam. Banco Mundial (2001j).

434. Lindelow, Ward y Zorzi (2003) y Encuesta sobre Servicios de Salud en Mozambique, Ferrinho y Van Lerberghe (2003).

435. Nitayaramphong, Srivanichakom y Pongsupap (2000).

436. Lewis, Eskeland y Traa-Valerezo (1999).

437. Onyango-Ouma y otros (2001).

438. Ferrinho y Van Lerberghe (2003).

439. Banco Mundial (2001d).

440. Cochi y otros (1998).

441. Ferriol y otros (2003).

442. Naciones Unidas (1961).

443. Las referencias a Costa Ricas se basan en Lisulo (2003).

444. Erikson, Lord y Wolf (2003). Lo anterior corresponde a 2,75 doctores de familia por cada mil personas –en la totalidad de la región de América Latina y el Caribe hay 1,5 médicos (de cualquier especialidad) por cada mil personas (Indicadores de Desarrollo Mundial 2002).

445. Ferriol y otros (2003) y Banco Mundial (2002s).

446. Ferriol y otros (2003).

447. Ferriol y otros (2003).

448. Uriarte (2002).

449. Uriarte (2002).

450. Ferriol y otros (2003).

451. Erikson, Lord y Wolf (2003) y Uriarte (2002).

452. *Ver* Banco Mundial (1994c) para un análisis completo sobre la infraestructura económica.

453. Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial (2003).

454. Programa de Asentamientos Humanos (2003).

455. Parker y Skytta (2000).

456. Programa de Agua y Saneamiento (WSP-AF) (2003).

457. Schleifer y Vishny (1994).

458. Savedoff y Spiller (1999).

459. Foster (2002).

460. Foster (2002).

461. Smith (1997a), Smith (1997b), Irwin (correspondencia personal).

462. Guasch (2003).

463. Apoyo Opinión y Mercado S.A. (2002).

464. Dumol (2000).

465. Shirley (2002).

466. Smith (2003).

467. Raghupati y Foster (2003).

468. Brook y Locussol (2001).

469. Gómez-Lobos y Contreras (2000); David Savage (correspondencia personal).

470. Plummer (2003).

471. Nickson y Vargas (2002).

472. Parker y Skytta (2000) y Banco Mundial (2002o).

473. Tremolet (2002).

474. Iyer (2002).

475. Con base en su trabajo en la zona, Peter Kolsky sugiere utilizar este término.

476. Hoy y Jiménez (2003).

477. Banco Mundial (2001i).

478. Von der Fehr y Millan (2001).

479. Briscoe (1997).

480. Shirley (2002).

481. Briscoe (1997).

482. Allan, Gotz y Joseph (2001).

483. iGoli significa "ciudad de oro".

484. Ahmad (1996).

485. Allan, Gotz y Joseph (2001).

486. Para una explicación de los términos relacionados con el contexto de prestación de servicios, *ver* el Glosario que aparece en el presente Informe.

487. Basado en Andrews y Campos (2003). *Vér* también Campos y Pradhan (1997).

488. *Ver* Holmes (2002), Roberts (2002) y Le Houerou y Taliercio (2002) para otros análisis.

489. Holmes (2002).

490. Le Houerou y Taliercio (2002).

491. FMI y AID (2002).

492. FMI (2002).

493. *Ver* Shah (2003b) para un análisis de la importancia de la gestión del gasto público en los DERD (Documentos de Estrategia de Reducción de la Pobreza) y los grandes retos en las reformas a la gobernabilidad que los primeros DERD indican.

494. Dehn, Reinikka y Svensson (de próxima aparición).

495. Anfrews (2001).

496. *Ver* Talero (2001). Para una perspectiva de país, *ver* el plan estratégico global de compras para el período 2002-04 de Chile, "Chile Compra" (2002) y otros materiales en la misma dirección electrónica: http://wbln0018.worldbank.org/OCS/egovforum.nsf/Main/ccp para un perfil de compras por Intenet de Australia, Brasil, Canadá, Chile, Dinamarca, México y los Estados Unidos.

497. *Ver* Bardhan (2002) para un análisis reciente.

498. Litvack, Ahmad y Bird (1998) y Burki, Perry y Dillinger (1999).

499. Prud'homme (1995) y Rodden, Eskeland y Litvack (2003).

500. Bardhan y Mookherjee (2002).

501. von Braun y Grote (2000).

502. *Ver* Grindle (de próxima aparición) sobre educación y Burki, Perry y Dillinger (1999) sobre América Latina en términos más generales; Faguet (2001) sobre Bolivia; Ahmad (1999) sobre Suráfrica; Banco Mundial (2001a) sobre economías en transición; Banco Mundial (2002f) sobre Indonesia; y Banco Mundial (2002k) y Lundberg (2002) sobre Paquistán.

503. Galiani y Schargrodsky (2002).

504. Rodden, Eskeland y Litvack (2003). La expectativa de un rescate por el Estado refleja una restricción presupuestaria blanda.

505. Musgrave (1959).

506. En 1999, los intereses políticos llevaron al parlamento de Indonesia a promulgar leyes apresuradamente con el objetivo de poner en práctica una rápida descentralización "de gran explosión", dejando sin esclarecer la ley de gastos respecto de las asignaciones del gasto. En la actualidad, estas leyes son objeto de revisión; *ver* Banco Mundial (2002d).

507. En Indonesia, la ley de gastos de 1999 fue promulgada por separado de la ley que regula las asignaciones de ingresos; *ver* Banco Mundial (2002d).

508. Khemani (2003).

509. Ahmad (1999). Usualmente, la descentralización financiera (la capacidad de adquirir empréstitos) se subsume en la descentralización fiscal. Separarlas conceptualmente puede arrojar más luces sobre las interacciones entre ambas.

510. Ahmad (2003).

511. *Ver* Evans (2003) para un análisis reciente de las prácticas de contratación de personal en el esquema de la descentralización en Benín, India, Indonesia, México, Paquistán, Filipinas, Polonia y Uganda.

512. La mayor parte de la prestación de servicios por parte del gobierno ya se ha descentralizado, de modo que aunque los sistemas de presentación de informes cambiaron, la mayoría de los empleados simplemente se mudaron de una oficina a otra dentro de la misma ciudad.

513. Grindle (de próxima aparición).

514. Bahl y Linn (1992).

515. Blondel y Manning (2002).

516. Schacter, Haid y Koenen-Grant (1999); Koenen-Grant y Garnett (1996).

517. Devarajan, Dollar y Holmgren (2001).

518. Collier y Pattillo (2000).

519. Beschel y Manning (2000).

520. Evans y Rausch (de próxima aparición).

521. Organización Internacional del Trabajo (2001).

522. En la actualidad se debate si la Nueva Gestión Pública debería emprenderse en los países en desarrollo. Schick (1996), Bale y Dale (1998), Schick (1998), Batley (1999), Manning (2001).

523. Banco Mundial (2000b).

524. Dixon (2002).

525. Schick (1998).

526. Lo anterior se basa en Manning y Parison (2003) y Banco Mundial (2002e).

527. Wade (1982); Wade (1985).

528. Hasta en países con una fuerte tradición de administración pública, el problema de la interferencia política puede ser nocivo, como lo demuestran los enormes problemas de India de transferencias ad hoc de funcionarios públicos a "puestos de castigo"; *ver* Sundaram (2001).

529. Azfar (2002).

530. Para un listado reciente de estos estudios, *ver*, por ejemplo, Banco Mundial (2000a) y Abed y Gupta (2002).

531. Anderson, Kaufmann y Recanatini (2003).

532. Mauro (1998).

533. Rajkumar y Swaropp (2002), Abed y Gupta (2002), Azfar y Gurgur (2001) y Di Tella y Savedoff (2001b).

534. *Ver* Kaufmann, Pradhan y Ryterman (1998) para un análisis del enfoque de diagnóstico inicial.

535. Anderson, Kaufmann y Recanatini (2003) hacen hincapié en las conclusiones de estas encuestas de diagnóstico para la prestación de servicios.

536. Banco Mundial (2000a).

537. Grindle (de próxima aparición).

538. Banco Mundial (2002e).

539. Por ejemplo, *ver* capítulo 3 de Banco Mundial (2002b) para pautas sobre el diseño de un sistema de control de la pobreza.

540. Kremer (2002).

541. Victora y otros (2000a).

542. Davey (2000).

543. Banco Mundial (1998a), Burnside y Dollar (2000a), Burnside y Dollar (2000b) y Collier y Dollar (2002).

544. Martens y otros (2002) y Ostrom y otros (2001).

545. Mackinnon (2003).

546. La literatura sobre fungibilidad –entre otros, Devarajan y Swaroop (1998); Devarajan, Rajkumar y Swaroop (1999); y Feyziogly, Swaroop y Zhu (1998)– llega a la conclusión que únicamente una parte de la ayuda se queda en el sector; cuando el gobierno recibe ayuda específica para un sector, desvía parcialmente sus propios recursos hacia otros sectores. La fungibilidad sugiere que los donantes deberían tener un enfoque más holístico del gasto público de los países receptores.

547. Comité de Asistencia para el Desarrollo (DAC, por sus iniciales en inglés) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

548. Banco Mundial (2001).

549. Por ejemplo, el Fondo Global de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria; la Alianza Mundial de Vacunación e Inmunización; el Fondo Global de Vacunación y el Sistema Global del Medio Ambiente. Para mayores detalles sobre fondos globales relacionados con la salud, *ver* Kalter (2003).

550. Ostrom y otros (2001).

551. Boyce and Haddad (2001).

552. Banco Mundial (2001f).

553. Bräutigam (2000).

554. Banco Mundial (1998a).

555. Cohen y Wheeler (1997).

556. El CAD de la OCDE, y otras fuentes de donantes, suministran datos de varios decenios para el Acceso al Desarrollo. Lamentablemen-

te, la base de datos no contiene información sobre el número de proyectos en curso en cualquier período.

557. Un índice de Herfindahl sobre concentración de donantes se calcula inicialmente sumando las participaciones, al cuadrado de ayuda sobre todas las organizaciones de donantes que operan en el país receptor (O'Connell y Saludo, 2001). Este índice, que fluctúa entre 0 y 1, se resta después de 1 para conformar un índice de fragmentación de donantes, en el cual los valores elevados indican mayor fragmentación (Knack y Arman, 2003).

558. Los valores del índice no aumentan necesariamente con los niveles de ayuda o número de proyectos; duplicar la ayuda o el número de proyectos de cada donante, manteniendo constante el número de donantes y sus participaciones de actividad, deja sin modificar los valores del índice.

559. Los datos son del CAD de la OCDE. Tal vez la tendencia sobreestime el empeoramiento de la fragmentación de donantes hasta el punto que la socialización de fondos de donantes asimismo ha aumentado, porque el índice calculado con base en los desembolsos no hace una distinción entre fondos mancomunados y fondos no mancomunados.

560. Knack y Rahman (2003). Los Índices de Calidad Burocrática son evaluaciones subjetivas de la Guía Internacional de Riesgo País (ICRG, por sus iniciales en inglés). Las clasificaciones altas reflejan la "fortaleza y el conocimiento experto para gobernar sin cambios drásticos de políticas o interrupción de los servicios del gobierno". Las clasificaciones tienen una fuerte correlación con evaluaciones independientes más detalladas de estructura y estabilidad burocráticas "weberianas" (Evans y Rauch, 1999), disponibles para un subconjunto de países incluidos en la ICRG.

561. Picazo (2002).

562. Picazo (2002).

563. Mansuri y Rao (2003).

564. Chase (2002), Newman y otros (2002), Paxson y Schady (2002) y Van Domelen (2002).

565. Banco Mundial (2002p).

566. Platteau y Gaspart (2003).

567. Banco Mundial (2002r).

568. Gunning (2001).

569. Collier (1997), Kapur y Webb (2000), Devarajan, Dollar y Holmgren (2001), Dollar y Svensson (2000).

570. Svensson (2003).

571. Adam y Gunning (2002).

572. Adam y Gunning (2002).

573. Banco Mundial (2002r).

574. Angrist y otros (2002).

575. Miguel y Kremer (2001).

576. Van de Walle (2002) y Van de Walle y Cratty (2003).

577. Riddel (1999).

578. Banco Mundial (2002r).

579. Harrold and Associates (1995).

580. Algunos autores han estudiado el enfoque de sector, entre ellos Brown (2000a), Conway) (2000), Foster (2000), Foster, Brown y Conway (2000), Jones (1997), Jones y Lawson (2001) y Banco Mundial (2001b).

581. Fozzard y Foster (2001) y Kanbur y Sandler (1999).

582. Adam y Gunning (2002).

583. Brown (2000b).

584. Mackinnon (2003).

585. La percepción –antes que la realidad– del riesgo fiduciario puede reducir el respaldo político a la ayuda externa en el país donante. Pero se trata de un aspecto político en los países ricos, no de una cuestión de prestación de servicios en los países pobres.

586. Banco Mundial (2002r).

587. Banco Mundial (2002r).

588. Casi todos los donantes bilaterales dan más ayuda a países que votan igual que ellos en la Asamblea General de las Naciones Unidas, donde cada país, independientemente de su tamaño, tiene derecho a un voto (Alesina y Dollar, 2000, y Wang, 1999).

589. Halonen (2003).

590. *Ver,* por ejemplo, Tarp y Hjertholm (2000).

Referencias bibliográficas

La palabra *multicopiado* se utiliza para designar los documentos reproducidos de forma extraoficial, que generalmente no se encuentran en las bibliotecas.

Abed, George T. y Sanjeev Gupta. 2002. Governance, Corruption & Economic Performance. Washington, D.C.: Fondo Monetario Internacional.

Acharya, Arnab, Fuzzo de Lima y Mick Moore. 2003."The Proliferators: Transactions Costs and the Value of Aid". Instituto de Estudios para el Desarrollo: Brighton, Reino Unido. Multicopiado.

Programa de aprendizaje en acción sobre procesos participativos para PRSP. 2003. "Reform of Basic Education in El Salvador". Banco Mundial: Washington, D.C. Disponible en la dirección electrónica: http://www.worldbank.org/participation/web/webfiles/eseducation.htm. Multicopiado.

Adam, Christopher S. y Jan Willem Gunning. 2002. "Redesigning the Aid Contract: Donors' Use of Performance Indicators in Uganda". *World Development* 30(12):2045–56.

Agarwal, Bina. 2001. "Participatory Exclusions, Community Forestry, and Gender: An Analysis for South Asia and a Conceptual Framework". *World Development* 29(10):1623–48.

Agencia Internacional de Energía. 2002. "Energy and Poverty". En Agencia Internacional de Energía, ed., *World Energy Outlook 2002*. París: Agencia Internacional de Energía.

Aghion, Phillipe y Jean Tirole. 1997. "Formal and Real Authority in Organizations". *Journal of Political Economy* 105(1):1–29.

Ahmad, Junaid. 1996. "The Structure of Urban Governance in South African Cities". *International Tax and Public Finance* 3(2):193–213.

————. 1999. "Decentralizing Borrowing Powers". Banco Mundial PREM Nota 15. Washington, D.C.

————.2003. "Creating Incentives for Fiscal Discipline in the New South Africa". En Jonathan Rodden, Gunnar Eskeland y Jennie Litback, eds., *Decentralization and Hard Budget Constraints*. Cambridge: MIT Press.

Ahmad, Junaid, B. N. Goldar, M. Jakariya y Smita Misra. 2002. "Fighting Arsenic, Listening to Rural Communities: Findings from a Study on Willingness to Pay for Arsenic-free, Safe Drinking Water in Rural Bangladesh". Banco Mundial, Programa de Aguas y Saneamiento-Asia Meridional: Dhaka, Bangladesh. Disponible en la dirección electrónica: http://www.wsp.org/pdfs/sa_arsenic_ learning.pdf.

Ainsworth, Martha, Chris Beyrer y Agnes Soucat. 2003. "AIDS and Public Policy: The Lessons and Challenges of 'Success' in Thailand". *Health Policy* 64:13–37.

Aitken, Jean-Marion. 1994. "Voices from the Inside: Managing District Health Services in Nepal". *International Journal of Health Planning and Management* 9(4):309–40.

Akin, John, Paul Hutchinson y Koleman Strumpf. 2001. "Decentralization and Government Provision of Public Goods: The Public Health Sector in Uganda". Abt. Associates Inc.; Measure Proyecto de Evaluación, Documento de trabajo 01-35. Bethesda, Md.

Akin, John S., David K. Guilkey y E. Hazel Denton. 1995. "Quality of Services and Demand for Health Care in Nigeria: A Multinomial Probit Estimation". *Social Science and Medicine* 40(11): 1527–37.

Akin, John S. y Paul Hutchinson. 1999. "Health-Care Facility Choice and the Phenomenon of Bypassing". *Health Policy and Planning* 14(2):135–151.

Alatas, Vivi. 1999. "Analyzing Indonesia's Poverty Profile". Tesis doctoral. Princeton University.

Alatas,Vivi, Lant Pritchett y Anna Wetteberg. 2003."Voice Lessons: Local Government Organizations, Social Organizations, and the Quality of Local Governance". Kennedy School of Government, Harvard University: Cambridge, Mass. Multicopiado.

Alderman, Harold y Victor Lavy. 1996. "Household Responses to Public Health Services: Cost and Quality Tradeoffs". *World Bank Research Observer* 11(1):3–22.

Alesina, Alberto, Reza Baqir y William Easterly. 1999. "Public Goods and Ethnic Divisions". *Quarterly Journal of Economics* 114:1243–1284.

Alesina, Alberto y David Dollar. 2000. "Who Gives Foreign Aid to Whom and Why?" *Journal of Economic Growth* 5(1):33–63.

Allan, Kevin, Graeme Gotz y Carmel Joseph. 2001. *Johannesburgo, An African City in Change*. Johannesburgo: Zebra Press.

Anand, Sudhir y Martin Ravallion. 1993."Human Development in Poor Countries: On the Role of Private Incomes and Public Services". *Journal of Economic Perspectives* 7(1):133–150.

Anderson, James, Daniel Kaufmann y Francesca Recanatini. 2003. "Service Delivery, Poverty, and Corruption—Common Threads from Diagnostic Surveys". Documento de antecedentes para el IMD 2004.

Andrews, Matthew. 2001. "Adjusting External Audits to Facilitate Results-Oriented Government". *The International Journal of Government Auditors* 28(2):10–13.

Andrews, Matthew y J. Edgardo Campos. 2003. "The Management of Public Expenditures and Its Implications for Service Delivery". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Andrews, Matthew y Anwar Shah. 2003. "Towards Citizen-oriented Local-level Budgets in Developing Countries". En Anwar Shah, ed., *Ensuring Accountability When there is No Bottom Line*. Washington, D.C.: Banco Mundial.

Angrist, J.D. y Víctor Lavy. 1999."Using Maimonides' Rule to Estimate the Effect of Class Size on Scholastic Achievement". *Quarterly Journal of Economics* 114(2):533–75.

Angrist, Joshua, Eric Bettinger, Erik Bloom, Elizabeth M. King y Michael Kremer. 2002. "Vouchers for Private Schooling in Colombia: Evidence from a Randomized Natural Experiment". *American Economic Review* 92(5):1535–58.

Antia, N. H. 1994. *Kerala Shows the Way to Health. International Congress on Kerala Studies. Resúmenes*, tomo 2. Thiruvananthapuram: A.K.G. Centro de Investigación y Estudio.

Apoyo Opinión y Mercado S.A. 2002. "Sentimientos encontrados". *Opinión Data: Resumen de Encuestas a la Opinión Pública* 21(2):1–1.

Appadurai, Arjun. 2001. "Deep Democracy: Urban Governmentality and the Horizon of Politics". University of Chicago: Chicago. Multicopiado.

Appleton, Simon. 2001. "What Can We Expect from Universal Primary Education?" En Ritva Reinikka y Paul Collier, eds., *Uganda's Recovery: The Role of Farms, Firms, and Government*. Washington, D.C.: Banco Mundial.

Azfar, Omar. 2002. "Corruption and the Delivery of Health and Education Services". University of Maryland, IRIS: College Park, Md. Multicopiado.

Azfar, Omar y Tugrul Gurgur. 2001. "Does Corruption Affect Health and Education Outcomes in the Philippines?" University of Maryland, IRIS: College Park, Md. Multicopiado.

Bahl, Roy y Johannes Linn. 1992. *Urban Public Finance in Developing Countries*. Nueva York: Oxford University Press para el Banco Mundial.

Balakrishnan, Suresh. 2002. "Citizen Report Cards and Basic Services for the Poor". Centro de Asuntos Públicos: Bangalore, India. Multicopiado.

Bale, Malcolm y Tony Dale. 1998. "Public Sector Reform in New Zealand and Its Relevance to Developing Countries". *World Bank Research Observer* 13(1):103–121.

Banco Mundial. 1990. *World Development Report* 1990: Poverty. New York: Oxford University Press.

————.1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Nueva York: Oxford University Press.

————. 1994a. "Better Health in Africa: Experience and Lessons Learned".Banco Mundial: Washington, D.C.

————. 1994b. "Indonesia's Health Work Force: Issues and Options". Banco Mundial: Washington, D.C.

————. 1994c. "World Development Report 1994: Infrastructure for Development". Oxford University Press: Nueva York.

————. 1996. "Argentina Cordoba - Public Sector Assessment: Proposals for Reform Volume II Annexes". Banco Mundial: Washington, D.C.

————.1998a. *Assessing Aid: What Works, What Doesn't, and Why*. Nueva York: Oxford University Press.

————.1998b."Basic Education in Indonesia: From Crisis to Recovery". World Bank: Washington, D.C. Disponible en la dirección electrónica: http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS_IBank_Servlet?pcont =details&eid=000094946_99031910544076.

————. 1998c. "Public Expenditure for Poverty Alleviation in Northeast Brazil: Promoting Growth and Improving Services". Banco Mundial: Washington, D.C.

————. 2000a. "Anticorruption in Transition: A Contribution to the Policy Debate, The World Bank". World Bank: Washington, D.C.

————. 2000b. "Bolivia: From Patronage to a Professional State, Institutional and Governance Review". World Bank: Washington, D.C.

————. 2000c. "Making Transition Work for Everyone: Poverty and Inequality in Europe and Central Asia". Banco Mundial: Washington, D.C.

————. 2001a. "Decentralization in the Transition Economies: Challenges and the Road Ahead". Banco Mundial: Washington, D.C.

————. 2001b. *Education and Health in Sub-Saharan Africa: A Review of Sector-Wide Approaches*. Washington, D.C.: Banco Mundial.

————.2001c."Education and Training in Madagascar: Towards a Policy Agenda for Economic Growth and Poverty Reduction". World Bank, Human Development 4 (AFTH4): Washington, D.C.

————.2001d. "Evaluating the Impact of Health Care Reforms in Poland: The Challenges of Systemic Changes in a Transforming Environment". World Bank ECA Region: Washington, D.C.

————. 2001e. "Honduras: Public Expenditure Management for Poverty Reduction and Fiscal Sustainability". Banco Mundial: Washington, D.C.

————. 2001f. "Implementation of World Bank-finance Projects. A Note on Eastern Europe and Central Asia Experience with Projecs Implementation Units". Banco Mundial: Washington, D.C.

————.2001g."Indonesia Poverty Report". Banco Mundial: Washington, D.C.

————. 2001h. "Nepal: Priorities and Strategies for Education Reform". World Bank, Human Development Unit, South Asia Region: Washington, D.C.

————. 2001i. "Reform of the Electrical Power Sector in India. Report on Fact-Finding Mission (August 2001)". World Bank, Energy and Infrastructure Unit, South Asia Regional Office, Energy and Water Department: Washington, D.C.

————. 2001j. "Vietnam, Growing Healthy: A Review of Vietnam's Health Sector". Banco Mundial, Human Development Sector Unit, Vietnam Country Unit, East Asia and Pacific Region: Washington, D.C.

————. 2001k. World Development Report 2000/2001: *Attacking Poverty*. Nueva York: Oxford University Press.

————.2001l."Zambia Public Expenditure Review: Public Expenditure, Growth and Poverty: A Synthesis". Banco Mundial: Washington, D.C.

————. 2002a. *A Case for Aid: Building a Consensus for Development Assistance*. Washington, D.C.: Banco Mundial.

————.2002b. *A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies*. Vol. 1. Washington, D.C.: World Bank.

————.2002c. "Achieving Education for All in Post-Conflict Cambodia". Education Notes. Washington, D.C. Disponible en la dirección electrónica: www.worldbank.org/education.

————. 2002d. "Bangladesh: The Experience and Perceptions of Public Officials". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

————.2002e."Building on Strengths: Lessons from Comparative Public Administration Reforms". World Bank: Washington, D.C. Multicopiado.

————. 2002f. "Decentralizing Indonesia: A Regional Public Expenditure Review,Overview Report". East Asia, The World Bank: Washington, D.C. Multicopiado.

————. 2002g. "EdStats: Gender-disaggregated Education Profiles". Banco Mundial: Washington, D.C. Disponible en la dirección electrónica: http://sima/edstats/td.asp.

————. 2002h. "Education and HIV/AIDS: A Window of Hope". Banco Mundial: Washington, D.C.

————. 2002i. "Evaluation of the Comprehensive Development Framework (CDF): Synthesis Report". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

————.2002j."Mexico: Second Basic Health Project: Implementation Completion Report". Banco Mundial: Washington, D.C.

————. 2002k. "Pakistan Development Policy Review: A New Dawn?" Banco Mundial: Washington, D.C.

———. 2002l. "Pakistan Poverty Assessment. Poverty in Pakistan: Vulnerabilities, Social Gaps, and Rural Dynamics". Banco Mundial: Washington,D.C.
———. 2002m. "Poverty in Pakistan: Vulnerabilities, Social Gaps, and Rural Dynamics". Banco Mundial: Washington, D. C.
———. 2002n. "Romania: Local Social Services Delivery Study". Banco Mundial: Washington, D.C.
———. 2002o. "Rural Water Projects: Lessons Learned". World Bank Operations Evaluation Report 215.Washington,D.C.
———. 2002p. *Social Funds: Assessing Effectiveness.* Washington, D.C.: Banco Mundial.
———.2002q."The Right to Tell: The Role of Mass Media in Economic Development". Banco Mundial: Washington, D.C.
———. 2002r. World Bank Group Work in Low-Income Countries Under Stress". Banco Mundial: Washington, D.C.
———. 2002s. World Development Indicators. Washington, D.C.: Banco Mundial.
———. 2003a. "Global Economic Prospects and the Developing Countries: Investing to Unlock Global Opportunities". Banco Mundial: Washington, D.C.
———.2003b."Turkey-reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency". Banco Mundial, Human Development Sector Unit: Washington, D.C.
Banerjee, Abhijit, Shawn Cole, Esther Duflo y Leigh Linden. 2003. "Improving the Quality of Education in India: Evidence from Three Randomized Experiments". Massachusetts Institute of Technology, Departamento de Economía: Cambridge, Mass. Multicopiado.
Bang, A. T., R. A. Bang, S. B. Baitule, M. H. Reddy y M. D. Deshmukh. 1999. "Effect of Home-Based Neonatal Care and Management Septics on Neonatal Mortality: Field Trial in Rural India". *Lancet* 354(9194):1955–61.
Bardhan, Pranab. 2002. "Decentralization of Governance and Development". *Journal of Economic Perspectives* 16(4):185–205.
Bardhan, Pranab y Dilip Mookherjee. 2002. "Decentralizing Anti-Poverty Program Delivery in Developing Countries". University of California, Berkeley, Instituto de Estudios Internacionales: Berkeley, C.A. Multicopiado.
Baris, E. 2003. "Resource Allocation and Purchasing in East Asia and Pacific Region". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.
Barnighausen, T. y R. Sauerborn. 2002. "One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System: Are there Any Lessons for Middle- and Low-Income Countries?" *Social Science and Medicine* 54(10):1559–87.
Barro,Robert J. 1991."Economic Growth in a Cross-Section of Countries". *Quarterly Journal of Economics* 106(2):407–443.
Batley, Richard. 1999. "The Role of Government in Adjusting Countries: An Overview of Findings". Departamento de Desarrollo Internacional, University of Birmingham. Monografía.
Beatty, Jack. 1992. *The Rascal King: The Life and Times of James Michael Curley, 1874-1958.* Reading, Mass.: Addison-Wesley.
Bebbington, A. 1997."New States, New NGOs? Crises and Transitions among Rural Development NGOs in the Andean Region". *World Development* 25(11):1755–65.
Beck, Thorsten, George Clarke, Alberto Groff, Philip Keefer y Patrick Walsh. 2001. "New Tools in Comparative Political Economy: The Database of Political Institutions". *World Bank Economic Review* 15(1):165–176.
Becker, Gary. 1971. The Economics of Discrimination. Chicago: University of Chicago Press.
Behrman, Jere R. y John Hoddinott. 2001. "An Evaluation of the Impact of Progresa on Preschool Child Height". IFPRI FCND Documento de estudio 104. Washington, D.C. Disponible en la dirección electrónica: www.ifpri.org.
Bell, Clive y Shantayanan Devarajan. 1987. "Intertemporally Consistent Shadow Prices in an Open Economy: Estimates for Cyprus". *Journal of Public Economics* 32(3):263–85.
Bennet, S. y B. Mills A. McPake. 1997. Private Health Providers in Developing Countries. Serving the Public Interest? Londres y Nueva Jersey: Zed Books.
Beschel, Robert P. Jr. y Nick Manning. 2000. "The 'Brain' of Government: Central Mechanisms for Policy Formulation and Coordination". En Salvatore Schiavo-Campo y Pachampet Sundaram, eds., *To Serve and to Preserve: Improving Public Administration in a Competitive World.* Manila: Banco Asiático de Desarrollo.
Besley, Timothy y Robin Burgess. 2002. "The Political Economy of Government Responsiveness: Theory and Evidence from India". *Quarterly Journal of Economics* 117(4):1415–51.
Betancourt, Roger y Suzanne Gleason. 2000. "The Allocation of Publicly-Provided Goods to Rural Households in India: On Some Consequences of Caste, Religion and Democracy". *World Development* 28(12):2169–82.
Bhargava, Alok, Dean T. Jamison, L. J. Lau y Christopher J. Murray. 2001."Modeling the Effects of Health on Economic Growth". *Journal of Health Economics* 20(3):423–440.
Bhat, R. 1996."Regulation of the Private Health Sector in India". *International Journal of Health Planning and Management* 11:253–74.
Bhuiya, A., M. Chowdhury, F. Ahmed y A. Adams. 2001. "Bangladesh: An Intervention Study of Factors Underlying Increasing Equity in Child Survival". En T. Evans, M.Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya y M. Wirth, eds., *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action.* Nueva York: Oxford University Press.
Bhuiya, A., U. Rob y M. R. Quaderi. 1998. "Ensuring Community Participation in MCH-FP Activities in Rural Bangladesh Lessons Learned from a Pilot Project". Centro Internacional de Investigaciones en Enfermedades Diarreicas y Consejo de Población: Dhaka, Bangladesh.
Bhushan, Indu. 2003. "Contracting Health Services in Cambodia". Nota de antecedentes para el IDM 2004.
Bhushan, Indu, Sheryl Keller y Brad Schwartz. 2002."Achieving the Twin Objectives of Efficiency and Equity: Contracting for Health Services in Cambodia". Banco Asiático de Desarrollo, Documentos de Política, serie 6. Manila.
Bidani, Benu y Martin Ravallion. 1997."Decomposing Social Indicators Using Distributional Data". *Journal of Econometrics* 77(1):125–139.
Bierschenk, T., J. P. Olivier de Sardan y J. P. Chauveau. 1997. *Courtiers Locaux en Développement. Les [illegible] Africaines en Quête de Projets.* París: Karthala.
Bils, Mark y Peter J. Klenow. 2000. "Does Schooling Cause Growth?" *American Economic Review* 90(5):1160–1183.
Birdsall, Nancy y François Orivel. 1996. "Demand for Primary Schooling in Rural Mali: Should User Fees Be Increased?" *Education Economics* 4(3):279–96.
Block, Steven A. 2002. "Political Business Cycles, Democratization, and Economic Reform: The Case of Africa". *Journal of Development Economics* 67(1):205–28.
Blokland, M., O. Braadbaart y K. Schwartz, eds. 1999. *Private Business. Public Owners. Government Share Holding in Water Enterprises.* La Haya: Ministerio de Vivienda, Planeación Espacial y Medio Ambiente, Gobierno de los Países Bajos y el Consejo Cooperativo de Abastecimiento de Agua y Saneamiento.
Blomquist,William y Elinor Ostrom. 1958."Institutional Capacity and the Resolutions of a Commons Dilemma". *Policy Studies Review* 5(2):383–93.

Blondel, Jean y Nicholas Manning. 2002. "Do Ministers Do What They Say? Ministerial Unreliability, Collegial and Hierarchical Governments". *Political Studies* 50:455–76.

Bloom, G. y H. Standing. 2001. "Pluralism and Marketization in the Health Sector: Meeting Health Needs in Contexts of Social Change in Low and Middle-Income Countries". University of Sussex, Instituto de Estudios para el Desarrollo, Documento de trabajo 136. Brighton, Reino Unido.

Boix, Carles y Daniel N. Posner. 1998. "Social Capital: Explaining its Origins and Effects on Government Performance". *British Journal of Political Science* 28, 4(octubre):686–693.

Bonilla-Chacin, María E. y Jeffrey Hammer. 2003. "Life and Deaths among the Poorest". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Bonilla-Chacin, María E., Edmundo Murrugarra y Moukim Temourov. 2003."Health Care during Transition and Health Systems Reforms: Evidence from the Poorest CIS Countries". Ponencia presentada ante la Reunión sobre la Iniciativa de los CIS-7. Lucerna. Enero 20.

Boston, Jonathan. 1996."Separation of Policy and Operations in Government: The New Zealand Experience". En International Governance Network, eds., *Policy and Operations*. Ottawa: Centro Canadiense de Gestión del Desarrollo.

Botchway, Karl. 2001. "Paradox of Empowerment: Reflections on a Case Study from Northern Ghana". *World Development* 29(1):135–53.

Bowen, James. 1981. *A History of Western Education. The Modern West: Europe and the New World.* Londres: Methuen.

Boyce, Daniel y Afef Haddad. 2001. "Thematic Review on Project Implementation Units: An Analysis of Ongoing and Completed Projects in Latin America and the Caribbean". Banco Mundial. Estudio realizado en nombre del Equipo de Mejoramiento de la Calidad, Región de América Latina y el Caribe: Washington, D.C.

Bräutigam, Deborah. 2000. "Aid Dependence and Governance". Grupo de Expertos en Estudios sobre Aspectos del Desarrollo (EDGI, por sus iniciales en inglés) 2000:1. Estocolmo, Suecia.

Ministerio de Salud de Brasil. 2001."Evolution of Numbers of Community Health Agents 1994-2001". Ministerio de Salud de Brasil: Brasilia.

Brenzel, Logan y Pierre Claquin. 1994. "Immunization Programs and Their Costs". *Social Science and Medicine* 39(4):527–36.

Brinkerhoff, Derick y Mark McEuen. 1999. "New NGO Partners for Health Sector Reform in Central Asia: Family Group Practice Associations in Kazakhstan and Kyrgyzstan". Informe sobre Iniciativas Especiales 19. Bethesda, Md.

Briscoe, John. 1997. "Lessons for the Water Sector". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Brook, Penélope y Alain Locussol. 2001. "Easing Tariff Increases, Financing the Transition to Cost-Recovering Water Tariffs in Guinea". En Penélope Brook y Suzanne M. Smith, eds., *Contracting for Public Devices: Output-Based Aid and Its Applications*. Washington, D.C.: Banco Mundial.

Brooke, James. 1993. "Brazilian State Leads Way in Saving Children". *The New York Times*, mayo 14, página: A.

Brown, Adrienne. 2000a. "Current Issues in Sector-Wide Approaches for Health Development: Mozambique Case Study". Organización Mundial de la Salud (OMS) WHO/ISS 4. Ginebra.

———. 2000b. "Current Issues in Sect or-Wide Approaches for Health Development: Uganda Study". Organización Mundial de la Salud (OMS) WHO/ISS 3. Ginebra.

Bruns, Bárbara, Alain Mingat y Ramahatra Rakatomalala. 2003. "A Chance for Every Child: Achieving Universal Primary Education by 2015". Banco Mundial: Washington, D.C.

Burguess, Simon, Carol Propper y Deborah Wilson. 2002. "Does Performance Monitoring Work?: A Review of the Evidence from the UK Public Sector, Excluding Health Care". University of Bristol, Departamento de Economía, CMPO Documento de trabajo, Serie 02/49. Bristol, Reino Unido

Burki, Shaid Javed, Guillermo Perry y William Dillinger. 1999. "Beyond the Center: Decentralizing the State". Banco Mundial: Washington, D.C.

Burnside, Craig y David Dollar. 2000a. "Aid, Growth, the Incentive Regime and Poverty Reduction". En Christopher L. Gilbert y David Vines, eds., *The World Bank Structure and Policies*. Cambridge, Reino Unido, Cambridge University Press.

———. 2000b. "Aid, Policies and Growth". *American Economic Review* 90(4):847–868.

Cai,W.W., J. S.Marks, C. H. Chen, Y. X. Zhuang, L. Morris y J. R. Harris. 1998. "Increased Caesarean Sections Rates and Emerging Patterns of Health Insurance in Shanghai, China". *American Journal of Public Health* 88:777–80.

Instituto Nacional de Estadística de Camboya, Ministerio de Salud y ORC Macro. 2001. "Cambodia Demographic and Health Survey 2000". Cambodia National Institute of Statistics, Ministry of Health: Phnom Penh, Cambodia.

Cameron, Lisa. 2001. "The Impact of the Indonesian Financial Crisis on Children, An Analysis Using the 100 Villages Data". *Bulletin of Indonesian Economic Studies* 37(1):7–41.

Campos, J. Edgardo y Sanjay Pradhan. 1997. "Evaluating Public Expenditure Management Systems: An Experimental Methodology with an Application to the Australia and New Zealand Reforms". *Journal of Policy Analysis and Management* 16(3):423–45.

Carnoy, Martin. 1997. "Is Privatization through Education Vouchers Really the Answer? A Comment". *World Bank Research Observer* 12(1):105–16.

Carothers, Thomas. 1999. *Aiding Democracy Abroad. The Learning Curve.* Washington, D.C.: Carnegie Endowment for International Peace.

Carrin, G., A. Ron, Y. Hui,W. Hong, Z. Tuohong, Z. Licheng, Z. Shuo, Y. Yide, Ch. Jiaying, J. Qicheng, Z. Zhaoyang, Y. Jun y L. Xuesheng. 1999. "The Reform of the Rural Cooperative Medical System in the People's Republic of China: Interim Experience in 14 Pilot Counties". *Social Science and Medicine* 48(7):961–72.

Case, A. y A. Deaton. 1999. "School Inputs and Educational Outcomes in South Africa". *Quarterly Journal of Economics* 114(3):1047–84.

Case, Anne. 2001."Does Money Protect Health Status? Evidence from South African Pensions". Oficina Nacional de Investigación Económica. Documento de trabajo 8495. Cambridge, Mass.

Castañeda, Tarsicio. 1999. "The Design, Implementation and Impact of Food Stamp Programs in Developing Countries". Banco Mundial, Red de Desarrollo Humano. Washington, D.C.

Castro-Leal, Florencia, Julie Dayton, Lionel Demery y Kalpana Menhra. 2000. "Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit?" *Bulletin of the World Health Organization* 78(1):66–74.

Cebu Study Team. 1991."Underlying and Proximate Determinants of Child Health: The Cebu Longitudinal Health and Nutrition Study". *American Journal of E[illegible]* 133(2):185–201.

Chabal, Patrick y Jean-Pascal Daloz. 1999. *Africa Works: Disorder as Political Instrument.* Oxford, Reino Unido: James Currey.

Chandran, Ashok. 1999. "Effectiveness of Public Action in Rural Health Service Delivery: A Case Study from Kerala". Tesis de Maestría. Escuela de Economía de Londres, Instituto de Estudios para el Desarrollo.

Chang,Ha-Joon. 2002. *Kicking away the Ladder: Development Strategy in a Historical Perspective.* Londres: Anthem Press.

Chappell, Henry W. y William Keech. 1990. "Citizen Information, Rationality, and the Politics of Macroeconomic Policy". En John Ferejohn y James H. Kuklinsky, eds., *Information and Democratic Processes*. Urbana: University of Illinois Press.

Chase, Robert. 2002. "Supporting Communities in Transition: The Impact of Armenian Social Investment Fund". *World Bank Economic Review* 16(2):219–40.

Chaudhury, Nazmul y Jeffrey Hammer. 2003. "Ghost Doctors: Absenteeism in Bangladeshi Health Facilities". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Chaudhury, Nazmul, Jeffrey S. Hammer, Michael Kremer, Karthik Muralidharan y F. Halsey Rogers. 2003. "Teacher and Health Care Provider Absenteeism: A Multi-Country Study". Banco Mundial: Washington, D.C.

Chawla, Mukesh. 2001."How Well Does the Health Sector in Georgia Serve the Poor: An Examination of Public and Out-of-Pocket Expenditures on Health". Banco Mundial, preparado para el Grupo Temático en Desarrollo de Sistemas de Salud (serie de materiales de capacitación): Washington, D.C.

ChileCompra. 2002. "Chile Public Procurement System: Strategic Plan 2002-2004". Gobierno de Chile, Ministerio de Hacienda: Santiago, Chile.

Chomitz, Kenneth, Gunawan Setiadi, Azrul Azwar y Nusye Ismail Widiyarti. 1998. "What Do Doctors Want?: Developing Incentives for Doctors to Serve in Indonesia's Rural and Remote Areas". Banco Mundial. Documento de trabajo de Investigación en Políticas 1888. Washington, D.C.

Chowdhury, Sadia. 2001. "Educating Mothers for Health: Output- Based Incentives for Teaching Oral Rehydration in Bangladesh". En J. Penélope y Suzanne M. Smith, eds., *Contracting for Public Services: Output Based Aid and Its Applications*. Washington, D.C.: Banco Mundial.

Claeson, M., E. R. Bos, T. Mawji e I. Pathmanathan. 2000."Reducing Child Mortality in India in the New Millenium". *Bulletin of the World Health Organization* 78(10):1192–99.

Claeson, M., C. Griffin, T. Johnston, A. Soucat, A. Wagstaff y A. Yazbec. 2003. "Health, Nutrition, and Population". En Jeni Klugman, ed., *A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies*, Vol. II: *Macreconomics and Sectoral Approaches*. Washington, D.C.: Banco Mundial.

Coady, David. 2003. "Alleviating Structural Poverty in Developing Countries: The Approach of Progresa in Mexico". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Cochi, S. L., C. A. De Quadros, S. Dittman, S. O. Foster, J. Z. Gálvez Tan, F. C. Grant, J. M. Olivé, H. A. Pigman, C. E. Taylor y K. Wang. 1998. "Group Report: What Are the Societal and Political Criteria for Disease Eradication?" En W. R. Dowdle y D. R.Hopkins, eds., *The Eradication of Infectious Diseases*. Berlín: John Wiley & Sons: West Sussex.

Cohen, John M. y John R. Wheeler. 1997. "Building Sustainable Professional Capacity in African Public Sectors: Retention Constraints in Kenya". *Public Administration and Development* 17:307–24.

Cohen,Wilbur J. 1957. *Retirement Policies under Social Security: A Legislative History of Retirement Ages, the Retirement Test, and Disability Benefits*. Berkeley: University of California Press.

Collier, Paul. 1997. "The Failure of Conditionality". En C. Gwin y J. M. Nelson, eds., *Perspectives on Aid and Development*. Washington, D.C.: Consejo para el Desarrollo Internacional.

Collier, Paul y David Dollar. 2002. "Aid Allocation and Poverty Reduction". *European Economic Review* 46(8):1475–1500.

Collier, Paul y Catherine Pattillo. 2000. *Reducing the Risk of Investment in Africa*. Basingstone: Macmillan.

Comisión sobre Macroeconomía y Salud. 2001. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS).

————.2002."Mobilizing Domestic Resources for Health". Organización Mundial de la Salud, informe del grupo de trabajo 3 sobre Macroeconomía y Salud, presidido por Kesi Botchewey y Alan Tait: Ginebra.

Community Driven Development. 2002. "Sourcebook for Community Driven Development in Sub-Saharan Africa". Red de Desarrollo Dirigido a la Comunidad, Medio Ambiente y Desarrollo Socialmente Sostenible: Washington, D.C. Disponible en la dirección electrónica: http://essd.worldbank.org/CDDWk2000.nsf/GWeb/cdd_concepts.

Conning, Jonathan y Michael Kevane. 2002. "Community-Based Targeting Mechanisms for Social Safety Nets: A Critical Review". *World Development* 30(3):375–94.

Conway, Tim. 2000. "Current Issues in Sector-Wide Approaches for Health Development: Cambodia Case Study". Organización Mundial de la Salud (OMS) WHO/GPE/00.2. Ginebra.

Coombe, Carol. 2000. "Managing the Impact of HIV/AIDS on the Education Sector". Centro de Estudios sobre el sida, University of Pretoria: Pretoria, Suráfrica. Multicopiado.

Cornell, Stephen y Joseph Kalt. 1995. "Where Does Economic Development Really Come From? Constitutional Rule among the Contemporary Sioux and Apache". *Economic Inquiry* 33(3):402–426.

————. 1997. "Successful Economic Development and Heterogeneity of Governmental Form on American Indian Reservations". En Merilee S. Grindle, ed., *Getting Good Government: Capacity Building in the Public Sectors of Developing Countries*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

————.2000. "Where's the Glue? Institutional and Cultural Foundations of American Indian Economic Development". *Journal of Socio Economics* 29(5):443–70.

Cotlear, D. 2000. "Peru: Reforming Health Care for the Poor". Banco Mundial, Departamento de Desarrollo Humano (LCSHD), Documento Serie 57. Washington DC.

Cotteril, P. y S. Chakaraborty. 2000. "Lebanon Provider Payment Case Study". Banco Mundial, Red HNP, Documento de antecedentes para el Proyecto de Investigación sobre Asignación de Recursos y Compras: Banco Mundial.

Criel, B. 1998. *District-Based Health Insurance in Sub-Saharan Africa. Part I: From Theory to Practice*. Amberes: ITG Press.

Crocker, Keith y Scott E. Mastens. 2002. "Prospects for Private Water Provision in Developing Countries: Lessons from 19th Century America". En Mary Shirley, ed., *[illegible] for [illegible] The Economics and Politics of Urban Water System Reform*. Amsterdam, Nueva York: Banco Mundial, Pergamon.

Crook, Richard. 2002. "Urban Service Partnerships: 'Street Level Bureaucrats' and Environmental Sanitation in Kumasi and Accra, Ghana: Coping with Organizational Change in the Public Bureaucracy". Ponencia presentada ante la Reunión del Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004, *Hacer que los servicios funcionen para los pobres*. Eynsham Hall, Oxfordshire. Noviembre.

Crouch, Luis y Henry F. Healey. 1997."Education Reform Support. Volume One: Overview and Bibliography". Oficina para el Desarrollo Sostenible, Departamento para África, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (Usaid, por sus iniciales en inglés), Publicación Serie, Documento 47.Washington, D.C.

Cuéllar, Carlos J., William Newbrander y Barbara K. Timmons. 2000. "The Prosalud Model for Expanding Access to Health Services". Banco Mundial, Red HNP: Washington D.C.

Daramola, A. G., Hawa A. Biu, S. Ogoh Alubo, Agi S. P. I. Shebu, Uchenna M. Nzewi y Paul Francis. 1998. *Hard Lessons: Primary Schools, Community, and Social Capital in Nigeria*. Washington, D.C.: Banco Mundial.

Das Gupta, Monica. 1987. "Selective Discrimination against Female Children in Rural Pubjab, India". *Population and Development Review* 13(1):77–100.

Das Gupta,Monica, P. Khaleghian y R. Sarwal. 2003. "Governance of Communicable Disease Control Services: A Case Study and Lessons from India". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Das, Jishnu, Stefan Dercon, Promila Krishnan y James Habyarimana. 2003. "Rules versus Discretion: Public and Private Funding in Zambian Education". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Das, Jishnu y Jeffrey Hammer. 2003. "Money for Nothing: The Dire Straits of Indian Health Care". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Davey, Shelia, ed. 2000. *Health a Key to Prosperity - Success Stories in Developing Countries.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS).

Davies, Betty Ann. 2001."Reforming Birth and the (Re) making Midwifery in North America". En R. Devries, van Teijlingen Benoit C. y S. Wrede, eds., *Birth by Design: Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe.* Londres: Routledge.

Davies, Ian. 2000. "The Debate Over Popular Education in El Salvador". Edgewood College, Madison W.I.: LASA, Miami, Florida, marzo 2000. Disponible en la dirección electrónica: http://forlang.edgewood.edu/ian/Education.htm. Multicopiado.

Davis, Shelton H. y Harry Anthony Patrinos. 2002. "Investing in Latin America's Indigenous Peoples: The Human and Social Capital Dimensions". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

De Soto, Hernando. 2000. *The Mystery of Capital: Why Capitalism Triumphs in the West and Fails Everywhere Else.* Nueva York: Perseus Book Group.

Deaton, Angus. 1997. *The Analysis of Household Surveys: A Microeconometric Approach to Development Policy.* Baltimore y Londres: Johns Hopkins University Press para el Banco Mundial.

Dehn, Jan, Ritva Reinikka y Jakob Svensson. De próxima aparición. "Survey Tools for Assessing Service Delivery". En François Bourguinon y Luiz Pereira da Silva, eds. *Evaluating the Poverty and Distributional Impact of Economic Policies.* Nueva York: Oxford University Press.

Deichmann, Uwe y Somnik V. Lall. 2003. "Are you satisfied? Citizen Feedback and Delivery of Urban Services". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Departamento para el Desarrollo Internacional, Aguas y Salud Ambiental en Londres y Loughborough. 1998. "Guidance Manual on Water Supply and Sanitation Programmes". WEIDC for DIFD: Londres. Disponible en la dirección electrónica: http://www.lboro.ac.uk/well/resources/books-and-manuals/guidance-manual/guidance-manual.htm.

Devarajan, Shantayanan. 2002. "Growth Is Not Enough". Banco Mundial: Washington, D. C. Multicopiado.

Devarajan, Shantayanan, David Dollar y Torgny Holmgren. 2001. *Aid and Reform in Africa Lessons from Ten Case Studies.* Washington, D.C.: Banco Mundial.

Devarajan, Shantayanan, Margaret J. Miller y Eric L. Swanson. 2002. "Goals for Development: History, Prospects, and Costs". Banco Mundial. Documento de trabajo sobre investigación en políticas 2819. Washington, D.C.

Devarajan, Shantayanan, Andrew Sunil Rajkumar y Vinaya Swaroop. 1999. "What Does Aid to Africa Finance?" Banco Mundial. Documento de trabajo sobre Investigación en Políticas 2092. Washington, D.C.

Devarajan, Shantayanan y Vinaya Swaroop. 1998. "The Implications of Foreign Aid Fungibility for Development Assistance". Banco Mundial. Documento de Trabajo sobre Investigación en Políticas, serie 2022. Washington, D.C.

Di Tella, Rafael y William D. Savedoff, eds. 2001a. *Diagnosis Corruption: Fraud in Latin America's Public Hospitals.* Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Di Tella, Raphael y William Savedoff. 2001b. *The Corruption That Compromises Health: Studies of Public Hospitals in Latin America.* Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Di Tella, Raphael y Ernesto Schargrodsky. De próxima aparición. "The Role of Wages and Auditing during a Crackdown on Corruption in the City of Buenos Aires". *Journal of Law and Economics.*

Díaz-Cayeros, Alberto y Beatriz Magaloni. 2002. "Public Services Mediated by the Political Process". Stanford University: Stanford, C.A. Multicopiado.

————.2003. "The Politics of Public Spending: Part I - The Logic of Vote Buying. Part II -Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol) de México". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Diop, F., A. Yazbeck y R. Bitran. 1995. "The Impact of Alternative Cost Recovery Schemes on Access and Equity in Niger". *Health Policy and Planning* 10(3):223–40.

Dixit, Avinash. 2000. "Incentives and Organizations in the Public Sector: An Interpretive Review". *Journal of Human Resources* 37(4):696–772.

Dixon, Geoffrey. 2002. "Thailand's 'Hurdle' Approach to Budget Reform". Banco Mundial. Nota PREM 73. Washington, D.C.

Dollar, David y Jakob Svensson. 2000. "What Explains the Success or Failure of Structural Adjustment Programmes?" *Economic Journal* 110(466):894–917.

Domenighetti, Gianfranco, Pierangelo Luraschi, Antoine Casabianca, Félix Gutzwiller, Alberto Spinelli, Ennio Pedrinis y Francesca Repetto. 1988. "Effect of Information Campaign by the Mass Media on Hysterectomy Rates". *The Lancet* 2:1470–3.

Dreze, Jean y Haris Gazdar. 1996. "Uttar Pradesh: The Burden of Inertia". En Jean Dreze y Amartya Sen, eds., *Indian Development: Selected Regional Perspectives.* Nueva York: Oxford University Press.

Dreze, Jean y Amartya Sen. 2002. *India: Development and Participation.* Oxford: Oxford University Press.

————, eds. 1991. *The Political Economy of Hunger: Famine Prevention.* Oxford: Clarendon Press.

Dreze, Jean y Nicholas Stern. 1987. "The Theory of Cost-Benefit Analysis". En A. J. Auerbach y M. Feldstein, eds., *Handbook in Public Economics,* Vol. 2. Amsterdam, Nueva York: North-Holland.

Dror, D. M. y A. Preker. 2003. Social Re-insurance - A New Approach to Sustain Community Health Financing. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

Duflo, Esther. 2001. "Schooling and Labor Market Consequences of School Construction in Indonesia: Evidence from an Unusual Policy Experiment". *American Economic Review* 91(4):795–813.

Dumol, Mark. 2000. *The Manila Water Concession: A Key Government [illegible]'s Diary of the World's Largest Water Privatization.* Washington, D.C.: Banco Mundial.

Dutta, Antara. 2003. "Public Service Delivery: The Probe and Its Impact". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Easterly, William y Ross Levine. 1997. "Africa's Growth Tragedy: Policies and Ethnic Divisions". *Quarterly Journal of Economics* 112(4):1203–50.

Eichler, Rena, Paul Auxilia y John Pollock. 2001. "Output-Based Health Care: Paying for Performance in Haiti". Banco Mundial , Viewpoint, nota 236. Washington, D.C.

Equipo de Evaluación de El Salvador. 1997. "El Salvador's Educo Program: A First Report on Parents' Participation in School-Based Management". Banco Mundial. Documento de trabajo. Serie sobre Evaluación del Impacto de la Reforma de la Educación 4. Washington, D.C. Disponible en la dirección electrónica: http://www.worldbank.org/research/projects/impact.htm.

Erikson, Dan, Annie Lord y Peter Wolf. 2003. "Cuba's Social Services: A Review of Education, Health, and Sanitation". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Eriksson, Joh, Alcira Kreimer y Margaret Arnold. 2000. "El Salvador: Post-Conflict Reconstruction". Banco Mundial. Departamento de Evaluación de Operaciones, Serie de Estudios de Caso de País: Washington, D.C.

Eskeland, Gunnar S. y Deon Filmer. 2002. "Autonomy, Participation, and Learning in Argentine Schools". Banco Mundial, Documento de Trabajo sobre Investigación de Políticas 2766. Washington, D.C.

Estévez, Federico, Beatriz Magaloni y Alberto Díaz-Cayeros. 2002. "The Erosion of One-party Rule: Clientelism, Portfolio Diversification, and Electoral Strategy". Ponencia presentada ante las Reuniones Anuales de la Asociación Estadounidense de Ciencia Política, año 2000. Boston. Agosto.

Evans, A. 2003. "Decentralization: A Review of Staffing Practices in Eight Countries". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Evans, Peter. 1996. "Government Action, Social Capital and Development: Reviewing the Evidence on Synergy". *World Development* 24(6):1119–32.

Evans, Peter B. y James E. Rauch. 1999. "Bureaucratic Structure and Bureaucratic Performance in Less Developed Countries". *Journal of Public Economics* 75(1):49–71.

Evans, Peter B. y James Rausch. De próxima aparición. "Bureaucracy and Growth: A Cross-National Analysis of the Effects of 'Weberian' State Structures on Economic Growth". *Journal of Public Economics.*

Evers, Pieter. 2003. "Village Governments and Their Communities". Banco Mundial/Estudio Bappenas sobre Instituciones de Nivel Local: Yakarta. Multicopiado.

Faguet, Jean-Paul. 2001. "Does Decentralization Increase Government Responsiveness to Local Needs? Evidence from Bolivia". Banco Mundial. Documento de Trabajo sobre Investigación de Políticas 2516. Washington, D.C.

Ferejohn, John. 1974. *Pork Barrel Politics: Rivers and Harbors Legislation, 1947-1968.* Standford C.A.: Stanford University Press.

Ferejohn, John y James H. Kuklinsky, eds. 1990. Information and Democratic Processes. Urbana: University of Illinois Press.

Ferrinho, P. y W. Van Lerberghe. 2003. "Managing Health Professionals in the Context of Limited Resources: a Fine Line Between Corruption and the Need for Moonlighting". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Ferriol, Ángela, Victoria Pérez, Didio Quintana y Aída Atienza. 2003. "Servicios de educación, salud, agua y saneamiento en Cuba". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Feyziogly, Tarhan,Vinaya Swaroop y Min Zhu. 1998."A Panel Data Analysis of the Fungibility of Foreign Aid". *World Bank Economic Review* 12(1):29–58.

Filmer, Deon. 2000."The Structure of Social Disparities in Education: Gender and Wealth". Banco Mundial. Documento de Trabajo sobre Investigación de Políticas 2268.Washington, D.C.

———. 2002. "Teacher Pay in Indonesia". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

———. 2003a. "Determinants of Health and Education Outcomes". Nota de antecedentes para el IDM 2004.

———. 2003b. "The Incidence of Public Expenditures on Health and Education". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Filmer, Deon, Jeffrey S. Hammer y Lant H. Pritchett. 2000. "Weak Links in the Chain: A Diagnosis of Health Policy in Poor Countries". *World Bank Research Observer* 15(2):199–224.

———. 2002. "Weak Links in the Chain II: A Prescription for Health Policy in Poor Countries". *World Bank Research Observer* 17(1):47–66.

Filmer, Deon, Samuel Lieberman y David Ariasingam. 2002. "Indonesia and Education for All". Banco Mundial, Grupo de Investigaciones sobre el Desarrollo y Unidad de Desarrollo Humano, de la Región de Asia Oriental: Washington, D.C. Multicopiado.

Filmer, Deon y Lant Pritchett. 1999a. "The Effect of Household Wealth on Educational Attainment: Evidence from 35 Countries". *Population and Development Review* 25(1):85–120.

Filmer, Deon y Lant H. Pritchett. 1999b. "The Impact of Public Spending on Health: Does Money Matter?" *Social Science and Medicine* 49(10):1309–23.

———. 2001. "Estimating Wealth Effects without Expenditure Data –or Tears: An Application to Educational Enrollments in States of India". *Demography* 38(1):115–132.

Fiorina, Morris P. 1990. "Information and Rationality in Elections". En John Ferejohn y James H. Kuklinsky, eds., *Information and Democratic Processes.* Urbana: University of Illinois Press.

Fiorina, Morris P. y Kenneth Shepsle. 1990. "A Positive Theory of Negative Voting". En John Ferejohn y James H. Kuklinsky, eds., *Information and Democratic Processes.* Urbana: University of Illinois Press.

Fitz-Gibbon, Carol Taylor. 1996. *Monitoring Education: Indicators, Quality and E* ... Londres: Cassell.

FMI. 2002. "Actions to Strengthen the Tracking of Poverty-Reducing Public Spending in Heavily Indebted Poor Countries". Fondo Monetario Internacional: Washington, D.C.

FMI e IDA. 2002."Review of the Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP) Approach: Early Experience with Interim PRSPs and Full PRSPs". Fondo Monetario Internacional: Washington, D.C.

Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial. 2003. "Progress Report and Critical Steps in Scaling Up: Education for All, Health, HIV/AIDS, Water and Sanitation". Comité de Desarrollo (Comité Ministerial Conjunto de las Juntas de Directores del Banco y del Fondo sobre Transferencias de Recursos Reales a Países en Desarrollo): Washington, D.C.

Foster, Mick. 2000. "New Approaches to Development Cooperation: What Can We Learn from Experience with Implementing Sector-Wide Approaches?" Documento de trabajo del Instituto para el Desarrollo Internacional 140. Londres. Disponible en la dirección electrónica http://www.odi.org.uk/pppg/publications/working_papers/140.html.

Foster, Mick, Adrienne Brown y Tim Conway. 2000."Sector Health Approaches for Health Development: A Review of Experience". Organización Mundial de la Salud (OMS) WHO/GPE/00.1. Ginebra.

Foster, S. D. 1990. "Improving the Supply and Use of Essential Drugs in Sub-Saharan Africa". Banco Mundial. Documento de trabajo en Investigación de Políticas 456. Washington, D.C.

Foster, Vivien. 2002. "Ten Years of Water Service Reform in Latin America: Towards an Anglo-French Model". En Paul Seidenstat, David Haarmeyer y Simon Hakim, eds., *Reinventing Water and Wastewater Systems: Global Lessons for Improving Management.* Nueva York: John Wiley and Sons, Inc.

Fozzard, Adrian y Mick Foster. 2001. "Changing Approaches to Public Expenditure Management in Low-Income Aid Dependent Countries". Universidad de las Naciones Unidas, Instituto Internacional de Investigación Económica para el Desarrollo, Documento de Discusión 107. Helsinki.

Frank, Jonás, Federico Starnfeld y Janos Zimmerman. De próxima aparición. "Linea de referencia: el proceso de descentralización en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela". Quito: GTZ/Conam.

Freedom House. 1999. "Democracy's Century: A Survey of Global Political Change in the 20th Century". Freedom House: Nueva York.

————.2002."Freedom in the World 2002". Freedom House: Nueva York.

Frey, Bruno S. 1997. "The Cost of Price Incentives: An Empirical Analysis of Motivation Crowding-Out". *American Economic Review* 87(4):746–55.

Fuentes, Patricio y Reiko Niimi. 2002. "Motivating Municipal Action for Children: The Municipal Seal of Approval in Ceará, Brazil". *Environment and Urbanisation* 14(2):123–133.

Gachuhi, D. 1999. "The Impact of HIV/AIDS on Education Systems in the Eastern and Southern Africa Region and the Response of Education Systems to HIV/AIDS: Life Skills Programs". Ponencia presentada ante la Reunión del África Subsahariana sobre EFA 2000. Johannesburgo, Suráfrica. Diciembre 21.

Galabawa, J. C. J., F. E. M. K. Senkoro y A. F. Lwaitama. 2000. The Quality of Education in Tanzania. Dar-es-Salaam: Instituto de Investigación de Kiswahili.

Galiani, Sebastián, Paul Gertler y Ernesto Schargrodsky. 2002. "Water for Life: The Impact of the Privatization of Water Services on Child Mortality". Stanford University, Centro de Investigación en Desarrollo Económico y Reforma de Políticas, Documento de trabajo 154. Stanford.

Galiani, Sebastián y Ernesto Schargrodsky. 2002. "School Decentralization and Education Quality: The Role of Fiscal Deficits". Universidad de San Andrés: Buenos Aires, Argentina. Multicopiado.

Gauri, Varun. 2003. "A Rights-Based Approach to Health Care and Education". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Gauri,Varun y Ayesha Vawda. 2003."Vouchers for Basic Education in Developing Countries: A Principal-Agent Perspective". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Gazdar, Haris. 2000. "State, Community, and Public Schooling –A Political Economy of Universal Education in Pakistan". Escuela de Economía de Londres: Londres, Reino Unido. Multicopiado.

Gertler, Paul. 2000. "Final Report: The Impact of Progresa on Health". Instituto Internacional de Investigación en Política Alimenticia: Washington, D.C. Disponible en la dirección electrónica: http://www.ifpri.org/

Gertler, Paul y Simone Boyce. 2001. "An Experiment in Incentive Based Welfare: The Impact of Mexico's Progresa on Health". University of California at Berkeley: Berkeley, C.A. Disponible en la dirección electrónica: http://faculty.haas.berkeley.edu/gertler/. Multicopiado.

Gertler, Paul y Jeffrey S. Hammer. 1997a. "Financing and Allocating Public Expenditures in the Health Sector". En G. Scheiber y D. Chollet, eds., *Health Reform in Developing Countries*. Washington, D.C.: Banco Mundial.

————. 1997b. "Strategies for Pricing Publicly Provided Health Services". En George J. Schieber, eds., *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference*. Washington, D.C.: Banco Mundial.

Gertler, Paul y John Molyneaux. 1995. "Experimental Evidence on the Effect of Raising User Fees for Publicly Delivered Health Care Services: Utilization, Health Outcomes and Private Provider Response". RAND: Santa Monica, CA. Multicopiado.

GfK Praha –Instituto de Investigaciones de Mercado. 2001. "Corruption Climate –Central and Eastern Europe: Results of and International Research Project on Corruption in 11 Central and Eastern European Countries". GfK Praha: Praga.

Gibson, John. 2000."Who's Not in School? Economic Barriers to Universal Primary Education in Papua New Guinea". *Pacific Economic Bulletin* 15(2):46–58.

Gilson, L. 1997."The Lessons of User Fee Experience in Africa". *Health Policy and Planning* 12(4):273–85.

Gilson, L., D. Kalyalya, F. Kuchler, S. Lake, H. Oranga y M. Ouendo. 2000. "The Equity Impacts of Community Financing Activities in Three African Countries". *International Journal of Health Planning and Management* 15(4):291–317.

————. 2001. "Strategies for Promoting Equity: Experience with Community Financing in Three African Countries". *Health Policy* 58(1):37–67.

Girishankar, Navin. 2002. "Institutional Underpinnings of Public Expenditure Management in Malawi: Current Practice, Change Prospects, and Critical Pathways". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Glaeser, Edward L. y Andrei Shleifer. 2002. "The Curley Effect". Oficina Nacional de Investigación Económica. Documento de trabajo 8942. Cambridge, Mass.

Glewwe, Paul. 1999. "Why Does Mother's Schooling Raise Child Health in Developing Countries? Evidence from Morocco". *Journal of Human Resources* 34(1):124–59.

Glewwe, Paul, Nauman Ilias y Michael Kremer. 2000. "Teacher Incentives". University of Minesota, Competitions Economics Inc. y Harvard University: Minesota, W.I. y Cambridge, Mass. Multicopiado.

Glewwe, Paul, M. Kremer y Sylvie Moulin. 1997. "Textbooks and Test Scores: Evidence from a Prospective Evaluation in Kenya". Harvard University: Cambridge, Mass. Multicopiado.

Glinskaya, Elena y Jyotsna Jalan. 2003."Improving Primary School Education in India: An Impact Assessment of DPEP-Phase I". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Goetz, Anne-Marie y John Gaventa. 2001. "Bringing Citizen Voice and Client Focus into Service Delivery". Instituto de Estudios para el Desarrollo, Documento de trabajo 138. Brighton, Reino Unido

Goetz, Anne-Marie y Rob Jenkins. 2002. "Voice, Accountability and Human Development: The Emergence of a New Agenda". Documento de antecedentes para el IDM 2002, Documento Ocasional 2002/4. Nueva York.

Gómez-Lobos, Andrés y Dante Contreras. 2000. "Subsidy Policies for the Utility Industries: A Comparison of the Chilean and Colombian Water Subsidy Schemes". Universidad de Chile, Departamento de Economía: Santiago de Chile. Multicopiado.

Good, Harry G. y James D. Teller. 1969. A History of Western Education. Londres: Macmillan.

Gorter, A., P. Sandiford, Z. Segura y C. Villabela. 1999. "Improved Health Care for Sex Workers: A Voucher Program for Female Sex Workers in Nicaragua". *Research for Sex Work 2.*

Govindaraj, Ramesh, Christopher J. L. Murray y Chellaraj Gnanaraj. 1995. "Health Expenditures in Latin America and the Caribbean". Banco Mundial, Documento técnico 274. Washington, D.C.

Gradstein, Mark y Moshe Justman. 2002."Education, Social Cohesion, and Economic Growth". *American Economic Review* 92(4):1192–1204.

Greaney,Vincent, Shahidur R. Khandker y Mahmudul Alam. 1999. *Bangladesh: Assessing Basic Learning Skills.* Dhaka, Bangladesh: University Press.

Green,Andy. 1990. *Education and State Formation: The Rise of Education Systems in England. France, and the USA*. Nueva York: St. Martin's Press.

Grindle, Merilee S. De próxima aparición. *Despite the Odds: Contentious Politics and Education.* Princeton N.J.: Princeton University Press.

Grossman, Gene y Elhanan Helpman. 1999. "Competing for Endorsements". *American Economic Review* 89(3):501–24.

Guasch, J. Luis. 2003. "Concessions of Infrastructure Services: Incidence and Determinants of Renegotiation –An Empirical Evaluation and Guidelines for Optimal Concession Design". Banco Mundial y University of California, San Diego: Washington, D.C. y San Diego, C.A. Multicopiado.

Gundlach, Erich y Ludger Wößman. 2001. "The Fading Productivity of Schooling in East Asia". *Journal of Asian Economies* 12(3):401–17.

Gundlach, Erich, Ludger Wößman y Jens Gmelin. 2001. "The Decline of Schooling Productivity in OECD Countries". *Economic Journal* 111(471):C135–C147.

Gunning, Jan Willem. 2001. "Rethinking Aid". En Boris Pleskovic y Nicholas Stern, eds., *Annual World Bank Conference on Development Economics*. Washington, D.C.: Banco Mundial.

Gupta, Sanjeev, Hamid R. Davoodi y Erwin R. Tiongson. 2002. "Corruption and the Provision of Health Care and Education Services". En George T. Abed y Sanjeev Gupta, eds., *Governance, Corruption and Economic Performance*. Washington, D.C.: Fondo Monetario Internacional.

Gupta, Sanjeev, Marijn Verhoeven y Erwin R. Tiongson. De próxima aparición. "Public Spending on Health Care and the Poor". *Health Economics*.

———. 2002. "The Effectiveness of Government Spending on Education and Health Care in Developing and Transition Economics". *European Journal of Political Economy* 18(4):717–737.

Gwatkin, D. y M. Guillot. 2000."The Burden of Disease among the Global Poor: The Current Situation, Future Trends, and Implications for Strategy". Banco Mundial: Washington DC.

Gwatkin, D., S. Rutstein, K. Johnson, R. Pande y A.Wagstaff. 2000. "Socioeconomic Differences in Health, Nutrition and Population". Banco Mundial, Documento de discusión sobre Salud, Nutrición y Población. Washington D.C.

Gwatkin, Davidson y otros. 2000. "Theme Section: Poverty and Health". *Bulletin of the World Health Organization* 78(1):2–96.

Habyarimana, James, Jishnu Das, Stefan Dercon y Pramila Krishnan. 2003."Sense and Absence: Absenteeism and Learning in Zambian Schools". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Haddad, L. y S. Gillespie. 2001. "Attacking the Double Burden of Malnutrition in Asia and the Pacific". Banco Asiático de Desarrollo e Instituto Internacional de Investigaciones sobre Política Alimenticia: Manila y Washington, D.C.

Haddad, Salim y Pierre Fournier. 1995. "Quality, Cost and Utilization of Health Services in Developing Countries. A Longitudinal Study in Zaire". *Social Science and Medicine* 40(6):743–53.

Hadi, A. 2001. "Promoting Health Knowledge through Micro-Credit Programmes: Experience of BRAC in Bangladesh". *Health Promotion International* 16(3):219–28.

Halonen, Maija. 2003. "Coordination Failure in Foreign Aid". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Hammer, Jeffrey S. y William G. Jack. 2001. "The Design of Incentives for Health Care Providers in Developing Countries: Contracts, Competition and Cost Control". Banco Mundial, Documento de trabajo sobre Investigaciones de Políticas 2547. Washington, D.C.

Hammer, Jeffrey S., Ijaz Nabi y James Cercone. 1995. "The Distributional Impact of Social Sector Expenditures in Malaysia". En D. van de Walle y K. Nead, eds., *Public [illegible] and the Poor: Theory and Evidence*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Hanson, K., J. Kamwanga, B. McPake y F. Ssengooba. 2002. "Towards Improving Hospital Performance in Uganda and Zambia: Reflections and Opportunities for Autonomy". *Health Policy* 61(1):73–94.

Hanson, Kara. 2000. "Implementing Health Sector Reforms in Africa: A Review of Eight Country Experiences". Unicef, División de Evaluación, Políticas y Planeación: París.

Hanushek, Eric A. 2002. "Evidence, Politics, and the Class Size Debate". En Mishel Lawrence y Richard Rothstein, eds., *The Class Size Debate*. Washington, D.C.: Instituto de Política Económica.

Harrold, Peter and Associates. 1995. "The Broad Sector Approach to Investment Lending: Sector Investment Programs". Banco Mundial, Documento de discusión 302. Washington, D.C.

Hart, Julián. 1971. "The Inverse Care Law". *The Lancet* 360(9328): 405–12.

Hays, Samuel P. 1959. *Conservation and the Gospel of [illegible] The Progressive Conservation Movement 1890-1920*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Hino, T. 1993. "Community Participation in 'Programme de Restructuration de L'Hydraulique Villageoise' in Côte d'Ivoire". Africa Country Department 11. Banco Mundial: Washington, D.C.

Hirschman, Albert O. 1970. *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Declines in Firms, Organizations, and States*. Cambridge. Mass.: Harvard University Press.

Holmes, Malcolm. 2002. "MTEF Synthesis Summary". Instituto de Desarrollo Internacional: Londres, Reino Unido. Multicopiado.

Holmstrom, Bengt y Paul Milgrom.1991."Multitask Principal-Agent Analysis: Incentive Contracts, Asset Ownership and Job Design". *Journal of Law, Economics and Organization* 7 (Edición especial):24–52.

Hossain, Naomi y Mick Moore. 2002. "Arguing for the Poor: Elites and Poverty in Developing Countries". Instituto de Estudios para el Desarrollo, Documento de trabajo 148. Brighton, Reino Unido.

Hoxby, C. M. 2000."The Effects of Class size on Student Achievement: New Evidence from Population Variation". *Quarterly Journal of Economics* 115(4):1239–85.

Hoy, Michael y Emmanuel Jiménez. 2003. "The Impact on the Urban Environment of Incomplete Property Rights". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Hsieh, Chang y Miguel Urquiola. 2003. "When Schools Compete, How Do They Compete? An Assessment of Chile's Nationwide School Voucher Program". Princeton University y Banco Mundial: Princeton, N.J. y Washington, D.C. Multicopiado.

Hughes, D. 1993. "General Practitioners and the New Contract: Promoting Better Health Through Financial Incentives". *Health Policy* 25:39–50.

Hunt, Paul. 2002. "The International Human Rights Treaty Obligations of States Parties in the Context of Service Provision". Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño: Ginebra.

Hutchinson, Paul. 2001. "Combating Illness". En Ritva Reinikka y Paul Collier, eds., *Uganda's Recovery: The Role of Farms, Firms, and Government*. Washington, D.C.: Banco Mundial.

ICM. 2003. "Draft Statement on the Philosophy and Model of Midwifery Care". ICM: La Haya, Países Bajos. Multicopiado.

Indonesia: Ministerio de Educación Nacional. 2002. "Indonesia Education at a Glance". Yakarta, Indonesia: Ministerio de Educación Nacional. Disponible en la dirección electrónica: http://www.depdiknas.go.id/statistik.htm.

Indonesia: Ministerio de Asuntos Religiosos. 2002. "Project Lensa". Yakarta, Indonesia: Ministerio de Asuntos Religiosos. Disponible en la dirección electrónica: www.depag.net.

Instituto de Ciencias de la Salud, Instituto Técnico de Medicina Kunming y Banco Mundial. 2001. "Report on Maternal and Child Health Poverty Alleviation Fund Study in China". Institute for Health Sciences, Kunming Medical College (HIS, KMC) y Banco Mundial. Multicopiado.

Irwin, Timothy. 2003. "Free-Entry Competition in Infrastructure as a Response to Poor Governance". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Iyer, Parameswaran. 2002. "Willingness to Charge and Willingness to Pay: The World Bank-assisted China rural Water Supply and Sanitation Program". *Water and Sanitation Program, Field Note*.

Jacobson, Charles D. y Joel A. Tarr. 1996."No Single Path: Ownership and Financing of Infrastructure in the 19th and 20th Centuries". En Ashoka Mody, eds., *Infrastructure Delivery: Private Initiative and the Public Good*. Washington, D.C.: Banco Mundial.

Jaffré, Y., J.-P. Olivier y Olivier de Sardan. eds. 2002. Les Dysfonctionnements des Systèmes de Soins. Rapport du Volet Socio-

anthropologique. Enquêtes sur l'Accès aux Soins dans 5 Capitales d'Afrique de l'Ouest. Marseille: Unicef-Cooperación Francesa.

Jaffré,Y. y A. Prual. 1993."Le Corps des Sages Femmes, Entre Identités Sociales et Professionnelles". *Sciences Sociales et Sante* XI(2):63–80.

Jaffré, Yannick y Alain Prual. 1994. "Midwives in Niger: An Uncomfortable Position between Social Behaviors and Health Care Constraints". *Social Science and Medicine* 38(8):1069–1073.

Janovsky, K. 2002. "Review of Experiences in Health Services Decentralization". Organización Mundial de la Salud (OMS): Ginebra.

Jayasuriya, Ruwan y Quentin Wodon. 2002. "Explaining Country Efficiency in Improving Health and Education Indicators: The Role of Urbanization". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Jenkins, Rob y Anne-Marie Goetz. 1999. "Accounts and Accountability: Theoretical Implications of the Right-to-Information Movement in India". *Third World Quarterly* 20(3):603–22.

————. 2002. "Civil Society Engagement and India's Public Distribution System: Lessons from the Rationing Kruti Samiti in Mumbai". Ponencia presentada ante la Reunión preparatoria del IDM *Hacer que los servicios funcionen para los pobres.* Eynsham Hall, Oxfordshire. Noviembre.

Jiménez, Emmanuel y Yasuyuki Sawada. 1999. "Do Community-Managed Schools Work? An Evaluation of El Salvador's Educo Program". *World Bank Economic Review* 13(3):415–441.

————.2002. "Does Community Management Help Keep Kids in Schools? Evidence using Panel Data from El Salvador's Educo Program". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Jones, Stephen. 1997."Sector Investment Programs in Africa: Issues and Experience". Banco Mundial, Documento Técnico 374. Washington, D.C.

Jones, Stephen y Andrew Lawson. 2001."Moving from Projects to Programmatic Aid". Banco Mundial. Departamento de Evaluación de Operaciones, OED, Documento de trabajo. Serie 5. Washington, D.C.

Jongudomsuk, Pongpisut, Jadej Thammatuch-aree y Prae Chittinanda. 2002. "Pro-Poor Health Financing Schemes in Thailand: A Review of Country Experience and Lessons Learned". Oficina de Salud y Planeación, MOPH, Tailandia: Bangkok. Multicopiado.

Jonsson, Bengt y Phillip Musgrove. 1997. "Government Financing of Health Care". En G. Schieber, ed., *Innovations in Health Care.* Washington, D.C.: Banco Mundial Documento de Discusión 365.

Joshi, Anuradha y Mick Moore. 2000. "The Mobilization Potential of Anti-Poverty Programmes". Instituto de Estudios para el Desarrollo, Documento de Discusión 374. Brighton, Reino Unido.

Kalter,Henry. 2003."Global Health Funds".Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Kanbur, Ravi y Todd Sandler. 1999. "The Future of Development Assistance: Common Pools and International Public Goods". Overseas Development Council, Ensayo sobre Políticas 25. Baltimore.

Kapur, Devesh y Richard Webb. 2000. "Governance-Related Conditionalities of the International Financial Institutions". Naciones Unidas y Centro para el Desarrollo Internacional, Harvard University; G-24, Documento de Discusión 6. Nueva York y Boston.

Kaufmann, Daniel, Sanjay Pradhan y Randy S. Ryterman. 1998. "New Frontiers in Diagnosing and Combating Corruption". Banco Mundial. Nota PREM 7.Washington, D.C.

Keefer, Philip. 2002. "Clientelism, Credibility, and Democracy". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

————. 2003. "Communicación personal". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Keefer, Philip y Stuti Khemani. 2003. "The Political Economy of Social Service Provision". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Kelly, Michael J. 1999. "The Impact of HIV/AIDS on Schooling in Zambia". Ponencia presentada ante la XI Reunión Internacional sobre el Sida y STD en África.

————. 2000. "Planning for Education in the Context of HIV/AIDS". Unesco, Instituto Internacional de Planeación Educativa: París.

Khemani, Stuti. De próxima aparición. "Political Cycles in a Developing Economy: Effect of Elections in the Indian States". *Journal of Development Economics.*

————. 2003. "Partisan politics and Intergovernmental Transfers in India". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

King, Elizabeth, Estelle James y A. Suriyadi. 1996. "Finance, Management and Costs of Public and Private Schools in Indonesia". *Economics of Education Review* 15(4):387–98.

King, Elizabeth y Berk Ozler. 2002. "What's Decentralization Got To Do with Learning? Endogenous School Quality and Student Performance in Nicaragua". Banco Mundial, Grupo de Investigaciones para el Desarrollo: Washington, D.C. Disponible en la dirección electrónica: http://www.worldbank.org/research/projects/impact.htm Multicopiado.

Kizilbash, Hamid H. 1998. "Teaching Teachers to Teach". En Pervez Hoodbhoy, ed., *Education and the State: Fifty Years of Pakistan.* Karachi: Oxford University Press.

Kleemeier, Elizabeth. 2000. "The Impact of Participation on Sustainability: An Analysis of the Malawi Rural Piped Scheme Program". *World Development* 28(5):929–44.

Klein, Michael y Neil Roger. 1994. "Back to the Future: The Potential in Infrastructure Privatisation". En Richard O'Brien, ed., *Finance and the International Economy.* Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.

Knack, Stephen. 2001. "Does Foreign Aid Promote Democracy?" University of Maryland, Centro IRIS. Documento de trabajo 238. College Park, Md.

Knack, Stephen y Aminur Rahman. 2003. "Aid Intensity, Donor Fragmentation and the Quality of Governance". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Knippenberg, Rudolf, Eusebe Alihonou, Agnes Soucat, Kayode Oyegbite, María Calivis, Ian Hopwood, Reiko Niimi, Mamadou Pathe Diallo, Mamadou Conde y Samuel Ofosu-Amaah. 1997. "Implementation of the Bamako Initiative: strategies in Benin and Guinea". *International Journal of Health Planning and Management* 12 Suppl 1:S29–S47.

Koenen-Grant, Julie y Harry Garnett. 1996. "Improving Policy Formulation in Zambia". Estudio de Caso 2. Ejecución del Proyecto sobre Cambio de Políticas. Washington, D.C.

Koenig, Michael A., Gillian H. C. Foo y Ketan Joshi. 2000. "Quality of Care within the Indian Family Welfare Programme: A Review of Recent Evidence". *Studies in Family Planning* 31(1):1–18.

Kremer, Michael. 2002. "Innovations and Donor Assistance". University of Maryland, IRIS: College Park, Md. Multicopiado.

Kremer, Michael y Andrei Sarychev. 2000. "Why Do Governments Operate Schools?" Harvard University: Cambridge, Mass. Disponible en: http://post.economics.harvard.edu/faculty/kremer/papers.html Multicopiado.

Kunfaa, Ernest Y. y Tony Dogbe. 2002. "Empty Pockets". En Deepa Narayan y Patti Petesch, eds., *Voices of the Poor: From Many Lands.* Nueva York: Banco Mundial y Oxford University Press.

Kusek, Jody, Ray Rist y Elyzabeth White. 2003. "How Will We Know the Millennium Development Goal Results When We See Them?" Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Kutzin, Joseph. 2003. "Health Expenditures, Reforms and Policy Priorities for the Kyrgyz Republic". Política de Salud Manas, Documento de Investigación de Políticas 24. Bishkek,Kyrgyztan.

Ladd, Helen F. 2002. "School Vouchers: A Critical View". *Journal of Economic Perspectives* 16(4):3–24.

Lakshman, M. y Mark Nichter. 2001. "Contamination of Medicine Injection Paraphernalia Used by Registered Medical Practitioners in South India: An Ethnographic Study". *Social Science and Medicine* 51:11–28.

Lamboray, Jean Louis. 2000. "HIV and Health Reform in Phayao: From Crisis to Opportunity". Unaids: Ginebra. Disponible en la dirección electrónica:http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/una0004e.pdf.

Langsten, Ray y Kenneth Hill. 1995. "Treatment of Childhood Diarrhea in Rural Egypt". *Social Science and Medicine* 40(7): 989–1001.

Lanjouw, Peter y Martín Ravallion. 1999. "Benefit Incidence, Public Spending Reforms and the Timing of Program Capture". *The World Bank Economic Review* 13(2):257–73.

Lazear, Edward P. 2000. "The Future of Personnel Economics". *Economic Journal* 110(467):F611–39.

Le Houerou, Philippe y Robert Taliercio. 2002. "Medium Term Expenditure Frameworks: From Concept to Practice. Preliminary Lessons from Africa". Banco Mundial, Región de África, Documento de trabajo 28. Washington, D.C.

Leonard, Kenneth L. 2002. "When Both States and Markets Fail: Asymmetric Information and the Role of NGOs in African Health Care". *International Review of Law and Economics* 22(1):61–80.

Leonard, Kenneth L., Gilbert R. Mliga y Damen Haile Mariam. 2002."Bypassing Health Centers in Tanzania: Revealed Preferences for Observable and Unobservable Quality". *Journal of African Economies* 11(4):441–71.

Levy, Santiago y Evelyne Rodríguez. 2002. "El Programa de Educación, Salud y Alimentación de México, Progresa". Instituto Mexicano del Seguro Social y Secretaría de Hacienda y Crédito Público: Ciudad de México, México. Multicopiado.

Levy-Bruhl, Daniel, Agnes Soucat, Raimi Osseni, Jean-Michel Ndiaye, Boubacar Dieng, Bethune Xavier De, Alpha Telli Diallo,Mamadou Conde, Mohamed Cisse, Yarou Moussa, Kandjoura Drame Rudolf Knippenberg. 1997. "The Bamako Initiative in Benin and Guinea: Improving the Effectiveness of Primary Health Care". *International Journal of Health Planning and Management* 12 Suppl 1:S49–S79.

Lewis, Bernard. 1961. *The Emergence of Modern Turkey.* Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.

Lewis, Maureen. 2000. *Who is Paying for Health Care in Eastern Europe and Central Asia?* Washington, D.C.: Banco Mundial, Región de Europa y Asia Central, Unidad de Desarrollo Humano.

Lewis, Maureen, Gunnar S. Eskeland y Ximena Traa-Valerezo. 1999. "Challenging El Salvador's Rural Health Care Strategy". Banco Mundial. Documento de Trabajo sobre Investigación de Políticas 2164. Washington D.C.

Lewis, Maureen A., Gerald M. La Forgia y Margaret B. Sulvetta. 1996."Measuring Public Hospital Costs: Empirical Evidence from the Dominican Republic". *Social Science and Medicine* 43(2):221–34.

Liang, Xiaoyan. 1999. "Teacher Pay in 12 Latin American Countries: How Does Teacher Pay Compare to other Professions, What Determines Teacher Pay, and Who are the Teachers?" Banco Mundial, Departamento de Desarrollo Humano, Documento LCSHD Serie 49. Washington, D.C.

Lieberman, Samuel. 2003. "The Role of Government in Influencing Child Health, Saving Lives". Documento de antecedentes para "Working Together to Accelerate Progress Towards the Health and Nutrition Millennium Development Goals". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Liese, B. y otros. 2003. "Human Resources Crisis in Health Services in África Subsahariana". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Lindelow, M., P. Ward y N. Zorzi. 2003."Expenditure Tracking and Service Delivery Survey: The Health Sector in Mozambique. Report on Preliminary Findings". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Lisulo, Ángela. 2003. "Costa Rica: Health Policies". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Litvack, J. I. y C. Bodart. 1993. "User Fees Plus Quality Equals Improved Access to Health Care: Results of a Field Experiment in Cameroon". *Social Science and Medicine* 37(3):369–83.

Litvack, Jennie, Junaid Ahmad y Richard Bird. 1998. "Rethinking Decentralization in Developing Countries". Banco Mundial. Estudios Sectoriales. Septiembre 1998. Washington, D.C.

Lloyd, Cynthia B., Sahar El Tawila, Wesley H. Clark y Barbara S. Mensch. 2001. "Determinants of Educational Attainment among Adolescents in Egypt: Does School Quality Make a Difference?" Consejo de Población, División de Investigación de Políticas. Documento de trabajo 150. Nueva York.

Lobo, Albert y Suresh Balakrishnan. 2002. "Report Card on Service of Bhoomi Kiosks". Centro de Asuntos Públicos: Bangalore, India. Multicopiado.

Lorrain, Dominique. 1992. "The French Model of Urban Services". *West European Politics* 15(2):77–92.

Lott, John R. Jr. 1999. "Public Schooling, Indoctrination, and Totalitarianism". *Journal of Political Economy* 107(6):S127–S157.

Lundberg, Paul. 2002. "A Comparison of Decentralization in Pakistan and Nepal". Ponencia presentada ante la Segunda Reunión Internacional sobre Descentralización. Manila. Junio 25.

Mackey, Jo Ann. 2002."Using a Health Belief Model in Teaching Preventive Health Care Principles to Israeli RN's". Ponencia presentada ante la Conferencia de CITA. University of Massachusetts. Noviembre.

Mackinnon, John. 2003. "How Does Aid Affect the Quality of Public Expenditure? What We Know and What We Do not Know". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Macy, J., y R. Quick. 2002. "The Safe Water System - A Household-Based Water Quality Intervention Program for the Developing World". *Water Conditioning and Purification Magazine* 44(4):---.

Madaus, G. F. y V. Greaney. 1985."The Irish Experience in Competency Testing: Implications for American Education". *American Journal of Education* 93(2):268–94.

Maiga, Z., Traore Nafo F. y A. El Abassi. 1999. "La Reforme du Secteur Sante au Mali". *Studies in Health Services Organisation & Policy* 12:132–132.

Makinen, M., H.Waters, M. Rauch, N. Almagambetova, R. Bitran, L. Gilson, D. McIntyre, S. Pannarunothai, A. L. Prieto, G. Ubilla y S. Ram. 2000. "Inequalities in Health Care Use and Expenditures: Empirical Data from Eight Developing Countries and Countries in Transition". *Bulletin of the World Health Organization* 78(1):55–65.

Mamdani, Mahmood. 1996. *Citizen and Subject: Contemporary Africa and the Legacy of Late Colonialism.* Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Manning, N. 1998."Unbundling the State Autonomous agencies and Service Delivery". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Manning, Nick. 2001. "The legacy of the New Public Management in Developing Countries". *International Review of Administrative Sciences* 67:297–312.

Manning, Nick y Neil Parison. 2003. "Building on Strengths: Lessons from Comparative Public Administration Reforms". Higher School of Economics y Banco Mundial: Moscú. Multicopiado.

Manor, James. 2002. "Partnerships between Governments and Civil Society for Service Delivery in Less Developed Countries: Cause for Concern". Ponencia presentada ante la reunion sobre el IDM *Hacer*

que los servicios funcionen para los pobres. Eynsham Hall, Oxfordshire. Noviembre.

Mansuri, Ghazala y Vijayendra Rao. 2003. "Evaluating Community Driven Development: A Critical Review of the Research". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Marzoant,T. J., Armstrong Schellenberg J.R.M.,T. Edgar,R. Nathan, S. Abdulla, O. Musaka, H. Mponda y C. Lengeler. 2002. "Socially Marketed Insecticide-Treated Nets Improve Malaria and Anaemia in Pregnancy in Southern Tanzania". *Tropical Medicine and International Health* 7(2):149–58.

Marek, T., I. Diallo, B. Ndiaye y J. Rakotosalama. 1999. "Successful Contracting of Preventions Services: Fighting Malnutrition in Senegal and Madagascar". *Health Policy and Planning* 14(4):382–89.

Martens, Bertin, Uwe Mummert, Peter Murrell y Paul Seabright. 2002. *The Institutional Economics of Foreign Aid.* Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.

Masud, Mohammad O. 2002. "Co-producing Citizen Security: The Citizen-Police Liaison Committee in Karachi". Instituto de Estudios para el Desarrollo. Documento de trabajo 172. Brighton, Reino Unido.

Mauro, Paulo. 1998. "Corruption and the Composition of Government Expenditures". *Journal of Public Economics* 69:263–79.

Mayer, Elizabeth Ann. 1997. "Only Very Few Girls Even Start to Go to School in Yemen". *Women's International Network News* 23(3): 52–52.

McPake, B. 1996. "Public Autonomous Hospitals in Sub-Saharan Africa: Trends and Issues". *Health Policy* 35(2):155–77.

McPake, Barbara, Delius Asiimwe, Francis Mwesigye, Matthius Ofumbi, Pieter Streefland y Asaph Turinde. 2000. "Coping Strategies of Health Workers in Uganda". En Pauolo Ferrinho y Wim Van Lerberghe, eds., *Providing Health Care Under Adverse Conditions: Health Personnel Performance and Individual Coping Strategies (Studies in Health Services and Organization,* 16). Antwerp, Belgium: ITG Press.

Medina, Luis Fernando y Susan Stokes. 2002."Clientelism as Political Monopoly". Ponencia presentada en 2002 Annual Meetings of the American Political Science Association Conference. Boston. Agosto 29.

Mehrotra, S. y S.W. Jarrett. 2002. "Improving Basic Health Service Delivery in Low-Income Countries: 'Voice' to the Poor". *Social Science and Medicine* 54(11):1685–90.

Mehryar, A. H., A. Aghajanian y S. Ahmadnia. 2003. "Primary Health Care and Rural Poverty Eradication in the Islamic Republic of Iran". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Mencher, Joan. 1980. "The Lessons and Non-lessons of Kerala: Agricultural Labourers and Poverty". *Economic and Political Weekly* 15(41-43):1784–802.

Mesoamerica Nutrition Program Targeting Study Group. 2002. "Targeting Performance of Three Large Scale, Nutrition Oriented Social Programs in Central America and Mexico". *Food Nutrition Bulletin* 23(2):162–74.

Meyer, C. A. 1995. "Opportunism and NGOs Entrepreneurship and Green North-South Transfers".*World Development* 23(8):1277–89.

Miguel, Edward y Michael Kremer. 2001. "Worms: Education and Health Externalities in Kenya". National Bureau of Economic Research serie Documentos de trabajo 8481. Cambridge, Mass.

Miguel, Szekely. 1998. *The Economics of Poverty, Inequality, and Wealth Accumulation in Mexico.* Nueva York: St.Martin's Press.

Millot, Benoit y Julia Lane. 2002. "The Efficient Use of Time in Education". *Education Economics* 10(2):209–28.

Mills, A. y J. Bromberg. 1998. "Experiences of Contracting: An Overview of the Literature". Organización Mundial de la Salud (OMS) 33. Ginebra.

Mills, A., J. Broomberg y C. Hongoro. 1997. "Improving the Efficiency of District Hospitals: Is Contracting an Option?" *Tropical Medicine and International Health* 2:116–26.

Mills, A., R.Brugha, K.Hanson B McPake. 2002."Approaches for Improving Delivery in the Non-State Sector:What Is the Evidence on What Works,Where and Why?" Ponencia presentada ante Making Services Work for the Poor Conference. Eynsham Hall, Oxfordshire. Noviembre 4.

Mingat, Alain. 2003. "Management of Education Systems in Sub-Saharan African Countries: A Diagnostic and Ways towards Improvement in the Context of the EFA-FTI". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Ministère de la Santé Bénin. 2003. "Revue des Dépenses Publiques dans le Secteur de la Santé". Ministère de la Santé Bénin: Porto- Novo.

Ministry of Education Ethiopia. 2000. "Alternate Routes to Basic Primary Education". Ministry of Education: Addis Abeba.

Ministry of Health Guinea. 2002. "Guinea, A Country Status Report on Health and Poverty, Health, Nutrition, and Population Inputs for the PRSP and HIPC Process". Ministry of Health Guinea: Conakry.

Mintz, Patricia, William D. Savedoff y Jorge Pancorvo. 2000. "Bolivia: Prosalud and the Insurance Program for Mothers and Children (SNMN)". Banco Mundial: Washington, D.C.

Mizala, Alejandra y Pilar Romaguera. 2000. "School Performance and Choice". *Journal of Human Resources* 35(2):392–417.

————. 2002. "Evaluacion del desempeño e incentivos en la educación chilena". *Cuadernos de Economía* 39(118):353–94.

Moens, F. 1990."Design, Implementation and Evaluation of Community Financing Schemes for Hospital Care in Developing Countries: A Prepaid Health Plan in Bwamanda Health Zone, Zire". *Social Science and Medicine* 30(12):1319–27.

Molyneaux, Jack y Paul Gertler. 1999. "Evaluating the Impact of IDT". The RAND Corporation: Santa Mónica, C.A. Multicopiado.

Moore, Mark H., David Thacher, Andrea Dodge y Tobias Moore. 2002."Recognizing Public Value in Policing: The Challenge of Measuring Police Performance". Policy Executive Research Forum: Washington, D.C.

Moore, Mick y James Putzel. 2001. "Thinking Strategically about Politics and Poverty". Instituto de Estudios para el Desarrollo, Working Paper 101. Brighton, Reino Unido.

Mtemeli, D. N. 1994. "An Investigation into Why Women in Mutasa District Prefer to Deliver at Home and Not in Health Institutions". Provincial Medical Direction: Manicaland, Zimbabwe. Multicopiado.

Murnane, Richard J. y David K. Cohen. 1986. "Merit Pay and the Evaluation Problem:Why Most Merit Pay Plans Fail and a Few Survive". *Harvard Educational Review* 56(1):1–17.

Murphy, Paud, Carla Bertoncino y Lianqin Wang. 2002."Achieving Universal Primary Education in Uganda: The 'Big-Bang' Approach". World Bank, Human Development Network, Education Notes: Washington, D.C.

Musgrave, Richard. 1959. *The Theory of Public Finance: A Study in Public Economy.* Nueva York: McGraw-Hill.

Nag, Moni. 1989. "Political Awareness as a Factor in Accessibility of Health Services: A Case Study of Rural Kerala and West Bengal". *Economic and Political Weekly* 24(8):417–26.

Nahar, S. y A. Costello. 1998."The Hidden Cost of 'Free'Maternity Care in Dhaka, Bangladesh". *Health Policy and Planning* 13(4):417–22.

Naimoli, Joseph, y Denise Vaillancourt. 2003. "Performance-Based Management in an Evolving Decentralized Public Health System in West Africa: The Case of Burkina Faso". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Narayan, Deepa, ed. 2002. *Empowerment and Poverty Reduction: A Sourcebook*. Washington, D.C.: Banco Mundial.

Narayan, Deepa, Robert Chambers, Meera Kaul Shah y Patti Petesch. 2000a. *Crying out for Change: Voices of the Poor.* Nueva York: Oxford University Press para el Banco Mundial.

Narayan, Deepa, Raj Patel, Kai Schafft, Anne Rademacher y Sarah Koch-Schulte. 2000b. *Voices of the Poor: Can Anyone Hear Us?* Nueva York: Oxford University Press.

Narayan, Deepa y Patti Pettesch, eds. 2002. *From Many Lands: Voices of the Poor*. Washington, D.C.: World Bank and Oxford University Press.

National Democratic Institute for International Affairs y Banco Mundial. 1998."Promoviendo transparencia y gobernabilidad: experiencias en la República Argentina, Colombia y los Estados Unidos". National Democratic Institute for International Affairs y Banco Mundial: Buenos Aires.

Nauman, Huma. 1990. "Primary Teacher Certificate Program in NWFP: A Study". Project Bridges, HIID: Cambridge, Mass.

Navarro, Juan Carlos y Rafael de la Cruz. 1998. "Federal State and Nonprofit Schools in Venezuela". En William D. Savedoff, ed., *Organization Matters: Agency Problems in Health and Education in Latin America*. Washington,D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Nelson, Joan. 2000. *The Politics of Social Sector Reforms*. Washington, D.C.: Overseas Development Council.

Newman, John, Menno Pradhan, Laura B. Rawlings, Geert Ridder, Ramiro Coa y José Luis Evia. 2002. "An Impact Evaluation of Education, Health and Water Supply Investments by the Bolivian Social Investment Fund". *World Bank Economic Review* 16(2): 241–74.

Nichols, Len M., Nicholas Prescott y Kai Hong Phua. 1997."Medical Savings Accounts for Developing Countries". En George J. Schieber, ed., *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference*. Washington, D.C.: Banco Mundial.

Nickson, Andrew y Claudia Vargas. 2002. "The Limitations of Water Regulation: The Failure of the Cochabamba Concession in Bolivia". *Bulletin of Latin American Research* 21(1):99–120.

Nieves, I., Gerard M. La Forgia y Jaume Ribera. 2000. "Guatemala: Large-Scale Government Contracting of NGO's to Extend Basic Health Services to Poor Populations in Guatemala". Banco Mundial. Washington DC.Disponible en la dirección electrónica at www.worldbank.org.

Nitayaramphong, S., S. Srivanichakom y Y. Pongsupap. 2000. "Strategies to Respond to Health Manpower Needs in Rural Thailand". *Studies in Health Services Organisation & Policy* 16:55–72.

NRI y Banco Mundial. 2003."Public Expenditure and Service Delivery in Papua New Guinea: Draft". Banco Mundial: Washington, D.C.

O'Connell, Stephen A. y Charles C. Saludo. 2001. "Aid Intensity in Africa". *World Development* 29(9):1527–52.

O'Connor, Thomas H. 1995. *The Boston Irish: A Political History*. Boston: Northeastern University Press.

OCDE. 2001. "Knowledge and Skills for Life: First Results from PISA 2000". OCDE: París.

Olson, Mancur. 1971. *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Onyango-Ouma, Washington, Rose Laisser, Musiba Mbilima, Margaret Araoye, Patricia Pittman, Irene Agyepong, Mairo Zakari, Sharon Fonn, Marcel Tanner y Carol Vlassof. 2001. "An Evaluation of Health Workers for Change in Seven Settings: A Useful Management and Health System Development Tool". *Health Policy and Planning* 16(Sup. 1):24–32.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. 2001. "Knowledge and Skills for Life: First Results from PISA 2000". OCDE: París.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2002. "Social Dialogue in the Health Services: Institutions, Capacity and Effectiveness". Organización Internacional del Trabajo: Ginebra. Disponible en la dirección electrónica:http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/jmhs02/jmhs-r.pdf.

Organización Internacional del Trabajo. 2001. "The Impact of Decentralization and Privatization on Municipal Services". Organización Internacional del Trabajo: Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2003. "Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS): Status of the Outbreak and Lessons for the Immediate Future". Organización Mundial de la Salud (OMS): Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 1999. "World Health Report". Organización Mundial de la Salud (OMS). Monografía.

————. 2002. "25 Questions and Answers on Health and Human Rights". Health and Human Rights Publication Series 1. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Banco Mundial. 2002. "Dying for Change: Poor People's Experience of Health and Ill-Health". Organización Mundial de la Salud (OMS) y Banco Mundial: Ginebra y Washington, D.C.

Organización Mundial de la Salud (OMS), Division of Child Health and Development. 1998."CHD 1996-97 Report". Organización Mundial de la Salud (OMS): Ginebra. Disponible en la dirección electrónica: http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/puboverview.htm#progress.

OMS y Unicef Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. 2001. "Global Water Supply and Sanitation Assessment 2000 Report". Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: Ginebra y Nueva York. Disponible en la dirección electrónica: http://www.who.int/water_sanitation_ health/Globassessment/ GlobalTOC.htm.

Ostrom, Elinor. 1990. *Governing the Commons*. Nueva York: Cambridge University Press.

Ostrom, Elinor, Clark Gibson, Sujai Shivakumar y Krister Anderson. 2001. "Aid Incentives and Sustainability: An Institutional Analysis of Development Cooperation". SIDA Studies in Evaluation 02/01. Estocolmo.

Ottaway, M. y T. Chung. 1999. "Debating Democracy Assistance: Toward a New Paradigm". *Journal of Democracy* 10(4):99–128.

Pakistan Institute for Environment Development Action y Project Management Team. 1994. "The State of the Public Sector Primary Health Care Services, District Sheikhupura, Punjab, Pakistan". Bamako Initiative technical report series, Unicef 31.

Pannarunothai, S. y A. Mills. 1997. "The Poor Pay More: Health-Related Inequality in Thailand". *Social Science and Medicine* 44(12):1781–90.

Pannarunothai, S., S. Srithamrongsawat, M. Kongpan, y P. Thumvanna. 2000. "Financing Reforms for the Thai Health Card Scheme". *Health Policy and Planning* 15(3):303–11.

Papua New Guinea Office of National Planning. 1999. "Papua New Guinea Human Development Report 1998". Government of Papua New Guinea and United Nations Development Program: Port Moresby, Papua New Guinea.

Parker, Ronald y Tauno Skytta. 2000. "Rural Water Projects: Lessons from OED Evaluations". Banco Mundial, Operations Evaluation Department, serie Documento de trabajo 3.Washington, D.C.

Pathmanathan, Indra, Jerker Liljestrand, Jo M. Martins, Lalini Rajapaksa, Craig Lissner, Amala de Silva, Swarna Selvaraju y Prabha Joginder Singh. 2003. *Investing E ·. ..ı in Maternal Health in Malaysia and Sri Lanka*. Washington D.C.: Banco Mundial.

Paul, Samuel. 2002. *Holding the State to Account: Citizen Monitoring in Action.* Bangalore: Books for Change.

Paxson, Christina y Norbert A. Schady. 2002. "The Allocation and Impact of Social Funds: Spending on School Infrastructure in Peru". World Bank *Economic Review* 16(2):297–319.

Pearson, Mark y Paolo Carlo Belli. 2003. "The Impact of Resource Allocation Mechanisms, and Priority Setting Policies to Improve Services for the Poor". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Perry, H., N. Robinson, D. Chávez, O. Taja, C. Hilari, D. Shanklin y J. Wyon. 1999. "Attaining Health for All through Community Partnerships: Principles of the Census-Based, Impact-Oriented (CBIO) Approach to Primary Health Care Developed in Bolivia, South America". *Social Science and Medicine* 48(8):1053–67.

Persson, Torsten y Guido Tabellini. 2000. *Political Economics: Explaining Public Policy.* Cambridge, Mass.: MIT Press.

Peters, David H., Abdo S. Yazbeck, Adam Wagstaff, G. N. V. Ramana, Lant Pritchett y Rashmi R. Sharma. 2003. *Better Health Systems for India's Poor: Findings, Analysis and Options.* Washington, D.C.: Banco Mundial.

Picazo, Óscar F. 2002. "Better Health Outcomes from Limited Resources: Focusing on Priority Services in Malawi". Banco Mundial, Africa Region Human Development, serie Documento de trabajo. Washington, D.C.

Platteau, Jean-Philippe. 2003. "Rushing to Help the Poor Through Participation Mayo Be Self-Defeating". Ponencia presentada ante WDR Conference on Making Services Work for Poor People. Berlín, Alemania. Julio.

Platteau, Jean-Philippe y Frederic Gaspart. 2003. "The 'Elite Capture' Problem in Participatory Development". Centre for Research on the Economics of Development, University of Namur: Namur, Bélgica. Multicopiado.

Plummer, Janelle. 2003. "Independent Providers in Water and Sanitation". Banco Mundial, nota preparada para Water and Sanitation Program: Washington, D.C. Multicopiado.

Population Services International. 2003. "Profiles". Population Services International: Washington D.C. Disponible en la dirección electrónica: http://www.psi.org/resources/profiles.html.

Porignon, D., E. M. Soron'Gane, T. E. Lokombe, D. K. Isu, P. Hennart y W. Van Lerberghe. 1998."How Robust Are District Health Systems? Coping with Crisis and Disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo". *Tropical Medicine and International Health* 3(7):559–65.

Preker, A. S., G. Carrin, D. Dror, M. Jakab, W. Hsiao y D. Arhin. 2001. "Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing: A Synthesis Report". Banco Mundial, Documento de Discusión HNP. Washington D.C.

Prendergast, Carnice. 2001. "Selection and Oversight in the Public Sector, with the Los Angeles Police Department as an Example". National Bureau of Economic Research, Documento de trabajo 8664. Cambridge, Mass.

Price, N. 2001."The Performance of Social Marketing in Reaching the Poor and Vulnerable in AIDS Control Programmes". *Health Policy and Planning* 16(3):231–39.

Pritchett, Lant. De próxima aparición."It Pays to Be Ignorant". *Journal of Policy Reform.*

Pritchett, Lant y Duriya Farooqui. 2003. "The Economics of Education Reeducated". Kennedy School of Government and Center for Global Development: Cambridge, Mass. Multicopiado.

Pritchett, Lant y Deon Filmer. 1999. "What Education Production Functions Really Show: A Positive Theory of Education Expenditure". *Economics of Education Review* 18(2):223–39.

Pritchett, Lant y Michael Woolcock. 2002. "Solutions When the Solution is the Problem: Arraying the Disarray in Development". Center for Global Development, Documento de trabajo 10.Washington, D.C.

Pritchett, Lant H. 2002. "When Will They Ever Learn? Why All Governments Produce Schooling". John F. Kennedy School of Government, Harvard University: Cambridge, Mass. Multicopiado.

Pritchett, Lant H. y Lawrence H. Summers. 1996. "Wealthier is Healthier". *The Journal of Human Resources* 31(4):841–68.

Probe Qualitative Research Team. 2002."Healthcare Seeking Behavior in Andhra Pradesh". Probe Qualitative Research: Bombay.

Probe Team en asociación con Centre for Development Economics. 1999. *Public Report on Basic Education in India.* Nueva Delhi: Oxford University Press.

Programa de Asentamientos Humanos, Instituto Internacional del Medio Ambiente y el Desarrollo. 2003. "Local Action for Global Water Goals: Addressing Inadequate Water and Sanitation in Urban Areas, (or the State of the World's Cities: Water and Sanitation)". International Institute for Environment and Development for Unhabitat: Londres, Reino Unido. Multicopiado.

Proyecto Internacional Presupuestario. 2000. "A Taste of Success: Examples of the Budget Work of NGOs". International Budget Project del Centro de Presupuestos y Prioridades de Políticas: Washington, D.C.

Prud'homme, Remy. 1995. "The Dangers of Decentralization". *World Bank Research Observer* 10(2):201–20.

Psacharopoulos, Georges, Jorge Valenzuela y Mary Arends. 1996. "Teacher Salaries in Latin America: A Review". *Economics of Education Review* 15(4):401–6.

Public Services International y Education International. 2000. "Improving the Effectiveness of the Public Sector—If Not Us, Who?" Public Services International and Education International: París y Bruselas. Disponible en la dirección electrónica: http://www.world-psi.org.

Putnam, Robert, Robert Leonardi y Raffaella Nanetti. 1992. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy.* Princeton N.J.: Princeton University Press.

Radoki, Carole. 2003. "What Are the Most Effective Strategies for Understanding and Channeling the Preferences of Service Users to Make Public Services More Responsive". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Raghupati,Usha y Vivien Foster. 2003. "A Scorecard for India, Tariffs and Subsidies in South Asia". World Bank, PPIAF and Water and Sanitation Program Paper 2.Washington, D.C.

Rajkumar, Andrew Sunil y Vinaya Swaroop. 2002. "Public Spending and Outcomes: Does Governance Matter? Banco Mundial Policy Research, Documento de trabajo 2840.Washington, D.C. Disponible en la dirección electrónica: http://econ.worldbank.org/view.php?type=5&id=15176.

Ramachandran, V. K. 1996. "On Kerala's Development Achievements". En Jean Dreze y Amartya Sen, eds., *Indian Development: Selected Regional Perspectives.* Nueva York: Oxford University Press.

Rao, Vijayendra. 2003. "Experiments in Participatory Econometrics: Improving the Connection Between Economic Analysis and the Real World". *Economic and Political Weekly,* mayo 18.

Rao, Vijayendra y Ana María Ibáñez. 2003. "The Social Impact of Social Funds in Jamaica: A Mixed-Methods Analysis of Participation, Targeting and Collective Action in Community Driven Development". Banco Mundial, Documento de Trabajo sobre Investigación de Políticas 2970. Washington, D.C.

Rao, Vijayendra y Michael Walton. De próxima aparición. "Culture and Public Action: An Introduction". En Vijayendra Rao y Michael Walton, eds. *Culture and Public Action.* Stanford University Press.

Reimers, Fernando. 1997. "The Role of the Community in Expanding Educational Opportunities: The Educo Schools in El Salvador". En James Lynch, Celia Modgil y Sohan Modgil, eds., *Education and Development: Tradition and Innovation.* Vol. 2: *Equity and Excellence in Education for Development.* Londres: Cassel.

Reinikka, Ritva y Jakob Svensson. 2001. "Explaining Leakage in Public Funds". World Bank, Policy Research Woking Paper 2709. Washington, D.C.

————. 2003a. "The Power of Information: Evidence from an Information Campaign to Reduce Capture". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

————. 2003b. "Working for God? Evaluating Service Delivery of Religious Not-for-Profit Health Care Providers in Uganda". Serie Documento de Trabajo sobre Investigación de Políticas 3058. Washington, D.C.

Riddel, Roger C. 1999. "The End of Foreign Aid to Africa? Concerns about Donor Policies". *African Affairs* 98:309–35.

Ritzen, Jo, Lianqin Wang y Yael Duthilleul. 2002. "Education as an Agent of Social Cohesion". Banco Mundial, Human Development Network: Washington, D.C. Multicopiado.

Roberts, John. 2002. "Results-Oriented Public Expenditure Management: Lessons from Country Case Studies". Overseas Development Institute: Londres, Reino Unido. Multicopiado.

Robinson, James y Thierry Verdier. 2002. "The Political Economy of Clientelism". Centre for Economic Policy Research Discussion Paper Series 3205. Londres.

Rodden, Jonathan, Gunnar Eskeland y Jennie Litvack, eds. 2003. *Decentralization and Hard Budget Constraints.* Cambridge, Mass.: MIT Press.

Rojanapithayakorn, W. y R. Hanenberg. 1996. "The 100% Condom Program in Thailand". AIDS 10(1):1–7.

Rosskam, Ellen. 2003."No Pills, No Bandages, Nothing". Organización Internacional del Trabajo: Ginebra. Multicopiado.

Rowe, Alexander K., Faustin Onikpo, Marcel Lama, François Cokou y Michael S. Deming. 2001."Management of Childhood Illness at Health Facilities in Benin: Problems and Their Causes". *American Journal of Public Health* 91(10):1625–35.

Saadah, F., M. Pradhan y R. Sparrow. 2001. "The Effectiveness of the Health Card as an Instrument to Ensure Access to Medical Care for the Poor during the Crisis". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Samrasinghe, Daya y John Akin. 1994. "Health Strategy and Financing Study: Final Report". Sri Lanka, Ministry of Health and Women's Affairs: Columbo.

Save the Children. 2002. "New Products into Old Systems: The Initial Impact of the Global Alliance for Vaccines and Immunizations (GAVI) at Country Level". Save the Children y Londres School of Hygiene and Tropical Medicine: Londres. Disponoble en: http://www.savethechildren.org.uk/development/latest/ Gavi_report_cover.pdf.

Savedoff, William y Pablo Spiller. 1999. *Spilled Water: Institutional Commitment in the Provision of Water Services.* Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Savedoff, William D. y T. Paul Schultz. eds. 2000. *Wealth from Health.* Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Sawada, Yasuyuki. 1999. "Community Participation, Teacher Effort, and Educational Outcome: The Case of El Salvador's Educo Program". William Davidson Institute, Documento de trabajo 307. University of Michigan. Disponible en la dirección electrónica: http://eres.bus.umich.edu/web/dwpauth.html.

Schacter, Mark, Phillip Haid y Julie Koenen-Grant. 1999. *Cabinet Decision-Making: Lessons from Canada; Lessons from Africa.* Ottawa: Institute on Governance.

Schedler, Andreas. 1999."Conceptualizing Accountability". En Andreas Schedler, Larry Diamond y Marc F. Plattner, eds., *The Self- Restraining State: Power and Accountability in New Democracies.* Boulder y Londres: Lynne Rienner.

Schellenberg, J. R., S. Abdulla, R. Nathan, O. Musaka, T. J. Marzoant, N. Kikumbih, A. K.Mushi, H. Mponda, H.Minja, H. Mshinda, M. Tanner y C. Engeler. 2001. "Effect of Large-Scale Social Marketing of Insecticide-treated Nets on Child Survival in Rural Tanzania". *The Lancet* 357(9264):1241–7.

Schick, Allen. 1996. *The Spirit of Reform: Managing the New Zealand State Sector in a Time of Change.* Wellington: State Services Commission and the Treasury.

————. 1998. "Why Most Developing Countries Should Not Try New Zealand's Reforms". *World Bank Research Observer* 13(1): 123–31.

Schieber, G. y A. Maeda. 1997. "A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries". En George J. Schieber, eds., *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference.* Washington, D.C.: Banco Mundial.

Schiotz, Ania. 2002. "Hygiene in Nineteenth-Century Norway". Institut for Allmenn- og Samfunnsmedisin, University of Oslo: Oslo, Noruega. Multicopiado.

Schleicher, Andreas, María Teresa Siniscalco y Neville Postlewaite. 1995. "The Conditions of Primary Schools: A Pilot Study in the Least Developed Countries". Unesco y Unicef: París. Multicopiado.

Schleifer, Andrei y Robert W.Vishny. 1994."Politicians and Firms". *Quaterly Journal of Economics* 109(4):995–1025.

Schneider, Helen y Natasha Palmer. 2002. "Getting to the Truth? Researching User Views of Primary Health Care". *Health Policy and Planning* 17(1):32–41.

Schorr, Lisbeth B. 1997. *Common Purpose: Strengthening Families and Neighborhoods to Rebuild America.* Nueva York: Doubleday.

Schuknecht, Ludger. 1996. "Political Business Cycles and Fiscal Policies in Developing Countries". *Kyklos* 49(2):155–70.

Schultz, T. Paul. 2001. "School Subsidies for the Poor: Evaluating the Mexican Progresa Program".Yale University Economic Growth Center, Documento de discusión 834. New Haven, Conn. Disponible en la dirección electrónica: http://www.econ.yale.edu/~egcenter/EGCdiscussion3.htm.

Schwartz, Klaas y Blokland Maarten. 2002. "Government-Owned Public Limited Companies in the Dutch Water Sector". En Paul Seidenstat, David Haarmeyer y Simon Hakim, eds., *Reinventing Water and Wastewater Systems: Global Lessons for Improving Management.* Nueva York: John Wiley and Sons, Inc.

Scott, James C. 1998. *Seeing Like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed.* New Haven: Yale University Press.

Seidenstat, Paul, David Haarmeyer y Simon Hakim, eds. 2002. *Reinventing Water and Wastewater Systems: Global Lessons for Improving Management.* Nueva York: John Wiley and Sons, Inc.

Sen, Amartya. 2002."Why Half the Planet is Hungry". *Observer of Londres,* junio 16.

Shah, Anwar. 2003a. "On Getting the Giant to Kneel: Approaches to a Change in the Bureaucratic Culture: A Primer on Results-oriented Management and Evaluation". En Anwar Shah, ed., *Ensuring Accountability When There is No Bottom Line.* Washington, D.C.: Banco Mundial.

Shah, Shekhar. 2003b. "Walk Before you Run: Governance and Public Sector Reforms in Poverty Reduction Strategies". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Shah, Shekhar y Manju Rani. 2003. "Worlds Apart:Why are Kerala and Uttar Pradesh so Different in Human Development?" Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Shi, Min y Jakob Svensson. 2003."Political Budget Cycles in Developed and Developing Countries". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Shirley, Mary, ed. 2002. *[illegible] for [illegible] The Economics and Politics of Urban Water System Reform.* Oxford, Reino Unido: Elsevier Press.

Shleifer, Andrei y Rober W. Vishny. 1993. "Corruption". *Quarterly Journal of Economics* 108(3):599–617.

Shreenivasan, Jain. 2002. "Last Word: Development Scam". *The Week,* febrero 10.

Sillers, Son. 2002. "Strengthening Basic Education through Institutional Reform: Linking Authority, Accountability, and Transparency". Usaid Issues Paper 1. Washington, D.C.

Singerman, Diane. 1995. *Avenues of Participation: Family, Politics and Networks in Urban Cairo.* Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Singh, Janmejay y Parmesh Shah. 2003."Making Services Work for Poor People: The Role of Participatory Public Expenditure Management". Nota de antecedentes para el IDM 2004.

Smith, Warrick. 1997a. "Utility Regulators: Decisionmaking Structures, Resources and the Start-up Strategy". Banco Mundial, Finance, Private Sector and Infrastructure Network Viewpoint 129. Washington, D.C.

————. 1997b. "Utility Regulators: Roles and Responsibilities". World Bank, Finance, Private Sector and Infrastructure Network Viewpoint 128. Washington, D.C.

————. 2003. "Regulating Infrastructure for the Poor: Regulatory System Design". En Penelope Brook y Tymothy Irwin, eds., *Infrastructure for Poor People–Public Policy For Private Provision.* Washington, D.C.: Banco Mundial.

Soeters, Robert y Fred Griffiths. 2003. "Improving Government Health Services through Contract Management: A Case from Cambodia". *Health Policy and Planning* 18(1):74–83.

Soucat, Agnes, T. Gandaho, and D. Levy-Bruhl. 1997."Health Seeking Behavior and Household Health Expenditures in Benin and Guinea: the Equity Implications of the Bamako Initiative". *International Journal of Health Planning and Management* 12(Supp. 1):S137–S164.

Soucat, Agnes y Manju Rani. 2003a."Making Health and Nutrition Services Work for Poor People". Nota de antecedentes para el IDM 2004.

————.2003b. "Reaching the Poor with or without Qualified Professionals: A Review of Obstacles to and Levers for Reaching the Poor with Health and Nutrition Services". Documento de antecedentes for the WDR 2004.

————.2003c. "Who Do the Poor Really Get Their Services From: Myths and Reality of the Public-Private Mix". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Stasavage, David. 2003."On the Role of Democracy in Uganda's Move to Universal Primary Education". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Stewart, John. 1996. "A Dogma of Our Times - The Separation of Policy-Making and Implementation". *Public Money and Management.* Julio-septiembre: 33–40.

Stiglitz, Joseph E. 2000. *Economics of the Public Sector.* Nueva York: W.W. Norton.

Studdert, D. M., E. J. Thomas, H. R. Burstin, B. I. Zbar, E. J. Orav y T. A. Breannd. 2000. "Negligent Care and Malpractice Claiming Behavior in Utah and Colorado". *Medical Care* 38(3):250–60.

Sundaram, Pachampet. 2001. "Transfers and Postings in India". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Suwal, J. V. 2001. "The Main Determinants of Infant Mortality in Nepal". *Social Science and Medicine* 53(12):1667–81.

Svensson, Jakob. 2003. "Why Conditional Aid Doesn't Work and What Can Be Done about It". *Journal of Development Economics* 70(2):381–402.

Sweeting, E. M. 2001. "Basic Education Projects in Indonesia since 1990: A Study in Sustainability". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Talero, Eduardo. 2001. "Electronic Government Procurement: Concepts and Country Experiences". Banco Mundial, Operational Policy and Services: Washington, D.C. Multicopiado.

Tan, Jee-Peng, Agnes Soucat y Alain Mingat. 2000. "Enhancing Human Development in the HIPC/PRSP Context: Progress in the Africa Region During 2000". Banco Mundial, Africa Region, Human Development Sector: Washington, D.C.

Tangcharoensathien, V. y S. Nittayaramphong. 1994."Thailand: Private Health Care Out of Control?" *Health Policy and Planning* 9(1):31–40.

Tarp, Finn y Peter Hjertholm, eds. 2000. *Foreign Aid and Development: Lessons Learnt and Directions for the Future.* Londres, Nueva York: Routledge.

Taylor, J. 2003. "Contracting for Health Services". En A. Preker y A. Harding, eds., *Private Participation in Health Services.* Washington D.C.: Banco Mundial.

Tendler, Judith. 1998. *Good Government in the Tropics.* Baltimore: John Hopkins University Press.

The City of Johannesburgo Council. 2001. *Johannesburgo: An African City in Change.* Cape Town: Zebra Press.

The Economist. 2002."Kenya's election:Waiting for the Newish Man". *The Economist,* diciembre 19.

Thomas, Duncan,Víctor Lavy y John Strauss. 1996. "Public Policy and Anthropometric Outcomes in Côte D'Ivoire". *Journal of Public Economics* 61(3):155–192.

Torres Parodi, C. 2003. "Health and Ethnicity". Nota de antecedentes para el IDM 2004.

Tremolet, Sophie. 2002. "Rural Water Service". World Bank Private Sector Finance Viewpoint 249. Washington, D.C.

Tumusiime-Mutebile, Emmanuel. 2003. "Uganda's Experience with the Medium-term Expenditure Framework". Ministry of Finance, Planning, and Economic Development: Kampala, Uganda. Multicopiado.

Tynan, Nicola. 2002. "Londres's Private Water Supply, 1582-1902". En Paul Seidenstat, David Haarmeyer y Simon Hakim, eds., *Reinventing Water and Wastewater Systems: Global Lessons for Improving Management.* Nueva York: John Wiley and Sons, Inc.

U.K. Department of International Development. 2002. "Transport's Role in Achieving the Millenium Development Goals". U.K. Department of International Development, Transport Resource Center: Londres, Reino Unido.

Unaids. 2000. "Report on the Global HIV/AIDS Epidemic". Unaids: Ginebra.

Unaids y OMS. 2003. "Aids Epidemic Update". Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Unaids) y Organización Mundial de la Salud (OMS): Suiza.

Unesco. 2002. "EFA Global Monitoring Report, 2002: Is the World on Track?"UNESCO: París. Disponible en la dirección electrónica: http://www.unesco.org/education/efa/monitoring/monitoring_2002.shtml.

Unicef. 2001. "Progress since the World Summit for Children: A Statistical Review". Unicef: Nueva York. Disponible en la dirección electrónica: http://www.unicef.org/pubsgen/wethechildren-stats/.

Unicef. 2002. "Accelerating Early Child Survival and Development in High Under-Five Mortality Areas in the Context of Health Reform and Poverty Reduction: A Results Based Approach, Proposal for CIDA". Unicef: Nueva York.

Unicef. 2002. "End of Decade Databases: Child Mortality". Ginebra, Unicef. Disponible en la dirección electrónica: http://www.childinfo.org/cmr/revis/db2.htm.

Unicef-Banco Mundial. 2003. Marginal Budgeting for Bottlenecks: How to reach the impact frontier of health and nutrition services and accelerate progress towards the Millennium Development Goals. A budgeting model and an application to low-income countries (De próxima aparición).

Naciones Unidas. 1961. "United Nations Demographic Yearbook". Naciones Unidas. Monografía.

Uriarte, Miren. 2002. "Cuba Social Policy at the Crossroads: Maintaining Priorities, Transforming Practice". Oxfam America: Boston.

Urquiola, Miguel. 2001. "Identifying Class Size Effects in Developing Countries: Evidence from Rural Schools in Bolivia". Banco Mundial, Documento de Trabajo sobre Investigación de Políticas 2711. Washington, D.C.

Van de Walle, Dominique. 1998. "Targeting Revisted". *World Bank Research Observer* 13(2, agosto):231–248.

————. 2002. "Choosing Rural Road Investments to Help Reduce Poverty". *World Development* 30(4):575–89.

Van de Walle, Dominique y Dorothyjean Cratty. 2003. "Impact Evaluation of a Rural Road Rehabilitation Project". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Van de Walle, Dominique y Kimberly Nead. eds. 1995. *Public Spending and the Poor: Theory and Evidence.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Van der Berg, Servaas, and Ronelle Burger. 2003. "The Stories behind the Numbers: An Investigation of Efforts to Deliver Services to South Africa's Poor". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Van Domelen, Julie. 2002. "Social Funds: Evidence on Targeting, Impacts and Sustainability". *Journal of International Development* 14(5):627–42.

Van Lerberghe, W., W. Ammar, R. el Rashidi, M. Awar, A. Sales y A. Mechbal. 1997."Reform Follows Failure: II. Pressure for Change in the Lebanese Health Sector". *Health Policy and Planning* 12(4):312–19.

Van Lerberghe,W. y P. Ferrinho. 2003."Civil Society Organizations and the Poor: The Unfulfilled Expectations". Documento de antecedentes para el IDM 2004.

Vasan, Sudha. 2002. "Ethnography of the Forest Guard: Contrasting Discourses, Conflicting Roles and Policy Implementation". *Economic and Political Weekly,* Octubre 5.

Vegas, Emiliana. 2002. "School Choice, Student Performance, and Teacher and School Characteristics: The Chilean Case". Banco Mundial, Documento de Trabajo sobre Investigación de Políticas 2833. Washington, D.C.

Vegas, Emiliana, Lant Pritchett y William Experton. 1999. "Cómo atraer y retener docentes calificados en la Argentina: impacto del nivel y la estructura de la remuneración". World Bank Department of Human Development, LCSHD Paper Series 38. Washington, D.C.

Victora, César, J. Patrick Vaughan, Fernando C. Barros, Anamaria C. Silva y Elaine Tomasi. 2000a. "Explaining Trends in Inequities: Evidence from Brazilian Child Health Studies". *The Lancet* 356 (9235):1093–98.

Victora, César G., Jennifer Bryce, Oliver Fontaine y Roeland Monasch. 2000b. "Reducing Deaths from Diarrhoea through Oral Rehydration Therapy". *Bulletin of the World Health Organization* 78(10):1246–55.

von Braun, Joachim y Ulrike Grote. 2000. "Does Decentralization Serve the Poor?" Ponencia presentada ante IMF *Conference on Fiscal Decentralization*. Washington, D.C. Noviembre 21.

von der Fehr, Nils-Henrik M. y José Jaime Millán. 2001. "Sustainability of Power Sector Reform in Latin America: An Analytical Framework". Inter American Development Bank Working Paper. Washington, D.C. Disponible en la dirección electrónica: www.iadb.org.

Wade, Robert. 1982. "System of Administrative and Political Corruption: Canal Irrigation in South India". *Journal of Development Studies* 18(abril 1982):287–328.

————.1985."The Market for Public Office:Why the Indian State Is Not Better at Development?" *World Development* 13:467–97.

————. 1987. "Management of Common Property Resources: Finding a Cooperative Solution". *World Bank Research Observer* 2(2):219–34.

————. 1988. *Village Republics: Economic Conditions for Collective Action in South India.* Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.

Wagstaff, Adam. 2000. "Socioeconomic Inequalities in Child Mortality: Comparisons across Nine Developing Countries". *Bulletin of the World Health Organization* 78(1):19–29.

————. 2002. "Child Health on a Dollar a Day: Some Tentative Cross-Country Comparisons". World Bank, Development Research Group: Washington, D.C. Multicopiado.

Wagstaff, Adam, Jennifer Bryce, Flavia Bustreo, Mariam Claeson, Niklas Danielsson y WHO-World Bank Child Health and Poverty Working Group. 2002. "Child Health: Reaching the Poor". Banco Mundial: Washington, D.C. Multicopiado.

Wagstaff, Adam y E. van Doorslaer. De próxima aparición. "Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam: 1993–1998". *Health Economics.*

Wagstaff, Adam, Eddy van Doorslaer y Naoko Watanabe. 2001. "On Decomposing the Causes of Health Sector Inequalities with an Application to Malnutrition Inequalities in Vietnam". Banco Mundial, Documento de Trabajo sobre Investigación de Políticas 2714. Washington, D.C.

Waitzkin, Howard. B. 1991. *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal with Social Problems.* New Haven, Conn.: Yale University Press.

Walker, N., B. Schwarlander y J. Bryce. 2002. "Meeting International Goals in Child Survival and HIV/AIDS". *The Lancet* 360(9329): 284–89.

Wang, T. Y. 1999. "U.S. Foreign Aid and UN Voting: An Analysis of Important Issues". *International Studies Quarterly* 43:199–210.

Wang, Youfa, C. Monteiro y B. M. Popkin. 2002. "Trends of Overweight and Underweight in Children and Adolescents in the United States, Brazil, China and Russia". *American Journal of Clinical Nutrition* 75:971–77.

Warwick, Donald P. y Fernanda Reimers. 1995. *Hope or Despair: Learning in Pakistan's Primary Schools.* Westport, Conn.: Praeger.

Water and Sanitation Program. 2001. "Community Contracting in Rural Water and Sanitation: The Swajal Project, Uttar Pradesh, India". Water and Sanitation Program: Nueva Delhi.

Water and Sanitation Program (WSP-AF). 2003. "Building Partnerships to Deliver Water supply and Sanitation Services to Lowincome Communities, Good-Practice from Sub-Saharan Africa". World Bank, Water and Sanitation Program (WSP-AF): Washington, D.C. Multicopiado.

Water Supply and Sanitation Collaborative Council. 2000. "Global Water Supply and Sanitation Assessment". Water Supply and Sanitation Collaborative Council: Ginebra. Disponible en la dirección electrónica: www.wsscc.org.

Waters, Hatt y Aselsson. 2002. "Working for the Private Sector for Child Health". Organización Mundial de la Salud (OMS) y Banco Mundial. Prepared para Usaid-sponsored SARA Project.: Washington D.C.

Werner, David, Carol Thuman y Jane Maxwell. 1992. *Where There is no Doctor: A Village Health Care Handbook.* Palo Alto, Calif.: ed. rev., Hesperian Foundation.

Wetterberg, Anna y Scott Guggenheim. De próxima aparición. "Capitalizing on Local Capacity: Institutional Change in the Kecamatan Development Program". En A. J. Bebbington, M. Woolcock y S. Guggenheim (eds.) *Practical [illegible], Reflective Action: Social Capital and Development Projects at the World Bank.* Nueva York: Oxford University Press.

Weyland, Kurt. 1997. "'Growth with Equity' in Chile's New Democracy?" *Latin America Research Review* 32(1):37–67.

Wilson, James Q. 1989. Bureaucracy: *What Government Agencies Do and Why they Do It.* Nueva York: Basic Books.

Wodon, Q. 1999. "Cost-Benefit Analysis of Food for Education in Bangladesh". Banco Mundial, Documento de antecedentes para 1998 Bangladesh Poverty Assesment: Washington, D.C. Multicopiado.

Wolfensohn, James D. 1997. "The Challenge of Inclusion". Banco Mundial, Annual Meeting Address, Hong Kong SAR, China.

Wößmann, Ludger. 2003. "Schooling Resources, Educational Institutions, and Student Performance: The International Evidence". *Oxford Bulletin of Economics and Statistics* 65(2):117–170.

Yip,Winnie y Peter Berman. 2001. "Targeted Health Insurance in a Low Income Country and its Impact on Access and Equity in Access: Egypt's School Health Insurance". *Health Economics* 10(3): 207–20.

Zhao, Feng, Agnes Soucat y Niagale Traore. 2003. "The Poor in Mali: Outcomes and Household Determinants of Child Health". World Bank, Africa Region. Washington, D.C.

Documentos de antecedentes para el IDM 2004

Anderson, James, Daniel Kaufmann y Francesca Recanatini. "Service Delivery, Poverty, and Corruption - Common Threads from Diagnostic Surveys".

Andrews, Matthew y J. Edgardo Campos. "The Management of Public Expenditures and Its Implications for Service Delivery".

Bhalla, Surjit, Suraj Saigal y Nabhojit Basu."Girl's Education is it– Nothing else Matters".

Chaudhury, Nazmul y Jeffrey Hammer. "Ghost Doctors: Absenteeism in Bangladeshi Health Facilities".

Clarke, Prema. "Education Reform in the Education Guarantee Scheme in Madhya Pradesh, India and the Fundescola Program in Brazil".

Coady, David. "Alleviating Structural Poverty in Developing Countries: The Approach of Progresa in Mexico".

Das Gupta, Mónica, P. Khaleghian y R. Sarwal. "Governance of Communicable Disease Control Services: A Case Study and Lessons from India".

Díaz-Cayeros, Alberto y Beatriz Magaloni . "The Politics of Public Spending: Part I - The Logic of Vote Buying. Part II -The Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol) in Mexico".

Dutta, Antara."Public Service Delivery: The Probe and Its Impact".

Erikson, Dan, Annie Lord y Peter Wolf. "Cuba's Social Services: A Review of Education, Health, and Sanitation".

Ferrinho, P. y W. Van Lerberghe. "Managing Health Professionals in the Context of Limited Resources: a Fine Line Between Corruption and the Need for Moonlighting".

Ferriol, Ángela, Victoria Pérez, Didio Quintana y Aída Atienza. "Servicios de Educacion, Salud, Agua y Saneamiento en Cuba".

Filmer, Deon. "The Incidence of Public Expenditures on Health and Education".

Gauri, Varun y Ayesha Vawda. "Vouchers for Basic Education in Developing Countries: A Principal-Agent Perspective".

Halonen, Maija. "Coordination Failure in Foreign Aid".

Kalter, Henry. "Global Health Funds".

Keefer, Philip y Stuti Khemani. "The Political Economy of Social Service Provision".

Khaleghian, Peyvand."Decentralization and Public Services: The Case of Immunization".

Knack, Stephen y Aminur Rahman. "Aid Intensity, Donor Fragmentation and the Quality of Governance".

Knippenberg, Rudolf, Fatoumata Traore Nafo, Raimi Osseni, Yero Boye Camara, Abdelwahid El Abassi, Agnes Soucat. "Increasing client's power to scale up health services for the poor: The Bamako Initiative in West Africa".

Leonard, L. Kenneth y Melkiory Masatu. "Report on Basic Findings in Outpatient Facility Evaluations in Arusha Municipality, Arumer District and Monduli District, Arusha Region, Tanzania".

Liese, B. y otros. "Human Resources Crisis in Health Services in Sub-Saharan Africa".

Lisulo, Ángela. "Costa Rica: Health Policies".

Mackinnon, John."How Does Aid Affect the Quality of Public Expenditure? What We Know and What We Do not Know".

Mehryar, A. H., A. Aghajanian y S. Ahmadnia. "Primary Health Care and Rural Poverty Eradication in the Islamic Republic of Iran".

Msuya, Joyce. "Horizontal and Vertical Delivery of Health Services: What are The Trade Offs?"

Naimoli, Joseph y Denise Vaillancourt. "Performance-based Management in an Evolving Decentralized Public Health System in West Africa: The Case of Burkina Faso".

Patrinos, Harry. "A Review of Demand-Side Financing Initiatives in Education".

Pearson, Mark y Paolo Carlo Belli. 2003. "The Impact of Resource Allocation Mechanisms, and Priority Setting Policies to Improve Services for the Poor".

Radoki, Carole. "What Are the Most Effective Strategies for Understanding and Channeling the Preferences of Service Users to Make Public Services More Responsive".

Roberts, John. "Managing Public Expenditure for Development Results and Poverty Reduction".

Robinson, James A."Politician-Proof Policy".

Saigal, Suraj. "Literature Review on Service Delivery in India".

Shah, Shekhar y Manju Rani. "Worlds Apart:Why are Kerala and Uttar Pradesh Do Different in Human Development?"

Shah, Shekhar. "Walk Before you Run: Governance and Public Sector Reforms in Poverty Reduction Strategies".

Soucat, Agnes y Manju Rani. "Reaching the Poor with or without Qualified Professionals: A Review of Obstacles to and Levers for Reaching the Poor with Health and Nutrition Services".

Soucat, Agnes y Manju Rani. "Who Do the Poor Really Get Their Services From: Myths and Reality of the Public-Private Mix".

Stasavage, David. "On the Role of Democracy in Uganda's Move to Universal Primary Education".

StØre, Jonas Gahr. "The Provision of Social Services and the Emerging Welfare State. A Norwegian Perspective".

Van der Berg, Servaas y Ronelle Burger. "The Stories behind the Numbers: An Investigation of Efforts to Deliver Services to South Africa's Poor".

Van Lerberghe,W., and P. Ferrinho. "Civil Society and Health".

Vegas, Emiliana. "Do Changes in Teacher Contracts and Compensation Affect Student Performance? Evidence from Togo".

Notas de antecedentes para el IDM 2004

Alderman, Harold H. "Impact of Nutrition On Other Health Outcomes".
Bhushan, Indu. "Contracting Health Services in Cambodia".
Filmer, Deon. "Determinants of Health and Education Outcomes".
Gauri, Varun. "A Rights-Based Approach to Health Care and Education".
Hallman, Kelly. "Health and Nutrition Impacts of Arsenic Contamination in Bangladesh".
Hesselbarth, Sussanne. Federal Ministry for Economic Cooperation and Development. "Program of Action 2015: Alliances against Poverty Chances and Challenges for the Water Sector".
Singh, Janmejay y Parmesh Shah. "Making Services Work for Poor People: The Role of Participatory Public Expenditure Management".
Soucat,Agnes y Manju Rani. "Making Health and Nutrition Services Work for Poor People".
Torres Parodi, C. "Health and Ethnicity".

Documentos de consulta

Caseley, Jonathan. "Understanding Service Delivery Reform and Organizational Performance in an Indian State".
Cotton, Andrew. "Sanitation: A Problem of Scale".
Crook, Richard. Urban Service Partnerships: "Street Level Bureaucrats" and Environmental Sanitation in Kumasi and Accra, Ghana: Coping with Organizational Change in the Public Bureaucracy".
Grindle, Merilee S. "First in the Queue? Mainstreaming The Poor in Service Delivery".
Jenkins, Rob y Anne Marie Goetz. "Civil Society Engagement and India's Public Distribution System: Lessons form The Rationing Kruti Samiti in Mumbai".
Manor, James. "Partnerships between Governments and Civil Society for Service Delivery in Less Developed Countries: Cause for Concern".
McPake, Barbara. "What Can Be Done About the Private Health Sector in Low-Income Countries".
Moore, Mick. "Organisations that Reach the Poor:Why Coproduction Matters".
Nickson, Andrew. "The Role of The Non-State Sector in Urban Water Supply".
Platteau, Jean-Philippe. "Rushing to Help the Poor Through Participation Mayo Be Self-Defeating".
Plummer, Janelle. "Developing Inclusive Public-Private Partnerships: The Role of Small-Scale Independent Providers in the Delivery of Water and Sanitation Services".
Powis, Benjamin. "Who Uses User Groups?"
Rakodi, Carole. "What are the most Effective Strategies for Underestanding and Channelling the Preferences of Service Users to Make Public Services more Responsive?".
Rose, Pauline. "Is The Non-State Education Sector Serving The Needs of The Poor?: Evidence From East and Southern Africa".
Sibbons, Maureen."Making Education Services Work for Poor People".
Standing, Hilary y Gerry Bloom. "Beyond Public and Private? Unorganized Markets in Health Care Delivery".

Introducción a los Indicadores Seleccionados del Desarrollo Mundial

En la edición de este año, se presentan seis cuadros que contienen datos socioeconómicos comparativos para más de 134 economías. En otro cuadro se presentan datos sobre los indicadores básicos para 74 economías que tienen una población de menos de 1,5 millones de habitantes o respecto de las cuales se dispone de datos escasos. Los datos presentados se refieren al año más reciente disponible y, para algunos indicadores, se incluye un año anterior para fines comparativos.

En los primeros dos cuadros se presentan datos sobre el tamaño de las economías, así como algunos indicadores sobre pobreza sin ingresos, que se incluyen en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Otros cuatro cuadros contienen datos sobre aspectos particulares relacionados con los principales temas del IDM sobre salud, educación, prestación de servicios y ayuda externa.

Los indicadores que se presentan aquí han sido seleccionados de entre más de 800 indicadores incluidos en *World Development Indicators 2003*. Esta publicación anual ofrece una visión integral del proceso de desarrollo. En su primer capítulo se informa sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que surgieron de acuerdos y resoluciones de reuniones mundiales organizadas por las Naciones Unidas (UN) en la última década, y se reafirmaron en la Cumbre del Milenio, con asistencia de los países miembros de las UN, realizada en septiembre de 2000. En sus otras cinco secciones principales se muestra el aporte de una amplia gama de factores: desarrollo de capital humano, sostenibilidad ambiental, desempeño macroeconómico, desarrollo del sector privado, y los vínculos en el ámbito mundial que influyen en las condiciones externas para el desarrollo. A la publicación *World Development Indicators* la complementa una base de datos por separado que da acceso a más de 1.000 cuadros de datos y 800 indicadores en series cronológicas correspondientes a 225 economías y regiones. Esta base de datos se encuentra disponible por médio de una suscripción electrónica (*WDI Online*) o en CD-ROM.

Fuentes y metodología para la recopilación de los datos

Los datos socioeconómicos y sobre medio ambiente que se presentan aquí se han tomado de varias fuentes: datos primarios recopilados por el Banco Mundial, publicaciones estadísticas de los países miembros, institutos de investigación y organismos internacionales como las Naciones Unidas y sus organismos especializados, el Fondo Monetario Internacional (FMI), y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Si bien en la mayoría de los datos estadísticos que reportan los países e instituciones internacionales se aplican normas internacionales sobre cobertura, definición y clasificación de los datos, inevitablemente existen diferencias en cuanto a la actualidad y confiabilidad debido a los diferentes medios y recursos utilizados en la obtención y recopilación de los datos básicos. Para algunos temas en que hay discrepancias entre los datos de distintas fuentes se requiere un examen por parte del personal del Banco Mundial a fin de asegurar que se presenten los datos más confiables de que se disponga. No se presentan datos en los casos en que se estima que las cifras disponibles son insuficientes como para extraer conclusiones confiables sobre los niveles y las tendencias, o en que éstas no se ajustan lo suficiente a las normas internacionales.

En general, los datos presentados están en consonancia con los que aparecen en *World Development Indicators 2003*. Sin embargo, los datos se han rectificado y actualizado en la medida en que se ha contado con información más reciente. Las diferencias también pueden reflejar rectificaciones de las series históricas y cambios de metodología. En consecuencia, en las distintas ediciones de las publicaciones del Banco Mundial pueden publicarse datos recopilados en distintas épocas. Se recomienda a los lectores no compilar series de datos de distintas publicaciones ni de diferentes ediciones de una misma publicación. En *World Development Indicators 2003* en CD-ROMm y a través de *WDI Online,* se presentan series cronológicas de datos que sí son concordantes.

Todas las cantidades en dólares se dan en dólares corrientes de los Estados Unidos, salvo indicación en contrario. Los métodos empleados para convertir a esa moneda las cifras expresadas en monedas nacionales se describen en las *Notas técnicas*.

Dado que la función primordial del Banco Mundial es proporcionar financiación y asesoría sobre políticas a los países miembros de ingreso bajo y mediano, los temas que se tratan en los cuadros se refieren fundamentalmente a esas economías. En los casos en que se dispone de información sobre las economías de ingreso alto, ésta se incluye también para fines comparativos. Los lectores pueden remitirse a las publicaciones estadísticas nacionales y a las de la Organiza-

ción para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y de la Unión Europea, donde encontrarán más información sobre las economías de ingreso alto.

Clasificación de las economías y medidas de resumen

En cada cuadro, las medidas de resumen que figuran en la parte inferior incluyen las economías clasificadas por ingreso per cápita y por región. El ingreso nacional bruto (INB) se utiliza para determinar las siguientes categorías de economías según el ingreso: de ingreso bajo, US$735 o menos en 2002; de ingreso mediano bajo, entre US$736 y US$9.075; de ingreso alto, US$9.076 o más. Asimismo, una división adicional en el INB per cápita de US$2.935 se ha establecido entre las economías de ingreso mediano bajo y las de ingreso mediano alto. La lista de todas las economías de cada grupo (incluidas las que tienen menos de 1,5 millones de habitantes) puede verse en el cuadro de la clasificación de las economías.

Las medidas de resumen son totales (marcados con la letra *t* si las cifras agregadas incluyen estimaciones de los datos que faltan y de los datos de economías no reportadas, o con la letra *s* para indicar sumas simples de los datos disponibles), promedios ponderados (letra *w*) o valores medios (letra *m*) calculados para grupos de economías. Los datos correspondientes a los países que no figuran en los cuadros principales (es decir, los que aparecen en el cuadro 7) se han incluido en las medidas de resumen si se dispone de datos, o partiendo del supuesto que han seguido la misma tendencia de los países reportados. Esta estandarización de la cobertura de los países en cada período indicado permite obtener datos agregados más coherentes. Ahora bien, en los casos en que la información que falta representa un tercio o más de la estimación total, se indica que no hay datos disponibles. Las *Notas técnicas* proporcionan más información sobre los métodos de agregación. Las ponderaciones utilizadas para construir los agregados se indican en la nota técnica correspondiente a cada cuadro.

Cada cierto tiempo, la clasificación de alguna economía cambia debido a las modificaciones de los valores mínimos o en el nivel medido de la economía del ING per cápita. Cuando se producen tales cambios, los agregados correspondientes al período precedente que se basan en esas clasificaciones se vuelven a calcular con el objeto de mantener series cronológicas concordantes.

Terminología y cobertura de país

El término *país* no pretende suponer independencia política, sino que puede referirse a cualquier territorio para el cual las autoridades respectivas notifican estadísticas sociales o económicas por separado. Los datos presentados corresponden a las economías según la manera en que estaban constituidas en 2002, y los datos históricos han sido rectificados para indicar los sistemas políticos que rigen en la actualidad. En todos los cuadros aparecen notas en las que se aclaran las excepciones.

Notas técnicas

Dado que la calidad de los datos y su comparación entre países a menudo presentan problemas, se recomienda a los lectores consultar las *Notas técnicas*, el cuadro de *Clasificación de las economías según su ingreso y la región a la que pertenecen*, y las notas al pie de los cuadros. Para obtener una documentación más completa, véase *World Development Indicators 2003*.

Para obtener más información y hacer pedidos por internet, los interesados deben dirigirse a:
http://www.worldbank.org/data(wdi2003/index.htm

Para hacer pedidos por teléfono o fax: 1-800-645-7247 o 703-661-1580; Fax 703-661-1501.

Para hacer pedidos por correo: The World Bank, P.O. Box 960, Herndon, VA 20172-0960, EE.UU.

Clasificación de las economías según su ingreso y la región a la que pertenecen, año fiscal 2004

Asia Oriental y el Pacífico	
Samoa Americana	IMA
Camboya	IB
China	IMB
Fiji	IMB
Indonesia	IB
Kiribati	IMB
Corea del Sur	IB
Rep. Dem. Pop. de Laos	IB
Malasia	IMA
Islas Marshall	IMB
Micronesia, Estados Federados de	IMB
Mongolia	IB
Myanmar	IB
Grupo Norte de las Islas Marianas	IMA
Palau	IMA
Papua Nueva Guinea	IB
Filipinas	IMB
Samoa	IMB
Islas Salomón	IB
Tailandia	IMB
Timor-Este	IB
Tonga	IMB
Vanuatu	IMB
Vietnam	IB

Europa y Asia Central	
Albania	IMB
Armenia	IB
Azerbaiyán	IB
Bielorrusia	IMB
Bosnia y Herzegovina	IMB
Bulgaria	IMB
Croacia	IMA
República Checa	IMA
Estonia	IMA
Georgia	IB
Hungría	IMA
Kazajstán	IMB
República Kirguisa	IB
Letonia	IMA
Lituania	IMA
Ex. Rep. Yug. de Macedonia	IMB
República de Moldova	IB
Polonia	IMA
Rumania	IMB
Federación Rusa	IMB
Serbia & Montenegro	IMB
República Eslovaca	IMA
Tayikistán	IB
Turquía	IMB
Turkmenistán	IMB
Ucrania	IB
Uzbekistán	IB

América Latina y el Caribe	
Argentina	IMA
Belice	IMB
Bolivia	IMB
Brasil	IMA
Chile	IMA
Colombia	IMB
Costa Rica	IMA
Cuba	IMB
Dominica	IMA
República Dominicana	IMB
Ecuador	IMB
El Salvador	IMB
Granada	IMA
Guatemala	IMB
Guayana	IMB
Haití	IB
Honduras	IMB
Jamaica	IMA
México	IMA
Nicaragua	IB
Panamá	IMA
Paraguay	IMB
Perú	IMB
Saint Kitts y Nevis	IMA
Santa Lucía	IMA
San Vicente y las Granadinas	IMB
Surinam	IMB
Trinidad y Tobago	IMA
Uruguay	IMA
Venezuela, Rep. Bol. de	IMA

Oriente Medio y Norte de África	
Algeria	IMB
Djibouti	IMB
Egipto, Rep. Árabe de	IMB
Irán, Rep. Islámica de	IMB
Irak	IMB
Jordania	IMB
Líbano	IMA
Libia	IMA
Marruecos	IMB
Omán	IMA
Arabia Saudita	IMA
República Árabe Siria	IMB
Túnez	IMB
Ribera Occidental y Gaza	IMB
Yemen, Rep. del	IB

Asia Meridional	
Afganistán	IB
Bangladesh	IB
Bhután	IB
India	IB
Maldivas	IMB
Nepal	IB
Pakistán	IB
Sri Lanka	IMB

África Subsahariana	
Angola	IB
Benín	IB
Botswana	IMA
Burkina Faso	IB
Burundi	IB
Camerún	IB
Cabo Verde	IMB
República Centroafricana	IB
Chad	IB
Comora	IB
Congo, Rep. Dem. del	IB
Congo, Rep. del	IB
Costa de Marfil	IB
Guinea Ecuatorial	IB
Eritrea	IB
Etiopía	IB
Gabón	IMA
Gambia	IB
Ghana	IB
Guinea	IB
Guinea-Bissau	IB
Kenia	IB
Lesotho	IB
Liberia	IB
Madagascar	IB
Malawi	IB
Malí	IB
Mauritania	IB
Mauricio	IMA
Mayotte	IMA
Mozambique	IB
Namibia	IMB
Níger	IB
Nigeria	IB
Rwanda	IB
Santo Tomé y Príncipe	IB
Senegal	IB
Seychelles	IMA
Sierra Leona	IB
Somalia	IB
Suráfrica	IMB
Sudán	IB
Swazilandia	IMB
Tanzania	IB
Togo	IB
Uganda	IB
Zambia	IB
Zimbabwe	IB

Países de ingreso alto de la OCDE
Alemania
Australia
Austria
Bélgica
Canadá
Dinamarca
España
Estados Unidos
Finlandia
Francia
Grecia
Irlanda
Islandia
Italia
Japón
Luxemburgo
Noruega
Nueva Zelandia
Países Bajos
Portugal
Reino Unido
Suecia
Suiza

Otros países de ingreso alto
Andorra
Antigua y Barbuda
Aruba
Bahamas
Bahrein
Barbados
Bermuda
Brunei
Islas Caimán
Islas Anglonormandas
Chipre
Islas Feroé
Polinesia Francesa
Groenlandia
Guam
Hong Kong, China
Israel
Kwait
Liechtenstein
Macao, China
Malta
Mónaco
Antillas Neerlandesas
Nueva Caledonia
Puerto Rico
Qatar
San Marino
Singapur
Eslovenia
Taiwán, China
Emiratos Árabes Unidos
Islas Vírgenes (EE.UU.)

En este cuadro se clasifica a todos los países miembros del Banco Mundial y a todas las demás economías con poblaciones de más de 30.000 habitantes. Las economías se dividen por grupos de ingresos según el INB per cápita correspondiente a 2002 y calculado según el método del Atlas del Banco Mundial. Los grupos son de ingreso bajo (IB), hasta US$735; de ingreso mediano bajo (IMB), entre US$736 y US$2.935; de ingreso mediano alto (IMA), entre US$2.936 y US$9.075; de ingreso alto (IA), US$9.076 o más.

Fuente: Datos del Banco Mundial.

Cuadro 1. Tamaño de la economía

	Población	Superficie terrestre	Densidad de la población	Ingreso nacional bruto (INB) [a]		Ingreso nacional bruto (INB) según la PPA [b]		Producto interno bruto	
	Millones de habitantes 2002	Miles de km² 2002	Habitantes por km² de superficie terrestre 2002	Miles de millones de dólares 2002	Dólares per cápita 2002	Miles de millones de dólares 2002	Dólares per cápita 2002	Porcentaje de crecimiento 2001-2002	Crecimiento per cápita % 2001-2002
Albania	3	29	117	4.4	1,380	13	4,040	4.7	3.7
Algeria	31	2,382	13	53.8	1,720	167 [c]	5,330 [c]	4.1	2.5
Angola	14	1,247	11	9.2	660	24 [c]	1,730 [c]	17.1	13.8
Argentina	38	2,780	14	154.1	4,060	377	9,930	–10.9	–12.0
Armenia	3	30	109	2.4	790	9	3,060	12.9	13.5
Australia	20	7,741	3	386.6	19,740	528	26,960	3.5	2.5
Austria	8	84	98	190.4	23,390	230	28,240	1.0	0.9
Azerbaiyán	8	87	95	5.8	710	24	2,920	10.6	9.7
Bangladesh	136	144	1,042	48.5	360	234	1,720	4.4	2.6
Bielorrusia	10	208	48	13.5	1,360	53	5,330	4.7	5.1
Bélgica	10	33	314	239.9	23,250	282	27,350	0.7	0.4
Benín	7	113	60	2.5	380	7	1,020	5.3	2.6
Bolivia	9	1,099	8	7.9	900	20	2,300	2.5	0.4
Bosnia y Herzegovina	4	51	81	5.2	1,270	24	5,800	3.9	2.4
Botswana	2	582	3	5.1	2,980	13	7,770	3.5	2.5
Brasil	174	8,547	21	497.4	2,850	1,266	7,250	1.5	0.3
Bulgaria	8	111	71	14.1	1,790	54	6,840	4.3	4.9
Burkina Faso	12	274	43	2.6	220	12 [c]	1,010 [c]	5.6	3.1
Burundi	7	28	275	0.7	100	4 [c]	610 [c]	3.6	1.7
Camboya	12	181	71	3.5	280	20	1,590	4.5	2.6
Camerún	16	475	33	8.7	560	25	1,640	4.4	2.2
Canadá	31	9,971	3	700.5	22,300	882 [c]	28,070 [c]	3.3	2.2
República Centroafricana	4	623	6	1.0	260	5 [c]	1,190 [c]	4.2	2.6
Chad	8	1,284	6	1.8	220	8	1,000	10.9	7.8
Chile	16	757	21	66.3	4,260	143	9,180	2.1	0.9
China	1,281	9,598 [d]	137	1,209.5	940	5,625 [e]	4,390 [e]	8.0	7.2
Hong Kong, China	7	..	..	167.6	24,750	182	26,810	2.3	1.5
Colombia	44	1,139	42	80.1	1,830	257	5,870	1.5	–0.1
Congo, Rep. Dem. del	54	2,345	24	5.0	90	31	580	3.0	0.2
Congo, Rep. del	3	342	9	2.2	700	2	700	3.5	0.7
Costa Rica	4	51	77	16.2	4,100	33	8,260	2.8	1.0
Costa de Marfil	17	322	53	10.3	610	24	1,430	–0.9	–3.0
Croacia	4	57	78	20.3	4,640	43	9,760	5.2	5.3
República Checa	10	79	132	56.7	5,560	148	14,500	2.0	2.1
Dinamarca	5	43	127	162.7	30,290	158	29,450	1.6	1.3
República Dominicana	9	49	178	20.0	2,320	51	5,870	4.1	2.5
Ecuador	13	284	47	19.0	1,450	41	3,130	3.0	1.2
Egipto, Rep. Árabe de	66	1,001	67	97.6	1,470	246	3,710	3.0	1.1
El Salvador	7	21	315	13.5	2,080	30	4,570	2.3	0.4
Eritrea	4	118	43	0.7	160	4	950	9.2	6.5
Estonia	1	45	32	5.6	4,130	15	11,120	5.8	6.2
Etiopía	67	1,104	67	6.4	100	48	720	5.0	2.7
Finlandia	5	338	17	122.2	23,510	132	25,440	1.6	1.4
Francia	59	552	108	1,342.7 [f]	22,010 [f]	1,556	26,180	1.0	0.6
Georgia	5	70	74	3.3	650	11	2,210	5.4	6.4
Alemania	82	357	231	1,870.4	22,670	2,163	26,220	0.2	0.0
Ghana	20	239	88	5.4	270	40 [c]	2,000 [c]	4.5	2.6
Grecia	11	132	82	123.9	11,660	194	18,240	4.0	3.6
Guatemala	12	109	111	20.9	1,750	47	3,880	2.0	–0.6
Guinea	8	246	32	3.1	410	15	1,990	4.3	2.1
Haití	8	28	301	3.7	440	13 [c]	1,580 [c]	–0.9	–2.7
Honduras	7	112	60	6.2	920	17	2,450	2.0	–0.6
Hungría	10	93	110	53.7	5,280	130	12,810	3.3	3.5
India	1,048	3,287	353	501.5	480	2,691	2,570	4.4	2.8
Indonesia	212	1,905	117	149.9	710	632	2,990	3.7	2.3
Irán, Rep. Islámica de	66	1,648	40	112.1	1,710	415	6,340	5.9	4.2
Irlanda	4	70	56	92.6	23,870	109	28,040	3.6	2.6
Israel	6	21	315	..	.. [g]	..	..	..	..
Italia	58	301	197	1,097.9	18,960	1,467	25,320	0.4	0.4
Jamaica	3	11	241	7.4	2,820	9	3,550	1.0	0.1
Japón	127	378	349	4,265.6	33,550	3,315	26,070	–0.7	–0.8
Jordania	5	89	58	9.1	1,760	21	4,070	4.9	2.0
Kazajstán	15	2,725	5	22.3	1,510	81	5,480	9.5	10.2
Kenia	31	580	55	11.3	360	31	990	1.8	–0.2
Corea, Rep. de	48	99	483	473.0	9,930	785	16,480	6.3	5.7
Kuwait	2	18	118	..	.. [g]	..	..	..	..
República Kirguisa	5	200	26	1.5	290	8	1,520	–0.5	–1.5
República Dem. Pop. de Laos	6	237	24	1.7	310	9 [c]	1,610 [c]	5.0	2.6
Letonia	2	65	38	8.1	3,480	21	8,940	6.1	7.2
Líbano	4	10	434	17.7	3,990	20	4,470	1.0	–0.3
Lesotho	2	30	69	1.0	470	6 [c]	2,710 [c]	3.8	2.6
Lituania	3	65	54	12.7	3,660	34	9,880	6.7	6.9
Ex. Rep. Yug. de Macedonia	2	26	80	3.5	1,700	13	6,210	0.3	0.1
Madagascar	16	587	28	3.9	240	12	720	–11.9	–14.4
Malawi	11	118	114	1.7	160	6	570	1.8	–0.3

Nota: Respecto de la comparabilidad y cobertura de los datos, *véanse* las Notas técnicas. Las cifras que aparecen en bastardilla corresponden a años distintos de los indicados.

Cuadro 1. Tamaño de la economía (*continuación*)

	Población	Superficie terrestre	Densidad de la población	Ingreso nacional bruto (INB) [a]		Ingreso nacional bruto (INB) según la PPA [b]		Producto interno bruto	
	Millones de habitantes 2002	Miles de km² 2002	Habitantes por km² de superficie terrestre 2002	Miles de millones de dólares 2002	Dólares per cápita 2002	Miles de millones de dólares 2002	Dólares per cápita 2002	Porcentaje de crecimiento 2001-2002	Crecimiento per cápita % 2001-2002
Malasia	24	330	74	86.0	3,540	201	8,280	4.2	2.1
Malí	11	1,240	9	2.8	240	10	840	9.6	7.1
Mauritania	3	1,026	3	1 0	340	..	..	5.1	2.2
México	101	1,958	53	596.7	5,910	862	8,540	0.7	. .0.8
República de Moldavia	4	34	129	1.7 [h]	460 [h]	7	1,560	7.2	7.6
Mongolia	2	1,567	2	1.1	440	4	1,650	3.7	2.6
Marruecos	30	447	66	35.4	1,190	109	3,690	4.5	2.9
Mozambique	18	802	24	3.9	210	..	..	9.9	7.7
Myanmar	49	677	74	..	.. [i]	..	..	..	..
Namibia	2	824	2	3.3	1,780	12 [c]	6,650 [c]	3.0	1.2
Nepal	24	147	169	5.6	230	33	1,350	.. 0.6	...2.8
Países Bajos	16	42	477	386 8	23,960	443	27,470	0.1	...0.6
Nueva Zelanda	4	271	14	53.1	13,710	77	20,020	3.8	3.2
Nicaragua	5	130	44	..	.. [i]	..	..	.	..
Níger	12	1,267	9	2.0	170	9 [c]	770 [c]	3.0	...0.2
Nigeria	133	924	146	38.7	290	103	780	...0.9	...3.1
Noruega	5	324	15	171.8	37,850	163	35,840	2.0	1.4
Pakistán	145	796	188	59.2	410	281	1,940	4.4	1.9
Panamá	3	76	40	11.8	4,020	17 [c]	5,870 [c]	0.8	...0.7
Papua Nueva Guinea	5	463	12	2.8	530	11 [c]	2,080 [c]	...2.5	...4.7
Paraguay	6	407	14	6.4	1,170	25 [c]	4,450 [c]	...2.2	...4.3
Perú	27	1,285	21	54 7	2,050	128	4,800	5.2	3.7
Filipinas	80	300	268	81.5	1,020	342	4,280	4.6	2.4
Polonia	39	323	127	176.6	4,570	391	10,130	1.2	1.2
Portugal	10	92	110	108.7	10,840	174	17,350	0.4	0.3
Rumania	22	238	97	41.3	1,850	141	6,290	4.3	4.5
Federación Rusa	144	17,075	9	307.9	2,140	1,127	7,820	4.3	4.8
Rwanda	8	26	331	1.9	230	10	1,210	9.4	6.3
Arabia Saudita	22	2,150	10	..	.. [j]	..	..	..	..
Senegal	10	197	52	4.7	470	15	1,510	2.4	0.0
Serbia & Montenegro	11	102	108	11.6 [k]	1,400 [k]	..	..	..	..
Sierra Leona	5	72	73	0.7	140	3	490	6 3	4.2
Singapur	4	1	6,826	86.1	20,690	96	23,090	2.2	1.4
República Eslovaca	5	49	112	21.4	3,950	66	12,190	4.4	4.3
Eslovenia	2	20	99	19.6	9,810	35	17,690	2.9	2.9
Suráfrica	44	1,221	36	113.5	2,600	430 [c]	9,870 [c]	3.0	2.2
España	41	506	82	594.1	14,430	842	20,460	1.8	1.6
Sri Lanka	19	66	293	15.9	840	64	3,390	3.0	1.7
Suecia	9	450	22	221.5	24,820	224	25,080	1.9	1.5
Suiza	7	41	183	274.2	37,930	226	31,250	...0.2	...0.2
República Árabe Siria	17	185	93	19.2	1,130	55	3,250	3.1	0.6
Tayikistán	6	143	45	1.1	180	6	900	9.1	7.9
Tanzania	35	945	40	9 6 [l]	280 [l]	19	550	5.8	3.6
Tailandia	62	513	121	122.2	1,980	411	6,680	5.2	4.5
Togo	5	57	88	1.3	270	7	1,430	3.0	0.5
Túnez	10	164	63	19.6	2,000	61	6,280	1.9	0.7
Turquía	70	775	90	174.0	2,500	426	6,120	7.8	6.1
Turkmenistán	6	488	12	6.7	1,200	25	4,570	14.9	12.6
Uganda	23	241	119	5.9	250	31 [c]	1,320 [c]	6.3	3.6
Ucrania	49	604	84	37.7	770	226	4,650	4.5	5.3
Reino Unido	59	243	244	1,486.2	25,250	1,523	25,870	1.5	1.4
Estados Unidos	288	9,629	31	10,110.1	35,060	10,110	35,060	2.3	1.2
Uruguay	3	176	19	14.8	4,370	41	12,010	...10.8	.. 11.3
Uzbekistán	25	447	61	11.5	450	40	1,590	4.2	2.9
Venezuela, Rep. Bol. de	25	912	28	102.6	4,090	127	5,080	...8.9	...10.6
Vietnam	81	332	247	34.9	430	180	2,240	7.1	5.8
Yemen, Rep. del	19	528	35	9.4	490	14	750	4.2	1.1
Zambia	10	753	14	3.5	330	8	770	3.0	1.3
Zimbabwe	13	391	34	.. [i]	..	28	2,120	...5.6	...6.6
Todo el mundo	6,201 s	133,875 s	48 w	31,483.9 t	5,080 w	46,952 t	7,570 w	1.7 w	0 5 w
De ingreso bajo	2,495	33,612	77	1,071.7	430	5,092	2,040	4.1	2.3
De ingreso mediano	2,742	67,898	41	5,033.3	1,840	15,431	5,630	3.2	2.2
De ingreso mediano bajo	2,411	54,970	45	3,352.4	1,390	12,378	5,130	4.8	3.9
De ingreso mediano alto	331	12,928	26	1,667.9	5,040	3,050	9,220	...1 5	...2.7
De ingreso bajo y mediano	5,237	101,510	53	6,101.7	1,170	20,474	3,910	3.3	2.0
Asia Oriental y el Pacífico	1,838	16,302	116	1,740.5	950	7,640	4,160	6.7	5.8
Europa y Asia central	476	24,217	20	1,030.2	2,160	3,188	6,690	4.7	4.6
América Latina y el Caribe	527	20,450	26	1,726.5	3,280	3,556	6,750	...0.5	...1 9
Oriente Medio y N De África	306	11,135	28	670 0	2,230	1,657	5,410	..	..
Asia meridional	1,401	5,140	293	640.5	460	3,352	2,390	4 3	2 6
África Subsahariana	688	24,267	29	306.5	450	1,116	1,620	3.2	0.9
De ingreso alto	965	32,365	31	25,383.7	26,310	26,622	27,590	1.3	0.8

a. Estimaciones del Banco Mundial obtenidas según el método del Atlas del Banco Mundial. b. PPA: estas siglas identifican la Paridad del poder adquisitivo; *véanse* las Notas técnicas. c. Estimación obtenida según el método de regresión; otros datos se han extrapolado de las estimaciones de referencia más recientes del Programa de Comparación Internacional. d. Incluye a Taiwán, China, Macao, China y Hong Kong. e. Esta estimación se basa en una comparación bilateral entre China y los Estados Unidos (Rugen y Kai, 1995). f. En las estimaciones del INB y el INB per cápita se incluyen los departamentos extraterritoriales de Francia: Guayana Francesa, Guadalupe, Martinica y Reunión. g. Se estima que se sitúan en el ingreso alto (US$9.076 o más). h. Los datos excluyen a Transnistria. i. Se estima que se sitúa en el nivel de ingreso bajo (US$735 o menos). j. Se estima que se sitúa en el nivel de ingreso mediano alto (US$2.935-9.075). k. Los datos excluyen a Kosovo. l. Los datos se refieren a Tanzania continental únicamente.

Cuadro 2 Objetivos de Desarrollo del Milenio: erradicar la pobreza y mejorar la calidad de vida

	Erradicar la pobreza extrema y el hambre			Lograr la educación primaria universal		Fomentar la igualdad de género		Reducir la mortalidad infantil		Mejorar la salud materna		
	Participación del quintil más pobre en el ingreso o en el consumo nacional %	Prevalencia de desnutrición infantil % de menores de cinco años		Tasa de terminación de la primaria (%)		Relación de matrícula femenina y masculina en la escuela primaria y secundaria (%)[a]		Tasa de mortalidad de menores de cinco años por 1.000		Tasa de mortalidad materna por 100 000 nacimientos vivos. Estimaciones modeladas	Nacimientos atendidos por personal médico calificado % del total	
	1987-2001[b]	1990	2001	1990	2001	1990	2000	1990	2001	1995	1990	2000
Albania	..	..	*14*	101		90	102	42	*25*	31	.	99
Algeria	7.0[c]	*9*	*6*	82		80	98	69	*49*	150	..	92
Angola	..	*20*	..		28	..	*84*	260	*260*	1,300	..	.
Argentina	..	..	..	..	*96*	..	103	28	19	85		*98*
Armenia	6.7[c]	..	*3*	..	..	..	106	58	*35*	29	..	97
Australia	5.9[d]	..	..	..	..	96	100	10	6	6	*100*	*100*
Austria	7.0[d]	..	..	..	..	90	97	9	5	11	..	..
Azerbaiyán	7.4[c]	..	*17*	*47*	*100*	94	*101*	106	*96*	37	..	88
Bangladesh	9.0[c]	66	*48*	*50*	70	72	103	144	*77*	600	7	12
Bielorrusia	8.4[c]	..	..	*97*	..	..	101	21	20	33	..	*100*
Bélgica	8.3[d]	.	.	..	.	97	106	9	6	8	..	..
Benín	..	..	*23*	23	*39*	..	*62*	185	*158*	880	*38*	..
Bolivia	4.0[c]	11	*8*	55	72	89	97	122	77	550	*43*	*59*
Bosnia y Herzegovina		.	*4*	..	88	..	..	22	*18*	15	..	100
Botswana	2.2[c]	..	*13*	114	..	107	102	58	*110*	480	*79*	99
Brasil	2.2[d]	*7*	..	*48*	71	..	103	60	36	260	..	..
Bulgaria	6.7[d]	..	..	90	..	94	97	19	16	23	..	99
Burkina Faso	4.5[c]	..	*34*	19	*25*	61	70	210	*197*	1,400	*30*	27
Burundi	5.1[c]	..	*45*	46	*43*	82	79	190	*190*	1,900	*20*	25
Camboya	6.9[c]	..	*45*	*71*	*70*	..	83	115	138	590	47	34
Camerún	4.6[c]	*15*	*22*	57	43	82	*81*	139	155	720	*58*	56
Canadá	7.3[d]	..	..	..	..	94	*101*	8	7	6		..
República Centroafricana	2.0[c]	..	..	28	19	61	..	180	180	1,200	*66*	44
Chad	..	..	*28*	19	19	..	*56*	203	200	1,500	15	16
Chile	3.2[d]	..	*1*	94	99	98	88	19	12	33	..	.
China	5.9[d]	*17*	*10*	99	..	81	*98*	49	39	60	..	*70*
Hong Kong, China	5.3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	100	100
Colombia	3.0[d]	*10*	*7*	72	85	*104*	104	36	23	120	94	86
Congo, Rep. Dem. del	..	..	..	48	40	*69*	*80*	205	205	940	..	*70*
Congo, Rep. del	..	..	..	61	44	*88*	89	110	*108*	1,100	..	..
Costa Rica	4.4[d]	3	..	*73*	*89*	96	101	17	11	35	..	*98*
Costa de Marfil	7.1[c]	..	*21*	44	40	..	71	155	175	1,200	*50*	47
Croacia	8.3[c]	..	..	*86*	..	97	..	13	8	18	..	*100*
República Checa	10.3[d]	*1*	.	*89*	..	94	101	12	5	14	..	..
Dinamarca	8.3[d]	..	..	..	..	96	103	9	4	15	..	..
República Dominicana	5.1[d]	*10*	*5*	..	82	..	106	65	47	110	*92*	..
Ecuador	5.4[c]	..	*14*	*99*	96	*97*	100	57	30	210	56	*69*
Egipto, Rep. Árabe de	8.6[c]	10	*4*	*77*	..	78	94	104	*41*	170	*37*	61
El Salvador	3.3[d]	*15*	*12*	*61*	80	*100*	*98*	60	*39*	180	*90*	*90*
Eritrea	..	..	..	*22*	35	*82*	*77*	155	111	1,100	..	..
Estonia	7.0[d]	..	..	*93*	..	*99*	99	17	12	80	..	..
Etiopía	2.4[d]	*48*	*47*	*22*	24	68	68	193	172	1,800	*8*	10
Finlandia	10.1[d]	..	..	..	..	105	106	7	5	6	..	.
Francia	7.2[d]	..	..	..	..	98	100	10	6	20	..	..
Georgia	6.0[c]	..	*3*	..	*90*	94	102	29	*29*	22	..	*96*
Alemania	5.7[d]	..	..	..	..	*94*	*99*	9	5	12	..	..
Ghana	5.6[c]	*30*	*25*	63	64	..	88	126	100	590	55	*44*
Grecia	7.1[d]	..	..	..	..	93	101	11	5	2	..	..
Guatemala	3.8[d]	..	*24*	*43*	52	..	92	82	58	270	*30*	*41*
Guinea	6.4[c]	..	*33*	16	*34*	43	*57*	240	*169*	1,200	..	35
Haití	..	27	*17*	28	*70*	..	..	150	123	1,100	*78*	24
Honduras	2.0[d]	*18*	*17*	*66*	67	*103*	..	61	*38*	220	..	..
Hungría	10.0[c]	*2*		*93*	..	96	*100*	17	9	23	.	..
India	8.1[c]	64	..	70	76	*68*	*78*	123	*93*	440	44	*42*
Indonesia	8.4[c]	..	*25*	92	91	91	98	91	*45*	470	47	*56*
Irán, Rep. Islámica de	5.1[c]	..	*11*	94	..	80	95	72	42	130	78	..
Irlanda	6.7[d]	..	..	..	..	99	..	9	6	9	..	..
Israel	6.9[d]	..	..	..	..	99	100	12	6	8	..	..
Italia	6.0[d]	..	..	..	..	95	98	10	6	11	..	..
Jamaica	6.7[c]	*5*	*4*	90	94	97	101	20	20	120	*92*	*95*
Japón	10.6[d]	..	..	..	..	96	101	6	5	12	100	..
Jordania	7.6[c]	6	..	102	104	93	*101*	43	33	41	87	..
Kazajstán	8.2[c]	..	*4*	..	..	..	98	52	*99*	80	.	98
Kenia	5.6[c]	..	*22*	87	63	..	97	97	122	1,300	*50*	*44*
Corea, Rep. de	7.9[d]	..	..	96	96	93	100	9	5	20	98	
Kuwait	..	..	..	*56*	..	*97*	*101*	16	10	25	..	..
República Kirguisa	9.1[c]	..	..	..	*100*	100	99	81	*61*	80	..	*98*
República Dem. Pop. Lao	7.6[c]	..	*40*	*44*	*69*	*75*	82	163	100	650	..	21
Letonia	7.6[d]	..	..	*76*	..	96	101	18	21	70	..	..
Líbano	..	..	..	..	..	..	102	37	32	130	*95*	*95*
Lesotho	1.4[c]	*16*	*18*	75	68	124	107	148	*132*	530	*40*	60
Lituania	7.9[c]	..	..	*88*		*93*	99	14	9	27	..	..
Ex. Rep. Yug. de Macedonia	8.4[c]		*6*	*89*	..	*94*	98	33	26	17	*88*	*97*
Madagascar	6.4[c]	*41*	..	34	*26*	..	*97*	168	136	580	..	46
Malawi	4.9[c]	*28*	*25*	33	64	79	94	241	*183*	580	50	56

Nota: Respecto de la comparabilidad y cobertura de los datos, *véanse* las Notas técnicas. Las cifras que aparecen en bastardilla corresponden a años distintos de los indicados.

Cuadro 2 Objetivos de Desarrollo del Milenio: erradicar la pobreza y mejorar la calidad de vida (*continuación*)

	Erradicar la pobreza extrema y el hambre			Lograr la educación primaria universal		Fomentar la igualdad de género		Reducir la mortalidad infantil		Mejorar la salud materna		
	Participación del quintil más pobre en el ingreso o en el consumo nacional %	Prevalencia de desnutrición infantil, % de menores de cinco años		Tasa de terminación de la primaria (%)		Relación de matrícula femenina y masculina en la escuela primaria y secundaria (%)[a]		Tasa de mortalidad de menores de cinco años por 1.000		Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacimientos vivos. Estimaciones modeladas	Nacimientos atendidos por personal médico calificado % del total	
	1987–2001[b]	1990	2001	1990	2001	1990	2000	1990	2001	1995	1990	2000
Malasia	4.4 [d]	25	..	91	..	98	105	21	8	39	..	96
Malí	4.6 [c]	..	..	11	23	57	66	254	231	630	..	..
Mauritania	6.4 [c]	48	32	34	46	67	93	183	183	870	40	57
México	3.4 [d]	17	8	89	100	96	101	46	29	65	..	..
República de Moldavia	7.1 [c]	..	..	67	79	103	102	37	32	65	..	..
Mongolia	5.6 [c]	12	13	..	82	107	112	107	76	65	100	97
Marruecos	6.5 [c]	10	..	47	..	67	83	85	44	390	..	..
Mozambique	6.5 [c]	..	..	30	36	73	75	235	197	980	..	..
Myanmar	..	32	..	..	..	95	98	130	109	170	94	..
Namibia	1.4 [d]	26	..	70	..	111	104	84	67	370	..	76
Nepal	7.6 [c]	..	48	51	65	53	82	145	91	830	..	12
Países Bajos	7.3 [d]	..		..	.	93	97	8	6	10	100	100
Nueva Zelanda	6.4 [d]	.	..	..	..	96	103	11	6	15	..	..
Nicaragua	2.3 [c]	..	12	45	65	..	105	66	43	250	..	61
Níger	2.6 [c]	43	40	18	20	54	67	320	265	920	..	16
Nigeria	4.4 [c]	35	31	72	67	76	..	190	183	1,100	31	42
Noruega	9.7 [d]	..	..	..	..	97	101	9	4	9	100	..
Pakistán	8.8 [c]	40	..	44	59	47	61	128	109	200	40	20
Panamá	3.6 [c]	6	.	87	94	96	100	34	25	100	..	90
Papua Nueva Guinea	4.5 [c]	..	..	53	..	77	90	101	94	390	40	..
Paraguay	1.9 [d]	4	..	65	78	95	99	37	30	170	71	71
Perú	4.4 [d]	11	7	85	98	93	97	75	39	240	78	..
Filipinas	5.4 [c]	34	32	89	..	..	103	66	38	240	..	56
Polonia	7.8 [c]	..	..	100	..	96	98	22	9	12	..	..
Portugal	5.8 [d]	..	..	..	..	99	102	15	6	12	98	100
Rumania	8.2 [c]	6	.	96	..	95	100	36	21	60	..	98
Federación Rusa	4.9 [c]	..	..	..	96	..	..	21	21	75	..	99
Rwanda	.. [c]	29	24	34	28	98	97	178	183	2,300	22	31
Arabia Saudita	..	..	..	60	..	82	94	44	28	23	88	91
Senegal	6.4 [c]	22	18	45	41	69	84	148	138	1,200	42	51
Serbia & Montenegro	..	..	2	72	96	96	..	26	19	15	..	93
Sierra Leona	1.1 [c]	29	27	..	32	67	77	323	316	2,100	..	42
Singapur	5.0 [d]	..	..	..	..	89	..	8	4	9	.	100
República Eslovaca	8.8 [d]	..	..	96	..	98	101	14	9	14	..	..
Eslovenia	9.1 [d]	..	..	99	..	97	..	10	5	17	100	..
Suráfrica	2.0 [c]	..	..	76	..	103	100	60	71	340	..	84
España	7.5 [d]	..	..	..	..	99	103	9	6	8	..	..
Sri Lanka	8.0 [c]	..	33	100	111	99	102	23	19	60	85	..
Suecia	9.1 [d]	..	..	..	..	97	115	7	3	8	..	..
Suiza	6.9 [d]	..	..	..	..	92	96	8	6	8	..	..
República Árabe Siria	..	..	..	98	..	82	92	44	28	200	64	..
Tayikistán	8.0 [c]	..	.	..	95	..	87	127	116	120	..	77
Tanzania	6.8 [c]	29	29	65	60	97	99	163	165	1,100	44	35
Tailandia	6.1 [c]	..	..	93	90	94	95	40	28	44	71	..
Togo	..	25	25	41	63	59	70	152	141	980	32	51
Túnez	5.7 [c]	10	4	75	..	82	100	52	27	70	80	90
Turquía	6.1 [c]	..	8	90	..	77	84	74	43	55	77	81
Turkmenistán	6.1 [c]	..	12	..	..	..	..	98	87	65	..	97
Uganda	7.1 [c]	23	23	49	65	..	89	165	124	1,100	38	..
Ucrania	8.8 [c]	..	3	58	..	..	92	22	20	45	..	99
Reino Unido	6.1 [d]	..	..	..	..	97	111	9	7	10	100	99
Estados Unidos	5.2 [d]	..	..	.	..	95	100	11	8	12	99	99
Uruguay	4.5 [d,e]	6	.	95	98	..	105	24	16	50	..	100
Uzbekistán	9.2 [c]	..	..	..	100	..	.	65	68	60	..	96
Venezuela, Rep. Bol. de	3.0 [d]	8	4	91	78	101	105	27	22	43	97	95
Vietnam	8.0 [c]	45	34	..	101	..	..	50	38	95	95	70
Yemen, Rep. del	7.4 [c]	30	..	..	58	..	50	142	107	850	..	22
Zambia	3.3 [c]	25	..	91	73	..	92	192	202	870	41	..
Zimbabwe	4.6 [c]	12	13	97	..	96	94	80	123	610	62	84
Todo el mundo		.. w	.. w	.. w	.. w	84 w	92 w	93 w	81 w		.. w	.. w
De ingreso bajo		..	..	68	..	74	78	141	121		43	..
De ingreso mediano		..		94	..	84	98	51	38		..	..
De ingreso mediano bajo		18	10	95	..	82	97	54	41		..	..
De ingreso mediano alto		..	..	90	..	96	100	34	23		..	..
De ingreso bajo y mediano		..	..	83	..	80	90	101	88		..	..
Asia Oriental y el Pacífico		19	15	98	..	83	97	59	44		..	70
Europa y Asia central		..	..	..	..	..	..	44	38		..	..
América Latina y el Caribe		..	..	..	..		102	53	34		..	..
Oriente Medio y N. África		.	..	81	..	79	95	77	54			..
Asia meridional		64	..	70	74	68	79	129	99		39	42
África Subsahariana		..	..	57	..	79	82	178	171		..	..
De ingreso alto		..	..	..	..	96	101	10	7		..	..

a. La interrupción en la serie entre 1997 y 1998 se debe a cambios en la Clasificación Internacional Estándar de la Educación de 1976 (ISCED76). b. Los datos corresponden al año más reciente disponible. c. Se refiere a participaciones en el gasto por percentiles de la población; clasificados por gastos per cápita. d. Se refiere a participaciones del ingreso por percentiles de la población; clasificados por ingreso per cápita. e. Los datos se refieren únicamente al sector urbano.

Cuadro 3. Gasto en educación y salud

	Gasto público por estudiante[a]			Gasto público en educación en porcentaje del gasto público[b]	Incidencia del gasto en educación		Gasto en salud			Incidencia del gasto en salud	
	Educación primaria % del PIB per cápita 2000	Educación secundaria % del PIB per cápita 2000	Educación terciaria % del PIB per cápita 2000	% del total de gastos públicos en educación primaria 2000	Quintil más bajo 1991–2001[c]	Quintil más alto 1991–2001[c]	% pública del PIB 2000	% privada del PIB 2000	Total per cápita US$ 1997–2000	Quintil más bajo 1991–2001[c]	Quintil más alto 1991–2001[c]
Albania	..		..	82.5	..	..	2.1	1.3	41	..	..
Algeria	..	..	..	..	..	..	3.0	0.6	64	..	..
Angola	..	..	..	81.0	..	..	2.0	1.6	24	..	..
Argentina	*12.5*	*16.4*	*17.7*	..	..	..	4.7	3.9	658	33	6
Armenia	4.0	22.2	17.9	47.1	7	29	3.2	4.3	38	13	39
Australia	**15.9**	**13.9**	**24.9**	..	..	..	**6.0**	**2.3**	**1,698**	..	..
Austria	***25.1***	***30.5***	***51.0***	..	..	..	**5.6**	**2.4**	**1,872**	..	..
Azerbaiyán	***24.8***	***0.9***	***13.1***	**84.2**	**18**	**22**	**0.6**	**0.2**	**8**	..	..
Bangladesh	**7.3**	**14.1**	**38.9**	**75.0**	**12**	**32**	**1.4**	**2.4**	**14**	**16**	**26**
Bielorrusia	..	..	..	..	..	..	**4.7**	**1.0**	**57**	..	..
Bélgica	*17.0*	.	..	.	..	..	6.2	2.5	1,936	..	..
Benín	10.3	*12.1*	*108.2*	73.6	..	..	1.6	1.6	11	..	..
Bolivia	13.3	11.0	45.2	80.6	..	..	4.9	1.8	67	..	..
Bosnia & Herzegovina	..	..	..	..	..	..	3.1	1.4	50	..	..
Botswana	..	..	..	..	..	..	3.8	2.2	191	..	..
Brasil	***12.5***	***12.6***	***72.8***	..	**18**[d]	**25**[d]	**3.4**	**4.9**	**267**	..	..
Bulgaria	***15.2***	***17.1***	***14.5***	..	..	..	**3.0**	**0.9**	**59**	**13**	**25**
Burkina Faso	..	..	..	**69.3**	..	..	**3.0**	**1.2**	**8**	..	..
Burundi	**10.9**	**66.6**	**923.6**	**77.9**	..	..	**1.6**	**1.5**	**3**	..	..
Camboya	***3.2***	**15.0**	**48.6**	**80.0**	**15**	**29**	**2.0**	**6.1**	**19**	..	..
Camerún	*8.3*	*24.6*	*69.6*	67.5	..	..	1.1	3.2	24	..	..
Canadá	..	..	*46.1*	..	..		6.6	2.5	2,058	..	..
República Centroafricana	..	..		71.5		..	1.4	1.5	8	.	..
Chad	*9.5*	*28.5*	*423.7*	65.8	.	..	2.5	0.6	6		..
Chile	*13.9*	*15.2*	*21.9*	..	..	..	3.1	4.1	336	..	..
China	***6.1***	***12.1***	***85.8***	..	..	..	**1.9**	**3.4**	**45**	..	..
Hong Kong, China	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Colombia	..	..	..	..	**23**	**14**	**5.4**	**4.2**	**186**	**27**	**13**
Congo, Rep. Dem. del	..	..	..	**89.7**	..	..	**1.1**	**0.4**	**9**	..	..
Congo, Rep. del	***9.9***	..	..	**79.7**	..	..	**1.5**	**0.7**	**22**	..	..
Costa Rica	14.9	19.4	55.7	..	21	20	4.4	2.0	273	27	13
Costa de Marfil	14.7	35.7	*139.6*	77.5	13	35	1.0	1.7	16	11	32
Croacia	..	..	..	..	..	..	8.0	2.0	434	..	..
República Checa	*12.5*	*23.2*	*33.9*	..	..	..	6.6	0.6	358	..	..
Dinamarca	*23.4*	*37.2*	*65.1*	..	..	..	6.8	1.5	2,512	..	..
República Dominicana	...	..	..	..	..	..	**1.8**	**4.5**	**151**	..	..
Ecuador	**4.3**	**8.9**	..	..	**12**	**25**	**1.2**	**1.2**	**26**	**8**	**38**
Egipt, Rep. Árabe de	..	..	***39.4***	..	..	..	**1.8**	**2.0**	**51**	..	..
El Salvador	***2.0***	***26.4***	***10.4***	..	..	..	**3.8**	**5.0**	**184**	..	..
Eritrea	..	..	..	**70.4**	..	..	**2.8**	**1.5**	**9**	..	..
Estonia	*24.5*	*30.8*	*33.0*	..	..	..	4.7	1.4	218	..	..
Etiopía	..	..	..	79.5	..	.	1.8	2.8	5	..	..
Finlandia	*17.3*	*25.5*	*39.7*	..	..	..	5.0	1.6	1,559	..	..
Francia	*18.0*	*29.3*	*30.3*	..	..	..	*7.2*	2.3	2,057	..	
Georgia	..	..	..	84.0	..	..	0.7	6.4	41	..	..
Alemania	***17.8***	***20.5***	***42.5***	..	..	..	**8.0**	**2.6**	**2,422**	..	..
Ghana	..	..	..	**82.3**	**16**	**21**	**2.2**	**2.0**	**11**	**12**	**33**
Grecia	***16.0***	***17.9***	***26.7***	..	..	..	***4.6***	**3.7**	***884***	..	..
Guatemala	***4.9***	***12.1***	..	..	..	..	**2.3**	**2.4**	**79**	..	..
Guinea	**9.5**	..	..	**65.3**	**5**	**44**	**1.9**	**1.5**	**13**	**4**	**48**
Haití	..	..	..	90.0	..	.	2.4	2.5	21	..	..
Honduras		..	..	88.0	..	..	4.3	2.5	62	21	12
Hungría	*17.7*	*18.7*	*30.5*		..	..	5.1	1.7	315	..	..
India	*7.2*	*23.1*	..	76.8	..	..	0.9	4.0	23	10	32
Indonesia	*3.2*	*8.7*	..	80.1	15	29	0.6	2.1	19	12	29
Irán, Rep. Islámica de	**10.3**	**11.8**	**81.6**	..	..	..	**2.5**	**3.0**	**258**	..	..
Irlanda	***13.3***	***15.2***	***27.8***	..	..	..	**5.1**	**1.6**	**1,692**	..	..
Israel	***21.2***	***22.5***	***31.6***	..	..	..	**8.3**	**2.6**	**2,021**	..	..
Italia	***21.2***	***27.1***	***26.0***	..	..	..	**6.0**	**2.1**	**1,498**	..	..
Jamaica	***16.2***	***26.8***	***80.0***	..	**22**	**15**	**2.6**	**2.9**	**165**	..	..
Japón	*21.3*	..		..	..	..	6.0	1.8	2,908	..	..
Jordania	*13.7*	*16.1*	*31.1*	..	.	..	4.2	3.9	137	..	..
Kazajstán	..	..	..	..	8	26	2.7	1.0	44	..	..
Kenya	*0.4*	*1.2*	*496.9*	95.8	17	21	1.8	6.5	28	14[e]	24[e]
Corea, Rep. de	18.3	16.8	8.0	..	..	..	2.6	3.4	584	..	..
Kuwait	..	..	..	..	..	..	**2.6**	**0.4**	**586**	..	..
República Kirguisa	..	***18.3***	***32.2***	**78.2**	**14**	**27**	**2.2**	**2.2**	**12**	..	..
República Dem. Pop. de Laos	**6.5**	**8.7**	**145.3**	**80.4**	**12**	**34**	**1.3**	**2.1**	**11**	..	..
Letonia	**23.6**	**25.2**	**22.5**	..	..	..	**3.5**	**2.4**	**174**	..	..
Líbano	***10.5***	..	***9.3***	..	..	..	***2.5***	***9.9***	**499**	..	..
Lesotho	*27.0*	*76.3*	*962.7*	70.1	..	..	5.2	1.1	28	..	..
Lituania	*61.4*	..	*40.4*	..	..		4.3	1.7	185	.	..
Ex. Rep. Yug. de Macedonia	..	*30.6*	*44.8*	..	9	40	5.1	0.9	106	..	..
Madagascar	*3.9*	..	*76.2*	57.6	8	41	2.5	1.0	9	12	30
Malawi	.	..	.	86.0	16	25	3.6	4.0	11	..	..

Nota: Respecto de la comparabilidad y cobertura de los datos, *véanse* las Notas técnicas. Las cifras que aparecen en bastardilla corresponden a años distintos de los indicados.

Cuadro 3. Gasto en educación y salud (*continuación*)

	Gasto público por estudiante[a]			Gastos ordinarios en salarios de docentes de primaria[b]	Incidencia del gasto en educación		Gasto en salud			Incidencia del gasto en salud	
	Educación primaria % del PIB per cápita 2000	Educación secundaria % del PIB per cápita 2000	Educación terciaria % del PIB per cápita 2000	% del total de gastos ordinarios en educación primaria 2000	Quintil más bajo	Quintil más alto	% público del PIB	% privado del PIB	Total per cápita US$	Quintil más bajo	Quintil más alto
					1991–2001[c]	1991–2001[c]	2000	2000	1997–2000	1991–2001[c]	1991–2001[c]
Malasia	*11.2*	*19.9*	*86.1*	..		..	1.5	1.0	101	..	..
Mali	*13.7*	..	*241 4*	68.9	..	..	2.2	2 7	10	..	..
Mauritania	*11.7*	*36.4*	.	81 8	..	..	3.4	0 9	14	..	..
México	*11.7*	*13.8*	*45 2*		19	21	2.5	2.9	311	..	..
República de Moldavia	1.3	28.7	19.3	32.2		.	2.9	0.6	11		..
Mongolia	..	40.6	26.8	85.0	..	..	4.6	2.0	23	..	..
Marruecos	20.5	*49.9*	*102.7*	..	12	24	1.3	3.2	50	..	..
Mozambique	..	..	..	73.9	..	..	2.7	1.6	9	..	..
Myanmar	*1.6*	*1.9*	*19.4*	..	..	..	0.4	1.8	153	..	..
Namibia	*20.7*	*34.0*	*147.1*	..	..	..	4.2	2.9	136	..	..
Nepal	14.2	15.6	98.7	80.0	11	46	0.9	..	..	.	..
Países Bajos	*15.4*	*21 8*	*43.0*	..	..	..	5 5	2.6	1,900		..
Nueva Zelanda	19.9	22.3	25.5	..	..	..	6.2	1.8	1,062	.	..
Nicaragua	*20.5*	..	..	67.3	11	35	2.3	2.1	43	18	18
Níger	22.3	81.0	441.0	74.1	..	..	1.8	2.1	5	..	..
Nigeria	..	..	..	90.9	..	..	0.5	1.7	8	..	..
Noruega	*29.2*	..	*46.5*	..	..	..	6.6	1.2	2,832	..	..
Pakistán	..	..	..	80.7	14	29	0.9	3.2	18	..	..
Panamá	15.8	24.4	*47.7*	..	12	21	5.3	2.3	268	..	..
Papua Nueva Guinea	*11.1*	*18.0*	*40.4*	..	..	..	3.6	0.5	31	..	..
Paraguay	..	*18.1*	..	..		..	3.0	4.9	112	..	..
Perú	*8.0*	*10 6*	*22.0*	..	15	22	2.8	2.0	100	..	..
Filipinas	*14.3*	*12.5*	*23.2*	..	..	..	1.6	1.8	33	..	..
Polonia	*26.5*	*12.0*	*20.2*	..	.	..	4.2	1.8	246	..	..
Portugal	*20.5*	*29.4*	*28.2*	..	..		5.8	2.4	862	.	..
Rumania	..	..	..	..	22	17	1.9	1.0	48	..	..
Federación Rusa	..	*20.5*	*15.8*	..	..	..	3.8	1.5	92	..	..
Rwanda	6.9	..	571.6	91.4	..	..	2.7	2.5	12	..	..
Arabia Saudita	..	..	*86.9*	..	..	..	4.2	1.1	448	..	..
Senegal	*13.6*	*33.1*	*244.6*	63.4	..	..	2.6	2.0	22	..	..
Serbia & Montenegro	..	..	..	..	..		2.9	2.7	50	..	..
Sierra Leona	..	..	..	66.9	..	..	2.6	1.7	6	..	..
Singapur	..	..	..	..	.	..	1.2	2.3	814		..
República Eslovaca	*10.8*	*19.2*	*30.8*	..	..	..	5.3	0.6	210	..	
Eslovenia	.	..	..	..	..	..	6.8	1.8	788	.	
Sur África	*14.0*	*17.9*	*61.3*	..	14	35	3.7	5.1	255	16	17
España	*18.8*	*25.5*	*19.8*	..	..	..	5.4	2.3	1,073	..	..
Sri Lanka	..	..	..	..	..	..	1.8	1.8	31	20	20
Suecia	*23.5*	*28.3*	*53.5*	..	..	..	6.5	1.9	2,179	..	..
Suiza	*23.2*	*28.2*	*55.8*	..	..	..	5.9	4.8	3,573	..	..
República Árabe Siria	12.9	23.3	..	..	..	.	1.6	0.9	30	..	..
Tayikistán	..	..	*9.9*	..	.	..	0.9	*2.3*	6	.	..
Tanzania	..	..	..	88.8	14	37	2.8	3.1	12	17	29
Tailandia	*12.5*	*12.8*	*38.2*	..	..	..	2 1	1.6	71	..	..
Togo	11.6	23.1	*295.3*	74.8	..	..	1.5	1.3	8	.	..
Túnez	*16.2*	*28.4*	*89.8*	..	..	..	*2.9*	*2.6*	110	..	..
Turquía	*17.6*	*11.8*	*72.1*	..	..	..	3.6	1.4	150	..	..
Turkmenistán	..	..	..	..	..	..	4.6	0.8	52	..	..
Uganda	..	..	..	73.8	13	32	1.5	2.4	10	..	..
Ucrania	..	*21.2*	*28.2*	..	..	..	2.9	1.2	26	..	..
Reino Unido	*14.0*	*14.9*	*26.3*	..	..	..	5.9	1 4	1,747	..	..
Estados Unidos	*17.9*	*22.4*	..	..	..	..	5.8	7 2	4,499	..	..
Uruguay	*8.2*	*12.0*	*21.3*	..	..	..	5 1	5.8	653	..	..
Uzbekistán	..	..	..	73.0		..	2 6	2.6	29	..	..
Venezuela, Rep. Bol. de	..	..	..	..	..	..	2.7	2.0	233	..	..
Vietnam	..	..	..	55.0	18	21	1.3	3.9	21	12	29
Yemen, Rep. del	..	..	..	73.3	19	22	*2.1*	*2.8*	20	..	..
Zambia	..	..	..	78.3	..	..	3.5	2.1	18	..	..
Zimbabwe	13.2	20.1	200.9	75.0	..	..	3.1	4.2	43.0	..	..
Todo el mundo	. m	.. m	.. m				5.4 w	3.9 w	482 w		
De ingreso bajo	..	..	..				1.1	3.2	21		
De ingreso mediano	..	..	..				3.0	2 9	115		
De ingreso mediano bajo	..	..					2.7	3.1	85		
De ingreso mediano alto	*12.4*	..	..				3.5	2 5	330		
De ingreso bajo y mediano	..	..	..				2.7	2.9	71		
Asia Oriental y el Pacífico	*7.6*	..	*40.1*				1.8	2.9	44		
Europa y Asia central	..	..	..				4.0	1.5	108		
América Latina y el Caribe	..	..	..				3.3	3.7	262		
Oriente Medio y N. África	..	..	..				2.9	1.7	170		
Asia meridional	*7 3*		..				1.0	3.7	21		
África Subsahariana	..	..	..				2.5	3.4	29		
De ingreso alto		..	..				6.0	4.2	2,735		

a. La interrupción en la serie entre 1997 y 1998 se debe a cambios desde el ISCED76 hasta el ISCED97. b. Fuente: Bruns, Barbara, Alain Mingat y Ramahatra Rakatomalala, 2003, "Achieving Universal Primary Educational by 2015: A chance for Every Child" (2003). Washington, D. C,. El Banco Mundial, Cuadro A.2. c. Los datos son para el año más reciente disponible. D. Incluye el nordeste y el sudeste de Brasil únicamente. e. Los datos se refieren al sector rural.

Cuadro 4. Indicadores de prestación de servicios

	Tasa de matrículaa de primaria	Relación alumnos-docente de primaria	Recursos destinados a educación primaria	Tasa de trabajadores de la salud	Tasa de vacunación infantil		Tasas de éxito para el tratamiento de la tuberculosis	Médicos	Camas de hospital	Tasa de atención de pacientes hospitalizados	Acceso a un mejor abastecimiento de agua	Acceso a mejores servicios de salud
	% del total	Estudiantes por docente	% del total	% del total	% de niños menores de un año		% de casos registrados	Por cada 1.000 personas	Por cada 1.000 personas	% de la población	% de la población	% de la población
	2002–2003	2000	2000		Sarampión 2001	DTP 2001	1999	1995–2000[a]	1995–2000[a]	1995–2000[a]	2000	2000
Albania	..	22	..	..	95	97	.	1.3	3.2	.	97	91
Algeria	..	28	*93.7*		83	89	87	1.0	2.1	..	89	92
Angola	..	35	..		72	41	..	0.1	..	..	38	44
Argentina	..	*22*			94	82	59	2.7	3.3	..	..	..
Armenia	..	.		..	93	94	88	3.2	0.7	8	..	..
Australia	..	..	..	..	**93**	**92**	**84**	**2.5**	**7.9**	**16**	**100**	**100**
Austria	..	*13*	..	..	**79**	**84**	**77**	**3.1**	**8.6**	**30**	**100**	**100**
Azerbaiyán	..	*19*	*99.9*	..	**99**	**98**	**88**	**3.6**	**9.7**	**6**	**78**	**81**
Bangladesh	..	**57**	**65.0**	**35**	**76**	**83**	**81**	**0.2**	..	..	**97**	**48**
Bielorrusia	..	17	100.0	..	**99**	**99**	..	**4.4**	**12.2**	**26**	**100**	..
Bélgica	..	12	..	..	83	96	..	3.9	7.3	20	..	..
Benín		54	*65.0*	..	65	76	77	0.1	..	..	63	23
Bolivia	..	24	74 2		79	81	74	1.3	1.7	..	83	70
Bosnia & Herzegovina	..	..	..		92	91	90	1.4	1.8	..	..	..
Botswana	..	27	89.2	..	83	87	71	..	..	..	95	66
Brasil	..	**26**	..	..	**99**	**97**	**11**	**1.3**	**3.1**	**0**	**87**	**76**
Bulgaria	..	**18**	..	..	**96**	**96**	..	**3.4**	**7.4**	..	**100**	**100**
Burkina Faso	..	**47**	**80.4**	..	**46**	**41**	**61**	**0.0**	**1.4**	**2**	**42**	**29**
Burundi	..	**50**	..	..	**75**	**74**	..	..	..	..	**78**	**88**
Camboya	..	**53**	**95.9**	..	**59**	**60**	**93**	**0.3**	..	..	**30**	**17**
Camerún		63			62	43	75	0.1	..	..	58	79
Canadá		*15*	..	..	96	97	..	2.1	3.9	10	100	100
República Centroafricana	..	74	..	..	29	23	..	0.0	..	..	70	25
Chad	..	71	37 2		36	27	..	..	..	..	27	29
Chile		25	..	..	97	97	83	1.1	2.7	..	93	96
China	..	*20*	..	..	**79**	**79**	**96**	**1.7**	**2.4**	**4**	**75**	**38**
Hong Kong, China	..	..	..	..	..	..	**78**	**1.3**	..	..	..	..
Colombia	..	**26**	..	..	**75**	**74**	**82**	**1.2**	**1.5**	..	**91**	**86**
Congo, Rep. Dem. del	..	*26*	..	..	**46**	**40**	**69**	**0.1**	..	..	**45**	**21**
Congo, Rep. del	..	**51**	*64.6*	..	**35**	**31**	**61**	**0.3**	..	..	**51**	**14**
Costa Rica		25	..	..	82	88	81	0.9	1.7	9	95	93
Costa de Marfil	..	48	99.1	..	61	57	63	0.1	..	..	81	52
Croacia		18	..	..	94	94	..	2.3	..	..	..	..
República Checa	..	18	..	..	*97*	*98*	78	3.1	8.8	21	..	..
Dinamarca	..	10	..	..	94	97	..	3.4	4.5	20	100	..
República Dominicana	..	**40**	..	..	**98**	**62**	**81**	**2.2**	**1.5**	..	**86**	**67**
Ecuador	**16**	**23**	..	..	**99**	**90**	**75**	**1.7**	**1.6**	..	**85**	**86**
Egipto, Rep. Árabe de	..	**22**	..	..	**97**	**99**	**87**	**1.6**	**2.1**	**3**	**97**	**98**
El Salvador	..	**26**	..	..	*99*	**99**	**78**	**1.1**	**1.6**	..	**77**	**82**
Eritrea	..	**45**	**70.5**	..	**88**	**93**	**44**	**0.0**	..	..	**46**	**13**
Estonia	..	14	..	..	95	94	63	3.0	7.4	18	..	..
Etiopía	..	55	70.4	..	52	56	76	..	..	..	24	12
Finlandia	..	16	..	..	96	99	..	3.1	7.5	27	100	100
Francia	..	19	..	..	84	98	..	3.0	8.2	23	..	.
Georgia	..	16	..	..	73	86	61	4.4	4.8	5	79	100
Alemania	..	**15**	..	..	**89**	**97**	..	**3.6**	**9.1**	**24**	..	..
Ghana	..	**33**	**68.6**	..	**81**	**80**	**55**	**0.1**	..	..	**73**	**72**
Grecia	..	**13**	..	..	**88**	**88**	..	**4.4**	**4.9**	**15**	..	..
Guatemala	..	**33**	..	..	**90**	**82**	**81**	**0.9**	**1.0**	..	**92**	**81**
Guinea	..	**44**	..	..	**52**	**43**	..	**0.1**	..	..	**48**	**58**
Haití	..	..	..	..	53	43	70	0.2	0.7	..	46	28
Honduras	..	34	..	..	95	95	88	0.8	1.1	..	88	75
Hungría	..	11	..	..	99	99	.	3 2	8.2	24	99	99
India	23[b]	*40*	..	43	56	64	82	..		.	84	28
Indonesia	18	22	.	42	59	60	50	..	..		78	55
Irán, Rep. Islámica de	..	**25**	**96.5**	..	**96**	**95**	**82**	**0.9**	**1.6**	..	**92**	**83**
Irlanda	..	*22*	..	..	**73**	**84**	..	**2.3**	**9.7**	**15**	..	..
Israel	..	**12**	..	..	**94**	**95**	..	**3.8**	**6.0**	..	..	..
Italia	..	**11**	..	..	**70**	**95**	**71**	**6.0**	**4.9**	**18**	..	..
Jamaica	..	**36**	..	..	**85**	**90**	**74**	**1.4**	**2.1**	..	**92**	**99**
Japón	.	20	.		96	85	76	1.9	16.5	10	..	.
Jordania	..	..	..	..	99	99	88	1.7	1.8	11	96	99
Kazajstán	..	19	..	..	96	96	79	3.5	8.5	15	91	99
Kenia		30	*96 6*	..	76	76	78	0.1	..	..	57	87
Corea, Rep. de	..	32	..	..	97	99	..	1.3	6.1	6	92	63
Kuwait	..	*14*	*100.0*	..	**99**	**98**	..	**1.9**	**2.8**	..	..	..
República Kirguisa	..	**24**	**48.4**	..	**99**	**99**	**83**	**3.0**	**9.5**	**21**	**77**	**100**
República Dem. Pop. de Laos	..	**30**	**76.2**	..	**50**	**40**	**84**	**0.2**	..	..	**37**	**30**
Letonia	..	**15**	..	..	**98**	**97**	**74**	**2.8**	**10.3**	**21**	..	..
Líbano	..	**17**	..	..	**94**	**93**	**96**	**2.1**	**2.7**	**17**	**100**	**99**
Lesotho	..	48	74.2	..	77	85	69	0.1	..	.	78	49
Lituania	.	16			97	95	84	4.0	9.2	24	*67*	*67*
Ex. Rep. Yug. de Macedonia	..	22	..	..	92	90	..	2.2	4.9	9	..	..
Madagascar	..	50	.	..	55	55		0.1	..	..	47	42
Malawi	..	56	51.2	..	82	90	71	.	1 3	..	57	76

Nota: Respecto de la comparabilidad y cobertura de los datos, *véanse* las Notas técnicas. Las cifras que aparecen en bastardilla corresponden a años distintos de los indicados.

Cuadro 4. Indicadores de prestación de servicios (*continuación*)

	Tasa de crecimiento de docentes de primaria	Relación alumno-docente de primaria	Docentes capacitados en educación primaria	Tasa de crecimiento de trabajadores de la salud	Tasa de vacunación infantil		Tasas de éxito para el tratamiento de la tuberculosis	Médicos	Camas de hospital	Tasa de admisión de pacientes hospitalizados	Acceso a un mejor abastecimiento de agua	Acceso a mejores servicios de salud
	% del total	Estudiantes por docente	% del total	% del total	% de niños menores de un año		% de casos registrados	Por cada 1.000 personas	Por cada 1.000 personas	% de la población	% de la población	% de la población
	2002–2003	2003	2003		Sarampión 2001	DTP 2001	1998	1995–2000[a]	1995–2000[a]	1995–2000[a]	2000	2000
Malasia	..	18	..	..	92	97	90	0.7	2.0	..	..	..
Malí	..	63	..	.	37	51	68	0.1	0.2	1	65	69
Mauritania	..	42	..	.	58	61	..	0.1	..	..	37	33
México	..	27		..	97	97	80	1.8	1.1	6	88	74
República de Moldavia	..	20	..	..	81	90	..	3.5	12.1	19	92	99
Mongolia	..	**32**	**92.9**	..	**95**	**95**	**86**	**2.4**	..	..	**60**	**30**
Marruecos	..	**28**	..	..	**96**	**96**	**88**	**0.5**	**1.0**	**3**	**80**	**68**
Mozambique	..	**64**	**61.8**	..	**92**	**80**	**71**	..	..	..	**57**	**43**
Myanmar	..	**32**	**85.4**	..	**73**	**72**	**81**	**0.3**	..	..	**72**	**64**
Namibia	..	**32**	**36.0**	..	**58**	**63**	**50**	**0.3**	..	..	**77**	**41**
Nepal	..	37	*44.5*	..	71	72	87	0.0	0.2	..	88	28
Países Bajos	..	10	..	..	96	97	79	3.2	10 8	10	100	100
Nueva Zelanda	..	16	..	..	85	90	..	2.2	6.2	13	..	..
Nicaragua	..	36	..	..	99	92	81	0.9	1.5	..	77	85
Níger	..	42	84.1	..	51	31	60	0.0	0.1	28	59	20
Nigeria	..	..	..	..	**40**	**26**	**75**	..	..	..	**62**	**54**
Noruega	..	..	..	..	**93**	**95**	**77**	**2.9**	**14.6**	**17**	**100**	..
Pakistán	..	..	..	..	**54**	**56**	**70**	**0.6**	..	..	**90**	**62**
Panamá	..	**25**	*79.0*	..	**97**	**98**	**80**	**1.7**	**2.2**	..	**90**	**92**
Papua Nueva Guinea	**15**	*36*	..	**19**	**58**	**56**	**66**	**0.1**	..	..	**42**	**82**
Paraguay	..	*20*	..	..	77	66	..	1.1	1.3	..	78	94
Perú	13	*25*	..	26	97	85	93	0.9	1.5	1	80	71
Filipinas		35	..	..	75	70	87	1.2	..	..	86	83
Polonia	..	11	..	..	97	98	69	2.2	4.9	16	..	..
Portugal	..	13	..	..	87	96	85	3.2	4.0	12	..	..
Rumania	..	*20*	..	..	**98**	**99**	**78**	**1.8**	**7.6**	**18**	**58**	**53**
Federación Rusa	..	**17**	..	..	**98**	**96**	**65**	**4.2**	**12.1**	**22**	**99**	..
Rwanda	..	**51**	..	..	**78**	**86**	**67**	..	..	..	**41**	**8**
Arabia Saudita	..	**12**	..	..	**94**	**97**	**66**	**1.7**	**2.3**	**11**	**95**	**100**
Senegal	..	**51**	**100.0**	..	**48**	**52**	..	**0.1**	**0.4**	..	**78**	**70**
Serbia & Montenegro	..	20	100.0	..	90	93	..	2.0	5.3	.	98	100
Sierra Leona	..	44	78.9	..	37	44	75	0.1	..	..	57	66
Singapur	..	..	..	..	89	92	95	1.6	..	..	100	100
República Eslovaca	..	19	..	..	99	99	79	3.5	7.1	20	100	100
Eslovenia	..	*14*	..	..	98	92	88	2.3	5.7	..	100	..
Suráfrica	..	**33**	**67.9**	..	**72**	**81**	**60**	**0.6**	..	..	**86**	**87**
España	..	**14**	..	..	**94**	**95**	..	**3.3**	**4.1**	**12**	..	..
Sri Lanka	..	..	..	..	**99**	**99**	**84**	**0.4**	..	..	**77**	**94**
Suecia	..	**11**	..	..	**94**	**99**	..	**2.9**	**3.6**	**18**	**100**	**100**
Suiza	..	**14**	..	..	**81**	**95**	..	**3.5**	**17.9**	**15**	**100**	**100**
República Árabe Siria	..	24	*92.2*	..	93	92	84	1.3	1 4		80	90
Tayikistán	..	22	..	..	86	83	..	2.0	..	..	60	90
Tanzania	..	40	*44.1*	..	83	85	78	0.0	..	..	68	90
Tailandia	..	21	..	..	94	96	77	0.4	2.0	..	84	96
Togo	..	34	80.0	..	58	64	76	0.1	..	..	54	34
Túnez	..	**23**	..	..	**92**	**96**	**91**	**0.7**	**1.7**	..	**80**	**84**
Turquía	..	..	..	..	**90**	**88**	..	**1.3**	**2.6**	**8**	**82**	**90**
Turkmenistán	..	..	..	..	**98**	**95**	..	**3.0**	..	..	..	..
Uganda	**26**	**59**	*45.0*	**35**	**61**	**60**	**61**	..	..	..	**52**	**79**
Ucrania	..	*20*	..	..	**99**	**99**	..	**3.0**	**11.8**	**20**	**98**	**99**
Reino Unido	..	18	..	..	85	94	..	1.8	4.1	15	100	100
Estados Unidos	..	15	..	..	91	94	76	2.8	3.6	12	100	100
Uruguay	..	21	..	..	94	94	83	3.7	4.4	..	98	94
Uzbekistán	..	..	..	..	99	97	79	3.1	8.3	..	85	89
Venezuela, Rep. Bol. de	..	..	..	..	49	70	82	2.4	1.5	..	83	68
Vietnam	..	**28**	**84.9**	..	**97**	**98**	**92**	**0.5**	**1.7**	**8**	**77**	**47**
Yemen, Rep. del	..	*30*	..	..	**79**	**76**	**83**	**0.2**	**0.6**	..	**69**	**38**
Zambia	**17**	**45**	**100.0**	..	**85**	**78**	..	**0.1**	..	..	**64**	**78**
Zimbabwe	..	**37**	..	..	**68**	**75**	**73**	**0.1**	..	..	**83**	**62**
Todo el mundo		*27* m	.. m		72 w	73 w		.. w	.. w	9 w	81 w	55 w
De ingreso bajo		*39*	78.9		59	61		..	..		76	43
De ingreso mediano		*21*	..		86	85		1.9	3.3	6	82	60
De ingreso mediano bajo		21	..		85	84		1.9	3.3	6	81	58
De ingreso mediano alto		*21*	..		91	92		1.8	3.3	11		.
De ingreso bajo y mediano		*29*	..		71	71		.			79	51
Asia Oriental y el Pacífico		*21*	..		76	77		1.7	2.4	4	76	46
Europa y Asia central		..	..		95	94		3.1	8.9	18	91	..
América Latina y el Caribe		26	..		91	89		1.5	2.2	2	86	77
Oriente Medio y N. África		24	..		92	92		..	..		88	85
Asia meridional		*42*	66.5		58	65		..	..		84	34
África Subsahariana		47	78 9		58	53		..	..		58	53
De ingreso alto		17	..		90	94		3.0	7.4	15	..	..

a. Los datos corresponden al año más reciente disponible. b. Promedio para 14 países.

Cuadro 5. Indicadores de países receptores de ayuda externa

	Asistencia oficial para el desarrollo y ayuda oficial neta		Ayuda per cápita		Tasas de dependencia de la ayuda								Índice de fragmentación de donantes
	En millones de dólares		En dólares		Ayuda neta % del PNB		Ayuda neta % de la formación del capital fijo		Ayuda neta % de las importaciones de bienes y servicios		Ayuda neta % de los gastos del gobierno central		
	1990	2001	1990	2001	1990	2001	1990	2001	1990	2001	1990	2001	
Albania	228	269	72	85	8.3	6.3	54.7	33.6	20.3	15.0	28.5	..	0.9
Algeria	304	182	11	6	0.7	0.3	2.6	1.3	2.5	1.4	2.2	1.1	0.7
Angola	473	268	40	20	8.1	3.4	18.1	8.3	7.9	3.2	..	..	0.9
Argentina	135	151	4	4	0.1	0.1	0.3	0.4	0.3	0.4	0.3	0.3	0.9
Armenia	293	212	90	69	18.3	9.7	91.8	53.8	31.8	20.9	..	..	0.7
Australia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Austria	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Azerbaiyán	96	226	12	28	3.1	4.2	10.5	18.9	5.3	8.9	18.1	16.4	0.8
Bangladesh	1,236	1,024	10	8	3.0	2.1	15.2	9.4	15.8	9.8	..	21.4	0.9
Bielorrusia	77	39	8	4	0.5	0.3	2.2	1.4	1.0	0.4	1.6	1.1	0.8
Bélgica	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Benín	288	273	51	42	13.3	11.6	76.3	60.1	36.1	36.0	..	..	0.9
Bolivia	832	729	110	86	11.6	9.4	69.2	70.5	42.3	31.3	48.9	34.2	0.9
Bosnia & Herzegovina	845	639	239	157	33.5	12.7	73.6	111.1	33.8	23.8	..	..	0.9
Botswana	75	29	48	17	1.6	0.6	6.2	2.5	2.9	1.0	4.3	..	0.9
Brasil	288	349	2	2	0.0	0.1	0.2	0.3	0.3	0.4	..	..	0.8
Bulgaria	182	346	22	44	1.9	2.6	22.6	12.5	2.8	3.7	3.8	7.4	0.7
Burkina Faso	420	389	41	34	16.9	15.7	61.8	61.7	55.0	57.4	..	..	0.8
Burundi	111	131	18	19	12.5	19.3	102.3	274.3	69.9	80.7	44.6	39.8	0.9
Camboya	422	409	38	33	13.6	12.4	51.8	66.9	30.5	20.1	..	..	0.9
Camerún	412	398	30	26	4.8	4.9	29.5	26.0	16.7	13.3	..	31.1	0.8
Canadá	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
República Centroafricana	170	76	49	20	16.2	7.9	369.9	56.0	70.7	49.5	..	..	0.8
Chad	296	179	43	23	18.8	11.3	123.7	26.9	57.1	18.1	..	..	0.9
Chile	196	58	14	4	0.3	0.1	1.1	0.4	0.8	0.2	1.4	0.4	0.8
China	2,646	1,460	2	1	0.3	0.1	0.8	0.3	1.5	0.5	4.1	2.2	0.7
Hong Kong, China	13	4	2	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	..	..	0.6
Colombia	189	380	5	9	0.2	0.5	0.9	3.1	1.0	2.0	1.3	1.9	0.7
Congo, Rep. Dem. del	166	251	4	5	3.1	5.3	10.3	95.1	9.0	18.1	..	..	0.9
Congo, Rep. del	429	75	160	24	26.4	3.8	62.7	10.0	17.6	3.4	56.8	10.5	0.7
Costa Rica	−10	2	−3	1	−0.1	0.0	−0.5	0.1	−0.2	0.0	−0.4	0.1	0.9
Costa de Marfil	965	187	67	11	8.6	1.9	65.6	18.2	19.3	4.3	35.6	10.6	0.7
Croacia	133	113	29	26	0.7	0.6	3.1	2.3	1.3	1.0	1.5	1.3	0.9
República Checa	129	314	12	31	0.2	0.6	0.6	1.8	0.4	0.7	0.6	1.4	0.8
Dinamarca	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
República Dominicana	100	105	13	12	0.8	0.5	3.9	2.1	1.3	0.9	4.8	2.0	0.8
Ecuador	253	171	22	13	0.2	0.9	0.8	3.2	4.1	2.1	..	..	0.9
Egipto, Rep. Árabe de	2,199	1,255	37	19	3.2	1.3	19.6	8.2	11.6	5.6	10.0	..	0.7
El Salvador	302	234	52	37	2.9	1.7	19.3	10.7	8.2	3.7	..	66.9	0.8
Eritrea	159	280	43	67	24.6	40.9	71.6	115.2	27.3	52.3	..	..	0.9
Estonia	59	69	42	50	1.4	1.3	4.9	4.5	1.7	1.2	4.0	4.1	0.8
Etiopía	818	1,080	14	16	13.7	17.5	80.6	95.9	55.9	53.6	..	39.3	0.9
Finlandia	..	..	..	..	.	..	..	..	..	..	..	..	..
Francia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Georgia	310	290	58	55	10.3	9.0	93.3	48.9	..	21.5	..	82.7	0.7
Alemania	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Ghana	651	652	37	33	9.6	12.6	32.2	51.2	25.5	19.2	..	..	0.9
Grecia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Guatemala	194	225	19	19	1.2	1.1	9.7	7.1	5.1	3.5	..	..	0.8
Guinea	299	272	44	36	7.9	9.2	44.6	41.3	28.4	27.4	..	32.6	0.9
Haití	370	166	50	20	12.8	4.4	45.2	14.4	46.8	13.2	140.8	54.2	0.8
Honduras	359	678	62	103	9.4	10.8	28.2	34.7	14.1	18.3	..	..	0.9
Hungría	204	418	20	41	0.5	0.8	1.7	3.0	0.9	1.1	1.0	1.9	0.8
India	1,897	1,705	2	2	0.5	0.4	2.3	1.6	3.2	2.2	3.3	2.0	0.8
Indonesia	1,123	1,501	6	7	0.5	1.1	1.6	4.9	1.7	2.5	3.4	4.3	0.7
Irán, Rep. Islámica de	169	115	3	2	0.2	0.1	0.8	0.3	0.9	0.5	0.5	0.2	0.7
Irlanda	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Israel	2,217	172	389	27	2.3	0.8	9.4	3.7	5.2	0.3	4.7	0.3	0.1
Italia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Jamaica	58	54	23	21	0.9	0.7	3.1	2.3	1.4	1.0	2.2	1.8	0.9
Japón	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Jordania	507	432	117	86	7.6	4.9	24.0	18.9	8.7	6.7	21.6	15.1	0.8
Kazajstán	125	148	8	10	0.6	0.7	3.7	2.6	1.6	1.3	..	4.6	0.7
Kenya	597	453	22	15	6.6	4.0	38.4	31.1	16.1	10.8	22.3	..	0.9
Corea, Rep. de	−149	−111	−3	−2	0.0	0.0	−0.1	−0.1	−0.1	−0.1	−0.2	..	0.5
Kuwait	3	4	1	2	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.8
República Kirguisa	231	188	50	38	12.9	12.9	50.1	68.5	21.4	29.2	56.5	69.5	0.8
República Dem. Pop. de Laos	332	243	69	45	17.8	14.6	61.2	62.9	42.5	40.6	..	..	0.8
Letonia	72	106	29	45	1.4	1.4	7.5	5.1	2.3	2.4	4.5	4.8	0.9
Líbano	232	241	57	55	1.7	1.4	6.0	8.6	2.9	..	4.7	3.3	0.8
Lesotho	104	54	55	26	8.2	5.5	18.9	18.4	8.9	6.9	21.9	..	0.9
Lituania	91	130	25	37	1.2	1.1	4.7	5.0	1.8	1.8	4.6	4.1	0.8
Ex. Rep. Yug. de Macedonia	106	248	53	122	2.4	7.3	11.9	39.4	5.7	12.4	..	..	0.9
Madagascar	357	354	26	22	9.3	7.8	76.7	49.6	30.5	188.8	51.4	48.7	0.9
Malawi	492	402	52	38	20.5	23.4	174.9	210.2	42.8	38.3	..	..	0.9

Nota: Respecto de la comparabilidad y cobertura de los datos, *véanse* las Notas técnicas. Las cifras que aparecen en bastardilla corresponden a años distintos de los indicados.

Cuadro 5. Indicadores de países receptores de ayuda externa (*continuación*)

	Asistencia oficial para el desarrollo o ayuda oficial neta		Ayuda per cápita		Tasas de dependencia de la ayuda								Índice de fragmentación de donantes
	En millones de dólares		En dólares		Ayuda como % del PNB		Ayuda como % de la formación del capital bruto		Ayuda como % de las importaciones de bienes y servicios		Ayuda como % de los gastos del gobierno central		
	1996	2001	1996	2001	1996	2001	1996	2001	1996	2001	1996	2001	
Malasia	–457	27	–22	1	–0.5	0.0	–1.1	0.1	–0.5	0.0	–2.1	..	0.3
Malí	491	350	50	32	19.1	13.9	81.9	62.7	49.1	28.4	..	..	0.8
Mauritania	272	262	116	95	25.7	26.6	131.3	97.4	43.7	56.6	..	..	0.8
México	287	75	3	1	0.1	0.0	0.4	0.1	0.2	0.0	0.6	–0.1	0.8
República de Moldavia	36	119	8	28	2.1	7.5	8.9	40.2	2.8	9.7	7.6	35.4	0.8
Mongolia	201	212	87	88	19.4	20.5	71.8	67.5	33.5	28.7	90.8	65.9	0.7
Marruecos	650	517	24	18	1.8	1.6	9.1	6.1	5.3	3.8	..	5.9	0.8
Mozambique	888	935	55	52	33.2	28.2	149.7	70.8	74.9	20.3	..	..	0.9
Myanmar	43	127	1	3	..	..	..	..	1.8	4.1	0.3	0.3	0.7
Namibia	188	109	116	61	5.3	3.4	23.3	14.4	8.0	5.1	14.8	12.3	0.9
Nepal	391	388	19	16	8.6	6.7	31.8	28.8	23.8	19.1	51.0	39.4	0.9
Países Bajos	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Nueva Zelanda	..	..	..	..	..	..	.	..	..	..	..	..	..
Nicaragua	934	928	205	178	58.4	..	180.0	..	57.2	41.3	137.9	84.7	0.9
Níger	255	249	27	22	13.0	12.9	132.7	111.0	51.2	47.9	..	..	0.8
Nigeria	190	185	2	1	0.6	0.5	3.8	2.2	1.3	1.1	..	..	0.9
Noruega	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Pakistán	884	1,938	7	14	1.4	3.4	7.3	20.7	5.1	13.1	6.2	16.2	0.8
Panamá	49	28	18	10	0.6	0.2	1.8	0.8	0.5	0.3	2.2	0.6	0.8
Papua Nueva Guinea	381	203	82	39	7.6	7.2	32.2	33.8	13.9	11.0	27.1	20.2	0.5
Paraguay	89	61	18	11	0.9	0.9	3.9	3.6	1.7	2.0	5.9	4.8	0.6
Perú	329	451	14	17	0.6	0.9	2.6	4.5	2.6	4.0	3.3	4.6	0.7
Filipinas	901	577	13	7	1.0	0.8	4.5	4.6	2.0	1.5	5.9	4.2	0.5
Polonia	1,167	966	30	25	0.9	0.5	4 1	2.5	2.7	1.6	2.1	1.5	0.8
Portugal	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Rumania	233	648	10	29	0.7	1.6	2.6	7.4	1.8	3.8	2.1	5.3	0.8
Federación Rusa	1,282	1,110	9	8	0.3	0.4	1.2	1.6	1.3	1.3	..	1.5	0.6
Rwanda	467	291	82	37	34.1	17.3	234.9	92.7	120.6	62.0	..	..	0.9
Arabia Saudita	23	27	1	1	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.1	..	..	0.7
Senegal	580	419	68	43	12.7	9.2	67.5	45.0	32.0	21.7	58.8	41.6	0.8
Serbia & Montenegro	70	1,306	7	123	..	11.3	..	89.2	1.6	25.0	..	..	0.9
Sierra Leona	184	334	40	65	20.0	45.8	195.2	563.9	51.2	110.1	132.3	52.5	0.8
Singapur	15	1	4	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.7
República Eslovaca	98	164	18	30	0.5	0.8	1.3	2.5	0.7	0.9	1.1	2.1	0.9
Eslovenia	82	126	41	63	0.4	0.7	1.9	2.6	0.8	1.1	1.1	1.7	0.8
Suráfrica	364	428	9	10	0.3	0.4	1.5	2.5	1.0	1.2	0.8	1.3	0.9
España	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Sri Lanka	487	330	28	18	3.6	2.1	14.4	9.6	7.5	4.4	12.6	8.0	0.7
Suecia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Suiza	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
República Árabe Siria	219	153	15	9	1.6	0.8	6.6	3.7	3.1	2.1	1.6	1.3	0.7
Tayikistán	103	159	17	25	10.5	15.5	44.0	124.0	11.7	18.4	..	129.1	0.8
Tanzania	877	1,233	29	36	13.8	13.3	81.2	77.7	38.6	53.5	..	..	0.9
Tailandia	830	281	14	5	0.5	0.2	1.1	1.0	0.9	0.4	2.8	1.2	0.2
Togo	157	47	39	10	10.9	3.8	57.1	17.9	18.7	6.8	..	..	0.8
Túnez	124	378	14	39	0.7	2.0	2.5	6.9	1.3	3.3	1.9	3.6	0.7
Turquía	238	167	4	2	0.1	0.1	0.5	0.7	0.4	0.3	0.5	0.2	0.7
Turkmenistán	24	72	5	13	1.0	1.2	..	3.3	1.2	2.3	..	..	0.6
Uganda	676	783	34	34	11.3	14.1	69.6	68.9	40.5	48.3	..	64.6	0.9
Ucrania	398	519	8	11	0.9	1.4	3.9	6.4	1.8	2.4	..	4.7	0.7
Reino Unido	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Estados Unidos	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Uruguay	35	15	11	5	0.1	0.1	1.1	0.6	0.8	0.3	0.6	0.3	0.8
Uzbekistán	88	153	4	6	0.6	1.4	2.2	6.6	1.8	4.5	..	..	0.7
Venezuela, Rep. Bol. de	38	45	2	2	0.1	0.0	0.3	0 2	0.2	0.2	0.3	0.1	0.8
Vietnam	939	1,435	13	18	3.9	4.4	13.6	14.1	7.3	7.7	16.5	18.0	0.7
Yemen, Rep. del	247	426	16	24	4.8	5.0	18.6	25.9	7.0	9.1	10.8	23.0	0.9
Zambia	610	374	66	36	19.9	10.7	145.1	51.2	35.8	20.9	..	..	0.9
Zimbabwe	371	159	31.8	12	4.5	1.8	23.4	22.5	10.5	7.3	12.5	..	0.9
Todo el mundo	62,264 s	58,244 s	11 w	10 w	0.2 w	0.2 w	0.9 w	0.9 w	0.8 w	0.6 w	.. w	.. w	
De ingreso bajo	24,618	24,611	11	10	2.6	2.5	10.4	10.9	9.4	8.4	..	..	
De ingreso mediano	22,401	21,006	9	8	0.4	0.4	1.7	1.7	1.6	1.3	..	..	
De ingreso mediano bajo	18,557	17,145	8	7	0.5	0.5	1.9	1.9	2.3	1.8	..	..	
De ingreso mediano alto	3,175	3,336	10	10	0.3	0.2	1.0	0.9	0.6	0.5	..	..	
De ingreso bajo y mediano	58,925	57,208	12	11	1.0	0.9	3.9	3.9	3.6	2.9	..	..	
Asia Oriental y el Pacífico	8,039	7,394	5	4	0.6	0.5	1.4	1.3	1.6	1.2	..	..	
Europa y Asia central	8,670	9,783	18	21	0.8	1.0	3.3	4.4	2.4	2.3	..	..	
América Latina y el Caribe	7,430	5,985	15	12	0.4	0.3	1.8	1.6	1.9	1.2	..	..	
Oriente Medio y N. África	5,884	4,836	22	16	1.0	0.7	5.0	3.3	3.6	2.7	..	..	
Asia meridional	5,169	5,871	4	4	1.0	1.0	4.7	4.3	5.5	5.1	..	..	
África Subsahariana	16,552	13,933	28	21	5.2	4.6	27.3	24.6	14.2	11.0	..	..	
De ingreso alto	3,339	1,036	4	1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	..	..	

Nota: Los totales regionales incluyen datos para economías no especificados en otro lugar. Los totales de mundo y por grupo de ingresos incluyen ayuda no asignada por país o región. Los datos para 2001 excluyen la ayuda del Programa Mundial de Alimentos.

a. La ayuda para los Estados de la antigua República Socialista Federal de Yugoslavia, no especificada de alguna otra forma, se incluye en los totales de ingreso regional y de grupo.

Cuadro 6. Flujos de ayuda de los miembros del Comité de Asistencia al Desarrollo

Flujos netos a los países de la parte I

	Asistencia oficial neta al desarrollo									Ayuda en especies[a]	
	En millones de dólares		% del PNB		Promedio anual % de cambio en volumen[b]	Per cápita del país donante[b]		% de desembolsos generales del gobierno		% de compromisos bilaterales de AOD	
	1996	2001	1996	2001	1996–98 hasta 2000–2001	US$ 1996	US$ 2001	1996	2001	1996	2001
Australia	1,074	873	0.27	0.25	0.6	46	49	0.76	0.74	78.1	59.3
Austria	557	533	0.24	0.29	0.2	51	66	0.46	0.57	..	..
Bélgica	913	867	0.34	0.37	3.5	67	85	0.68	0.82	..	89.8
Canadá	1,795	1,533	0.32	0.22	–2.6	59	51	0.68	0.57	31.5	31.7
Dinamarca	1,772	1,634	1.04	1.03	4.4	265	306	1.72	2.00	61.3	93.3
Finlandia	408	389	0.33	0.32	5.0	61	75	0.59	0.72	60.2	87.5
Francia	7,451	4,198	0.48	0.32	–6.6	95	72	0.93	0.66	38.7	66.6
Alemania	7,601	4,990	0.32	0.27	–1.2	67	62	0.67	0.59	60.0	84.6
Grecia	184	202	0.15	0.17	24.3	14	19	0.33	0.40	..	17.3
Irlanda	179	287	0.31	0.33	11.9	43	74	0.67	0.92	..	100.0
Italia	2,416	1,627	0.20	0.15	–2.3	34	28	0.38	0.32	..	7.8
Japón	9,439	9,847	0.20	0.23	3.0	73	89	0.58	0.64	98.9	81.1
Luxemburgo	82	141	0.44	0.82	18.1	156	325	1.05	1.89	94.4	..
Países Bajos	3,246	3,172	0.81	0.82	5.0	161	195	1.73	1.97	82.2	91.2
Nueva Zelanda	122	112	0.21	0.25	5.6	22	30	0.49	0.61	..	..
Noruega	1,311	1,346	0.84	0.83	1.7	278	299	1.82	1.95	88.4	98.9
Portugal	218	268	0.21	0.25	6.7	18	26	0.47	0.58	100.0	57.7
España	1,251	1,737	0.22	0.30	7.3	25	43	0.50	0.79	0.0	68.9
Suecia	1,999	1,666	0.84	0.81	4.4	173	207	1.27	1.52	78.9	86.5
Suiza	1,026	908	0.34	0.34	3.0	108	123	..	..	92.9	96.1
Reino Unido	3,199	4,579	0.27	0.32	5.8	58	80	0.66	0.84	86.1	93.9
Estados Unidos	9,377	11,429	0.12	0.11	3.2	38	39	0.37	0.36	28.4	..
Total o promedio	**55,622**	**52,336**	**0.25**	**0.22**	**1.8**	**59**	**63**	**0.63**	**0.61**	**71.3**	**79.1**

Flujos netos a los países de la parte II

	Asistencia oficial neta al desarrollo						
	En millones de dólares		% del PNB		Promedio anual % de cambio en volumen[b]	Per cápita del país donante[b]	
	1996	2001	1996	2001	1996–98 hasta 2000–2001	US$ 1996	US$ 2001
Australia	10	5	0.00	0.00	2.8	0	0
Austria	226	212	0.10	0.11	0.7	21	26
Bélgica	70	88	0.03	0.04	7.0	5	9
Canadá	181	152	0.03	0.02	–5.4	6	5
Dinamarca	120	181	0.07	0.11	10.3	18	34
Finlandia	57	61	0.05	0.05	3.6	9	12
Francia	711	1,334	0.05	0.10	22.4	9	23
Alemania	1,329	687	0.06	0.04	–20.0	12	8
Grecia	2	9	0.00	0.01	66.2	0	1
Irlanda	1	0	0.00	0.00	–61.8	0	0
Italia	294	281	0.02	0.03	7.0	4	5
Japón	184	84	0.00	0.00	–35.9	1	1
Luxemburgo	2	9	0.01	0.05	12.5	4	20
Países Bajos	13	214	0.00	0.06	16.8	1	13
Nueva Zelanda	0	0	0.00	0.00	–1.4	0	0
Noruega	50	32	0.03	0.02	–11.0	11	7
Portugal	18	28	0.02	0.03	10.8	1	3
España	98	14	0.02	0.00	–31.5	2	0
Suecia	178	119	0.07	0.06	–0.5	15	15
Suiza	97	63	0.03	0.02	–3.7	10	9
Reino Unido	362	461	0.03	0.03	1.8	7	8
Estados Unidos	1,694	1,542	0.02	0.02	4.6	7	5
Total o promedio	**5,696**	**5,574**	**0.03**	**0.02**	**0.2**	**6**	**7**

a. Excluyendo costos administrativos y cooperación técnica. a. A las tasas de cambio y precios de 2000.

Cuadro 7. Indicadores clave para otras economías

	Población	Superficie terrestre	Ingreso Nacional Bruto				Producto interno bruto		Expectativa de vida al nacer	Reducción de la mortalidad infantil	Educación	
	Miles de habitantes	Miles de km^2	millones de US$	US$ por cápita	millones de US$	PPA por cápita US$	% de crecimiento	% de crecimiento per cápita	Años	Tasa de mortalidad de menores de cinco años por 1.000	Tasa de terminación de la primaria % del grupo de edad pertinente	Tasa de analfabetismo de adultos % de adultos 15 años y mayores
	2002	2002	2002[a]	2002[a]	2002[b]	2002[b]	2001–2002	2001–2002	2001	2001	1995–2001[c]	2001
Afganistán	27,963[d]	652	..	..[e]	..	..	..	..	43	257	8	..
Samoa Americana	*70*	0.2	..	..[f]	..	..	..	..	..	..	..	..
Andorra	*70*	0.5	..	..[g]	..	..	..	..	..	7	..	..
Antigua & Barbuda	69	0.4	647	9,390	686	9,960	2.7	2.1	..	14	..	..
Aruba	*90*	0.2	..	..[g]	..	..	..	..	..	..	..	..
Bahamas	314	13.9	*4,533*	*14,860*	*4,867*	*15,960*	..	..	70	16	..	5
Bahrein	672	0.7	*7,246*	*11,130*	*10,350*	*15,900*	..	..	73	16	91	12
Barbados	269	0.4	*2,614*	*9,750*	*4,173*	*15,560*	..	..	75	14	..	0[h]
Belice	253	23.0	750	2,960	1,352	5,340	3.7	1.2	74	40	82	7
Bermuda	*60*	0.1	..	..[g]	..	..	..	..	..	..	..	..
Bhután	851	47.0	505	590	..	..	7.7	4.8	63	95	59	..
Brunei	351	5.8	..	..[g]	..	..	..	..	76	6	..	8
Cabo Verde	458	4.0	590	1,290	2,164[i]	4,720[i]	4.0	1.4	69	38	117	25
Islas Caimán	*35*	0.3	..	..[g]	..	..	..	..	..	..	..	..
Islas Anglonormandas	149	0.2	..	..[g]	..	..	..	..	79	..	..	..
Comores	586	2.2	228	390	959	1,640	3.0	0.5	61	79	..	44
Cuba	11,263	110.9	..	..[j]	..	..	..	..	77	9	..	3
Chipre	765	9.3	*9,372*	*12,320*	13,798[i]	18,040[i]	2.0	1.4	78	6	..	3
Djibouti	657	23.2	590	900	1,361	2,070	1.6	–0.3	45	143	30	35
Dominica	72	0.8	228	3,180	348	4,840	–2.8	–2.7	76	15	103	..
Guinea Ecuatorial	481	28.1	*327*	*700*	2,689	5,590	0.2	–2.4	51	153	..	16
Islas Feroé	*50*	1.4	..	..[g]	..	..	..	..	..	..	..	..
Fiji	823	18.3	1,775	2,160	4,371	5,310	4.4	3.6	69	21	..	7
Polinesia Francesa	240	4.0	*3,794*	*16,150*	*5,725*	*24,360*	..	..	73	12	..	..
Gabón	1,291	267.7	4,028	3,120	6,870	5,320	3.0	0.6	53	90	80	..
Gambia	1,376	11.3	392	280	2,316[i]	1,680[i]	–0.6	–3.1	53	126	70	62
Groenlandia	*60*	341.7	..	..[g]	..	..	..	..	..	..	..	..
Granada	102	0.3	356	3,500	644	6,330	–0.5	–1.8	73	25	106	..
Guam	159	0.6	..	..[g]	..	..	..	..	78	9	..	..
Guinea-Bissau	1,253	36.1	193	150	935	750	–4.2	–6.3	45	211	31	60
Guyana	772	215.0	651	840	2,919	3,780	0.3	–0.4	63	72	89	1
Islandia	284	103.0	7,944	27,970	8,118	28,590	0.0	–0.7	80	4	..	..
Irak	24,256	438.3	..	..[j]	..	..	..	..	62	133	..	60
Isla de Man	*80*	0.6	..	..[f]	..	..	..	..	..	..	..	..
Kiribati	95	0.7	77	810	..	..	2.8	0.7	62	69	..	..
Corea del Sur	22,519	120.5	..	..[e]	..	..	..	..	61	55	..	..
Liberia	3,295	111.4	489	150	..	..	4.2	1.6	47	235	..	45
Libia	5,534	1,759.5	..	..[f]	..	..	..	..	72	19	..	19
Liechtenstein	*30*	0.2	..	..[g]	..	..	..	..	..	11	..	..
Luxemburgo	444	2.6	17,221	38,830	22,644	51,060	0.8	0.2	77	5	..	..
Macao, China	443	..	*6,329*[k]	*14,380*[k]	*8,349*[i]	*18,970*[i]	..	..	79	..	..	6
Maldivas	287	0.3	598	2,090	..	..	2.3	0.0	69	77	..	3
Malta	397	0.3	*3,632*	*9,200*	*6,634*	*16,790*	..	..	78	5	..	8
Islas Marshall	53	0.2	125	2,350	..	..	4.0	..	*65*	66	..	..
Mauricio	1,212	2.0	4,669	3,850	12,764	10,530	4.4	3.3	72	19	111	15
Mayotte	*145*	0.4	..	..[f]	..	..	..	..	..	..	..	..
Micronesia, Fed. Sts.	122	0.7	242	1,980	..	..	2.0	0.2	68	24	..	..
Mónaco	*30*	0.0	..	..[g]	..	..	..	..	..	5	..	..
Antillas Holandesas	*220*	0.8	..	..[g]	..	..	..	..	..	..	..	3
Nueva Caledonia	220	18.6	*2,989*	*14,050*	*4,670*	*21,960*	..	..	73	10	..	..
Grupo Norte Islas Marianas	*80*	0.5	..	..[g]	..	..	..	..	..	..	..	..
Omán	2,539	309.5	*19,137*	*7,720*	32,788	12,910	2.2	–0.3	74	13	76	27
Palau	20	0.5	142	7,140	..	..	3.0	..	..	29	..	..
Puerto Rico	3,869	9.0	*42,052*	*10,950*	*60,679*	*15,800*	..	..	76	..	..	6
Qatar	610	11.0	..	..[g]	..	..	..	..	75	16	44	18
Samoa	176	2.8	250	1,420	942	5,350	1.3	0.0	69	25	99	1
San Marino	*30*	0.1	..	..[g]	..	..	..	..	..	6	..	..
Santo Tomé y Príncipe	154	1.0	45	290	..	..	3.0	0.9	65	74	84	..
Seychelles	84	0.5	*538*	*6,530*	..	..	–2.4	–3.8	73	17	..	..
Islas Salomón	443	28.9	254	570	672[i]	1,520[i]	–4.0	–6.7	69	24	..	..
Somalia	9,391	637.7	..	..[e]	..	..	..	..	47	225	..	..
St. Kitts & Nevis	46	0.4	293	6,370	450	9,780	–4.3	–6.3	71	24	110	..
St. Lucía	159	0.6	609	3,840	792	5,000	–0.5	–1.6	72	19	106	..
St. Vicente y Granadinas	117	0.4	329	2,820	595	5,100	0.7	0.0	73	25	84	..
Sudán	32,365	2,505.8	11,471	350	54,561	1,690	10.6	8.3	58	107	46	41
Surinam	423	163.3	828	1,960	..	..	2.7	2.0	70	32	..	..
Swazilandia	1,088	17.4	1,285	1,180	4,928	4,530	1.8	–0.1	45	149	81	20
Timor-Este	..	14.9	402	..[e]	..	..	..	..	..	124	54	..
Tonga	101	0.8	143	1,410	641	6,340	1.6	1.1	71	20	..	..
Trinidad y Tobago	1,318	5.1	8,553	6,490	11,446	8,680	2.7	2.0	72	20	81	2
Emiratos Árabes Unidos	3,049	83.6	..	..[g]	..	..	..	..	75	9	80	23
Vanuatu	206	12.2	221	1,080	569	2,770	–0.3	–2.4	68	42	..	..
Islas Vírgenes (Estados Unidos)	110	0.3	..	..[g]	..	..	..	..	78	11	..	..
Ribera Occidental y Gaza	3,212	..	2,982	930	..	..	–19.1	–22.2	72	25	..	..

a. Estimaciones preliminares del Banco Mundial obtenidas según el método del Atlas del Banco Mundial. b. Paridad del poder adquisitivo; *véanse* las Notas técnicas. c. Los datos corresponden al año más recientes disponible. d. Las estimaciones no dan cuenta de recientes flujos de refugiados; e. Se estima que se sitúa en el nivel de ingreso bajo (US$735 o menos). f. Se estima que se sitúa en el nivel de ingreso mediano alto (US$2.936 a US$9.075). g. Se estima que se sitúa en el nivel de ingreso alto (US$9.076 o más). h. Estimación obtenida según el método de regresión; otros datos se han extrapolado de las estimaciones de referencia más recientes del Programa de Comparación Internacional. j. Se estima que se sitúa en el nivel de ingreso mediano bajo (US$736 a 2.935). k. Se refiere al PIB y al PIB per cápita.

Notas técnicas

En estas notas técnicas se analizan las fuentes y los métodos empleados en la recopilación de los indicadores incluidos en la presente edición de los Indicadores Seleccionados del Desarrollo Mundial. En las notas se ha seguido el orden de aparición de los indicadores en el cuadro respectivo.

Fuentes de los datos

Los datos que se publican en los Indicadores Seleccionados del Desarrollo Mundial se han tomado de *World Development Indicators 2003*. No obstante, cuando ha sido posible, se han incorporado las correcciones notificadas desde el cierre de esta edición. Además, en el cuadro 1 se han incluido las estimaciones de la población y el ingreso nacional bruto (INB) per cápita del año 2002 notificadas recientemente.

El Banco Mundial recurre a diversas fuentes para obtener los datos estadísticos que publica en *World Development Indicators*. La institución recibe directamente los datos sobre la deuda externa de los países miembros en desarrollo a través del Sistema de Notificación de la Deuda. Los demás datos se obtienen fundamentalmente de las Naciones Unidas y sus organismos especializados, del Fondo Monetario Internacional (FMI) y de los informes suministrados por los países al Banco Mundial. También se utilizan estimaciones del personal del Banco a fin de que los datos estén más actualizados y sean más coherentes. Las estimaciones relativas a las cuentas nacionales de la mayoría de los países se obtienen de los gobiernos de los países miembros a través de las misiones económicas del Banco Mundial. En algunos casos, el personal de la institución las ajusta a fin de que guarden armonía con las definiciones y los conceptos internacionales. La mayoría de los datos sociales de fuentes nacionales se han tomado de archivos administrativos ordinarios, encuestas especiales o censos periódicos.

Véase *World Development Report 2002*, del Banco Mundial, donde figuran notas detalladas sobre los datos.

Coherencia y confiabilidad de los datos

A pesar de que se han desplegado grandes esfuerzos para uniformar los datos, no se puede garantizar que éstos sean completamente comparables y los indicadores se deben interpretar con cautela. Hay muchos factores que influyen en la disponibilidad, comparabilidad y confiabilidad de los datos; los sistemas estadísticos de muchos países en desarrollo todavía adolecen de deficiencias, y los métodos estadísticos, la cobertura, los procedimientos y las definiciones varían ampliamente. Además, las comparaciones entre distintos países y períodos de tiempo plantean complejos problemas técnicos y conceptuales que no pueden resolverse en forma inequívoca. La cobertura de los datos tal vez no sea completa para aquellas economías que experimentan problemas, como los derivados de conflictos internos o externos, que afectan la recopilación y presentación de los datos. Por tal motivo, si bien los datos se han tomado de las fuentes que se consideran más autorizadas, deberían interpretarse únicamente como reveladores de tendencias y de las principales diferencias existentes entre las economías, más que como mediciones cuantitativas exactas de esas diferencias. Por otra parte, los organismos nacionales de estadística suelen rectificar sus datos históricos, sobre todo de los años más recientes. En consecuencia, en las diferentes ediciones de las publicaciones del Banco Mundial pueden presentarse datos recopilados en distintos años. Se recomienda a los lectores no compilar datos de distintas ediciones. En el CD-ROM *World Development Indicators 2003* se presentan series cronológicas de datos que sí son concordantes.

Relaciones y tasas de crecimiento

Para facilitar la consulta, en los cuadros normalmente se presentan las relaciones y tasas de crecimiento, y no los valores simples en que éstas se basan. Los valores en su formato original se pueden ver en el CD-ROM *World Development Indicators 2003*. Las tasas de crecimiento se han calculado utilizando el método de regresión de los mínimos cuadrados, a menos que se indique otra cosa (véase la sección sobre *Métodos estadísticos* que aparece más adelante). Como en este método se tienen en cuenta todas las observaciones disponibles de los períodos, las tasas de crecimiento resultantes reflejan tendencias generales que no se ven influidas indebidamente por valores extraordinarios. A fin de excluir los efectos de la inflación, para el cálculo de las tasas de crecimiento se han utilizado indicadores económicos en precios constantes. Los datos que aparecen en bastardilla se refieren a un año o período distinto del indicado en el encabezamiento de la columna, hasta dos años antes o después en el caso de los indicadores económicos, y hasta tres años en el de los indicadores sociales, que suelen compilarse con menor regularidad y cambiar menos en períodos cortos.

Series de precios constantes

El crecimiento de una economía se mide por el incremento del valor agregado que producen las personas y las empresas que operan en ella. En consecuencia, para medir el crecimiento real se requieren estimaciones del PIB y sus componentes valorados en precios constantes. El Banco Mundial recopila series de datos sobre las cuentas nacionales en precios constantes expresados en unidades de la moneda nacional y registrados en el año base original correspondiente al país. Para obtener series comparables de datos en precios constantes, el Banco reajusta el PIB y el valor agregado por origen industrial en relación con un año de referencia común, actualmente el año 1995. Este proceso provoca una discrepancia entre el PIB reajustado y la suma de los componentes reajustados. Dado que la distribución de esta discrepancia produciría distorsiones en la tasa de crecimiento, la discrepancia se ha dejado sin distribuir.

Medidas de resumen

Las medidas de resumen correspondientes a regiones o grupos de ingreso, que aparecen al final de la mayoría de los cuadros, se han calculado mediante un simple proceso de adición en los casos en que se expresan en niveles. Las relaciones y tasas de crecimiento globales generalmente se han calculado como promedios ponderados. Las medidas de resumen correspondientes a los

indicadores sociales se han ponderado según la población o subgrupos de población, salvo en el caso de la mortalidad infantil, en que se han ponderado según el número de nacimientos. Véanse más detalles en las notas sobre indicadores específicos.

En el caso de las medidas de resumen que abarcan muchos años, el cálculo se basa en un grupo uniforme de economías de manera que la composición del conjunto no produzca cambios con el paso del tiempo. Se compilan medidas de grupo sólo si los datos disponibles para un año dado representan por lo menos dos tercios del grupo total, de acuerdo con la definición adoptada para 1995, el año de referencia. Siempre que se observe este criterio, se supone que las economías respecto de las cuales no se dispone de datos han tenido un comportamiento semejante al de las que proporcionan estimaciones. Los lectores deben tener presente que las medidas de resumen son estimaciones de cifras agregadas representativas de cada rubro, y que no es posible hacer deducciones significativas acerca de la actuación de los países tomando como punto de partida los indicadores correspondientes al grupo pertinente. Además, el proceso de cálculo puede dar lugar a discrepancias entre los totales de los subgrupos y los totales globales.

Cuadro 1: Tamaño de la economía

Los datos sobre **población** se basan en la definición de facto de este concepto, según la cual se incluye a todos los residentes, sin tener en cuenta su condición jurídica o nacionalidad. Sin embargo, los refugiados que no están radicados permanentemente en el país que los asila en general se consideran parte de la población de su país de origen. Los valores publicados son estimaciones a mediados del año 2002. Por lo general, las estimaciones sobre población se basan en censos nacionales, pero su frecuencia y calidad varían según cada país. Hasta en los países de ingreso alto se presentan errores y conteos inferiores al real; en los países en desarrollo, estos errores pueden ser considerables debido a limitaciones en el transporte, las comunicaciones y otros recursos necesarios para llevar a cabo un censo completo. Por lo general, las estimaciones entre censos son interpolaciones o extrapolaciones basadas en modelos demográficos.

La **superficie terrestre** es la superficie total de un país, incluyendo áreas situadas bajo cuerpos de agua interiores y vías navegables costeras.

La **densidad** es la población a mediados del año dividida por la superficie terrestre en kilómetros cuadrados.

El **ingreso nacional bruto** (INB – anteriormente producto nacional bruto o PNB), el indicador más general del ingreso nacional, es la suma del valor agregado proveniente de fuentes internas y externas que se atribuyen a todos los residentes del país, más cualesquier impuestos sobre productos (menos subsidios) no incluidos en la valoración de producto más las entradas netas de ingreso primario (remuneración de empleados y rentas de la propiedad) provenientes de fuentes externas. Los datos se han convertido de moneda nacional a dólares corrientes de los Estados Unidos utilizando el método del Atlas del Banco Mundial. Este método emplea el promedio de los tipos de cambio de tres años a fin de atenuar los efectos de las fluctuaciones cambiarias transitorias. (Para mayores detalles sobre el método del Atlas, véase la sección sobre métodos estadísticos).

El **INB per cápita** es el INB dividido por la población a mediados del año, y se ha convertido a dólares corrientes de los Estados Unidos utilizando el método del Atlas del Banco Mundial. El Banco Mundial emplea el INB per cápita en dólares de los Estados Unidos para clasificar a los países con fines analíticos y determinar su elegibilidad para obtener préstamos.

Debido a que los tipos de cambio nominales no siempre reflejan las diferencias internacionales de los precios relativos, se presenta el **ingreso nacional bruto según la PPA,** que es el INB convertido a dólares internacionales aplicando los factores de conversión basados en la paridad del poder adquisitivo (PPA). Al aplicar la PPA, un dólar internacional tiene el mismo poder adquisitivo respecto al INB de un país dado que un dólar de los Estados Unidos respecto al INB estadounidense. Los tipos de cambio de la PPA permiten hacer una comparación uniforme de los niveles de precios reales entre países, tal como los índices de precios tradicionales permiten comparar los valores reales en el tiempo. Los factores de conversión basados en la PPA utilizados en este Informe se han calculado a partir de la serie más reciente de encuestas sobre precios llevada a cabo en 118 países por el Programa de Comparación Internacional. Para los países de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo, los datos se han obtenido a partir de la ronda más reciente de encuestas, concluida en 2000. El resto se han obtenido, o bien de la encuesta de 1996, o de datos de la ronda de 1993 o anteriores, los cuales se han extrapolado a la referencia de 1996. Las estimaciones para países que no están incluidos en las encuestas, se han obtenido mediante modelos estadísticos, utilizando los datos disponibles.

El **INB per cápita según la PPA** es el INB dividido por la población a mediados del año.

El **crecimiento del producto interno bruto (PIB) per cápita** se basa en el PIB a precios constantes. El PIB es la suma del valor agregado por todos los productores residentes más cualesquier impuestos sobre productos (menos subsidios) no incluidos en la valorización del producto. El crecimiento del PIB se considera un indicador amplio del crecimiento de una economía. El PIB a precios constantes se puede calcular determinando la cantidad total de bienes y servicios producidos durante un período dado, valorizándolos según un conjunto convenido de precios correspondientes al año de base, y restando el costo de los insumos intermedios, también expresados en precios constantes. El crecimiento se calcula a partir de datos sobre precios constantes en el PIB en moneda local.

Cuadro 2. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Erradicar la pobreza y mejorar la calidad de vida

La **participación del quintil más pobre en el consumo nacional** es la participación del consumo (o del ingreso, en algunos casos) que devenga el 20% más pobre de la población. Los datos sobre el ingreso individual o de hogares o sobre el consumo provienen de encuestas nacionales de hogares representativas. Los datos que aparecen en el cuadro se refieren a diferentes años entre 1987 y 2001. Las notas a los datos que aparecen a pie de página señalan si la clasificación se basa en el ingreso o en el consumo per cápita. Cada distribución se basa en percentiles de

la población –y no de hogares– con los hogares clasificados por ingreso o gasto por persona.

La **prevalencia de desnutrición infantil** es el porcentaje de niños menores de cinco años cuyo peso respecto de su edad es menor que menos dos desviaciones estándar de la mediana para la población internacional de referencia, con edades entre 0 y 59 meses. La población de referencia, adoptada en 1983 por la Organización Mundial de la Salud, se basa en niños de los Estados Unidos, quienes se supone están bien alimentados. Las estimaciones de desnutrición infantil se basan en datos de encuestas nacionales. La proporción de niños de peso más bajo que el normal es el indicador de desnutrición más común. Tener un peso más bajo que el normal, así sea ligeramente, aumenta el riesgo de muerte e inhibe el desarrollo cognitivo de los niños. Además, perpetúa el problema de una generación a otra, ya que las mujeres desnutridas tienen mayor probabilidad de tener bebés con un peso al nacimiento más bajo que el normal.

La tasa de terminación de la educación primaria es el número total de estudiantes que logran terminar (o graduarse) el último año de la escuela primaria en un año dado, dividido por el número total de niños con edad oficial para graduarse en la población. La tasa de terminación de la escuela primaria refleja el ciclo primario según se define en el ámbito nacional, que fluctúa de tres a cuatro años de educación primaria (en un número muy pequeño de países) hasta cinco o seis años (en la mayoría de los países) y siete a ocho años (en un número relativamente pequeño de países). Por tanto, para cualquier país, esta tasa es consistente con las relaciones brutas y netas de matrícula. El numerador puede incluir la cobertura de niños que han repetido uno o más cursos de la escuela primaria, pero que han logrado graduarse, y también puede incluir a los niños que entraron a la escuela a una edad temprana. El denominador es el número de niños con edad oficial para graduarse, lo cual podría hacer que la tasa de terminación de la escuela primaria superara el 100%. Existen otras limitaciones que hacen que las tasas de terminación superen la cota del 100%, como el uso de estimaciones para la población, épocas diferentes del año en que se llevan a cabo las encuestas escolares y de población, y otras discrepancias en las cifras utilizadas para hacer los cálculos.

La **relación de matrícula de mujeres y de hombres en la escuela primaria y secundaria** es la relación del número de estudiantes mujeres matriculadas en la escuela primaria y secundaria con el número de estudiantes hombres. La eliminación de las disparidades de género en la educación ayudaría a aumentar la condición y las capacidades de las mujeres. Este indicador es una medida imperfecta de la capacidad relativa de acceso a la educación para las niñas. Con una fecha objetivo del año 2005, se trata del primero de los objetivos en vencerse. Las autoridades educativas nacionales reportan los datos sobre matrícula escolar al Instituto de Estadísticas de la Unesco. La educación primaria provee a los niños de competencias rudimentarias de lectura, escritura y matemáticas, junto con una comprensión elemental de asignaturas como historia, geografía, ciencias naturales, ciencias sociales, arte y música. La educación secundaria completa la oferta de educación primaria que comenzó en el primer nivel, y busca sentar las bases de un aprendizaje y un desarrollo humano permanentes, ofreciendo una educación más orientada a la asignatura o a la competencia, valiéndose para ello de docentes más especializados.

La **tasa de mortalidad de menores de cinco años** es la probabilidad de que un bebé recién nacido muera antes de cumplir cinco años de edad, si está sujeto a las tasas actuales de mortalidad por edades. La probabilidad se expresa como una tasa por 1.000 niños. Las principales fuentes de la tasa de mortalidad son los sistemas vitales de registro y estimaciones directas o indirectas a partir de encuestas de muestreo o censos. Para producir estimaciones armónicas de las tasas de mortalidad de menores de cinco años, que utilicen con transparencia toda la información disponible, la Unicef y el Banco Mundial desarrollaron una metodología que encaja una línea de regresión con la relación entre las tasas de mortalidad y sus fechas de referencia, con base en mínimos cuadrados ponderados.

La **tasa de mortalidad materna** es el número de mujeres que murieron, por causas relacionadas con el embarazo, durante el embarazo y en el momento del parto, por cada 100.000 nacimientos vivos. Los datos indicados en este cuadro han sido recolectados durante varios años y ajustados a un año base común de 1995. Los valores son estimaciones modeladas con base en un ejercicio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). En este ejercicio, la mortalidad materna se calculó con un modelo de regresión con base en información sobre fertilidad, atenciones de nacimientos y prevalencia del VIH. No se puede suponer que lo anterior provea una estimación exacta de la mortalidad materna en ninguno de los países que aparece en el cuadro.

Los **nacimientos atendidos por personal de salud calificado** son el porcentaje de partos atendidos por personal calificado para brindar la supervisión, el cuidado y la ayuda necesarios a las mujeres durante su embarazo, trabajo de parto y período de posparto, para atender nacimientos sin ayuda adicional, y cuidar de los recién nacidos. La participación de nacimientos atendidos por personal de salud calificado es un indicador de la capacidad de un sistema de salud para brindar atención adecuada a una mujer embarazada. Un adecuado cuidado prenatal y posnatal mejora la salud materna y reduce la mortalidad materna y la infantil. Pero tal vez los datos no indiquen este tipo de mejorías porque regularmente los sistemas de información en salud son débiles, no todas las muertes materiales se reportan, y es difícil medir las tasas de mortalidad materna.

Cuadro 3. Gastos en educación y salud

El **gasto público por estudiante** es el gasto público actual en educación dividido por el número de estudiantes por nivel, como porcentaje del producto interno bruto (PIB) per cápita. El Instituto de Estadísticas de la Unesco compila los datos sobre educación a partir de respuestas oficiales a encuestas y a partir de informes suministrados por las autoridades de educación en cada país. Los datos sobre el gasto en la educación que aparecen en el cuadro se refieren únicamente al gasto público –gasto del gobierno en educación pública más subsidios para educación privada. Generalmente, los datos excluyen la ayuda externa a la educación. Asimismo, pueden excluir el gasto de las escuelas re-

ligiosas, las cuales cumplen una función significativa en muchos países en desarrollo. Los datos para algunos países y para algunos años se refieren al gasto por parte del ministerio de educación únicamente (excluyendo los gastos en educación por parte de otros ministerios y departamentos y autoridades locales).

Los **gastos ordinarios en salarios de docentes de educación primaria** son el monto total gastado en educación primaria como un porcentaje del total de gastos ordinarios en educación primaria (estos últimos incluyen el gasto en personal diferente a docentes). Los datos se refieren al nivel de educación primaria del sistema de educación únicamente. Para países con un sistema de educación primaria de cinco o seis años, los datos corresponden al ciclo de educación primaria pública. Para países con sistemas de educación primaria de más de seis años, o de menos de cinco años, los datos son una estimación de un sistema equivalente hipotético de seis años (aunque basada en la matrícula real, docente, datos sobre el gasto, etc., hasta el curso seis en ese país). Los datos son estimaciones para el año 2000, basadas en los últimos años para los cuales se dispone de datos. Los datos se han obtenido de Bruns, Mingat y Rakatomalala (2003). Incidencia de gastos en educación (quintiles más bajos y más altos).

Incidencia del gasto en educación y salud (quintiles más bajos y más altos). Estudios sobre la incidencia del gasto promedio establecen una relación de los datos de hogares sobre el uso de los servicios públicos por diferentes quintiles de la población con el gasto promedio del gobierno en esos servicios. Las conclusiones de estos estudios indican una imagen transversal de quiénes se benefician del gasto público o de los servicios públicos. Es necesario anotar que no es lo mismo que quién se beneficiaría de los recursos marginales asignados al sector. Algunas advertencias acompañan los datos. Primero, en tanto los datos no se basan regularmente en las mejores fuentes disponibles, con frecuencia son limitados, cuando se trata de evaluar los costos unitarios de los servicios. Segundo, la comparabilidad de todo el país se ve obstaculizada por el hecho que los estudios difieren en el detalle respecto del cual diferencian el gasto promedio: por ejemplo, algunos usan una estimación uniforme, otros calculan costos unitarios por separado para las zonas urbanas y rurales, otros lo hacen para diferentes provincias, etc. Tercero, como el valor del gasto podría ser diferente para poblaciones diferentes (por ejemplo, el gasto en habitantes urbanos podría tener un alcance muchísimo mayor hacia la prestación de servicios de calidad en vez de un monto igual gastado en las personas que viven en zonas rurales remotas), la etiqueta de "incidencia del gasto" se distingue de la "incidencia del beneficio". Cuarto, los resultados no incluyen la incidencia de la obtención de los fondos. Un patrón bastante regresivo del gasto podría seguir siendo a favor de los pobres si se financiara por medio de un sistema impositivo muy progresista. Quinto, es difícil saber lo que es una asignación "buena" sin compararla con otros tipos de gasto social. En Filmer (2003), Nota de antecedentes para el IDM, se encuentra mayor información sobre las fuentes de estos resultados, así como una desagregación por tipos de gastos.

El **gasto público en salud** son los gastos ordinarios y de capital a partir de los presupuestos del gobierno (central y local), empréstitos externos y subvenciones (incluyendo donaciones de agencias y organizaciones no gubernamentales internacionales), y los fondos de seguros sociales de la salud (u obligatorios). Los datos que aparecen en el cuadro son el producto de un trabajo realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE), y el Banco Mundial, dirigido a recabar toda la información disponible sobre el gasto en salud a partir de presupuestos de gobierno nacional y local, cuentas nacionales, encuestas de hogares, publicaciones sobre seguros, donantes internacionales y tabulaciones existentes.

El **gasto privado en salud** incluye el gasto directo de los hogares (gastos menores), seguro privado, gasto por parte de instituciones sin fines de lucro que prestan servicios a los hogares (distintas al seguro social) y pagos directos de servicios por parte de corporaciones privadas. Los datos que aparecen en el cuadro son el producto de un trabajo realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y el Banco Mundial, dirigido a recabar toda la información disponible sobre el gasto en salud a partir de presupuestos de los gobiernos nacional y local, cuentas nacionales, encuestas de hogares, publicaciones sobre seguros, donantes internacionales y tabulaciones existentes.

El **gasto total en salud** es la suma del gasto público y privado en salud. Cubre la prestación de servicios de salud (preventiva y curativa), actividades de planificación familiar, actividades de nutrición y asistencia de emergencia dirigida a la salud, pero no incluye el suministro de agua y saneamiento. Los datos que aparecen en la tabla son el resultado de un trabajo realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE) y el Banco Mundial, dirigido a recabar toda la información disponible sobre el gasto en salud a partir de presupuestos de gobierno nacional y local, cuentas nacionales, encuestas de hogares, publicaciones sobre seguros, donantes internacionales y tabulaciones existentes.

Cuadro 4. Indicadores de servicios

La **tasa de ausencia de docentes de primaria** es el porcentaje de docentes de educación primaria que estuvieron ausentes, a partir de una muestra aleatoria de escuelas durante visitas sorpresa.

El ausentismo de los funcionarios públicos de sus puestos de trabajo ha sido un tema de discusión desde hace mucho tiempo, como un impedimento para una eficaz prestación de servicios públicos en los países en desarrollo. A pesar de este hecho, la evidencia empírica sistemática sobre el tema ha sido relativamente escasa. Se llevaron a cabo varios estudios de país como investigación preliminar para este Informe sobre el Desarrollo Mundial: un estudio de muchas provincias, Bangladesh, Ecuador, India (20 estados), Indonesia, Perú y Uganda (Chaudhury y otros, 2003); en Papua Nueva Guinea (NRI y Banco Mundial 20003) y Zambia (Habyarimana y otros, 2003), se llevaron a cabo otros estudios con metodologías casi idénticas.

La metodología común de la investigación se construyó en torno a visitas no anunciadas a una muestra nacionalmente re-

presentativa de escuelas de primaria y centros de atención primaria de la salud. El estudio utilizó un muestreo aleatorio en grupo: después de estratificar geográficamente a cada país (o estado en India), se hizo una elección aleatoria de distritos fundada en una base ponderada desde el punto de vista de la población. Luego se seleccionaron los servicios aleatoriamente en cada distrito. Se visitaron todos los servicios y, después de verificar los horarios de los trabajadores, los visitadores registraron quiénes estaban ausentes en ese momento.

Las cifras que aparecen en el cuadro son cálculos preliminares, basados en datos de estudios realizados en su mayoría a finales del año 2002 y comienzos del año 2003. Investigaciones posteriores se encargarán de pulir los cálculos, en algunos casos a partir de datos de visitas adicionales a cada servicio. Además, estas investigaciones de servicios han recabado una gran acervo de información que en la actualidad se utiliza para comprobar las causas de la ausencia de docentes y personal de salud en los distintos países.

El lector debe tener presente que estos estudios no miden el "ausentismo", término que usualmente se utiliza para implicar una ausencia injustificada o inexplicada, sino que informaron sobre tasas de "ausencia". Es decir, informaron el número de empleados quienes se suponía deberían estar en sus puestos de trabajo pero de hecho no se encontraban en las instalaciones –sin tener en cuenta las razones de la ausencia. Sin duda, muchos empleados estaban ausentes por razones válidas, como un permiso autorizado o en funciones oficiales. No obstante, incluimos las tasas de ausencia en el presente Informe por dos razones: primero, porque las razones de las ausencias dadas por los gerentes de los servicios no eran comúnmente verificables; segundo, porque aun las ausencias autorizadas reducen la cantidad y la calidad de los servicios públicos en estas escuelas primarias y centros de salud básica.

La **relación alumno-docente de primaria** es el número de estudiantes matriculados en la escuela primaria dividido por el número de docentes de escuela primaria (sin tener en cuenta su trabajo docente). La comparabilidad de las relaciones alumno-docente entre países se ve afectada por la definición de docentes y por diferencias en tamaño de clase por curso y en el número de horas de enseñanza. Además, los niveles fundamentales de matrícula están sujetos a diversos errores de información. Se basan en datos recabados durante encuestas escolares nacionales, comúnmente realizadas al comienzo del año escolar. No indican el número real de asistencia. Y los administradores escolares pueden informar matrículas exageradas, sobre todo si existe un incentivo financiero para hacerlo. En tanto la relación alumno-docente se utiliza regularmente para comparar la calidad de la educación entre países, con frecuencia tiene una débil relación con el valor agregado de los sistemas de educación (Behrman y Rosenzweig, 1994). Los datos son del Instituto de Estadísticas de Unesco, el cual compila datos internacionales sobre educación en cooperación con comisiones nacionales y servicios nacionales de estadística.

Los **docentes capacitados en escuela primaria:** son el porcentaje de docentes de escuela primara que han recibido la capacitación mínima de un docente (antes de o durante el servicio) requerida para enseñar. La participación de docentes capacitados en las escuelas primarias mide la calidad del personal docente. No tiene en cuenta las competencias adquiridas por los docentes mediante su experiencia profesional ni la instrucción que hayan adquirido por su propia cuenta, ni factores tales como experiencia laboral, métodos y materiales de enseñanza, o condiciones del salón de clase, todas las cuales afectan la calidad de la enseñanza. Dado que la capacitación que reciben los docentes varía tan ampliamente, debe prestarse particular atención a hacer una comparación entre países. Los datos son del Instituto de Estadísticas de Unesco, el cual compila datos internacionales sobre educación en cooperación con comisiones nacionales y servicios nacionales de estadística.

La **tasa de ausencia del personal de salud** es el porcentaje de personal médico en las clínicas de salud básica que estuvo ausente a partir de una muestra aleatoria de clínicas durante visitas sorpresa. (Para mayor información, véanse las notas técnicas sobre la tasa de ausencia de docentes de primaria).

La **tasa de inmunización infantil** es el porcentaje de niños menores de un año que reciben cobertura de vacunas para cuatro enfermedades –sarampión y difteria, tos ferina y tétano (DPT). Se considera que la inmunización adecuada de un niño contra el sarampión ocurre después de recibir una dosis de la vacuna, y contra el DPT después de recibir tres dosis.

La **tasa de éxito del tratamiento contra la tuberculosis** es el porcentaje de nuevos casos (infecciosos) registrados de frotis positivo que se curaron o en los cuales se completó un tratamiento pleno. Los datos sobre la tasa de éxito del tratamiento contra la tuberculosis provienen de países que han llevado a cabo la estrategia recomendada de control: tratamiento observado directamente, de período corto (DOTS). Los países que no han adoptado el DOTS, o que apenas lo han comenzado a adoptar, se omiten en razón de la carencia de datos o de la inadecuada comparabilidad o confiabilidad de los resultados reportados.

Los **médicos** son los graduados de cualquier facultad o escuela de medicina, que trabajan en el país en cualquier campo de la medicina (práctica, enseñanza, investigación). Los datos son de la OMS y de la OCDE, y los complementan datos de país.

Las **camas de hospital** incluyen camas para pacientes hospitalizados en hospitales públicos, privados, generales y especializados y centros de rehabilitación. En casi todos los casos se incluyen las camas para tratamiento de enfermedades graves y crónicas. Los datos son de la OMS y de la OCDE, y los complementan datos de país.

La **tasa de admisión de pacientes hospitalizados** es el porcentaje de la población admitida en hospitales durante un año. Los datos son de la OMS y de la OCDE, y los complementan datos de país.

El **acceso a una mejor fuente de agua** se refiere al porcentaje de la población con acceso razonable a un volumen de agua adecuado proveniente de una fuente mejorada, como una conexión a la vivienda, grifo público, pozo artesiano, pozo o nacimiento protegido, o almacenamiento de aguas lluvias. Entre las fuentes no mejoradas se incluyen vendedores, camiones cisterna y pozos y nacimientos no protegidos. Un acceso razonable se define como la disponibilidad de por lo menos 20 litros de agua

por persona al día de una fuente localizada a un kilómetro de la vivienda. Los datos se basan en encuestas y estimaciones entregadas por gobiernos al Programa Conjunto de Control de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). Las tasas de cobertura de agua se basan en información entregada por usuarios de los servicios sobre las instalaciones que usan en realidad en sus hogares, y no en información suministrada por los proveedores de los servicios, quienes tal vez incluyan sistemas que no funcionan. El acceso al agua potable proveniente de una fuente mejorada no garantiza que el agua sea segura o adecuada, ya que estas características no se comprobaron en el momento en que se realizaron las encuestas.

El **acceso a mejores servicios de saneamiento** se refiere al porcentaje de la población con, al menos, un acceso adecuado a instalaciones para eliminación de excrementos (privadas o compartidas, pero no públicas), que efectivamente puedan evitar el contacto humano, animal o de los insectos con los excrementos. Mejores instalaciones fluctúan desde letrinas de foso sencillas pero protegidas hasta sanitarios de cisterna con conexión al alcantarillado. Para ser eficaces, las instalaciones deben estar bien construidas y mantenidas adecuadamente. Los datos se basan en encuestas y estimaciones entregadas por gobiernos al Programa Conjunto de Control de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). Las tasas de cobertura de saneamiento se basan en información entregada por usuarios de los servicios sobre las instalaciones que usan en realidad en sus hogares, y no en información suministrada por los proveedores de los servicios, quienes tal vez incluyan sistemas que no funcionan.

Cuadro 5. Indicadores de receptores de ayuda externa

La asistencia oficial para el desarrollo o la ayuda oficial neta cubre los flujos en términos favorables a países en desarrollo, economías en transición de Europa Oriental y la antigua Unión Soviética y a ciertos países y territorios en desarrollo avanzado, según los definen el Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE. Los flujos vienen de miembros del CAD, agencias multilaterales de desarrollo y algunos países árabes. El CAD compila los datos sobre ayuda y los publica en su informe anual estadístico, *Geographical Distribution of Financial Flows to Aid Recipients*, y en el informe anual del presidente del CAD, *Development Co-operation*. Los datos para 2001 excluyen la ayuda del Programa Mundial de Alimentos porque, en 2002, la organización puso en marcha un presupuesto de programa anual y los datos para 2001 todavía no son consistentes con el sistema de presentación de informes del CAD.

Las **relaciones de dependencia de la ayuda.** La ayuda oficial neta o asistencia oficial neta para el desarrollo como porcentaje del INB, la formación bruta de capital y el gasto del gobierno central y la ayuda per cápita dan una medida de la dependencia del país receptor de la ayuda. Se calculan por medio de valores en dólares de los Estados Unidos convertidos a tasas oficiales de cambio. La formación bruta de capital consiste en desembolsos sobre adiciones a los activos fijos de la economía, cambios netos en el nivel de inventarios y adquisiciones netas de objetos de valor. El gasto del gobierno central incluye tanto gastos corrientes como de capital (desarrollo), y excluye los préstamos menos los reembolsos. Véase el cuadro 1 para definiciones de población y de INB.

Índice de fragmentación de donantes. Un índice Herfindahl de concentración de donantes se calcula totalizando las participaciones cuadradas de la ayuda sobre todas las agencias de donantes con los desembolsos brutos positivos de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD/OA) en el país receptor durante el año. Este índice, que fluctúa de 0 a 1, luego se resta de 1, para formar un índice de fragmentación de donantes, con los valores altos indicando mayor fragmentación. Los datos, y el listado de agencias de donantes, son del *Geographical Distribución of Financial Flows to Aid Recipientes*, publicado por el CAD de la OCDE.

Cuadro 6. Flujos de ayuda de los miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo

La **asistencia oficial neta para el desarrollo** y la **ayuda oficial neta** registran la transferencia real internacional por parte del donante de recursos financieros o de bienes o servicios al costo para el donante, menos cualesquier reembolsos del principal del préstamo durante el mismo período.

El CAD mantiene un listado de países y territorios receptores de ayuda. La Parte I del listado comprende a los países y territorios en desarrollo que los miembros del CAD consideran elegibles para Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD). La Parte II incluye las economías en transición: países más avanzados de Europa Central y Oriental, los países de la antigua Unión Soviética y algunos países y territorios en desarrollo avanzados. Los flujos a estos receptores que cumplen con los criterios de AOD se denominan ayuda oficial.

Las mediciones de flujos de ayuda de donantes difieren de los ingresos de los receptores de ayuda percibida, por dos razones. Primero, los flujos de ayuda incluyen rubros del gasto, acerca de los cuales los receptores tal vez no dispongan de información precisa, como investigación orientada al desarrollo, manutención y costos de matrícula para estudiantes financiados con la ayuda en países donantes, o pagos de expertos contratados por países donantes. Segundo, los donantes registran su financiación en condiciones muy favorables (subvenciones generalmente) a agencias multilaterales cuando efectúan pagos, en tanto las agencias entregan fondos a los receptores con un intervalo y, en muchos casos, en forma de empréstitos blandos, donde las subvenciones de donantes se han utilizado para reducir la carta de intereses durante la vida del préstamo. Todos los datos que aparecen en esta tabla –incluyendo INB, población, desembolsos generales del gobierno– provienen de la OCDE, organización que hizo los cálculos.

Los datos se indican en precios corrientes y a tasas corrientes de cambio con el dólar.

La **ayuda como un porcentaje del INB** indica los aportes del donante de ayuda AOD u oficial como una participación de su ingreso nacional bruto.

El **cambio promedio porcentual anual en volumen y la ayuda per cápita de país donante** se calculan con base en tasas de cambio y precios del año 2000.

La **ayuda como un porcentaje del desembolso general del gobierno** indica el aporte de AOD del donante como una participación del gasto público.

La **ayuda no condicionada** es la participación de AOD que no está sujeta a restricciones por parte de los donantes o fuentes de adquisición.

Cuadro 7. Indicadores clave para otras economías

Los datos sobre **población** se basan en la definición de facto de la población, según la cual se incluye a todos los residentes, sin tener en cuenta su condición jurídica o nacionalidad. Sin embargo, los refugiados que no están radicados permanentemente en el país que los asila en general se consideran parte de la población de su país de origen. Los valores publicados son estimaciones a mediados del año 2002.

La **superficie terrestre** es la superficie total de un país, incluyendo áreas situadas bajo cuerpos de agua interiores y vías navegables costeras.

El **ingreso nacional bruto** (INB) es la suma del valor agregado por todos los residentes del país (menos subsidios), no incluidos en la valoración de producto más las entradas netas de ingreso primario (remuneración de empleados y rentas de la propiedad) provenientes de fuentes externas. Los datos se han convertido de moneda nacional a dólares corrientes de los Estados Unidos utilizando el método del Atlas del Banco Mundial. (Véanse las Notas técnicas que aparecen en el Cuadro 1 y la sección sobre métodos estadísticos).

El **INB per cápita** es el Ingreso Nacional Bruto dividido por la población a mediados del año, y se ha convertido a dólares corrientes de los Estados Unidos utilizando el método del Atlas del Banco Mundial.

El **ingreso nacional bruto (INB) según la PPA,** es el INB convertido a dólares internacionales utilizando las tasas de paridad del poder adquisitivo. Un dólar internacional tiene el mismo poder adquisitivo sobre el INB que un dólar de los Estados Unidos tiene en los Estados Unidos. (Véanse las Notas técnicas en el Cuadro 1).

El **crecimiento del producto interno bruto (PIB) per cápita** se basa en el PIB medido en precios constantes. El PIB es la suma del valor agregado por todos los productores residentes más cualesquier impuestos sobre productos (menos subsidios) no incluidos en la valorización del producto. El crecimiento se calcula a partir de datos sobre el PIB a precios constantes en moneda local. (Véanse las Notas técnicas en el Cuadro 1).

La **expectativa de vida al nacer** es el número de años que un niño recién nacido viviría si los patrones prevalecientes de mortalidad en el momento de su nacimiento permanecieran constantes durante toda su vida.

Reducir la mortalidad infantil –tasa de mortalidad de menores de cinco años– es la probabilidad de que un niño recién nacido mueva antes de cumplir cinco años, si está sujeto a tasas actuales de mortalidad específicas a la edad. La probabilidad se expresa a una tasa por 1.000.

La **tasa de terminación de la primaria** es el número de estudiantes que logran terminar el último año (o se gradúan) de educación primaria en un año dado, dividido por el número de niños en la población en edad oficial de graduarse.

La **tasa de analfabetismo de adultos** es el porcentaje de adultos mayores de 15 años quienes no pueden leer ni escribir, con discernimiento, una corta exposición sobre su vida cotidiana.

Métodos estadísticos

En esta sección se describe la forma de calcular la tasa de crecimiento según el método de los mínimos cuadrados, la tasa de crecimiento exponencial (puntos extremos), así como el método empleado en el Atlas del Banco Mundial para calcular el factor de conversión utilizado al estimar el INB y el INB per cápita en dólares de los Estados Unidos.

Tasa de crecimiento según el método de los mínimos cuadrados. Las tasas de crecimiento según el método de los mínimos cuadrados se utilizan cuandoquiera se cuenta con una serie cronológica suficientemente larga para hacer cálculos confiables. No se ha calculado la tasa de crecimiento en los casos en que faltaba más de la mitad de las observaciones de un período.

La tasa de crecimiento r se ha estimado ajustando una línea de tendencia de regresión lineal a los valores logarítmicos anuales de la variable en el período pertinente. La ecuación de regresión adopta la forma siguiente:

$$\ln X_t = a + bt,$$

que equivale a la transformación logarítmica de la ecuación de la tasa de crecimiento compuesta:

$$X_t = X_0 (1 + r)^t$$

En esta ecuación, X es la variable, t es el tiempo, y $a = logn\ X_0$ y $b = ln\ (1 + r)$ son los parámetros que se han de estimar. Si b^* es el cálculo de mínimos cuadrados de b, la tasa media de crecimiento anual r se obtiene mediante $[\exp(b^*)-1]$ y se multiplica por 100 para expresarla en términos porcentuales.

La tasa de crecimiento calculada es una tasa media que representa las observaciones disponibles durante el período. No coincide necesariamente con la tasa de crecimiento real entre dos períodos dados.

Tasa de crecimiento exponencial. En el caso de determinados datos demográficos, especialmente la fuerza laboral y la población, la tasa de crecimiento entre dos puntos en el tiempo se ha calculado aplicando la fórmula siguiente:

$$r = \ln (p_n/p_1)/n,$$

donde p_n y p_1 son la última y la primera observaciones del período, respectivamente, n es el número de años comprendidos en el período, y ln es el operador del logaritmo natural. Esta tasa de crecimiento se basa en un modelo de crecimiento exponencial continuo entre dos puntos en el tiempo. No tiene en cuenta los valores intermedios de la serie. Obsérvese también que la tasa de crecimiento exponencial no corresponde a la tasa de variación anual medida en un intervalo de un año, que se obtiene con la fórmula

$$(p_n - p_{n-1})/p_n - 1.$$

Método del Atlas del Banco Mundial. Para calcular el INB y el INB per cápita en dólares de los Estados Unidos con ciertos fines operativos, el Banco Mundial utiliza el factor de conversión del

Atlas. El propósito de dicho factor es atenuar el impacto de las fluctuaciones cambiarias en la comparación de los ingresos nacionales entre países.

El factor de conversión del Atlas para un año dado es el promedio del tipo de cambio efectivo de un país (u otro factor de conversión) de ese año y los tipos de cambio de los dos años precedentes, ajustados para tomar en cuenta las diferencias en las tasas de inflación entre ese país y, a lo largo del año 2000, la de los países del Grupo de los Cinco (Alemania, Estados Unidos, Francia, Japón y Reino Unido). Para el año 2001 y en adelante, entre estos países se incluye a la Zona del Euro, Japón, Estados Unidos y el Reino Unido. La tasa de inflación de un país se mide por el cambio en su deflactor INB.

La tasa de inflación de los países del Grupo de los Cinco (a lo largo del año 2000), o la Zona del Euro, Estados Unidos, Japón y el Reino Unido (para el año 2001 y en adelante), que representa la inflación internacional, se mide por la variación del deflactor del DEG. (Los derechos especiales de giro, o DEG, son la unidad de cuenta del FMI). El deflactor del DEG se calcula como el promedio ponderado de los deflactores del PIB de los países del Grupo de los Cinco (a lo largo del año 2000), y la Zona del Euro, Estados Unidos, Japón y Reino Unido, en términos de DEG; las ponderaciones se determinan por la cantidad de cada moneda nacional que corresponde a una unidad de DEG. Las ponderaciones varían con el tiempo porque la composición del DEG y los tipos de cambio relativos de cada moneda también cambian. El deflactor del DEG se calcula primero en DEG y luego se convierte a dólares de los Estados Unidos aplicando el factor de conversión de DEG a dólares utilizado en el Atlas. Posteriormente el factor de conversión del Atlas se aplica al INB de un país. El INB resultante en dólares de los Estados Unidos se divide por la población para obtener el INB per cápita.

En los casos en que se considera que los tipos de cambio oficiales no son confiables o representativos de la tasa de cambio efectiva durante un período, en la fórmula del Atlas se ha empleado una estimación alternativa del tipo de cambio (véase más adelante).

Las fórmulas siguientes describen el cálculo del factor del Atlas para el año t:

$$e_t^* = \frac{1}{3}\left[e_{t-2}\left(\frac{p_t}{p_{t-2}} \Big/ \frac{p_t^{S\$}}{p_{t-2}^{S\$}} \right) + e_{t-1}\left(\frac{p_t}{p_{t-1}} \Big/ \frac{p_t^{S\$}}{p_{t-1}^{S\$}} \right) + e_t \right]$$

Y el cálculo del INB per cápita en dólares de los Estados Unidos para el año t:

$$Y_t^{\$} = (Y_t / N_t) / e_t^*$$

donde e_t^* es el factor de conversión del Atlas (moneda nacional con respecto al dólar de los Estados Unidos) para el año t, e_t es el tipo de cambio promedio anual (moneda nacional por dólar de los Estados Unidos) para el año t, p_t es el deflactor del INB para el año t, $p_t^{S\$}$ es el deflactor del DEG en dólares de los Estados Unidos para el año t, $Y_t^{\$}$ es el INB según el método del Atlas en dólares de los Estados Unidos en el año t, Y_t es el IBN corriente (moneda nacional) para el año t, y N_t es la población de mediados del año t.

Otros factores de conversión

El Banco Mundial determina sistemáticamente la medida en que los tipos de cambio oficiales son apropiados como factores de conversión. Cuando se considera que el tipo de cambio oficial difiere por un margen demasiado grande del tipo que efectivamente se usa en las transacciones internas de monedas y productos comercializados extranjeros, se emplea un factor de conversión distinto. Tal es el caso para un pequeño número de países como aparece en el cuadro *Documentación de los datos primarios* en *Indicadores seleccionados del desarrollo mundial 2003*. Otros factores de conversión se utilizan en la metodología del Atlas y en otras partes de los *Indicadores seleccionados del desarrollo mundial*, como factores de conversión de un solo año.

Esta edición se terminó de imprimir en noviembre de 2003.
Publicado por ALFAOMEGA COLOMBIANA S.A.
Calle 106A No. 22-56, Bogotá, Colombia.
E-mail: scliente@alfaomega.com.co
La impresión y encuadernación se realizaron en
Panamericana Formas e Impresos S.A.

Informe sobre el desarrollo mundial

Servicios para los Pobres

Con demasiada frecuencia los servicios les fallan a los pobres –en acceso, en calidad y en viabilidad económica. Pero el hecho de que haya sorprendentes ejemplos en los que sí les funcionan los servicios básicos como agua, sanidad, salud, educación y electricidad, significa que gobiernos y ciudadanos pueden hacer un mejor trabajo de prestación de los mismos. Aprendiendo del éxito y entendiendo las fuentes de fracaso, el Informe sobre el Desarrollo Mundial de este año –*Servicios para los Pobres*– sostiene que los servicios pueden mejorarse poniendo a la gente pobre en el centro de la prestación de éstos. ¿Cómo? Facultando a los pobres para hacer seguimiento, disciplinando a los proveedores de servicios, amplificando su opinión en la formulación de políticas y fortaleciendo los incentivos para que los proveedores sirvan a los pobres.

Liberarse de enfermedades y del analfabetismo son dos de las formas más importantes en que la gente pobre puede escapar de la pobreza. Para alcanzar estos objetivos, el crecimiento económico y los recursos financieros naturalmente son necesarios, pero no suficientes.

El Informe sobre el Desarrollo Mundial ofrece un marco práctico para hacer que los servicios que contribuyen al desarrollo humano funcionen para los pobres. Con este marco, ciudadanos, gobiernos y donantes pueden emprender acciones y acelerar el progreso hacia el objetivo común de reducción de la pobreza, especificado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

ISBN 958-682-514-0