



Políticas públicas para mejorar la salud y la educación de las personas

El Pacto de Desarrollo del Milenio sostiene que las primeras medidas políticas que los países de alta y máxima prioridad deben aplicar para salir de las trampas de la pobreza implican inversiones en salud y educación. Estas inversiones estimulan el crecimiento económico, que a su vez fomenta el desarrollo humano (véase capítulo 3). Educación, salud, alimentación, agua y saneamiento se complementan, de modo que cualquier inversión en uno de estos campos contribuye a mejorar los resultados de los demás. Uno de los mensajes fundamentales de este capítulo es que los responsables de formular políticas deben tener en cuenta las sinergias entre los distintos aspectos del desarrollo humano al promover inversiones destinadas a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La educación influye en todos los resultados de desarrollo humano. Lejos de limitarse a una simple fuente de conocimiento, promueve la mejora de la higiene y el mayor uso de los servicios sanitarios. El acceso a agua potable y a saneamiento adecuado también repercute en los resultados en materia de salud, puesto que reduce las enfermedades infecciosas, mejora el estado nutricional de los niños y aumenta su capacidad de aprendizaje. La suma de estas intervenciones conduce a una transición sanitaria: las enfermedades de transmisión dejan de ser el primer problema sanitario de un país y ceden su lugar a las enfermedades crónicas.

La transición sanitaria, por el notable descenso de las tasas de natalidad y de mortalidad que conlleva, acelera a su vez la transición demográfica. Además, a medida que el nivel de educación aumenta, la planificación familiar mejora. Como crece el número de niños que sobreviven, las familias tienen menos niños y gracias al fácil acceso a los anticonceptivos forman familias de menor tamaño. Por lo tanto, con el tiempo, el descenso de la mortalidad en la infancia y en la niñez desempeña un papel fundamental en la disminución de las tasas de fecundidad.¹ Este concepto de sinergia entre las distintas inversiones sociales es fundamental para reducir el hambre, la desnutrición, las enfermedades y el analfabetismo promoviendo además las capacidades humanas.

Para sacar el máximo partido de las sinergias entre los servicios sociales básicos, es fundamental

concentrarse en primer lugar en la educación primaria universal, especialmente de las niñas. Para ello, es necesario disponer de servicios de planificación familiar, agua y saneamiento totalmente operativos, servicios que son vitales para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Asimismo, en este capítulo también se defiende que la igualdad de género no es sólo uno de los Objetivos por derecho propio, sino que es primordial para la consecución de todos los demás. El ciclo de vida de las niñas con educación deja patente las sinergias entre las inversiones en el sector social (figura 4.1). Las niñas con educación suelen casarse más tarde, sobre todo si concluyen la educación secundaria y realizan una actividad económica fuera del hogar. Asimismo, las mujeres con educación tienen menos hijos, solicitan antes atención médica para sí mismas y para sus hijos, a los que proporcionan mejor atención y alimentación.² De esta forma, contribuyen a reducir la probabilidad de que los niños contraigan enfermedades y aumenten sus posibilidades de superar los cinco años.

Con el tiempo, la reducción de la mortalidad infantil se traduce en la reducción del tamaño de las familias en la difusión del uso de anticonceptivos y, por lo tanto, en el descenso de la fecundidad. Si los hogares son más pequeños, la atención prestada a los niños es mejor y si la fecundidad es menor, la población en

FIGURA 4.1.

La vida de las niñas con educación es diferente



Fuente: Mehrotra y Jolly 2000.

edad escolar disminuye. Por esta razón, las ventajas asociadas a la educación de las niñas van multiplicándose de generación en generación. Ahora bien, a pesar de que consolidar las capacidades de la mujer en el ámbito de la salud y la educación es importante, también es necesario actuar para reforzar su papel en la sociedad como agente del cambio (recuadro 4.1).

El progreso logrado en el pasado muestra lo que es posible. Durante los últimos 50 años, la mayoría de los países en desarrollo han logrado avances en salud y educación que los países ricos tardaron casi 200 años en conseguir. Sin embargo, existe una docena de países en desarrollo que han evolucionado con gran rapidez, alcanzando unos indicadores sociales comparables a los de los países ricos. Estos países con muy buenos resultados pueden instruir a los demás sobre las políticas aplicadas para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (recuadro 4.2).

Si existe alguna duda de que los Objetivos pueden alcanzarse en menos de una generación, obsér-

vense los siguientes avances: En Sri Lanka, en tan sólo siete años (1945–52), la esperanza de vida al nacer aumentó en 12 años.³ En China, en nueve años (1953–62), el incremento fue de 13 años.⁴ Entre 1960 y 1980, Botswana duplicó la tasa bruta de matriculación en la educación primaria, que pasó del 40% al 91%.⁵ Asimismo, en Zimbabwe esa misma tasa aumentó del 75% en 1960 al 124% en 1985, cinco años después de la independencia.⁶

Algunos de los países con muy buenos resultados han realizado rápidos progresos económicos y sociales simultáneamente y en la actualidad cuentan con economías de alto desempeño: es el caso de la República de Corea, Malasia o Mauricio. Estos países lograron avances en materia social al principio del proceso de desarrollo, cuando los ingresos nacionales todavía eran bajos, lo que apunta a un cierto orden en las inversiones. En otros países con muy buenos resultados de desarrollo, el crecimiento económico ha sido más lento y menos estable. No obstante, las experiencias

RECUADRO 4.1

Capacidades y poder de iniciativa de la mujer, elementos clave para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio

La consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio pasa por la mejora de las capacidades de la mujer y el aumento de la igualdad entre los géneros. Para ello es imprescindible, a la hora de mejorar sus capacidades, reforzar su poder de iniciativa y permitir que su voz se oiga más alto; al mismo tiempo, para que tengan más poder de iniciativa y su voz sea más fuerte es fundamental reforzar sus capacidades. A pesar de que la educación es la única meta oficial (“Eliminar las desigualdades de género en la educación primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005 y en todos los niveles de la educación para 2015”) utilizada para valorar el progreso hacia el Objetivo de la igualdad entre los géneros, se han establecido algunos otros indicadores para el seguimiento de los logros:

- La proporción de niñas con respecto a niños en educación primaria, secundaria y terciaria.
- La proporción de mujeres alfabetizadas con respecto a hombres de entre 15 y 24 años.
- La cuota de mujeres con empleos remunerados fuera del sector agrícola.
- La cuota de mujeres presentes en los Parlamentos nacionales.

Cuando existe igualdad entre los géneros en materia de educación, las mujeres pueden obtener un empleo fuera del hogar y adquirir poder político, lo que les dota de mayor poder de iniciativa en la esfera pública. Ahora bien, es necesario que dicha igualdad se traslade también a la esfera privada.

Hoy en día, la desigualdad de género socava las capacidades de las mujeres tanto en educación como en salud; pero se están constatando ciertos progresos. Por ejemplo, entre 1990 y 2001, en los países con desarrollo humano bajo, la tasa de mujeres alfabetizadas con respecto a los hombres de entre 15 y 24 años aumentó de 70 a 81 mujeres por cada 100 hombres, mientras que en los países con desarrollo humano medio el incremento fue sólo de 91 a 93. Asimismo, en los países en desarrollo la proporción de los géne-

ros en la educación primaria experimentó un progreso limitado, aumentando de 86 a 92 niñas por cada 100 niños entre 1990 y 1999/2000. Si se mantienen las tasas actuales, la igualdad entre los géneros en educación no se obtendrá hasta el año 2025, es decir, 20 años más tarde de la fecha inicialmente establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En los países en desarrollo, la alfabetización de las mujeres jóvenes (de entre 15 y 24 años) se sitúa en un 60%, frente al 80% de los hombres jóvenes. Por otra parte, son más las mujeres infectadas por el VIH/SIDA que los hombres. La mortalidad materna es otro aspecto de las cargas adicionales que soportan las mujeres. Si bien las mujeres, por razones biológicas, viven más que los hombres, en muchas regiones y países en desarrollo son millones las mujeres “ausentes” víctimas de infanticidios, de abortos practicados por motivos de género o de la discriminación sistemática que sufren a lo largo de su vida (lo que se traduce por una población femenina menor que la masculina: entre 35 y 37 millones de mujeres menos en Sudáfrica y entre 38 y 40 millones en China).

Si no se actúa para desarrollar las capacidades de la mujer tanto en salud como en educación, sus perspectivas de trabajar fuera del hogar y de obtener ingresos independientes son limitadas. En la década de los 90, las mujeres que trabajaban fuera del sector agrícola representaron un inamovible 40% del empleo masculino en los países en desarrollo.

Son numerosos los desafíos que dificultan la igualdad entre los géneros tanto en el empleo como en la participación en la comunidad y en la política. En los países en desarrollo, la mayoría de las trabajadoras pobres en sectores distintos al de la agricultura realizan actividades informales por las que perciben salarios reducidos e irregulares. En sólo siete países de todo el mundo, las mujeres ocupan más del 30% de los escaños parlamentarios y en muchos casos es necesario recurrir a cuotas para impulsar la igualdad en el ám-

bito de la representación política.

El contexto sociocultural determina en gran medida las relaciones entre los géneros. Los valores patriarcales inculcados desde la niñez influyen en las actitudes y puntos de vista tanto de los hombres como de las mujeres a lo largo de sus vidas y quedan consagrados en leyes contrarias a los derechos y reivindicaciones de las mujeres, fundamentalmente en lo relacionado con el matrimonio, el divorcio, la violación, la violencia y las sucesiones. Los movimientos en favor de los derechos de la mujer sitúan la reforma de tales leyes en el centro de sus reivindicaciones.

Aunque se considera que la educación y el empleo son estrategias básicas para fortalecer el poder de iniciativa y la voz de las mujeres, para lograr un poder de iniciativa más sólido es necesario:

- Reconocer la importancia de la educación pero además mejorar el contenido, la prestación y los resultados de la misma.
- Crear más empleo para las mujeres, pero además mejorar la naturaleza y las condiciones de dicho empleo, incluyendo modos de subsistencia sostenibles.
- Aumentar el número de parlamentarias, pero además potenciar su visibilidad en puestos de decisión y de responsabilidad, tanto en el plano local como nacional.

Por lo tanto, potenciar a la mujer exige políticas dirigidas tanto a las necesidades prácticas (promoción de las capacidades básicas necesarias para su desarrollo, como mejora de las condiciones de vida y fomento del empleo, la atención médica y el suministro de agua potable) como estratégicas (potenciación de la voz y el poder de iniciativa de las mujeres para renegociar sus funciones en el hogar y en la sociedad mediante derechos legales a poseer activos y leyes que garanticen la igualdad salarial, los derechos de procreación y una vida sin violencia, por ejemplo). Por otra parte, todas estas políticas deben ir respaldadas por leyes que garanticen la igualdad de derechos para todos, hombres y mujeres, en el sector público y privado.

Fuente: Christiansen, Conway y Poston (2003), Drèze y Sen 2002, Landuyt 1998.

Lecciones políticas de países con muy buenos resultados en salud y educación

No existe una fórmula global para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ni ninguna señal establecida que indique que se está siguiendo el camino correcto. Como cada país parte de una situación distinta, cada uno debe poner en marcha estrategias diferentes para alcanzar los objetivos internacionales en materia de educación y salud. Son muchas las experiencias de éxito:

- En la década de los 80, Botsvana realizó mayores progresos en educación y salud de lo que cabía esperar en función de su nivel de ingresos.
- Los indicadores de salud del Estado de Kerala, en la India, son similares a los de los Estados Unidos, a pesar de que sus ingresos per cápita son un 99% inferiores y de que el gasto anual en salud no supera los \$28 por persona.
- Los ingresos per cápita de Cuba representan sólo una pequeña fracción de los que cuentan los Estados Unidos y sin embargo ambos registran la misma tasa de mortalidad infantil y Cuba mantiene el VIH/SIDA bajo control.

Las experiencias de los países con buenos resultados en educación y salud demuestran que es posible realizar extraordinarios progresos en el plazo de una generación y las similitudes entre experiencias de éxito proporcionan información muy útil sobre lo que realmente funciona:

- *Financiación pública adecuada y equitativa.* En los países con muy buenos resultados, el compromiso político se refleja no sólo en las partidas de gasto público asignadas a la salud y a la educación sino también en la equidad de las mismas. El

gasto se ha centrado en servicios sanitarios básicos en lugar de terciarios y en la educación primaria más que en la superior.

- *Mejores condiciones de salud precedidas por logros en educación.* Desde el inicio de sus procesos de desarrollo, todos los países con muy buenos resultados registraron elevadas tasas de matriculación infantil, sobre todo entre las niñas. Por lo tanto, se partía de un nivel menor de desigualdad de género en educación, y las diferencias entre géneros se redujeron mucho más rápidamente que en otros países con peores resultados. Conforme fueron surgiendo inversiones en la infraestructura de salud pública, los altos niveles en educación garantizaron una gran demanda y un uso eficaz de los servicios médicos.

- *Las mujeres con educación pudieron actuar como agentes del cambio.* Los buenos resultados en educación y salud infantil no se obtienen únicamente mediante una alimentación adecuada y unos servicios sanitarios apropiados sino que también requieren dispensar una correcta atención a los niños. En este aspecto, las capacidades y el lugar de la mujer en el hogar y en la sociedad adquieren un significado destacado. Cuando las mujeres tienen educación, derechos de propiedad y libertad para trabajar fuera del hogar y ganar unos ingresos independientes, el bienestar del conjunto de la familia mejora (Drèze y Sen 1995). Los países con muy buenos resultados no sólo registraban un nivel de práctica paridad en educación, sino también de una elevada proporción de mujeres con empleos no agrícolas.

Fuente: Chen y Desai 2000, Mehrotra 2000. Drèze y Sen 1995.

de todos estos países con muy buenos resultados permiten afirmar que, escogiendo las prioridades y las políticas adecuadas, es posible alcanzar un alto desarrollo social, incluso cuando la economía no es muy floreciente.

Este capítulo trata las prioridades políticas adecuadas para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (que son las aplicadas por los países con muy buenos resultados). Se examinan cada uno de

los Objetivos relacionados con el hambre, la educación, la salud y el agua y el saneamiento, desde los retos que plantean hasta las acciones necesarias para resolverlos. Por último, se propone un plan de acción para elevar el nivel, la equidad y la eficacia del gasto público destinado a los servicios básicos —así como la cantidad y calidad de la asistencia oficial para el desarrollo.

ALCANZAR EL OBJETIVO DEL HAMBRE

Habida cuenta de los logros realizados en el pasado, el Objetivo de reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre debería ser fácil de alcanzar. En 1996, la Cumbre Mundial sobre la Alimentación se impuso una meta similar: rebajar a 400 millones el número de personas que padecen hambre en los países en desarrollo.⁷

Desde principios de la década de los 70, la producción alimentaria en los países en desarrollo se ha triplicado, superando incluso el aumento del crecimiento demográfico⁸ y los precios reales de los principales cultivos de cereales han caído un 76%.⁹ Entre 1980 y 1995, la producción alimentaria per cápita se incrementó en un 27% en Asia y en un 12% en América Latina, mientras que cayó en un 8% en el África Subsahariana.¹⁰ En Asia meridional se está produciendo un descenso del hambre, pese a que sigue siendo la región más afectada por este fenómeno, mientras que en África, alrededor de un tercio de la población sufre desnutrición y la cifra sigue en aumento.¹¹ Si todos los alimentos que se producen en el mundo se distribuyeran equitativamente, cada

persona podría consumir 2.760 calorías al día (se considera que una persona padece hambre cuando consume menos de 1.960 calorías al día).¹² Abordar el problema del hambre implica garantizar que las personas controlen los recursos necesarios para adquirir los alimentos, especialmente los ingresos.

El hambre no se reduce a la falta de alimentos disponibles, sino que es un problema de déficit del derecho al alimento y de privación de los servicios básicos relacionados (atención médica, educación, acceso a agua potable y a saneamiento adecuado). La diferencia entre el derecho al alimento y la disponibilidad de alimentos estriba en que el primero se refiere a lo que una persona puede adquirir con sus ingresos y por lo tanto consumir, mientras que la segunda se refiere a lo que está disponible en el mercado.

ALCANCE DEL PROBLEMA

Cada día, en los países en desarrollo 799 millones de personas pasan hambre (aproximadamente el 18% de la población mundial).¹³ En el Asia Meridional, el

Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

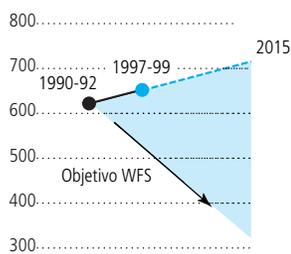
Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas con ingresos inferiores a 1 dólar diario.

Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.

FIGURA 4.2.

Crecimiento de la inseguridad alimentaria

Número de personas afectadas por la inseguridad alimentaria en todos los países en desarrollo, excepto China



Nota: WFS es la Cumbre Mundial sobre Alimentación

Fuente: FAO 2001c.

hambre afecta a una de cada cuatro personas, mientras que en el África Subsahariana esta proporción es aún mayor, llegando a una de cada tres.¹⁴ India es el país que registra el mayor número de personas afectadas por el hambre con 233 millones, seguido del África Subsahariana con 183 millones; China con 119 millones; el resto de Asia Oriental y el Pacífico con 74 millones; América Latina con 55 millones; y los Estados Árabes con 32 millones.¹⁵

Entre 1990-92 y 1998-2000, en los países en desarrollo se redujo la proporción de personas que pasan hambre, pasando del 21% al 18%.¹⁶ China, con mucha diferencia sobre los demás, registró el descenso más acusado, aunque los resultados del Asia Sudoriental también fueron notables.¹⁷ Sin embargo, teniendo en cuenta el crecimiento demográfico, el número de personas que pasan hambre no está descendiendo tan rápidamente. A nivel mundial, el número de personas que padecen hambre se redujo en 20 millones entre 1991 y 1999,¹⁸ pero este avance se debe exclusivamente al hecho de que 80 millones de chinos escaparon de la pobreza: en 25 países en desarrollo se produjo un aumento del número de personas que pasan hambre (figura 4.2).¹⁹

El Objetivo del hambre también persigue reducir la desnutrición infantil. En este ámbito, 10 de los 33 países para los que se dispone de datos sufrieron reveses o no lograron mejorar en la década de los 90;²⁰ si tenemos en cuenta que los datos sobre desnutrición infantil son más fiables que los relativos al hambre, estas tendencias son preocupantes.²¹

Más de tres cuartas partes de las personas que pasan hambre viven en zonas rurales de los países en desarrollo.²² Aproximadamente la mitad de ellas pertenecen a familias rurales en tierras marginales, donde la producción agrícola está amenazada por la degradación ambiental.²³ Cerca de la tercera parte vive en hogares rurales sin tierras que no se dedican a la agricultura, como los que dependen del pastoreo, la pesca y los recursos forestales.²⁴ Sin embargo, las capturas de los pescadores pobres menguan a causa de la pesca comercial y con la llegada de empresas madereras que obtienen concesiones gubernamentales, las personas que dependen de los recursos forestales están perdiendo sus derechos. Por otra parte, en la mayoría de las zonas rurales aumenta la carencia de tierra debido al aumento del tamaño de las explotaciones agrícolas y al desigual reparto de la tierra. El promedio de superficie per cápita descendió de 3,6 hectáreas en 1972 a 0,26 en 1992 y está previsto que esta tendencia continúe de aquí a 2020.²⁵

Otro fenómeno alarmante es el desplazamiento de la desnutrición a las ciudades.²⁶ Actualmente, los pobres de las ciudades representan más de la quinta

parte de las personas que padecen hambre en los países en desarrollo. No obstante, esta proporción podría estar aumentando ya que el ritmo de crecimiento de la población urbana es muy superior al de la población rural.²⁷

Todos los años, entre un 5 y un 10% de las personas que padecen hambre son víctimas de sequías, plagas, inundaciones, huracanes, tormentas extremas o conflictos violentos.²⁸ En 15 de los 21 países que en 2002 vivieron una situación de emergencia alimentaria grave, ésta fue ocasionada por la guerra, los conflictos civiles o los efectos aún persistentes de conflictos anteriores.²⁹

Para cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio del hambre es necesario mejorar la distribución de los alimentos e incrementar la producción. Para ello, resulta prioritario emprender las siguientes acciones:

- *Concentrarse en tecnologías que incrementen la producción agrícola.* De esta manera aumentarán también los ingresos de las personas que poseen pocos bienes aparte de las tierras.
- *Dedicar más recursos a la agricultura.* Tanto en los países pobres como en los ricos, la agricultura está desatendida y es necesario invertir esta tendencia.
- *Prevenir la degradación ambiental.* Las nuevas políticas y tecnologías destinadas a potenciar la productividad también deben proteger los ecosistemas frágiles. Las personas pobres son las más perjudicadas por la degradación ambiental y al mismo tiempo la pobreza provoca degradación ambiental. En los países en desarrollo, la baja productividad suele ser la causante de dicho deterioro, mientras que en Europa y en América del Norte, la responsable es la elevada productividad.
- *Distribución más equitativa de los recursos.* Las mujeres, que son las que producen la mayor parte de los alimentos que se consumen en el África Subsahariana y en Asia, deben disponer de un acceso más seguro a la tierra, igual que las personas que carecen de tierras.
- *Abordar el recalentamiento global y reducir las subvenciones y los aranceles agrícolas en los países ricos.* Estas prácticas proteccionistas manipulan los mercados internacionales. Mientras tanto, el recalentamiento global puede influir negativamente en las condiciones meteorológicas para los agricultores que dependen de la lluvia.

RESERVAS REGULADORAS DE ALIMENTOS PARA MEJORAR LA DISTRIBUCION Y NIVELAR LOS PRECIOS

Los gobiernos pueden acumular reservas de alimentos básicos, especialmente cereales, para introducirlos en el mercado en caso de alza desmesurada

de los precios de los alimentos, garantizando de este modo que los pobres puedan acceder a ellos. En algunos casos, este tipo de sistemas lleva aparejada la distribución pública de productos básicos a precios inferiores a los del mercado. Tradicionalmente, la China y la India han mantenido reservas reguladoras de alimentos, normalmente financiadas con cargo al gasto público.

Desde los años 70, la India cuenta con reservas de alimentos que le permiten mitigar la hambruna. Estos esfuerzos se han visto respaldados por el incremento de la productividad de trigo y arroz tras la revolución verde y el suministro de cereales y otros productos básicos (azúcar, aceite para cocinar) a través de un sistema de distribución pública. Además, durante los períodos de sequía, los programas de alimentos por trabajo garantizan que el consumo se mantenga dentro de los niveles de subsistencia.

Es fundamental que los alimentos sean asequibles para las familias pobres, a través de sistemas de distribución pública o sacando al mercado las reservas de cereales (algo que el gobierno indio no ha hecho en los últimos años). Una de las razones por las que en Kerala, estado de la India con muy buenos resultados, la seguridad alimentaria está garantizada para las familias pobres, es que los centros de racionamiento distribuyen cereales incluso en las zonas rurales,³⁰ mientras que en el resto del país la mayoría de la distribución pública de alimentos se realiza únicamente en zonas urbanas. En China son las comunidades las que mantienen las reservas reguladoras de alimentos.

Sri Lanka, otro de los países que ha obtenido muy buenos resultados en los indicadores sociales, mantiene las subvenciones agrícolas desde que alcanzara la independencia, en 1947. En 1979, las subvenciones generales a los productos básicos (arroz, harina de trigo, lentejas, pescado curado y leche en polvo) se sustituyeron por un sistema de bonos de ayuda alimentaria al que accede el 40% de la población.

En África, las reservas reguladoras de alimentos no se han utilizado tanto como cabría esperar debido a la escasa productividad agrícola del continente, a la precariedad de sus suelos y a las frecuentes hambrunas que padece. Una de las principales causas de la hambruna que en 2002 sufrió el África meridional fue el agotamiento de las reservas de alimentos, en parte porque las restricciones fiscales impidieron a los gobiernos que las mantuvieran.

El mantenimiento de reservas reguladoras resulta particularmente importante para los países sin litoral: los gastos que conlleva la construcción y gestión de depósitos de almacenamiento se ven compensados por el número de vidas que se salvan, los sufrimien-

tos que se evitan y el aumento de la productividad que generan. En los países con puerto, es necesario comparar los gastos de mantenimiento de las reservas frente a los beneficios que suponen. No obstante, incluso en los países costeros, las reservas reguladoras pueden amortiguar los efectos adversos que acarrea la fluctuación de los precios de los alimentos.

Sin embargo, a África se le ha aconsejado que lleve a cabo una política bien dispar, con el argumento de que es el libre mercado el que debe determinar cómo alimentar al continente.

Los gobiernos que tienen déficit presupuestarios no deberían subvencionar los fertilizantes, mantener los precios de las cosechas o conceder préstamos baratos. Un informe recientemente publicado propone a los países rurales africanos que adopten cultivos comerciales para la exportación, que generarían ingresos para los agricultores pobres y atraerían las divisas necesarias para la importación de alimentos. Aunque el informe reconoce que el cultivo intensivo de alimentos sería de gran ayuda para algunos agricultores, también señala que muchos de ellos están tan aislados que deberían cultivar únicamente lo que necesitan para sí mismos y al menor precio posible.³¹

DESIGUALDAD: QUÉ HACER AL RESPECTO

El acceso a los alimentos podría mejorar considerablemente si los gobiernos aseguraran los bienes y elevaran los ingresos de los grupos más vulnerables.

GRUPOS MARGINADOS

Las pequeñas explotaciones son más productivas por unidad de superficie que las grandes, de lo que se deduce que una distribución más equitativa de la tierra aumenta el rendimiento y la productividad. En Piauí, (Brasil) desde que se produjo la distribución de tierras entre los pequeños agricultores, el rendimiento agrícola se ha incrementado entre un 10% y un 40% en los cultivos de secano y entre un 30% y un 70% en los cultivos de regadío.³² La distribución equitativa de la tierra también contribuye a reducir la pobreza y fomentar el reparto más justo de los ingresos. En El Salvador, el incremento del 10% de la titularidad de la tierra entre los agricultores elevó los ingresos per cápita en un 4%. De forma similar, en los estados de la India que pusieron en práctica reformas agrarias, la pobreza descendió más rápidamente entre 1958 y 1992.³³

Para poder invertir en los recursos naturales necesarios para mejorar la productividad, los pobres

Una distribución más equitativa de la tierra aumenta el rendimiento y la productividad

*En India, Nepal y
Tailandia, menos de una
de cada diez mujeres
agricultoras es propietaria
de la tierra*

necesitar disponer de acceso seguro a dichos recursos. En Tailandia ha quedado patente la estrecha relación entre la tenencia segura de las tierras y la práctica de una agricultura sostenible.³⁴

Las personas que sufren hambre y pobreza también pueden beneficiarse de los recursos en régimen de propiedad compartida. En los últimos años, se ha concedido a comunidades indígenas de Brasil, Camerún, Gambia, India, Nepal y Tanzania fincas públicas para su uso o gestión compartida. Del mismo modo, Bolivia, Colombia, Filipinas, Indonesia, Mozambique, Uganda y Zambia han consolidado la tenencia comunitaria de los bosques, mientras que China y Viet Nam han cedido fincas forestales públicas a familias. El reconocimiento de los derechos de los indígenas y de la titularidad comunitaria, además de la mayor racionalización de la tenencia forestal pública, brindan a los países la oportunidad de mejorar radicalmente el sustento de millones de habitantes de las áreas forestales. Igualmente debe reconocerse el derecho de las comunidades al agua, no sólo para cubrir sus necesidades familiares, sino también para el regadío, el tratamiento de los productos agrícolas y el ganado.³⁵

LAS MUJERES

Las mujeres producen la mayor parte de los alimentos que se consumen en el África Subsahariana y, en menor medida, en Asia, pero rara vez disponen de una tenencia segura de la tierra que trabajan. En India, Nepal y Tailandia, menos de una de cada diez mujeres agricultoras es propietaria de la tierra. Sin esta titularidad segura, no tienen garantía, no pueden solicitar un préstamo ni realizar inversiones para mejorar la productividad, lo que resulta perjudicial para la salud y la nutrición de sus familias.³⁶ En algunas regiones, las mujeres tienen limitado el derecho a la alimentación, un problema especialmente grave en el caso de las mujeres embarazadas y lactantes, que necesitan mayor aporte calórico.

LOS POBRES DE LAS CIUDADES.

La mayoría de las ciudades disponen de tierras para la agricultura que hacen las veces de red de seguridad informal para muchos de sus habitantes pobres que cultivan alimentos en parques, azoteas, humedales, cementerios, contenedores, descampados, servidumbres y terrenos cercanos a las vías férreas. También pueden llevar el ganado a pastar a las laderas de las montañas, a espacios abiertos y a servidumbres. No debería negárseles el derecho a utilizar esas tierras para alimentarse.

LAS VICTIMAS DE EMERGENCIAS ALIMENTARIAS

Los refugiados, como consecuencia de las guerras o desastres naturales, necesitan de manera urgente asistencia para sobrevivir. En situaciones de emergencia alimentaria los tiempos de respuesta deben ser mucho más cortos, de forma que los víveres lleguen a las personas afectadas por el hambre con mayor rapidez. Sería de gran ayuda contar con sistemas de alerta rápida para crisis políticas, como las previstas para los desastres ambientales, ya que las crisis políticas son la principal causa de las hambrunas.

Además, debería constituirse un fondo permanente que permitiera a los organismos internacionales dar respuesta inmediata a las crisis sin tener que recaudar fondos en el momento en que deben reaccionar. Si existiera un fondo completamente capitalizado, el Programa Mundial de Alimentos podría realizar una planificación estratégica más precisa de los suministros alimentarios de urgencia y una vez superada la hambruna, de la recuperación de los cultivos y el ganado. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación calcula que alimentar a los 214 millones de personas que pasan más hambre en el mundo costaría \$5.200 millones anuales.³⁷

Para ampliar aún más los efectos positivos de la seguridad alimentaria, convendría comprar los alimentos destinados a esta clase de programas en los países en desarrollo. La organización de la financiación internacional de la alimentación comunitaria y las iniciativas del banco de alimentos comunitario podría asignarse al Programa Mundial de Alimentos, como un banco internacional que proporcionara alimentos para todos.³⁸

INCREMENTAR LA PRODUCTIVIDAD

Se han diseñado muchas tecnologías para incrementar la productividad agrícola y reducir el hambre. Algunas de las tecnologías en favor de los pobres hacen especial hincapié en la productividad sostenible y la adecuación a las mujeres. Las soluciones de gestión más prometedoras se aplican en áreas como la agrosilvicultura, la permacultura, la agricultura de conservación, la fijación biológica del nitrógeno, el uso eficiente del agua, la selección del género del ganado, la gestión integrada de las plagas y de los nutrientes de las plantas, los sistemas integrados de agricultura intensiva y la gestión integrada del agua y del suelo.³⁹

La necesidad más apremiante de muchos agricultores africanos es mejorar la calidad de las tierras. En muchas explotaciones, los fertilizantes pueden

Aumentar la fertilidad del suelo en el África Subsahariana

Para paliar el agotamiento de los nutrientes del suelo tradicionalmente se utilizan fertilizantes minerales; sin embargo, a un agricultor africano el fertilizante le cuesta entre dos y seis veces más que a uno europeo, norteamericano o asiático. Sin embargo, a las cosechas poco les importa que el nitrato y el fosfato que absorben proceda de un saco de fertilizante o de una hoja en descomposición. Lo importante es reponer los nutrientes vegetales en cantidad suficiente, hacerlo con fertilizantes minerales o productos orgánicos es básicamente una cuestión de economía agrícola.

El planteamiento más recomendable consiste en combinar el uso de ambas fuentes de nutrientes de forma agrónomicamente viable. La red Sasakawa Global 2000 y otras organizaciones han mostrado en miles de granjas africanas que los fertilizantes minerales pueden entre duplicar y cuadruplicar el rendimiento de las cosechas de alimentos básicos. No obstante, incluso los agricultores que no pueden conseguir o permitirse comprar estos productos pueden obtener mayor rendimiento de las cosechas a largo plazo con planteamientos alternativos a la fertilización y reconstrucción de los suelos:

- *Barbechos con árboles fijadores de nitrógeno.* En las regiones tropicales subhúmedas de África del Oriental y Meridional la plantación intercalada de árboles leguminosos entre las cosechas de maíz, que se dejan crecer como barbecho durante las temporadas secas, produce entre 100 y 200 kilogramos de nitrógeno por hectárea durante 6 a 24 meses. Estos barbechos son económica y ecológicamente viables y se adaptan bien a las costumbres y calendarios de trabajo de los agricultores, algo que no sorprende pues éstos ayudaron a desarrollar la tecnología.
- *Fosfato de roca autóctona.* La utilización de los depósitos de fosfato de roca autóctona representa una alternativa a los superfosfatos importados. La ligera acidez de la mayoría de estos suelos (pH 5-6) ayuda a disolver los fosfatos de roca de alta calidad a un ritmo que permite suministrar fósforo a las cosechas durante varios años. Durante un periodo de cinco años, su utilización duplica o triplica las cosechas de maíz y consigue un 90% de eficacia con respecto a los superfosfatos, aunque a un precio mucho menor.
- *Transferencias de biomasa de arbustos ricos en nutrientes.* Transferir biomasa de hojas del arbusto *Tithonia diversifolia*, que contiene gran cantidad de

nutrientes y crece a los bordes de las carreteras, aporta nutrientes y duplica las cosechas de maíz sin necesidad de otro tipo de fertilizantes.

Decenas de miles de familias de agricultores de Kenya, Malawi, Mozambique, Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabwe están aplicando estos planteamientos con buenos resultados. Los barbechos mejorados son, sin duda, la práctica más extendida. Los conocimientos se van transmitiendo entre los agricultores, los pueblos, las organizaciones comunitarias y a través de los institutos nacionales de investigación y divulgación, universidades, organizaciones no gubernamentales y proyectos de desarrollo.

El desafío ahora es acelerar el que decenas de millones de familias de agricultores adopten dichas tecnologías. Los principales obstáculos son el insuficiente suministro de germoplasma (semillas y plántulas) y fosfato de roca, así como la falta de concienciación y conocimiento sobre los elementos tecnológicos. Sin embargo, es fundamental promover estas tecnologías, ya que representan una magnífica oportunidad de incrementar radical y sustancialmente la producción alimentaria, reduciendo el hambre con un método que mejora la base natural de recursos.

Fuente: Grupo de Tareas del Proyecto del Milenio 2. Quinones y otros 1997.

duplicar e incluso cuadruplicar la producción de los cultivos alimentarios básicos.⁴⁰ Incluso los agricultores que no pueden obtener o no se pueden permitir utilizar este tipo de insumos, disponen de muchas otras opciones de aumentar la fertilidad del suelo, especialmente en África (recuadro 4.3).

Las políticas nacionales deben hacer hincapié en la recuperación de las riquezas naturales. Desde 1996, China ha regenerado 5 millones de hectáreas de tierras de cultivo de bajo o medio rendimiento. En algunas comunidades de la India, la gran mayoría de los agricultores de tierras marginales, que se ven obligados a reducir los períodos improductivos, han aplicado de forma generalizada mejores barbechos y cultivos de cobertura, de los que se han identificado 145 sistemas.⁴¹ También es posible mejorar los sistemas agrícolas pagando a agricultores, pescadores, pastores y personas que dependen de los recursos del bosque por la labor que desempeñan en la gestión del ecosistema. Según un estudio reciente, este tipo de programas existen ya en muchas zonas: 75 de ellos realizan pagos por las compensaciones a la emisión de carbono, 72 por la biodiversidad y 61 por servicios en las cuencas.⁴²

También existen iniciativas que promueven la agricultura sostenible en las comunidades agrarias. Un estudio realizado en 17 países africanos ha revelado que 730.000 familias pobres integradas en 45 proyectos distintos están practicando una agricultura sostenible, que se caracteriza por el uso intensivo de la tierra, la diversificación de los cultivos y del ganado, el mayor uso de recursos renovables y otros criterios.⁴³

En ocho países asiáticos, alrededor de 2,9 millones de familias pobres que practican la agricultura sostenible incrementaron su producción de alimentos en 4,9 millones de hectáreas.⁴⁴ Es necesario extender estos programas a decenas de millones de familias.

Los agricultores de los países en desarrollo no suelen disponer de carreteras, almacenes, electricidad ni de los enlaces de comunicación necesarios para acercarlos a los mercados, por lo que son presa fácil de los intermediarios, que aplican altos precios a los insumos, y de monopolios compradores, que reducen al mínimo sus ingresos. Sin embargo, tanto para los gobiernos como para los donantes de todo el mundo, la agricultura no es un asunto prioritario. La mayoría de los gobiernos han invertido mucho menos en tierras marginales que en zonas agrícolas más favorecidas.⁴⁵ La mayor parte de los países africanos invierten en desarrollo menos de un 5% de sus presupuestos, a pesar de que el 75% de su población depende, directa o indirectamente, de la agricultura.⁴⁶

Por otra parte, la investigación agrícola está infradotada: muchos países de ingresos bajos sólo destinan el 0,5% de su PIB agrario⁴⁷ a la investigación agrícola, que además se centra, casi en su totalidad, en las tierras de mayor calidad y en los cultivos comerciales. Sin embargo, para que tenga efectos positivos sobre los agricultores pobres de tierras marginales, la investigación agrícola debe apoyar iniciativas prometedoras como los sistemas de multicultivo, la agricultura ecológica, las variedades de semillas de maduración temprana y los métodos económicos de regeneración del suelo.

Políticas agrarias y seguridad alimentaria

Las intervenciones realizadas por el gobierno indio en los mercados de cereales ponen de manifiesto que las políticas públicas pueden crear diferentes ganadores —y perdedores— en los distintos grupos de población.

Los precios mínimos de apoyo establecidos por el gobierno a través de la Corporación de Alimentos de la India con el fin de estabilizar los precios y apoyar a los agricultores del cereal, han crecido a un ritmo más elevado que la inflación. Este fenómeno se explica en parte por las presiones de los grandes agricultores (especialmente de arroz y trigo) y por las políticas gubernamentales que cubren los costos económicos de producción de los agricultores. Los costos económicos de producción se basan en los costos de

producción, el valor atribuido a la tierra y al trabajo y una prima.

Teóricamente, los precios del sistema público de distribución alimentaria están basados en los costos económicos (al igual que los precios mínimos de apoyo). Sin embargo, los precios de mercado son inferiores a los precios del sistema, lo que provoca el aumento de las existencias acumuladas en los almacenes estatales, mientras India sigue registrando la mayor tasa de personas que pasan hambre en el mundo y cerca de la mitad de los niños están desnutridos. Ahora bien, las presiones de los agricultores se ven contrarrestadas por la presión que tienen los líderes políticos para satisfacer a los votantes y por lo tanto controlar los precios del sistema público de distribución alimentaria.

Fuente: Kannan, Mahendra Dev y Sharam 2000, Ministerio indio de Finanzas 2002a.

Los servicios agrícolas, cuando existen, son prestados por empresas privadas que venden insumos y ofrecen asesoramiento, muchas veces equivocado y prácticamente siempre incompleto. Los servicios de divulgación agrícola gubernamentales se han centrado en la distribución de semillas y fertilizantes, fomentando en muchos casos variedades y formulaciones inadecuadas para las condiciones de la zona.

La mayoría de los países en desarrollo, cuando otorgan subvenciones a insumos o compran cereales, establecen condiciones privilegiadas para los grandes productores o procesadores. Con frecuencia, las normas que rigen estos mecanismos distorsionan los mercados, presionan excesivamente a los pequeños productores, instauran monopolios oficiales e imponen suplementos e impuestos excesivos.⁴⁸ Deberían reformarse inmediatamente las políticas gubernamentales que discriminan a los pequeños productores y la financiación pública de las subvenciones debería dedicarse a apoyar a los pequeños agricultores (recuadro 4.4).

RESPONSABILIDADES INTERNACIONALES

Entre los años 1971 y 1990, se produjo un aumento de la asistencia oficial bilateral para el desarrollo destinada a la agricultura, los recursos forestales y la pesca, que después comenzó a disminuir, junto con la

asistencia oficial para el desarrollo global. La asistencia oficial multilateral para el desarrollo aumentó de \$1.200 millones anuales en 1973-74 a \$3.600 millones anuales en 1981-83, para descender durante las dos décadas siguientes a \$1.400 millones anuales en 1999-2000 (en dólares de 2000). Como proporción de la asistencia total concedida por las instituciones multilaterales, la asistencia a la agricultura, la pesca y los recursos forestales pasó de representar el 15% del total en 1997 al 10% en 1999.⁴⁹

Sin embargo, reducir el hambre en los países en desarrollo requiere actuar no sólo en el ámbito de la cooperación sino también en otras dos cuestiones fundamentales que ayuden a incrementar la producción de alimentos y la productividad de las fincas. En primer lugar, las subvenciones a la agricultura en los países ricos, que en 2002 ascendieron a \$311.000 millones, están impidiendo el crecimiento de la agricultura en los países en desarrollo (véase el capítulo 8).

En segundo lugar, debido al calentamiento de la tierra provocado por las emisiones de gases de efecto invernadero, se asiste a un aumento de la frecuencia de fenómenos meteorológicos extremos (inundaciones, sequías, deslizamientos de tierras, tifones, ciclones) lo que eleva el número de personas que se enfrentan a emergencias alimentarias. En las próximas décadas, es probable que el cambio climático ocasione mayores precipitaciones entre los 30 grados de latitud norte y los 30 grados de latitud sur, una zona en la que se encuentran muchos de los países más ricos del mundo. En cambio, es posible que en muchas regiones tropicales y subtropicales las lluvias sean más escasas e irregulares, lo que reducirá las cosechas de unos países que ya padecen inseguridad alimentaria.

Desde 1968, se ha registrado un descenso de las precipitaciones en África. Por otra parte, las fluctuaciones de las lluvias se han agudizado en todo el continente, ocasionando inundaciones catastróficas como la que arrasó Mozambique en marzo de 2000. Los cambios climáticos han afectado especialmente al África Subsahariana, dado que la mayoría de sus cultivos son de secano y representan el 70% del empleo de la región y el 35% de su PNB. Debido al recalentamiento global, África dependerá aún más de las importaciones de alimentos.

ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE EDUCACIÓN

Durante los años 90, la tasa de matriculación en la educación primaria creció en todas las regiones y en muchas de ellas la proporción de niños matriculados es muy elevada. En Asia oriental y el Pacífico, en Europa Central y Oriental y en la Comunidad de Esta-

dos Independientes (CEI) y en América Latina y el Caribe más del 90% de los niños están matriculados en la escuela primaria. En el Asia meridional el 79% están matriculados, mientras que en los Estados Árabes, el porcentaje es del 77%. En el África Subsa-

Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio

Objetivo 2: Lograr la educación primaria universal

Meta 3: Velar por que, para el año 2015, los niños y las niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de educación primaria

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer

Meta 4: Eliminar las desigualdades entre los géneros en la educación primaria y secundaria preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la educación antes del final de 2015.

riana, en la década de los 90,⁵⁰ la tasa de matriculación aumentó en 3 puntos porcentuales, sin embargo, el porcentaje de niños matriculados en primaria es inferior al 60%.⁵¹

ALCANCE DEL PROBLEMA

En los países en desarrollo, de los 680 millones de niños en edad de escolarización primaria, 115 millones no asisten a la escuela, tres quintas partes de los cuales son niñas.⁵² En la India, 40 millones de niños, más de un tercio del total mundial, no reciben enseñanza primaria.⁵³

Por otra parte, matriculación y finalización del ciclo no son sinónimos: poco más de la mitad de los niños que comienzan el ciclo de enseñanza primaria lo concluyen y en el África Subsahariana la proporción es de uno de cada tres.⁵⁴ A causa de estas deficiencias, la cuarta parte de los adultos de los países en desarrollo no saben leer ni escribir⁵⁵ y dos terceras partes de los 879 millones de adultos analfabetos que hay en el mundo son mujeres.⁵⁶

En la ampliación de la enseñanza primaria, los países en desarrollo se enfrentan a tres grandes retos:

- *Recursos limitados*: los países en desarrollo dedican una proporción del PNB por alumno muy inferior a la de los países ricos, en todos los niveles de la enseñanza.
- *Desigualdad*: cuando el gasto es reducido, los ricos pueden hacerse con una proporción mucho mayor de dicho gasto, por lo que se reduce el beneficio para los pobres.
- *Ineficiencia del gasto*: esta expresión hace referencia a que una parte muy importante de los gastos corrientes se destina a los sueldos de los maestros, por lo que queda muy poco para el material didáctico. Además, la baja calidad de la enseñanza hace que los estudiantes no aprendan tanto como podrían.

RECURSOS LIMITADOS: QUÉ HACER AL RESPECTO

Los gobiernos desempeñan un papel mucho más importante en las economías de los países donde el desarrollo humano es elevado, que en aquellos donde es medio o bajo. En 1999, la mediana del gasto público en países con alto desarrollo humano ascendió al 35% del PIB, mientras que en países con desarrollo humano medio fue de 25% y en los de desarrollo humano bajo el 21%.

ESCASO PRESUPUESTO EDUCATIVO

Los países ricos rara vez destinan menos del 4,0% del PIB a la enseñanza pública. En países con alto desarrollo humano, la mediana del gasto público en edu-

RECUADRO 4.5

¿Gasto en defensa o en educación? Incoherencias de la acción gubernamental

¿Qué pueden hacer los países en desarrollo para incrementar el gasto en educación y especialmente en educación básica? Una opción sería recortar el gasto en otras prioridades (como la defensa). En la década de los 90, el gasto en defensa disminuyó a nivel mundial, salvo en América Latina y el Asia Meridional. Entre 1991 y 2000 el gasto en defensa aumentó en un 59% en Asia Meridional.

En el África Subsahariana, el gasto militar descendió durante dicha década, pasando de \$9.300 millones a principios de la década a \$7.100 millones en 1996, pero volvió a aumentar drásticamente en 1999 y 2000 hasta una media de \$9.800 millones. Este aumento no refleja el total del gasto militar regional sino únicamente las cifras oficiales. En 2001, Angola, uno de los principales receptores de transferencias de las principales armas convencionales, dedicó el 3,1% del PIB a defensa frente al 2,7% a educación.

Sierra Leona dedica el 3,6% del PIB a defensa y sólo un 1,0% a educación.

Puesto que todos los principales gobiernos exportadores de armas han asumido su compromiso con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los gobiernos de los países ricos pueden ayudar a invertir estos gastos revisando sus exportaciones de armas. Los miembros del G-8 se encuentran entre los 10 proveedores más importantes de las principales armas convencionales del mundo: los Estados Unidos (\$49.200 millones), la Federación de Rusia (\$15.600 millones), Francia (\$10.800 millones), el Reino Unido (\$7.000 millones), Alemania (\$5.600 millones), Italia (\$1.700 millones) y Canadá (\$700 millones) y representan el 85% de las exportaciones mundiales de armas. Si tanto exportadores como receptores no acometen reformas, los compromisos de los Objetivos parecen cuestionables por ambas partes.

Fuente: SIPRI (Instituto Internacional de Estocolmo para la Investigación de la Paz) 2002.

cación representa el 4,8% del PIB, frente al 4,2% en los países de desarrollo humano medio y al 2,8% en los países de desarrollo humano bajo. Además, la existencia de ingresos bajos implica que el gasto per cápita en los países pobres es muy inferior al de los ricos.

Cuando las prioridades del gasto público no son la educación ni la salud, el gasto social se ve perjudicado. En muchos países de desarrollo humano bajo, el servicio de la deuda es un importante componente no discrecional del gasto público (véase el capítulo 8). Sin embargo, el gasto en defensa —una partida de gasto discrecional— también puede provocar recortes en los gastos de educación (recuadro 4.5).

Entre 1975 y 1997, las regiones en desarrollo presentaron diferentes pautas de comportamiento en materia de matriculación pública y gastos corrientes en educación primaria.⁵⁷ En Asia Occidental y Meridional, así como en el África Subsahariana, el número de alumnos matriculados casi se duplicó mientras que el gasto corriente apenas aumentó (dólares EE.UU. de 1995).⁵⁸ En cambio, en Asia oriental, en América Latina y en el Caribe, el número de matriculaciones se mantuvo estable mientras que el gasto corriente aumentó rápidamente. De modo que algunas regiones invirtieron en cantidad (matriculaciones) y otras en calidad (mayor gasto por alumno). Para mejorar la calidad del primer grupo de regiones es necesario asignar más recursos.

Algunos estudios sostienen que los niveles de gasto público no influyen en los resultados en materia de educación,⁵⁹ pero se equivocan. Indudablemente, el gasto debe ser eficaz si se pretende alcanzar los objetivos deseados, pero el volumen del gasto también es importante.⁶⁰ Los recursos adicionales que

En África, el crecimiento económico debería superar el 8% anual para proporcionar los recursos necesarios, una cifra poco probable

podieran concederse deberían destinarse, en primer lugar, a la contratación de más maestros. En 2000, el número de maestros de enseñanza primaria en los países en desarrollo ascendía a 26 millones, mientras se calcula que para 2015 se necesitarán entre 15 y 35 millones de maestros adicionales, más de 3 millones de ellos en el África Subsahariana, y más de 1 millón sólo para Nigeria.

FINANCIACIÓN INSUFICIENTE

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, lograr la matriculación universal en primaria para 2015 (que no es lo mismo que completar el ciclo, la meta del segundo Objetivo de Desarrollo del Milenio) en los países en desarrollo y en transición costaría alrededor de \$9.000 millones más anuales.⁶¹ Esta estimación, que incluye los costos de capital adicionales necesarios y las necesidades de mejora de la calidad de la educación, es cuatro veces mayor que la cantidad que ahora aportan los donantes y también mucho mayor que el gasto actual de los gobiernos. En los países pobres muy endeudados, el gasto en educación es particularmente bajo. Existe otra estimación más elevada que tiene en cuenta diversos factores.⁶²

¿QUIÉN CORRERÁ CON LOS GASTOS?

Es poco probable que el crecimiento económico genere recursos suficientes para que los países en desarrollo puedan lograr la meta de finalización de la enseñanza primaria universal para 2015. En África, el crecimiento económico debería superar el 8% anual para proporcionar los recursos necesarios, una cifra poco probable.⁶³ De ahí que se necesite mayor apoyo por parte de los donantes.⁶⁴

Sin embargo, la ayuda de los donantes a la educación es insuficiente: en 2000 ascendió a \$4.100 millones, de los que sólo \$1.500 millones estaban destinados a la enseñanza primaria. En los años 90, la ayuda bilateral para la educación descendió de \$5.000 millones a \$3.500 llegando a representar tan sólo un 7% de la asistencia oficial para el desarrollo, su mínimo histórico.⁶⁵ Sólo Francia, Alemania, Japón, el Reino Unido y los Estados Unidos dedican una parte significativa de su ayuda a educación. Es necesario que las palabras de los donantes se traduzcan en hechos.

Entre 1996 y 1998, la asistencia oficial para el desarrollo que las instituciones multilaterales dedicaron a la educación ascendió, por término medio, a \$954 millones anuales.⁶⁶ Esta cantidad cayó hasta \$799 millones anuales entre 1999 y 2001. Los compromisos para la educación básica ascendieron a \$402 millones anuales entre 1996 y 1998 y descendieron brusca-

mente hasta los \$222 millones anuales entre 1999 y 2001. La iniciativa “Educación para Todos: por la vía rápida”, que es un magnífico ejemplo de colaboración interinstitucional, podría elevar la financiación para ciertos países.

DESIGUALDAD: QUÉ HACER AL RESPECTO

¿Quiénes sacan mayor provecho del gasto público destinado a la enseñanza primaria, secundaria y superior, los pobres o los que no lo son? En la mayoría de los países, el 20% más pobre de la población se beneficia de menos del 20% de las ayudas públicas para educación, y en muchos casos este porcentaje es aún menor.⁶⁷ Entretanto, el 20% más rico se apropia generalmente de un porcentaje muy superior al 20%. Sin embargo, hay países que constituyen una excepción como Colombia, Costa Rica y especialmente Chile, donde una parte importante del gasto público destinado a la educación llega al 20% más pobre de la población. No es casual que esos tres países hayan realizado grandes progresos en las tasas de matriculación universal en primaria.

Los países que obtienen buenos resultados en educación destinan más recursos a la educación primaria (una media del 1,7% del PIB) que aquellos con resultados medios (1,4%). Los países con muy buenos resultados también dedican una partida más importante de sus gastos a la educación primaria en comparación con sus ingresos per cápita y destinan menos fondos de sus presupuestos de educación a la educación superior.

A pesar de los progresos realizados en los años 90, los países con peores tasas de matriculación en primaria gastaban más por alumno en educación superior que en educación primaria.⁶⁸ De hecho, cuanto más bajas son las tasas de matriculación en primaria, mayor es la diferencia entre ambos gastos.⁶⁹ Estos países deben centrarse en la educación primaria en lugar de gastar más en educación superior. Indudablemente, es necesario asignar mayores recursos a la educación superior para que los países puedan competir en la economía global, pero no debe ser a expensas de la educación primaria. Es necesario incrementar el presupuesto total destinado a educación.

MEJORAR EL ACCESO DE LAS PERSONAS POBRES A LA ESCUELA PRIMARIA

Los gastos asociados a la educación discriminan a los más pobres, ya que se llevan una parte significativa de los reducidos presupuestos familiares.⁷⁰ Según muchos expertos, se podría reducir el abandono escolar y el trabajo infantil si se rebajaran los costos

directos e indirectos de la escolarización.⁷¹ En Bhután, Burkina Faso y Uganda, el elevado coste por alumno y familia, que varía entre un 10 y un 20% de los ingresos per cápita, influye negativamente en la asistencia a la escuela primaria, mientras que en Myanmar y Viet Nam, la existencia de costos más reducidos hace que las tasas de matriculación sean superiores (figura 4.3).⁷²

Los uniformes suelen representar el mayor gasto para las familias. En ocho estados de la India, en los que residen las dos terceras partes de los niños indios no escolarizados, los uniformes son uno de los mayores desembolsos derivados de la educación.⁷³ Políticamente, se podría hacer que los uniformes fueran optativos, dejando en manos de la dirección de los centros y de las asociaciones de padres y maestros la decisión de exigirlos o no.

Durante mucho tiempo, los pagos de matrícula en la educación han sido objeto de acalorados debates y, en los años 80 y principios de los 90, las instituciones financieras internacionales dieron respuestas muy diversas a este respecto. Sin embargo, entre principios y mediados de los años 90, tras las duras críticas sobre las consecuencias para la enseñanza primaria, el Banco Mundial manifestó (aunque tarde) su oposición al pago de las matrículas en primaria.⁷⁴ Una vez más, son los países con muy buenos resultados los que muestran el camino a seguir: para lograr la matriculación y la finalización universal en primaria, desde el primer momento del proceso de desarrollo no sólo evitaron en gran medida los costos de escolaridad directos sino que también rebajaron al mínimo los costos indirectos.

De modo que existe una razón sólida para reducir los desembolsos derivados de enviar a los niños a la escuela. Sri Lanka suprimió los gastos de escolaridad en 1945; en los años 50 comenzó a facilitar gratuitamente almuerzos y libros de texto y en 1991, uniformes escolares. Botswana dio un gran impulso a la matriculación gracias a que, en 1973, redujo a la mitad los gastos de escolaridad y, en 1980, los suprimió.⁷⁵ En Malawi también aumentó sensiblemente la matriculación tras la supresión, en 1994, de los pagos de matrícula y los uniformes.

ACABAR CON LA DISCRIMINACIÓN DE LAS NIÑAS

Las diferencias de género en términos de matriculación y abandono escolar son más acusadas en el Asia meridional y en el África Subsahariana. ¿Cómo eliminar entonces las disparidades de género en la escolarización para 2005 —dentro de tan sólo dos años— como se contempla en los Objetivos de Desarrollo del Milenio? Los países que han eliminado estas diferencias pueden dar algunas ideas:⁷⁶

- Para que las niñas asistan a la escuela y no abandonen, ésta debe estar cerca de su casa. Con un mapa de situación de las escuelas es posible identificar las zonas más desatendidas y contribuir al establecimiento de escuelas unitarias en zonas aisladas.
- Con la reducción de los gastos derivados de la educación se evita que los padres discriminen entre niños y niñas a la hora de tomar la decisión de enviarlos a la escuela y, de esa forma, se evita también el abandono escolar en las épocas en que disminuyan los ingresos familiares.
- Si se establecen horarios flexibles, las niñas podrán ayudar en las tareas domésticas y cuidar de sus hermanos.⁷⁷
- Las profesoras no sólo representan un modelo de conducta a seguir para las niñas sino que además infunden mayor confianza y seguridad a los padres.⁷⁸

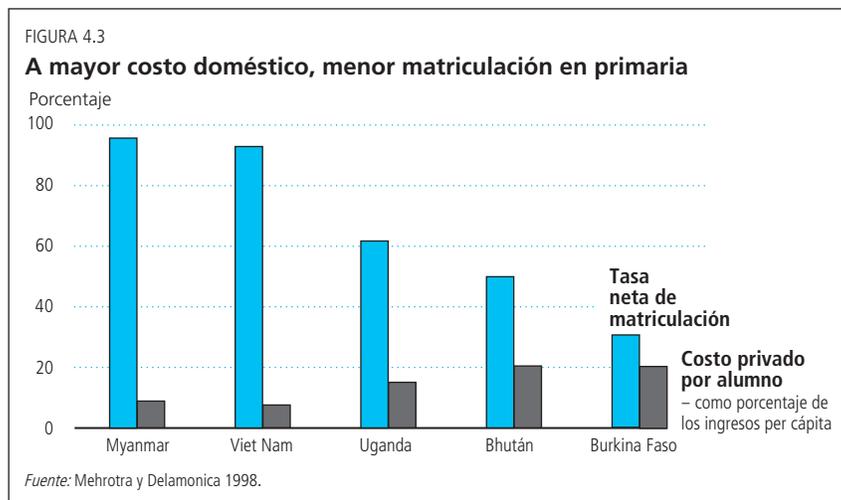
INEFICIENCIA DEL GASTO: QUÉ HACER AL RESPECTO

La eficacia consiste en obtener mejores resultados a partir de los mismos recursos, optando por políticas que favorezcan el aprendizaje en lugar de dificultarlo.

FUNCIONAMIENTO INEFICIENTE

Uno de los principales problemas de casi todos los países en desarrollo es la obligación de repetir el curso escolar, que contribuye a elevar las tasas de abandono y representa una considerable pérdida de recursos. Los países que han obtenido buenos resultados en educación primaria han puesto fin a esta ineficiencia. En los años 60, Costa Rica redujo las repeticiones a la mitad mediante la introducción de un sistema de promoción automática al curso superior. Malasia y Zimbabwe también han adoptado la promoción automática.⁷⁹ Para mantener el nivel, la promoción automática debe ir acompañada de un

En Malawi también aumentó sensiblemente la matriculación tras la supresión, en 1994, de los pagos de matrícula y los uniformes



En los países de la OCDE, el salario máximo de un profesor es, por término medio, 1,4 veces el salario mínimo, mientras que en los países en desarrollo la proporción es de 1,0 a 2,5 veces el mínimo

conjunto de inversiones mínimas, especialmente en material didáctico y en formación del profesorado.

Como demuestran los datos de los países con muy buenos resultados, los resultados educativos también son mejores si la enseñanza se imparte en la lengua adecuada: en todos ellos se utilizó la lengua materna en la enseñanza primaria. Los alumnos aprenden a leer más rápidamente si se les enseña en la lengua que les resulta más familiar y pueden aprender a leer en una segunda lengua con mayor rapidez.

Esta conclusión adquiere especial importancia, por ejemplo, en los países del África francófona, donde la enseñanza se imparte en francés en todos los niveles.⁸⁰ Esta experiencia escolar se hace distante para el alumnado y no puede favorecer el aprendizaje.

Los programas de alimentación escolar también contribuyen a la asistencia y permanencia de los niños en las escuelas. Uno de los factores que influyó en el aumento de las tasas de matriculación que la India registró en la segunda mitad de los años 90 fue un programa aplicado en todos los estados que ofrecía una comida a mediodía.

INEFICIENCIA ECONÓMICA

Alrededor de 55 países en desarrollo tienen bajas tasas de matriculación en primaria y necesitan instalaciones y edificios nuevos para lograr el objetivo de la educación primaria universal.⁸¹ Sin embargo, estas inversiones de capital suelen ser ineficientes y las empresas constructoras estatales o los grandes contratistas privados suelen inflar los costos.⁸²

¿Cómo reducir los costos de construcción de escuelas? El uso de materiales de construcción nacionales en lugar de importados constituye una buena opción, que ya han aplicado Camerún y Níger para mejorar la eficacia.⁸³ Asimismo, desde 1994, la India no sólo recurre a materiales, sino también a contratistas y a técnicas de construcción nacionales a fin de mantener los costos del Programa de Educación Primaria en los Distritos.

Para los países con bajas tasas de matriculación, el mayor reto económico que se les presenta es, con diferencia, la gestión de los costos corrientes que les permita encontrar el justo equilibrio entre los gastos salariales y los demás gastos. El gasto de personal docente y administrativo supone en muchos casos el 90% o más de los costos corrientes de la enseñanza primaria, relegando otro tipo de gastos y dejando muy poco dinero para otros insumos, como el material didáctico.⁸⁴ Algunos países con muy buenos resultados, entre los que cabe citar a Botswana, Cuba y Sri Lanka, se han dado cuenta de este problema y están

invirtiendo cantidades razonables en material didáctico.⁸⁵

Debido a lo reducido de los presupuestos, resulta complicado aumentar el número de maestros, pilares fundamentales para la educación primaria universal. El aumento de los salarios puede ser de gran ayuda, pero también lo es cambiar la estructura salarial. Una opción válida sería resolver las diferencias entre los salarios mínimos y los salarios máximos. En los países de la OCDE, el salario máximo de un profesor es, por término medio, 1,4 veces el salario mínimo, mientras que en los países en desarrollo la proporción es de 1,0 a 2,5 veces el mínimo.⁸⁶ La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y la Organización Internacional del Trabajo recomiendan que se alcance el salario máximo en un período de entre 10 y 15 años.⁸⁷ Otra opción, que se está poniendo a prueba en Sudáfrica, podría ser romper la relación entre los salarios de los maestros y la titulación superior.⁸⁸

La mejor distribución de los maestros y utilización de sus horas de trabajo puede ser de gran ayuda en la gestión de sus costos. Botswana ha probado un sistema por el que paga más a los maestros que imparten clase a dos cursos diferentes, duplicando así el número de alumnos a cambio de un pequeño incremento en el sueldo. Invertir en tecnologías de la información para luchar contra los maestros “fantasmas” y los pagos salariales incorrectos también da sus frutos, como han demostrado los sistemas nacionales de información estadística sobre educación en varios países del África Subsahariana.

La pérdida del poder adquisitivo de los sueldos debida a la inflación también hace mella en la moral de los maestros y les obliga a buscar un segundo trabajo. El absentismo de maestros es un grave problema para Asia Meridional y África, que puede combatirse parcialmente contratando a maestros que residan a proximidad de su puesto de trabajo. En Tailandia e Indonesia, países que han alcanzado muy pronto la educación primaria universal, tradicionalmente se contratan maestros locales. Ahora bien, los salarios de los maestros suelen ser el motivo del absentismo.

En muchos países de medianos ingresos, especialmente en China, Mauricio, Tailandia y Uruguay, la situación de los maestros ha mejorado debido a que los gobiernos han logrado elevar el salario de estos maestros. Por el contrario, en muchos países de bajos ingresos como Camboya, la República Centroafricana, Kirguistán, Madagascar, Moldova, Myanmar, Sierra Leona y Zambia, se ha producido un recorte progresivo de los salarios de los docentes. No será fácil para estos países mantener la moral de los maestros si no los aumentan. Además, algunos de ellos deberán

incrementar drásticamente el número de maestros para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo a la educación primaria universal. Para que estos países puedan hacer frente a los costos corrientes, la ayuda de los donantes será decisiva, al menos durante un periodo determinado.

La última cuestión sobre la creciente ineficiencia económica está relacionada con la asistencia oficial para el desarrollo destinada a la educación, que suele hacer hincapié en los equipos, la formación en el extranjero y la asistencia técnica. Entre un 60% y un 80% de la misma se invierte en los países receptores,

mientras que el resto va a parar a los donantes (a la formación teórica y práctica de los profesionales de los países en desarrollo y a los consultores y formadores de los países ricos).⁸⁹ No es la mejor manera de utilizar los fondos. La asistencia técnica puede resultar perjudicial para las instituciones locales, especialmente si las autoridades se ven abrumadas por la masiva afluencia de asesores que promueven programas excesivamente elaborados. Entre 1994 y 1997, Etiopía llevó a cabo 66 estudios sobre su sistema educativo que no fueron de gran ayuda, la mitad de ellos financiados por organismos de asistencia bilaterales.⁹⁰

ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE SALUD

Debido a la falta de datos sobre muchos países en desarrollo, resulta difícil evaluar la probabilidad de lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio que consiste en reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes para 2015. Sin embargo, en opinión de muchos especialistas, la ya elevada tasa de mortalidad materna —un bochornoso revés para el desarrollo— está aumentando en muchos países. La situación es especialmente grave en el África Subsahariana, que registra la mitad de las muertes maternas del mundo y donde se produce una muerte materna por cada 100 nacidos vivos.

La ausencia de datos también impide valorar los avances hacia el Objetivo de reducir la propagación del VIH/SIDA para 2015. No obstante, Brasil, Senegal, Tailandia, Uganda y Zambia demuestran que es posible.

Entre todos los Objetivos de salud medibles, el que queda más alejado es el de reducir la mortalidad infantil en dos terceras partes para 2015. Los países de mayor prioridad en este sentido son los del África Subsahariana y el Asia meridional. Este último está avanzando, ya que durante la década de los 90 la tasa de mortalidad infantil descendió del 12,5% al 10,0% aproximadamente. Sin embargo, el África Subsahariana se encuentra en posiciones muy rezagadas, ya que allí el 17% de los niños no llegan a cumplir los 5 años. De seguir así, esta región no logrará el Objetivo de reducir la mortalidad infantil antes de 150 años por lo menos.⁹¹

ALCANCE DEL PROBLEMA

En el mundo, cada día mueren más de 30.000 niños por causas que se podrían prevenir (deshidratación, hambre, enfermedades).⁹² En Sierra Leona, un país de urgente prioridad, el 18% de los niños no llega a celebrar su primer cumpleaños.

Cada año más de 500.000 mujeres mueren como consecuencia del embarazo y el parto, lo que equivale a una muerte por minuto. En el África Subsahariana, una mujer embarazada tiene 100 veces más posibilidades de morir durante el embarazo y el parto que en un país de altos ingresos de la OCDE.⁹³

En todo el mundo, 42 millones de personas viven con el VIH/SIDA. Además, 13 millones de niños han perdido a su madre o a ambos padres a consecuencia de esta enfermedad.⁹⁴ La tuberculosis es otra de las principales causas de la mortalidad adulta: hasta 2 millones de personas mueren al año por esta enfermedad infecciosa.⁹⁵ Las muertes por paludismo ascienden a 1 millón de personas al año, pero el número de casos podría duplicarse en los próximos 20 años si no se actúa con eficacia.⁹⁶

Muchas enfermedades afectan a la población rural con más crudeza que a la población urbana. En la mayoría de los países en desarrollo, menos de la mitad de los niños de zonas rurales reciben tratamiento para las infecciones respiratorias graves, una de las principales causas de mortalidad infantil.⁹⁷

Muchas de estas muertes son fácilmente prevenibles (recuadro 4.7) aplicando soluciones que distan mucho de ser alta tecnología como mosquiteras, antibióticos asequibles, partos atendidos por personal cualificado y una educación básica en salud e higiene. Sin embargo, y al igual que ocurre en el ámbito de la educación, resulta dramático comprobar que, por numerosas razones del sistema, este tipo de soluciones siguen estando fuera del alcance de millones de pobres.

- *Recursos limitados:* Los gobiernos no destinan suficientes recursos a la sanidad en general y menos aún a los servicios básicos de salud.
- *Desigualdades:* Los sistemas sanitarios rurales no disponen de suficientes recursos ni de personal para la atención de mujeres y niños.

Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil

Meta 5: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Meta 6: Reducir, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Meta 7: Detener y comenzar a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

Meta 8: Detener y comenzar a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

El éxito de Tailandia en la prevención del VIH/SIDA

La respuesta de Tailandia al VIH/SIDA es uno de los pocos programas de prevención que ha cosechado éxito en los países en desarrollo. Tras alcanzar su pico máximo a comienzos de los 90, el número de nuevas infecciones de VIH ha descendido en más del 80%. ¿Cómo?

Voluntad política

El SIDA se detectó por primera vez en Tailandia en 1984, y en 1987 el gobierno creó el Programa Nacional de Control y Prevención del SIDA (NAPCP) presidido por el Primer Ministro. Además de voluntad política, se contó con el apoyo de compromisos económicos: entre 1987 y 1991, el gasto del gobierno y de donantes aumentó sensiblemente, de \$684.000 a \$10 millones. Para el año 1997, el gasto total del gobierno en programas de control del SIDA había alcanzado la cifra de \$82 millones anuales.

Colaboración plural

Desde enfermos a médicos privados pasando por monjes budistas, muchos han sido los que han trabajado con el gobierno nacional en la planificación e implantación de los programas de lucha contra el SIDA. Así, 150 grupos de personas con VIH/SIDA facilitan apoyo y defensa a otros enfermos. La ONG tailandesa Coalition on AIDS coordina las actividades de las organizaciones no gubernamentales relacionadas con el SIDA. En el marco de una innovadora iniciativa, el gobierno creó un programa denominado Reduce Girls

Vulnerability que concede becas a mujeres jóvenes para que prosigan sus estudios, con el fin de evitar que caigan en la prostitución.

Con la vista puesta en los grupos de alto riesgo

En 1989 un estudio arrojó que el 44% de las personas que ejercían la prostitución en Chiang Mai eran seropositivas. En lugar de negar la existencia de la prostitución, el gobierno tailandés centró sus esfuerzos en reducir la asistencia de la población masculina a los burdeles y en promover la utilización de preservativos entre los trabajadores del sexo. En 1991 se produjo el lanzamiento del Programa de Uso de Preservativos al 100% mediante el que se distribuyen 31 millones de preservativos al año a grupos de alto riesgo. Las clínicas también reparten gratuitamente otros 600 millones de preservativos al año.

Los resultados de estas iniciativas han sido espectaculares: entre 1988 y 1992, el uso de preservativos en los burdeles pasó del 14% al 90%. Asimismo, la media de hombres que acudía a cada establecimiento descendió de 4,0 a 1,5 al día. Como resultado de ello, la incidencia del VIH entre las prostitutas descendió de un 50% en 1991 a menos del 10% en el año 2001.

Campañas educativas

Además del programa anterior, se lanzó una campaña de información pública de ámbito nacional. Se podía

obtener información sobre el SIDA en todas partes: tanto en las vallas publicitarias como en las cajas de cereales, pasando por las televisiones y las radios, que todas las horas difundían anuncios informativos sobre el SIDA de un minuto de duración. Estos mensajes ayudaron a acabar con el estigma asociado a ser portador del VIH.

Seguimiento y evaluación

Tres sistemas de vigilancia recaban datos sobre el VIH y demás infecciones de transmisión sexual. La información se utiliza para detectar los cambios en la distribución de nuevas infecciones del VIH y guiar los esfuerzos de control de los responsables de formular políticas.

Apoyo internacional

Tailandia ha recibido abundante apoyo internacional tanto técnico como financiero en sus programas de lucha contra el SIDA. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA), por ejemplo, ha colaborado recaudando fondos, evaluando programas y ayudando a los enfermos de VIH/SIDA. Como ejemplos de colaboración bilateral cabe destacar las alianzas con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Unión Europea y el Organismo Australiano de Desarrollo Internacional (AusAID).

Fuente: Avert.org, Kongsin y otros 1998, Forster-Rothbart y otros 2002.

- *Ineficiencia:* Los programas verticales para enfermedades específicas no están integrados en los sistemas sanitarios generales.

Es en este punto donde se hace más patente la relación entre salud, educación e ingresos, ya que son precisamente los pobres los que carecen de acceso a agua y saneamiento, los que no pueden adquirir medicamentos y los que no reciben información sobre prevención del VIH y planificación familiar.

El riesgo es mucho mayor para las mujeres que para los hombres. En términos generales, la mitad de los casos de VIH/SIDA en adultos en todo el mundo afectan a mujeres, mientras que entre las mujeres jóvenes, la proporción es bastante superior y se teme que siga aumentando. En muchos países del Caribe, la mayoría de las nuevas infecciones por VIH se producen entre las mujeres y en muchos países de África, la incidencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años es seis veces mayor entre las mujeres que entre los hombres.⁹⁸

Las mujeres pobres están especialmente expuestas al VIH por las malas condiciones de alimentación. Una vez infectadas por la enfermedad, suelen evitar o posponer la búsqueda de atención médica a causa de limitaciones de género, como las responsabilidades familiares y los costos del viaje y del tratamiento. La autonomía se presenta como un problema adicional: en el Asia meridional normalmente

son los hombres los que deciden si las mujeres deben solicitar tratamiento médico.⁹⁹

RECURSOS LIMITADOS: QUÉ HACER AL RESPECTO

Los países de ingresos altos de la OCDE destinan al menos el 5% de su PIB a la atención médica pública. En cambio, son pocos los países en desarrollo que alcanzan este porcentaje y la mayoría no llega ni a la mitad (el caso de Costa Rica constituye una notable excepción: un país sin ejército, que obtiene muy buenos resultados en salud y educación). En los países con un índice de desarrollo alto, la mediana del gasto público en salud ascendió al 5,2% en 2000, mientras que en los países con un índice de desarrollo medio fue del 2,7% y en los de índice de desarrollo bajo del 2,1%. Si se consideran los gastos en salud pública per cápita, la mayor parte de los países en desarrollo arrojan cifras muy bajas: en el año 2000, en los países con índice de desarrollo alto, la mediana fue de \$1061; en los países de índice de desarrollo medio fue de \$194 y sólo de \$38 en los países con índice de desarrollo bajo (en términos de paridad del poder adquisitivo).¹⁰⁰

La Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud recomienda un aumento significativo de la asistencia de los donantes dirigida a los sistemas sanitarios de los países

Prioridades políticas e intervenciones técnicas

Objetivo 4: Reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años

Para alcanzar el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio —reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años entre 1990 y 2015— es imprescindible afrontar las principales causas de mortalidad infantil. Las intervenciones técnicas deben centrarse en la desnutrición, las enfermedades debidas a bacterias y parasitarias y la vacunación.

Desnutrición. El bajo peso al nacer suele ser el precursor de la desnutrición infantil y está directamente relacionado con la salud de la madre antes y durante el embarazo. Ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva y garantizar una nutrición adecuada mejora en gran medida la salud de las madres y de sus hijos.

La alimentación exclusiva con lactancia materna durante los primeros cuatro a seis meses de vida es la más adecuada para la salud de los bebés, pero cuando la madre es seropositiva, convendría buscar un sustituto de la leche materna. Como primera medida, los países deberían adoptar legalmente y de forma inmediata el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna (promulgado por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia).

La salud de los niños puede sufrir enormemente de una deficiencia de micronutrientes (vitamina A, hierro, zinc y yodo) que se puede paliar con complementos (como yodización de la sal). La falta de vitamina A puede reducirse de manera sencilla, suministrando dos cápsulas con alta dosis de vitamina A al año. En los países donde los sistemas de salud no funcionan, deberían suministrarse complementos vitamínicos a través de campañas similares a las de las vacunaciones masivas. En 1999, gracias a este tipo de métodos, los países menos desarrollados consiguieron una cobertura de complementación del 80%.

Enfermedades infecciosas y parasitarias. Las previsiones sobre las áreas más afectadas indican que la mortalidad de niños menores de cinco años por VIH/SIDA se duplicará (o más) para el año 2010. En muchos países, la lucha contra el VIH/SIDA y el abordar expresamente cuestiones específicas de los menores y las mujeres, se ha convertido en una prioridad máxima para el desarrollo (véase el recuadro 4.1). Mientras tanto, el paludismo mata a más de 400.000 niños todos los años, lo que lo convierte en otra prioridad para muchos países.

Aunque en la década de los 90 descendió el número de muertes de menores de cinco años por diarrea, la enfermedad sigue golpeando con crudeza a los niños. Se podrá seguir esta tendencia si las familias disponen de la capacidad de tratar la enfermedad en el hogar (más líquidos y alimentación continua) y de utilizar los servicios médicos cuando los necesiten. Tal y como se expone en este capítulo, el mayor acceso a agua limpia y saneamiento también contribuirá a reducir la incidencia de esta enfermedad.

Por último, las infecciones respiratorias agudas representan casi el 20% de la mortalidad infantil en los países en desarrollo y, sin embargo, la mayoría se pueden prevenir fácilmente. Según los datos recabados en 42 países, sólo la mitad de niños con este tipo de dolencias reciben asistencia médica. En África Occidental esta proporción desciende a una quinta parte. Como ya se ha explicado en este capítulo, para atacar esta mortal enfermedad es crucial que exista un buen sistema de salud que incremente el número de sanitarios en zonas subatendidas.

Vacunaciones. Tras muchos años de crecimiento, las vacunaciones en Asia Meridional se han estancado en el nivel de 1990, y han descendido en el África Subsahariana. Pero alcanzar niveles más altos es posible, como demuestran las campañas periódicas contra la polio emprendidas por los gobiernos nacionales. Entre 1999 y 2000 se redujo el número de nuevos casos de polio en un 99% a través de campañas masivas de educación pública, mejores vacunaciones rutinarias y vigilancia.

Objetivo 5: reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna

Cada año cerca de 500.000 mujeres en todo el mundo mueren debido a complicaciones durante el parto y el embarazo. Son treinta veces más las que padecen lesiones, infecciones y otras complicaciones relacionadas con el embarazo. Para lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 —reducir en tres cuartas partes los índices de mortalidad materna entre 1990 y 2015— los países en desarrollo deben garantizar un mayor acceso a parteras cualificadas, a servicios de obstetricia de urgencia y a los servicios de salud reproductiva, agrupando todos estos servicios en un sistema de orientación y salud eficaz. Por otro lado, los países también deben tratar los aspectos sociales más generales que impiden a las mujeres solicitar atención médica.

Parteras cualificadas. Menos de la mitad de los partos que se producen en los países en desarrollo están atendidos por parteras cualificadas. Si lo que se quiere es reducir la mortalidad materna, habrá que aumentar el número de parteras cualificadas, sobre todo en aquellas zonas subatendidas por el sistema de salud. Las parteras contribuyen a reducir la mortalidad materna de dos formas: en primer lugar, utilizan técnicas higiénicas y seguras durante los partos rutinarios y remiten los partos complicados a clínicas y hospitales; en segundo lugar, supervisan la etapa del posparto, lo que, en principio, les permite reducir las hemorragias en esta fase.

Servicios de obstetricia de urgencia. Incluso en las mejores circunstancias, más del 10% de las mujeres embarazadas sufren complicaciones que pueden llegar a ser mortales. Para reducir la mortalidad materna, las matronas cualificadas deben ser capaces de remitir los partos complicados a los servicios de obstetricia de urgencia. En los países en desarrollo apenas existe este tipo de servicios; de hecho más del 80% de los partos se producen en zonas carentes de ellos. Por lo tanto, los países deben asumir el compromiso con el primer indicador de las Naciones Unidas en este ámbito: disponer unos servicios de este tipo para cada 500.000 habitantes.

Servicios de salud reproductiva. Un mayor acceso a métodos contraceptivos reduce significativamente las muertes maternas, por el mero hecho de rebajar el número de embarazos por mujer y por consiguiente, los riesgos de complicaciones. Si se respondiera a la necesidad insatisfecha de la contracepción y las mujeres sólo tuvieran los embarazos que desearan y con los intervalos que decidieran, la mortalidad materna descendería entre un 20% y un 35%. Además, se calcula que los abortos practicados en condiciones de riesgo —por personas no cualificadas, en condiciones no higiénicas o ambas cosas— matan a 78.000 mujeres al año aproximadamente o, lo que es lo mismo, provocan cerca del 13% de todas las muertes maternas. Así pues, conseguir el Objetivo 5 requerirá ampliar rápidamente el acceso a los servicios de salud reproductiva.

Objetivo 6: reducir la propagación del VIH/SIDA

En 2002, 3,1 millones de personas murieron de SIDA y se sabe que otros 42 millones están infectados con el VIH/SIDA, sin duda una las plagas más atroces de la historia moderna. El SIDA ha golpeado a todos los países llegando a ser devastador en muchos del África Subsahariana. A pesar de sus enormes proporciones, la primera meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 —reducir la propagación de la enfermedad para el año 2015— puede sacar provecho de los más de 20 años de esfuerzos exitosos en cuanto a la prevención y tratamiento de la enfermedad. Es más, en 2001, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una declaración inequívoca sobre la gravedad de la epidemia, insistiendo en la necesidad de emprender acciones decisivas para guiar la política.

En la lucha contra el VIH/SIDA, es esencial que exista un liderazgo fuerte para desbaratar la inercia institucional y abordar cuestiones sociales que alimentan la epidemia, como el estigma, la discriminación y las desiguales relaciones de poder entre hombres y mujeres. La proporción de mujeres que viven con el VIH/SIDA ha aumentado a un ritmo constante, pasando del 41% en 1990 al 50% a finales de 2002. Las mujeres jóvenes del África Meridional tienen entre 4 y 6 veces más capacidades de ser seropositivas. Los programas de prevención y tratamiento deben dirigirse explícitamente a las condiciones que propician que determinados grupos sean más vulnerables a la infección y tengan menos capacidades de acceder a atención médica. Un fuerte liderazgo de la comunidad, a través de debates sobre los comportamientos y valores que favorecen la propagación del VIH/SIDA, puede ayudar a generar respuestas localmente aceptables.

También es necesario un liderazgo sólido para hacer frente a sistemas de salud desorganizados, desbordados y con grandes necesidades de financiación, con el fin de promover respuestas multisectoriales a la epidemia, invertir en tecnologías de prevención eficaces (como preservativos y jeringuillas desechables) y aumentar la capacidad mejorando la formación de los trabajadores sanitarios y comunitarios. A semejantes esfuerzos se suma la colaboración entre los países en desarrollo para controlar el VIH/SIDA; Tailandia, por ejemplo, está compartiendo sus conocimientos con Camboya y Brasil hace lo mismo con sus países vecinos.

Asimismo, es necesario intensificar las iniciativas de prevención para frenar la propagación de la enfermedad. Aunque los programas de control difieran en función de las necesidades locales, son numerosas las intervenciones eficaces que existen (véase el recuadro 4.6). Gracias a una prevención eficaz, muchos países han avanzado notablemente en la reducción de las tasas de infección.

Son muchos los apoyos al tratamiento ampliado, muy especialmente por parte de la Organización Mundial de la Salud, que ha incluido los medicamentos antirretrovirales en su lista de medicamentos esenciales y ha publicado directrices de tratamiento para los lugares con recursos limitados. Sin embargo, la ampliación de los programas se enfrenta a notables obstáculos y el plazo de difusión del tratamiento debería ser ambicioso, aunque realista. En Brasil, Tailandia y Uganda, la implicación de distintos grupos en el proceso de planificación y aplicación ha contribuido al éxito de los programas de tratamiento.

Continúa en la página siguiente

Prioridades políticas e intervenciones técnicas

La fragilidad de los sistemas de salud dificulta la generalización del tratamiento: para garantizar que los pacientes cumplan con el tratamiento y supervisar el nivel de resistencia a los medicamentos es necesario contar con un mayor número de profesionales sanitarios bien formados, nuevos sistemas de almacenamiento y distribución de medicamentos y más clínicas y laboratorios en zonas donde las tasas de infección son elevadas.

Objetivo 6: reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

El paludismo y la tuberculosis están entre las principales causas infecciosas de mortalidad adulta, especialmente en los países en desarrollo. Para conseguir la segunda meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 —reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves para el año 2015— todos los países en desarrollo tendrán que identificar y tratar las enfermedades que más daños provocan a sus poblaciones.

Paludismo. Todos los años, el paludismo infecta a 500 millones de personas (cerca del 10% de la población mundial) y mata a más de 1 millón. Muchos investigadores temen que esta situación incluso pueda empeorar debido al cambio medioambiental, el malestar social, el crecimiento de la población, la generalización de los viajes y la mayor resistencia a los medicamentos y los insecticidas. Sin embargo, han surgido nuevas modalidades de control de la enfermedad y la creciente concienciación internacional ha permitido una inyección de recursos destinados a actividades de control e investigación. Aún con todo, invertir la propagación del paludismo requerirá compromisos políticos y económicos sostenidos para generalizar los programas eficaces e invertir en estudios que puedan mejorar estos esfuerzos de forma espectacular.

En vista de que la distribución de los casos de paludismo varía notablemente de una región a otra, los programas de control deben ajustarse a las necesidades locales. Se puede incorporar a las estrategias locales toda una serie de medidas, a saber:

- Distribuir mosquiteras tratadas con insecticida a los habitantes de zonas de alto riesgo y garantizar la renovación anual del tratamiento.
- Formar al personal sanitario de la comunidad en el diagnóstico y tratamiento del paludismo, proporcionándoles métodos de diagnóstico sencillos y regímenes de tratamiento preenvasados.

- Garantizar que los niños y las mujeres embarazadas reciban tratamiento preventivo en el marco de las vacunaciones rutinarias y la atención prenatal (aunque para que ésta exista debe darse un sistema de salud que funcione).
- Proporcionar medicamentos contra el paludismo combinados para reducir la posibilidad de parásitos resistentes.
- Recurrir a nuevas técnicas para facilitar la prestación de servicios trazando el mapa de distribución de las poblaciones, los centros sanitarios y las redes de transporte. También existen medios para prever las epidemias de paludismo, que permiten mejorar la oportunidad y la eficacia de los esfuerzos de control en zonas propensas a sufrirlas.
- Es necesario fomentar urgentemente la investigación de nuevos medicamentos y vacunas, ya que la resistencia a los actuales tratamientos debilita su eficacia. Medicines for Malaria Venture es un ejemplo de asociación de carácter público-privado, que ha combinado científicos, recursos económicos y capacidades de gestión para acelerar el desarrollo de nuevos medicamentos. Por último, es imperioso incrementar considerablemente la capacidad de los sistemas de salud para garantizar el correcto suministro de los tratamientos existentes y futuros.

Tuberculosis. Cincuenta años después de la introducción de la quimioterapia efectiva, la tuberculosis sigue matando a casi 2 millones de personas al año, lo que la convierte, junto con el SIDA, en la principal enfermedad infecciosa del mundo adulto. Y su incidencia aumenta: entre 1997 y 1999, el número de nuevos casos de tuberculosis creció de 8,0 a 8,4 millones. Si esta tendencia continúa, la tuberculosis seguirá siendo una de las principales causas de la mortalidad adulta más allá de 2015.

Pero es posible invertir esas tendencias. La asociación Stop TB, fundada en 2000, ha hecho extraordinarios avances en la formulación de un plan, con todo tipo de requisitos económicos, para lograr las metas internacionales de detener la propagación de la tuberculosis. Este marco de trabajo exige ampliar, adaptar y mejorar el tratamiento de observación directa y corta duración (DOTS), un programa muy eficaz en el que el personal sanitario, al tiempo que supervisa los regímenes de tratamiento, establece fuertes lazos con sus pacientes.

La difusión de este tipo de terapias requiere re-

forzar los programas de control de la tuberculosis, así como el sistema sanitario en general, de cuatro maneras:

- Aumentando el apoyo político para ampliar el DOTS.
- Aumentando el apoyo económico para ampliar el DOTS.
- Mejorando la capacidad del sistema de salud para ampliar el DOTS.
- Facilitando suministros sostenibles de medicamentos de calidad para ampliar el DOTS.

Adaptar el DOTS para contrarrestar la resistencia a los medicamentos supondrá una orientación hacia el “DOTS plus”, piedra angular para gestionar la tuberculosis multiresistente, que requiere una estricta supervisión de los regímenes terapéuticos. En Rusia, la incidencia de la tuberculosis creció en más de un 300% entre 1990 y 1996, registrándose una considerable proporción de casos de tuberculosis resistente a los medicamentos. Existe una necesidad urgente de realizar investigaciones clínicas, epidemiológicas y funcionales para definir qué enfoques son los más eficaces para aplicar el DOTS plus.

El creciente número de casos de tuberculosis, combinados con el VIH/SIDA, representa una enorme carga para las actividades de control de la tuberculosis, una carga exacerbada por la escasez de personal sanitario formado, recursos de laboratorios y suministros de medicamentos. Si se implantan programas conjuntos para la tuberculosis y el VIH/SIDA se podrían abordar las cuestiones comunes entre sendas epidemias, sin embargo, también exigiría una reconfiguración sustancial y un mayor entendimiento entre los organismos comunitarios y los países.

Por último, se podría mejorar el DOTS aumentando la investigación de:

- Nuevos métodos de diagnóstico para detectar casos de tuberculosis activa de manera más rápida, fácil y precisa.
- Mejores medicamentos para simplificar los regímenes de tratamiento y mejorar la respuesta a la tuberculosis multiresistente y a las infecciones latentes.
- Una vacuna mejor.

La creación de la Alianza Mundial para el Desarrollo de Medicamentos contra la Tuberculosis representa, sin duda, un paso hacia la mejora del DOTS que, seguramente, contribuirá al avance de dichas investigaciones.

Fuente: Grupo de Tareas del Proyecto del Milenio 5 2003 pág. 2; Grupo de Tareas del Proyecto del Milenio 4 2003; Weiss, U. “Malaria” Nature.415:669. 7 de febrero de 2002; Documento de Antecedentes TF, páginas 2, 6–8.

de bajos ingresos, así como la asignación de recursos financieros nacionales por parte de dichos países. La comisión estimó que si se produce un aumento en la asistencia de los donantes destinada a la salud de \$35.000 millones anuales para 2015 (frente a los \$5.000 millones anuales en 2001), acompañado de una inversión adecuada de la misma en las áreas más prioritarias (enfermedades infecciosas, deficiencias en nutrición, complicaciones maternas) y de un incremento del gasto en salud por parte de los propios países, se evitarán 8 millones de muertes al año, lo que generaría unos beneficios económicos del orden de \$360.000 millones anuales.

La mayoría de los países en desarrollo que están intentando poner en práctica una estabilización económica o programas de ajuste no pueden de ningún modo elevar el gasto sanitario si no aumentan sus ingresos procedentes de otras fuentes. Los países pobres muy endeudados en particular, no disponen de espacio fiscal para elevar el gasto social, de ahí que en dichos países los servicios básicos representen menos de la mitad del gasto público en educación y salud.¹⁰¹ (En el capítulo 5 se describe el papel del sector privado en la atención médica).

¿Qué pueden hacer los gobiernos en vista de estas importantes restricciones fiscales? La asistencia oficial

para el desarrollo representa una fuente extraordinaria de fondos que ha aumentado en materia de salud, desde los \$3.300 millones al año en 1996-1998 hasta alcanzar el compromiso de \$3.600 millones al año por término medio en 1999-2001. De todas formas, la asistencia oficial para el desarrollo en materia de salud es de tan sólo \$0,01 por cada \$100 del PIB de los países donantes, demasiado escasa incluso para hacer frente a las necesidades básicas sanitarias de los países en desarrollo.

Entre 1996 y 1998, la asistencia oficial para el desarrollo facilitada por las instituciones multilaterales y dirigida a la salud ascendió, por término medio, a \$872 millones al año, aunque descendió a \$673 en el período 1999-2001.¹⁰² Pero los compromisos con la salud básica alcanzaron los \$264 millones anuales en los años 1996-98 y se mantuvieron al mismo nivel (\$249 millones al año) durante 1999-2001.

A finales de los años 90, el 37% de la ayuda sanitaria aportada por el Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE se destinó a salud básica, el 23% a salud general y el resto a salud reproductiva (figura 4.4). Por lo tanto, contrariamente a lo que ocurre con la ayuda para educación, la asistencia oficial para el desarrollo destinada a la salud se centra en los servicios básicos, lo que es positivo para los Objetivos. En los años 90, la asistencia oficial para el desarrollo destinada a salud reproductiva pasó de \$572 millones a \$897 millones al año.¹⁰³

DESIGUALDADES: QUÉ HACER AL RESPECTO

¿Cómo deben repartirse los reducidos presupuestos sanitarios entre usuarios y servicios? Ésta es una cuestión clave para la igualdad, porque hoy día los pobres salen perdiendo. La conclusión de un reciente estudio sobre los países en desarrollo apunta a que el 20% más pobre de la población recibe menos del 20% de los beneficios del gasto público en salud. También recibe menos que el 20% más rico de la población, que en muchos países incluye a un amplio segmento de la clase media.¹⁰⁴

Sin embargo, el gasto público en atención médica básica se reparte más equitativamente que el gasto total en salud. En algunos países, los pobres utilizan los servicios de atención médica primaria en mayor proporción. En Kenya, por ejemplo, el 20% más pobre recibe un 22% del gasto gubernamental en atención médica primaria, en comparación con el 14% del gasto en salud total. En Chile, país que registra buenos resultados en materia de salud, el 20% de la población más pobre recibe un 30% del gasto en atención médica primaria. En Costa Rica, otro país con buenos resultados, el 20% de la población más pobre

recibe un 43%.¹⁰⁵ En consecuencia, deben destinarse más recursos a la atención médica primaria, a fin de que sean los más pobres los que se beneficien de ellos.

Los resultados en salud reflejan la equidad del reparto de los gastos. En países donde de cada 1.000 niños, menos de 70 mueren antes de cumplir los cinco años, el 20% más pobre de la población recibe más del 25% del gasto público en atención médica primaria; mientras que en aquellos donde la tasa de mortalidad infantil es superior a 140, el 20% más pobre recibe menos del 15% del gasto. Además, en los países con altas tasas de mortalidad infantil, ese 20% más pobre utiliza menos del 10% de los servicios hospitalarios, mientras que el 20% más rico lo hace en un 40% aproximadamente.¹⁰⁶

Cuando los recursos son limitados, las zonas rurales menos desarrolladas son las más afectadas por la falta de personal médico y además, los esfuerzos por dotar de más personal a las zonas más desatendidas suelen ser infructuosos. En Camboya, el 85% de la población reside en el medio rural, pero sólo un 13% del personal sanitario gubernamental está destinado en dichas áreas; por otra parte, Angola cuenta con un 65% de población rural, pero el porcentaje de profesionales sanitarios en esas zonas es sólo del 15%.¹⁰⁷ En Nepal sólo un 20% de las plazas de médico rural están cubiertas, mientras que en las ciudades la proporción es del 96%.¹⁰⁸

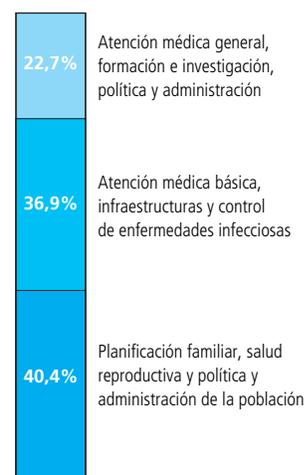
Son varias las medidas que se pueden tomar para corregir los desequilibrios en la cobertura de la atención médica:

- *Incrementar el número de enfermeros, sanitarios y otros trabajadores comunitarios.* Los enfermeros, las parteras cualificadas y los trabajadores sanitarios comunitarios son los pilares fundamentales del sistema de salud, ya que dispensan la atención crucial para una prestación de los servicios de salud reproductiva satisfactoria. Por ejemplo, los países con mejores resultados —aquellos con altas tasas de esperanza de vida y bajos niveles de mortalidad entre los menores de cinco años en relación con la media de los países en desarrollo— disponen de más enfermeras por médico. Compárese los datos de Zimbabwe (9,5 enfermeras por médico) y Tailandia (4 en 1990) con los de India (1,5 a finales de los 80) o Bangladesh (1 en 1990). Existen datos más recientes que confirman este extremo.¹⁰⁹
- *Utilizar contratos de servicio que obliguen a personal médico a trabajar unos años en el servicio público.* Ese tipo de contratos son frecuentes en América Latina y también se han puesto en práctica en Filipinas y Tanzania. En la década de los 70 Malasia, otro de los países con buenos resultados, exigió a todos los titulados en medicina que trabajaran tres

FIGURA 4.4

Gran parte de la ayuda destinada a la salud se emplea en servicios básicos

Ayuda para salud procedente de miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo



Fuente: OCDE, Comité de Asistencia para el Desarrollo 2003a.

años para el servicio gubernamental de salud, lo que permitió al gobierno destinarlos a zonas rurales que previamente habían evitado. Además, se adoptaron una serie de medidas políticas para garantizar que los grupos más pobres recibían una proporción mayor del gasto en salud pública que las clases media y alta.¹¹⁰

• *Disponer de un fondo de donantes para ciertos costos corrientes.* La Organización Mundial de la Salud recomienda a los países en desarrollo un paquete de servicios sanitarios esenciales que integran la salud pública y medidas clínicas. Sin embargo, para ello se necesitaría más personal, por lo que los donantes tendrían que cubrir algunos costos corrientes de personal.

INEFICIENCIA: QUÉ HACER AL RESPECTO

Si no mejora el funcionamiento de los sistemas sanitarios, cualquier fondo extraordinario puede desperdiciarse.

INTERVENCIONES ESENCIALES

Tradicionalmente, los gobiernos con pocos recursos han intentado racionar la atención médica limitando los presupuestos globales, evitando destinar recursos a enfermedades específicas. Otra manera de enfocar la situación consiste en racionar los fondos basándose en medidas esenciales, como ya ha hecho México o están empezando a hacer Bangladesh, Colombia y Zambia.¹¹¹

UN ENFOQUE INTEGRADO

Las campañas de los años 60 para la erradicación de la viruela y el paludismo dieron origen a los programas verticales para enfermedades específicas que,

basados en las donaciones, se impusieron en los sistemas de salud de los países en desarrollo. Desde los años 80, con el lanzamiento de numerosos programas de ajuste estructural y, en especial, desde la campaña de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia a favor de la vacunación infantil universal (1985–90), los donantes han inclinado todavía más la balanza en favor de dichos esfuerzos. En vista de la incidencia creciente de la tuberculosis, el paludismo y el VIH/SIDA, esta tendencia se consolida.

Sin embargo, estos programas entrañan riesgos: los recursos se concentran en esas áreas a expensas del sistema sanitario global y los esfuerzos de la atención médica pública fuera de dichas estructuras verticales pueden resultar inútiles. Por otra parte, hasta los programas verticales pueden verse amenazados si los fondos de los donantes desaparecen, ya que su mantenimiento resulta costoso. Es posible que estos programas verticales sólo sean asequibles y prudentes en el caso de enfermedades que tienen posibilidades razonables de erradicarse a corto plazo.

Como demuestra el éxito obtenido por el programa de tuberculosis desarrollado en la India (recuadro 4.8), los programas centrados en enfermedades específicas deberían integrarse en el conjunto de las estructuras sanitarias. Sin embargo, los servicios de salud materno-infantil también reclaman con fuerza la integración: en muchos países la atención médica primaria se ha centrado en la planificación familiar, excluyendo a los servicios de salud materno-infantil. Para evitar más muertes maternas, la atención durante el embarazo y especialmente durante el parto debe estar vinculada a sistemas fiables que garanticen la disponibilidad de tratamientos avanzados en caso de emergencias obstétricas.

PROPORCIONAR MEDICAMENTOS ESENCIALES EN LAS CLÍNICAS PARA ATRAER PACIENTES

Una de las razones por las que los sistemas de salud pública no funcionan correctamente es por el inadecuado suministro de fármacos que generalmente proporcionan. Si los pacientes no reciben los medicamentos terapéuticos, el incentivo de acudir a la atención médica pública se reduce, lo que mata la demanda de servicios médicos y por lo tanto provoca el abandono del trabajo por parte de los profesionales médicos y los sanitarios.

En cuatro estados del sur de la India (Andhra Pradesh, Karnataka, Kerala y Tamil Nadu) los servicios de la salud pública funcionan mejor y reciben más visitas de los pacientes gracias a la distribución de fármacos en la red de atención médica primaria,

RECUADRO 4.8

Integración de programas verticales en sistemas de salud existentes

El programa contra la tuberculosis aplicado en India es una muestra de que la integración de programas específicos de enfermedades en una estructura sanitaria existente tiene grandes capacidades de éxito. Gracias a él se han formado más de 200.000 sanitarios, cerca de 436 millones de personas (más del 40% de la población) han accedido a los servicios y se han evitado 200.000 muertes, con ahorros indirectos de más de \$400 millones, más de ocho veces el costo de su implantación.

El programa de la India, basado en el tratamiento de observación directa y corta duración (DOTS) hace uso de la estructura sanitaria existente pero complementa sus actividades con recursos, personal y medicamentos adicionales, además de tratamiento y diagnóstico gratuito para el enfermo. Una vez que se toma la decisión

de iniciar un programa en un barrio, la administración sanitaria crea una sociedad que contrata personal para una unidad de tuberculosis que presta servicio a 500.000 personas. El gobierno estatal forma a los médicos, y contrata a los especialistas de laboratorio. Además, asume la dirección política y se encarga del suministro de medicamentos y microscopios, con la ayuda financiera del Banco Mundial y de donantes bilaterales.

Existen diferentes niveles de apoyo, seguimiento y supervisión. Personal del gobierno y de la Organización Mundial de la Salud visita los centros y asesores contratados por la OMS, con teléfonos móviles y acceso a Internet, brindan apoyo a las unidades de tuberculosis. Trimestralmente, los gobiernos mandan informes pormenorizados sobre los resultados de todos los estados y barrios.

Fuente: Khatri y Frieden 2002.

RECUADRO 4.9

Garantizar medicamentos de primera necesidad para todos: el éxito de Bhután

A través de una política farmacéutica nacional coherente, respaldada por una asistencia internacional concertada, se pueden lograr impresionantes resultados en el suministro de medicamentos de primera necesidad; es lo que ha demostrado Bhután, un pequeño reino asiático sin litoral. Hasta 1986, el suministro público de medicamentos en este país se caracterizaba por la desorganización, la baja disponibilidad, la calidad errática, la irracionalidad de las prescripciones y los elevados costos. Pero el país se embarcó en un programa de medicamentos de primera necesidad con una amplia ayuda tanto técnica como económica por parte de la Organización Mundial de la Salud y de países donantes. En 1987, se adoptó una política farmacéutica nacional y global así como la legislación oportuna para su aplicación. El programa se basaba, entre otros aspectos, en:

- Medios nacionales de abastecimiento y distribución.
- Aseguramiento de la calidad mediante la meticulosa comprobación de los productos y selección de los proveedores.
- Racionalización de las prescripciones mediante la creación de guías de tratamiento normalizadas y una mejor for-

Fuente: Stapleton 2000.

mación y supervisión de los técnicos farmacéuticos.

- Reducción de los residuos y aumento de la eficacia impartiendo cursos prácticos para almacenistas sobre gestión y almacenamiento de los medicamentos.
- Suministro público gratuito de vacunas y medicamentos de primera necesidad.

Desde 1993, el personal bhutánés se encarga de la aplicación del programa, con una ayuda mínima de expertos internacionales. Entre los resultados alcanzados cabe destacar:

- El acceso a medicamentos de primera necesidad de gran calidad para más del 90% de la población, con una disponibilidad del 90% de los medicamentos de primera necesidad.
- La reducción de errores en la contabilidad de medicamentos, de un 76% en 1989 a un 14% en 1997.
- La disminución de los residuos: los medicamentos que caducan antes de ser utilizados sólo representan el 0,75% del presupuesto farmacéutico.
- La reducción de los precios pagados por el programa de medicamentos de primera necesidad (que procura entre el 85 y el 90% de los medicamentos), descendiendo a cerca de la mitad de los precios medios internacionales.

lo que representa para los pacientes un motivo para acudir a los centros. En otros países podría reactivarse el sistema de atención primaria si se proporcionaran medicamentos esenciales a través de servicios descentralizados. También se podría aumentar la cobertura de los servicios de prevención gracias a la prestación de servicios curativos.

En los países de desarrollo humano alto, casi toda la población tiene acceso a los medicamentos de primera necesidad, mientras que en los de desarrollo medio, la gama es muy amplia: en China, entre el 80% y el 94% de la población tiene acceso (dependiendo de la región); en la India entre el 0% y el 49%. La mayoría de los países de desarrollo humano bajo registran un nivel de acceso bajo a los medicamentos esenciales (según la Organización Mundial de la

Salud, se entiende por acceso bajo al comprendido entre 50% y 79%). Bhután es un país de desarrollo humano bajo, pero ha conseguido facilitar medicamentos de primera necesidad a entre el 80% y el 94% de su población (recuadro 4.9).

A fin de poder proporcionar medicamentos de primera necesidad, muchos países de bajos ingresos necesitarán financiación en condiciones favorables por parte de los donantes. Los países con buenos resultados han proporcionado este tipo de medicamentos a los centros de salud pública, lo que ha estimulado la demanda local de otros servicios en dichos centros. A medida que aumenta el interés de los beneficiarios por el sistema de salud pública, también mejora la supervisión de los trabajadores de dicho sistema a través del control comunitario.

ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE AGUA Y SANEAMIENTO

El acceso a agua potable y a saneamiento adecuado es crucial para sobrevivir. El agua es fundamental para el medio ambiente, la seguridad alimentaria y el desarrollo sostenible. Por otra parte, un saneamiento adecuado puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

ALCANCE DEL PROBLEMA

En 2000, al menos 1.100 millones de personas a nivel mundial —es decir casi uno de cada cinco habitantes— carecía de acceso a agua potable¹¹² y alrededor del doble, 2.400 millones de personas, carecían de acceso a saneamiento mejorado.¹¹³ En Asia vive el 65% de la

población sin acceso a agua potable y en África el 28%. Por otra parte, el 80% de la población sin acceso a saneamiento se encuentra en Asia y un 13% en África.¹¹⁴

Durante los años 90 se ha observado un pequeño avance, ya que alrededor de 438 millones de personas en países en desarrollo han accedido al suministro de agua potable y unos 542 millones de habitantes de zonas urbanas han accedido a un saneamiento adecuado.¹¹⁵ Sin embargo, debido al rápido crecimiento demográfico, el número de habitantes de zonas urbanas sin acceso a agua potable se ha elevado en casi 62 millones.¹¹⁶

Mientras que en las principales ciudades de Europa y América del Norte, más del 90% de los hogares dis-

Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad ambiental

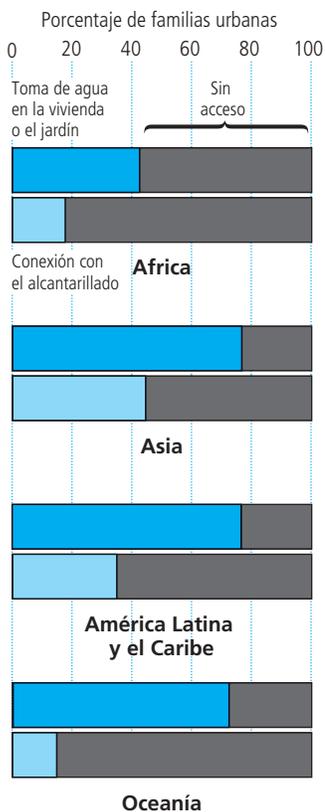
Meta 9: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos ambientales

Meta 10: Reducir a la mitad, para el año 2015, la proporción de personas que carecen de acceso sostenible a agua potable

Meta 11: Mejorar considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de los barrios más precarios

FIGURA 4.5

Muchas familias urbanas carecen de acceso a agua y saneamiento



Fuente: OMS, UNICEF y WSSCC 2000

ponen de conexiones de agua corriente y alcantarillado, en el resto del mundo la situación es muy diferente. Si por instalaciones de saneamiento adecuadas entendemos un inodoro conectado a una alcantarilla, existe una carencia significativa de este tipo de instalaciones en todo el mundo en desarrollo, incluso en sus grandes ciudades. En todas las regiones, la cobertura del saneamiento es mucho peor que la del agua (figura 4.5).

En los años 90, el número de niños muertos por diarrea —causada por la falta de agua y saneamiento seguros— superó a las víctimas de conflictos armados registradas desde la Segunda Guerra Mundial.¹¹⁷ Además, la mitad de las camas hospitalarias del mundo están ocupadas por pacientes con enfermedades transmitidas por el agua, lo que significa que se están utilizando servicios sanitarios caros para tratar enfermedades que podrían prevenirse fácilmente.

En el Asia meridional, sólo el 37% de la población tiene acceso a saneamiento adecuado: cerca de 1.400 millones de personas aún defecan en espacios abiertos o en antihigiénicas letrinas de cubo.¹¹⁸ En el África Subsahariana, el problema más apremiante es el agua potable, al que sólo tiene acceso el 57% de la población,¹¹⁹ un promedio que no muestra las enormes diferencias entre las zonas rurales y urbanas.¹²⁰

La falta de agua potable afecta en mayor medida a los habitantes pobres de las zonas rurales, dado que normalmente dependen de los recursos hídricos y terrestres para su sustento. El saneamiento inadecuado, agravado por la superpoblación de las ciudades, castiga más a los pobres de las zonas urbanas.

Como ocurría con los demás Objetivos de Desarrollo del Milenio, incrementar el acceso a agua potable y a saneamiento también implica abordar las desigualdades entre los géneros. Las mujeres y las niñas africanas dedican tres horas al día a buscar agua, gastando en esta labor más de la tercera parte de las calorías que consumen. Estas tareas domésticas alejan a muchas niñas de la escuela y, si acuden, la energía que dedican a realizarlas deteriora seriamente su rendimiento escolar. Además en caso de enfermedad de algún familiar, generalmente relacionada con la falta de agua o saneamiento, las niñas suelen ser las encargadas de su cuidado. Y cuando se necesita agua en las escuelas, son también las niñas las que deben traerla, reduciendo así el tiempo de juego y estudio del que disponen.

Las prioridades políticas para lograr los Objetivos de agua y saneamiento requieren:

- *El incremento de los recursos.* Existen tecnologías de bajo coste para aumentar el acceso de los hogares y la comunidad al agua potable y al saneamiento. Sin embargo, para los gobiernos con pocos

recursos económicos, la instalación y el mantenimiento de infraestructuras para el tratamiento de aguas residuales resulta muy costoso.

- *Mayor equidad.* En numerosas ocasiones, las personas pobres no pueden permitirse los costos de agua y saneamiento porque los usuarios más ricos no pagan lo suficiente. Además, en las familias pobres, la dificultad de acceder a estos servicios es aún mayor para las mujeres y las niñas.

- *Mayor y mejor mantenimiento.* Con demasiada frecuencia los gobiernos realizan un mantenimiento insuficiente de los sistemas de suministro de agua y saneamiento, que no responden a las necesidades locales.

- *Reducción de los daños al medio ambiente.* Para garantizar un suministro sostenible del agua, es necesario hacer un uso racional de la misma, especialmente en la agricultura.

TECNOLOGÍAS ADECUADAS PARA UN USO EFICAZ

La conexión de los hogares a las redes de suministro, las fuentes de agua públicas, los pozos, la recolección de aguas pluviales y la protección de fuentes y manantiales son algunas de las tecnologías de suministro de agua de bajo coste y tecnología. Son mucho mejores que recurrir a alternativas como el agua embotellada, el suministro de agua con camiones cisterna o las fuentes y manantiales sin protección, ya que estas alternativas no son seguras o resultan inadecuadas por insuficientes.

En relación con el saneamiento, urge proporcionar tecnologías que las personas quieran utilizar, puesto que las decisiones en este ámbito se toman en la esfera familiar. No es necesario convencer a una familia sobre las virtudes de un pozo o una fuente pública, pero puede que sí sea necesario mostrarle las ventajas de tener saneamiento en casa y facilitar educación adecuada sobre higiene. La mejor manera de hacerlo es utilizar productos adaptados al consumidor, tanto por precio como por calidad (recuadro 4.10). Entre las tecnologías más adecuadas destacan las letrinas de cisterna, las letrinas de fosa simple, las letrinas de fosa ventilada y las conexiones a tanques sépticos o a alcantarillas públicas cubiertas. En ocasiones, el compost puede ser un medio de eliminación de los residuos en las zonas rurales.

Este tipo de tecnologías son accesibles y fáciles de mantener para las comunidades pobres. En el pasado, algunos gobiernos adoptaron un enfoque vertical descendente, instalando bombas de mano, pozos entubados e incluso letrinas de fosa ventilada sin tener en cuenta si existía o no una demanda. Como resultado de ello, las comunidades no se

encargaban de su mantenimiento o esperaban que lo hiciera el gobierno. Sin embargo, cuando son las comunidades, especialmente las mujeres, las que se ocupan de facilitar y financiar las instalaciones y reciben formación para el mantenimiento de las mismas, aumenta el sentido de propiedad y la sostenibilidad.

Muchos gobiernos municipales son reacios a invertir en saneamiento básico sin abordar los retos más amplios que representa la red de saneamiento y la eliminación de los residuos sólidos. En los países en desarrollo, sólo una mínima parte del agua residual de las ciudades es procesada antes de retornar al medio ambiente. No obstante, el tratamiento de las aguas residuales es mucho más caro que proporcionar a los hogares acceso a agua potable y a saneamiento, simplemente. Es necesario, por tanto, estudiar propuestas asequibles y viables para toda la variedad de servicios de saneamiento.

Es posible que también sea necesario aceptar un aumento de la contaminación ambiental como primer paso hacia la mejora del saneamiento. En Europa y América del Norte, por ejemplo, se consiguió mejorar el saneamiento en los hogares a costa de contaminar ríos y vías fluviales.

RECURSOS LIMITADOS: QUÉ HACER AL RESPECTO

En los países en desarrollo, el sector público nacional financia las infraestructuras de agua en un 65%-70%, los donantes en un 10%-15%, las empresas privadas internacionales en un 10%-15% y el sector privado nacional en el 5%.¹²¹ En el 90% de los países en desarrollo, el sector público presta los servicios de agua y saneamiento, con fondos procedentes de las facturas que abonan los usuarios a las autoridades locales, proveedores habituales de estos servicios. Sin embargo, esos fondos sólo cubren una parte de los costos de capital y de los costos corrientes de las infraestructuras y servicios. La diferencia se cubre con los ingresos fiscales y la financiación de los donantes. Cuando existe compromiso político y recursos económicos, es posible aumentar el acceso a agua potable, tal y como demostró Sudáfrica en la década de los 90 (recuadro 4.11).

Muchos países en desarrollo tienen problemas para pagar las infraestructuras de agua y saneamiento con fondos procedentes del dinero que obtienen por servicios de aguas especialmente precarios.¹²² La falta de adecuación de las tarifas es un gran problema. Sin embargo, si no existe una infraestructura central, las instalaciones domésticas de agua y saneamiento no pueden avanzar. Y sin alcantarillado general y centrales de tratamiento, las aguas resi-

RECUADRO 4.10

Saneamiento asequible en la India

En India, defecar en espacios abiertos sigue siendo muy frecuente. Sin embargo, el trabajo pionero de la organización no gubernamental (ONG) Sulabh International muestra cómo es posible deshacerse de los residuos humanos de una forma asequible y socialmente aceptable. Gracias al planteamiento de Sulabh, basado en asociaciones con los gobiernos locales respaldadas por la participación comunitaria, la calidad medioambiental de los barrios precarios urbanos y rurales donde viven los pobres ha mejorado sustancialmente.

La solución de Sulabh es económica: letrinas de cisterna y juntas hidráulicas con fosas de lixiviación. La tecnología es asequible para las personas pobres ya que el diseño se adapta a los distintos niveles de ingresos. El consumo de agua es de sólo 2 litros en comparación con los 10 que utilizan otros sanitarios. El sistema, que dispone de dos fosas de lixiviación, nunca está fuera de servicio, ya que durante la limpieza de una de las fosas se puede utilizar la otra. Puede construirse con materiales locales y es fácil de mantener. También

cabe la posibilidad de mejorar el conjunto si se conecta a un sistema de alcantarillado cuando exista uno en la zona.

Desde 1970, se han construido más de 1 millón de unidades en los hogares. Asimismo, se han instalado 5.500 en servicios públicos de pago atendidos las veinticuatro horas del día por personal que suministra jabón para lavarse las manos. En estos servicios públicos, se ofrece también la posibilidad de darse un baño o lavar la ropa, así como servicios gratuitos para niños, discapacitados y personas pobres. Como resultado de este programa, más de 10 millones de personas han disfrutado de saneamiento a bajo costo y en mejores condiciones y se han creado 50.000 puestos de trabajo.

Las campañas puerta a puerta de Sulabh también proporcionan educación sobre salud gratuita a millones de personas. La organización forma a lugareños para que construyan ellos mismos más letrinas y ha contribuido a la creación y mantenimiento de servicios comunitarios gratuitos en barrios precarios y otras zonas.

Fuente: WSSCC 2002, 2003.

duales acaban por verse en corrientes abiertas y canales, lo que supone un riesgo para la salud y un daño para el medio ambiente.

Después de alcanzar su nivel más alto entre 1996 y 1999, las inversiones privadas internacionales en servicios de aguas han descendido, al parecer porque las rentabilidades son demasiado bajas.¹²³ Además, los proyectos de aguas exigen unas inversiones iniciales más elevadas que las instalaciones de electricidad, telecomunicaciones y gas natural. Las devaluaciones monetarias, como la surgida tras la reciente crisis económica en la Argentina, son otro factor desalentador.

En los años 90, se destinó una media de \$3.000 millones anuales de asistencia oficial para el desarrollo a proyectos de agua y saneamiento. Entre 1996 y 1998, dicha financiación ascendió a \$3.500 millones anuales, pero descendió hasta los \$3.100 millones al año entre 1999 y 2001. Durante la década de los 90, la proporción del total de la asistencia oficial para el desarrollo destinada a sistemas de agua y saneamiento se mantuvo relativamente estable, representando un 6% de la ayuda bilateral y entre un 4% y un 5% de la ayuda multilateral. Los préstamos no sujetos a condiciones favorables, concedidos fundamentalmente por el Banco Mundial, sumaron entre \$1.000 y \$1.500 millones más cada año. Japón fue, con diferencia, el país que realizó las mayores aportaciones.¹²⁴

Entre 1997 y 2001, tres cuartas partes de la asistencia para el sector del agua se destinaron al suministro de agua y al saneamiento. La mayor parte de estos fondos se emplea en grandes instalaciones,¹²⁵

Sudáfrica y el “derecho” al agua

En 1994, cuando el nuevo gobierno democrático asumió el poder, más de 15 millones de sudfricanos no tenían acceso a 25 litros de agua limpia al día a 200 metros de sus hogares. En 2001 el número descendió a 7 millones, gracias a las siguientes iniciativas:

- El *apoyo político de alto nivel* ha sido primordial. La constitución de Sudáfrica garantiza, como derecho humano, el acceso a un suministro básico de agua y a un medio ambiente no perjudicial para la salud. En consecuencia, hace poco que se ha adoptado una política que garantiza el suministro gratuito de 6.000 litros de agua al mes para todos los hogares.
- *La adopción de leyes y normas diáfanos* que han clarificado las funciones de las autoridades y de los proveedores de agua. Asimismo, gracias a normas nacionales y legislación similar se ha podido regular la calidad del agua y la estructura de las tarifas.
- *La rápida aplicación de un programa de obras clave* dirigidas a las zonas más necesitadas. El programa recibió importante financiamiento

del gobierno y apoyo de diversos agentes como organizaciones no gubernamentales, empresas privadas y grupos comunitarios.

- *La transferencia de responsabilidades a los gobiernos locales* ofrece a las autoridades locales mayor control sobre los proyectos, que de esta forma pueden ajustarse mejor a las necesidades locales.

A pesar de todos estos logros, Sudáfrica todavía se enfrenta a obstáculos para mantener y ampliar el acceso a suministros básicos de agua. Para garantizar el éxito continuado serán necesarios compromisos continuos tanto económicos como políticos. La viabilidad de la política de suministro básico de agua gratuito, por ejemplo, depende en gran medida de los ingresos del gobierno, así como del número de hogares con recursos disponibles para subvencionar a otros más pobres. Por otro lado, las distintas experiencias realizadas en colaboración con el sector privado despiertan incertidumbre sobre el papel que desempeñará en la futura prestación de servicios.

Fuente: Grupo de Tareas del Proyecto del Milenio 7 2003, PAS (Programa de Agua y Saneamiento) 2002.

mientras que el número de proyectos basados en tecnologías de bajo costo y que ofrecen las mejores perspectivas para el incremento de la cobertura de las personas pobres (bombas manuales, sistemas de alimentación por gravedad, recogida de aguas pluviales o letrinas) es muy bajo.¹²⁶ Por tanto, la composición de la asistencia destinada al agua y al saneamiento debe cambiar. Diez países aportaron la mitad de la asistencia oficial para el desarrollo y sólo un donante, Japón, proporcionó un tercio de la misma.¹²⁷ Lo que es aún peor, sólo un 12% de la asistencia oficial para el desarrollo destinada al agua fue a parar a países donde menos del 60% de la población tiene acceso a agua potable.¹²⁸

DESIGUALDADES: QUÉ HACER AL RESPECTO

A fin de reducir parte de la falta de financiación para lograr los Objetivos de agua y saneamiento, deben disminuir los costos y aumentar los ingresos procedentes de los usuarios. Para reducir costos, las autoridades locales tienen que mejorar la gestión, y para ello necesitan mayor apoyo de los donantes e intercambios entre los países en desarrollo.

En cuanto a los ingresos, las autoridades locales no suelen incluir los costos de capital en sus políticas de recuperación de costos y sólo incluyen una parte de los costos corrientes. Se sugiere que “en el sector del agua y del saneamiento, la recuperación total de los costos a través de los usuarios es la mejor opción a largo plazo”.¹²⁹ De acuerdo con esta

estrategia, los usuarios de las ciudades pagarían el coste total de las inversiones, mientras que los usuarios de las zonas rurales y de las periferias urbanas no contribuirían a cubrir los costos de capital. En cuanto a los costos de funcionamiento y mantenimiento, los usuarios de las ciudades pagarían el total de los costos, mientras que los de la periferia lo harían donde fuera posible y los de las zonas rurales sólo pagarían parcialmente los costos corrientes.

Sin embargo, este planteamiento sería injusto. Dado que los beneficios sociales que proporciona el agua potable y un saneamiento adecuado son muy superiores a los costos que implican, debería aplicarse una política de fijación de precios que refleje las enormes ventajas que para todos puede tener, por ejemplo, reducir la incidencia de la diarrea. Esto implica que los que tienen toma de agua directa en sus casas —que actualmente pagan un precio inferior al costo y reciben las mayores subvenciones— deberían pagar el costo total de las mismas. De esta forma, se generarían recursos para el sector y sería posible conceder subvenciones cruzadas a aquellos que carecen de agua o saneamiento mejorados o que tienen menos capacidad de pagarlos. También sería posible otorgar estas subvenciones cruzadas si se impusieran tasas más altas al agua destinada al uso industrial y agrícola.

En las zonas rurales y en la periferia de las ciudades, dependiendo de los niveles de pobreza, sólo deberían recuperarse parte de los costos corrientes. Actualmente, son muchos los lugares donde los pobres pagan precios exorbitantes a los vendedores de agua. Es conveniente que de alguna manera se intente una recuperación de costos, no tanto para generar recursos como para promover un uso eficiente. Se debería animar a las comunidades a que facilitaran mano de obra para garantizar la rápida instalación de bombas de mano y baños públicos.

¿Hasta qué punto es difícil para los pobres cubrir los costos de infraestructuras de agua y saneamiento? Observemos el ejemplo de Bolivia y algunos de los costos estimados para un proyecto de agua y saneamiento en El Alto:

- *Ingresos mensuales medios*: \$122 (\$0,80 al día per cápita).
- *Coste de las conexiones*: \$229 para el agua corriente y \$276 para el saneamiento (excluida la instalación general).
- *Coste de la conexión de la tecnología en condominio con participación de la comunidad*: \$139 para el agua y \$172 para el saneamiento.¹³⁰

Para las familias pobres, la construcción de un baño o de una instalación similar con inodoro en el interior de la vivienda, representa un coste adicional

importante, que en El Alto asciende por término medio a \$400, más 16 días de obras. Normalmente, estos costos no se tienen en cuenta en los cálculos de puesta en marcha de los servicios de agua y saneamiento. Incluso disponiendo de microfinanciación, para la mayoría de los pobres los costos eran demasiado elevados. Sin embargo, gracias a la educación en higiene, la demanda de inodoros se ha multiplicado por más de dos.

En aquellos casos en que los pobres tengan problemas para cubrir los gastos, se les debería ayudar mediante unos programas de crédito. El Grameen Bank de Bangladesh lleva años otorgando créditos colectivos para el agua y el saneamiento.

Las mujeres, más afectadas por los problemas de carga de trabajo, privacidad, seguridad e higiene que los niños y los hombres, muestran también mayor interés por mejorar el saneamiento. No obstante, suelen disponer de menos recursos, por lo que es necesario convencer a los hombres de que merece la

pena mejorar el saneamiento. También los hogares encabezados por una mujer —que normalmente cuentan con menos dinero y recursos laborales que aquellos en los que hay una mujer y un hombre— deberían poder permitirse estas mejoras. Dado que las mujeres suelen saber cuáles son los mejores proyectos y ubicaciones para sus necesidades y las de los niños, deberían compartir con los hombres la información y participar en la toma de decisiones.

Las mujeres también han demostrado que se puede confiar más en ellas para las labores de mantenimiento de equipos como bombas de mano, en parte porque generalmente son las encargadas de traer el agua para la familia. Por eso, debería fomentarse que estudiaran albañilería y fontanería, ya que se sentirían más cómodas indicando a otra mujer dónde situar la letrina en una vivienda, en lugar de a un hombre. Además, si tuvieran un puesto de trabajo en labores de mantenimiento, no tendrían necesidad de salir de la comunidad para buscar empleo.

Por lo que respecta a servicios sociales, en concreto la salud y la educación, la tendencia ha principal ha consistido en no destinarlos a los servicios de salud básicos ni a la educación básica

PRIORIDADES MULTISECTORIALES

Hasta ahora, el debate se había centrado en las prioridades sectoriales en materia política. En adelante se abordarán las prioridades en materia política que afectan a los Objetivos en todos los grupos de países.

INCREMENTO DEL NIVEL, LA EFICACIA Y LA EQUIDAD DEL GASTO PÚBLICO EN SERVICIOS BÁSICOS

En la mayoría de los países ricos, la gestión pública representa más del 40% del PIB, mientras que en los países en desarrollo el porcentaje suele ser menor del 20%. A medida que aumenta el desarrollo, se espera que esta presencia aumente. Para enfrentarse a los grandes retos de reducir el hambre, evitar muertes y extender la alfabetización es necesario incrementar considerablemente el gasto público.

No obstante, es difícil llevar a cabo acciones multisectoriales en países de bajos ingresos, en los que los ingresos fiscales apenas representan el 15% del PIB. Y para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio es necesario contar con un mayor número de recursos que, con toda probabilidad, no se podrán obtener únicamente a partir del crecimiento económico de los países pobres (véase el capítulo 3). El pago de la deuda reduce sus recursos económicos (véanse los capítulos 3 y 8) y una parte demasiado importante de lo que les queda se destina a gastos de defensa (recuadro 4.5). Por tanto, no hay suficientes fondos para la agricultura (en África, representan menos de un 5% del presupuesto), la salud o la educación.

Por lo que respecta a servicios sociales, en concreto la salud y la educación, la tendencia ha principal ha consistido en no destinarlos a los servicios de salud básicos ni a la educación básica. No obstante, la capacidad de los gobiernos para redistribuir los gastos entre los servicios básicos a fin de cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio dependerá, por una parte, de evitar las inversiones en defensa y el pago de los intereses de la deuda y por otra, de generar más ingresos. Todo resulta más sencillo si aumentan los ingresos de los gobiernos, ya que así se pueden aumentar los gastos discrecionales en cada individuo.

El problema al que se enfrentan los gobiernos de muchos países en desarrollo es que, a causa del gran déficit presupuestario, se han visto obligados a emprender estabilizaciones y ajustes macroeconómicos. Desde principios de los años 80, estas políticas de ajuste se han centrado casi exclusivamente en la reducción del gasto público, en lugar de dirigir sus esfuerzos a la movilización de ingresos fiscales y no fiscales para reducir el déficit presupuestario. En una reciente publicación externa del Programa Reforzado de Ajuste Estructural del Fondo Monetario Internacional (FMI), un grupo de especialistas independientes llegó a la conclusión de que con frecuencia se han fijado unos límites demasiado ajustados para el gasto público, lo que ha tenido efectos negativos en el capital humano y el crecimiento. Este mismo argumento fue esgrimido por el FMI en las

En otras palabras, si el gasto público se estanca o disminuye, es casi imposible políticamente que los gobiernos puedan transferir fondos a los servicios sociales —y en especial a los servicios sociales básicos— sin levantar las iras de los más ricos

condiciones políticas que estableció en respuesta a la crisis económica del Asia Oriental iniciada en 1997, condiciones que sólo se aliviaron parcialmente tras las críticas generalizadas del FMI sobre éste y otros aspectos.¹³¹

Otro reciente estudio muestra que en más de una docena de países, el gasto público real per cápita en servicios sociales básicos (salud básica, educación básica y agua y saneamiento) disminuía únicamente cuando se reducía el gasto público como proporción del PIB.¹³² En otras palabras, si el gasto público se estanca o disminuye, es casi imposible políticamente que los gobiernos puedan transferir fondos a los servicios sociales —y en especial a los servicios sociales básicos— sin levantar las iras de los más ricos.

Todavía queda mucho por hacer para consolidar la recaudación de impuestos e impedir la evasión fiscal legal e ilegal. También se puede hacer más para ampliar la base imponible, extendiendo la red fiscal para atrapar a aquellos que todavía escapan a ella. Las instituciones financieras internacionales deben tomarse mucho más en serio las necesidades de asistencia técnica de la mayoría de los países en desarrollo en el ámbito de la administración y recaudación de impuestos, especialmente en el África Subsahariana y en América Latina.

Las perspectivas de aumentar la eficacia del gasto (mediante una mayor disponibilidad de libros de texto en las escuelas y de medicamentos en los centros de salud pública, entre otros) serían mucho más halagüeñas si aumentara el gasto. Como ya se ha indicado, el gasto en salud, incluso en aquellos países donde los ingresos se han estancado, tiene gran repercusión en los resultados en materia de salud. Y lo mismo ocurre con el gasto en materia de educación: mejora los resultados.¹³³

MEJORAR LA CANTIDAD Y CALIDAD DE LA ASISTENCIA PARA LOS SERVICIOS BÁSICOS

La consecución de los Objetivos exige un verdadero respeto del Pacto de Desarrollo del Milenio. Los países de ingresos más bajos deberán recurrir a fuentes externas para obtener una parte significativa de los recursos adicionales necesarios para las inversiones sociales; los países pobres muy endeudados, a la cancelación de la deuda, que deberá ser mucho más generosa que en el pasado; y todos los países de ingresos bajos a una asistencia oficial para el desarrollo mejorada.

¿Cómo ha reaccionado la asistencia oficial para el desarrollo? La suma total destinada a servicios sociales básicos (salud básica, educación básica y agua y saneamiento) rara vez supera el 10%, a pesar

del incremento de las corrientes bilaterales de la nueva década. La contribución multilateral ha representado una tercera parte de la asistencia oficial para el desarrollo, en la que se incluyen los organismos de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y los bancos regionales. La asistencia oficial para el desarrollo destinada a pequeños proyectos de agua y saneamiento en zonas rurales y a la educación básica es insuficiente.

La asistencia oficial para el desarrollo destinada a los servicios básicos debe aumentar. Aquellos donantes preocupados por el uso que los gobiernos receptores hacen de los recursos, deberían tener en cuenta que incluso si los gobiernos desvían parcialmente esos recursos hacia otros sectores, el gasto público se ve incrementado.¹³⁴

MEJORAR LOS PROGRAMAS SECTORIALES

Pasar de los enfoques centrados en proyectos a los enfoques sectoriales constituye un importante paso hacia adelante. Aplicando un enfoque sectorial se evitan los puntos débiles de los programas centrados en proyectos: vínculos frágiles con otros sectores, aislamiento geográfico, falta de propiedad y condicionalidad de la ayuda. Se supone también que contribuye al establecimiento de un programa integrado que instaure unos objetivos políticos, un marco político completo, un plan de inversión, un plan de gastos y una serie de compromisos de financiación por parte de los gobiernos y los donantes.

La idea es que los programas sectoriales pasen a formar parte del entorno político global, en lugar de evitar las estructuras nacionales, como ocurre con la financiación de proyectos. También podrían garantizar compromisos claros de financiación por parte de los donantes, lo que supondría una mejora en relación con las corrientes de ayuda imprevisibles para determinados proyectos. Aunque se trata de una práctica compleja, que presupone la existencia de políticas sectoriales locales y eficaces, por lo menos involucra a los receptores.

Sin embargo, el enfoque sectorial ha tenido problemas y en muchos casos todavía no se han reunido los fondos. En primer lugar, este enfoque requiere años para su desarrollo y finalización. Se calcula que la duración del ciclo de planificación de un enfoque sectorial oscila entre cinco y siete años de media.

En segundo lugar, la cooperación técnica (con personal técnico expatriado) que tiende a dominar el enfoque orientado a los proyectos, representa un problema persistente con los programas sectoriales. Sería útil evaluar los costos de tiempo y los fondos utilizados para la formación financiada por los donantes.

En tercer lugar, las diferencias entre las restricciones legislativas sobre gastos, los estrictos y diferentes procedimientos de atribución de los recursos y comunicación de las necesidades y la frágil capacidad de los países receptores, impiden una armonización completa de las acciones. El gobierno no puede tomar las riendas si las unidades de ejecución del proyecto del donante (que escapan al control del ministro del ramo) siguen existiendo.

En Zambia, los donantes han acordado liberar la segunda parte de la deuda sólo si el gobierno destina al menos un 20% de su presupuesto a educación.¹³⁵ Además, todos los organismos externos implicados vinculan sus corrientes financieras a programas específicos. De hecho, destinar fondos para elementos específicos de enfoques sectoriales es una práctica habitual, que depende en muchos casos de la impresión que tienen los donantes sobre los líderes políticos locales y los compromisos en áreas específicas.

Los donantes reconocen algunos de estos problemas. La Declaración de Roma de febrero de 2003 sobre Armonización solicita a los donantes que se comprometan a “proporcionar apoyo presupuestario, sectorial o a la balanza de pagos en los ámbitos correspondientes al mandato del donante, y cuando existan disposiciones políticas y fiduciarias apropiadas”.¹³⁶

COBERTURA DE ALGUNOS COSTOS CORRIENTES

La mayor parte de los donantes desean financiar costos de inversión (como la construcción de hospitales) y no costos corrientes (como los sueldos de los médicos). Esta actitud está cambiando, pero si se quieren lograr los Objetivos, los donantes deberán ser más flexibles en este aspecto. En muchas ocasiones, los gobiernos no pueden absorber los recursos materiales para asumir los costos de capital si —como normalmente se les exige— tienen que demostrar que pueden igualar estos gastos de capital con fondos para asumir los costos de explotación de las infraestructuras resultantes.

Entretanto, los donantes deberán cubrir algunos costos corrientes de los países pobres muy endeudados, especialmente los que no se destinan al pago de salarios en áreas relacionadas con los Objetivos, siempre que estos países hayan extraído algún beneficio de sus fuentes nacionales. En aquellos casos en que las restricciones fiscales sean muy rigurosas, puede que sea necesario que los donantes muestren su disposición a contemplar incluso los costos salariales de los maestros, sanitarios o parteras durante un período transitorio, hasta que el gobierno pueda crear las condiciones fiscales que le permitan asumir de manera sostenible esos costos corrientes.

Para algunos sectores, la falta de fondos para la investigación representa un enorme problema. Por ejemplo, el 90% de la investigación global sobre fármacos se centra en enfermedades que sólo representan el 10 % de las que afectan a los países en desarrollo. Por tanto, es necesario realizar esfuerzos internacionales para abordar las necesidades de fármacos contra las enfermedades tropicales. Un claro ejemplo es el rápido desarrollo y ensayo de una vacuna para el VIH/SIDA. La Iniciativa Internacional para una Vacuna contra el SIDA está consiguiendo grandes progresos en este campo, intentando desarrollar vacunas específicas para las cepas del virus del SIDA más extendidas en las diferentes partes del mundo en desarrollo. Se espera que en breve den comienzo los ensayos clínicos en Uganda sobre la cepa que afecta a esa parte de África y, en 2004, en la India. Sin embargo, otras muchas áreas de investigación continúan desatendidas.

En muchas otras áreas importantes para lograr los Objetivos, el mayor problema es la falta de difusión de las tecnologías actuales. La producción agrícola en el África subsahariana, por ejemplo, se caracteriza por su baja productividad, a pesar de que es posible disponer de variedades de maíz, arroz y trigo de alto rendimiento. Tampoco se han desarrollado variedades de alto rendimiento de los cereales más consumidos por la población más pobre, como son el sorgo y el mijo. El problema reside, por una parte, en la baja comercialización y en los elevados precios de los fertilizantes inorgánicos; y por otra, en el uso limitado de fertilizantes orgánicos, a pesar de que es fácil obtenerlos de los recursos locales. Utilizar fertilizantes orgánicos elevaría la productividad y promovería una agricultura sostenible desde un punto de vista ambiental, en una región en la que la degradación del medio ambiente ha provocado ya una disminución de la producción agrícola.

Otro ejemplo es la falta de difusión de los mosquiteros impregnados con insecticida (o incluso mosquiteras corrientes) para controlar el paludismo. De igual manera, las muertes causadas por la contaminación interna provocada por el humo de los fogones de cocina pueden prevenirse fácilmente mediante la producción comercial de hornos que no liberen humo. Evidentemente, para que exista esta producción comercial se necesitan subvenciones apropiadas, acompañadas de una estrategia de comunicación que consiga llegar a las personas pobres de las zonas más remotas. Las letrinas Sulabh pueden fomentar el saneamiento ambiental en las zonas urbanas más

Para algunos sectores, la falta de fondos para la investigación representa un enorme problema

densamente pobladas, pero para ello los organismos internacionales deben tomarlas como modelo con el fin de extender su uso en los países en desarrollo.