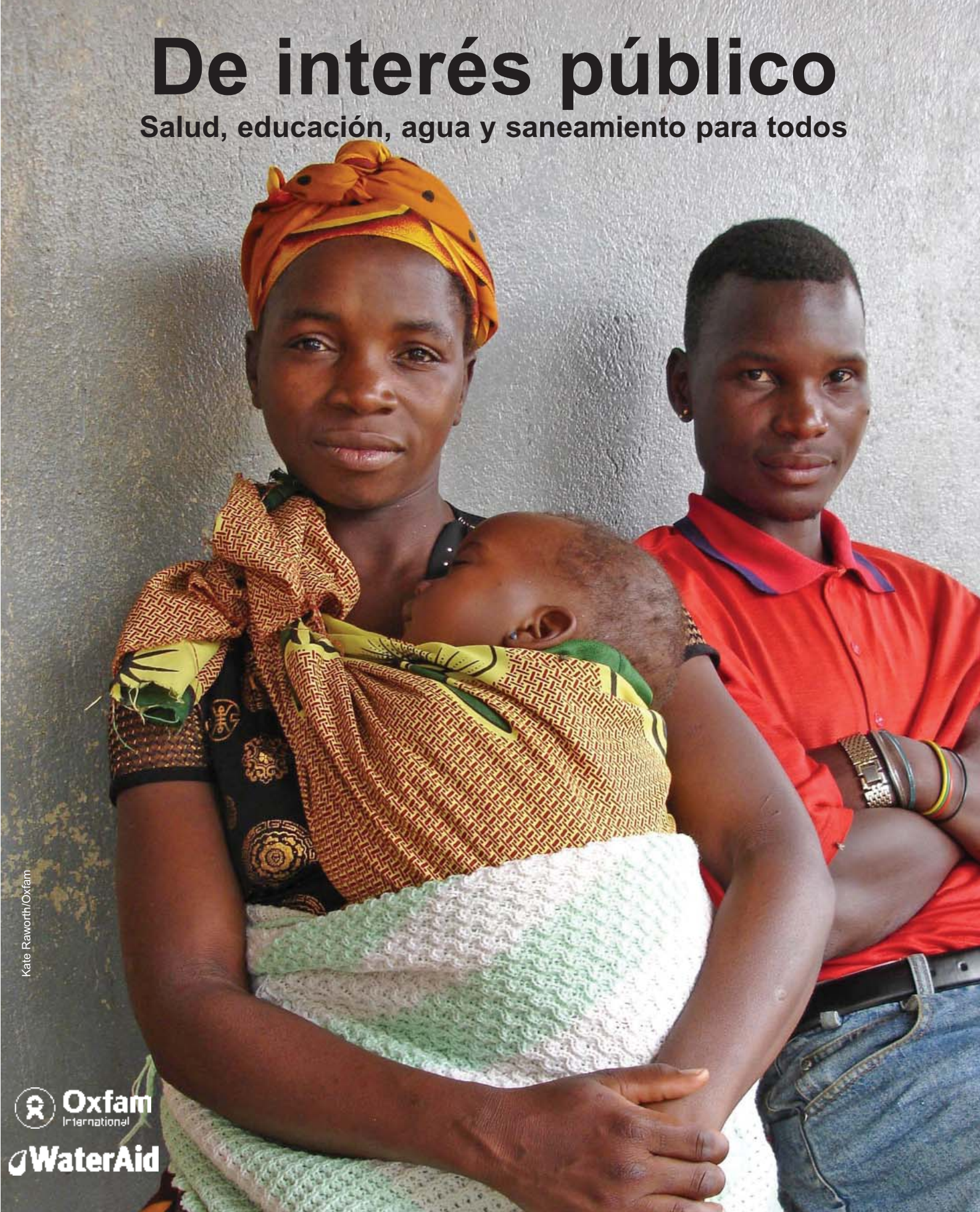
De interés público

Salud, educación, agua y saneamiento para todos



Kate Raworth/Oxfam

Oxfam International

WaterAid

Agradecimientos

Este informe ha sido escrito por Bethan Emmett, con aportaciones de Duncan Green, Max Lawson, Belinda Calaguas (WaterAid), Sheila Aikman, Mohga Kamal-Yanni e Ines Smyth.

Nuestro especial agradecimiento a Belinda Calaguas, Nina Andrade-Henderson, Tom Noel, Kate Raworth, Arry Fraser y Swati Narayan.

Primera edición: Oxfam Internacional, 2006
con la colaboración de WaterAid

© Oxfam Internacional 2006

Publicado por
Oxfam Internacional
Secretariado de Oxfam Internacional
Suite 20, 266 Banbury Road
Oxford OX2 7DL
Reino Unido

Todos los derechos reservados. Esta publicación está protegida por *copyright*, pero se puede reproducir por cualquier método sin coste alguno para fines de incidencia, campañas y enseñanza; no para su venta. El titular del *copyright* solicita que se le informe de estos usos para poder evaluar el impacto del documento. Para su reproducción en cualquier otra circunstancia, o para utilizarlo en otras publicaciones, traducirlo o adaptarlo, se debe obtener previamente permiso escrito del editor, que puede pedir el pago de una tasa.

Edición en castellano: Intermón Oxfam, 2006

ISBN: 84-8452-469-8

Traducción: punto&coma

Adaptación de la edición en castellano: punto&coma

Foto de cubierta:
Una pareja con su hija a la salida de un chequeo rutinario en el centro de salud del distrito de Machaze, provincia de Manica, Mozambique. La madre y el bebé se encuentran en buen estado de salud.
Kate Raworth/Oxfam

Foto de contraportada:
El mundo necesita 4.250.000 profesionales sanitarios más.
Helen Palmer/Oxfam

Índice

Prólogo

Siglas y abreviaturas

Resumen

Éxito público: cuando los gobiernos garantizan servicios esenciales para todos 6
Fracaso público: cuando los gobiernos no actúan 7
La sociedad civil pone algunos parches 8
Si el Estado no funciona, el mercado no es la solución 8
Países ricos: impulso al sector privado y promesas rotas 9
Qué tiene que ocurrir 10
Conclusión 13
Recomendaciones 13

1. **Servicios esenciales: cuando no se cubren las necesidades básicas 15**
Agua y Saneamiento: lejos del objetivo 22
Salud: se mantienen las desigualdades 22
Educación: señales de progreso 23

2. **¿Qué es lo que funciona? En defensa de unos servicios públicos universales 25**
Los ingresos son importantes, las políticas también 27
Cuando los gobiernos lo hacen bien: aprender de los éxitos 30
Lecciones aprendidas de algunos éxitos de los países en desarrollo 32
Historias de éxitos recientes: ingredientes similares 36
Conclusión 38

3. **Cuando las cosas van mal: negligencia del gobierno y promesas rotas 39**
Los héroes del sector público 42
Salarios de hambre 42
Faltan millones de médicos, enfermeros, profesores y aministrativos 44
Tasas asesinas 46
Proveedores no estatales: poner algunos parches 48
El dinero que falta 49
Al servicio de los ricos 53
La maldición de la corrupción 55
Conclusión 56

4. **Los gobiernos de los países ricos: impulso al suministro privado y promesas rotas 57**
Suministro privado: rentable pero no equitativo 59
Impulsar lo privado 61
Lo que los países ricos no intentan en casa 65
Robar personal a los países pobres 67
Los países ricos se quedan cortos con la ayuda 68
Conclusión 76

5. **Es hora de actuar: qué deben hacer los gobiernos de los países en desarrollo y los de los países ricos para proporcionar servicios públicos eficaces 77**
Qué deben hacer los países en desarrollo 79
Qué deben hacer los países ricos 94

Conclusión 99
Notas 100
Referencias 113

Índice de tablas

Tabla 1: La ayuda sin coordinar no se utiliza 73

Tabla 2: Demasiada asistencia técnica: países ricos que gastan más del 75% de su ayuda en asistencia técnica 74

Índice de gráficos

Gráfico 1: Avances globales hacia los ODM: perdiendo el rumbo 20

Gráfico 2: Sri Lanka: menor renta que Kazajstán, pero una población con mejor salud y educación 28

Gráfico 3: Mayores niveles de renta no determinan necesariamente mejores resultados 29

Gráfico 4: Salarios en declive 42

Gráfico 5: Falta de profesorado 44

Gráfico 6: Escasez de personal sanitario 45

Gráfico 7: Gasto mínimo en salud: algunas regiones siguen rezagadas 50

Gráfico 8: Quedarse corto: dinero que falta para los ODM 51

Gráfico 9: Armas, no escuelas: los diez peores 52

Gráfico 10: Dar a luz: ricas y pobres 54

Gráfico 11: La supervivencia a un parto depende de dónde se viva 55

Gráfico 12: Financiación de servicios esenciales; promesas rotas 69

Gráfico 13: Los gobiernos actúan, los donantes se quedan cortos 70

Gráfico 14: Algunos países ricos están avanzando en el apoyo presupuestario, la mayoría podrían hacer más 75

Gráfico 15: Eliminar el pago de la enseñanza sitúa la educación en la agenda y lleva a los niños y niñas a la escuela 85

Índice de cuadros

Cuadro 1: Los héroes del sector público 43

Cuadro 2: Pagar o quedarse fuera 47

Cuadro 3: Algunos estados rezagados mantienen a la India atrás 55

Cuadro 4: Sin seguro y sin tratamiento en China 60

Cuadro 5: El Banco Mundial y el sector privado 63

Cuadro 6: ONG que trabajan con los gobiernos: puesta en marcha de servicios en Angola 66

Cuadro 7: Tomar, tomar, tomar 67

Cuadro 8: La Enfermedad Holandesa o ¿es mala para ti la ayuda? 72

Cuadro 9: Seguros sanitarios comunitarios: alternativa a corto plazo al cobro de tasas a los usuarios 86

Cuadro 10: Implicarse: participación social en Porto Alegre, Brasil 89

Cuadro 11: Malawi: un plan de choque del Gobierno sobre recursos humanos 92

Cuadro 12: Cómo apoyar a los gobiernos locales y generar capacidad de planificación 95

Prólogo

Mary Robinson
Presidenta de Realizing Rights: The Ethical Globalization Initiative
Presidenta de Honor de Oxfam Internacional

Hace unas pocas generaciones, las expectativas de vida de los ciudadanos más pobres de las naciones industrializadas no eran muy diferentes de las que encontramos hoy en día en África subsahariana. Sólo cuando se proporcionaron servicios públicos de salud, educación, agua y saneamiento para todos, las expectativas de vida y lo que hoy conocemos como indicadores de desarrollo humano aumentaron de forma drástica. Para la seguridad y prosperidad de los ciudadanos y ciudadanas de las naciones ricas, ha sido fundamental disponer de un amplio acceso a estas instituciones públicas, pero olvidamos con demasiada facilidad lo recientes que son características de nuestra sociedad como los servicios esenciales. Hace casi 60 años, la Declaración Universal de los Derechos Humanos afirmaba que unas condiciones de vida dignas, incluyendo el acceso a la sanidad y a la educación, constituyen derechos humanos fundamentales. Posteriores acuerdos internacionales comprometen legalmente a los gobiernos a hacer realidad de manera progresiva los derechos sociales, incluido el derecho al agua.

Es un logro importante el hecho de que países pobres como Botswana o Sri Lanka, en el espacio de una sola generación hayan sido capaces de avanzar en el establecimiento de servicios públicos básicos lo mismo que a Europa le costó un siglo conseguir. ¿Cómo ha sido posible? Los derechos a la educación, la salud y el agua se han impulsado mediante el suministro gratuito de servicios públicos. Todos han salido beneficiados, y en particular las mujeres y las niñas, con mejoras en indicadores sociales que se reflejan en un mayor respeto a los derechos civiles y políticos.

Proporcionar servicios públicos a todo el mundo está a nuestro alcance: hay dinero y sabemos cómo hacerlo. Lo que hace falta es voluntad política para hacer frente al *statu quo*. Necesitamos contratar a millones de profesionales sanitarios, profesores y profesoras, y eliminar las tasas que niegan a los pobres el ejercicio de sus derechos. En las naciones en desarrollo se requiere liderazgo político, actuación del Estado y unos servicios públicos sólidos. Al mismo tiempo, el apoyo más importante que pueden proporcionar los países ricos es una ayuda a largo plazo y predecible acompañada de una cancelación significativa de la deuda.

Sabemos que un medio ambiente limpio, familias saludables, y niños y niñas con formación son requisitos esenciales para que la gente pueda escapar de la pobreza. Todos los gobiernos deben asumir su parte de responsabilidad en la promoción de los derechos humanos. Y deben hacerlo no sólo mediante sistemas judiciales y policiales eficaces, necesarios para garantizar el respeto a los derechos civiles y políticos fundamentales; sino también garantizando unos servicios públicos sólidos, eficaces y accesibles para todos, que aseguren el disfrute de los derechos a la salud, la educación y el agua. A medida que nos acercamos al año 2015, la fecha establecida para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, debemos actuar de forma conjunta en este frente.

Siglas y abreviaturas

ART	Tratamiento antirretroviral
BRAC	Bangladesh Rural Advancement Committee
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE
CFI	Corporación Financiera Internacional (Banco Mundial)
FAWE	Forum of African Women in Education
FMI	Fondo Monetario Internacional
GATS	Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio (OMC)
HIPC	Países Pobres Altamente Endeudados (en sus siglas inglesas)
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMC	Organización Mundial del Comercio
ONG	Organización No Gubernamental
PNE	Proveedores no estatales

Resumen

'Para nosotros fue un milagro que pusieran la educación primaria gratuita. De no haber sido así, John, de 11 años, estaría todavía en casa'.

Jane Nzomo, Kenia

'La libertad se traduce en tener suministro de agua potable... poder vivir en una casa digna, tener un buen trabajo, tener acceso a la atención sanitaria. Lo que quiero decir es que ¿para qué sirve haber hecho esta transición si no se mejora la calidad de vida de esta gente? De lo contrario, ¡el voto es inútil!'.

Desmond Tutu, 1999

Aulas con profesorado, centros de salud con personal sanitario, agua corriente y saneamiento. Para millones de personas de los países en desarrollo se trata de un sueño lejano. Pero estos servicios públicos esenciales –sanidad, educación, agua y saneamiento– son la llave para transformar la vida de las personas que viven en la pobreza.

La idea de unos buenos servicios públicos para todos no es nueva: es la base sobre la que se han construido las sociedades de los países ricos de hoy en día. Más recientemente, otros países en desarrollo han seguido el ejemplo, con resultados impresionantes. Sri Lanka, Malaisia y el estado de Kerala, en la India, por ejemplo, han logrado en una generación avances en sanidad y educación que a los países industrializados les costó 200 años conseguir. La idea de poner en marcha unos buenos servicios públicos funciona y debe situarse en el centro de los esfuerzos para hacer que la pobreza pase a la historia.

Es un escándalo que en el siglo XXI haya quien viva sin estos derechos humanos básicos; sin embargo, millones de familias todavía lo hacen. En el día de hoy:

- 4.000 niños y niñas morirán a causa de la diarrea, una enfermedad provocada por el consumo de agua en mal estado,
- 1.400 mujeres morirán innecesariamente durante el embarazo o el parto,
- 100 millones de niños en edad escolar, la mayoría niñas, no irán a la escuela.

En este informe se muestra que los países en desarrollo sólo conseguirán unas sociedades sanas y formadas si sus gobiernos asumen la responsabilidad de proporcionar los servicios esenciales. Las organizaciones de la sociedad civil y las empresas privadas pueden hacer contribuciones importantes, pero éstas deben estar reguladas e integradas de forma adecuada en unos sistemas públicos sólidos, y no ser vistas como un sustituto. Sólo los estados pueden alcanzar la dimensión necesaria para proporcionar acceso universal a unos servicios gratuitos o fuertemente subsidiados para los pobres, y orientados a las necesidades de todos los ciuda-

Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud, educación, agua y saneamiento harían falta 47.000 millones de dólares extra al año, cifra que se puede comparar con el billón de dólares del gasto militar mundial anual o con los 40.000 millones de dólares que el mundo se gasta cada año en comida para mascotas.

danos, incluyendo las mujeres y las niñas, las minorías y los más pobres. Sin embargo, aunque algunos gobiernos han hecho grandes avances, son demasiados los que carecen de los fondos, la capacidad o el compromiso para actuar.

Los gobiernos de los países ricos y las agencias internacionales como el Banco Mundial deben ser parte fundamental en el apoyo a los sistemas públicos pero, con demasiada frecuencia, al no proporcionar un alivio de la deuda y una ayuda predecible que pueda apoyar a los sistemas públicos, bloquean los avances. También obstaculizan el desarrollo cuando impulsan soluciones desde el sector privado que no benefician a los pobres.

El mundo tiene capacidad para actuar. Los líderes mundiales han acordado un conjunto de objetivos internacionales conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Según estimaciones de Oxfam Internacional, se requerirían 47.000 millones de dólares extra al año para alcanzar estos objetivos en sanidad, educación, agua y saneamiento. Esta cifra se puede comparar con el billón de dólares del gasto militar mundial anual o con los 40.000 millones de dólares que el mundo se gasta cada año en comida para mascotas.

Éxito público: cuando los gobiernos garantizan servicios esenciales para todos

Oxfam Internacional ha diseñado un Índice de Servicios Esenciales para evaluar la actuación de los gobiernos de los países en desarrollo. Este índice clasifica a los países según cuatro áreas sociales –tasas de supervivencia infantil, escolarización, acceso a agua potable y saneamiento– y compara su actuación con la renta *per cápita* nacional. Esta comparación muestra que algunos gobiernos han actuado de forma continuada por encima de lo que cabría esperar según su nivel de renta. En Sri Lanka, a pesar de que más de la tercera parte de la población todavía vive por debajo del umbral de la pobreza, la tasa de mortalidad materna está entre las más bajas del mundo. Cuando una mujer de Sri Lanka va a dar a luz tiene un 96% de probabilidades de que la atienda una comadrona cualificada. Si ella o su familia necesitan tratamiento médico, pueden recibirlo gratuitamente en una clínica pública a la que pueden acceder andando desde su casa, y que está atendida por personal cualificado. Sus hijos pueden ir de forma gratuita a la escuela primaria y la educación para las niñas es gratis hasta el nivel universitario.

Comparando la situación con la de Kazajstán, a pesar de que Sri Lanka tiene un 60% menos de renta *per cápita*, un niño en Kazajstán tiene casi cinco veces más probabilidades de morir en sus cinco primeros años de vida y es mucho menos probable que vaya a la escuela, que beba agua potable o que pueda utilizar una letrina

Sri Lanka no es un caso único. Recientemente, Uganda y Brasil han doblado el número de niños escolarizados, han reducido a la mitad las muertes por SIDA y han extendido el acceso a agua potable y saneamiento a millones de personas. En el estado de Pulau Penang en Malaisia, la empresa pública de agua proporciona agua a más del 99% de la población y establece un precio subsidiado para los primeros 20.000 litros que utilice una familia cada mes.

Los gobiernos que han obtenido buenos resultados, lo han logrado proporcionando acceso universal a servicios esenciales, accesibles también para las mujeres y las niñas; eliminando el pago de la sanidad y la educación, y subsidiando los servicios de agua y saneamiento;

incrementando la capacidad pública a largo plazo para proporcionar estos servicios; extendiendo los servicios a las áreas rurales; invirtiendo en profesorado y personal de enfermería; y fortaleciendo la posición social y la autonomía de las mujeres como usuarias y como suministradoras de servicios.

Fracaso público: cuando los gobiernos no actúan

'En el centro de salud se ponen de mala gana al atenderlo a uno, que si no tiene plata (dinero) no lo trasladan, si en ese momento usted no tiene ¿Qué le toca? Morirse'.

Marta María Molina Aguilar, madre de un niño enfermo, Nicaragua

Por cada Sri Lanka, hay otros países pobres en los que millones de personas no pueden costearse un médico, sus hijas no han ido nunca a la escuela, y sus casas no tienen ni grifos ni aseos. En Yemen, una mujer tiene sólo una probabilidad entre tres de aprender a leer y escribir. Si tiene un hijo, tiene una probabilidad entre cinco de que la atienda una comadrona. Si ella y su bebé sobreviven al parto, su hijo tiene una probabilidad entre tres de sufrir malnutrición y una entre nueve de morir antes de cumplir los cinco años. Si vive en un área rural, es improbable que su familia tenga acceso a atención médica, agua potable o saneamiento básico.

Yemen ejemplifica también la profunda desigualdad entre sexos: normalmente los servicios no llegan a las mujeres y a las niñas. Sin embargo, invertir en el bienestar de las mujeres es la piedra angular del desarrollo, ya que aumenta no sólo sus oportunidades en la vida sino también las de sus hijos. En todo el mundo en desarrollo, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de caer enfermas, pero menos de recibir atención médica. Se espera que atiendan a los miembros de su familia que enferman, pero con frecuencia son las últimas en ser enviadas a la escuela y las primeras en abandonarla cuando hay escasez de dinero. Y son las niñas y las mujeres –casi siempre y en cualquier lugar– las que dedican buena parte del día a recorrer largas distancias cargadas con bidones de agua.

En el día a día, la realidad para la gran mayoría de los pobres en los países en desarrollo es la ausencia de servicios públicos; o cuando los hay, que estén orientados a las necesidades de los ricos o sean demasiado caros para ellos, lo que conduce a la desigualdad social. En 89 de los 103 países en desarrollo existentes, los niños todavía tienen que pagar para ir a la escuela, lo que significa que muchos niños pobres –y sobre todo niñas– se ven obligados a abandonar la educación. En un distrito de Nigeria, cuando se introdujo el pago de la atención sanitaria de las madres, se duplicó el número de mujeres que morían en el parto. Los consumidores pobres que, al carecer de suministro público de agua, se ven obligados a comprarla a vendedores privados, gastan hasta cinco veces más por litro que los consumidores más ricos que disponen de conducciones de agua en sus casas. En muchos lugares, la corrupción es un problema importante, tanto en el caso de los proveedores privados como en el de los públicos. Como consecuencia de la corrupción y la ineficacia, hay una cobertura desigual, falta personal y se cobra por unos servicios de mala calidad.

Cuando existen servicios públicos, se mantienen a flote gracias a un personal escaso, mal remunerado y con sobrecarga de trabajo, y a profesorado y personal sanitario infravalorados.

Para proporcionar atención sanitaria y educación básicas para todos, el mundo necesita aumentar en 4.250.000 el número de profesionales sanitarios y en 1.900.000 el de profesores y profesoras con experiencia.

En los países menos desarrollados, los salarios del profesorado se han reducido a la mitad desde 1970. Y no es fácil encontrar héroes suficientes del sector público. Para poder proporcionar atención sanitaria y educación básicas para todos, el mundo necesita aumentar en 4.250.000 el número de profesionales sanitarios y en 1.900.000 el de profesores y profesoras con experiencia.

La sociedad civil pone algunos parches

Cuando sus gobiernos no proporcionan servicios, la mayoría de los pobres no tienen acceso a ningún tipo de educación, atención sanitaria, agua potable o saneamiento. Los que lo tienen es a costa de quedarse en la bancarrota para pagar servicios privados o gracias a que se los facilitan sectores de la sociedad civil como mezquitas, iglesias, organizaciones benéficas y grupos comunitarios. Estas organizaciones llegan a comunidades remotas y marginadas, y proporcionan servicios basados en la comunidad, como por ejemplo, la atención domiciliaria a enfermos de SIDA en países de África fuertemente afectados por la enfermedad, como Malawi. En muchos países, el suministro informal de atención sanitaria y educación a través de redes locales, sobre todo para grupos marginados y vulnerables, es una práctica común que a menudo depende del trabajo no remunerado de las mujeres.

Las organizaciones de la sociedad civil también pueden poner en práctica y promover enfoques innovadores para proporcionar servicios, y apoyar a los ciudadanos en la reclamación de sus derechos a la salud, la educación y el agua. Pero su alcance es parcial, es difícil aumentar la dimensión de sus servicios y la calidad puede variar mucho. En Zambia, por ejemplo, las comunidades se han unido para construir escuelas, pero algunas de ellas carecen incluso del material educativo más básico y de saneamiento. La evidencia muestra que este tipo de iniciativas ciudadanas funcionan mejor cuando están integradas en un sistema público y su contribución es formalmente reconocida y apoyada por el gobierno. En el estado de Kerala en la India, en Malaisia y en Barbados, los gobiernos han tendido puentes con la sociedad civil, financiando por ejemplo los costes de funcionamiento de escuelas de la iglesia, a las que supervisan regularmente para mantener los estándares de calidad.

Si el Estado no funciona, el mercado no es la solución

Con frecuencia, las soluciones dirigidas por el mercado han socavado el suministro de servicios esenciales y han tenido un impacto negativo en las comunidades más pobres y vulnerables.

Ante la falta de servicios estatales, muchos han mirado al sector privado en busca de respuestas. En algunos casos ha funcionado. Países como Corea del Sur y Chile han logrado impresionantes mejoras en el bienestar de sus ciudadanos con niveles altos de implicación privada en el suministro de servicios. Pero es sumamente difícil regular al sector privado, por lo que estos servicios tienden a generar grandes desigualdades, sus costes son elevados y a menudo los más pobres quedan excluidos porque no pueden pagarlos. Con frecuencia, las soluciones dirigidas por el mercado han socavado el suministro de servicios esenciales y han tenido un impacto negativo en las comunidades más pobres y vulnerables. El ejemplo más destacado es la privatización del agua, pero en los países en desarrollo también se está extendiendo rápidamente la participación en la atención sanitaria de un sector privado escasamente regulado.

- Cuando China desmanteló la atención sanitaria pública gratuita en favor de hospitales que se gestionan buscando su rentabilidad y de seguros sanitarios, el coste para las familias de la atención médica se multiplicó por 40 y los avances para hacer frente a la mortalidad infantil se ralentizaron. Servicios que antes eran gratuitos ahora se pagan a través de seguros sanitarios, que sólo dan cobertura a una de cada cinco personas en la China rural.
- Chile fue uno de los primeros países en implantar la participación del sector privado en su sistema de salud. También tiene el índice de nacimientos por cesárea más alto del mundo (40% en 1997), debido en gran medida a que los hospitales privados buscan maximizar sus beneficios con los costes extra de la cirugía y la mayor ocupación de las camas hospitalarias.
- Para estados débiles puede ser más difícil regular a los proveedores privados, en especial a las poderosas compañías multinacionales, que proporcionar directamente los servicios. El mercado mundial del agua está dominado por un puñado de empresas de Estados Unidos, Francia y Reino Unido, como Bechtel, Suez y Biwater: con frecuencia los contratos que negocian dan prioridad a los segmentos más rentables del mercado, requieren márgenes de beneficios garantizados y transacciones cifradas en dólares. Si los gobiernos tratan de dar por finalizados estos contratos, corren el riesgo de que les demanden, como se ha demostrado en los casos recientes de Tanzania y Bolivia.

Países ricos: impulso al sector privado y promesas rotas

Los gobiernos de los países ricos y las agencias internacionales como el Banco Mundial pueden tener una influencia importante en las políticas que adoptan los países pobres. Para algunos de los países más pobres, la ayuda de los donantes equivale a la mitad de su presupuesto nacional. El asesoramiento de expertos externos, financiados por la ayuda, tiene una gran influencia a la hora de determinar el tipo de reformas que adopta un gobierno.

Ante las carencias de los servicios públicos, con demasiada frecuencia los gobiernos de los países ricos y las agencias como el Banco Mundial, en lugar de ayudar a mejorarlos utilizan su influencia para promover soluciones de mercado. Ven en la creciente implicación del sector privado la llave para aumentar la eficiencia y mejorar los servicios, pero cada vez son más las evidencias que muestran que estas soluciones raramente funcionan en beneficio de los pobres. A menudo el Banco Mundial y el FMI insisten en que, a cambio de ayuda o de cancelación de deuda, los gobiernos deben recurrir a la privatización y aumentar el suministro de servicios por parte del sector privado. Según un estudio realizado en 2006 sobre 20 países receptores de préstamos del Banco Mundial y del FMI, la privatización había sido una condición para 18 de ellos, lo que representa un incremento con respecto a años anteriores.

Lo que *necesitan* los gobiernos de los países pobres es una ayuda bien coordinada, predecible y canalizada a través de sistemas públicos y presupuestos nacionales. Lo que normalmente *obtienen* es una ayuda insuficiente e impredecible, y desembolsada a través de una maraña de proyectos que compiten directamente con los servicios públicos por el personal y por los escasos recursos existentes. Hasta un 70% de toda la ayuda que se destina a educación se gasta en asistencia técnica, buena parte de ella se destina a consultores occidentales muy bien pagados. Según un estudio sobre la asistencia técnica en Mozambique, los países ricos estaban gastando 350 millones de dólares al año en expertos técnicos, mientras que todo el

Lo que necesitan los gobiernos de los países pobres es una ayuda bien coordinada, predecible y canalizada a través de sistemas públicos y presupuestos nacionales.

presupuesto para salarios del sector público de Mozambique ascendía a tan sólo 74 millones de dólares. En sanidad, los donantes demandan múltiples iniciativas paralelas diferentes, lo que hace perder el tiempo a los funcionarios, duplica y socava el gasto público y distorsiona las prioridades sanitarias. A Angola y República Democrática del Congo, por ejemplo, se les ha requerido establecer a cada uno cuatro organismos distintos de 'coordinación' para el VIH/SIDA.

La imposición por parte del FMI de techos para las contrataciones y los salarios en el sector público impide a los gobiernos ampliar los servicios de salud y educación. Aunque el FMI tiene razón en que los países deben gestionar sus economías con cuidado, su posición excesivamente rígida es incompatible con el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud, educación, agua y saneamiento. La Organización Mundial del Comercio y los 'Acuerdos de Libre Comercio' bilaterales y regionales también pueden ser una amenaza para los servicios públicos, al limitar la regulación estatal de los proveedores extranjeros de servicios.

Los países ricos urgen a los países en desarrollo a que alcancen los ODM en salud y educación, y al mismo tiempo agravan sus carencias de personal cualificado quitándoles a miles de sus trabajadores y trabajadoras clave. De los 489 estudiantes de enfermería que se graduaron en la Escuela Médica de Ghana entre 1986 y 1995, el 61% han abandonado el país, de ellos más de la mitad han ido al Reino Unido y una tercera parte a Estados Unidos.

Lo que tiene que ocurrir

El cambio es posible, pero requerirá de la acción concertada de los gobiernos de los países en desarrollo, apoyados, y no entorpecidos, por los países ricos, y teniendo que rendir cuentas a ciudadanos activos que demanden sus derechos.

Cambiar la agenda política

Para que los servicios funcionen, hace falta compromiso político y voluntad de reforma, y para ello los gobiernos tienen que sentirse presionados. Por eso hay que presionar a los gobiernos para que gasten más en servicios esenciales y para que lo gasten mejor. En el estado de Kerala en la India y en Sri Lanka, ciudadanos políticamente concienciados han demandado servicios que funcionen bien. Las organizaciones de la sociedad civil están situando el debate sobre los servicios esenciales en la prensa y en las listas de prioridades de los políticos de todo el mundo. En Kenia la coalición nacional de grupos de educación, *Elimu Yetu* ('Nuestra Educación') jugó un papel clave para que la educación primaria gratuita fuera un tema central en las elecciones, y se hiciera realidad en 2002. El resultado fue que 1.200.000 niños fueron por primera vez a la escuela. En 2005 se formó la mayor coalición contra la pobreza de la historia, la Llamada Mundial de Acción Contra la Pobreza. Han participado en ella más de 36 millones de personas en más de 80 países. Sus demandas fundamentales incluyen servicios públicos universales de calidad para todos, y acabar con la privatización cuando origina privaciones y pobreza.

Hacer que las mujeres tengan acceso a los servicios

Invertir en servicios esenciales que refuercen y potencien el papel de mujeres y niñas, significa promover la incorporación de la mujer al trabajo, apoyarlas como usurarias de los servicios, protegerlas de los abusos, y combinar todas estas medidas con reformas legales que mejoren su estatus y su autonomía en la sociedad. En Botswana, Mauricio, Sri Lanka, Costa Rica y Cuba, la elevada proporción de mujeres entre el profesorado y el personal sanitario contribuyó a promover el uso de los servicios por parte de las mujeres y las niñas. A menudo, para lograr avances hay que trabajar con grupos de mujeres, cambiar las leyes y hacer frente a las creencias discriminatorias, todo ello de forma simultánea. En Brasil, el trabajo de las organizaciones de mujeres dentro y fuera del Estado consiguió que en la Constitución de 1988 se reflejara la importancia de la salud reproductiva de las mujeres. Los movimientos de mujeres han seguido influyendo en la política sobre salud pública del país: se ha establecido un programa integrado de salud femenina (*Programa de Assistencia a Saude da Mulher* – PAISM) y ahora hay servicios sanitarios especiales para las mujeres víctimas de violaciones.

Hay que ver a los trabajadores y trabajadoras del sector público como los héroes que son, y situarlos en el centro de la ampliación de los servicios para todos.

Hacer frente a la crisis de mano de obra

> *'No enseño por lo que me pagan sino porque me encanta el trabajo y me encantan los niños. Mientras haya aliento en mi cuerpo, seguiré enseñando'.*
>
> Viola Shaw-Lewis, profesora de 76 años, escuela pública de Kingsville, Liberia

Hay que ver a los trabajadores y trabajadoras del sector público como los héroes que son, y situarlos en el centro de la ampliación de los servicios para todos. Los países que han obtenido buenos resultados, han desarrollado una seña de identidad del servicio público, estimulando a los trabajadores a sentirse orgullosos de su contribución a la nación, y pidiendo a la sociedad que les otorgue una posición social y les respete.

El sueldo por si sólo no siempre aumenta la motivación, pero es la prioridad número uno cuando los ingresos son demasiado bajos. La mejora salarial debe ir acompañada de unas mejores condiciones de trabajo. La vivienda es un tema importante para la mayoría de los profesores, sobre todo para las mujeres que enseñan en las áreas rurales. Los gobiernos deben trabajar con los sindicatos para mejorar los salarios y las condiciones de trabajo, combinando estas actuaciones con códigos de conducta para asegurar que el profesorado hace su trabajo.

Aumentar de manera significativa el número de profesores y profesionales sanitarios es una tarea de grandes dimensiones que requiere una planificación estratégica coordinada entre los gobiernos de los países pobres y los donantes. Los gobiernos deben invertir en planificadores y en gestores competentes para elaborar y poner en marcha planes claramente presupuestados. En Malawi, los donantes están financiando una subida salarial para el personal sanitario del sector público, con el fin de frenar la oleada de médicos y enfermeros que se van a otros países y mejorar la calidad de la atención en los hospitales.

Luchar contra la corrupción y rendir cuentas

En muchos casos, la mejora de los salarios, el estatus y las condiciones de trabajo en el sector público contribuye a reducir la corrupción a pequeña escala. También hay que promover en la sociedad en su conjunto una cultura de confianza, honestidad y respeto por la legalidad, para lo que pueden jugar un papel importante unos buenos servicios educativos públicos y las campañas de concienciación ciudadana. También se debe hacer frente a la corrupción a nivel político. La democracia multipartidista y la emergencia de la sociedad civil y de una prensa libre están resultando fundamentales en esta lucha. En Costa Rica y en Kenia, por ejemplo, los escándalos en la prensa han llevado al procesamiento de funcionarios de alto nivel.

La sociedad civil también está jugando un papel cada vez más importante en la exigencia de responsabilidades a los líderes políticos, haciendo un seguimiento de los gastos del Estado en servicios esenciales y llamando la atención sobre los casos en los que desaparece dinero. Es necesario que se reconozca formalmente el papel de los ciudadanos en la supervisión pública. En Nepal, India, Bangladesh, Ghana y Etiopía, *Water Aid* ha establecido mecanismos de intercambio de información entre los grupos de usuarios del agua y los gobiernos locales. En Malawi grupos dedicados al tema de la educación hacen un seguimiento del gasto estatal en la enseñanza primaria. La red internacional *Social Watch* reúne a grupos ciudadanos en más de 60 países para supervisar de forma regular la actuación de sus gobiernos en la dotación de servicios esenciales.

Eliminar el pago de la enseñanza primaria y de la atención sanitaria básica puede tener un impacto inmediato en la utilización de los servicios.

Eliminar el cobro de la educación primaria y de la atención sanitaria

Eliminar el cobro de la enseñanza primaria (ver Gráfico 2) y de la atención sanitaria básica puede tener un impacto inmediato en la utilización de los servicios. Para el agua, de la que nadie puede prescindir, la cuestión es mejorar el acceso para los pobres y asegurar que un recurso limitado es compartido de forma equitativa. Las tarifas se deben estructurar, por tanto, de manera que se asegure que una cantidad mínima diaria es gratuita o tiene un precio asequible para los pobres.

Los países ricos deben apoyar los servicios públicos

Los países ricos deben apoyar a los gobiernos de los países en desarrollo y a sus ciudadanos en la puesta en marcha del tipo de medidas que se han descrito más arriba. Tienen que dejar de ignorar y de minar a los gobiernos con su impulso a la expansión del suministro de servicios por parte del sector privado. Deben cumplir el compromiso que hicieron hace ya 36 años de destinar el 0,7% de su renta a la ayuda al desarrollo. Esta ayuda debe ser a largo plazo, predecible y dirigida a los países que demuestren su compromiso de ampliar la cobertura de unos servicios sociales esenciales de calidad. Se debe centrar sobre todo en el pago de los salarios y de los costes de funcionamiento de los sistemas públicos, a través de apoyos sectoriales y presupuestarios, siempre que sea posible. Esto se debe reforzar con la cancelación total de la deuda para todos los países pobres que lo necesiten. Los gobiernos ricos también deben reducir el reclutamiento activo de profesionales de países pobres para sus propios servicios sanitarios y educativos.

Conclusión

Es la primera vez en la historia que una generación tiene en sus manos la posibilidad de llegar a conseguir que todos los niños y niñas del mundo puedan ir a la escuela, que todas las mujeres puedan dar a luz con las mejores garantías de que ni ellas ni sus bebés van a morir, que todo el mundo pueda beber agua sin poner en riesgo su vida, que millones de nuevos profesionales sanitarios y educativos puedan dedicarse a salvar vidas y formar mentes.

Sabemos cómo llegar a ello: liderazgo político, actuación del Estado y servicios públicos apoyados por una ayuda flexible y a largo plazo de los países ricos, y por la cancelación de la deuda. Sabemos que el mercado sólo no puede hacerlo. La sociedad civil puede colocar algunas de las piezas, pero los gobiernos tienen que actuar. No hay atajos, y no hay otro camino.

Para alcanzar estos objetivos, los gobiernos de los países en desarrollo tienen que cumplir sus responsabilidades, sus ciudadanos tienen que presionarles para que lo hagan y los países ricos deben apoyarles y no minarles. En palabras de Nelson Mandela:

> *'La pobreza no es algo natural. Es creada por el hombre y puede ser vencida y erradicada por las acciones de los seres humanos. Vencer la pobreza no es un gesto de caridad. Es un acto de justicia. Es la protección de un derecho humano fundamental, el derecho a la dignidad y a una vida decente. Mientras persista la pobreza, no habrá libertad'.*
>
> Discurso en el lanzamiento de la campaña Make Poverty History, Trafalgar Square, 3 de febrero de 2005

Recomendaciones

Los gobiernos de los países en desarrollo deben:

- Realizar inversiones sostenidas en sistemas y servicios esenciales de educación, atención sanitaria, agua y saneamiento. Deben hacer especial énfasis en las políticas preventivas de salud reproductiva y en combatir activamente la pandemia del VIH/SIDA.
- Eliminar el pago de la educación y la atención sanitaria básicas, y subsidiar el agua para los pobres.
- Promover la equidad haciendo que las mujeres y las niñas tengan acceso a los servicios y mejorando su posición en la sociedad.
- Trabajar con la sociedad civil y con el sector privado dentro de un sistema público único e integrado.
- Formar, reclutar y retener al profesorado y al personal sanitario que tanto necesitan.
- Mejorar los salarios y las condiciones de los trabajadores y trabajadoras ya existentes.
- Construir una seña de identidad del servicio público, que estimule a los trabajadores a sentirse orgullosos de su contribución.
- Asegurar la representación y supervisión ciudadana en el control de los servicios públicos y facilitar la participación de la sociedad civil en los procesos locales y nacionales de planificación y elaboración de presupuestos.
- Posicionarse y actuar contra la corrupción.

Los países ricos, el Banco Mundial y el FMI deben:

- Dejar de impulsar inapropiadas reformas de mercado para los servicios públicos a través de la condicionalidad de la ayuda, el asesoramiento técnico y los acuerdos comerciales.
- Mantener su promesa de destinar el 0,7% de su renta nacional para la ayuda al desarrollo y asignar al menos el 20% de esa ayuda a servicios básicos.
- Cumplir los compromisos internacionales de mejorar la calidad de la ayuda, incluyendo los compromisos de París sobre su efectividad. Asegurar que la ayuda es coordinada, predecible y a largo plazo, incluyendo una mayor cancelación de la deuda y el aumento del apoyo sectorial y presupuestario.
- Apoyar económicamente la eliminación del coste para el usuario de la educación y la atención sanitaria básicas, y el subsidio del agua para los pobres.
- Financiar en su totalidad el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria y la Iniciativa Vía Rápida de Educación para Todos, asegurando que apoyan a los gobiernos y a los sistemas públicos, en lugar de duplicar sus actividades.
- Trabajar con los países pobres para reclutar, formar y retener 4.250.000 nuevos profesionales sanitarios y 1.900.000 profesores, e invertir en la formación del personal de las instalaciones públicas y de los gobiernos locales responsables de los servicios de suministro de agua y saneamiento.
- Reducir el reclutamiento activo de personal sanitario y de otros profesionales de los países pobres.

La sociedad civil debe:

- Actuar unida para exigir servicios públicos de calidad, incluyendo atención sanitaria y educación gratuitas, y servicios de agua y saneamiento subsidiados.
- Continuar construyendo movimientos ciudadanos a escala mundial para exigir la actuación de los gobiernos, tales como la Campaña Mundial por la Educación, la Llamada Mundial de Acción Contra la Pobreza y los movimientos de mujeres.
- Involucrarse en procesos locales y nacionales de planificación.
- Trabajar con los parlamentos nacionales en la supervisión del gasto presupuestario, para asegurar que los servicios llegan a los más pobres y que no se tolera la corrupción.
- Hacer frente a los gobiernos de los países ricos, al Banco Mundial y al FMI cuando no den su apoyo a los servicios públicos.
- Trabajar estrechamente con los gobiernos y con los proveedores no estatales para asegurar la creciente innovación, aprendizaje, cooperación y responsabilidad en el suministro de los servicios esenciales.

1

Servicios esenciales: cuando no se cubren las necesidades básicas

Karen Robinson/Oxfam

1
Servicios esenciales: cuando no se cubren las necesidades básicas

'Damos clase con las uñas, porque el Ministerio de Educación no nos da recursos, ya no nos facilitan los materiales que antes nos daban, nos daban cuadernos, nos daban lápices, ahora tenemos que ingeniárnosla para que el maestro tenga su cuaderno y sus lápices, que tenga sus herramientas necesarias para dar las clases'.

Director de la Escuela Autónoma José Madriz, Nicaragua

'Nunca podré olvidar lo que sufrí por la falta de agua. No tenía agua para bañar a mi bebé ni para lavarme yo. Me avergonzaba del mal olor, sobre todo cuando me visitaban mis vecinos'

Misra Kedir, recordando el nacimiento de su hijo, Hitosa, Etiopía

Clases con profesorado. Centros de salud con personal sanitario. Grifos con agua corriente y aseos que funcionen. Los servicios esenciales transforman la vida de la gente. Es un escándalo que en el año 2006 haya personas que vivan sin ellos. Pero millones de familias tienen que hacerlo. La falta de servicios esenciales convierte la pobreza en una trampa: la gente no puede escapar de la pobreza si no es capaz de leer y escribir, si está debilitada por la enfermedad o si cada día tiene que dedicar varias horas a buscar agua.

Si alguna vez ha existido la oportunidad de hacer realidad estos derechos humanos básicos –una buena atención sanitaria, educación, agua y saneamiento para todos– es ahora. Estos derechos están recogidos en convenios internacionales[1], y la comunidad internacional se ha fijado unos objetivos: los Objetivos de Desarrollo del Milenio, mediante los cuales los gobiernos adquieren los siguientes compromisos para el año 2015:

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre. Reducir a la mitad el porcentaje de personas que viven con menos de un dólar al día y de las que padecen hambre.
- Conseguir la educación primaria universal para todos los niños y niñas.
- Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer, eliminando la disparidad de género en la educación primaria y secundaria en 2005, y en todos los niveles educativos en 2015.
- Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años.
- Mejorar la salud materna y reducir en tres cuartas partes las tasas de mortalidad materna.
- Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, y reducir la propagación del VIH/SIDA.
- Asegurar la sostenibilidad medioambiental, reducir a la mitad la proporción de personas que no tienen acceso al agua potable y mejorar la vida de 100 millones de personas de los barrios más pobres.

página opuesta

Recogiendo agua en la aldea de Shibanai, Tayikistán. Saodat y Osuda Hasanova van a buscar agua dos o tres veces al día: *'La verdad es que es un trabajo muy duro porque los bidones son tan pesados... He oído que en otros lugares la gente simplemente abre un grifo en su casa y sale agua. Me encantaría tener un grifo de esos en casa'.*

- Hacer realidad una asociación mundial para el desarrollo, aumentar el volumen de la ayuda y mejorar el acceso a los mercados.

Sin duda, el mundo puede hacer frente al coste de estas actuaciones. Oxfam Internacional ha calculado que para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud, educación, agua y saneamiento se necesitaría una cantidad adicional de 47.000 millones de dólares al año.[2] Esta cifra se puede comparar con el billón de dólares del gasto militar mundial en un año o con los 40.000 millones de dólares que el mundo se gasta cada año en comida para mascotas.[3] Pero siguiendo con la tónica actual, la mayor parte de estos objetivos no se van a alcanzar. El año 2005 ya ha pasado y con él el primer objetivo, igualar la educación de niñas y niños, que no se ha cumplido en dos de cada tres países en desarrollo.[4]

Los gobiernos tienen la clara obligación de cumplir estos objetivos y garantizar el bienestar de sus ciudadanos. La gente tiene derecho a una buena atención sanitaria, a aprender a leer y escribir, a disponer de agua potable para beber y de sistemas de saneamiento. Pero en demasiados países los gobiernos no satisfacen estas necesidades por falta de dinero, de capacidad o de compromiso. Los gobiernos de los países ricos han contribuido con demasiada frecuencia a agravar este problema incumpliendo sus promesas económicas a los países pobres, o

Jonah Hull/Oxfam

Centro de salud en Chipapa, Zambia. Invertir en las niñas y en las mujeres es la piedra angular del desarrollo humano.

impulsando reformas basadas en el mercado que debilitan aún más los sistemas públicos y las responsabilidades públicas.

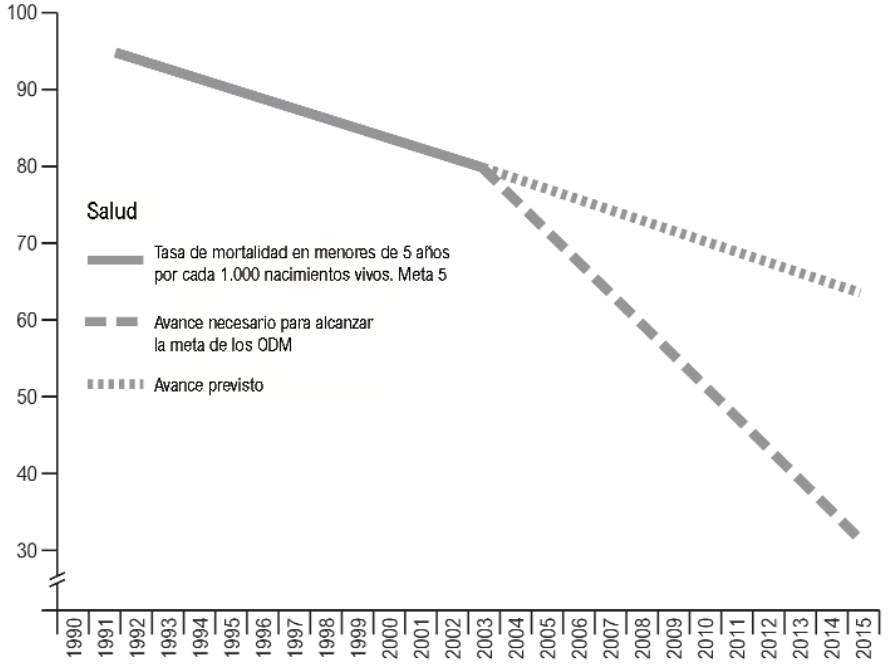
El fracaso más evidente ha sido no hacer que las mujeres y las niñas accedan a los servicios. Un nivel razonable de bienestar es el primer paso para mejorar la posición de las mujeres en la sociedad. Invertir en las mujeres y en las niñas es además la piedra angular del desarrollo humano: enviar a una niña a la escuela y cuidar de su salud reduce el número de hijos que tendrá a lo largo de su vida, aumenta las posibilidades de que ella y sus hijos sobrevivan al parto y mejora las perspectivas de sus hijos a medida que crecen. También mejora su capacidad de obtener ingresos y aumenta su propia participación en la vida política. Pocas inversiones ofrecen tan buenos resultados.

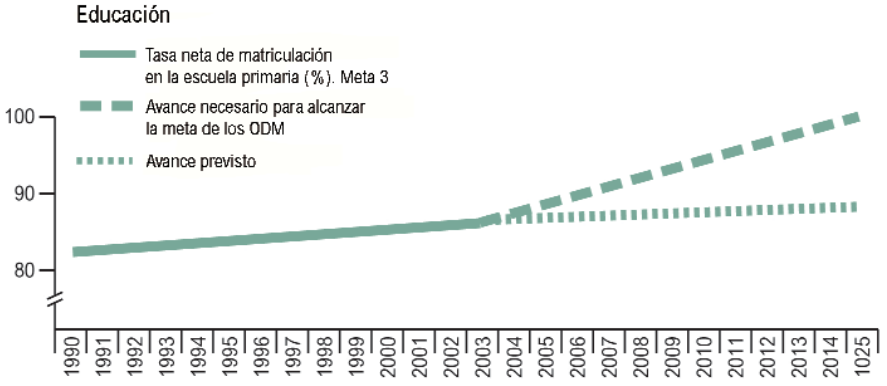
A pesar de todo esto –y a pesar de tantas declaraciones y conferencias internacionales a lo largo de los años– los servicios esenciales siguen sin llegar a las mujeres y, por tanto, a la sociedad. En todo el mundo en desarrollo, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de caer enfermas, pero menos de recibir atención médica. Se espera de ellas que estén 'disponibles, preparadas y moralmente obligadas'[5] a cuidar de los otros miembros de la familia cuando enferman. Con demasiada frecuencia las niñas son las últimas de la familia en ser enviadas a la escuela y las primeras en abandonarla cuando hay escasez de dinero, si no es la falta de aseos para las niñas lo que les impide ir a la escuela. Y son las mujeres y las niñas –casi siempre y en todas partes– las que pierden buena parte del día recorriendo largas distancias cargadas con bidones de agua.

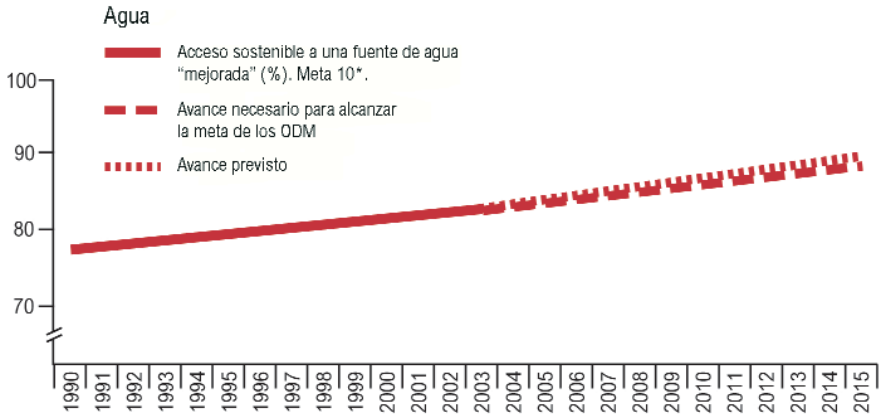
En todo el mundo en desarrollo, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de caer enfermas, pero menos de recibir atención médica.

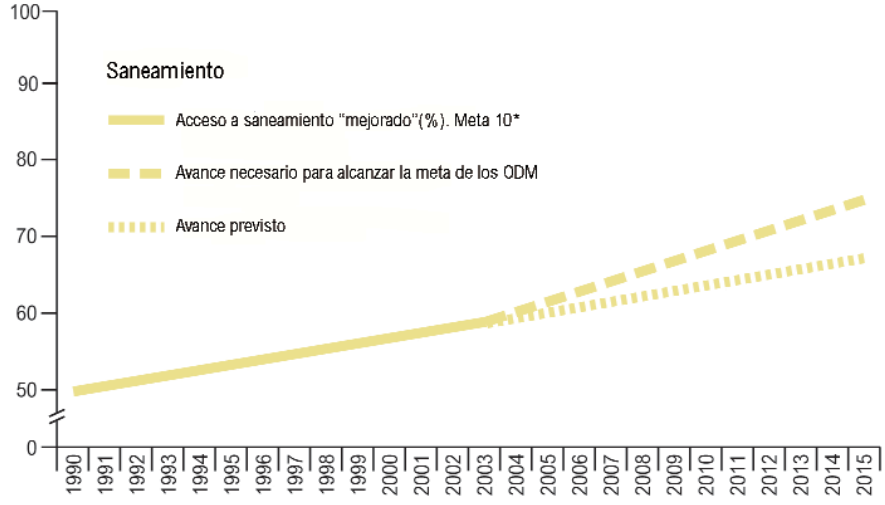
Este fracaso generalizado en la provisión de unos servicios esenciales satisfactorios, y en hacer que sean tan accesibles a las mujeres y las niñas como a los hombres y a los niños, está amenazando gravemente las perspectivas de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ver el Gráfico 1).

Gráfico 1: Avances globales hacia los ODM: perdiendo el rumbo









(Fuente: Departamento de Estadística de las Naciones Unidas, http://unstats.un.org/unsd/mi/mi_worldregn.asp).
* Las fuentes de agua y el saneamiento se consideran "mejorados" según una lista de criterios establecidos por Naciones Unidas (p.e. si hay toma de agua en la casa o si se dispone de fosa séptica).

Agua y Saneamiento: lejos del objetivo

Los compromisos internacionales con los ODM pierden toda credibilidad cuando se confrontan con el suministro actual de agua y sistemas de saneamiento. Como muestran los gráficos, en la mayor parte de las regiones el objetivo internacional de reducir a la mitad la proporción de personas que no tienen agua potable está lejos de cumplirse y, en total, el agua le seguirá faltando a 210 millones de personas.[6] Al ritmo actual, África no alcanzará el objetivo hasta el año 2105. Una de cada tres personas en el mundo no tiene acceso a ningún tipo de aseo o letrina y, contrariamente a las promesas internacionales, este número está en aumento.[7] Hoy en día más de 1.000 millones de personas viven sin agua potable.[8]

Más de 1.000 millones de personas todavía viven sin agua potable.

Las enfermedades relacionadas con el agua causan tres millones de muertes al año,[9] y el peor impacto recae en los niños pequeños: la diarrea, una enfermedad provocada por el consumo de agua en mal estado, es la principal causa de muerte en niños y niñas de menos de cinco años en los países pobres, con el resultado de 4.000 muertes evitables cada día.[10] La vida de las mujeres y las niñas se ve gravemente afectada por la falta de agua limpia y de letrinas: muchas caminan varios kilómetros diarios para buscar agua,[11] o esperan hasta el anochecer o el amanecer para hacer sus necesidades en el campo o entre los arbustos, donde corren el riesgo de ser acosadas sexualmente.

Alcanzar la meta de los ODM de reducir a la mitad el número de personas sin acceso al agua potable costaría 4.000 millones de dólares al año durante 10 años, aproximadamente el gasto mensual en botellas de agua mineral en Europa y Estados Unidos.[12] Además se ahorraría dinero: por cada dólar invertido, se ahorrarían 3-4 dólares por la reducción del gasto sanitario o por el aumento de la productividad.[13] No proporcionar agua y saneamiento costará a los países en desarrollo 84.000 millones de dólares al año en vidas perdidas, baja productividad laboral, mayores costes sanitarios y pérdida de oportunidades educativas.[14]

Salud: se mantienen las desigualdades

Los últimos 10 años han visto avances lentos y dispersos hacia los objetivos acordados en sanidad. Con tecnologías de bajo coste se podrían salvar las vidas de los 11 millones de niños y niñas que mueren cada año de enfermedades contagiosas evitables tales como el sarampión y la diarrea, o de malnutrición.[15]

Mientras tanto, el VIH/SIDA ha infligido un revés sin precedentes al desarrollo humano: 40 millones de personas están infectadas con la enfermedad. El VIH/SIDA se llevó 3 millones de vidas en 2005, dejando millones de huérfanos,[16] y unos sistemas sanitarios exhaustos. Las mujeres soportan cada vez más la peor carga. En África subsahariana, el 57% de los adultos que viven con el VIH/SIDA son mujeres,[17] y un número desproporcionado de los nuevos casos corresponden a chicas jóvenes. En ocasiones, estar casada puede aumentar la exposición de las mujeres a la enfermedad. En Tailandia, el 75% de las mujeres con el virus probablemente hayan sido infectadas por sus maridos.[18]

Pero también se han producido algunos avances: en 1990, sólo el 41% de las mujeres que daban a luz en los países en desarrollo eran atendidas por una enfermera con experiencia o por una comadrona; en 2003 esta proporción se había elevado al 57%[19], aunque ninguno de

estos avances ha beneficiado a las nuevas madres de África subsahariana. Sin embargo, las malas noticias pesan más que las buenas. Las mujeres de los países en desarrollo todavía tienen una probabilidad entre 61 de morir por causas relacionas con el embarazo: en comparación, las mujeres de los países desarrollados tienen una probabilidad entre 2.800.[20]

Educación: señales de progreso

Si hay algún motivo para la esperanza con relación a los servicios esenciales, es el avance realizado en los últimos 15 años en la escolarización. Cada región (con la excepción de la antigua Unión Soviética) ha aumentado de manera significativa la matriculación en la escuela primaria, en particular América Latina, el Caribe y el norte de África.[21] En África subsahariana las matriculaciones también han aumentado rápidamente. Incluso algunos de los países más pobres de África – Eritrea, Guinea, Malawi y Chad– han incrementado en más de un 50% la matriculación en la escuela primaria, si bien es cierto que partían de una base muy baja.[22]

El impulso internacional ha sido crucial para obtener estos resultados. Con el acuerdo marco Educación para Todos[23] se logró una visión global sobre cómo llevar a todos los niños y niñas a la escuela, con el objetivo de hacer realidad el derecho a la educación básica universal y gratuita recogido durante décadas en diversas declaraciones.[24] El acuerdo vino respaldado con parte de la financiación necesaria –aunque no con toda– que han movilizado tanto los gobiernos de los países pobres, dándole una mayor prioridad en sus presupuestos, como los países ricos donantes coordinando sus ayudas de manera más eficaz mediante la Iniciativa por Vía Rápida.[25] La campaña llevada a cabo por muchas coaliciones de la sociedad civil en todo el mundo, resultó esencial para asegurar que estos planes y fondos se transformaban en educación universal y gratuita para los niños y las niñas.

Aún quedan enormes retos. Unos 100 millones de niños y niñas todavía no van a la escuela –el 18% de la población mundial en edad de asistir a la escuela primaria[26]– y de seguir la tendencia actual, la meta de los ODM de lograr la educación primaria universal no se va a cumplir. Muchos de estos estudiantes perdidos son niñas de las áreas rurales, que deben trabajar en el campo o ayudar en sus casas, o que de pronto se encuentran llevando la casa porque sus padres han muerto de SIDA. Algunos son niños de poblaciones indígenas o de minorías étnicas que no entienden el idioma utilizado en clase. Otros pueden tener una discapacidad a la que la escuela no es capaz de adaptarse. Todos ellos tienen el derecho a una educación, y por lo tanto, a las políticas que la hagan posible también para ellos.

Unos 100 millones de niños y niñas todavía no van a la escuela, el 18% de la población mundial en edad de asistir a la escuela primaria.

Incluso en países en los que la mayoría de los niños han empezado a ir a la escuela, a menudo los gobiernos no son capaces de mantenerlos en ella. En muchos países las tasas de finalización –por ejemplo, la proporción de niños en edad escolar que completan el último año de la enseñanza primaria– son deprimentemente bajas. En África subsahariana sólo la mitad de los niños, incluso menos en el caso de las niñas, completan la enseñanza primaria. Como resultado, en África una niña de 16 años ha tenido como media menos de tres años de escolarización. [27]

Con frecuencia la razón es la baja calidad de la educación que se ofrece. Muchas escuelas carecen de suficientes libros de texto y profesores para atender a todos sus alumnos, o utilizan un plan de estudios que tiene poca relevancia para las necesidades de las comunidades

locales. Demasiados profesores desanimados enseñan de memoria, en lugar de involucrar a los niños en un aprendizaje activo. Las niñas a menudo dicen sentirse intimidadas por el ambiente del aula, o que se les falta al respeto. Estas condiciones de aprendizaje no proporcionan ni a las niñas ni a los niños la formación que necesitan para su vida adulta, y ofrecen escaso incentivo a niños que cada día tienen que caminar durante horas para llegar a la escuela. Las matriculaciones y la consecución de los objetivos sólo aumentarán, y se mantendrán, elevando la calidad de los sistemas educativos.

Los pasos dados en la matriculación en la escuela primaria muestran que es posible avanzar cuando el compromiso político se respalda con financiación nacional e internacional. Entonces, ¿qué es lo que funciona y porqué no lo está haciendo en todo el mundo?

2

¿Qué es lo que funciona?

En defensa de unos servicios públicos universales

Jim Holmes/Oxfam

2
¿Qué es lo que funciona? En defensa de unos servicios públicos universales

'Al niño lo llevaba con fiebre y con diarrea, a cada ratito obraba y no lo quisieron atender en La Mascota -un hospital público especializado en salud infantil-*, me dijeron que no, solo me dieron recetas y me sacaron. Entonces yo me vine en un taxi directo para acá y estando aquí le expuse mi problema al médico y el médico me mandó a sacar el expediente, me lo canalizaron y me trajeron para acá, sino el niño se me hubiera muerto. Aquí no necesito pagar'.*

Julisa Ramírez, madre de niño enfermo en el Hospital Fernando Vélez Paiz, Nicaragua

'Educación básica, instalaciones sanitarias elementales, disponibilidad de recursos [como el agua]... estos medios no mercantiles requieren una actuación pública cuidadosa y decidida'.

Amartya Sen, Development as Freedom

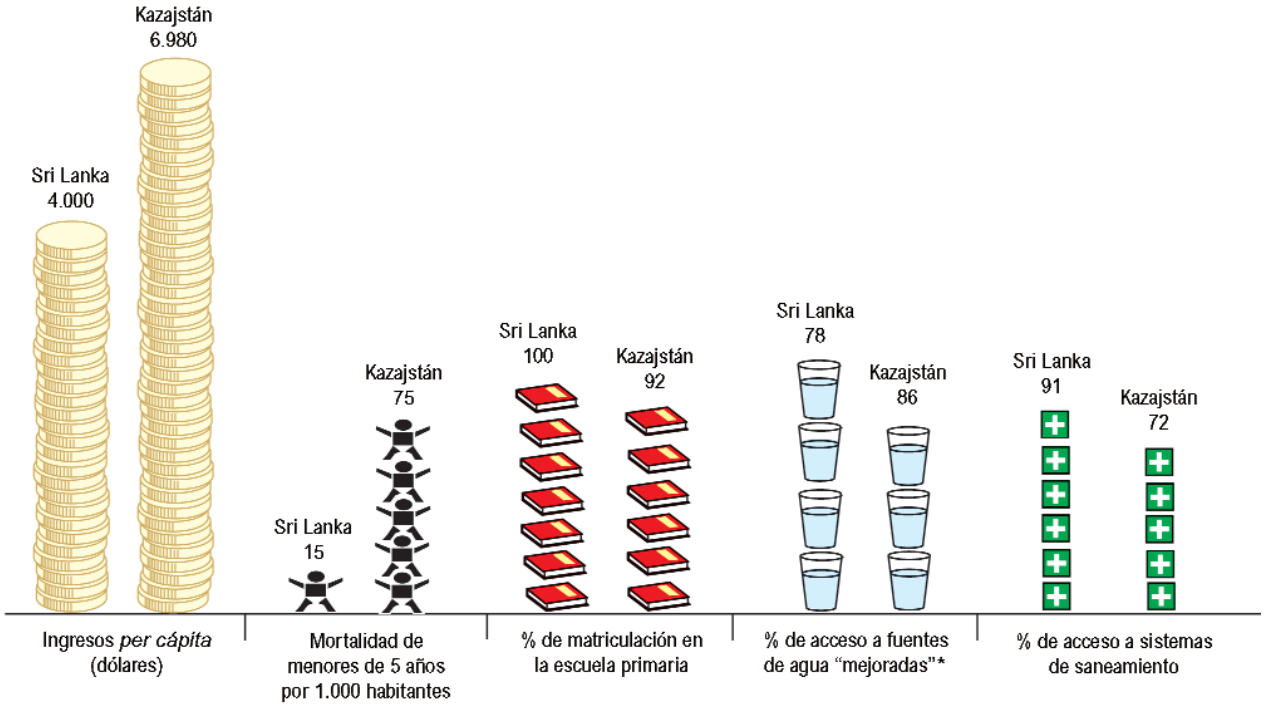
Más de la tercera parte de la población de Sri Lanka vive con menos de dos dólares al día, sin embargo la tasa de mortalidad materna del país se encuentra entre las más bajas del mundo. Durante la década de los 90, el número de muertes se redujo a la mitad, de 520 a 250 mujeres al año, en una población de 18 millones. Hoy más del 96% de los partos son atendidos por una persona con experiencia y más del 90% tienen lugar en un centro sanitario. ¿Cómo se ha logrado? Facilitando servicios públicos de salud gratuitos –lo que es esencial para hacerlos accesibles a los pobres– y dotando al país de un gran número de centros de salud: ahora casi todo el mundo tiene uno a menos de 1,5 kilómetros de su casa. Estas medidas se han visto apoyadas por políticas educativas que facilitan a las niñas educación gratuita hasta el nivel universitario, lo que ha dado como resultado una tasa de alfabetización del 88% entre las mujeres adultas y un aumento de la edad a la que contraen matrimonio.[28]

Los ingresos son importantes, las políticas también

Muchos otros países –incluyendo países pobres– han dado grandes pasos en el bienestar humano. Para evaluar el grado de consecución de los gobiernos en lo referente a los servicios esenciales, Oxfam Internacional ha diseñado un Índice de Servicios Esenciales. Este índice clasifica a los países de acuerdo con su grado de consecución en cuatro áreas sociales –tasas de supervivencia infantil, escolarización, acceso a agua potable y acceso a saneamiento– y la compara con su renta *per cápita* nacional.[29] Esta comparación muestra que algunos gobiernos han actuado de forma continuada por encima de lo que cabría esperar de su nivel de renta. La renta *per cápita* de Sri Lanka equivale a penas al 60% de la de Kazajstán (4.000 dólares al año frente a 6.980 dólares), pero un niño de Kazajstán tiene cerca de cinco veces más probabilidades de morir en sus cinco primeros años de vida que un niño de Sri Lanka, y es mucho menos probable que vaya a la escuela, beba agua potable o pueda utilizar una letrina (ver Gráfico 2).

página opuesta
Hoang Zuan (siete años) leyendo en voz alta durante una clase de lenguaje en la escuela primaria de Ky Hai, Vietnam.

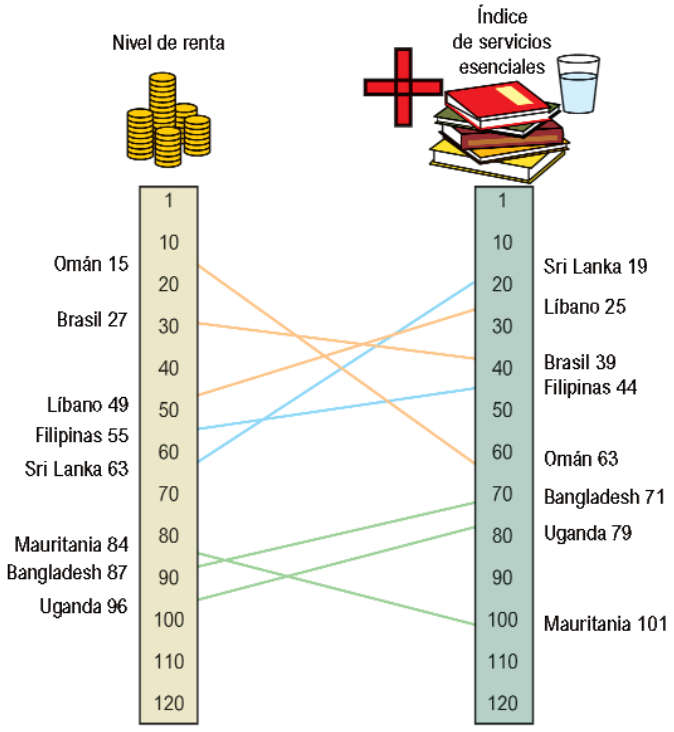
Gráfico 2: Sri Lanka: menor renta que Kazajstán, pero una población con mejor salud y educación



(Fuente: Índice de Servicios Esenciales. Datos recopilados por Oxfam Internacional)
* Las fuentes de agua y el saneamiento se consideran "mejorados" según una lista de criterios establecidos por Naciones Unidas (p.e. si hay toma de agua en la casa o si se dispone de fosa séptica).

Estas divergencias en los resultados con respecto a los ingresos se dan en todos los niveles de renta. Como muestra el Gráfico 3, países como Sri Lanka, Filipinas, Uganda y Bangladesh tienen unos resultados por encima del nivel esperado, mientras que en países como Brasil, Omán y Mauritania los resultados en cuanto a bienestar están muy por debajo de lo que cabría esperar dada su renta *per cápita*. La riqueza es importante, pero también lo es la actuación del Estado.

Gráfico 3: Mayores niveles de renta no determinan necesariamente mejores resultados



(Fuente: Índice de Servicios Esenciales. Datos recopilados por Oxfam Internacional)

El crecimiento económico tampoco determina los resultados, aunque es necesario en el largo plazo. Los países que han logrado buenos resultados no esperaron a ser ricos para invertir en servicios esenciales. De hecho, las economías de los 'tigres' del este asiático son célebres por haber invertido en servicios esenciales *antes* de su despegue económico.

Cuando los gobiernos lo hacen bien: aprender de los éxitos

Para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en la próxima década se tiene que producir una escalada decisiva en la dotación de servicios esenciales. Se necesitan millones de nuevos profesores y profesionales sanitarios en cientos de miles de nuevas escuelas y centros de salud en todo el mundo, junto con ingenieros y sistemas de alcantarillado, pozos, grifos y aseos.

La cuestión central es cuál es la mejor forma de lograr esta expansión. Para responder a esta pregunta tenemos que mirar hacia la experiencia de países –tanto desarrollados como en desarrollo– que han tenido éxito en el aumento de los servicios esenciales. En este apartado se muestra que la clave para el éxito es la actuación del Estado en la financiación, coordinación y provisión de estos servicios esenciales a la gente. Los estados tienen que actuar, porque si la dotación de servicios se hace sólo a través del mercado, no llegarán a los pobres.

En defensa de la actuación del Estado

Hay sólidas razones económicas y sociales por las que los gobiernos deben organizar los servicios esenciales, en lugar de dejarlos en manos de los individuos o de pagar por ellos a través del mercado.[30]

En primer lugar, el que la gente tenga salud y una buena formación, contribuye al bienestar económico y social de la población en su conjunto, más allá de la salud y la posición económica de cada individuo. Curar a una persona de una enfermedad contagiosa como la tuberculosis no sólo beneficia a ese individuo, sino a todas las personas a las que podría haber contagiado. Mejorar el nivel educativo de las niñas beneficiará a la siguiente generación de niños y niñas. Los mercados y los mecanismos de precios no reflejan el verdadero valor de estos 'bienes públicos', ya que promueven que los individuos paguen sólo por lo que es un bien para ellos mismos, no para la sociedad en su conjunto.

En segundo lugar, los ciudadanos no siempre tienen toda la información necesaria para tomar decisiones fundadas sobre los servicios que necesitan, o sobre quien debe proporcionárselos. Esta cuestión es especialmente importante en la atención sanitaria, donde es fácil para un proveedor engañar a los pacientes para que paguen por una asistencia que no es la adecuada o que no necesitan. La actuación del Estado es necesaria para informar a la gente de las ventajas de un comportamiento saludable, incluso en un nivel tan simple como lavarse las manos.

En tercer lugar, la gente de los países pobres, sobre todo la de las áreas rurales, rara vez tiene la posibilidad de elegir proveedor, sea para escuelas, atención médica o suministro de agua. De hecho, a menudo tienen suerte si disponen de alguno de estos servicios. Esto significa que la competencia, el principal motor de la eficiencia del mercado, está ausente. Los gobiernos generalmente tienen acceso a créditos más baratos que los disponibles para el sector privado, lo que hace que les resulte más fácil financiar actuaciones que requieren grandes inversiones de capital, como las infraestructuras para saneamiento urbano.

Dejar en manos del mercado servicios esenciales como la educación aumenta las desigualdades, ya que los pobres tienen menos capacidad de pagar por los servicios. Como la educación está fuertemente ligada a los ingresos que se obtendrán en el futuro, estas desigualdades se

transmiten de generación en generación, puesto que las familias pobres se ven incapaces de dar a sus hijos un buen punto de partida para sus vidas.

Por último, el acceso a servicios esenciales de calidad es un derecho humano que no se debe negar a nadie simplemente porque no pueda pagar por ellos. La obligación recae en los estados, que tienen la responsabilidad de hacer realidad los derechos humanos de sus ciudadanos.

Estos argumentos muestran que para organizar los servicios esenciales es necesaria la actuación pública, aunque no indican quien debe suministrarlos. Sin embargo, como se explica en el siguiente apartado, tanto la experiencia histórica como la actual muestran que el suministro público es clave.

La actuación del Estado fue la clave de los avances conseguidos en las naciones desarrolladas…

Durante el siglo XIX, los gobiernos de los países ricos intervinieron para instaurar los servicios públicos.[31] En el Reino Unido la ineficacia, los costes y la corrupción del sector privado de suministro de agua motivaron la creación de sistemas públicos de agua y saneamiento.[32] En Alemania el sistema sanitario nacional unificó múltiples esquemas de seguros bajo un sistema equitativo. A comienzos de siglo, la educación pública obligatoria se extendió por Europa, América del Norte y Japón. Después de la Segunda Guerra Mundial, estos estados del bienestar ampliaron aún más sus servicios.

En los albores del siglo XX, el Reino Unido era la nación industrializada que lideraba el mundo, y sin embargo su esperanza media de vida se situaba en un nivel que es habitual hoy en día en África. La clave del rápido aumento de la esperanza de vida a lo largo del siglo radicó en amplios programas públicos, sobre todo en saneamiento, pero también en sanidad y en nutrición.

En los albores del siglo XX, el Reino Unido era la nación industrializada que lideraba el mundo, y sin embargo su esperanza media de vida se situaba en un nivel que es habitual hoy en día en África. La clave del rápido aumento de la esperanza de vida a lo largo del siglo radicó en amplios programas públicos.

El impacto de la falta de actuación del Estado se ve claramente en Estados Unidos, la única nación rica que hoy en día no tiene un sistema de seguro sanitario universal. Su mezcla de seguros privados con base empresarial y una limitada atención sanitaria pública conduce a extremas desigualdades en lo que a salud se refiere. En 2003 más de una tercera parte de la población vivía por debajo del umbral de la pobreza y sin seguro médico. El Instituto de Medicina calcula que cada año 18.000 estadounidenses mueren prematuramente porque no tienen un seguro médico.[33] Este sistema es además ineficiente: Estados Unidos gasta más en atención sanitaria, como porcentaje del PIB, que ninguna otra nación, pero tiene una tasa de mortalidad infantil superior a la de muchos otros países industrializados.[34]

…y también lo ha sido en países en desarrollo

En las últimas décadas, muchos países en desarrollo han logrado avances extraordinarios. En una generación han hecho progresos en salud y en educación que los países industrializados tardaron 200 años en conseguir. Botswana, Zimbabwe, Mauricio, Sri Lanka, Corea del Sur, Malaisia, Barbados, Costa Rica, Cuba y el estado de Kerala en la India,[35] redujeron la mortalidad infantil entre un 40% y un 70% en tan sólo 10 años.[36] Todos lograron también una matriculación en la escuela primaria cercana al 100% para niñas y niños, décadas antes que otros países en desarrollo.[37] En Zimbabwe los avances se han visto socavados después por la

crisis económica y política, y en Botswana por los estragos causados por el VIH/SIDA, pero sus ejemplos muestran que los países pobres puede conseguir rápidos avances.

Antes del colapso de la Unión Soviética, los servicios públicos como la atención sanitaria gratuita, mejoraron enormemente la calidad de vida, en particular en las repúblicas más pobres de Asia Central.[38] En los países del Este Asiático, se reconoció pronto la importancia de los vínculos entre un acceso equitativo a los servicios sociales, la reducción de la pobreza y el crecimiento. El Gobierno de Indonesia, por ejemplo, extendió de forma masiva la educación pública en los años 70 y ahora dispone de 150.000 escuelas primarias, que dan cobertura al 85% de todas las matriculaciones.[39]

A comienzos de los años 80, Nicaragua elevó las tasas de alfabetización de adultos desde el 47% hasta el 87% y el acceso a la atención sanitaria desde el 25% al 70% de la población, como parte de un importante programa de inversión pública que siguió a la revolución Sandinista.[40] De igual modo, según una investigación realizada en 1982 por la Organización Mundial de la Salud, en Mozambique el 81% de los niños eran atendidos por un profesional sanitario gracias a la masiva expansión de los centros de salud pública en las áreas rurales supervisada por el Gobierno del FRELIMO (24 años después, esto sigue siendo un logro impresionante en África).

Lecciones aprendidas de algunos éxitos de los países en desarrollo

El factor crucial ha sido la acción concertada de los gobiernos en la organización y suministro de servicios públicos para todos.

Los estudios de las políticas que sustentan las historias de éxitos en los países en desarrollo muestran que, a pesar de algunas diferencias de enfoque, las medidas tomadas por los distintos países tienen mucho en común.[41] El factor crucial ha sido la acción concertada de los gobiernos en la organización y suministro de servicios públicos para todos, con independencia de que el estado en cuestión fuera la Cuba socialista o la capitalista Corea del Sur.[42] Los gobiernos pusieron en marcha servicios esenciales universales, pagados a través de impuestos progresivos y de la priorización del gasto, y proporcionados mediante sólidos sistemas públicos, gratuitos o fuertemente subsidiados para los pobres, y todos ajustados a las necesidades de las mujeres y las niñas.

Compromiso político claro y presión de la sociedad civil

En todos los países en desarrollo que han tenido éxito, había un elevado compromiso político de sus élites dirigentes y de sus clases medias para mejorar el bienestar general de sus ciudadanos, y en especial el de los pobres. Luchar contra la pobreza se había convertido en un asunto político. La ciudadanía de Barbados, por ejemplo, empezó a pedir avances sociales en los años 30; los servicios de salud y educación han sido un tema de rivalidad política entre partidos desde que comenzaron las elecciones multipartidistas en los años 50. En Nicaragua y Mozambique, la expansión de los servicios públicos fue una parte crucial de las revoluciones vividas y de sus luchas por la independencia. Las razones del compromiso de la clase media y de las élites variaban desde las morales e ideológicas a un bien informado interés propio. Sin embargo, la amplia movilización de los ciudadanos en demanda de sus derechos es un elemento común en muchas de las historias de éxitos, ya que los líderes buscan responder a estas demandas.

Acceso universal, suministro público

En los países que tuvieron éxito en el suministro de los servicios esenciales, la gran mayoría de la población utilizaba los servicios proporcionados por el Estado, y sólo los más ricos optaban por la atención sanitaria y la enseñanza privadas. La educación primaria era proporcionada por el estado y los servicios sanitarios eran universales, no selectivos, y financiados por la hacienda pública.[43] Estas políticas tenían sentido a nivel económico (y todavía lo tienen hoy) en países en los que la pobreza estaba tan extendida que los pobres constituían la mayor parte de la población.

En los países que tuvieron éxito en el suministro de los servicios esenciales, la gran mayoría de la población utilizaba los servicios proporcionados por el Estado.

Lo que muchos países han hecho ha sido consolidar una mezcla fragmentada de proveedores públicos, privados y del sector no lucrativo. Típicamente, los gobiernos que han tenido éxito han buscado integrar a los proveedores no estatales para complementar los sistemas públicos, no para sustituirlos. En el estado de Kerala, Malaisia y Barbados, los gobiernos financiaron los costes de funcionamiento de escuelas privadas y de la iglesia, inspeccionándolas y supervisándolas regularmente para mantener los estándares.[44]

Servicios gratuitos

> *'Creo que tenemos muchas cosas buenas en nuestro país. Las escuelas son totalmente gratuitas; en Cuba la educación es gratis y buena. No pagamos absolutamente nada'.*
>
> Leonor Díaz, madre con hijos en edad escolar, Cuba

En todos los países, la eliminación del cobro a los usuarios de la sanidad y de la educación ha tenido como resultado importantes aumentos en la matriculación escolar y en el uso de los servicios de salud. Para los países que habían alcanzado recientemente la independencia se trataba también de un planteamiento político, que consideraba el acceso a los servicios esenciales como un derecho humano básico. En Tanzania y en otras muchas naciones africanas la introducción de la enseñanza gratuita en los años 60 fue una parte importante de la defensa de los derechos de los ciudadanos que siguió a la independencia del gobierno colonial. De igual modo, en la mayoría de los países, los pobres tenían que pagar poco o nada de su bolsillo por los servicios sanitarios.

Según un estudio financiado por el Gobierno británico que comparaba los sistemas sanitarios en Asia,[45] en los países de renta baja los sistemas más favorables para los pobres eran aquellos que facilitaban servicios universales gratuitos o casi gratuitos. En Zimbabwe, la reintroducción de las tasas como parte del ajuste estructural tuvo un efecto catastrófico sobre el acceso de los pobres a los servicios. En algunos países, para reducir el coste de los servicios para las familias se utilizaban subsidios adicionales, tales como comidas escolares gratuitas en Kerala, Sri Lanka, Zimbabwe, Barbados, Costa Rica y Cuba.

En los países de renta baja los sistemas más favorables para los pobres eran aquellos que facilitaban servicios universales gratuitos o casi gratuitos.

Agua y saneamiento: asequibles y disponibles

Los países que han logrado buenos resultados han hecho del suministro de agua y del saneamiento una prioridad.[46] En Costa Rica, por ejemplo, la extensión de los servicios sanitarios a las áreas rurales estuvo acompañada del suministro de agua, la construcción de letrinas y la educación ciudadana sobre prácticas higiénicas. El Gobierno de Botswana, poco después de su independencia en 1966, invirtió en un importante programa de perforación de pozos y construcción de la red de agua, consiguiendo el acceso casi universal a agua limpia en los

El profesor Richard Machibya en su clase de matemáticas, Shinyanga, Tanzania

Jenny Matthews/Oxfam

años 90. A las familias de las áreas rurales se les subvencionó la construcción de letrinas y el Gobierno invirtió en programas de salud y educación en higiene.

Invertir en profesorado y personal de enfermería, y dar servicio a las áreas rurales

El éxito en la provisión de servicios públicos en los países pobres ha tenido como elemento central importantes aumentos de los recursos humanos. Han tenido éxito países que han invertido fuertemente en formación y en emplear trabajadores y trabajadoras de primera línea: profesores, personal sanitario y técnicos de agua. Brasil aún tiene mucho camino por recorrer para mejorar la salud infantil, pero aumentó las tasas de matriculación en la escuela hasta alcanzar casi el 100%, tanto para las niñas como para los niños, en 1997, institucionalizando reformas nacionales de amplio alcance para mejorar la cualificación y formación del profesorado, junto con el establecimiento de salarios en función de los resultados y una mejora salarial con generosas ventajas en las pensiones.[47] En Uganda, la duplicación del número de matriculaciones netas (del 54% a más del 90% en 2000), fue precedida por reformas fundamentales, que incluyeron un aumento de los salarios del profesorado desde 1997,[48] pasando de 8 a 72 dólares al mes.

En Uganda, la duplicación del número de matriculaciones netas fue precedida por reformas fundamentales, que incluyeron un aumento de los salarios del profesorado desde 8 a 72 dólares al mes.

Los gobiernos también garantizaron que las instalaciones de las áreas rurales tuvieran personal suficiente, a menudo solicitando públicamente trabajadores cualificados para trabajar en zonas rurales. En Sri Lanka, todos los profesores deben trabajar durante 3-4 años en 'escuelas difíciles', y mediante un proyecto para el despliegue de profesorado se ha puesto en marcha un 'plan de igualación de personal' que penaliza a las provincias con un excesivo número

de profesores y proporciona recursos a las que tienen escasez de profesorado.[49] En Gambia, el Gobierno está construyendo nuevas viviendas en áreas remotas y ha establecido un 'esquema de préstamos para las viviendas del profesorado' con el fin de ayudar a las profesoras a costearse un lugar aceptable donde vivir.[50]

Nicaragua, China, Zimbabwe y Cuba formaron miles de personas para proporcionar atención sanitaria preventiva y educación en higiene en los pueblos. En Nicaragua miles de voluntarios ayudaron en una campaña nacional de alfabetización que tuvo un gran éxito. En Zimbabwe se proporcionaron viviendas para los profesionales sanitarios rurales, lo que redujo drásticamente el número de vacantes en los servicios esenciales de las zonas rurales. Kerala y Sri Lanka se basaron en gran medida en la contratación de comadronas en sus propias comunidades.

Desarrollo a largo plazo de la capacidad del Estado para la provisión de servicios

Todos los países que han logrado buenos resultados invirtieron fuertemente en la construcción de infraestructuras y en mejorar la capacidad pública para planificar, suministrar servicios y coordinar reformas. El gasto público dio prioridad a los servicios esenciales en la medida en que los gobiernos establecieron impuestos progresivos, movilizando recursos desde los sectores más ricos de la sociedad para gastarlos en servicios para los más pobres. En todos los países que tuvieron éxito (con excepción de Corea del Sur) el gasto en salud y educación[51] fue mayor que las medias regionales. Los programas sociales adquirieron prioridad en los presupuestos estatales: en Costa Rica estos programas recibieron en torno al 50% del presupuesto, y en Kerala el gasto en salud y educación fue de alrededor del 40% del presupuesto estatal. Los servicios primarios se hicieron prioritarios: las educación primaria, por ejemplo, recibió entre la cuarta parte y la mitad del gasto total en educación.

Los países que consiguieron buenos resultados en la mejora de los servicios, financiaron con dinero público un importante aumento de las infraestructuras, sobre todo en las áreas rurales. Botswana y Mauricio, por ejemplo, en el momento de su independencia heredaron unos servicios de salud basados en hospitales muy pequeños, pero gracias a la construcción pública y a programas de formación doblaron el número de centros sanitarios de manera que, en los años 80, al menos el 80% de la población tenía a menos de 15 Km. de sus casas una instalación sanitaria.

La inversión fue respaldada por la ayuda internacional. En Botswana, prácticamente todas las carreteras, escuelas y centros de salud construidos durante los años 60 y 70 fueron financiados en gran medida por los donantes, como parte de un plan coordinado de desarrollo nacional. Costa Rica recibió 3.400 millones de dólares entre 1970 y 1992, la mayor parte de Estados Unidos, lo que le ayudó a mantener su gasto social durante la crisis económica de los 80. Corea del Sur y Cuba se beneficiaron de la ayuda exterior directa de Estados Unidos y de la Unión Soviética, respectivamente; la ayuda no siempre se invirtió directamente en salud y educación, pero ayudó a liberar recursos de otras líneas presupuestarias para los servicios esenciales. Y lo que es más importante, esta ayuda no redujo la capacidad de los países receptores de tomar sus propias decisiones sobre la mejor manera de suministrar los servicios públicos.

Invertir en las mujeres hace los servicios más efectivos y la sociedad más igualitaria

En los países que han logrado buenos resultados, la dotación de servicios públicos ha contribuido a hacer sociedades más equitativas al centrarse en las mujeres y en las niñas. Los gobiernos han buscado la equidad de género tanto en el nivel educativo alcanzado como en el tipo de empleo: en Botswana, Zimbabwe, Mauricio, Sri Lanka, Corea del Sur, Malaisia, Barbados, Costa Rica, Cuba y el estado de Kerala en la India el acceso de las mujeres y las niñas a la educación fue mayor que la media regional y hubo una mayor proporción de mujeres profesoras y profesionales de la sanidad, lo que animaba a otras a utilizar los servicios. Todo ello fue sustentado por actuaciones del Estado para fortalecer la posición social y la autonomía de las mujeres. En Mauricio, Cuba y Suráfrica se ha desarrollado nueva legislación que recoge el derecho de las mujeres a tener y a heredar propiedades, y su derecho a no ser víctimas de la violencia y la discriminación.

Esfuerzos especiales para llegar a los más pobres

El Gobierno del estado de Kerala en la India incrementó las instalaciones de atención sanitaria y se aseguró de que más de la mitad de sus camas hospitalarias estuvieran en hospitales y centros de salud de las áreas rurales.

Los países que han logrado buenos resultados hicieron un esfuerzo especial para llegar a los pobres, extendiendo servicios primarios a nivel comunitario en las áreas rurales. En todos ellos, la educación primaria se llevó a cabo en la lengua materna local para que el aprendizaje fuera más fácil. Costa Rica estableció programas de salud comunitarios para vacunar a los niños, distribuir leche y construir letrinas, y utilizó criterios geográficos para priorizar la construcción de centros de salud en las áreas pobres. El Gobierno del estado de Kerala en la India incrementó las instalaciones de atención sanitaria en la empobrecida región de Malabar para reducir las desigualdades de la atención sanitaria entre regiones, y se aseguró de que más de la mitad de sus camas hospitalarias estuvieran en hospitales y centros de salud de las áreas rurales. Malaisia estableció un esquema de tres niveles consistente en centros de salud, subcentros y maternidades para acercar los servicios sanitarios a la población rural.

Historias de éxitos recientes: ingredientes similares

Los avances más recientes en servicios muestran una receta similar a la de las historias descritas más arriba. Los éxitos se han construido sobre sólidos sistemas públicos que garantizan el acceso universal y gratuito a la atención sanitaria y a la educación, subsidian el agua y el saneamiento para los pobres, y hacen que los servicios lleguen a las mujeres y a las niñas.

Uganda: extender el acceso a escuelas y hospitales

En una década Uganda casi dobló la matriculación en la escuela primaria, pasando del 54% en 1991 a más del 90% en 2000.[52] La brecha de género en la matriculación se ha eliminado prácticamente: un resultado sorprendente para un país de renta baja que estaba saliendo de una guerra civil. ¿Cómo lo logró? En 1997 el Gobierno introdujo la escolarización gratuita para cuatro hijos de cada familia, aumentó los salarios de los profesores, integró las cuestiones de género en el currículo nacional y fomentó que las escuelas compraran nuevos y mejores libros. ¿Cómo lo financió? Reduciendo el presupuesto de defensa y aumentando los fondos para educación en casi un 50%.[53]

Durante los años 90, Uganda tuvo que hacer frente a los altos costes de unos servicios sanitarios fragmentados. Pero al acercarse las elecciones presidenciales de 2001, el presidente Yoweri Museveni hizo que los usuarios dejaran de pagar en todos los hospitales estatales. La respuesta fue extraordinaria, con un aumento del 84% en la asistencia a centros hospitalarios en todo el país.[54] Los hospitales de los misioneros se integraron en el sistema público y se reforzaron con fondos públicos. Los más beneficiados fueron los pobres de las áreas rurales que no podían pagar la atención sanitaria.[55]

Brasil: incrementar el acceso a agua limpia y facilitar tratamiento gratuito para el VIH/SIDA

Brasil tiene un largo camino que recorrer para hacer frente a las enormes desigualdades en el acceso a los servicios, pero algunas iniciativas gubernamentales están empezando a dar resultados. En 1994 el Banco Mundial predijo que en el año 2000 habría 1,2 millones de brasileños seropositivos.[56] Seis años después, la presencia de la enfermedad se situaba en la mitad de ese nivel gracias a la pronta actuación del Estado. En 1996, el Gobierno brasileño hizo que el tratamiento antirretroviral (ART) fuera gratuito para todos aquellos que lo necesitaran.[57] En 2005, 160.000 brasileños recibían el ART, la tasa anual de mortalidad por el SIDA se había reducido a menos de la mitad y las tasas de hospitalización habían caído en más de un 75%. El presupuesto anual del programa es de 395 millones de dólares, pero ha ahorrado al sistema público de salud más de 2.000 millones de dólares desde que comenzó la epidemia.[58]

En 2005, 160.000 brasileños recibían el ART, la tasa anual de mortalidad por el SIDA se había reducido a menos de la mitad y las tasas de hospitalización habían caído en más de un 75%.

La ciudad de Porto Alegre tiene la tasa de mortalidad infantil más baja de Brasil, aunque está lejos de ser la ciudad más rica. ¿Como ha ocurrido esto en un país de enormes desigualdades?

En gran medida gracias al Departamento Municipal de Agua y Saneamiento que suministra agua limpia al 99,5% de las familias a uno de los precios más bajos del país, y trata el 84% de sus aguas residuales. Hasta el 70% del funcionamiento está en manos de contratistas privados que realizan los cobros mediante contadores de agua familiares. Sus contratos con el Ayuntamiento aseguran la equidad social: los pobres tienen derecho a gastar 10.000 litros de agua al mes, pero sólo pagan 4.000.[59]

Saneamiento en la India y agua limpia en Malaisia

El India el saneamiento ha mejorado en los últimos años gracias a la campaña del Gobierno Saneamiento Total, que tiene como objetivo acabar en 2010[60] con la práctica de defecar en el exterior. El programa está teniendo éxito con la instalación de fábricas para hacer letrinas, dando incentivos a las familias pobres para construirlas y facilitando educación higiénica en las escuelas.

En el estado de Pulau Penang de Malaisia, la empresa pública de agua, PBAPP, es muy eficiente, suministrando agua al 100% de los habitantes de las ciudades y al 99% en las áreas rurales (4 millones de personas en total). Y es equitativa: establece un precio subsidiado para los primeros 20.000 litros de agua utilizados mensualmente por una familia, facilitando a los consumidores más pobres un acceso asequible al agua potable. PBAPP es una empresa pública limitada propiedad del gobierno, y se esfuerza por combinar la eficiencia comercial con los objetivos sociales.[61] Su mano de obra está comprometida con la excelencia en el servicio público y ha logrado un estándar internacional de calidad por su gestión de la calidad, su enfoque en los clientes y el desarrollo ambientalmente sostenible.

Conclusión

Las experiencias de los países que han tenido éxito ofrecen esperanza e inspiración para el futuro. Muestran que es posible lograr mejoras rápidas y sostenidas en el bienestar de los pobres, incluso cuando un país está en las primeras etapas del desarrollo. También demuestran que la clave del éxito está en sólidos sistemas públicos que garanticen el acceso universal y gratuito a la atención sanitaria y la educación, y el subsidio del agua y el saneamiento para los pobres, y que hagan que los servicios lleguen a las mujeres y a las niñas. En la mayoría de los casos, los estados son los principales proveedores de servicios. Incluso cuando hay un alto grado de participación del sector privado, este sólo funciona si hay una fuerte coordinación, financiación y regulación por parte del Estado. Poner en marcha instituciones, personal e infraestructuras para proporcionar servicios esenciales universales requiere tiempo, pero con una financiación adecuada y predecible, voluntad política y apoyo técnico, incluso los países más pobres pueden lograr este objetivo básico.

3

Cuando las cosas van mal: negligencia del gobierno y promesas rotas

Annie Bungeroth/Oxfam

3
Cuando las cosas van mal: negligencia del gobierno y promesas rotas

'Para llegar a la escuela tenemos que cruzar tres riachuelos. En la época de lluvias crecen hasta cuatro pies. Cuando llegan las lluvias, nuestra madre teme por nuestras vidas'.[62]
Alumnos de la escuela primaria en Kimarayag, Filipinas

'En el centro de salud se ponen de mala gana al atenderlo a uno, que si no tiene plata no lo trasladan (...), si en ese momento usted no tiene ¿qué le toca? Morirse'.
Marta María Molina Aguilar, madre de niño enfermo, Nicaragua

'Después de pagar la electricidad y el agua y comprar la comida, no queda nada. No puedo vivir con mi sueldo. Así que hago suplencias en un hospital privado en Lilongwe. Pero esto no es bueno. Nuestra forma de sobrevivir está acabando con el sistema'
Dr. Matías Joshua, Hospital del Distrito de Dowa, Malawi

Toby Adamson/Oxfam

Fátima de Al Samsarah, Yemen, tiene sólo una probabilidad entre tres de aprender a leer y escribir cuando se haga mayor.

El apartado anterior pretendía extraer lecciones de los éxitos, pero por cada Sri Lanka hay otros países pobres en los que millones de personas no pueden ir al médico, ni enviar a sus hijas a la escuela y en cuyas casas nunca ha habido un grifo o un aseo. Países como Yemen, donde una mujer sólo tiene una oportunidad entre tres de aprender a leer y escribir.[63] Si tiene un hijo, sólo tiene una posibilidad entre cinco de ser atendida por una comadrona.[64] Si ella y su bebé sobreviven al parto, el niño tiene una probabilidad entre tres de sufrir malnutrición y una entre nueve de morir antes de cumplir los cinco años.[65] Si la mujer vive en un área rural, es poco probable que su familia tenga acceso a atención médica, agua limpia o saneamiento básico.[66]

Claramente los gobiernos de los países pobres tienen la responsabilidad de proporcionar a sus ciudadanos atención sanitaria, educación, agua y saneamiento. Deben hacerlo no sólo porque tienen el deber y la responsabilidad de garantizar los derechos humanos de sus ciudadanos, sino también porque beneficia a largo plazo al país y a la economía. Pero muchos gobiernos de países pobres simplemente no lo están haciendo. La realidad para la gran mayoría de los pobres en los países en desarrollo es que o bien no disponen de servicios públicos o si los hay son prohibitivamente caros y tienen una carencia crónica de personal. El gasto estatal se destina de manera desproporcionada a servicios como hospitales y universidades que benefician principalmente a las clases medias.

La falta de dinero es una de las razones de este fracaso, pero la falta de compromiso también tiene culpa. Los avances conseguidos con las inversiones en servicios sociales realizadas después de la independencia se deshicieron bajo la crisis económica generalizada de los años 70 y 80. Muchos gobiernos perdieron el dinamismo en la mejora de los servicios públicos, en algunos casos para no recuperarlo, y el contrato social se vino abajo una vez que los ciudadanos esperaban poco, y obtenían menos, de sus gobiernos. Este apartado mira primero al impacto de esta negligencia, y después a sus causas.

página opuesta
Cavando para coger agua en Chulucanas, Perú. *'El agua está bien para lavar, pero para beber no es segura'.*
Juana Yorleque

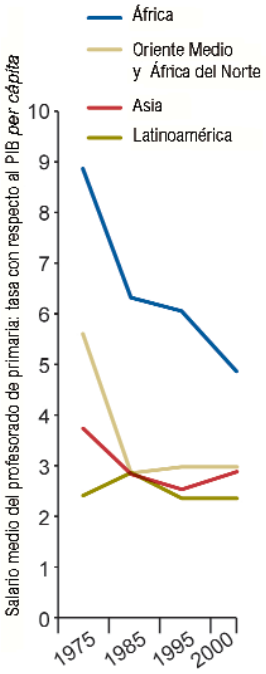
Los héroes del sector público

'La falta de personal de enfermería es un problema grave. Tienes que seguir trabajando aunque estés muy cansada. Trabajo desde las 4 de la tarde hasta las 7,30 de la mañana del día siguiente. Son 16 horas. Somos cinco en el pabellón pediátrico, y normalmente tenemos entre 200 y 300 niños. Y hago turnos de día cuando no hay personal suficiente. Trabajamos muy duro; nos explotan. ¿Qué más puedo hacer?'.

Comadrona en el hospital de Lilongwe, Malawi[67]

En muchos países, ante la falta de presupuesto o de compromiso gubernamental, los servicios públicos se mantienen a flote con un equipo mínimo de profesores, médicos, enfermeros, administrativos, ingenieros y otros empleados públicos sobrecargados de trabajo y mal pagados. Bajo durísimas condiciones, muchos trabajadores y trabajadoras no hacen bien su trabajo o simplemente se ausentan de él. Sin embargo, son muchos más los que están comprometidos con su trabajo, dedicándole muchas horas con pocos recursos y por un salario bajo. Para el personal sanitario estas condiciones pueden ser incluso peligrosas para su vida, muchos corren el riesgo, por ejemplo, de infectarse con el VIH por no disponer de guantes desechables. Dadas las circunstancias, su compromiso resulta heroico.

Gráfico 4: Salarios en declive



(Fuente: UNESCO, Educación para Todos, Informe de Seguimiento Mundial 2005)

Salarios de hambre

Hubo un tiempo en que el profesorado de los países menos desarrollados se ganaba bien la vida, pero desde 1970 sus salarios se han reducido a la mitad (ver Gráfico 4). Esto significa que a menudo los profesores y otros empleados públicos no ganan lo suficiente para sobrevivir.

'Le puedo decir que de luz yo pago 300 córdobas (17,04 dólares), de agua 250 (14,20 dólares), de teléfono pago 300 córdobas, solo ahí ya tenemos la mitad de mi salario. La otra mitad es para comprar arroz y frijoles, o sea que no hay para un pedacito de carne, ni un pedacito de nada más'.

Imelda Sofía Díaz, maestra de sexto grado de la Escuela José Madriz, Nicaragua

En el sector público, son las mujeres quienes ocupan los puestos peor remunerados y menos valorados. A veces esto se traduce literalmente en salarios de hambre. En Zambia, el *Jesuit College for Theological Reflection* calculó, en mayo de 2006, que el coste mensual de las necesidades absolutamente básicas para que una familia de seis personas pueda sobrevivir es de 1,4 millones de kwacha (410 dólares). El salario medio de un profesor es de 660.000 kwacha (191 dólares) y el de una enfermera de 1,2 millones de kwacha (351 dólares).[68]

Salarios bajos, mala gestión y corrupción desaniman a la gente para trabajar en los servicios públicos. En 2001 el Gobierno de Kenia anunció 100 vacantes para médicos, pero sólo se presentaron ocho personas.[69]

Cuadro 1: Los héroes del sector público

En todo el mundo hay profesores, médicos y enfermeras que trabajan muchas horas en unas condiciones terribles y por un sueldo de miseria. Son héroes no reconocidos que trabajan lo mejor que pueden en unos servicios públicos destartalados.

Armenia

Toby Adamson/Oxfam

'Hasta el año 2000 no había nada. Ni salarios, ni medicinas, ni instalaciones. Incluso desde entonces, tenemos que endeudarnos para pagar los salarios. Aún me falta material y equipos de diagnóstico; he recibido la formación pero no tengo las herramientas. Pero soy médico, y debo trabajar. Es mi obligación moral. Si la gente está enferma tengo que ayudarla de alguna manera, incluso aunque no disponga de medicinas. Hay muchos héroes aquí, pero sus salarios no se corresponden con lo que hacen'.

Aregar Baghdasaryan, médico en el policlínico Vayk

Bangladesh

'Veo a 100–150 pacientes a la semana y vienen para recibir tratamiento contra la tuberculosis, por cuestiones de planificación familiar o a causa de la diarrea. Soy de esta zona y conozco a la gente de aquí. Me paso el día preocupado por las dificultades económicas. No cobro a los pacientes. La razón primordial para trabajar en la sanidad es ayudar a la gente'.

Beauty Mandal, profesional sanitario

Nicaragua

'Conozco gente que es bien preparada y me satisface ver que fue lo que yo moldeé, y me dicen: "Profe, si yo no me hubiera portado así, no hubiera aprendido. Se lo agradezco". Esa es mi misión y mi vocación. A mí me gusta la educación y eso hace mantenerme porque tengo 60 años y cada año digo que ya voy a jubilarme, pero me pongo al borde de la desesperación al ver que nadie me ayuda. Siento que me estoy hundiendo, que me estoy ahogando'

Marta Ruíz, directora de una escuela primaria en León, Nicaragua

Liberia

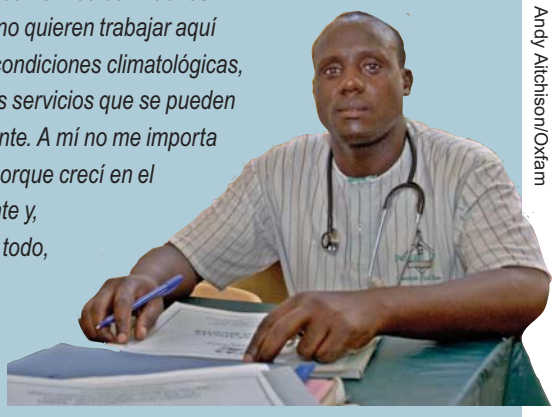
'La escuela carece de muchas cosas. No hay libros de texto, ni sillas o bancos. Puedes verlo tu mismo. Pero estoy satisfecha del trabajo que estoy haciendo. No enseño por lo que me pagan sino porque me encanta el trabajo y me encantan los niños. Mientras haya aliento en mi cuerpo, seguiré enseñando'.

Oxfam

Viola Shaw-Lewis, profesora de 76 años en la escuela pública de Kingsville, Liberia

Kenia

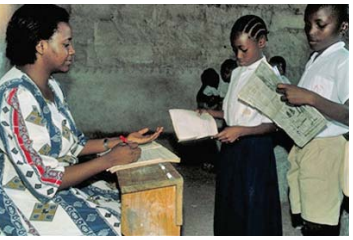
'Me hice médico porque quiero ayudar a mi gente. Soy turkana y crecí con los mismos problemas. Por eso quiero cambiar las cosas con mi trabajo como médico. Muchos profesionales no quieren trabajar aquí por las duras condiciones climatológicas, y esto limita los servicios que se pueden ofrecer a la gente. A mí no me importa trabajar aquí porque crecí en el mismo ambiente y, por encima de todo, siento una llamada para servir a mi gente'.



Andy Aitchison/Oxfam

Dr. Yakish Eyapan, hospital del Distrito de Lodwar

Geoff Sayer/Oxfam



Mwabuga es profesora en la escuela primaria de Uhuru, en la ciudad de Shinyanga, Tanzania. *'Cuando empecé en los años 70, tenía 45 alumnos en clase. Ahora pueden ser 180 ó 200. Es como un meeting público: pronunciamos un discurso, eso no es enseñar'.*

Faltan millones de médicos, enfermeros, profesores y administrativos

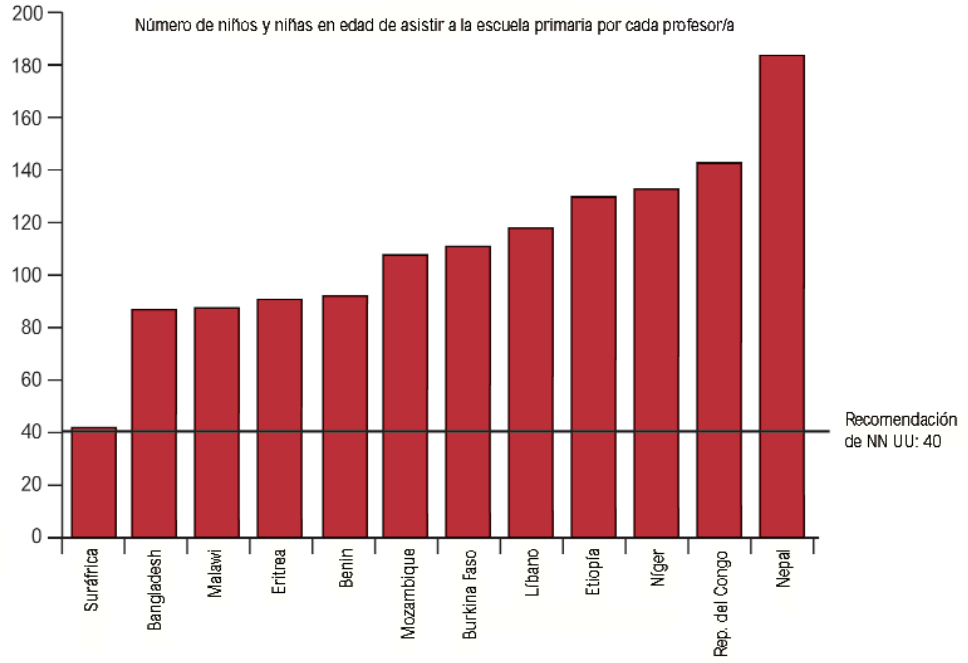
Los últimos 30 años han dejado un legado de negligencia. Hoy muchos gobiernos carecen de dinero y de profesionales para poner en marcha unos servicios públicos a la escala y de la calidad que se necesitan. Globalmente faltan 4,25 millones de profesionales sanitarios[70] y 1,9 millones de profesores,[71] el principal obstáculo para aumentar los servicios esenciales y luchar contra el VIH/SIDA.[72] Algunos países están sufriendo más que otros. En Nepal, hay una media de 180 niños por profesor. Detallamos a continuación los cálculos realizados por Oxfam Internacional.

Profesores

En base al objetivo de Educación Para Todos de disponer como mínimo de un profesor por cada 40 niños en edad escolar:[73]

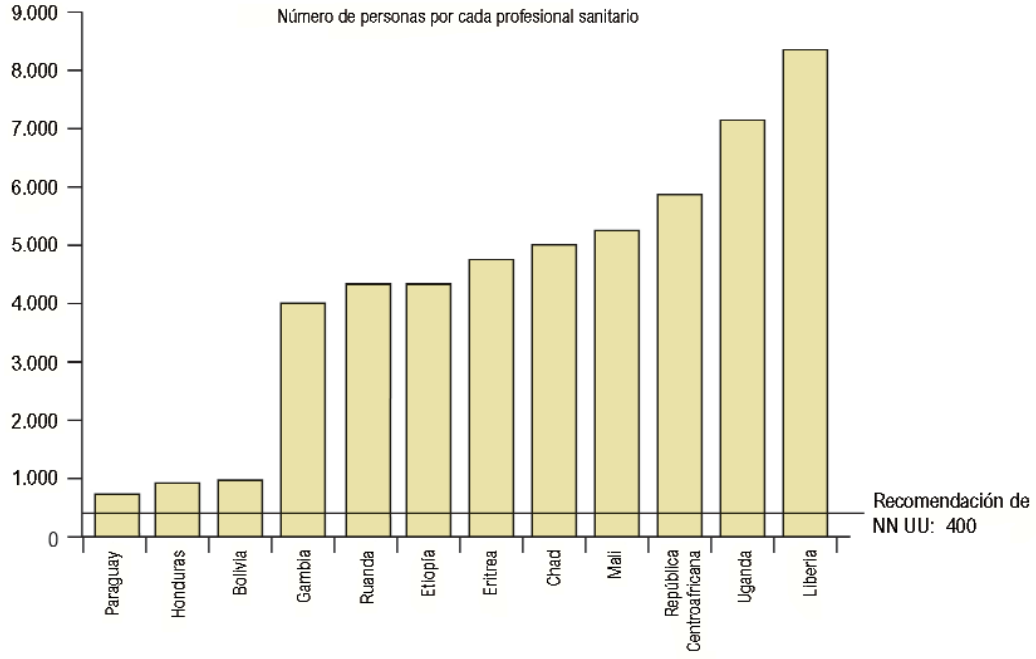
- Al menos 30 países no tienen suficientes profesores de enseñanza primaria para educar a sus niños y niñas.
- En 11 de estos países, no hay suficientes profesores para más de la mitad de los niños y niñas en edad escolar.

Gráfico 5: Falta de profesorado



(Fuente: Cálculos de Oxfam Internacional, con datos de UNESCO 2005)

Gráfico 6: Escasez de personal sanitario



(Fuente: Cálculos de Oxfam Internacional, en base a datos de Joint Learning Initiative 2004)

Personal sanitario

Con base a un mínimo estándar de 2,5 profesionales sanitarios por cada 1.000 habitantes:[74]

- Al menos 75 países no tienen suficiente personal sanitario para cubrir sus necesidades.
- De estos, 53 países tienen menos de la mitad de los profesionales sanitarios que necesitan.
- En 10 países,[75] sólo hay personal sanitario para atender al 10% de la población.

El VIH/SIDA ha redoblado el reto. Durante los próximos años, África puede perder el 20% de sus profesionales sanitarios a causa de la enfermedad, y los que queden se enfrentarán a una mayor sobrecarga de trabajo y estrés.[76] En Malawi, el 25-30% de los profesionales sanitarios morirán de SIDA en la próxima década, *'y antes de morir, estarán enfermos y no podrán trabajar'*.[77] En una triste ironía, esta situación socava los esfuerzos del país por facilitar el tratamiento antirretroviral a la gente que vive con el VIH y con el SIDA. 'Por más que queramos aumentar los servicios, no hay personal', dice Biswick Mwale, jefe de la Comisión Nacional del SIDA de Malawi. *'Sin personal no se puede convertir el dinero en actuaciones'*.[78]

'Por más que queramos aumentar los servicios, no hay personal', dice Biswick Mwale, jefe de la Comisión Nacional del SIDA de Malawi. *'Sin personal no se puede convertir el dinero en actuaciones'.*

Irse en busca de una vida mejor

Muchos trabajadores del sector público se han ido a trabajar al sector privado local o al extranjero. Alrededor del 50% de los médicos graduados en África se van al extranjero en los cinco años posteriores a la finalización de sus estudios.[79] La mayoría se van a Europa y a

Estados Unidos donde, con el 20% de la población mundial, viven casi el 50% de los médicos y el 60% del personal de enfermería de todo el mundo.[80] Este tema se aborda con más detalle en el Apartado 4.

Tasas asesinas

'Mi marido y yo estamos desempleados, no tenemos ingresos. Tengo que pedir a la encargada de enfermería que me atiendan gratis porque no puedo pagar. Raramente voy al hospital porque no tengo medios'.

Oumy Thiam (embarazada de cuatro meses) de Dakar, Senegal

'Para los niños el principal problema es que no tienen libros o ropa. A pesar del compromiso del gobierno con una educación universal y gratuita, los niños pobres todavía no pueden venir a la escuela. Andan por ahí tratando de encontrar dinero para poder comprar libros y volver a la escuela'.

Justin Zimba, director adjunto de la Makangwse Open Community School, Zambia

Yaye Fatou Marone y Odette Sarr/Oxfam

Oumy Thiam, en el centro de salud Deggo en Dakar, Senegal. '*Estoy embarazada de cuatro meses y hasta ahora no me ha visto ni un médico ni una comadrona porque no puedo permitírmelo. Afortunadamente [la enfermera] ha decidido atenderme. Para mí, el Gobierno tiene la responsabilidad de asegurar que tengamos acceso a los servicios de salud. Así que, si las autoridades están realmente comprometidas, deben facilitar atención sanitaria gratuita a la gente como yo.*

Cuando los estados no tienen la capacidad o el compromiso de financiar los servicios, los pobres tienen que hacerlo en su lugar. Desde Etiopía hasta Georgia tener que pagar por los servicios es una cuestión de vida o muerte para muchas personas (ver Cuadro 2), y hacer pagar a las familias excluye a las mujeres y a las niñas, que normalmente se quedan a la cola para recibir los servicios.[81] Aunque el precio que pagan los usuarios raramente contribuye en más de un 5%[82] a los costes de funcionamiento de los sistemas de salud y educación, el pago de los servicios ha proliferado en todas las regiones. A pesar de los beneficios ampliamente reconocidos en los países que han eliminado el pago de la educación primaria, de 103 países investigados por el Banco Mundial para la UNESCO, 89 todavía cobran oficialmente o de manera informal por la enseñanza.[83] Botswana y Suráfrica han dado recientemente una lamentable marcha atrás al reintroducir el cobro de la educación; muchos otros países cobran por los uniformes y los libros de texto, lo que supone una carga para los pobres. En los países más pobres, lo que pagan los usuarios de su bolsillo por la atención sanitaria puede ser dos o tres veces más que el gasto del gobierno en sanidad.[84]

En el suministro de agua, a diferencia de la sanidad y la educación, es necesario que los usuarios paguen por el servicio con el fin de fomentar el uso sostenible de un recurso limitado como es el agua. Es fundamental, sin embargo, que las tarifas estén estructuradas de manera que se garantice que los pobres disponen de una cantidad mínima diaria gratis o a un precio asequible.

Cuadro 2: Pagar o quedarse fuera

El cobro a los usuarios no funciona: excluye a los pobres de los servicios que más necesitan.

La mayor carga del pago de los servicios recae sobre las mujeres. Su papel reproductor significa que son las que más necesitan los servicios públicos, pero en muchas sociedades su baja posición social y la falta de ingresos hacen que sean las últimas en recibir atención médica o en asistir a la escuela. Esta situación se ve exacerbada cuando la gente tiene que pagar por los servicios. Los estudios sugieren que el pago de los servicios conlleva unas tasas de mortalidad materna e infantil más elevadas. En un distrito de Nigeria, el número de mujeres muertas en el parto se dobló después de que se introdujera el cobro de los servicios sanitarios maternales, y el número de bebés nacidos en hospitales se redujo a la mitad.[85] Resultados similares se han observado en Tanzania y Zimbabwe.[86]

Clémentine, que tiene 18 años y vive en Cibitoke, Burundi, recuerda el impacto que tuvo para ella y para su bebé recién nacido el cobro de los servicios: '*Después del parto me presentaron una cuenta de 30.900 F [unos 30 dólares]. Como no tenía con qué pagar, me quedé encarcelada en el centro de salud… permanecí allí durante una semana, detenida, sin atención y sin comida. Yo tenía anemia y mi bebé tenía problemas respiratorios y digestivos*'.[87]

En 2002, Burundi introdujo el pago del coste total de las consultas y de las medicinas, contando para ello con el apoyo del Banco Mundial y del FMI. Según un estudio realizado dos años después, menos del 1% de los pacientes estaba exento, y el coste medio excedía el salario de dos semanas de un agricultor. Como resultado, cuatro de cada cinco pacientes se habían endeudado o habían vendido parte de su cosecha para conseguir el dinero necesario para su tratamiento. Cuando los pacientes no pagaban, las clínicas los encarcelaban o retenían sus documentos de identidad. No sorprende que el número de mujeres muertas en el parto aumentara con la introducción del cobro.[88]

Révérien explica las consecuencias para su familia: *'Mi mujer murió hace unos meses. Muy probablemente a causa de la malaria porque tenía mucha fiebre y también vomitaba. Pero no sé, ya que nunca fue al centro de salud porque no teníamos dinero suficiente. Ni siquiera tengo bastante para dar de comer a mis dos hijos, así que ¿cómo podría haber pagado el precio de una consulta? Pensaba que acabaría por ponerse mejor. Pero no fue así. Después de cuatro meses de estar enferma, murió'*.[89]

En febrero de 2006 el Gobierno de Burundi eliminó el cobro de los servicios de maternidad y atención infantil, pero aún debe ampliar la atención gratuita a otros servicios sanitarios básicos.

En Georgia, la introducción del pago de todos los tratamientos médicos excepto los más básicos ha hecho que muchas personas dejen de ir al médico. *'Sólo tengo una pequeña pensión, no tengo ningún otro ingreso, así que es casi imposible'* explica Gvinianidze Taili, una mujer de Tbilisi de 75 años. *'Definitivamente, si fuera gratis iría al centro de salud más a menudo'.* Entre 1990 y 1999, después de una drástica caída de la financiación[90] de los servicios sanitarios, las tasas de ingreso hospitalario se redujeron en dos tercios y los servicios fuera del hospital en cuatro quintos. El número de personas que utilizaban los servicios sanitarios cayó de un nivel que era equivalente al de Europa Occidental a uno próximo al de África subsahariana.

El cobro también distorsiona la práctica médica. *'En estos momentos tenemos dos pacientes que necesitan operaciones urgentes y no pueden ser operados',* decía Nana Ckhadadic, una terapeuta de una clínica de Tbilisi. *"Es una situación difícil para un médico. Tienes que diagnosticar no sólo sus enfermedades sino sus posibilidades de pagar, y después tratar de acomodarlo a los tratamientos gratuitos disponibles en los programas estatales. Cualquier cosa que se parezca vagamente a una enfermedad cardiovascular se diagnostica como enfermedad cardiovascular, porque esa es una enfermedad que cubre el programa estatal. Por eso todo debería de ser gratuito'*.[91]

El cobro de la atención sanitaria también puede socavar los resultados logrados gracias a los avances en otras áreas. Según un estudio del Banco Mundial sobre éxitos recientes en la reducción de la mortalidad materna en Bolivia, China, Egipto, Honduras, Indonesia y Zimbabwe, un elemento central fue la presencia en los centros de salud comunitarios de personal especializado en partos. Pero también concluía que es difícil que estos países reduzcan la mortalidad materna tan rápidamente como Sri Lanka o Malaisia porque cobran la atención, lo que es un *'importante impedimento para su uso'*.[92]

Fuentes: Médicos Sin Fronteras (2004) y Belli, P., Shahriari, H. y Curtio Medical Group (2002)

Proveedores no estatales: poner algunos parches

Cuando el estado no proporciona servicios esenciales, los proveedores no estatales (PNE) cubren algunos de los huecos. Los PNE varían desde entidades de la sociedad civil como organizaciones no gubernamentales (ONG), iglesias, mezquitas y organizaciones comunitarias hasta empresas y, en cuanto a tamaño, van desde vendedores callejeros individuales a corporaciones multinacionales. El objetivo de algunos es proporcionar escuelas y clínicas para el sector rico del mercado, otros pretenden cubrir las necesidades de las familias con ingresos bajos.

En Nigeria, las organizaciones religiosas proporcionan el 60% de la atención sanitaria; y en Malawi más del 30% es facilitado por las ONG.

Los servicios proporcionados por los PNE –tanto proveedores privados como organizaciones no lucrativas– son cruciales para millones de personas. En 10 ciudades africanas, por ejemplo, la principal fuente de agua para una media del 47% de las familias son pequeños proveedores o pozos tradicionales.[93] En ciudades del Sudeste Asiático, los pequeños proveedores de agua dan servicio al 20-45% de las familias.[94] En Nigeria, las organizaciones religiosas proporcionan el 60% de la atención sanitaria; y en Malawi más del 30% es facilitado por las ONG.[95]

Normalmente la educación primaria es pública, pero en varios países son importantes las escuelas comunitarias y de ONG. En Malawi, dos terceras partes de las escuelas primarias son propiedad de la iglesia y en Bangladesh aproximadamente uno de cada cuatro niños en edad escolar va a una escuela primaria no estatal (en torno al 60% de estas son regidas por una sola organización, el *Bangladesh Rural Advancement Committee,* BRAC).[96]

Los proveedores no lucrativos tienen ventajas específicas. Algunos ponen en marcha y promueven prácticas innovadoras que pueden ser adoptadas por el estado, por ejemplo en el terreno de la violencia de género, donde es fundamental una buena coordinación entre las autoridades sanitarias, policiales y judiciales. Muchos son buenos en llegar a las comunidades remotas y marginadas o en proporcionar servicios comunitarios, como atención domiciliaria para los enfermos de SIDA. Más aún, muchas organizaciones de la sociedad civil apoyan a los ciudadanos en la demanda de sus derechos en salud y educación, por ejemplo mediante programas de radio comunitarios o el apoyo a la autoestima de las niñas y al desarrollo de liderazgo entre las mujeres.

Ante la ausencia de servicios públicos, muchas comunidades construyen sus propias escuelas, cavan sus pozos y cuidan de sus enfermos lo mejor que pueden. Algunas contribuciones en especie de las comunidades pueden ser de gran ayuda, como aportar trabajo y materiales para la construcción de escuelas o para el mantenimiento de puntos comunitarios de suministro de agua. Pero tener que suplir la debilidad de los servicios públicos es una carga pesada para las comunidades, que no tienen recursos para facilitar servicios de una calidad razonable, como explicaba Jennifer Chiwela, presidenta de la *Zambian National Education Coalition*:

> *'Desde mediados de los 90, el gobierno ha sido incapaz de cumplir su responsabilidad de educar a nuestros niños y niñas. Las comunidades asumieron esa necesidad y empezaron a reunir a sus niños para darles algún tipo de educación. Estas escuelas toman muchas formas, y las condiciones varían enormemente. Algunas son buenas, pero otras, muchas de ellas, dejan mucho que desear. No tienen suficientes materiales educativos, libros, lápices, bolígrafos. Pueden no tener siquiera un sistema de saneamiento adecuado'.*

En todas partes, la importante presencia de proveedores con fines lucrativos provoca desigualdades en el acceso y en la calidad de los servicios, en función de la capacidad de pago. Los pobres de las ciudades de Accra y Dar es Salaam pagan hasta cinco veces más por un litro de agua que otros usuarios porque tienen que comprársela a vendedores privados que no están sometidos a la regulación del gobierno en cuanto al precio o la calidad del servicio.[97]

Cuando no hay un marco político claro para el trabajo de los proveedores no estatales, el resultado es un mosaico en la provisión de servicios,

Normalmente, la regulación estatal de los muchos tipos diferentes de PNE sólo existe sobre el papel y a menudo, más que en la calidad del servicio,[98] se centra en regular la entrada en el sector y en supervisar la producción. Cuando no hay un marco político claro para el trabajo de los PNE, el resultado es un mosaico en la provisión de servicios, que se convierte en una lotería para los ciudadanos, dependiendo de dónde vivan y de lo que puedan pagar.

A continuación se describen las causas principales de esta terrible situación, pero, en resumen, son la falta de dinero, su mala utilización y la corrupción que con frecuencia debilita las estructuras.

El dinero que falta

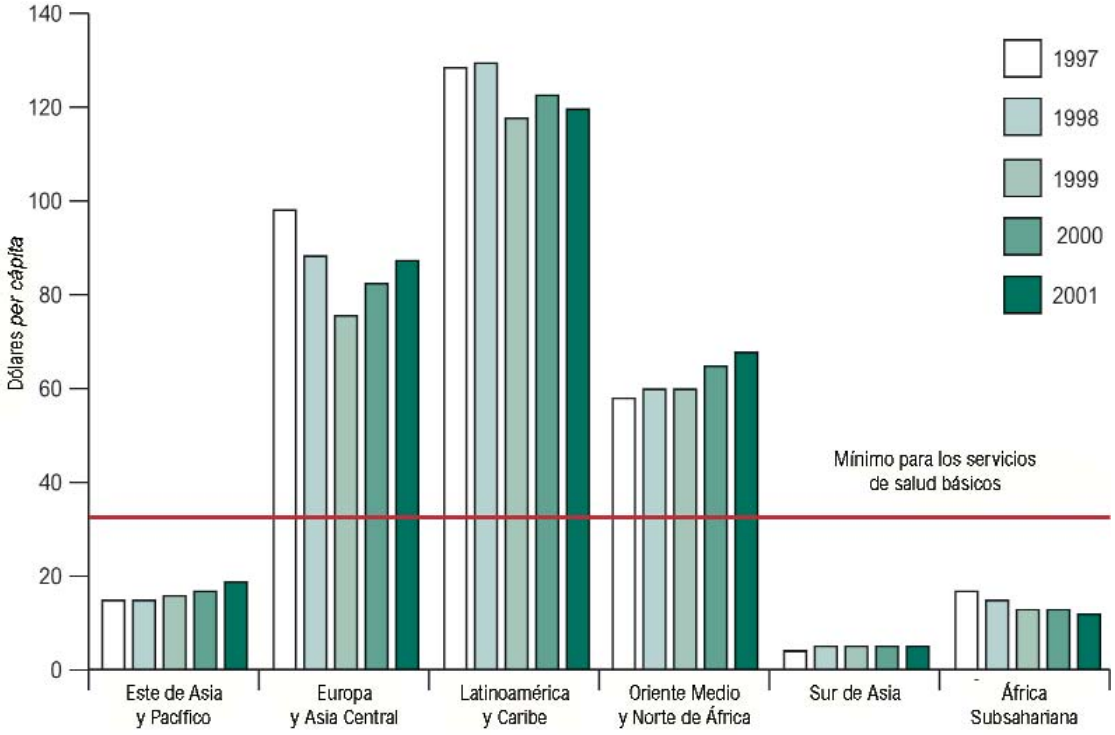
Aunque cuando el dinero se gasta bien, es mucho lo que se puede conseguir a bajo coste, no hay duda de que esta crisis ha sido causada en parte por una falta crónica de fondos en los países en desarrollo. En los últimos años, el gasto en servicios esenciales está creciendo, pero en la mayoría de los países no lo hace ni mucho menos al ritmo necesario para alcanzar los ODM. La necesidad de servicios sigue aumentando con el crecimiento de la población y con el impacto del VIH/SIDA, pero en muchos países el crecimiento económico es bajo y los gobiernos simplemente no pueden elevarlo.

Globalmente, para que cada niño y cada niña vayan a una escuela primaria en condiciones, aún se necesitan hasta 17.000 millones de dólares extra cada año.

De todos los servicios esenciales, la educación básica ha sido una prioridad económica durante la pasada década, con un gasto creciente casi todos los años y en la mayoría de los países.[99] En la actualidad, aproximadamente la mitad de los países africanos están gastando en educación un porcentaje de su presupuesto mayor que los países de renta alta de América del Norte y Europa.[100] Sin embargo, globalmente, para que cada niño y cada niña vayan a una escuela primaria en condiciones, aún se necesitan hasta 17.000 millones de dólares extra cada año, de los cuales los países ricos tendrían que aportar al menos 10.000 millones en 2010.[101]

El gasto en salud en los países pobres también ha aumentado en los últimos diez años, gracias a los nuevos fondos para el VIH/SIDA, pero hace falta más dinero para hacer frente a problemas básicos de salud como el sarampión y la diarrea, que también matan a muchos niños y niñas. En los países de renta baja el gasto estatal en sanidad ha aumentado durante la pasada década con respecto al bajo nivel del que partían,[102] pero la mayoría de los países necesitarán una ayuda externa considerable incluso para alcanzar el mínimo recomendado de 34 dólares por persona y año (ver Gráfico 7).[103]

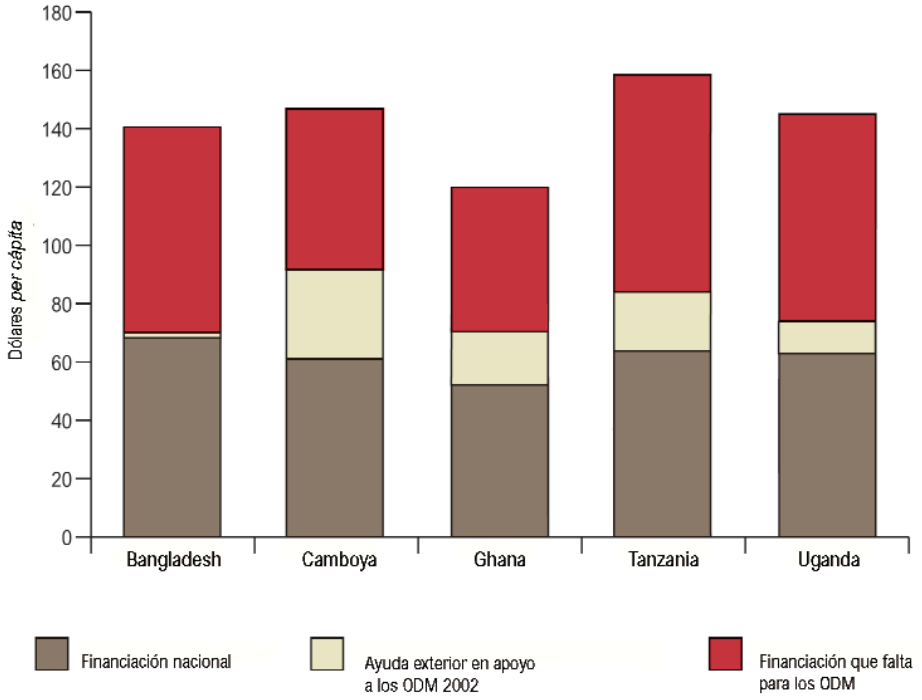
Gráfico 7: Gasto mínimo en salud: algunas regiones siguen rezagadas



(Fuente: OMS 2004 en Global Monitoring Report 2005)

Las inversiones actuales en agua y saneamiento en los países en desarrollo ascienden a 14.000-16.000 millones de dólares al año. Se necesita al menos el doble de esta cantidad para alcanzar los ODM, y mucho más si se incluyen objetivos más amplios de saneamiento y gestión sostenible del agua.[104] En conjunto, como se muestra en el Gráfico 8, para cumplir los ODM muchos países necesitarían doblar lo que los gobiernos y la ayuda de los países ricos donantes dedican en la actualidad. Los gobiernos de los países más pobres simplemente no pueden afrontarlo solos, proporcionar nada más que una atención sanitaria mínima se llevaría la mayor parte de lo que ingresan actualmente por impuestos.[105]

Gráfico 8: Quedarse corto: dinero que falta para los ODM

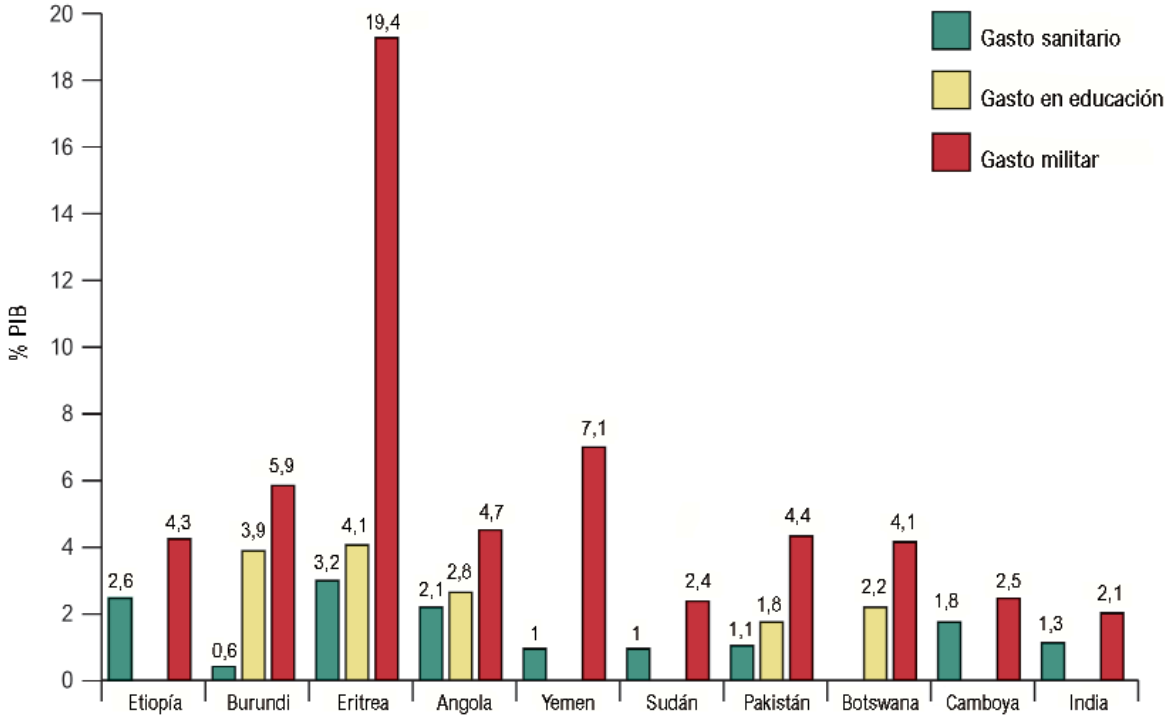


(Fuente: Proyecto del Milenio de Naciones Unidas 2005b)

Algunos gobiernos podrían hacer más con el dinero que tienen. En 2001, en Abuja, Nigeria, los países africanos se comprometieron a dedicar una partida mayor a sanidad, al menos el 15% de sus presupuestos. Sin embargo, a fecha de hoy sólo Mozambique y República Democrática del Congo han cumplido este compromiso. En realidad, el gasto sanitario ha descendido en siete de estos países africanos (Seychelles, Namibia, Lesotho, Suráfrica, Zimbabwe, Madagascar y Botswana).

Y aunque la seguridad es una preocupación legítima, algunos gobiernos están dedicando un gasto excesivo a los últimos avances armamentísticos, por delante de la vida de la gente. En el mundo hay 36 países que gastan más en sus fuerzas militares que en salud o educación. El Gráfico 9 muestra la dimensión del gasto militar en los diez países con la peor clasificación en desarrollo humano.[106]

Gráfico 9: Armas, no escuelas: los diez peores



(Fuente: Cálculos de Oxfam Internacional, basados en datos del PNUD 2005)

El problema de la falta de dinero para servicios esenciales se agrava por la ineficacia y las desigualdades en la forma de utilizarlo.

Al servicio de los ricos

Los países que han conseguido buenos resultados concentran su gasto público en servicios primarios y en áreas rurales, donde viven la mayoría de los pobres del mundo. Lamentablemente, en muchos países se dedica una mayor proporción del gasto a servicios que son utilizados por una minoría rica, como prestigiosas universidades, hospitales en las ciudades o conducciones de agua que nunca llegan a las barriadas pobres o a las áreas rurales.[107] Según un estudio del Banco Mundial sobre 35 países en desarrollo, sólo un puñado de ellos destinaban tanto o más dinero del gasto público en salud y educación a la quinta parte más pobre de la sociedad que a la quinta parte más rica.[108]

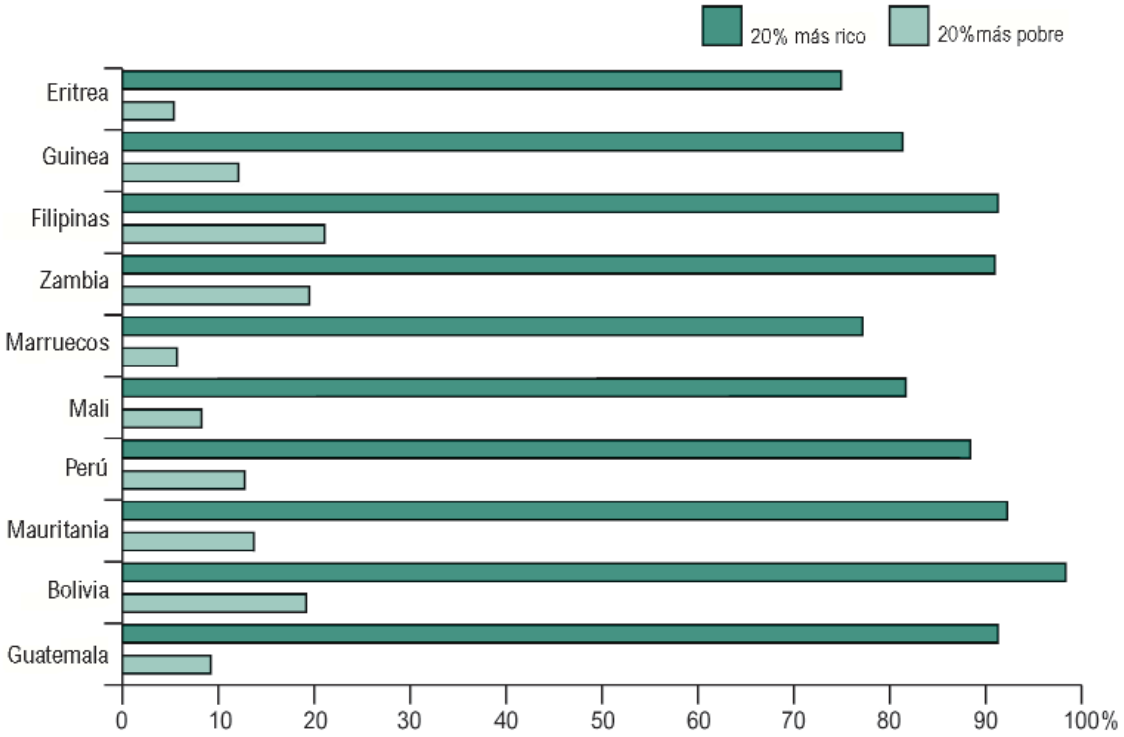
Muchos países de América Latina parecen ofrecer un buen resultado con respecto a los ODM cuando se comparan sus datos agregados de desarrollo con los de otras regiones. Sin embargo, esto enmascara profundas desigualdades dentro de los países. En Nicaragua y Honduras la brecha educativa entre los niños de las zonas rurales y los de las ciudades es mayor que en el caso de niños de países mucho más pobres como Kenia, Vietnam y Guyana.[109] En Ecuador, el 25% más pobre de los niños de seis años quedan tan por detrás de los de su misma edad más ricos en pruebas de simple reconocimiento de vocabulario, que *'es dudoso que puedan llegar a igualar su nivel'*.[110] Cuando se trata de servicios públicos, se ignora con demasiada frecuencia a las poblaciones indígenas de las áreas rurales. En Guatemala la mitad de los cabeza de familia de las zonas rurales no ha recibido educación, frente a una quinta parte en las áreas urbanas.[111]

En Nepal, más del 60% de las inversiones en agua y saneamiento se destinarán a proporcionar servicios al 6% de la población del país. Esto se debe en gran medida a un costoso proyecto de conducciones de agua en la capital Katmandú, que va a costar 312 dólares *per cápita*, mientras que en las áreas rurales se gastan sólo 16 dólares por persona.[112]

En Nepal, más del 60% de las inversiones en agua y saneamiento se destinarán a proporcionar servicios al 6% de la población del país.

En países como Perú, Guatemala, Mali, Marruecos y Filipinas, las mujeres de la quinta parte más rica de las familias tienen unas siete veces más probabilidades de que las atienda personal sanitario especializado cuando van a dar a luz que la quinta parte más pobre, de ahí que tengan muchas menos probabilidades de morir o de perder a su bebé (ver Gráfico 10).

Gráfico 10: Dar a luz: ricas y pobres

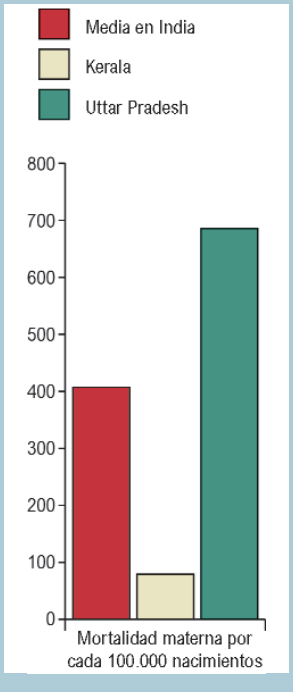


Porcentaje de nacimientos atendidos por personal sanitario especializado en la quinta parte más rica y en la quinta parte más pobre de la sociedad.

(Fuente: datos del Informe sobre Desarrollo Humano 2005)

Este problema es crónico en la India –hogar de una tercera parte de los pobres del mundo– donde millones de personas no tienen acceso a los servicios esenciales. China e India están en la primera línea de los países en proceso de globalización y con un alto crecimiento. Sin embargo, los avances en la reducción de la mortalidad infantil se han ralentizado de tal manera en ambos países que Vietnam y Bangladesh, con una renta menor, les han sobrepasado en la mejora de las tasas de mortalidad infantil. [113]

Cuadro 3: Algunos estados rezagados mantienen a la India atrás



A pesar del reciente crecimiento económico y de las promesas del gobierno de aumentar el gasto en sanidad y educación, y de reducir la mortalidad infantil; India sigue siendo un país de profundas desigualdades, enquistadas por su falta previa de una inversión generalizada en el desarrollo rural.

India tiene el mayor número de personas analfabetas, y sin embargo genera algunos de los más cualificados médicos e ingenieros. Las niñas nacidas en el estado de Uttar Pradesh tienen cinco veces más probabilidades de morir antes de cumplir los cinco años que las nacidas en Kerala y la mitad de probabilidades de aprender a leer y escribir. También es probable que vivan 20 años menos que las de Kerala, estado cuyo Gobierno ha hecho de los servicios esenciales una prioridad.[114] El Gobierno de India sigue gastando casi dos veces más en sus fuerzas militares que en salud.[115]

Gráfico 11:
La supervivencia a un parto depende de dónde se viva

(Fuente: Indian National Health Policy, 2002)

La maldición de la corrupción

'La corrupción es habitual. Hay muchos abusos, se roban medicinas, se cogen equipos de nuestros centros de salud para llevarlos a clínicas privadas. No tenemos los recursos humanos necesarios para realizar inspecciones. Nuestros sistemas son terriblemente débiles'.

Asesor técnico del Ministerio de Sanidad de un gobierno africano.[116]

La corrupción es un problema importante en la dotación de servicios esenciales. Esto es así tanto en los países ricos como en los pobres. En EE UU, el fiscal general ha declarado el fraude en la atención sanitaria como el 'segundo problema criminal' del país, después de los crímenes violentos, con un coste de miles de millones al año. En Camboya, es frecuente que las empresas privadas paguen sustanciosos sobornos para conseguir contratos estatales.[117] En el mundo en desarrollo, se cargan 'tasas' informales por el agua, la educación y los servicios sanitarios.[118]

El mayor impacto de la corrupción recae en las personas más pobres, que son las primeras en sufrir la falta de servicios. En Rumania, un estudio del Banco Mundial mostró que la tercera parte más pobre de las familias gasta el 11% de sus ingresos en sobornos, mientras que la tercera parte más rica gasta el 2%. [119]

La corrupción puede ser un problema con independencia de que los servicios esenciales se proporcionen pública o privadamente,[120] pero el tipo de corrupción varía según el sistema. Cuando los proveedores son privados pero reciben financiación pública, la corrupción toma sobre todo la forma de cargos desorbitados al gobierno y servicios de mala calidad. Esto es más probable cuando la capacidad del gobierno para supervisar el cumplimiento de los contratos es débil. En Nicaragua, se perdieron más de 600.000 dólares a causa de la escasa regulación de unos contratos con el sector privado para la construcción y el mantenimiento de escuelas. [121]

En situaciones en las que el proveedor es el sector público, la corrupción toma formas diferentes, tales como tasas ilegales y pago de sobornos por los servicios, absentismo y realización de segundos trabajos en el sector privado, pérdida de fondos cuando se transfieren del gobierno central al local, pago de sobornos para asegurar posiciones o una promoción, y utilización de 'trabajadores fantasma' para desviar nóminas. En Honduras, según un estudio del Banco Mundial, el 7,6% del personal del sector público o no existía o se había trasladado a otros puestos.[122]

En los peores casos se crea un círculo vicioso en el que, en una cultura de impunidad, el soborno y la apropiación indebida debilitan aún más los ya descompuestos sistemas públicos. Una población carente de información y de cualquier oportunidad de hacer oír sus quejas o de conseguir que se actúe sobre ellas, acaba resignándose a unos servicios pobres o inexistentes.

Conclusión

Los gobiernos tienen la obligación de proporcionar atención sanitaria, educación, agua y saneamiento a sus ciudadanos. Pero son demasiados los gobiernos que están incumpliendo esta obligación por falta de dinero, de capacidad o de compromiso. Ante este fracaso, muchos pobres dependen de proveedores no lucrativos o privados de calidad variable, o se esfuerzan por facilitar ellos mismos los servicios lo mejor que pueden. Los gobiernos deben poner en marcha sistemas públicos sólidos que puedan proporcionar servicios de buena calidad a sus ciudadanos. En muchos países para cumplir esta obligación hay que trabajar con proveedores no estatales a los que hay que integrar y regular de manera adecuada dentro de los sistemas públicos. En todo ello, el papel de los socios en el desarrollo es crucial, pero ¿cuánto apoyan los gobiernos de los países ricos a los servicios públicos?

4

Los gobiernos de los países ricos:

impulso al suministro privado y promesas rotas

MINISTRY OF HEALTH & POPULATION
KAMUZU CENTRAL HOSPITAL
IDENTITY CARD

4
Los gobiernos de los países ricos: impulso al suministro privado y promesas rotas

Aunque los gobiernos de los países pobres pueden realizar avances o retrocesos en el suministro de atención sanitaria, educación, agua y saneamiento de calidad a sus ciudadanos, los gobiernos de los países ricos también tienen una gran influencia, a menudo decisiva. Para algunos de los países más pobres, la ayuda de los donantes equivale a la mitad de su presupuesto. En otros, la asistencia técnica financiada por los donantes puede conducir a una reforma de la agenda. Pero con demasiada frecuencia, los gobiernos de los países ricos en lugar de utilizar su influencia para revitalizar los servicios públicos, impulsan soluciones provenientes del sector privado ante los fallos del sector público, a pesar de la evidencia de que esto no funciona. Muchos países ricos también son culpables de atraer al personal sanitario y al profesorado de los países pobres. Y están dando muy poca ayuda, demasiado tarde y por vías equivocadas. Este apartado revisa brevemente la realidad del suministro privado y explora el papel de los gobiernos de los países ricos, del Banco Mundial y del FMI.

Suministro privado: rentable, pero no equitativo

Algunos países han conseguido impresionantes mejoras del bienestar con un alto nivel de participación del sector privado en el suministro de servicios. Corea del Sur y Chile tienen seguros sanitarios privados, financiando el Estado la atención sanitaria para los más pobres. En Chile, la empresa privada de agua suministra agua limpia al 97% de la población urbana y saneamiento al 90%.[123] En ninguno de los casos el Estado ha abdicado de su responsabilidad global, en sus éxitos ha resultado clave una fuerte regulación pública. Sin embargo, incluso en países como estos con una administración pública eficaz, es notoriamente difícil regular a los proveedores privados por lo que los servicios esenciales son propensos a grandes desigualdades, costes elevados y una provisión sesgada.

En Chile, durante la crisis económica de los años 80 se redujo la financiación pública y aumentaron las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria.[124] Chile tiene la tasa más elevada del mundo de partos por cesárea (40% en 1997) porque los hospitales privados obtienen beneficios de los costes extra de quirófano y de la mayor ocupación de las camas hospitalarias.[125] El suministro privado puede dar muy malos resultados cuando los servicios son inaccesibles para los pobres por motivos de rentabilidad económica, cuando las empresas dictan los términos contractuales y cuando los estados carecen de la capacidad de regularlas de manera efectiva.

página opuesta
Otro día cargado de trabajo para la enfermera Beatrice Mkandawire en el centro hospitario de Kamuzu, Malawi. *'Tenemos una tasa enfermera/paciente demasiado alta. Las medicinas también son un problema grave. Es muy duro. Pero no me voy. Si nos vamos todos, ¿quién va a cuidar de todas estas madres y niños pequeños?'*

Excluir a los pobres

Normalmente los servicios privados son demasiado caros para los pobres. En los años 90, la gestión con fines lucrativos de los hospitales de China motivó que hasta el 40% de la población de las áreas rurales dejara de ir médico por no poder pagarlo, una situación que hoy en día todavía afecta a millones de personas (ver Cuadro 4).[126]

Contratos lucrativos para las multinacionales

Cuando las empresas multinacionales firman contratos con gobiernos de renta baja y escasa capacidad, el desequilibrio de poder puede llevar fácilmente al abuso. El mercado mundial del agua está dominado por un puñado de empresas estadounidenses, francesas y británicas, como Bechtel, Suez y Biwater. Cuando estas empresas negocian contratos en países en desarrollo a menudo seleccionan los segmentos más rentables del mercado y requieren márgenes de beneficios garantizados y en dólares.[127] Las empresas también pueden insistir en la recuperación total del coste, lo que inevitablemente aumenta los precios para los pobres.

Si los gobiernos tratan de dar por finalizados estos contratos, corren el riesgo de ser demandados. A finales de los años 90, el Banco Mundial y el FMI exigieron la privatización del agua en Cochabamba, Bolivia, como condición para el alivio de la deuda y la concesión de nuevos préstamos.[128] Al consorcio involucrado, AdT –propiedad en parte de la empresa estadounidense Bechtel y de la italiana Edison[129]– se le garantizaron beneficios en sus 40 años de contrato con el gobierno.[130] Bajo la gestión de AdT el precio del agua aumentó drásticamente,[131] hasta el punto de que a una familia media que viviera con el salario mínimo le costaba hasta el 25% de sus ingresos mensuales.[132] Estos precios inasequibles provocaron importantes protestas públicas.[133] En consecuencia, el Gobierno boliviano dio por finalizado el contrato, pero las empresas implicadas pretendieron demandarle por 25 millones de dólares.[134] Después de una gran presión pública y la consiguiente publicidad negativa, Bechtel cerró el caso.[135]

Cuadro 4: Sin seguro y sin tratamiento en China

Jin Guilian yace en una clínica pobremente equipada y sin calefacción, padece una enfermedad congénita de corazón y tiene un brazo ennegrecido y supurante. Su único tratamiento es oxígeno y un suero salino. Es un emigrante laboral, su empleador eludió el pago de su seguro sanitario, así que ahora su familia tiene que pagar el tratamiento. Sus parientes le llevaron de vuelta a casa, 500 millas en autobús, a la clínica más barata que pudieron encontrar. *"Si muere, morirá aquí. Si se recupera, se recuperará aquí',* dice su hermano. *'No tenemos otros medios'.*

Las reformas del sector sanitario en China han requerido a los hospitales que funcionen de manera lucrativa, cobrando a precio de mercado las medicinas y las operaciones. Servicios que antes eran gratuitos se pagan ahora a través de seguros sanitarios, pero el 80% de la población rural, como Jin Guilian, no están asegurados. ¿El resultado? Entre 1989 y 2002, el coste para las familias de la atención sanitaria se ha multiplicado por 40. Quedan claros los devastadores impactos para personas como Jin Guilian.

Fuente: French, H. 'Wealth grows, but health care withers in China', New York Times, 14 de enero de 2006

La privatización del agua es el ejemplo más destacado, pero la participación del sector privado también se está extendiendo rápidamente en la atención sanitaria, en muchos casos con escasa regulación. La experiencia de algunos de los países que primero han puesto en marcha reformas de esta naturaleza reproduce la del sector del agua. Chile fue uno de los primeros países en poner en marcha la participación del sector privado en su sistema de salud. Pronto quedó claro que el sector privado eludía los riesgos dando cobertura a las necesidades de las personas jóvenes y sanas, mientras que sólo proporcionaba servicios al 2% de los mayores de 65 años. Los intereses del sector privado quedaron claramente demostrados cuando un asegurador privado canceló sus planes para las mujeres de 18-45 años, después de que el gobierno retirara el subsidio de maternidad.[136] En 2002 se aprobó una ley sobre sanidad con la que se trataba de reconducir esta injusticia, dando más poderes al gobierno para regular al sector privado y aumentar la capacidad del sector público.

A pesar de que el Banco Mundial es uno de los principales impulsores de las soluciones privadas, sus propias investigaciones han revelado la debilidad del planteamiento simplista 'privado bueno, público malo'. Según un estudio de 2002 del Banco Mundial sobre las compañías de agua en Asia y Pacífico, *'la eficiencia de las compañías privadas no es significativamente diferente de la de las públicas'*.[137] De igual modo, una investigación más reciente de estudios econométricos realizada por el Banco concluyó que no es tan importante como se ha argumentado algunas veces de quién es la propiedad: *'La mayor parte de los documentos sobre empresas no encuentran una diferencia estadística en la eficiencia entre los proveedores públicos y los privados'*.[138] Lo que importa es el coste del servicio para los pobres, pero según otro estudio, financiado por el Banco, sobre la dotación privada de servicios *'las mejoras en la eficiencia se consiguieron a costa de un incremento de la carga impuesta a los grupos de ingresos más bajos'*.[139] En otras palabras, los pobres pagan más.

Como muestra el ejemplo de Chile, la clave para que funcione la dotación privada de servicios está en la capacidad del Estado para regular, pero a menudo es esto exactamente de lo que se carece. Y se paga un alto precio por esta carencia: por ejemplo, la débil capacidad de supervisión del Gobierno de Guinea condujo a que un contratista privado del agua recibiera el doble de la compensación que se esperaba originalmente.[140] La ironía es que cuando los servicios estatales son más débiles, también lo es la capacidad del Estado de regular a otros, y por eso limitarse a renunciar al Estado para apostar por el sector privado no funciona.

La clave para que funcione la dotación privada de servicios está en la capacidad del Estado para regular, pero a menudo es esto exactamente de lo que se carece.

Impulsar lo privado

La predilección de los donantes de ayuda por las soluciones de mercado es un fiel reflejo de los debates que están teniendo lugar en muchos de los países ricos. Al principio el debate se centraba principalmente en la privatización total, pero más recientemente se ha desplazado al más matizado terreno de las asociaciones público-privadas. Estas incluyen el suministro de servicios contratados externamente a proveedores del sector privado o a organizaciones benéficas, iglesias y ONG, y otras formas de introducir un comportamiento mercantil en los servicios públicos, por ejemplo mediante la creciente autonomía y competitividad de hospitales y escuelas. Este planteamiento de los servicios se conoce como Nueva Gestión Pública (NGP) y se introdujo por primera vez en Nueva Zelanda, donde tuvo impactos alarmantes en términos de costes, tiempos de espera y acceso de los pobres a los servicios.[141] Uno de sus princi-

pales promotores, Allen Shick, ha pedido a los países en desarrollo que no intenten estas reformas.[142]

Dada la abundancia de evidencias históricas sobre situaciones en las que los gobiernos han intervenido en el suministro de servicios precisamente por los fallos del mercado (ver el Apartado 2), la carga de la prueba para este retorno al mercado y a las soluciones del sector privado debe recaer en aquellos que lo defienden. Sin embargo, está ocurriendo lo contrario. El mercado y los proveedores privados asumen firmemente que son más eficientes y eficaces, mientras que al sector público se le supone culpable de una ineficiencia y una ineptitud incurables.

Pero en la realidad, las evidencias son mucho más variadas. Estudios de eficiencia muestran que aunque el sector público está fracasando en muchos países, la rendición incondicional a las fuerzas del mercado no es ninguna garantía de éxito. Un reciente documento del FMI que analizaba las asociaciones público-privadas en servicios concluía: *'Buena parte de la defensa de las asociaciones público-privadas descansa en la eficiencia relativa del sector privado. Aunque hay abundante literatura sobre el tema, la teoría es ambigua y la evidencia variada'*.[143] Una revisión reciente de la participación del sector privado en la educación y la sanidad llegaba a conclusiones similares.[144] El sector privado o las reformas basadas en el mercado han proporcionado servicios de forma más eficaz solo cuando ha habido regulaciones sólidas y aplicables, mercados competitivos y consumidores bien informados, todo lo cual está notoriamente ausente en la mayoría de los países en desarrollo.

A pesar de la evidencia de que es el Estado y no el mercado quien ha estado detrás de la dotación universal de servicios esenciales en los países que lo han hecho con éxito, el Banco Mundial y su organización hermana, el Fondo Monetario Internacional (FMI), junto con muchos donantes de ayuda bilateral, parecen determinados a mantener su posición política de impulsar la creciente privatización de los servicios.

Condiciones para los que necesitan los préstamos…

Según un estudio de 2006 sobre 20 países receptores de préstamos del FMI y del Banco Mundial, 18 afrontaban condiciones que requerían privatizaciones.

La privatización es todavía una condición de los préstamos multilaterales a los países más pobres.

- De acuerdo con un estudio de 2005 sobre los últimos préstamos del Banco Mundial en el marco de los Créditos en Apoyo a la Reducción de la Pobreza, de los 13 esquemas estudiados 11 contenían condiciones, entre las que se incluían la privatización del agua en Nicaragua y una mayor implicación del sector privado en la atención sanitaria en Senegal.[147]
- Según un estudio de 2006 sobre 20 países receptores de préstamos del FMI y del Banco Mundial, 18 de ellos afrontaban condiciones que requerían privatizaciones, lo que representa un aumento con respecto a años anteriores.[148]
- Según otro estudio de 2006 sobre cancelación de deuda, una condición previa para el alivio de la deuda en más de la mitad de los países que podían optar a la iniciativa HIPC para Países Pobres Altamente Endeudados,[149] eran reformas que requerían algún tipo de privatización.[150]

Cuadro 5: El Banco Mundial y el sector privado[145]

El Banco Mundial es la voz más influyente en la política de ayuda internacional, y su buque insignia anual, el Informe sobre el Desarrollo Mundial (IDM), su publicación más importante. En su edición de 2004, Hacer que los Servicios Funcionen para los Pobres, queda patente la fuerte tendencia dentro del Banco hacia las soluciones basadas en el mercado y en el sector privado para la reforma de los servicios públicos.

La premisa del informe es que el fracaso generalizado en hacer que los servicios básicos funcionen para los pobres se debe sobre todo a una crisis de rendición de cuentas, que se resuelve mejor con un papel más reducido del Estado y la mercantilización del suministro de servicios. Esto se resume en el modelo 'ocho formatos para todo' del IDM,[146] que experimenta con varios grados en la contratación de servicios a proveedores privados y no lucrativos.

El problema con este planteamiento es que no identifica otras causas, igualmente importantes, del fracaso de los servicios y está fuertemente inclinado hacia las reformas basadas en el mercado que no son apropiadas para muchos países, ni siquiera para mejorar la rendición de cuentas.

Es cierto que la falta de rendición de cuentas es una barrera importante para mejorar el acceso, la calidad, la equidad y la eficiencia de los servicios públicos para los pobres. Pero igualmente importantes son la falta de dinero y de capacidad para proporcionar los servicios. Los servicios públicos requieren no sólo mejores mecanismos de rendición de cuentas y participación en el suministro, sino también un compromiso político del gobierno al más alto nivel, sistemas contributivos progresivos y estables, niveles razonables de gasto, trabajadores y directivos motivados y bien pagados en el sector público, y ciudadanos que esperen y demanden como un derecho unos buenos servicios públicos. Para cada uno de estos problemas, contratar externamente el suministro de servicios, los esquemas de concesiones y otras medidas de 'rendición de cuentas' basadas en el mercado son pobres soluciones y, en algunos casos, contraproducentes.

Por último, el papel del Banco Mundial y de otras instituciones de desarrollo debe ser ayudar a fortalecer los servicios públicos para que sean eficaces, en lugar de tratar de ignorarlos repartiendo las responsabilidades del Estado entre el sector privado.

Es importante reconocer que el Banco Mundial está lejos de ser monolítico, su personal despliega una amplia gama de opiniones en el debate 'privado *versus* público' y el Banco ha aprendido algunas lecciones de los anteriores fracasos de sus programas de ajuste estructural. Sin embargo, el Banco Mundial como institución muestra pocas señales de abandonar sus posiciones ideológicas más rígidas, y a menudo hay una brecha importante entre el debate relativamente matizado de sus oficinas de Washington y sus planteamientos mucho más autoritarios sobre el terreno.

… y garantías para los inversores

Para promover el suministro privado de servicios esenciales, el Banco Mundial impone condiciones para la ayuda y el alivio de la deuda a los países pobres.[151] Esta política parece estar más dirigida por los objetivos internos del Banco que por la evidencia de lo que funciona en cada país; por ejemplo, la Estrategia de Desarrollo del Sector Privado del Banco tiene como objetivo la participación del sector privado en el 40% de sus préstamos a los países más pobres.[152] La ventanilla del Banco para el sector privado, la Corporación Financiera Internacional (CFI), está haciendo grandes progresos en la implicación del sector privado en la atención sanitaria de 17 países –incluyendo China, Costa de Marfil y Colombia[153]– a pesar de las críticas que aseguran que inversiones previas respaldadas por la CFI sólo han servido al sector más rico del mercado.[154]

La CFI y la Agencia de Garantía de la Inversión Multilateral del Banco, junto con las agencias de crédito a la exportación de los países ricos, también promueven la participación de los inversores privados en los servicios, prometiendo a las empresas compensación por sus pérdidas en el caso de que los gobiernos de los países pobres cancelen sus contratos.[155] En noviembre de 2001, después de que el Banco Mundial pusiera como condición para el alivio de la deuda de Tanzania en el marco de la iniciativa HIPC, la privatización de la Entidad de Agua y Saneamiento Dar es Salaam, el Departamento de Garantía de Crédito a la Exportación del Reino Unido aseguró a la empresa británica Biwater por dos millones de libras frente a los riesgos de expropiación y restricción de beneficios de las operaciones de su empresa de agua en Tanzania. En 2005 el proyecto de Biwater iba muy retrasado con respecto a lo previsto y no se había instalado ninguna nueva conducción,[156] pero la compañía demandó al Gobierno de Tanzania por cancelar su contrato.[157]

Ignorar a la opinión pública

En un estudio realizado en 2001 en 17 países latinoamericanos, la privatización era vista como 'no beneficiosa' por casi dos terceras partes de los que respondieron.

Insistir en la privatización también implica el riesgo de romper los lazos entre los gobiernos y sus ciudadanos. La oposición de la opinión pública a la privatización está creciendo en todo el mundo. En un estudio realizado en 2001 en 17 países latinoamericanos, la privatización era vista como 'no beneficiosa' por casi dos terceras partes de los que respondieron.[158] Otro estudio llevado a cabo en 2005, identificó 22 países en los que los ciudadanos se están oponiendo activamente o han paralizado la privatización del agua o de la energía.[159] Los gobiernos de los países ricos están tratando de cambiar el posicionamiento de la opinión pública. En 1999, el Gobierno británico pagó 1,3 millones de dólares a *Adam Smith International* para llevar a cabo campañas publicitarias en Tanzania, ensalzando las virtudes de la privatización.[160] La letra de su video pop decía *'nuestras viejas industrias están secas como las cosechas y la privatización trae la lluvia'*.[161]

Los acuerdos comerciales pueden ser una amenaza para los servicios públicos

Los gobiernos de los países en desarrollo se ven cada vez más obligados a hacer sus políticas dentro de una maraña de restricciones impuestas por la Organización Mundial del Comercio, los acuerdos regionales de comercio y los tratados bilaterales sobre inversiones. Todo ello se inmiscuye más allá de las cuestiones fronterizas, como los aranceles, para entrar en las esferas de la regulación nacional y la dotación de servicios públicos. En concreto, estos acuerdos limitan la forma en que los gobiernos pueden regular a los proveedores extranjeros de servicios; por ejemplo, una lectura del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (GATS) de la OMC es que, a menos que el gobierno sea el único proveedor de un servicio esencial como el agua o la educación (lo que rara vez ocurre en los países en desarrollo) se le puede presionar para que abra el sector a proveedores extranjeros.

Aunque el GATS también reconoce el 'derecho' de los países en desarrollo 'a regular', no está claro si esto es suficiente para que puedan oponerse a la presión de otros países para que liberalicen el suministro del agua y la atención sanitaria. El agua es el servicio esencial con más probabilidades de sufrir presiones bajo el GATS: a través de la OMC, la Comisión Europea ha pedido a 72 países que liberalicen sus sistemas de distribución de agua. 50 miembros de la OMC también han llegado a algún tipo de compromiso en servicios sanitarios. Oxfam Internacional considera que el GATS y otros tratados comerciales y de inversiones pueden ser utilizados para ejercer una presión indebida sobre los países en desarrollo

para que abran sus servicios a proveedores extranjeros, aún cuando pueda no ser acertado hacerlo. Oxfam Internacional también cree que es posible abusar de las disposiciones del GATS para reducir el poder del Estado de regular el suministro de servicios de tal manera que se asegure el acceso universal a servicios de calidad.

Lo que los países ricos no intentan en casa

Los gobiernos de los países ricos responden con palabras y no con hechos a la acumulación de evidencias de que las privatizaciones no funcionan. El Reino Unido, Noruega y la Comisión Europea (CE) rechazan ahora públicamente la inclusión de la privatización como condición de la ayuda.[162] Sin embargo, los tres continúan canalizando recursos a través de proyectos del Banco Mundial que promueven activamente soluciones del sector privado, o vinculan su ayuda a condiciones impuestas por el Banco Mundial y el FMI.

Algunos gobiernos nunca permitirían esto en casa. En Suecia, Dinamarca y Noruega el agua se suministra exclusivamente a través de unos servicios públicos eficaces. En Holanda una ley aprobada recientemente ha ilegalizado el suministro privado del agua. Sin embargo, el Gobierno holandés, junto con los de Suecia y Noruega, es un importante contribuyente a la *Public-Private Infrastructure Advisory Facility* (PPIAF) y al *Private Infraestructure Development Group*, instituciones multi-donantes que defienden activamente la gestión privada del agua y de los servicios sanitarios en los países en desarrollo.

Contratar organizaciones de la sociedad civil: una solución parcial

En muchos casos, como alternativa al fracaso tanto del suministro estatal como de las empresas privadas, se está promoviendo la contratación de servicios al sector no lucrativo de la sociedad civil. Los proveedores de la sociedad civil pueden ser muy diversos. Las iglesias cristianas facilitan la mayor parte de los servicios sanitarios en muchos países africanos, donde a menudo preceden al gobierno. En otros casos intervienen organizaciones benéficas y ONG. En algunos estados en los que acaba de finalizar un conflicto la contratación externa ha permitido un rápido incremento del suministro de servicios. En Afganistán, se ha contratado a ONG internacionales para proporcionar servicios básicos de salud a más del 50% del país en menos de cuatro años, aunque en una evaluación se destacan los temores de que en este tipo de acuerdos contractuales los costes de transacción sean elevados, la regulación escasa y el control y transparencia insuficientes.[163]

Las iglesias cristianas facilitan la mayor parte de los servicios sanitarios en muchos países africanos. En otros casos intervienen organizaciones benéficas y ONG.

Los proveedores de la sociedad civil pueden ser más innovadores y mejorar la equidad al llegar a algunos de los pobres olvidados por los servicios del Estado. En Nigeria y Malawi, por ejemplo, hay proveedores no lucrativos de atención sanitaria que tienen como objetivo a los pobres y trabajan en áreas rurales;[164] y en Bangladesh las escuelas de BRAC situadas en aldeas de zonas rurales a las que no llegan los servicios estatales, utilizan métodos de enseñanza interactivos y participativos. BRAC también lleva a cabo programas de salud en todo el país.[165]

Un análisis reciente de la contratación de servicios sanitarios a la sociedad civil en países y regiones pobres, incluyendo Camboya, Bangladesh, Costa Rica y Suráfrica, concluía que algunas contrataciones externas mejoraron drásticamente el suministro de servicios. Sin embar-

go, dado que estos contratos se han utilizado con frecuencia en lugares donde la provisión pública era prácticamente inexistente, no era posible hacer una comparación significativa.[167] Según otros estudios, el éxito de las contrataciones externas se ha debido en gran medida a que se pagaban salarios más altos al personal, los proveedores de la sociedad civil tenían recursos adicionales o se había eliminado el cobro a los usuarios. En Camboya, el aumento del uso de los servicios por los pobres en hospitales contratados externamente se podía atribuir sobre todo a la reducción del coste para los pacientes y al pago de salarios más elevados al personal. Presumiblemente, se podría conseguir el mismo resultado en los hospitales estatales, si se pagaran precios de mercado al personal y se eliminara el cobro de la atención a los usuarios.[168]

En Camboya, el aumento del uso de los servicios por los pobres se podía atribuir sobre todo a la reducción del coste para los pacientes y al pago de salarios más elevados al personal.

Al igual que ocurre en el caso del sector privado lucrativo, contratar a organizaciones de la sociedad civil puede exigir un trabajo de regulación y gestión de contratos por encima de las posibilidades de administraciones débiles. También puede ocurrir que cuando hay competitividad de por medio, los proveedores de la sociedad civil rehúsen cooperar o compartir información. Más aún, la ayuda puede reducir la actividad de presión de la sociedad civil, que es fundamental para exigir la rendición de cuentas a los países y gobiernos ricos.

Integrar, no duplicar

La sociedad civil puede jugar un papel clave en el suministro de servicios esenciales en los países pobres. Para maximizar su eficacia, equidad y accesibilidad, los proveedores no estatales, como por ejemplo las iglesias en África, deben integrarse dentro de un sistema público, aunque manteniendo su autonomía. Esto se ha hecho con éxito en Uganda, donde el Gobierno ha subvencionado a las iglesias y les ha involucrado en la planificación global de los servicios sanitarios del país. De igual manera, en Angola las ONG están contribuyendo tanto a los servicios esenciales como a la capacidad del Gobierno de hacerse cargo de ellos (ver Cuadro 6).

Cuadro 6: ONG que trabajan con los gobiernos: puesta en marcha de servicios en Angola

En Luanda, Angola, NOVIB Oxfam y su contraparte *Development Workshop* están trabajando con comunidades y gobiernos locales para mejorar los servicios esenciales. Las comunidades y la administración municipal de Cacuaco establecieron acuerdos para construir nuevas escuelas, contratar profesores y rehabilitar centros sanitarios. Las comunidades son apoyadas técnica y económicamente para que puedan planificar los servicios y hacer oír sus necesidades y demandas, mientras que la autoridad municipal contribuye financiando materiales educativos y medicinas, y contratando nuevos profesores y profesionales sanitarios.

Hay funcionarios estrechamente involucrados en el proceso, de manera que los servicios desarrollados en colaboración con las comunidades se puedan integrar dentro del sistema público. Hasta ahora, 2.145 niños y niñas se han beneficiado de unas mejores condiciones de enseñanza, mientras que el centro sanitario del distrito de Cazenga atiende a 60 pacientes diarios.

Fuente: Oxfam NOVIB

Robar personal a los países pobres

'Vienen todos los años, y cada vez que vienen, perdemos docenas de profesores'.
Avril Crawford, presidente de la Unión de Profesores de Guyana.

Se refiere a los reclutadores británicos que visitan anualmente a Guyana para entrevistar a los profesores que han contestado a sus anuncios pidiendo candidatos para enseñar en el Reino Unido.[169]

Algunos países ricos tienen el descaro de reclutar activamente profesionales sanitarios y profesores en los países pobres para sostener sus propios servicios públicos. En Canadá y en Estados Unidos, uno de cada cuatro médicos son extranjeros. El Gobierno británico destina 100 millones de libras a aumentar los salarios del personal sanitario en Malawi, y al mismo tiempo recluta cerca de una tercera parte de los médicos de su servicio sanitario en el extranjero, muchos de ellos en Malawi y en otros países africanos angloparlantes. Alemania y Francia, en cambio, sólo el 5%.[170]

Partiendo de un coste estimado de 60.000 dólares para formar a un médico de medicina general y de 12.000 dólares para formar a un auxiliar médico, la Unión Africana calcula que los países de renta baja están subsidiando a los países de renta alta con la friolera de 500 millones de dólares al año, a través de la pérdida de sus trabajadores sanitarios. Este problema va a peor, especialmente en el caso del personal de enfermería.[171] Durante la década de los 90, en el Reino Unido hubo un gran aumento del personal de enfermería africano inscrito para trabajar. En Estados Unidos hay más médicos hindúes por cada 1.000 habitantes que en la India.[172] De los 489 estudiantes que se graduaron entre 1986 y 1995 en la Escuela de Medicina de Ghana, el 61% ha abandonado el país, yendo más de la mitad de ellos al Reino Unido y una tercera parte a Estados Unidos. [173]

La Unión Africana calcula que los países de renta baja están subsidiando a los países de renta alta con la friolera de 500 millones de dólares al año, a través de la pérdida de sus trabajadores sanitarios.

Las personas de los países en desarrollo tienen derecho a viajar y a trabajar en otros países, pero también tienen derecho a un buen salario y unas buenas condiciones de trabajo en sus propios países. Hace falta una respuesta global a la crisis de recursos humanos, en la que los países ricos afronten las causas de la crisis laboral en sus propios servicios públicos.

Cuadro 7: Tomar, tomar, tomar

El Gobierno de EE UU ha previsto que las vacantes de enfermería en su país aumentarán hasta 800.000 en el año 2020. Sin embargo, en lugar de formar su propio personal de enfermería, el Senado estadounidense ha optado por cubrir esta carencia con personal venido de fuera, aprobando para ello legislación que elimina la limitación en el número de enfermeras y enfermeros que pueden inmigrar a Estados Unidos. Esto a pesar de que el número de aspirantes a las escuelas de enfermería americanas excede con creces el número de plazas. El país más perjudicado será probablemente Filipinas, donde el 80% de los médicos estatales se están formando como enfermeros para conseguir una carta verde, según un estudio realizado por el Dr. Gálvez Tan de la Universidad de Filipinas. *'Pido justicia', dice, 'Hay que dar y tomar, no sólo tomar, tomar y tomar por parte de Estados Unidos'*.[174]

Los países ricos se quedan cortos con la ayuda

Los países ricos no están proporcionando ayuda suficiente, ni la dan de forma que apoye a los gobiernos y a los servicios públicos. Se necesita una mayor cantidad de fondos, predecibles y sostenibles a largo plazo. A comienzos de 2005,[175] en París, los países ricos prometieron dar más ayuda y bajo estos criterios, pero en lugar de ello la ayuda que ofrecen es muy poca, escasamente coordinada y dispersa en proyectos fragmentados.

Ni suficiente, ni de la forma adecuada

En 2005, se produjo una presión sin precedentes sobre los líderes de los países ricos para que aumentaran la ayuda, y se acordaron una serie de nuevos compromisos. Lo más destacado es que las naciones europeas en su conjunto prometieron aumentar la ayuda en 40.000 millones de dólares para 2010 y alcanzar el objetivo de Naciones Unidas de dar el 0,7% de su renta nacional en 2015. Pero aún esto se queda muy corto frente a lo que se necesita y, un año después, la tendencia subyacente en países como Alemania, hace temer que incluso estas promesas se tambaleen.[176]

En 1995, los gobiernos de los países ricos prometieron destinar el 20% de su ayuda a servicios básicos. En 2004, sólo Dinamarca e Irlanda habían cumplido su promesa; la gran mayoría de países ni siquiera se acercaban (ver Gráfico 12). Estas cifras[177] pueden subestimar la cantidad que destinan a servicios básicos los países ricos que entregan buena parte de su ayuda directamente a los gobiernos a través del 'apoyo presupuestario'. Pero esta falta de datos es en sí misma un síntoma de la escasa información que los donantes facilitan sobre la ayuda que se destina a servicios esenciales; información que debe mejorarse para que el compromiso de los países ricos con este sector crucial pueda ser controlado

Según un reciente estudio econométrico realizado en 75 países en desarrollo, en algunos de ellos los niveles bajos e inestables de la ayuda explicaban el lento progreso en la reducción de la mortalidad infantil.

Es más, la inestabilidad de la ayuda está recortando el gasto social: el dinero que se da no se corresponde con lo prometido y se desembolsa de forma errática, lo que dificulta a los gobiernos receptores pagar los salarios a tiempo, retener al personal con experiencia o efectuar nuevas contrataciones. Según un reciente estudio econométrico realizado en 75 países en desarrollo, en algunos de ellos los niveles bajos e inestables de la ayuda explicaban el lento progreso en la reducción de la mortalidad infantil.[178]

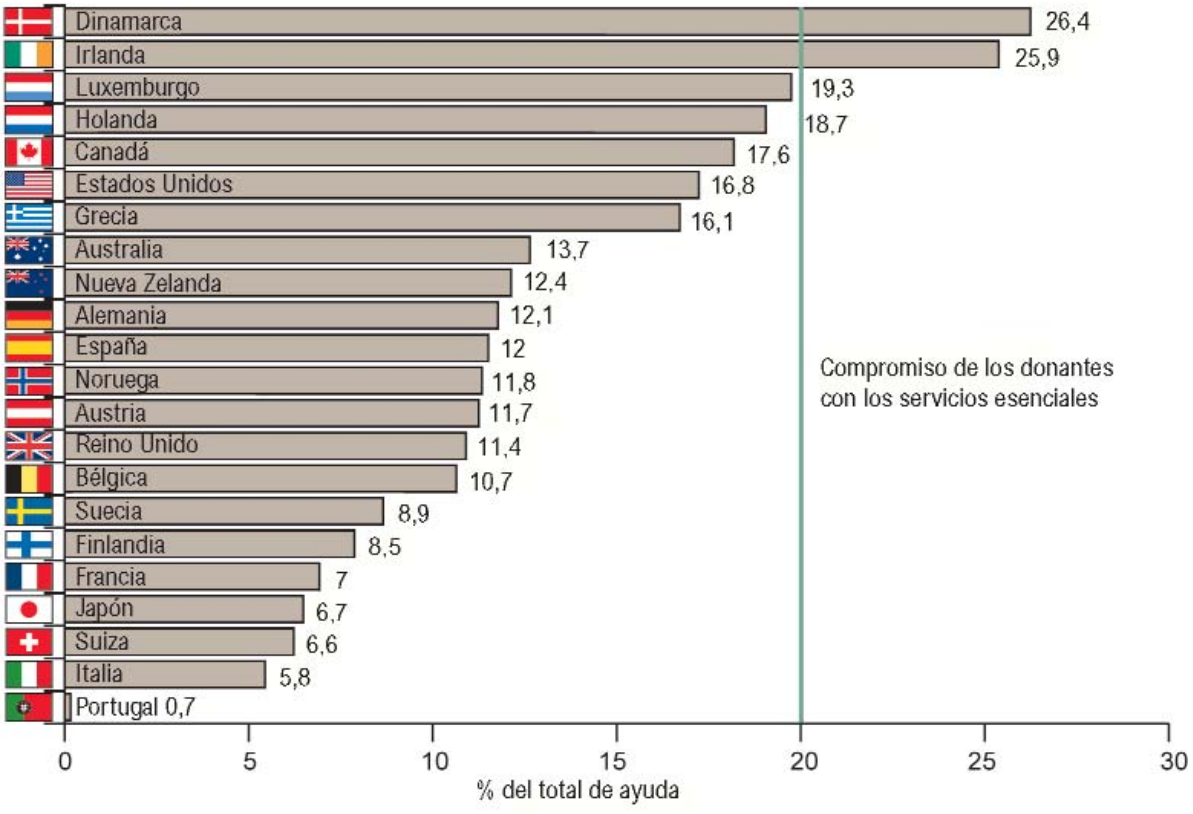
Para reducir a la mitad el número de personas sin acceso a agua y saneamiento en 2015, hay que doblar la ayuda destinada a este sector, pasando de los 14.000 millones de dólares a 30.000 millones al año. Pero desde comienzos de los años 90, la ayuda destinada a este sector ha descendido en 1.000 millones de dólares. Además, está dominada por un puñado de grandes proyectos urbanos en un reducido número de países de renta media,[179] a pesar de la gran necesidad de inversiones en las áreas rurales y en las afueras de las ciudades de los países pobres.

Hasta ahora, el Fondo Global para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria ha hecho donaciones a 127 países y, si obtiene la financiación prometida[180] podría ayudar a que 1,8 millones de personas reciban el tratamiento para el VIH/SIDA que puede salvarles la vida. Pero la dimensión del problema es mucho mayor: en torno a 40 millones de personas en todo el mundo están infectadas con el VIH, el 95% de las cuales vive en países en desarrollo.[181] El Fondo Global podría hacer mucho más, pero como recibe sus fondos de contribuciones *ad hoc* y voluntarias de los países ricos, es muy difícil aumentar los servicios de una

manera sostenida. En 2005, los países ricos mantuvieron una serie de reuniones para tratar de establecer un sistema predecible para abastecer las finanzas del Fondo pero, a pesar de las declaraciones entusiastas, los compromisos económicos para 2006/07 ascendieron a solo 3.700 millones de dólares, poco más de la mitad de los 7.100 millones requeridos.[182]

También es un problema que el Fondo esté centrado en estas tres enfermedades mortales, SIDA, tuberculosis y malaria, y no en reforzar los sistemas sanitarios en general. Lo mismo puede decirse de otras muchas intervenciones sanitarias de los donantes; en conjunto, sólo el 20% de la financiación para sanidad se destina al desarrollo general de los sistemas de salud, incluyendo los salarios del personal sanitario.

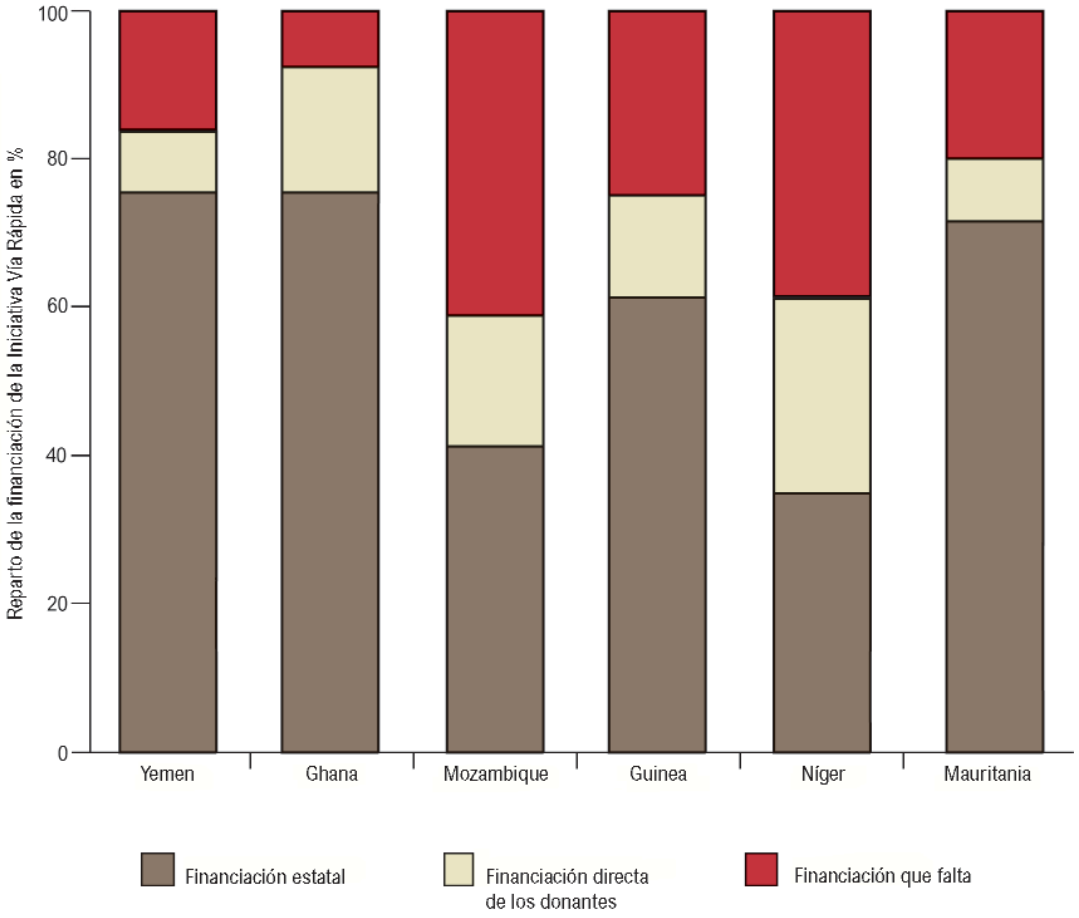
Gráfico 12: Financiación de servicios esenciales: promesas rotas



(Fuente: OCDE/CAD 2005)

La ayuda para educación ha aumentado, pero la UNESCO calcula que se necesitan otros 17.000 millones de dólares anuales para que 100 millones de niños y niñas puedan asistir a la escuela primaria, y para enseñar a leer y escribir a las mujeres analfabetas. En 2002, los países ricos establecieron la Iniciativa Vía Rápida de Educación para Todos y prometieron ayuda para todos los países que elaboraran un buen plan educativo. Hasta la fecha, 37 gobiernos de países en desarrollo han presentado sus planes, pero sólo 16 han recibido alguna financiación; e incluso para estos países faltarían 430 millones de dólares. Personal del Banco Mundial se ha tenido que avergonzar, y con razón, por esta falta de fondos.[183]

Gráfico 13: Los gobiernos actúan, los donantes se quedan cortos



(Fuente: FTI Secretariat 2005)[184]

La deuda que no se acaba

Los bajos niveles de ayuda se ven exacerbados por la carga de la deuda. Dada la fanfarria que rodeó al anuncio hecho por el G8 en 2005 sobre cancelación de deuda, sería comprensible que alguien pensara que la crisis había sido finalmente superada. Pero no es así. Es cierto que algunos países se han beneficiado de las decisiones del G8: Zambia, por ejemplo, ha visto canceladas todas sus deudas con el FMI, y esto ha liberado recursos vitales para contratar nuevo profesorado y personal sanitario.[185] Pero muchos de los países más pobres, como Kenia y Bangladesh, aún están esperando cancelaciones de sus deudas, y en total sólo a 17 países se les han cancelado las deudas con el FMI y el Banco Mundial (aunque el número podría ascender a 40 en los próximos años). A los países africanos se les han cancelado las deudas con el Banco Africano de Desarrollo, pero otros bancos regionales, como el Banco Inter-Americano de Desarrollo, no han seguido la pauta, dejando todavía a países como Nicaragua con la carga de importantes deudas. Oxfam Internacional y otros calculan que más de 60 países necesitan el alivio de su deuda para liberar los recursos necesarios para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Las condiciones del FMI restringen las contrataciones

> *'El FMI necesita ponerle cara. Deberían ver a los niños africanos que no pueden ir a la escuela y empezar sus políticas desde ahí'.*
>
> Roy Mwaba, Unión Nacional de Profesores de Zambia

Las políticas del FMI presentan múltiples obstáculos para los países pobres que intentan contratar más profesorado y personal sanitario. El FMI presta dinero a los países pobres bajo la estricta condición de que apliquen 'buenas' políticas económicas. Si el FMI marca la pauta, los países ricos le siguen. Aunque el FMI tiene razón en que los países deben gestionar cuidadosamente sus economías, su posición excesivamente rígida sobre el gasto público es incompatible con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud, educación, agua y saneamiento. En Kenia, se necesitan 60.000 profesores para los miles de nuevos alumnos que empezaron a ir a la escuela una vez que se eliminó el pago de la enseñanza. Pero el objetivo del FMI de reducir la cuenta de los salarios del sector público del país del 8,5% al 7,2% de su PIB en 2007 conlleva la congelación del número de profesores en el nivel de 1998.[186]

La posición excesivamente rígida del FMI sobre el gasto público es incompatible con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud, educación, agua y saneamiento.

Zambia se enfrenta a restricciones similares. Jennifer Chiwela, de la Coalición Nacional de Educación, se siente frustrada por las contradicciones: *'Se supone que la Iniciativa Vía Rápida iba a ayudar de verdad a las comunidades vulnerables a hacer algo con respecto a la tasa profesores-alumnos. Pero entonces el FMI y el Banco Mundial dicen que no puedes ir más allá de un cierto número de profesores. Así que con una mano estableces los objetivos y con la otra las restricciones que impiden a los gobiernos lograr esos objetivos'.*

¿Porqué es esto así? El FMI continúa trabajando desde una perspectiva monetarista excesivamente estrecha, que por delante del gasto público prioriza unos objetivos estrictos en inflación y déficit fiscal, al tiempo que resalta los efectos potencialmente negativos sobre la economía de grandes flujos de ayuda, así como el carácter inestable e imprevisible de la misma. Como se explica en el Cuadro 8, hay razones para manejar cuidadosamente las oleadas repentinas de ayuda, pero la respuesta adecuada no es menos ayuda sino una mejor gestión.

Cuadro 8: La Enfermedad Holandesa o ¿es mala para ti la ayuda?

Para conseguir los ODM se requerirá un aumento sustancial de la ayuda a los países de renta baja, pero el FMI considera que los grandes flujos de ayuda causan problemas económicos en los países receptores, como el aumento de la inflación, la apreciación del tipo de cambio y la reducción de la competitividad de la economía del país, un síndrome conocido como 'la Enfermedad Holandesa'.[187]

Sin embargo, el temor a la Enfermedad Holandesa parece ser bastante mayor que la evidencia de que realmente ocurra. Un reciente estudio sobre la ayuda en siete países realizado para el FMI encontró escasa evidencia de que los incrementos importantes de la ayuda causaran la Enfermedad Holandesa, en parte porque los gobiernos de los países en desarrollo ya estaban acostumbrados a gestionar los múltiples efectos de una ayuda inestable e impredecible.[188]

La consecuencia es que los gobiernos receptores deben manejar cuidadosamente los incrementos de la ayuda, como algunos países ya están haciendo, por ejemplo, al autorizar el gasto teniendo en cuenta sólo la ayuda ya recibida (Tanzania) o ajustando las previsiones de ayuda en base al comportamiento previo de los donantes (Uganda). Es indispensable que los países ricos mejoren su actuación en este campo, garantizando que la ayuda sea fiable y predecible a fin de que se pueda utilizar de forma más efectiva. Mientras tanto, generar miedos sobre los posibles impactos futuros de un aumento de la ayuda cuando los países ricos ni siquiera están alcanzando los niveles comprometidos no propicia el cumplimiento de los ODM.

A pesar de algunos pequeños cambios durante los últimos años, el FMI no ha hecho ni mucho menos lo suficiente para modificar su forma de trabajar en los países pobres a fin de contribuir positivamente al cumplimiento de los ODM; al contrario, actúa con frecuencia como un freno a los avances. Por tanto, no está nada claro que el FMI deba seguir jugando un papel en los países de renta baja. Lo que sí está claro es que de ninguna manera debe seguir en su papel de 'portero' para la ayuda exterior.

Falta de coordinación: se hacen menos cosas

La falta de coordinación de la ayuda y el excesivo peso que tienen la asistencia técnica y los proyectos restan valor al dinero que los países ricos destinan a la ayuda al desarrollo. En una reunión que mantuvieron en Roma en 2003, llegaron al acuerdo de que debían compartir una marco común sobre procedimientos y condicionalidades de la ayuda para hacerla más simple y predecible.[189] Sin embargo, según un estudio reciente de la OCDE sobre 14 países en desarrollo, sólo en tres casos la condición impuesta a la ayuda había sido modernizar el sector sanitario, en otros cuatro casos el sector educativo y en dos el agua y el saneamiento.

A Angola y República Democrática del Congo se les ha requerido establecer hasta cuatro organismos de 'coordinación' diferentes para el VIH/SIDA.

En sanidad la situación está empeorando. El gran número de iniciativas paralelas aumenta los costes de transacción, duplica y socava la atención sanitaria, distorsiona las prioridades y entorpece la planificación del sector en su conjunto. A Angola y República Democrática del Congo se les ha requerido establecer hasta cuatro organismos de 'coordinación' diferentes para el VIH/SIDA.[190] Según el representante de un donante en Etiopía, hablando de las distintas iniciativas internacionales para prevenir enfermedades contagiosas como el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis: *'El Fondo Global, PEPFAR (Plan de Emergencia para el SIDA - EE UU) y EMSAP [Proyecto Multi-Sectorial para el SIDA en Etiopía] no están integrados. Desde mi punto de vista, son menos los beneficios que los efectos colaterales, los fondos inconexos desperdician dinero, tiempo y energía'*.[191]

Tabla 1: La ayuda sin coordinar no se utiliza

País	Tasa de utilización de la ayuda para agua	
	Financiación estatal	Financiación de los donantes
Etiopía	106%	46%
Ghana	105%	54%
Uganda	65%	44%

(Fuente: WaterAid 2004)

Cuando hay demasiadas fuentes distintas de ayuda, con distintos requerimientos de información, el dinero se queda sin utilizar. Con frecuencia se prefiere la financiación pública incluso aunque sea menor y tarde más, porque es más fácil de utilizar (ver la Tabla 1). Como explicaba un jefe de asamblea de distrito en Ghana: *'La mayoría de los distritos tienen que tratar con varios países ricos. Todos ellos tienen requerimientos diferentes, de manera que el distrito tiene hasta 20 cuentas bancarias distintas y tiene que escribir más de 200 informes al año'*.[192]

Demasiada asistencia técnica

Alguna asistencia técnica (AT) –como formación, becas, estudios y asesores técnicos– es útil y necesaria. Pero los países ricos que gastan la mayor parte de su ayuda en AT están destinando demasiado dinero a consultores internacionales (ver la Tabla 2). El 70% de la ayuda para educación se gasta en AT,[193] pero la realidad es que el 70% de los costes de la enseñanza consiste en salarios.[194] En algunos países, las facturas de 100 días de consultorías cuestan lo mismo que pagar el salario de 100 profesores durante un año o que mantener 5.000 niños y niñas en la escuela.[195] Según un estudio de la AT en Mozambique, los países ricos gastaban un total de 350 millones de dólares al año en 3.500 expertos técnicos, mientras que 100.000 trabajadores del sector público del país recibían un total de 74 millones de dólares. El informe proponía reasignar parte de la factura de AT a salarios del sector público local, lo que supondría 1.000 expertos extranjeros menos, pero la idea nunca se puso en marcha.[196]

En algunos países, las facturas de 100 días de consultorías cuestan lo mismo que pagar el salario de 100 profesores durante un año o que mantener 5.000 niños y niñas en la escuela.

Según un asesor técnico del Ministerio de Sanidad de Malawi: *'Los países ricos tienen miedo. No les importa dar 100 millones de dólares para construir carreteras. Pero si les dices "Disculpe señor, tenemos el mejor ingeniero, pero necesitamos 100 dólares al mes para subir su sueldo y poder retenerle", dirán "Imposible, no se puede". Pero traerán un experto del extranjero a 1.000 dólares diarios'*.[197]

La ayuda para proyectos con frecuencia también está 'ligada' a la compra de bienes y servicios en el país donante. Por ejemplo, la ayuda española para la construcción de un hospital en Nicaragua estaba ligada a la compra del equipamiento en España. Según el director del Ministerio de Sanidad en San Juan de Dios, *'El precio del equipamiento estaba sobrevalorado. Se podría haber comprado en otros países a mitad de precio'*.[198]

Tabla 2: Demasiada asistencia técnica: países ricos que gastan más del 75% de su ayuda en asistencia técnica

Educación	%	Salud	%	Agua y Saneamiento	%
Estados Unidos	100	Portugal	98	Estados Unidos	83
Grecia	98	Estados Unidos	90	Japón	76
Portugal	96	Francia	84	Holanda	74
Bélgica	95	Australia	81		
Austria	95	Bélgica	78		
Alemania	94				
Australia	90				
Nueva Zelanda	87				
Francia	87				
Holanda	82				
Italia	81				
España	76				

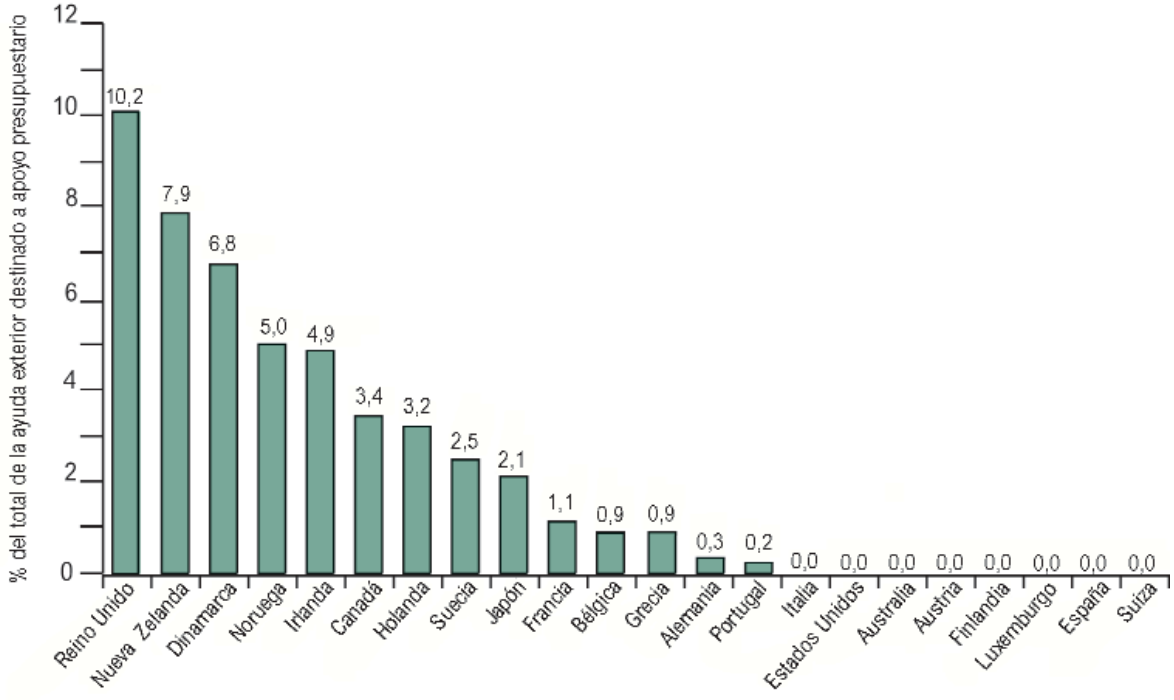
(Fuente: Base de datos de OCDE/CAD, diciembre de 2005)

Ayuda dirigida a proyectos, y no a los sistemas públicos

Tal y como demuestran los avances conseguidos en Uganda y Tanzania, lo mejor que pueden hacer los países ricos para contribuir a la puesta en marcha de servicios públicos es destinar la ayuda a apoyar los presupuestos nacionales. Sin embargo, en 2001 menos del 5% de la ayuda bilateral se utilizó de esta forma.[199] El resto se asignó a proyectos concretos. Estos son útiles para probar nuevas iniciativas o para intervenciones puntuales, pero con los proyectos se tiende a financiar la inversión en bienes (infraestructuras, vehículos y formación) y no los costes de funcionamiento (salarios, materiales, libros de texto y medicinas), que tanto necesitan los sistemas públicos.

Algunos gobiernos de países ricos están avanzando en esta dirección y dan una mayor parte de su ayuda en forma de apoyo presupuestario, pero sigue siendo una proporción pequeña (menos de la décima parte) de su ayuda (ver Gráfico 14).

Gráfico 14: Algunos países ricos están avanzando en el apoyo presupuestario, la mayoría podrían hacer más



(Fuente: OCDE/CAD base de datos online, mayo de 2006)

Despojar de su capital humano a los servicios públicos

El principal activo de una organización o de una institución son las personas. Pero cuando los proyectos de los donantes se realizan en paralelo a los sistemas públicos, compiten –y generalmente ganan– por el mejor personal. El Ministerio de Sanidad de Etiopía ha perdido mucho personal técnico, que se ha ido a las consultorías financiadas por el Fondo Global, donde normalmente se gana tres veces más.[200] Los servicios sanitarios de las comunidades de Malawi están perdiendo profesionales sanitarios que se están formando como asesores sobre VIH/SIDA, un área para la que hay más financiación.[201] En Afganistán, donde los países ricos financian ONG internacionales para atender el programa nacional de salud, médicos y enfermeros afganos altamente cualificados están abandonando en masa su profesión para trabajar como conductores e intérpretes en estas ONG, porque ganan más. En Malí, Youssouf Hadeira, encargado de planificación en el Ministerio de Educación, se encuentra con el mismo problema: *'Perdemos empleados del Estado todos los días. Se van a las ONG porque les ofrecen mejores condiciones de trabajo'*.

Conclusión

Los países ricos son una pieza fundamental para que los países en desarrollo puedan cumplir los ODM. Pero su contribución se empobrece cuando la ayuda está escasamente coordinada y se convierte en un puzzle de proyectos, o cuando se dedican a promover la privatización en lugar de impulsar las medidas que realmente funcionan. Los países ricos deben coordinar sus esfuerzos en torno a planes nacionales; contribuir a desarrollar la capacidad de las administraciones públicas de planificar, gestionar y proporcionar servicios esenciales de manera eficaz; y respaldar todo ello con una financiación a largo plazo, predecible y sostenible.

5
Es hora de actuar:
qué deben hacer los gobiernos de los países en desarrollo y los de los países ricos para proporcionar servicios públicos eficaces

Crispin Hughes/Oxfam

5
Es hora de actuar: qué deben hacer los gobiernos de los países en desarrollo y los de los países ricos para proporcionar servicios públicos eficaces

Qué deben hacer los países en desarrollo

Una política adecuada

'Estoy satisfecho de poder decir que mi gobierno ha cumplido su promesa de proporcionar educación primaria gratuita y obligatoria... [y] sigue comprometido con la educación primaria universal para 2015'.

Presidente Kibaki de Kenia, en la apertura del Parlamento en 2003

El Gobierno de Kenia es más conocido por sus problemas (recientemente relacionados con la corrupción) que por sus éxitos, pero John Nzomo, de 11 años, es uno de los muchos miles de ciudadanos que se han beneficiado del compromiso del presidente Kibaki con la educación. En la época en que había que pagar la escuela primaria, sus padres no podían permitírselo y tuvo que abandonar sus estudios. Pero en enero de 2003, el nuevo presidente electo cumplió una de sus principales promesas electorales, la educación primaria gratuita. Desde entonces, John va a la escuela, al igual que 1,2 millones de niños kenianos, muchos de ellos niñas. *'Para nosotros, la llegada de la educación primaria gratuita fue un milagro',* dice su madre. *'De lo contrario, John seguiría en casa'.* [202]

La crisis de la educación en Kenia no se ha superado todavía, pero el compromiso político con la educación primaria gratuita marca un punto de inflexión. Está cambiando la percepción que la gente tiene de la educación, que pasa de ser un privilegio para los ricos a un derecho para todos. La democracia también sale beneficiada: al situar la educación en el centro de la campaña política, Kenia ha dado otro paso para alejarse del ejercicio de la política en base a los distintos grupos étnicos y avanzar hacia una política basada en la preocupación por el desarrollo nacional y la lucha contra la pobreza.

Uno de los mayores escándalos políticos de los últimos 25 años en el mundo en desarrollo, ha sido el reiterado fracaso de muchos gobiernos que no han sido capaces de garantizar el derecho de sus ciudadanos a disponer de educación básica, atención sanitaria, agua y saneamiento. Esto queda claramente demostrado en el informe *Social Watch 2005*, que documenta la disminución del gasto en servicios sociales en muchos países al tiempo que aumentan las desigualdades.[203] Sorprendentemente, en muchos países el fracaso del Estado al incumplir su contrato social con los ciudadanos no ocupa un lugar destacado en la agenda política. Para garantizar el acceso de los pobres a los servicios esenciales, tiene que ocurrir en todo el mundo en desarrollo lo que ahora está empezando a ocurrir en Kenia.

página opuesta
Marcha de protesta en Kibera, Kenia, *'Pedíamos al Gobierno profesores con experiencia, y un programa de alimentación en la escuela... El Gobierno vino a Kibera en una semana. No éramos conscientes de nuestra fuerza. Ha sido una gran revelación para nosotros. Incluso la policía decía "Esta marcha no es mala, sólo están pidiendo sus derechos"'*
Maurice Odek, Kibera

El primer paso es hacer la política adecuada. ¿Cómo? Los gobiernos de los países en desarrollo deben:

- Cambiar la agenda política
- Luchar contra la corrupción y establecer mecanismos de rendición de cuentas
- Fortalecer las capacidades del sector público
- Luchar por la igualdad de la mujer, y
- Garantizar el derecho a los servicios, eliminando su cobro a los usuarios

Cambiar la agenda política

La clave para que los servicios funcionen es el compromiso político, y para ello los gobiernos tienen que sentirse presionados. En el estado de Kerala, en la India, y en Sri Lanka, ciudadanos políticamente concienciados exigieron servicios que funcionaran bien. Un clínica cerrada generaba protesta social, y los gobiernos se veían obligados a reaccionar. En Mauricio y Barbados, la batalla electoral fue un acicate para que el Estado mostrara interés en suministrar servicios. En otros países que han logrado buenos resultados, como Malaisia o, más recientemente, Uganda y Brasil, han jugado un papel clave los líderes nacionales que consideran los servicios esenciales parte fundamental del desarrollo y la unidad nacional. Un elemento común en todos estos casos es el pacto entre el Estado y sus ciudadanos: los gobiernos proporcionan servicios esenciales, que la gente espera como un derecho. Por eso para situar los servicios esenciales en la agenda política es clave generar expectativas en la gente, lo que también hace más difícil su posterior desmantelamiento.

Arsen Israelyan/Oxfam

Más de 500 personas se manifestaron en Yerevan, Armenia, reclamando al Gobierno que garantizara que todo el mundo tiene acceso a servicios esenciales de atención sanitaria.

Las organizaciones de la sociedad civil generan expectativas y presionan por el cambio. Están consiguiendo que el debate sobre los servicios esenciales ocupe las páginas de los periódicos y entre en la lista de prioridades de los políticos en todo el mundo. En Kenia la coalición nacional de grupos de enseñanza, *Elimu Yetu* ('Nuestra Educación'), jugó un papel crucial para situar en la agenda la educación primaria gratuita y mantenerla ahí. *WaterAid* y Oxfam Internacional están apoyando a contrapartes en países de todo el mundo en desarrollo para situar en la agenda política los servicios esenciales y exigir a los gobiernos que mejoren su actuación.

La Campaña Mundial por la Educación reúne activistas de todo el mundo para dar a conocer los problemas y presionar a los gobiernos para que actúen. En 2005 se formó la mayor coalición de la historia contra la pobreza, la Llamada Mundial de Acción contra la Pobreza (GCAP, en sus siglas inglesas). GCAP organizó campañas que movilizaron a más de 36 millones de personas en más de 80 países. Todas estas acciones se unificaron bajo el símbolo de la banda blanca. GCAP ha seguido trabajando durante 2006 y ha renovado su llamamiento a los gobiernos del Norte y del Sur para que acaben con la pobreza. Entre sus demandas principales están unos servicios públicos universales de calidad para todos y el fin de las privatizaciones cuando originan privaciones y pobreza.

La historia se repite en todas partes. En los países en desarrollo el escenario político está dominado por las élites nacionales, que pueden liderar o bloquear los avances en los servicios públicos. Las grandes diferencias que se aprecian en el panorama sanitario y educativo

de países con un desarrollo económico similar indican que algunas élites son más progresistas o más fáciles de convencer que otras.

Las élites agrarias tienden a ser más hostiles a los servicios públicos que los grupos urbanos o industriales: les interesa mantener una mano de obra agrícola con poca formación y mal pagada, y evitar el fortalecimiento de pequeños campesinos que puedan demandar la redistribución de sus grandes y a menudo ineficientes haciendas.[204] En muchas zonas rurales, la naturaleza semi-feudal de las relaciones sociales hace que los grandes propietarios estén deseosos de conservar su posición. Afortunadamente, uno de los efectos colaterales de la urbanización es el declive de estos bastiones reaccionarios.

Un estudio reciente sobre la forma en que perciben la pobreza las élites de una serie de países en desarrollo encontró algunos motivos para el optimismo.[205] En primer lugar, cada vez están más motivadas por 'ideas positivas' como la creencia en el desarrollo nacional o en el orgullo y la unidad nacional, que por 'ideas negativas' como el temor a la enfermedad o a la revolución. En segundo lugar, ahora están más dispuestas a asumir un 'planteamiento basado en los recursos humanos' para el desarrollo del país, aceptando que el futuro de una nación depende de la educación y la salud de su población. Antes a las élites les seducía más el glamour de prestigiosos proyectos como presas o aeropuertos, que prestar atención al aburrido negocio de las escuelas y las clínicas. Es interesante ver que los estudios muestran un apoyo mayor de las élites a la educación, que a la salud o a otros servicios públicos; probablemente no sea una coincidencia que en las últimas décadas se haya avanzado más rápido en escuelas que en clínicas, conducciones de agua o saneamiento.

Estos resultados subrayan las ventajas de entablar un diálogo entre las élites nacionales, los movimientos sociales y la comunidad internacional, y de poner de manifiesto que la mejora de los servicios es el mejor destino que se puede dar a los impuestos y la ayuda, por los beneficios que se logran.

Organizar servicios esenciales específicos para los pobres puede llevar a privarlos de ellos. Es más probable que los ricos paguen impuestos por algo que ellos también pueden utilizar.

Paradójicamente, organizar servicios esenciales específicos para los pobres puede llevar a privarlos de ellos. Es más probable que los ricos paguen impuestos por algo que ellos también pueden utilizar. Poner en marcha actuaciones concretas para los pobres (comidas escolares gratuitas, subsidios para el agua, etc.) funciona si se hace además del suministro de servicios esenciales con alcance universal. Porque si se destinan sólo a los pobres, aunque parezca más barato a corto plazo, conduce a menudo a que los grupos más ricos retiren su apoyo económico y político a unos servicios públicos de los que ellos no se benefician.

Luchar por la igualdad

Servicios esenciales para las mujeres

Es fundamental invertir en servicios esenciales que apoyen a las mujeres y a las niñas y fortalezcan su posición en la sociedad. Para ello los gobiernos pueden aprender mucho de las organizaciones de mujeres. ¿Qué hacer? Promocionar a las mujeres en el trabajo, apoyar que las mujeres y las niñas tengan acceso a los servicios, protegerlas de los abusos, trabajar con organizaciones de mujeres y combinar estas medidas con reformas legales que mejoren la posición y la autonomía de la mujer en la sociedad.

Gail Williams/Oxfam

En Gaibandha, Bangladesh, todos los miembros del comité de la aldea son mujeres. Se reunen una vez a la semana para discutir sobre cuestiones como higiene personal, cultivos y ubicación de letrinas y pozos.

Promover y mantener al personal femenino

Cuando las mujeres están en primea línea en la prestación de servicios, su presencia estimula a otras mujeres y niñas a utilizarlos. En Palestina, donde la gran mayoría del profesorado son mujeres, las tasas de matriculación en la escuela primaria están entre las más altas de Oriente Medio y el 97% de las niñas continúan en la escuela secundaria.[206] De igual modo, cuando hay médicos y personal sanitario femenino en los dispensarios, es mucho más probable que las mujeres y las niñas acudan en busca de atención sanitaria o maternal. Incrementar el empleo femenino también aumenta la independencia económica de las mujeres.

Un primer paso fundamental para atraer a las mujeres a los servicios esenciales son unos salarios justos, pero también se puede promover su trabajo en los servicios públicos mediante un apoyo más amplio. El Gobierno de Gambia, por ejemplo, ha puesto en marcha un sistema de apoyo a las mujeres jóvenes para que se puedan formar como profesoras.[207] También ha resultado efectivo establecer cuotas para la contratación de profesorado femenino.

Pensiones para las mujeres

El pago de pensiones a las mujeres les permite disponer de dinero para que ellas y sus hijos puedan acceder a los servicios. En Suráfrica, la base del programa del Gobierno en su lucha contra la pobreza son las pensiones para las personas con rentas bajas. Más del 80% de las personas mayores, que en su mayoría son mujeres[208], reciben estas pensiones. A pesar de que no llegan a todo el mundo, y de que hay diferencias entre las mujeres casadas y las solteras para poder optar a ellas, el sistema es *'una de las herramientas más eficaces en la lucha contra la pobreza y la redistribución, sobre todo en lo que respecta a las mujeres, que constituyen la mayor parte de los pobres en Suráfrica'*.[209]

Proteger a las mujeres y a las niñas de los abusos

Es fundamental combatir el acoso sexual y la violencia que las mujeres y las niñas pueden sufrir, tanto cuando son usuarias de los servicios como cuando trabajan en su prestación. En las situaciones en que el problema se ve agravado por una cultura de silencio, han resultado útiles las políticas de protección elaboradas por gobiernos comprometidos a acabar con el acoso diario, combinadas con campañas dirigidas a la opinión pública. En Uganda, el Ministerio de Educación ha prestado atención al abuso que sufren las niñas en las escuelas, lo que ha provocado la dimisión, e incluso el ingreso en prisión, de algunos profesores y alumnos. Cuando la sociedad es consciente de que los casos denunciados se pueden ganar legalmente y de que los medios de comunicación les prestan atención, es más fácil que otras niñas denuncien los abusos.[210]

Trabajar a todos los niveles

La mejor forma de lograr que los servicios sean útiles para las mujeres y las niñas es trabajar con grupos de mujeres, cambiar las leyes y modificar creencias discriminatorias. Cuando se combinan simultáneamente estas iniciativas, se pueden obtener avances con rapidez.

- **Trabajar con los movimientos de mujeres.** Trabajando juntos, los gobiernos y las organizaciones de mujeres pueden obtener un mayor impacto que si trabajan por separado. En Brasil, el trabajo de las organizaciones de mujeres dentro y fuera del Gobierno logró que la Constitución de 1988 reflejara la importancia de la salud reproductiva de las mujeres.[211] Los movimientos de mujeres han seguido influyendo en la política de la sanidad pública: se ha establecido un programa integral de salud para las mujeres (*Programa de Assistencia a Saude da Mulher* — PAISM) y ahora hay servicios sanitarios especiales para las víctimas de violación. En Tanzania, durante los años 90, el Ministerio de Educación y Cultura trabajó conjuntamente con el *Forum of African Women in Education* (FAWE) y con diversas universidades para organizar actividades para niñas y profesoras mediante talleres, medios de comunicación populares y representaciones. El Ministerio organizó también seminarios de sensibilización para funcionarios y modificó los planes de estudios para hacerlos más relevantes para las chicas.[212]
- **Cambiar las leyes.** El Gobierno surafricano de la ANC modificó la Constitución para promover la igualdad y los derechos de las mujeres. ¿El resultado? Hoy la mitad de los funcionarios son mujeres; y las mujeres ocupan la tercera parte de los escaños de la Asamblea Nacional, mientras que en la época del apartheid ocupaban sólo el 3%.[213] Las cuotas también pueden funcionar. En 1992, India introdujo una enmienda en la Constitución para reservar la tercera parte de las carteras ministeriales de los gobiernos locales a las mujeres. Con ello, las preocupaciones de las mujeres han adquirido un mayor peso en la agenda política. Como media, los gobiernos locales con mayoría de mujeres gastan más en instalaciones para el suministro público de agua y en letrinas para las castas más bajas. [214]
- **Modificar creencias.** Una buena intervención va más allá de proporcionar servicios a las mujeres: permite que ellas mismas salgan fortalecidas del proceso. Los planes de estudios juegan un papel fundamental para cambiar las percepciones sobre el papel de la mujer en la sociedad. En India, la iniciativa Total Literacy Campaign, lanzada por el Gobierno en 1988 y aplicada por las administraciones locales con la ONG Bharat Gyun Vigyan Samiti, incrementó los niveles de alfabetización de adultos y fomentó que las mujeres que participaron se empezaran a cuestionar las normas sociales que constreñían sus vidas.

En Brasil, el trabajo de las organizaciones de mujeres dentro y fuera del Gobierno influyó en la política estatal sobre salud: se ha establecido un programa integral de salud para las mujeres (Programa de Assistencia a Saude da Mulher — PAISM) y ahora hay servicios sanitarios especiales para las víctimas de violación.

Eliminar el cobro de los servicios para garantizar los derechos

'Antes para acceder a la atención sanitaria tenías que tener dinero. Si mi hijo estaba enfermo, tenía que pagar 20 pesos cada vez que le llevaba al pediatra. Ahora ya no pagamos. Nuestro sistema sanitario es gratis para todos. Es un gran cambio'.

Dra. Sandra Pérez, Cuba

Uno de los pasos más importantes que un gobierno puede dar para hacer una buena política de servicios esenciales es eliminar el cobro de la educación primaria y de la atención sanitaria básica a los ciudadanos. Con este paso un gobierno puede rendir cuentas ante sus ciudadanos de forma más directa que con cualquier reforma en la gestión de las finanzas públicas. Indica que la atención sanitaria, la educación, el agua potable y el saneamiento son derechos humanos inalienables, y sitúa los servicios esenciales en el lugar que les corresponde, en lo más alto de la agenda política. Una vez que la gente se ha acostumbrado a llevar a sus hijos a la escuela y a ser atendidos en la clínica local, es más difícil que futuros gobiernos puedan dar marcha atrás. Es también un poderoso catalizador para elevar la calidad y la eficacia de los servicios.

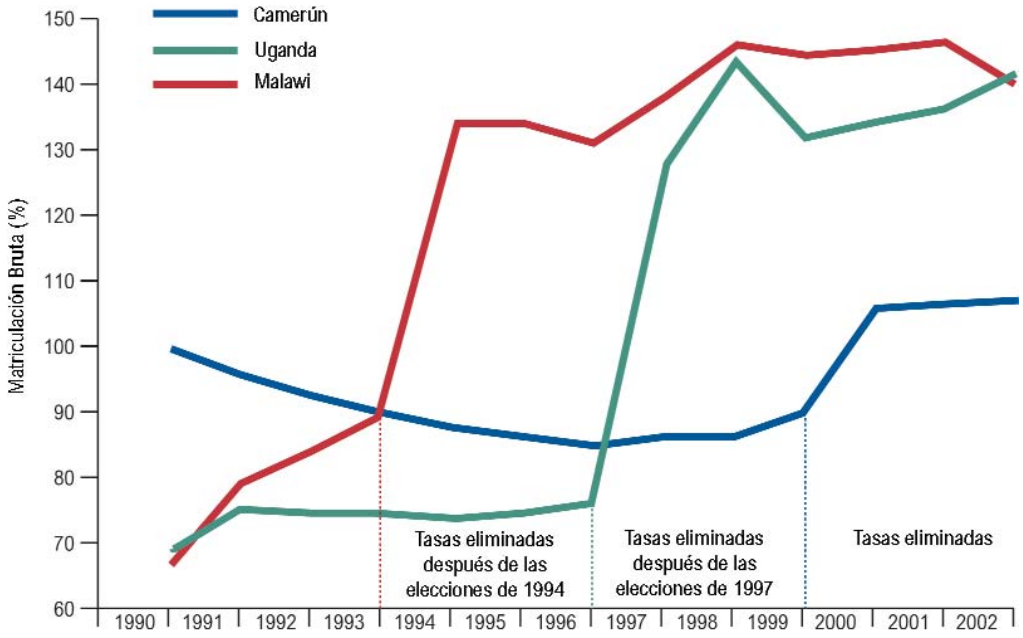
El nuevo Gobierno de Suráfrica reconoció que el cobro de los servicios era una barrera para los pobres, de manera que incrementó el presupuesto para sanidad, destinó una mayor parte de él a la atención primaria e introdujo la Política de Atención Gratuita para los servicios básicos de salud. Esta política dio como resultado un aumento entre el 20% y el 60% del uso de las instalaciones públicas, en especial en el caso de los niños y las madres. En dos años, el 75% del personal de la sanidad pública consideraba que la política era un éxito en la prevención de muertes y enfermedades graves entre las mujeres y los niños y niñas menores de seis años.[215] Esto a pesar de la falta de actuación del Gobierno para proporcionar el acceso universal a los antirretrovirales a las personas infectadas con el VIH/SIDA.

De igual modo, otros países africanos han impulsado la educación primaria eliminando el pago de la enseñanza. El Gráfico 15 muestra el impacto inmediato que tiene esta medida en la escolarización.

Eliminando el cobro de la educación y la sanidad básicas en 20 países africanos se podría salvar la vida de 250.000 niños y niñas cada año.

Los gobiernos de los países en desarrollo deben comprometerse a eliminar el cobro de la atención sanitaria y de la educación básicas, y los gobiernos de los países ricos deben financiar el proceso hasta que dichos países puedan hacerse cargo de los costes. Según estimaciones recientes de *Save the Children* Reino Unido, eliminando el cobro de la educación y la sanidad básicas en 20 países africanos se podría salvar la vida de 250.000 niños y niñas cada año. Esta medida costaría menos del 6% de los 18.000 millones de dólares necesarios para cumplir los ODM en sanidad.[216]

Gráfico 15: Eliminar el pago de la enseñanza sitúa la educación en la agenda y lleva los niños y niñas a la escuela



(Fuente: Sitio web del Banco Mundial: http://devdata.worldbank.org/edstats/query/default.htm)

Hay que recordar que el pago de los servicios forma parte de una cuestión más amplia: cómo asegurar una financiación sostenible, predecible y adecuada de los servicios públicos. Eliminar el cobro de los servicios puede agravar los problemas –incluso con la proliferación de tasas y recargos informales– a menos que la medida vaya acompañada de una serie de reformas, que incluyan el aumento de la financiación y una mejor orientación de la misma. Como mínimo, hay que compensar la pérdida de ingresos, de manera que las escuelas y las clínicas no salgan perdiendo.

Los seguros sanitarios comunitarios[217] son una alternativa algo mejor que el cobro de los servicios a los usuarios, pero son sólo un parche frente a la necesidad de abordar los problemas de financiación subyacentes. Sin embargo, estos esquemas pueden proporcionar una cierta protección económica a corto plazo ante situaciones de crisis sanitarias, como muestra el programa sanitario de Oxfam en el Cáucaso (ver Cuadro 9).

Cuadro 9: Seguros sanitarios comunitarios: alternativa a corto plazo al cobro de tasas a los usuarios

Oxfam Gran Bretaña ha puesto en marcha sistemas de financiación comunitaria en distritos remotos de Armenia, donde no hay servicios públicos o son de muy mala calidad. Bajo este esquema, los asociados, que pagan una pequeña cuota trimestral equivalente a unos cinco dólares, son atendidos en la clínica del pueblo por el personal de enfermería, reciben las medicinas esenciales gratis y visitas mensuales del médico. Sin este sistema, los pacientes tendrían que desplazarse a la ciudad más próxima, pagar al médico y comprar las medicinas.

Como explica Amalia Ohajanyan, una paciente de 69 años: *'Este sistema ha ayudado al pueblo. Antes, cuando estábamos enfermos teníamos que ir a Kapan. Y eso costaba dinero y tiempo. Si había un coche, lo pedíamos prestado, pero a menudo era imposible'.*

Toby Adamson/Oxfam

El enfermero Nersiyan atiende a Hovsep Karapetyan, un asociado del sistema de salud comunitario de Oxfam en la localidad de Khachik, Armenia.

En Uganda, el fracaso de los esquemas de seguros sanitarios comunitarios para atraer a un número significativo de socios o llegar a los grupos más pobres, persuadió al Gobierno para eliminar el cobro de la atención sanitaria en los centros públicos.

Lamentablemente estos sistemas alcanzan a poca gente, y sólo cubren parte del coste del servicio por lo que a largo plazo necesitan una importante subvención pública para poder funcionar.[218] Por eso, Oxfam está trabajando con el Gobierno de Armenia para que con el tiempo llegue a asumir los costes y el funcionamiento del sistema. En Uganda, en los años 90 el Gobierno probó con el sistema de seguros sanitarios comunitarios, pero al no atraer a un número significativo de socios ni llegar a los grupos más pobres, acabó por elegir la opción de eliminar el cobro de la atención sanitaria en los centros públicos.[219]

Subsidiar sistemas de distribución de agua y saneamiento

En el caso del agua sí es necesario cobrar el servicio a los usuarios con el fin de fomentar un uso sostenible de un recurso limitado como es el agua. Sin embargo, es fundamental gestionar la estructura y asequibilidad de las tarifas de forma que se garantice un acceso equitativo a los pobres de las áreas urbanas.

- En Porto Alegre, Brasil, el consumo de agua está subvencionado, de manera que los primeros 10.000 litros se cobran al precio de 4.000.
- En Uganda, la empresa del agua NWSC facilita puntos de agua comunitarios que se gestionan individualmente. El precio del agua, mucho más bajo que el de la que suministran los vendedores privados, se indica en el grifo. También facilita opciones más baratas para los consumidores más pobres, conectando de forma gratuita los grifos de los patios de las casas que estén a menos de 50 metros de la tubería principal.
- En Suráfrica, se suministran gratis los primeros 6.000 litros de agua mensuales (el equivalente a 25 litros por persona y día), de manera que los consumidores pobres tienen garantizada una cantidad mínima de agua.

Las tarifas deberán determinarse en función del contexto del país y previa consulta con usuarios y proveedores.

Luchar contra la corrupción y rendir cuentas

Para luchar contra la corrupción hay que actuar en varios niveles. En primer lugar, a nivel de la sociedad en su conjunto. La amplitud de la corrupción en los servicios públicos es ante todo un reflejo de la sociedad en la que operan. Habrá mucha menos corrupción en los servicios de aquellos países que se rigen por la ley, están basados en la confianza y tienen sólidos mecanismos de rendición de cuentas. Un buen sistema público de enseñanza puede jugar un papel importante para inculcar en los niños y niñas una cultura de confianza, honestidad y respeto a ley. También pueden hacerlo las campañas de concienciación ciudadana. En Uganda, Oxfam ha apoyado a una coalición anticorrupción que, mediante campañas públicas, llama la atención sobre los efectos perjudiciales de la corrupción.

También hay que combatir la corrupción en el nivel político. Para abordar el problema con éxito, tiene que llegar a ser políticamente imposible que los líderes o las élites puedan utilizar los recursos públicos en beneficio propio. En muchos países, están resultando claves en la lucha contra la corrupción la democracia multipartidista y la sociedad civil emergente y la aparición de una prensa libre. En Costa Rica y en Kenia, por ejemplo, los escándalos destapados recientemente por la prensa han conducido al procesamiento de altos funcionarios.

Los líderes políticos y del mundo de las finanzas deben mostrar su intolerancia con la corrupción y su compromiso con la rendición de cuentas. En Uganda, una de las primeras actuaciones del director ejecutivo de la Empresa Nacional de Agua y Saneamiento antes de la acertada reforma de la organización fue publicar su propio número de teléfono en la prensa, de manera que la gente pudiera presentarle directamente sus quejas sobre la calidad del servicio que recibían.[220] En Recife, Brasil, el alcalde organizó la evaluación de los servicios de la ciudad con grupos de ciudadanos para discutir cómo se podía mejorar la actuación de las empresas municipales.[221] También los parlamentos controlan cada vez a los gobiernos, a menudo con la ayuda de la sociedad civil.

Los líderes políticos y del mundo de las finanzas deben mostrar su compromiso con la rendición de cuentas. En Recife, el alcalde organizó la evaluación de los servicios de la ciudad con grupos de ciudadanos.

La propia sociedad civil está jugando un papel cada vez más importante en el control de los líderes políticos, haciendo un seguimiento del gasto estatal en servicios esenciales y llamando la atención sobre las situaciones en las que está desapareciendo dinero. En Georgia, por ejemplo, Oxfam apoya a la organización de Jóvenes Economistas en el análisis del presupuesto estatal y en la publicación de los resultados. En Sierra Leona, grupos de la sociedad civil descubrieron que el 30% de los alumnos no habían recibido los libros de texto.

Hay que considerar a los trabajadores del sector público como parte de la solución, y no sólo como el problema.[222] En muchos casos, la mejora de los salarios, la posición y las condiciones de trabajo han contribuido a reducir la corrupción. Esta aproximación es efectiva sobre todo cuando se combina con códigos de conducta y mecanismos reforzados de rendición de cuentas.

En Camboya y en la República Checa, se consiguió reducir el pago de sobornos y aumentar el acceso de los pobres a los servicios sanitarios, combinando la subida salarial de los profe-

sionales sanitarios y el compromiso con códigos de buenas prácticas éticas.[223] Camerún, Finlandia y Guatemala han aumentado la transparencia en las compras públicas, una de las principales fuentes de corrupción. Brasil y Georgia han mejorado la capacidad de sus sistemas judiciales para hacer frente a los casos de corrupción y han introducido códigos de conducta. En Nueva Zelanda y en Panamá se ha desarrollado normativa para evitar los conflictos de intereses de los cargos públicos.[224]

Para combatir la corrupción hay que invertir en otros servicios fundamentales como el sistema legal y las funciones de intervención de cuentas del Estado.

Para combatir la corrupción en servicios como la sanidad y la educación, hay que invertir en otros servicios fundamentales como el sistema legal y las funciones de intervención de cuentas del Estado. En Malawi, por ejemplo, hay sólo 195 abogados para 11 millones de habitantes.[225] Se debe aumentar el número de administradores, gestores y reguladores públicos y dotarles de más medios. Las asociaciones sindicales y profesionales juegan un papel importante en el desarrollo de estándares profesionales y para comprometer a los trabajadores en la mejora de los servicios.

Los ciudadanos, por su parte, deben controlar directamente, siempre que sea posible, a los proveedores de servicios y hacerles rendir cuentas. En Zambia, la *Zambia Reflect Network* está implicando a las comunidades locales en el control de las finanzas de las escuelas. Gina Fundafunda es su presidenta: *'Estamos implicando a las comunidades en el control de la buena gestión de los colegios. Formamos a la gente para que pueda supervisar cómo se gasta el dinero que se ha asignado a la escuela –¿está llegando donde debe?– de manera que las comunidades puedan decir, "Qué necesitamos aquí?, ¿cómo podemos ayudar?"'.*

Pero estos mecanismos requieren mucha dedicación y no pueden sustituir a los mecanismos formales de control, tales como los parlamentos y los códigos de conducta profesionales. En último caso, no hay una respuesta mágica a la corrupción: es un problema de toda la sociedad que afecta tanto al sector público como al privado, a los países ricos y a los pobres. Se debe abordar a nivel social, político y técnico; y todos tienen un papel fundamental que jugar: los gobiernos, la sociedad civil, los parlamentos, los ciudadanos y los países ricos donantes de ayuda.

Institucionalizar la representación ciudadana

Se debe institucionalizar el papel de los ciudadanos en el control de los servicios, de manera que puedan participar en el día a día en la mejora de los servicios que utilizan, y no sólo como consumidores con poder económico, ya que esto excluiría a aquellos cuya falta de dinero les privaría de una voz efectiva. En la práctica, es preciso que haya un reconocimiento formal del papel de la ciudadanía en el control de las instituciones, del derecho a presentar quejas y a dirigirse a un organismo superior, y del derecho a revisar la información oficial.

En Zambia y Baluchistán, Pakistán, la participación de comités de padres de alumnos y de profesores en la gestión y supervisión de las escuelas ha mejorado su calidad y eficiencia.[226] En Bangladesh, el Gobierno sueco está trabajando con el Ministerio de Sanidad y con la ONG *Family Welfare in Bangladesh* para establecer un Foro de Usuarios de los Servicios de Salud a nivel nacional, vinculado con grupos de control a nivel comunitario y de distrito.[227] La figura del 'defensor' es un medio útil para incorporar en los servicios de salud los puntos de vista y las quejas de los ciudadanos. Oxfam Internacional ha impulsado iniciativas de este tipo en Armenia y en Georgia, de forma paralela a su apoyo a las clínicas públicas. En Nepal,

Cuadro 10: Implicarse: participación social en Porto Alegre, Brasil

En Porto Alegre, Brasil, hay un mecanismo de consulta a través del Consejo de Deliberación de la empresa de agua, en el que están representadas organizaciones de profesionales, empresariales y de la sociedad civil. Con el asesoramiento de la dirección de la empresa, el Consejo de Deliberación decide las prioridades de inversión, examina las cuestiones técnicas y controla el funcionamiento. En 1989, la ciudad estableció un *'Orçamento Participativo'* o presupuesto participativo, después de que el nuevo alcalde introdujera reformas fiscales para aumentar los ingresos locales. Unas 1.000 asociaciones cívicas participan en el proceso, por el que se deciden las prioridades de inversión y los presupuestos de la ciudad..

Sin embargo, la participación tiene un coste. *'Algunos días participo hasta en cuatro reuniones'* said Copinaré Acosta, dice Copinaré Acosta, propietario de un kiosco, muy implicado en el proceso. *'Los que participamos en esto lo hacemos porque creemos en el proceso'.* [229]

India, Bangladesh, Ghana y Etiopía,[228] *WaterAid* ha establecido mecanismos de intercambio de información entre grupos de usuarios del agua y gobiernos locales.

Fortalecer las capacidades públicas

"Antes, cuando yo era estudiante, se respetaba a los profesores. El respeto comenzó a decaer después de los años 80 cuando bajaron mucho los salarios de los profesores. Los padres no respetan a los profesores, y en una ocasión un alumno dijo a uno de nuestros profesores "¿Porqué pierdes el tiempo en la enseñanza si ganas tan poco?"'.

Profesor, Mwanza, Tanzania.[230]

Hacer de los servicios públicos una seña de identidad

Los países que han obtenido buenos resultados han hecho de los servicios públicos una seña de identidad, fomentando que los trabajadores y trabajadoras del sector público se sientan orgullosos de su contribución al país y a la sociedad, al tiempo que se pide a la sociedad reconocimiento y respeto para ellos. Se debe apoyar a los trabajadores del sector público en el desempeño de su trabajo y en el compromiso con la mejora continua de los servicios. En Filipinas, por ejemplo, el sindicato PSLINK ha movilizado a sus miembros para que se impliquen en el control de la compra de medicamentos y de la entrega de libros de texto en las escuelas, y también proporciona protección legal a los afiliados que denuncian casos de corrupción.[231]

En Filipinas, el sindicato PSLINK ha movilizado a sus miembros para que se impliquen en el control de la compra de medicamentos y de la entrega de libros de texto en las escuelas.

La mayoría de los trabajadores sanitarios son profesionales que se esfuerzan por hacer su trabajo en situaciones difíciles y frustrantes. Pero la forma en que les trata el sistema público influye en la forma en que ellos tratan a la gente que utiliza los servicios. Salarios bajos, falta de reconocimiento y la moral baja generan unos resultados pobres y fomentan la corrupción en el sector público. Los países que han afrontado estos problemas con éxito lo han hecho mejorando la posición y remuneración de los trabajadores, insistiendo en mejorar los resultados y reforzando los mecanismos de rendición de cuentas.

En Uganda, la empresa pública del agua NWSC ha creado un ambiente de innovación, resolución de problemas, rendición de cuentas y atención al cliente mediante un contrato acordado con el Gobierno, que especifica los objetivos a alcanzar y las obligaciones para con la sociedad. Al mismo tiempo, NWSC tiene autonomía del Gobierno en su gestión y ha acordado con el personal objetivos claros según resultados, de modo que éste es remunerado en función de los progresos realizados.[232]

Las evidencias muestran que la subida de los salarios de los trabajadores sanitarios está relacionada con la reducción del cobro de sobornos y de los pagos informales.

La subida salarial y los incentivos al rendimiento funcionan. Las evidencias de Polonia, Camboya y la República Checa muestran que la subida de los salarios de los trabajadores sanitarios está relacionada con la reducción del cobro de sobornos y de los pagos informales.[233] En Bangladesh, India, y Nepal, los códigos de conducta han tenido un impacto positivo significativo en el compromiso, la profesionalidad y el rendimiento de los profesores y del resto del personal, y han contribuido a reducir el absentismo de los profesores.[234]

En muchas ocasiones, empresas públicas de agua y sanitarias de países o regiones vecinas comparten su experiencia técnica y de gestión, lo que está ayudando a mejorar el funcionamiento y la identidad de los servicios públicos. Estas Asociaciones Público-Públicas ya existen en varios rincones del mundo, por ejemplo, la NWSC de Uganda proporciona asistencia y asesoramiento a la DAWASCO de Tanzania para mejorar sus sistemas de facturación y recaudación, mientras que en India la *Water Supply and Sewerage Board* de Bangalore proporciona asistencia a la *Jal Board* de Delhi para el control de lixiviados. Se debería apoyar la expansión de estas Asociaciones Público-Públicas.

Afrontar la crisis laboral es posible, y es rentable

Aumentar de manera drástica el número de profesores y de profesionales sanitarios es una tarea de enormes dimensiones que requiere una planificación estratégica y coordinada entre los gobiernos de los países pobres y los de los países ricos. Los gobiernos deben elaborar y poner en marcha planes estratégicos que especifiquen cuantos trabajadores y de qué tipo se necesitan y cuanto costarían. Los países que han conseguido aumentar los servicios sanitarios y educativos han incluido desde un principio la planificación laboral en el proceso. En Botswana, el Ministerio de Sanidad ha desarrollado una base de datos de su personal sanitario actual y de sus necesidades futuras, que va vinculado a su Plan de Desarrollo Nacional para cinco años.[235]

En el sector sanitario, los trabajadores comunitarios e informales pueden ayudar a llenar un vacío importante en los sistemas de salud, siempre que estén bien integrados en el mismo. En los países que han logrado extender sus servicios, han jugado un papel fundamental el personal sanitario con una formación elemental que trabaja a nivel comunitario y los profesores interinos. Sin embargo, esta estrategia no funciona cuando se utiliza para socavar la profesión. Los gobiernos deben contar en primer lugar con los trabajadores con formación que estén sin empleo o con profesionales retirados, y buscar la forma de recuperar al personal que se haya ido a otros trabajos. Si aún quedan vacantes, entonces (en consulta con los sindicatos) se pueden tomar medidas de emergencia para aumentar el número de trabajadores, pero el objetivo debe ser dar a los nuevos contratados la oportunidad de que se profesionalicen plenamente en unos años.

En el caso del agua, para ampliar el servicio se precisa una buena información sobre las carencias en el suministro, una planificación inclusiva y participativa y una estrecha colaboración con las comunidades para el mantenimiento del servicio. En Tanzania, el reconocimiento legal de las organizaciones de comunidades propietarias del servicio del agua facilitó la ayuda del gobierno local en las reparaciones y mantenimiento, así como en el control de la calidad del agua.[236] Ampliar los servicios de saneamiento requiere campañas públicas sobre la necesidad de lavarse las manos y tener un comportamiento higiénico, y subsidios para la construcción de letrinas.

Mejoras salariales y laborales

El dinero por sí solo no siempre aumenta la motivación pero, como han demostrado los países que han abordado con éxito el problema de la falta de personal, es la prioridad número uno cuando los ingresos no dan para vivir. Las mejoras salariales se deben complementar con unas mejores condiciones de trabajo. Para la mayoría de los profesores, la vivienda es una cuestión primordial y los gobiernos deben abordarla si quieren convencer a más profesores para que trabajen en las áreas rurales. Esto es especialmente importante en el caso de las mujeres, ya que trabajar en zonas rurales aisladas puede implicar un riesgo para su seguridad física y para su capacidad de cuidar de sus familias.

El dinero por sí solo no siempre aumenta la motivación pero, como han demostrado los países que han abordado con éxito el problema de la falta de personal, es la prioridad número uno cuando los ingresos no dan para vivir.

Cuadro 11: Malawi: un plan de choque del Gobierno sobre recursos humanos

'¿Mi mensaje para los países ricos? Nos encantaría poder conservar a nuestra gente. No queremos irnos fuera para ganar dinero. El hogar es lo fundamental'.
Rosemary Bilesi, jefa de enfermeras, Hospital de distrito de Dowa, Malawi

'¿El impacto de las subidas salariales? En 2003, cada semana renunciaban una o dos enfermeras. Era horrible. Desde que introdujimos los incentivos, incluyendo el sistema de suplencias, lo hemos reducido a una o dos al mes'.
Dr. Damison Kathyola, director del Hospital Central de Kamuzu, Lilongwe

'Las subidas salariales y el sistema de suplencias han sido de ayuda. Al menos podemos tener personal clínico adicional procedente de otros hospitales para hacer suplencias. Antes, la mortalidad materna era un problema grave y el personal de enfermería no disponía de tiempo para hacer un seguimiento de las mujeres embarazadas. Ahora podemos atenderlas mejor'. '
Moses Ngwira, jefe sanitario adjunto de distrito y jefe clínico en el Hospital de Distrito de Dowa

La crisis laboral del sistema sanitario de Malawi es crónica, pero el Gobierno está empezando a cambiar la situación trabajando junto con los países donantes para establecer unos servicios públicos.

Décadas de salarios bajos, malas condiciones de trabajo y falta de financiación han socavado el sistema público de salud y han conducido a una carencia crónica de personal de enfermería y médicos. Hay más de un 60% de vacantes en los puestos de enfermería y en cuatro distritos de Malawi no hay ningún médico. El personal deja el sistema público de salud para trabajar en las organizaciones de la sociedad civil o en los hospitales privados, o incluso abandona el sector sanitario.

El Gobierno británico está trabajando estrechamente con el Ministerio de Sanidad de Malawi para hacer frente a los graves problemas de personal del país. En 2004, el Ministerio elaboró un programa de recursos humanos de seis años de duración, que está siendo financiado en un 90% por el Reino Unido y el Fondo Global. La ayuda está financiando:

- una subida salarial del 50% para 5.400 trabajadores sanitarios;
- la contratación de 700 nuevos trabajadores, con la previsión de doblar el personal sanitario en seis años mediante la ampliación y mejora de las escuelas de formación y de los formadores; y
- la suplencia de las carencias más graves con voluntarios expatriados: hasta la fecha ya han llegado 20 médicos de la ONG británica *Voluntary Services Overseas* y 18 especialistas, al tiempo que se está formando a más personal del propio país.

Aunque el programa ha sido criticado por no tener en cuenta a los sindicatos, su impacto ya se está notando. A pesar de que los fondos no empezaron a llegar hasta abril de 2005, ya se ha empezado a notar una importante reducción en la pérdida de personal de enfermería en los hospitales.

Fuentes: DFID comunicación personal y DFID 2004

Desarrollar la capacidad del gobierno para planificar y gestionar los sistemas públicos

En Uganda la eliminación del cobro de los servicios sanitarios a los usuarios vino acompañada de importantes inversiones en la propia capacidad del sistema. Se elaboró un plan general para el sector sanitario y se reforzó la capacidad de gestión. Se mejoró el sistema de planificación y elaboración de presupuestos para eliminar las disparidades de financiación entre regiones y mejorar la asignación de recursos a los centros situados en primera línea. Los fondos se desembolsaron de manera más rápida y se informatizaron las nóminas para poder pagar los salarios con más rapidez. Se estableció un sistema de supervisión trimestral para evaluar la ejecución del gasto a nivel de distrito. Se analizó el papel de los servicios no estatales y se estableció un nuevo sistema de subvenciones para financiar los costes de funcionamiento de los hospitales de los misioneros, que atienden las áreas rurales.

En los procesos de planificación se incluye cada vez más a los grupos de la sociedad civil y a los parlamentos. En Uganda, por ejemplo, los resultados del proyecto *Ugandan Participatory Poverty Assessment*, realizado en colaboración con grupos de la sociedad civil del país, tuvieron una influencia importante en el plan del Gobierno. Estos grupos también juegan un papel fundamental haciendo públicos los avances y exigiendo responsabilidades a los gobiernos cuando las cosas no funcionan.

Lamentablemente, la experiencia de Uganda es más la excepción que la regla. Para extender los servicios, los gobiernos tienen que invertir en planificadores y gestores competentes que elaboren y pongan en marcha planes bien presupuestados. Y es preciso reforzar los procedimientos de desembolso presupuestario y gestión económica para que el dinero llegue a las personas adecuadas, en los lugares adecuados y en el momento correcto. Se precisan estrategias laborales claras que permitan planificar el número de empleados que se necesitarán a largo plazo.

Se precisan estrategias laborales claras que permitan planificar el número de empleados que se necesitarán a largo plazo.

Diversos gobiernos han elaborado planes de este tipo. En Bogotá, Colombia, gracias a un nuevo sistema de información y a las negociaciones con los sindicatos de profesores se desplegó el profesorado allí donde hacía falta y se eliminaron los profesores 'fantasma', lo que permitió incrementar en cerca del 40% la matriculación escolar, con un aumento del gasto de sólo la mitad. Etiopía y Brasil para resolver las disparidades regionales en la financiación de la educación costearon con dinero público escuelas en las áreas más pobres.[237]

En el sector del agua, la clave para mejorar el servicio fue apartar a las empresas de suministro de las interferencias políticas y hacerlas autónomas económicamente. En las empresas de titularidad pública de Uganda, Porto Alegre en Brasil y Penang en Malaisia se ha visto que si se combina el carácter comercial con las obligaciones sociales se puede mejorar tanto la eficiencia como la equidad en el suministro de agua y de los servicios de saneamiento, y que puede ser de utilidad contratar proveedores privados para algunas de las actuaciones, sin recurrir a la privatización total del servicio.

En las áreas rurales, una mejor planificación por parte del gobierno local puede ayudar a extender los servicios, y hacerlo de una manera más equitativa. En Nigeria, Ghana y Nepal, por ejemplo, *WaterAid* y sus contrapartes han trabajado para reforzar la capacidad de planificación del gobierno local, elaborando planes locales para extender los servicios de agua en base a una mejor información y a consultas con la ciudadanía. Estos planes ayudan a las autoridades locales a negociar la obtención de más recursos del gobierno central y refuerzan

la capacidad de los ciudadanos de hacer un seguimiento de la actuación de los gobiernos locales.

Recaudación de impuestos más eficaz y progresiva

En los países pobres, la recaudación derivada de los impuestos medida en % del PIB, es menos de la mitad que en los países ricos.

Los impuestos son la piedra angular de la financiación de la sanidad y la educación, de manera que es necesario mejorar el sistema impositivo con urgencia. En los países pobres, la recaudación derivada de los impuestos medida en % del PIB, es menos de la mitad que en los países ricos.[238] Esto se debe en gran medida a que las élites tienen tendencia a evadir impuestos y a asegurar que la legislación tributaria sea indulgente en caso de que decidan pagarlos. Durante los últimos años, los esfuerzos de muchos países por aumentar la presión fiscal han supuesto un incremento de los impuestos indirectos (como el IVA y los impuestos que gravan las ventas) aunque, salvo raras excepciones, estas medidas puedan suponer una mayor carga impositiva para los pobres. Sin embargo, es posible hacer progresos. Suráfrica ha aumentado recientemente su recaudación al tiempo que ha reducido el impuesto sobre la renta, imponiendo fuertes multas a quienes defraudan impuestos.

Un impacto de la liberalización comercial que no ha sido suficientemente estudiado es la importante caída de los ingresos del Estado a través de los aranceles a la importación, a menudo de mercancías de lujo, que son especialmente importantes para los países de renta baja. Según un estudio de 2005 del FMI, con reformas tributarias más amplias los gobiernos de los países pobres han podido recaudar sólo el 30% de los ingresos perdidos a causa de los recortes arancelarios. [239]

Qué deben hacer los países ricos

La mejor forma en que los países ricos pueden contribuir a los ODM es apoyando a los gobiernos de los países en desarrollo y a sus gentes en la aplicación del tipo de medidas descritas más arriba. Los países ricos deben apoyar los sistemas públicos y las capacidades públicas, y deben dejar de ignorar y socavar a los gobiernos con su impulso a la expansión del suministro privado de servicios. A cambio, deben proporcionar una financiación a largo plazo y predecible para financiar los salarios y los costes de funcionamiento de los sistemas públicos, decidan éstos o no implicar en el suministro a los proveedores no estatales.

Como muestra el caso de Uganda, los programas de apoyo sectorial y presupuestario son más adecuados para financiar la expansión nacional de los servicios sociales, que el proporcionar apoyo a proyectos concretos, que pueden requerir años de diseño y que a menudo son una forma de financiación altamente ineficiente.[240] Según una reciente evaluación independiente del apoyo presupuestario en siete países en desarrollo, siempre que los gobiernos tengan voluntad política, el apoyo presupuestario puede fomentar el gasto en sanidad y educación, hacer que la planificación y el gasto de los gobiernos sea más transparente y fortalecer sus relaciones con los donantes.[241]

En Tanzania, donde el apoyo presupuestario en su conjunto asciende al 36% de toda la ayuda que recibe, la financiación exterior y la política de diálogo al más alto nivel han facilitado una expansión de la financiación y el suministro de servicios educativos y sanitarios. Pero el apoyo presupuestario no es apropiado en todos los países. Requiere unos niveles de rendi-

ción de cuentas, eficiencia y transparencia que pueden no existir en algunos países. En estos casos los proyectos pueden ser una manera útil de promover planteamientos innovadores. Por otra parte, los gobiernos de países que no son muy dependientes de la ayuda, como India, pueden preferir los proyectos.

En el sector sanitario, la mayoría de los donantes tienen que modificar su forma de pensar y de actuar, pasando de intervenciones verticales dirigidas a enfermedades específicas que agotan la capacidad del gobierno, a abordar el sistema sanitario en su conjunto de manera que se refuercen sus capacidades de actuar. La Cruz Roja utilizó este planteamiento en Serbia. Cuando se le pidió que se hiciera cargo de las necesidades sanitarias de los refugiados, en lugar de construir clínicas independientes, la organización decidió reforzar todo el sistema de atención primaria del distrito. Se diseñó un nuevo sistema de financiación para las clínicas, se modernizó el sistema informático de información del distrito y se formó al personal. ¿El resultado? Un mejor acceso a la atención sanitaria en todo el distrito, además el gobierno ha asumido desde entonces muchas de las reformas, mejorando su capacidad a largo plazo de ofrecer atención sanitaria.[243]

La mayoría de los donantes tienen que modificar su forma de pensar y de actuar, pasando de intervenciones verticales dirigidas a enfermedades específicas a abordar el sistema sanitario en su conjunto de manera que se refuercen sus capacidades de actuar.

Los países ricos pueden utilizar la ayuda para mejorar la rendición de cuentas. En Malawi –visto como un país de alto riesgo durante el anterior Gobierno a causa de la corrupción endémica– los donantes están hoy financiando los salarios del personal sanitario. También están trabajando con el Gobierno para crear instituciones sólidas: se están contratando más contables para auditar de manera independiente las finanzas y las compras públicas, y se dispone de asesores técnicos para apoyar a los funcionarios del país. [244]

A nivel local surgen muchas decisiones y oportunidades importantes. En el Cuadro 12 se muestran formas en que los gobiernos de los países ricos y las organizaciones de la sociedad civil pueden trabajar directamente con diferentes niveles de las administraciones de los países en desarrollo para cumplir los ODM.

Cuadro 12: Cómo apoyar a los gobiernos locales y generar capacidad de planificación

WaterAid ha desarrollado una serie de nuevas iniciativas para reforzar la capacidad de los gobiernos locales en Nigeria, Ghana, Burkina Faso, Malí y Nepal. El proceso es financiado inicialmente por *WaterAid* , que también proporciona asistencia técnica al gobierno local, mientras que las ONG locales facilitan la participación pública en el proceso. La iniciativa *Localising MDG* trabaja con estructuras ya existentes de las agencias gubernamentales y con funcionarios para:

- preparar la información base para que los gobiernos locales puedan determinar el mejor uso estratégico para sus inversiones durante toda la década hasta 2015;
- fortalecer el trabajo en equipo entre los departamentos de la Administración del Estado y los grupos y líderes comunitarios, compartiendo información y facilitando la discusión de los planes; y
- desarrollar un plan local de servicios acordado por los funcionarios y los líderes comunitarios. Este plan es después la base para que el gobierno local pida financiación al central.

Fuente: *WaterAid* (2005b)

Los gobiernos y los países donantes deben asegurar que el trabajo conjunto sobre la ayuda no limita el diálogo político con la sociedad civil a nivel local. La dependencia de la ayuda no debe convertirse en un impedimento para la democracia.

Abordar en los propios países ricos

'Quiero regresar, pero necesito algo para complementar mis ingresos porque se que el sueldo de una enfermera en Malawi no va a ser suficiente para vivir y mantener a mis hijos. Eso es lo único que me retiene aquí. Así que estoy aquí para ahorrar dinero y poder volver a trabajar como enfermera en Malawi'.

Mary Ntata, enfermera de Malawi que se fue al Reino Unido para recibir formación médica

El profesorado y el personal de enfermería tiene derecho a emigrar, pero la gente de los países pobres también tiene derecho a esperar que los profesionales formados por el Estado se queden a trabajar durante unos años en su propio país una vez terminados sus estudios. Es necesario dar una respuesta global a la crisis de capital humano. Aunque la emigración puede suponer beneficios para los países en desarrollo, sobre todo en el caso de trabajadores con bajo nivel de formación (a través, por ejemplo, del flujo de remesas), los países ricos deben afrontar las causas de la crisis laboral en sus propios servicios públicos, en lugar de quitar a los países en desarrollo los trabajadores ya formados que tanto necesitan. Los códigos éticos para las prácticas de los países que hacen el reclutamiento han tenido cierto éxito. Por ejemplo, el código ético del Reino Unido ha parado el aumento del reclutamiento de personal de enfermería para el Servicio Nacional de Salud en el extranjero, aunque la mayoría de las agencias privadas no aplican el código.

Los países que reciben a los trabajadores pueden invertir en las instituciones de los países de origen, como una forma de restitución. También se ha sugerido un fondo global de reinversión en educación, para acelerar la formación de profesionales sanitarios en los países en desarrollo mediante el apoyo a los esfuerzos públicos y ofreciendo incentivos a las inversiones privadas.

Más y mejor ayuda, y cancelación de deuda

No se puede pedir a Bangladesh el pago de la deuda cuando tiene 50 millones de habitantes que viven con menos de un dólar al día.

Aunque durante los últimos cinco años se han producido avances, si se quiere ganar la batalla contra la pobreza, se debe ampliar la cancelación de la deuda a todos los países que la necesiten. Según cálculos de la Campaña del Jubileo por la Cancelación de la Deuda, más de 60 países necesitarán que se les cancele toda la deuda, y esa cancelación no se debe socavar ligándola a la aplicación de políticas económicas perjudiciales.[245]

Se debe establecer un proceso justo y transparente, independiente de acreedores como el Banco Mundial y el FMI, para juzgar qué deudas puede afrontar un país pobre. No se puede pedir a Bangladesh el pago de la deuda cuando tiene 50 millones de habitantes que viven con menos de un dólar al día. El proceso debe reconocer que muchas deudas son ilegítimas y no se deben pagar. Suráfrica, por ejemplo, ha gastado cientos de miles de dólares en el pago de las deudas contraídas por el régimen racista del apartheid, un dinero que debería emplearse mejor en hacer frente al legado de pobreza y desigualdad que dejó aquel sistema. Según estimaciones de la Campaña del Jubileo, unos 11.700 millones de dólares de la actual deuda externa de Suráfrica son intereses de los préstamos de la era del apartheid.

El mundo en desarrollo necesita mucha más ayuda, y que esa ayuda se gaste mejor. Incluso con las promesas hechas en 2005 en Gleneagles, la ayuda de los países ricos sólo alcanzará el 0,36% de su renta en el año 2010, el mismo porcentaje que en 1987 y tan sólo la mitad del compromiso del 0,7%. Los países ricos deben aumentar su ayuda para alcanzar el 0,7% en 2010 como muy tarde.

Incluso con las promesas hechas en 2005 en Gleneagles, la ayuda de los países ricos sólo alcanzará el 0,36% de su renta en el año 2010, el mismo porcentaje que en 1987.

Además, el dinero se debe gastar mucho mejor. Como muestra el ejemplo del DFID en Malawi, los países ricos pueden tener un gran impacto en la creación de servicios públicos en los países pobres, pero no lo tienen cuando desperdician el dinero en consultorías superfluas, o insisten en que la ayuda se gaste en sus propias exportaciones o cuando gastan demasiado dinero en proyectos en lugar de destinarlo a los sistemas. En países en los que existe un claro compromiso de lucha contra la pobreza, los donantes deben aumentar la cantidad de dinero que destinan a apoyar directamente los planes y presupuestos del gobierno. Deben coordinarse mejor para minimizar la carga de trabajo sobre el personal ya sobrecargado de los países pobres. También deben comprometerse a largo plazo, de manera que los gobiernos puedan formar y pagar la gran cantidad de profesores y personal sanitario adicional que necesitan. Deben ampliar y financiar por entero la Iniciativa Vía Rápida de Educación para Todos y el Fondo Global para la Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, y asegurar que con estas iniciativas se apoya también a los gobiernos y a los sistemas públicos. Por último, deben acabar de una vez por todas con la práctica de imponer a los países en desarrollo la aplicación de políticas económicas perjudiciales, como privatizaciones inapropiadas o una liberalización comercial rápida e indiscriminada, como requisito previo para recibir ayuda.

El monopolio del FMI para determinar cuáles son las 'políticas económicas acertadas' se tiene que acabar. El FMI debe garantizar que no impone a los países en desarrollo restricciones excesivas al gasto estatal que puedan menoscabar sus esfuerzos por ampliar los servicios sanitarios y educativos.

Acabar con el cobro a los usuarios

Dado el peso de la evidencia, el Banco Mundial debe utilizar su considerable influencia –por ejemplo, es el mayor donante del sector sanitario en África– para apoyar activamente la eliminación del cobro de la sanidad y la educación a los usuarios. Después de todo, fue el Banco el que abogó inicialmente por el cobro de los servicios como parte de sus programas de ajuste estructural de los años 90. Posteriormente, en 2003 el Banco renegó de ello y ahora dice que está ayudando a que los países en desarrollo encuentren alternativas.[245]

Hay, sin embargo, pocas evidencias de que en la práctica el Banco esté aplicando realmente este discurso. La política reciente del Banco ha reiterado la opinión de que el cobro a los usuarios es una reforma necesaria en África.[246] En Uganda, el Gobierno eliminó el cobro de los servicios sanitarios a pesar de que el Banco Mundial dijo que la medida tendría un impacto mínimo en la asistencia a hospitales y clínicas. Los acontecimientos posteriores mostraron que el Gobierno de Uganda hizo bien en ignorar al Banco.[247]

Conclusión

Imaginemos un mundo en el que por primera vez en la historia todos los niños y niñas van a la escuela. Todas las mujeres pueden dar a luz con las mejores garantías de que ni ellas ni sus bebés van a morir. Todo el mundo puede beber agua sin poner en riesgo su vida. Millones de nuevos profesionales sanitarios y profesores se dedican a salvar vidas y formar mentes.

Con los Objetivos de Desarrollo del Milenio los gobiernos del mundo han creado una plataforma y una forma de evaluar su compromiso para acabar con la pobreza en el mundo. Sabemos cómo hacerlo: liderazgo político, actuación de los gobiernos y servicios públicos apoyados por una ayuda de los países ricos flexible y a largo plazo, y por la cancelación de la deuda. Sabemos que el mercado solo no puede hacerlo, que la sociedad civil está rellenando algunos huecos, pero que los gobiernos tienen que actuar. No hay atajos y no hay otro camino.

Para llegar allí, los gobiernos de los países pobres deben cumplir sus responsabilidades, sus ciudadanos deben presionarles para que lo hagan y los países ricos deben apoyarles y no entorpecerles. En palabras de Nelson Mandela:[248]

> *'La pobreza no es algo natural. Ha sido generada por el hombre y puede ser superada y erradicada por las actuaciones de los seres humanos. Y acabar con la pobreza no es un gesto de caridad. Es un acto de justicia. Es la protección de un derecho humano fundamental, el derecho a la dignidad y a una vida decente. Mientras persista la pobreza, no habrá libertad'.*

página opuesta
Un niño y una niña del barrio Villa Potosi en Cochabamba, Bolivia. La comunidad local se ha organizado por su cuenta para construir las infraestructuras de agua y saneamiento, con la esperanza de que podrán conectarlas al sistema que da servicio al resto de la ciudad.

Notas

1 Ver Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas, Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos del Niño; y Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, Comentario General Nº 15: El Derecho al Agua (Artículos 11 y 12 del Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales). El derecho al agua potable se incluye en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1958) y en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 (Artículo 24).

2 Calculado a partir de varios estudios en los que se hace una estimación de los costes globales por sector. Educación: se necesitan 10.000 millones de dólares anuales de ayuda exterior adicional para lograr la Educación Primaria Universal (p.e. ver Doney y Wroe, 2006). Atención sanitaria básica: Según estimaciones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud se necesitan 21.000 millones de dólares anuales en ayuda exterior adicional (OMS 2001). Toubkiss calcula a partir de varios estudios que para conseguir los ODM en agua y saneamiento se necesitan 15.000-20.000 millones de dólares en inversiones adicionales cada año (Toubkiss 2006, pág. 7).

3 Asociación de la Industria de Comida Enlatada, septiembre de 2004. www.cannedfood.org (consultada por última vez en agosto de 2006).

4 La meta de paridad de género no se ha cumplido en 94 países de los 149 de los que hay datos disponibles (UNESCO 2006).

5 E. Gómez Gómez 2002.

6 PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano 2005.

7 Organización Mundial de la Salud (a).

8 Ibid.

9 Malkin 2006.

10 Organización Mundial de la Salud (a).

11 Malkin 2006.

12 Watkins 2006.

13 Ibid.

14 WaterAid 2005a.

15 Organización Mundial de la Salud (b).

16 ONUSIDA/OMS 2005.

17 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas 2005b.

18 ONUSIDA 2004, pág. 40.

19 UNICEF (a).

20 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas 2005a.

21 Excepto para los países del Este Asiático y los países europeos del CIS, que partían de unas tasas de matriculación del 90% o superiores. Naciones Unidas 2005.

22 UNESCO 2005b.

23 Educación para Todos y la Declaración de Jomtien proporcionan una nueva visión global para la educación básica y un compromiso mundial para lograrla (UNESCO (b)). El Marco para la Acción de Dakar, acordado

en 2000, traza nuevas formas de trabajo y procedimientos para que los gobiernos y la comunidad internacional avancen hacia el cumplimiento de este compromiso (UNESCO (a)). Los ODM proporcionan objetivos y metas cuantificables para medir los avances y los éxitos, y el reconocimiento de que para lograr la Educación para Todos se requiere un trabajo conjunto de los gobiernos de los países en desarrollo y de los donantes internacionales.

24 La Declaración Universal de los Derechos Humanos dice: *'Todo el mundo tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en las etapas elementales y fundamentales'* (Artículo 26). Además, la Declaración Mundial de Educación para Todos, la Convención de los Derechos del Niño y la Convención sobre Discriminación contra las Mujeres reconocen la importancia fundamental de la 'educación para todos'.

25 La Iniciativa Vía Rápida se estableció para que ningún país que se comprometiera seriamente con la Educación para Todos se viera limitado por falta de financiación (World Bank (a)).

26 UNESCO (2005) Informe Mundial de Seguimiento de Educación para Todos. UNESCO: París, pág. 319.

27 PNUD 2005c.

28 Davey 2000.

29 La comparación se realiza en base a dos clasificaciones. La primera corresponde a los servicios esenciales, que se determina por los resultados con respecto a cuatro indicadores sociales: supervivencia infantil (tasa de mortalidad en menores de cinco años por cada 1.000 habitantes, 2003); escolarización (tasa neta de matriculación en la escuela primaria, 2002/03); acceso al agua (porcentaje de población con acceso a agua potable, 2002); y acceso a servicios de saneamiento (porcentaje de población con saneamiento, 2002). El segundo corresponde al nivel de renta: los países se clasifican de acuerdo con su renta *per cápita* (PIB en paridad de poder adquisitivo, base de datos de Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, 2004). De esta manera se puede comparar el grado de consecución de los países en el suministro de servicios esenciales con su renta. El índice es un instrumento indicativo con fines sólo de comparación, aunque se ha extremado el cuidado al cruzar los datos de los países para obtener unos resultados fiables, la clasificación es muy sensible a la fiabilidad de los datos y no tiene poder explicativo. En cuanto al origen de los datos, ver:

www.childinfo.org/areas/childmortality/u5data.php (UNICEF);

http://hdr.undp.org/statistics/data/indicators.cfm?x=117&y=1&z=1 (PNUD);

www.childinfo.org/areas/water/countrydata.php (UNICEF);

www.childinfo.org/areas/sanitation/countrydata.php (UNICEF)

(consultado por última vez por el autor en agosto de 2006).

30 Esta sección se apoya en Colclough 1997 y Sen 1999.

31 Public Services International Research Unit 2003.

32 Ibid.

33 PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano 2005, pág. 58.

34 Ibid.

35 Seleccionados por regiones por sus logros rápidos y por encima de la media en salud y educación. Para más detalles sobre la forma de seleccionar los países ver Mehrotra y Jolly (eds.) 1997, capítulo 2.

36 Los periodos en los que se han producido avances importantes en la reducción de la mortalidad en menores de cinco años, se encuentran entre los años 40 y los 90. Para más detalles ver Mehrotra y Jolly (eds.) 1997, pág. 66.

37 Todos los países estudiados partían de tasas de matriculación superiores a las medias regionales. En los años 80 todos ellos habían alcanzado tasas de matriculación cercanas al 100% en la enseñanza primaria, tanto para niñas como para niños, y tasas superiores a la media en la enseñanza secundaria, también para niñas y para niños. Para más detalles ver Mehrotra y Jolly (eds.) 1997, pág. 88.

38 Informe sobre Desarrollo Mundial 2004, pág. 59.

39 Ibid.

40 Melrose 1985, y Garfield y Williams 1989.

41 Ver, por ejemplo, Mehrotra y Jolly (eds.) 1997. Los autores seleccionaron entre una amplia muestra de países en desarrollo aquellos que tenían de manera continuada indicadores de salud y de educación más elevados que sus respectivas medias regionales para la mayoría de los sectores. Los indicadores de resultados (desagregados por género) incluían tasas de mortalidad infantil, tasas de mortalidad materna, esperanza de vida al nacer, alfabetización de adultos y matriculación en la escuela primaria. Por tanto la actuación de los países podía no ser mejor en sentido absoluto, pero tenían buenos resultados en el contexto de su región.

42 Mehrotra 2004.

43 En Corea del Sur, la atención sanitaria se proporcionaba sobre todo a través de seguros privados, financiando el Estado la asistencia médica gratuita para los pobres.

44 Mehrotra y Jolly (eds.) 1997, pág. 432. En Kerala, por ejemplo, el 60% de las escuelas son empresas privadas. *'Kerala regula y controla estas escuelas privadas al pagar los salarios de todo el profesorado, sea privado o público. El Estado regula, inspecciona y controla todas las escuelas privadas para garantizar la calidad y el cumplimiento de los estándares'*.

45 Ver Rannan-Eliya y Somanathan 2005. El estudio incluía sistemas nacionales de seguros sanitarios en Japón, Corea, Taiwan, Tailandia y Mongolia; sistemas sanitarios sin cobertura universal y financiados a través de los impuestos en Bangladesh, Indonesia, India y Nepal; sistemas sanitarios 'de transición' en China y Vietnam; y sistemas universales financiados a través de los impuestos en Sri Lanka, Malaisia y Hong Kong.

46 En Sri Lanka, Kerala y Zimbabue, el descenso de la mortalidad parece haberse conseguido inicialmente a pesar de una baja cobertura en los sectores de agua y saneamiento. Ver Mehrotra y Jolly (eds.) 1997, pág. 81.

47 Herz y Sperling 2004, pág. 85.

48 Ibid., pág. 87.

49 Ver Bennell 2004, pág. 18.

50 Ndong-Jatta, A.T. (2002) *'Providing Quality Basic Education for All: A New Focus'*, presentación del ministro de Educación de Gambia, 11 de junio de 2002. Mencionado por Herz y Sperling, 2004, pág. 61.

51 El gasto en sanidad y educación variaba entre el 5 y el 8% del PIB, siendo mayor el gasto *per cápita* en todos los países, muy por encima de sus respectivas medias regionales.

52 Tasa neta de matriculación en la escuela primaria. Herz y Sperling 2004, pág. 75, pág. 87.

53 El porcentaje del presupuesto nacional destinado a educación se elevó desde el 22% al 31% en 1999, reduciendo al mismo tiempo el presupuesto de defensa. Herz y Sperling 2004, pág. 87.

54 El cobro a los usuarios se eliminó hacia el final del periodo 2000/01. La atención no hospitalaria a los pacientes se incrementó en un 84% entre 2000/01 y 2002/03, doblándose en algunos distritos. Yates *et al*. 2006, pág. 347.

55 Deininger y Mpuga 2004.

56 International AIDS Society 2005.

57 Esto se consiguió porque Brasil fue capaz de producir su propio ARV genérico para mantener bajo el precio de los medicamentos. Sin embargo, esto sólo ocurre en el caso de los medicamentos de primera generación. Los de segunda generación, necesarios para contrarrestar la resistencia a los primeros después de un tratamiento prolongado, se ven seriamente amenazados por el elevado coste de los ARV de marca.

58 Ver Chequer 2005.

59 Ver Maltz 2005, págs. 29-36.

60 Departamento de Suministro de Agua Potable, Ministerio de Desarrollo Rural, Gobierno de la India, 2004. *Total Sanitation Campaign*. http://ddws.nic.in/tsc-nic/html/index.htm.

61 Ver Santiago 2005.

62 Narayan *et al*. 2000.

63 En Yemen, la alfabetización de mujeres adultas en 2003 era del 31%. OMS, http://www.emro.who.int/emrinfo/index.asp?Ctry=yem (consultada por última vez por el autor en abril de 2006).

64 Según la OMS, en 2003 sólo el 28% de los partos fueron atendidos por personal cualificado. http://www.emro.who.int/emrinfo/index.asp?Ctry=yem (consultada por última vez por el autor en abril de 2006).

65 La malnutrición infantil (en menores de cinco años) era del 38,1% en 1995. La tasa de mortalidad en menores de cinco años era de 114 por cada 1.000 nacimientos vivos en 2002 (OMS).

http://www.emro.who.int/cbi/PDF/MDG/Yemen/MDG%20Yemen%20Country%20Profile.htm (consultada por última vez por el autor en abril de 2006).

66 Bagash 2003.

67 Comunicación personal con miembros de Oxfam GB en 2005. Se ha solicitado el anonimato.

68 www.jctr.org.zm/bnb/may06.html.

69 USAID 2003, pág. 11.

70 Se refiere a médicos, personal de enfermería, comadronas y personal sanitario de apoyo (OMS 2006).

71 Basedo en cálculos de Oxfam.

72 El Foro de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Sanidad concluyó que el mayor cuello de botella en la lucha contra el SIDA es la acuciante falta de personal sanitario (mencionado en UNAIDS 2005).

73 La Iniciativa Vía Rápida de Educación para Todos indica como referencia para la escuela primaria un profesor o profesora por cada 40 niños y niñas. Ver Banco Mundial 2004.

74 En base al estudio *Joint Learning Initiative* (2004) un mínimo de 2,5 profesionales sanitarios por cada 1.000 habitantes, o 400 personas por cada profesional sanitario.

75 Liberia, Uganda, República Centroafricana, Malí, Chad, Eritrea, Etiopía, Ruanda, Somalia y Gambia. Cálculos de Oxfam, 2006. Basados en datos de *Joint Learning Initiative* 2004.

76 *Joint Learning Initiative* 2004.

77 Anthony Harries, Ministerio de Sanidad de Malawi, asesor técnico en asistencia y apoyo sobre VIH. Citado en Nolen 2005.

78 Nolen 2005.

79 Dovlo y Nyonator 1999.

80 *Joint Learning Initiative* 2004, pág. 28.

81 La capacidad de las familias de pagar los servicios se diferencia en base a ingresos, género y otros factores. Cuando las mujeres y las niñas tienen una posición baja en la sociedad, el que las familias tengan que pagar significa con frecuencia que las mujeres y las niñas tengan muchas menos probabilidades de acceder a los servicios. Ver de Vogli y Birbeck 2005.

82 Ver Gilson 1997.

83 Estudio de Bentaoet-Kattan (2005), para la UNESCO 2006.

84 En países de renta baja hasta el 70% del gasto sanitario sale del bolsillo de los ciudadanos para pagar a proveedores privados (Banco Mundial 2005, pág. 90). Por ejemplo, en Nigeria, Camboya e India el gasto en sanidad privada es al menos el 70% del gasto sanitario nacional (ver Vyas y Palmer 2005).

85 En Nigeria, la mortalidad materna en la región de Zaria aumentó en un 56%, al tiempo que el número de partos atendidos en el hospital principal descendía en un 46%. Nanda 2002, pág. 129.

86 Nair, Kirbat y Sexton 2004.

87 En Philips *et al*. 2004.

88 Ibid.

89 Médicos Sin Fronteras 2004.

90 Belli *et al.* 2002.

91 Comunicación personal al autor, abril de 2006.

92 Ver Koblinsky 2003, pág. 2.

93 Collingnon y Vezina 2000, en Moran y Batley 2004.

94 McIntosh 2003, pág. 47.

95 Ambos en Vyas y Palmer 2005.

96 Rose y Akyeampong 2005.

97 Calaguas 2005.

98 DFID (documento sin publicar).

99 Entre 1998 y 2002, la contribución de la educación a la renta nacional (PIB) aumentó en aproximadamente dos terceras partes de los países de los que se dispone de datos (UNESCO 2006). Entre 1990 y 2002, el gasto en educación aumentó desde una media del 12% al 14% del presupuesto estatal; esta tendencia fue más acusada en África subsahariana, el sur de Asia, Europa y Asia central (Banco Mundial 2005).

100 En América del Norte y Europa occidental, el presupuesto estatal para educación rara vez alcanza el 15% del presupuesto nacional; en más de la mitad de los países de África subsahariana de los que se dispone de datos se sobrepasa este nivel. UNESCO 2006.

101 Según diversos estudios, conseguir que cada niño y cada niña en todo el mundo vayan a una escuela primaria de calidad costaría entre 7.000 y 17.000 millones de dólares al año (Delamonica, Mehrotra y Vandemoortele 2001; UNESCO 2002; Oxfam Internacional 2001; Devarajan, Miller y Swanson 2002; Bruns, Mingat y Rakotomalala 2003; y Sperling 2003, todos citados en PNUD 2005c). Según la Campaña Mundial por la Educación (2005), la ayuda para educación básica debería alcanzar al menos 10.000 millones de dólares en 2010, o en torno al 20% de los 48.000 millones de dólares prometidos por el G8 en 2005.

102 Por ejemplo, entre 1990 y 2002 en los países de renta baja el gasto estatal en sanidad aumentó del 5% al 7%. Banco Mundial 2005b, pág. 90.

103 Según la Comisión sobre Macroeconomía y Sanidad, las actuaciones sanitarias básicas costarían como mínimo unos 34 dólares por persona al año. La Comisión calcula que los países menos adelantados podrían movilizar en torno a 15 dólares por persona y año en 2007, quedando una brecha de 19 dólares por persona y año. Ver OMS 2001, pág. 11.

104 Los gráficos se refieren a todas las inversiones, ayuda, impuestos e inversiones privadas. Según diferentes estimaciones, la financiación total varía entre 9.000 y 30.000 millones de dólares al año. Sin embargo, si se analizan las estimaciones sobre parámetros comparables, hay un rango mucho menor en torno a unos 10.000 millones de dólares al año para proporcionar servicios de agua y saneamiento de bajo coste a personas que actualmente carecen de ellos, y otros 15.000-20.000 millones de dólares para mantener los servicios ya existentes y mejorar su calidad. Si se incluyen la recogida y tratamiento de las aguas residuales domésticas y el mantenimiento de la gestión integrada del agua, la estimación aumenta hasta los 80.000 millones de dólares. Toubkiss 2006, pág. 7.

105 El coste estimado de las actuaciones sanitarias básicas en los países menos adelantados se sitúa en torno al 10% del PIB, y los ingresos procedentes de los impuestos en torno al 14% del PIB. OMS 2001, pág. 57.

106 De los 36 países del mundo con un gasto militar superior al presupuesto para sanidad o para educación y de los que se dispone de datos, estos 10 ocupan la peor posición en el Índice de Desarrollo Humano. Datos del PNUD 2005a.

107 Los hospitales y las universidades son una parte necesaria de los servicios esenciales. Las universidades forman a los médicos y al personal de enfermería, y a menudo los pobres también utilizan los hospitales de las ciudades y de los distritos. El problema se produce cuando se gasta demasiado dinero público en servicios que sólo utilizan una minoría. Por ejemplo, un sólo hospital de referencia especializado situado en una ciudad se puede llevar hasta el 20% de todo el presupuesto del Estado, mientras que el mapa de las enfermedades en muchos países en desarrollo indica la necesidad de priorizar el gasto en centros de salud rurales y hospitales de distrito para atender las necesidades sanitarias de la mayoría.

108 De los 21 países de los que se dispone de datos, sólo seis (Sri Lanka, Nicaragua, Colombia, Costa Rica, Honduras y Argentina) gastaban lo mismo o más en servicios de salud para la quinta parte más pobre de la población que en servicios para la quinta parte más rica. De los 35 países de los que se dispone de datos, sólo cuatro (Colombia, Jamaica, Rumania y Costa Rica) gastaban lo mismo o más en educación para la quinta parte más pobre de la población que en servicios para la quinta parte más rica. Basado en el gasto total en sanidad y en educación, Filmer 2003 en Banco Mundial 2004a, pág. 39.

109 Informe sobre Desarrollo Mundial 2006. Washington, DC: Banco Mundial.

110 Paxson y Schady 2005.

111 Banco Mundial, Informe sobre Desarrollo Mundial 2006.

112 WaterAid Nepal 2002/2004 y WaterAid 2006.

113 PNUD 2005a.

114 PNUD 2005a.

115 PNUD 2005a.

116 La persona entrevistada pidió el anonimato.

117 Por ejemplo, actualmente el Banco Mundial está investigando malas prácticas en 43 contratos vinculados con siete de sus proyectos en Camboya, y ha encontrado distintos tipos de corrupción que incluyen la

petición y aceptación de sobornos, la fijación de precios y connivencia para manipular ofertas e inflar los precios de compra. Ver http://web.worldbank.org (consultada por última vez por el autor en julio de 2006).

118 Elshorst y O'Leary 2005.

119 Informe sobre Desarrollo Humano 2004.

120 Transparency International, Informe *Global Corruption 2006*.

121 Meier y Griffin 2005.

122 Informe *Global Corruption*.

123 Kessler y Alexander 2003.

124 Barrientos 2000.

125 Es poco probable que las altas tasas de cesárea se deban a petición de las pacientes. En una clínica privada donde el 70% de las mujeres habían sufrido cesárea, sólo el 18% la habían pedido. Murray 2000.

126 Hao *et al.* 1997, citado en Mehrotra y Delamonica 2005, pág. 155.

127 *Public Services International Research Unit* (PSIRU) 2002.

128 Kruse y Ramos 2003. La privatización de la empresa municipal de agua SEMAPA fue condición de un préstamo en 1996 y del alivio de la deuda en el marco de la iniciativa HIPC en 1997.

129 El consorcio Aguas del Tunari (AdT) estaba dirigido por *International Water Limited,* una empresa que es propiedad conjunta de la multinacional estadounidense Bechtel y la empresa italiana de energía Edison.

130 Citado en varias fuentes, incluyendo Palast en el *Guardian* (2000). www.guardian.co.uk/Archive/Article/0,4273,4010929,00.html (consultada por última vez por el autor en julio de 2006).

131 Las informaciones sobre subidas bruscas de precios varían desde el 35% (e.g. Palast 2000) hasta el 300% (Kruse y Ramos 2003). Según Braun (2004) la subida media de los precios del agua es del 51%.

132 Alexander 2005, pág. 19.

133 Hay numerosas informaciones sobre los disturbios, incluyendo Kruse y Ramos 2003.

134 En febrero de 2002, AdT presentó una queja ante el Centro Internacional para la Resolución de Diferencias sobre Inversiones del Banco Mundial, basándose en un acuerdo bilateral sobre inversiones entre Bolivia y los Países Bajos, en el que hizo acto de presencia la filial de Bechtel, International Water Co. AdT y Bechtel pedían 25 millones de dólares por daños derivados de la ruptura de su contrato multimillonario de 40 años de duración. Ver Alexander (2005, pág. 19).

135 International Water y Sanitation Centre 2006.

136 Lethbridge 2002, pág. 19.

137 Estache y Rossi 2002, pág. 139.

138 Estache, Perelman y Trujillo 2005, pág. 21. Según un estudio reciente sobre el impacto de la privatización en la distribución, la mayor parte de los programas de privatización empeoraron la distribución de bienes e ingresos, al menos a corto plazo. Birdsall y Nellis 2002.

139 Estache 2004, pág. 10.

140 Bayliss 2001.

141 Hornblow, A., *'New Zealand's health reforms: a clash of cultures'*, *British Medical Journal*, http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/314/7098/1892.

142 Schick 1998.

143 IMF Public Private Partnerships, 12 de marzo de 2004.

144 Mehrotra y Delamonica 2005, pág. 165.

145 Esta crítica se basa en Watt, P. *'Comment on draft 2004 World Development Report'*, ActionAid, mayo de 2003.

146 Ver pág. 13 y pág. 107 del Informe sobre Desarrollo Humano 2004.

147 Wood 2005a. Las condiciones se presentan bajo una variedad de formas, desde las más fuertes (acciones prioritarias) a las más débiles (puntos de referencia). Todas tienen una influencia en la política del país.

148 EURODAD 2006, pág. 3.

149 HIPC es ahora la Iniciativa Multilateral para el Alivio de la Deuda.

150 '… a más de la mitad de los países que han alcanzado el Punto de Decisión, para alcanzar el Punto de Culminación se les requerirá (o se les ha requerido) la aplicación de reformas que conciernen a la asociación público-privada, la comercialización o la total privatización de las empresas públicas '. Campaña Jubileo sobre Deuda (próxima publicación).

151 Mehrotra y Delamonica 2005, pág. 165.

152 Un objetivo incluido en la Estrategia de Desarrollo del Sector Privado 2002. Mehrotra y Delamonica 2005, pág. 165.

153 Ibid., pág. 166.

154 Ibid.

155 'Cuando empresas privadas hacen un préstamo o invierten en un proyecto de agua en un país deudor, la garantía del Banco promete a las empresas privadas compensación frente a ciertas pérdidas si, bajo condiciones específicas, el deudor no cumple sus obligaciones'. Kessler 2004, pág. 8.

156 Cliff Stone, el director ejecutivo británico de *City Water,* 'aceptó que el proyecto iba muy retrasado conforme a lo previsto y que no se había instalado ninguna nueva conducción, pero argumentaba que la calidad y la cantidad del agua habían mejorado y que se habían inscrito 10.000 nuevos clientes en los dos últimos meses'. Vidal 2005.

157 La propuesta inicial de privatización no atrajo a ningún licitador pero a Tanzania se le proporcionó en cualquier caso el alivio de la deuda. La presión del Banco Mundial para que se privatizara DAWASA continuó mediante un proyecto de 143 millones de dólares que finalmente tuvo como resultado la adjudicación de un contrato a City Water –una asociación entre Biwater, Gauff (una empresa de ingeniería alemana) y la empresa de Tanzania Superdall– para proporcionar servicios en Dar es Salaam y la región circundante. City Water demandó al Gobierno de Tanzania alegando la ruptura del contrato. Greenhill y Weklya 2004; Vidal 2005, http://www.guardian.co.uk/hearafrica05/story/0,15756,1491600,00.html (consultada por última vez por el autor en abril de 2006).

158 Birdsall y Nellis 2002.

159 Hall y de la Motte 2005.

160 Greenhill y Weklya 2004.

161 Vidal 2005. *Adam Smith International* es una organización hermana del *thinktank* británico sobre liberalización de mercados *Adam Smith Institute.*

162 La política sobre condicionalidad del Ministerio de Desarrollo Internacional británico dice explícitamente que no se debe buscar la privatización imponiendo condiciones a la ayuda (ver DFID 2005b). En un documento de 2003, la CE concluía que la privatización de servicios públicos y de otras empresas

propiedad del Estado había sido impulsada 'sin considerar todas las opciones' y que la Comisión la había apoyado al vincular su ayuda a programas del Banco Mundial y del FMI en los que la privatización era una condición (ver Comisión de las Comunidades Europeas 2003). El nuevo Gobierno de Noruega ha afirmado que 'la ayuda noruega no debe dirigirse a programas que incluyan requerimientos de liberalización y privatización' (ver partido Laborista de Noruega 2006).

163 Sondorp 2004.

164 Vyas y Palmer 2005.

165 Rose y Akyeampong 2005; y BRAC 2005.

166 Palmer y Mills (2006).

167 Ibid.

168 Ibid.

169 Education International (2005).

170 BBC News (2005) *'UK Crippling Africa Healthcare'*, http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/4582283.stm (consultada por última vez por el autor en marzo de 2006).

171 *Joint Learning Initiative* 2004.

172 Mehrotra 2004b.

173 Banco Mundial 2005b.

174 Dugger, C. *'U.S. plan to lure nurses may hurt poor nations'*, *New York Times*, 24 de mayo de 2006.

175 OCDE/CAD 2005a.

176 Oxfam Internacional 2006.

177 Los datos se refieren a la ayuda en 2004 para educación básica, atención sanitaria básica, salud reproductiva y suministro de agua y saneamiento. Se trata de la ayuda prometida, no de la desembolsada. Los cálculos están hechos como porcentaje de la ayuda total, no de la ayuda sectorial, lo que deja en desventaja a donantes como el DFID, que ahora canalizan buena parte de la ayuda destinada a servicios sociales básicos a través del apoyo presupuestario. Los datos pueden también sobreestimar la ayuda dirigida a servicios básicos, ya que se utiliza un criterio más amplio para suministro de agua y saneamiento que que el empleado por Oxfam Internacional en su definición de servicios esenciales. Base de datos de OCDE/CAD, consultada el 2 de marzo de 2006. http://www.oecd.org.

178 Bokhari, Gottret y Gai (2005) *'Government Health Expenditures, Donor Funding and Health Outcomes'* citado en Banco Mundial 2006, pág. 61. El estudio sugiere que la inestabilidad de la ayuda impone una restricción significativa a la capacidad de los gobiernos para gastar eficazmente el presupuesto de sanidad.

179 En 2001/02 en torno al 53% de la ayuda para las necesidades de agua y saneamiento se destinó a sólo diez países, de los cuales sólo cuatro eran países de renta baja. En conjunto, los países que se vieron favorecidos con cantidades relativamente elevadas de ayuda para agua y saneamiento recibieron 447 dólares por persona sin servicio, mientras que los países de renta baja más necesitados recibieron sólo 16 dólares por persona sin servicio. Tearfund 2004.

180 Está previsto que durante los próximos cinco años 1,8 millones de personas reciban el tratamiento antirretroviral gracias a los recursos del Fondo Global. Más de un millón de huérfanos recibirán apoyo a través de servicios médicos, educación y atención comunitaria. Sitio web del Fondo Global (consultado por última vez por el autor el 5 de mayo de 2006). www.theglobalfund.org/en/about/aids/default.asp.

181 Ibid.

182 Sitio web del Fondo Global: http://www.theglobalfund.org/en/files/about/replenishment/replenishment_pledges_2006_2007.pdf.

183 'De hecho, ahora en el Banco nos sentimos bastante avergonzados ante una serie de países que están listos para acceder a Educación para Todos, no tienen el dinero, pero sí muy buenos planes que están bien integrados y cuentan con apoyo, y nos dicen, "Bien, ya hemos hecho lo que nos habéis pedido, ¿dónde está el dinero?"'. Banco Mundial, Reunión de Primavera, 2004, conferencia de prensa de James D. Wolfensohn. Washington, DC, 22 de abril 2004. http://web.worldbank.org.

184 Informe de avances preparado para el encuentro de EFA-FTI, diciembre de 2005. Washington, DC: FTI Secretariat. www.fasttrackinitiative.org.

185 Ver, por ejemplo, el comunicado de prensa de Oxfam Internacional *'Zambia uses G8 debt cancellation to make health care free for the poor'*, 31 de marzo de 2006, y http://allafrica.com/stories/200603310782.html.

186 ActionAid International 2005, pág. 21.

187 Conocida como la Enfermedad Holandesa porque Holanda experimentó un descenso de su competitividad a raíz del descubrimiento y posterior exportación de sus reservas de gas natural en los años 60.

188 Foster y Killick 2006.

189 OCDE/CAD 2005b.

190 Banco Mundial 2006, pág. 63.

191 Citado en Stillman y Bennett 2005.

192 Citado en WaterAid 2005b.

193 Banco Mundial 2005b, pág. 93.

194 La partida más cara de un sistema educativo es la destinada a salarios, que asciende a más del 70% de los costes de educación en la mayoría de los 47 países de renta baja estudiados por Bruns *et al.* in 2003.

195 Banco Mundial 2006, pág. 60.

196 Comunicación personal con el autor del informe, Richard Jolly, Institute of Development Studies, University of Sussex.

197 Comunicación personal con miembros de Oxfam GB.

198 'La Realidad de la Ayuda 2004/5', Intermón Oxfam, Madrid.

199 Base de datos de OCDE/CAD, consultada por última vez por el autor en agosto de 2006.

200 Stillman y Bennett 2005.

201 'El Fondo Global está desviando recursos humanos de otras enfermedades como la malaria hacia VCT [test voluntarios y asesoramiento sobre VIH/SIDA], donde hay fondos'. Representante de los donantes citado en Stillman y Bennett 2005.

202 Oxfam 2004.

203 Social Watch 2005.

204 Reis y Moore 2005.

205 Ibid.

206 *Equals* Nº 2, 2003, pág. 5. Newsletter for Beyond Access: Gender, Education and Development. agosto de 2003, Londres: Institute of Education.

207 Banco Mundial 2005a, pág. 22.

208 Burns *et al* 2005.

209 Adams 2001, pág. 2.

210 Herz y Sperling 2004.

211 Pitanguy 1994.

212 Chisholm y McKinney 2003, págs. 8-9.

213 Recopilación de datos de estadísticas de Naciones Unidas: http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/indwm/ww2005/tab6.htm (consultada por última vez el 4 de abril de 2006).

214 Joshi y Fawcett 2005.

215 En 1994 el Programa Presidencial introdujo la atención sanitaria gratuita para las mujeres embarazadas y los menores de seis años. Una evaluación nacional realizada en 1995 en 13 lugares, mostró incrementos en la utilización total de la sanidad entre el 20% y el 60% (Gilson 2003), y las mujeres embarazadas comenzaron a asistir antes a las instalaciones de antencion prenatal (McCoy 1996, en McIntyre *et al.* 2005). En 1996 el ministro de Sanidad anunció la atención sanitaria primaria gratuita. No se ha analizado de manera global el impacto de esta política, pero una evaluación en una provincia rural mostró 'aumentos bastante elevados en el uso de las instalaciones de atención primaria del sector público después de esta política, aunque en el caso del grupo más pobre el aumento fue inferior a la media' (comunicación personal del Dr. Jane Goudge, Centro de Política Sanitaria, a McIntyre *et al.* 2005).

216 Esta inversión cubriría los actuales ingresos procedentes del pago de los usuarios y el incremento que resultaría de una mayor tasa de utilización. Ver Save the Children 2005.

217 Los esquemas basados en seguros sanitarios comunitarios proporcionan cobertura médica básica que se paga mediante pequeños pre-pagos de los miembros de la comunidad. La diferencia es que en lugar de cobrar al usuario en el momento de utilizar el servicio se crea un fondo común con las contribuciones.

218 Al igual que en otros mecanismos de financiación comunitaria de la sanidad, en el esquema de Oxfam los ingresos procedentes de las cuotas de los miembros cubren el 80% del coste de las medicinas, pero sólo en torno al 30% del coste total del servicio. Por esta razón el esquema funciona con una subvención considerable de Oxfam y de otros donantes, y se considera una solución temporal hasta que el Estado se pueda hacer cargo de los costes de funcionamiento.

219 Por ejemplo, entre 1995 y 2002 Uganda experimentó con esquemas de seguros sanitarios comunitarios. Una serie de evaluaciones concluyeron que estos esquemas no cubrían sus costes, no llegaban a los miembros más pobres de las comunidades a las que daban servicio y eran parcialmente regresivos en el sentido de que utilizaban dinero público para subvencionar el acceso a servicios de los que en cierta medida tenían más recursos. Por todo ello, el Ministerio de Sanidad decidió no extender los esquemas de seguros, optando en su lugar por eliminar el cobro a los usuarios en los centros de salud públicos. Yates *et al* 2006, págs. 345-6.

220 Calaguas 2005.

221 Miranda 2005 en Balanyá *et al* 2005 (eds.).

222 Hallack, J. y M. Poisson (2005) 'Ethics and corruption in education', *Journal of Education for International Development*. http://www.equip123.net/JEID/articles/1/1-3.pdf.

223 *Global Corruption Report*, pág. 65.

224 Transparency International 2006, pág. 120.

225 Comunicación personal al autor del director de *Law Society* en Malawi.

226 Por ejemplo, ver Kane 2004, pág. 105.

227 Ver SIDA 2005.

228 Ver WaterAid 2005b.

229 Martin 1997.

230 Sumra 2004.

231 Public Services International Research Unit 2005.

232 Mugisha, Berg y Muhairwe (próxima publicación) citado en Calaguas 2005.

233 Transparency International 2006.

234 UNESCO 2005b, pág. 184.

235 Ver USAID 2003, pág. 26.

236 WaterAid 2005b.

237 Birdsall, Levine y Ibrahim 2005.

238 Por ejemplo, en Europa los ingresos del gobierno central suponían alrededor de una tercera parte del PIB, mientras que en las regiones más pobres (sur de Asia, África subsahariana, Oriente Medio/norte de África, etc.) la recaudación total de impuestos, incluyendo los aranceles comerciales y los impuestos indirectos, se sitúa generalmente en torno al 15% del PIB. Cobham 2005, págs. 6-8.

239 Baunsguaard, T. y M. Keen, 'Tax Revenue or Trade Liberalisation', Documento de trabajo del FMI, junio de 2005.

240 En Uganda, un análisis de proyectos del sector sanitario entre 1997-98 y 2002-03 mostró que eran muy ineficientes: el 68% fue a parar a gastos no incluidos en la Estrategia del Sector Sanitario, tales como asistencia técnica, creación de capacidad y gastos generales de los proyectos. Presentación de Rob Yates, asesor del Ministerio de Sanidad de Uganda, a Oxfam GB

241 Basado en una investigación conjunta para la OCDE/CAD sobre la experiencia de cinco años de apoyo presupuestario en Burkina Faso, Malawi, Mozambique, Nicaragua, Ruanda, Uganda y Vietnam. Universidad de Birmingham (próxima publicación). Se puede encontrar un resumen de la investigación en: www.oecd.org/dataoecd/16/31/36644712.pdf (consultada por última vez por el autor en mayo de 2006). Otros estudios que muestran ventajas significativas del apoyo presupuestario bajo condiciones políticas adecuadas incluyen *High Level Forum on Health* (2003) y EQUINET (2004).

242 Lawson *et al.* 2005.

243 Merlin 2005, págs. 32-33.

244 DFID 2004, págs. 3-7.

245 'El Banco Mundial no apoya el cobro de la educación primaria y de los servicios básicos de salud a los pobres. El acceso a estos servicios básicos es fundamental para mejorar el bienestar de los pobres en los países en desarrollo. La experiencia muestra que, sobre todo en lo que respecta a la educación, el cobro a los usuarios restringe la capacidad de los pobres de enviar a sus hijos a la escuela. Además, el Banco apoya el suministro de servicios básicos de salud gratuitos y ayuda a los países a encontrar medios alternativos para financiar estas actuaciones'. Banco Mundial 2003.

246 *'Publicly subsidised care for all is not an affordable option for African governments.'* Banco Mundial 2004.

247 Un modelo previo del Banco Mundial había sugerido que el cambio de política tendría como resulado un incremento del 2,3% en el uso de los servicios. La realidad es que la eliminación del cobro a los usuarios de la atención sanitaria tuvo como resultado un incremento de aproximadamente el 80% en el uso del servicio. Comunicación personal de Yates al autor (2004).

248 Nelson Mandela (2005), discurso para la campaña *Make Poverty History*. http://news.bbc.co.uk/1/hi/uk_politics/4232603.stm.

Referencias

ActionAid International (2005) 'Contradicting Commitments: How the Achievement of Education for All is Being Undermined by the International Monetary Fund', http://www.actionaid.org/wps/content/documents/contradicting_1892005_104812.pdf (consultado por última vez por el autor en abril de 2006).

ActionAid International y Global Campaign for Education (2005) 'Educate to End Poverty — Why the UN Must Make Girls' Education its Number One Priority at the Millennium + 5 Summit', http://www.actionaidusa.org/pdf/educatetoendpovertypaper2.pdf (consultado por última vez por el autor en abril de 2006).

Adams, J. (2001) 'Women and social security: how far are we?' IDASA Budget Brief Nº. 75.

Alexander, N. (2005) 'The Roles Of The IMF, The World Bank, And The WTO In Liberalization And Privatisation Of The Water Services Sector', Citizens Network On Essential Services, Maryland, Estados Unidos.

Barrientos, A.(2000) 'Getting better after neo-liberalism — shifts and challenges of health policy in Chile', *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*, 94-11.

Bagash, T. (2003) 'Project Context and Policy Environment', documento para Oxfam GB en Yemen, octubre de 2003.

Balanyá, B. et al. (eds.) (2005) 'Reclaiming Public Water' Amsterdam: Transnational Institute and Corporate Europe Observatory, enero de 2005.

Banco Mundial (2006) *Global Monitoring Report 2006 — Millennium Development Goals: Strengthening Mutual Accountability, Aid, Trade and Governance*, Washington: Banco Mundial.

Banco Mundial (2005a) *Improving Women's Lives: World Bank Actions Since Beijing*, Washington, DC: Grupo sobre Género y Desarrollo del Banco Mundial.

Banco Mundial (2005b) *Global Monitoring Report 2005*, Washington: Banco Internacional para la Reconstrucción/Banco Mundial

Banco Mundial (2005c) 'World AIDS Day', www.worldbank.org/worldaidsday/charts.htm (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

Banco Mundial (2004a) *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*, Washington, DC: Banco Mundial.

Banco Mundial (2004b) 'EFA Fast-Track Initiative Framework,' www.worldbank.org/education/efafti/documents/Moscow/FTI_Framework_amended_with_gender_specific_outcomes_draft_P1.pdf (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

Banco Mundial Departamento de Evaluación de Operaciones (2002) 'Assessing the World Bank Water Resources Strategy', Washington DC: Banco Mundial.

Banco Mundial (a) 'Education for All Fast-Track Initiative', www.worldbank.org/education/efafti/ (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

Banco Mundial (2003) 'Issue Brief: User Fees', Washington DC: Banco Mundial.

Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC) Annual Report 2005, Dhaka, Bangladesh.

Bayliss, K. (2001) 'Water Privatisation In Africa, Lessons From Three Case Studies,' Public Services International Research Unit (PSIRU).

BBC News (2005) 'UK crippling Africa healthcare', http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/4582283.stm (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

Belli, P., Shahriari, H. y Curtio Medical Group (2002) 'Qualitative Study on Informal Payments for Health Services in Georgia', Banco Mundial Salud, Nutrición y Población, Documento de Discusión 2002.

Bennell, P. (2004) 'Teacher Motivation and Incentives in Sub-Saharan Africa and Asia', Brighton: Knowledge for Skills and Development.

Birdsall, N., Levine, R. y A. Ibrahim (2005) 'Toward Universal Primary Education: Investments, Incentives and Institutions' Nueva York: Millennium Project Task Force on Education and Gender Equality, pág. 137.

Birdsall, N. y J. Nellis (2002) 'Winners and Losers: Assessing the Distributional Impact of Privatization', Center for Global Development, Documento de Trabajo Nº. 6.

Braun, W. (2004) 'Campesinos vs oil industry', www.zmag.org, diciembre.

Bruns, B., Mingat, A. y R. Rakoomalala (2003), 'Achieving UPE by 2015: A chance for every child', Banco Mundial 2003.

Burnham, G. M., Pariyo, G., Galiwango, E. y F. Wabwire-Mangen (2004) 'Discontinuation of cost sharing in Uganda' en Boletín de la Organización Mundial de la Salud, marzo de 2004, vol. 82 (3).

Burns, J., Keswell, M. y M. Leibbrandt (2005) 'Social assistance, gender and the aged in South Africa' in *Feminist Economics* 11 (2).

Calaguas, B. (2005) 'Improving Water and Sanitation', documento de WaterAid para Oxfam GB.

Center for Global Development (2004) 'Millions Saved: Proven Successes in Global Health,' CGD Brief Vol. 3 (3), octubre de 2004, Washington, DC: Center for Global Health.

Chequer, P. (2005) 'Access to Treatment and Prevention: Brazil and Beyond,' presentación en International AIDS Society Third Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. www.ias-2005.org/planner/Presentations/ppt/3333.

Chisholm, L. y C. McKinney (2003) 'Reforms, Innovations and Approaches Used to Work with Teachers to Use Them as Change Agents and Facilitators of Gender Equality in Different Countries: Strengths and Limitations', portal sobre educación de UNESCO consultado el 4 de abril de 2006. http://portal.unesco.org/

Cobham, A. (2005) 'Taxation Policy and Development', OCGG Economy Analysis Nº. 2, Oxford: Oxford Council on Good Governance.

Colclough, C. (1997) *Marketising Education and Health in Developing Countries: Miracle or Mirage*, Oxford: Clarendon Press.

Comisión de las Comunidades Europeas (2003)) 'The Reform Of State-Owned Enterprises In Developing Countries With A Focus On Public Utilities: The Need To Assess All The Options'. Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo, Bruselas, junio de 2003.

Davey, S. (2000) *'Health: A Key to Prosperity. Success Stories in Developing Countries',* Ginebra: OMS, CDS.

Delannoy, F. y G. Sedlacek (2000) *Brazil: Teachers' Development and Incentives: A Strategic Framework*. World Bank Report 20408-BR. Washington, D.C.: Banco Mundial.

Deininger, K. y P. Mpuga (2004) 'Economic and Welfare Effects of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda', World Bank Policy Research Working Paper 3276, abril de 2004.

De Vogli, R. y G.L. Birbeck (2005) 'Potential impact of adjustment policies on vulnerability of women and children to HIV/AIDS in sub-Saharan Africa', *Journal of Health and Population Nutrition*, 23 (2):105–120.

DFID (2004) 'Improving Health in Malawi: Programme Memorandum November 2004', Londres: Department For International Development.

DFID (2005a) 'Non-State Providers of Basic Services — A DFID-Funded, Multi-Country Study', presentación en water network meeting, Londres, abril de 2005.

DFID (2005b) 'Partnerships For Poverty Reduction: Rethinking Conditionality'. http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/conditionality.pdf (consultado por última vez por el autor en abril de 2006).

Doney, M. y M. Wroe (2006) 'Keeping our promises: delivering education for all', Londres: HM Treasury and DFID.

Dovlo, D. y F. Nyonator (1999) 'Migration of graduates of the University of Ghana Medical School: a preliminary rapid appraisal', *Human Resources for Health Development Journal*, 1:42-54.

Education International (2005), 'Brain Drain: Rich Country Seeks Poor Teachers', Bruselas: Education International.

Elshorst, H.y D. O'Leary (2005) 'Corruption in the Water Sector: Opportunities for Addressing a Pervasive Problem', Transparency International. http://www.siwi.org/downloads/WWW-Symp/Corruption_in_the_water_sector_Elshorst.pdf.

EQUINET (2004) 'Ensuring universal treatment access through sustainable public health systems', EQUINET Documento de Discusión, febrero de 2004.

Ekman, B. (2004) 'Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence', *Health Policy and Planning*, 19 (5): 249-270.

Elson, D. y H. Keklik (2002) '*Progress of World's Women 2002: Vol. 2: Gender Equality and the Millennium Development Goals*', Nueva York: UNIFEM.

Estache, A. (2004) 'PPI Partnerships versus PPI Divorces in Developing Countries', Banco Mundial y la Universidad Libre de Bruselas, enero de 2005.

Estache, A., S. Perelman,y M. Trujillo (2005) 'Infrastructure Performance And Reform In Developing And Transition Economies: Evidence Form A Survey Of Productivity Measures', World Bank Policy Research Paper 3514, febrero de 2005.

Estache, A. y M. A. Rossi (2002) 'How different is the efficiency of public and private water companies in Asia?' *World Bank Economic Review*: 16(1); 139-148. IBRD, Washington DC.

EURODAD (2006) 'World Bank and IMF conditionality: a development injustice'. www.eurodad.org/articles/default.aspx?id=711.

Fondo Moneario Internacional (2004) 'Public-Private Partnerships', www.imf.org/external/np/fad/2004/pifp/eng/031204.htm (consultado por última vez por el autor en abril de 2006).

Foster, M. y T. Killick (2006) 'What Would Doubling Aid Mean for Macroeconomic Management in Africa?' Working Paper 264, Overseas Development Institute: Londres.

Garfield, R. G. y G. Williams (1989) *Health and Revolution: The Nicaraguan Experience*, Oxfam GB: Oxford.

Gilson, L. (2003) 'User Fees: the South African Experience', artículo presentado en el National Institute of Health, EE UU, www.fic.nih.gov/dcpp/ppts/gilson1.ppt (consultado por última vez por el autor en abril de 2006).

Gilson, L. (1997) 'The lessons of user fee experience in Africa', *Health Policy & Planning,* 12(4); 273-85.

Global Campaign for Education (2005) 'UN Millennium Summit Delivers Rhetoric without Commitment', documento presentado en la reunión del G8 de 2005. www.campaignforeducation.org.

Gómez Gómez, E. (2002) '*Gender Equity and Health Policy Reform in Latin America and the Caribbean*', Washington DC: Pan American Health Organization.

Greenhill, R. y I. Weklya (2004) 'Turning Off The Taps: Donor Conditionality And Water Privatisation In Dar Es Salaam, Tanzania', Londres, ActionAid International. www.actionaid.org.uk/wps/content/documents/ TurningofftheTAps.pdf (consultado por última vez por el autor en abril de 2006).

Gutierrez, E. y Y. Musaazi (2003) 'The changing meaning of reforms in Uganda: grappling with privatisation as public water services improve', WaterAid, mimeo.

Hall, L. y R. de la Motte (2005) 'Public resistance to privatisation in water and energy' en *Development in Practice*. Vol. 15 Nº. 3 y 4.

Herz, B. y G.B. Sperling (2004) *What Works in Girls' Education: Evidence and Policies from the Developing World*. Nueva York: Council on Foreign Relations.

High Level Forum on Health (2003) 'Harmonisation and MDGs: a perspective from Tanzania and Uganda'.

Human Development Report (2005) *International Co-operation at a Crossroads: Aid, Trade and Security in an Unequal World*, NuevaYork: PNUD.

International AIDS Society (2005) 'Fact Sheet: HIV/AIDS in Brazil and Latin America'. www.ias-2005.org/admin/images/upload/534.pdf (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

International Water and Sanitation Centre (2006) 'Bolivia, Cochabamba: public pressure forces Bechtel to drop water case', www.irc.nl/page/27840 (consultado por última vez por el autor en abril de 2006).

Joint Learning Initiative (2004) *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis*. Boston, MA: Harvard University Global Equity Initiative.

Joshi, D. y B. Fawcett (2005) 'The Role of Water in an Unequal Social Order in India' en Coles, A. y T. Wallace (eds.) *Gender, Water and Development* (2005), Berg, Oxford.

Jubilee Debt Campaign (de próxima publicación) 'Tightening the Leash or Loosening the Strings? The status of HIPC conditionality in 2006'.

Kane, E. (2004) 'Girls' education in Africa: what do we know about strategies that work?', Africa Human Development Working Paper Series, Washington DC: Banco Mundial.

Kessler, T. (2004) 'The Pros And Cons Of Private Provision Of Water And Electricity Service: A Handbook For Evaluating Rationales', Citizens' Network on Essential Services. www.servicesforall.org (consultado por última vez por el autor en abril de 2006).

Kessler, T. y N. Alexander (2003) 'Assessing The Risks In The Private Provision Of Essential Services', documento de discusión para el Grupo Técnico G-24, Citizen's Network on Essential Services, http://www.servicesforall.org/html/tools/assessing_risks.shtmlhtml (consultado por última vez por el autor en abril de 2006).

Koblinsky, M.A. (ed.) (2003) *Reducing Maternal Mortality: Learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica and Zimbabwe*, Washington, DC: Banco Mundial.

Kruse, T. y C. Ramos (2003) 'Water privatisation: doubtful benefits, concrete threats' en *Social Watch Report 2003*, Social Watch.

Lafer, G., Moss, H., Kirtner R. y V. Rees (2003) 'Solving the Nursing Shortage: Best and Worst Practices for Recruiting, Retaining and Recouping of Hospital Nurses. A Report Prepared for the United Nurses of America', AFSCME, AFL-CIO, Oregón: Labor Education and Research Center.

Lawson, A., Booth, D., Msuya, M., Wangwe S. y T. Williamson (2005) 'Does General Budget Support Work? Evidence from Tanzania', Londres: Overseas Development Institute.

Lethbridge, J. (2002) 'Forces and Reactions in Healthcare', PSIRU, diciembre de 2002.

Malkin, E. (2006) 'Big-time shift in facing water crisis', *New York Times*, 21 de marzo de 2006 www.iht.com/articles/2006/03/20/news/water.php (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

Maltz, H. (2005) 'Porto Alegre's water: public and for all' in Balanyá et al (eds) (2005) *Reclaiming Public Water*, Transnational Institute. enero de 2005.

Martin, B. (1997) 'From clientelism to participation — The story of "participatory budgeting" in Porto Alegre', www.publicworld.org/docs/portoalegre.pdf.

McIntosh, A.C. (2003) *Asian Water Supplies — Reaching the Poor*, Asian Development Bank, Manila and IWA Publishing, Londres.

McIntyre, D., Gilson. L. y M. Vimbayi (2005) 'Promoting Equitable Health Care Financing in the African Context: Current Challenges and Future Prospects', EQUINET Documento de Discusión Nº. 27, octubre de 2005.

Médecins Sans Frontières (2004) 'Burundi Deprived of Access to Healthcare'.

Mehrotra, S. (2004a) 'Improving Child Wellbeing in Developing Countries: What do we know? What can be done?', CHIP report Nº. 9.

Mehrotra, S. (2004b) 'Reforming Public Spending on Education and Mobilising Resources: Lessons from International Experience', *Economic and Political Weekly*, 28 de febrero de 2004.

Mehrotra, S. y E. Delamonica (2005) 'The private sector and privatisation in social services: is the Washington Consensus dead?' *Global Social Policy*, Vol. 5 (2).

Mehrotra, S. y P. Buckland (1998) 'Managing Teacher Costs for Access and Quality', UNICEF Staff Working Papers Nº. EPP-EVL-98-004, Nueva York, UNICEF.

Mehrotra, S. y R. Jolly (eds.) (1997) *Development With A Human Face — Experiences in Social Achievement and Economic Growth,* Clarendon Press: Oxford.

Meier, B. y M. Griffin (2005) *Stealing the Future: Corruption in the Classroom*, Berlín: Transparency International.

Melrose, D. (1985) *Nicaragua: The Threat of a Good Example*, Oxfam GB: Oxford.

Merlin (2005) 'Meeting the Health Millennium Development Goals in Fragile States', Conferencia de MERLIN-LSHTM sobre estados frágiles 23–24 de junio de 2005, Londres: Merlin.

Mills, A. (1995) 'Improving the Efficiency of Public Sector Health Services in Developing Countries: Bureaucratic versus Market Approaches', HEFP Documento de Trabajo.

Moran, D. y R. Batley (2004) 'Literature Review of Non-State Provision of Basic Services', documento encargado por el DFID al Governance Resource Centre, Universidad de Birmingham, Reino Unido.

Mugisha, S., Berg S.V. y W.T. Muhairwe (de próxima publicación) 'Using Internal Incentive Contracts to Improve Water Utility Performance: The Case of Uganda's NWSC', se puede encontrar en: http://bear.cba.ufl.edu/centers/purc/primary/documents/Using_Internal_Incentive_Contracts.pdf.

Murray, S.F. (2000) 'Relations between private health insurance and high rates of Caesarean section in Chile: a quantitative and qualitative study', en British Medical Journal.16 de diciembre de 2000; 321(7275):1501-5.

Nair, S. y P. Kirbat con Sexton, S. (2004) 'A Decade after Cairo — Women's Health in a Free Market Economy', Cornerhouse Briefing 31 de junio de 2004.

Nanda, P. (2002) 'Gender dimensions of user fees: implications for women's utilisation of health care', *Reproductive Health Matters* 2002; 10 (20) 127-134.

Narayan, D. y Patel, R., Schafft, K., Rademacher A. y S. Koch-Schulte (2000) *Voices of the Poor: Can Anyone Hear Us?* ' Nueva York, Publicado por el Banco Mundial, Oxford University Press.

National Water y Sewerage Corporation (NWSC) (2005) *Annual Report 2004-2005*, Kampala, Uganda: National Water and Sewerage Corporation.

Nolen, S. (2005) 'Deaths rob Malawi of warriors in its assault against AIDS', *Toronto Globe and Mail*, 21 de noviembre de 2005.

Norwegian Labour Party (2006) 'The Soria Moria Declaration on International Policy', www.dna.no/index.gan?id=47619&subid=0 (consultado por última vez por el autor en abril de 2006).

Nyonator, F.K., Awoonor-Williams, J.K., Phillips, J.F., Jones T.C. y R.A. Miller (2005) 'The Ghana Community-based Health Planning and Services Initiative for scaling up service delivery innovation', *Health Policy and Planning*, 2005, 20 (1): 25-34.

OCDE/CAD (2005a) Paris High-Level Forum on Aid Effectiveness, París, Francia, 2–3 de marzo de 2005.

OCDE/CAD (2005b) 'Survey on Harmonisation and Alignment: Overview of the Survey Results', www.oecd.org/dataoecd/31/37/33981948.pdf (consultado por última vez por el autor en abril de 2006).

OCDE/CAD Base de datos www.oecd.org/document/31/0,2340,en_2649_34485_33764703_1_1_1_1,00.html (consultado por última vez por el autor en abril de 2006).

Organización Mundial de la Salud (2006) *World Health Report 2006 — Working Together for Health*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2001) 'Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health', Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (a) 'Health Through Safe Drinking Water and Basic Sanitation', www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/en/index.html (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

Organización Mundial de la Salud (b) 'Millennium Development Goals: Goal 4: Reduce Child Mortality', www.who.int/mdg/goals/goal4/en/index.html (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

Oxfam (2004) 'Programme Impact Report 2004', Oxford: Oxfam.

Oxfam International (2006) 'The View from the Summit — Gleneagles G8 One Year On', Oxford: Oxfam.

Palmer, N., Mills, A., Wadee, H., Gilson, L. y H. Schneider (2003) 'A New Face For Private Providers In Developing Countries: What Implications For Public Health?', Boletín de la OMS Vol. 81 (4).

Palmer N. y A. Mills (2006) 'Contracting-out health service provision in resource- and information-poor settings' in Jones, A.M. (ed.) *Elgar Companion to Health Economics,* Cheltenham: Edward Elgar, págs. 250-258.

Paxson, C.H. y N. Schady (2005), 'Cognitive Development Among Young Children in Ecuador: The Roles of Wealth, Health, and Parenting', Washington, DC: World Bank Policy Research Working Paper Series 3605.

Phillips M., Ooms, G., Hargreaves S. y A. Durrant (2004) 'Burundi: a population deprived of basic health care', *British Journal of General Practice*: 54 (505); 633-48.

Phillips, O. y A. Durrant (2004), 'Burundi: A Population Deprived of Basic Health Care', Ginebra: MSF.

Pitanguy, J. (1994) 'Feminist Politics and Reproductive Rights: The Case of Brazil', en Sen G. y R.C. Snow (eds.) *Power and Decision: The Social Control of Reproduction*, Cambridge, MA: Harvard University Press, págs.101-122.

PNUD (2005a) *Human Development Report 2005: International Cooperation at a Crossroads: Aid, Trade and Security in an Unequal World*', Nueva York: PNUD.

PNUD (2005b) *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, Nueva York: UN Millennium Development Commission.

PNUD (2005c) 'Toward Universal Primary Education; Investments, Incentives, and Institutions', *UN Millennium Project, Taskforce on Education and Gender Equality*, Londres: PNUD.

Pritchett, L. (2005) 'The Political Economy of Targeted Safety Nets', Social Protection Discussion Paper Series Nº. 0501, Washington, DC: Banco Mundial.

Public Services International Research Unit (2002) 'Privatisation Of Basic Services: Concerns About Donor Policies', presentación de PSIRU al UK International Development Parliamentary Select Committee, noviembre de 2002.

Public Services International Research Unit (2003) 'Public Services Work'. www.psiru.org/reports/2003-09-U-PSW.pdf.

Public Services International Research Unit (2005) 'Focus on Public Services'.

Public World (2004) 'Delivering Good Quality Services: Health and Education', informe para Oxfam GB.

Rannan-Eliya, R. y A. Somanathan (2005) 'Health Systems, Not Local Projects, Provide the Key to Social Protection for the Poor in Asia', Londres, DFID Health Systems Resource Centre.

Reis, P. y M. Moore (eds.) 'Elite Perceptions of Poverty and Inequality', Zed, Londres 2005.

Rose, P.R. y K. Akyeampong (2005) 'The Non-State Sector and Education: Literature Review and Four-Country Study', documento para Oxfam.

Sachs, J.D. (2001) *Report of the Commission on Macroeconomics and Health,* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Sachs, J.D. (2005) 'Who Beats Corruption?', Project Syndicate: www.project-syndicate.org/print_commentary/sachs106/English (consultado por última vez por el autor en agosto de 2006).

Santiago, C. (2005) 'Public-public partnership: an alternative strategy in water management in Malaysia' en Balanyá, B. et al (eds.) (2005) *Reclaiming Public Water*, Amsterdam: Transnational Institute.

Save the Children (2005) 'Killer Bills: Make Child Poverty History — Abolish User Fees', briefing paper. Londres: Save the Children.

Schick, A. (1998) 'Why most developing countries should not try New Zealand Reforms', *World Bank Research Observer*, 13 (1), febrero de 1998: 723–31.

Sen, A. (1999), *Development as Freedom*, Nueva York, Oxford University Press.

Social Watch (2005) *Roars and Whispers. Gender and Poverty Promises v. Action*. Instituto Del Tercer Mundo, Montevideo, Uruguay.

Sondorp, E. (2004) 'Case Study 1: A Time-Series Analysis of Health Service Delivery in Afghanistan', Londres: DFID Health Systems Resource Centre.

Stillman, K. y S. Bennett (2005) *Systemwide Effects of the Global Fund: Interim Findings from Three Country Case Studies*, Bethesda, MD: The Partners for Health Reform Plus Project, Abt Associates Inc.

Sumra, S. (2004) 'The Living and Working Conditions of Teachers in Tanzania: A Research Report', Dar es Salaam: HakiElimu.

Swedish International Development Co-operation Agency (SIDA) (2005) www.u4.no/themes/health/healthgoodpracticeex3.cfm (consultado por última vez por el autor en abril de 2006).

Tearfund (2004) 'Making every drop count: An assessment of donor progress towards the water and sanitation target', www.tearfund.org.

Toubkiss, J. (2006) 'Costing MDG Target 10 on Water Supply and Sanitation: Comparative Analysis, Obstacles and Recommendations', Marseilles: World Water Council.

Transparency International (2006) *Global Corruption Report 2006 —Special Focus on Corruption and Health*, Londres: Transparency International.

Transparency International (2005) 'Stealing our future: corruption in the classroom', http://www.transparencia.org.es.

United Nations (a) 'Declaración Universal de los Derechos Humanos', www.un.org/Overview/rights.html (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

United Nations (b) 'Convención de los Derechos del Niño', www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

United Nations (2005) 'Progress Towards the Millennium Development Goals, 1990–2005', http://unstats.un.org/unsd/mi/goals_2005/goal_2.pdf (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

UNAIDS/ Organización Mundial de la Salud (2005) 'AIDS Epidemic Update', www.unaids.org/epi/2005/doc/EPIupdate2005_pdf_en/epi-update2005_en.pdf (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

UNAIDS (2005) 'The "Three Ones" in Action: Where We Are and Where We Go From Here', Ginebra: Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA.

UNAIDS (2004) *2004 Report on the Global AIDS Epidemic*, Ginebra: UNAIDS.

UN Department of Economic and Social Affairs (2005a) 'Report on the World Situation', www.un.org/esa/socdev/rwss/docs/Chapter3.pdf (last checked by the author March 2006).

UN Department of Economic and Social Affairs (2005b) 'Progress Towards the Millennium Development Goals, 1990–2005', http://unstats.un.org/unsd/mi/goals_2005/goal_6.doc (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

UN Department of Economic and Social Affairs 'Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer', www.un.org/womenwatch/daw/cedaw (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

UN Economic and Social Council 'Comentario General Nº.15: El Derecho al Agua (Artículos 11 y 12 del Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales)', www.unhchr.ch/html/menu2/6/gc15.doc (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

UNESCO (2006) '*Education For All Global Monitoring Report 2006: Literacy for Life*', París: UNESCO.

UNESCO (2005a) '*Children out of School: Measuring Exclusion from Primary Education'*, Montreal: UNESCO Instituto de Estadísticas.

UNESCO (2005b) *Global Monitoring Report: Addressing Progress towards the EFA Goals*, Nueva York: UNESCO.

UNESCO (a) 'Education for All: Dakar Framework for Action', www.unesco.org/education/efa/ed_for_all/framework.shtml (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

UNESCO (b) 'Declaración Mundial de Educación para Todos' , www.unesco.org/education/efa/ed_for_all/background/jomtien_declaration.shtml (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

UNICEF (a) 'Delivery Care', www.childinfo.org/areas/deliverycare/ (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

UNICEF (b) 'At a Glance: Brazil', www.unicef.org/infobycountry/brazil_statistics.html (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

USAID (2003) 'The Health Sector Human Resource Crisis in Africa: An Issues Paper', Washington, DC: USAID.

Unsworth, S. (2001) 'Understanding Pro-Poor Change: A Discussion Paper'. Mimeo.

Vidal, J. (2005) 'Flagship water privatisation fails in Tanzania', *Guardian*, 25 de mayo de 2005. www.guardian.co.uk/hearafrica05/story/0,15756,1491600,00.html (consultado por última vez por el autor en abril de 2006).

Vyas, S. y N. Palmer (2005) 'The Non-State Sector and Health — Literature Review and Four-Country Study', documento de investigación para Oxfam, diciembre de 2005.

Wakefield, E. (2004) 'Mapping of Donors' Policies and Approaches to Non-State Service Providers', investigación encargada para DFID por International Development Department, Universidad de Birmingham, Reino Unido.

WaterAid (2006a) 'Getting the Off-Track "On Target"', documento sobre agua y saneamiento para el Informe sobre Desarrollo Humano 2006.

WaterAid (2006b) 'Bridging the Gap: Citizens' Action for Accountability in Water and Sanitation', (de próxima publicación).

WaterAid (2005a) 'Dying for the Toilet', www.un-ngls.org/un-summit-wateraid.pdf (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

WaterAid (2005b) 'Getting to Boiling Point: Turning up the Heat on Water and Sanitation', Londres: WaterAid. www.wateraid.org.

WaterAid Nepal (2004) 'The Water and Sanitation Millennium Development Targets in Nepal: What do they mean? What will they cost? Can Nepal meet them?', www.wateraid.org.

WaterAid Nepal (2002) 'Sustained Drinking Water and Sanitation for All in Nepal — Sector Financing Requirement', www.wateraid.org/documents/nepal_sector_financing_requirements.pdf.

Watkins, K. (2006) 'We cannot tolerate children dying for a glass of water', *Guardian,* 8 de marzo de 2006, www.guardian.co.uk/water/story/0,,1725920,00.html (consultado por última vez por el autor en marzo de 2006).

Watt, P. (2003) 'Comment on Draft 2004 World Development Report', ActionAid, mayo de 2003 (sin publicar).

Watt, P. (2000) *Social Investment and Economic Growth — A Strategy to Eradicate Poverty*, Oxford: Oxfam GB.

Wood, A. (2005a) 'World Bank's Poverty Reduction Support Credit — Continuity or Change?', Dublín: Debt and Development Coalition Ireland, www.debtireland.org/resources/index.htm.

Wood, A. (2005b), 'The Pros and Cons of Old and New Conditionality for Debt Cancellation', Campaña Jubileo sobre Deuda, marzo de 2006.

Yates, J., R. Cooper y J. Holland (2006) 'Social protection and health: experiences in Uganda', *Development Policy Review*, 2006, 24 (3): 339–56.

Yates, R. (2004) 'Should African Governments Scrap User Fees for Health Services?', presentación a Oxfam GB, septiembre de 2004.

Oxfam Internacional es una confederación de trece organizaciones que trabajan juntas en 120 países para encontrar soluciones duraderas a la pobreza y a la injusticia: Oxfam América, Oxfam-en-Bélgica, Oxfam Canadá, Oxfam Francia - Agir Ici, Oxfam Community Aid Abroad (Australia), Oxfam GB, Oxfam Hong Kong, Intermón Oxfam, Oxfam Irlanda, Novib Oxfam Holanda, Oxfam Nueva Zelanda, Oxfam Quebec y Oxfam Alemania.

Para más información, póngase en contacto telefónico o por escrito con cualquiera de las agencias siguientes o visite www.oxfam.org

Oxfam Alemania
Greifswalder Str. 33a,
10405 Berlín, Alemania
Tel: +49.30.428.50621
E-mail: info@oxfam.de
www.oxfam.de

Oxfam América
26 West St., Boston,
MA 02111-1206, Estados Unidos
Tel: +1.617.482.1211
E-mail: info@oxfamamerica.org
www.oxfamamerica.org

Oxfam Australia
156 George St., Fitzroy,
Victoria 3065, Australia
Tel: +61.3.9289.9444
E-mail: enquire@oxfam.org.au
www.oxfam.org.au

Oxfam-en-Bélgica
Rue des Quatre Vents 60, 1080
Bruselas, Bélgica
Tel: +32.2.501.6700
E-mail: oxfamsol@oxfamsol.be
www.oxfamsol.be

Oxfam Canadá
250 City Centre Ave, Suite 400,
Ottawa, Ontario, K1R 6K7, Canadá
Tel: +1.613.237.5236
E-mail: info@oxfam.ca
www.oxfam.ca

Oxfam Francia - Agir ici
104 Rue Oberkampf,
75011 París, Francia
Tel: + 33.1.56.98.24.40.
E-mail: agirici@agirici.org
Web site: www.agirici.org

Oxfam Gran Bretaña
Oxfam House, John Smith Drive,
Cowley, Oxford, OX4 2JY,
Reino Unido
Tel: +44.(0)1865.473727
E-mail: enquiries@oxfam.org.uk
www.oxfam.org.uk

Oxfam Hong Kong
17/fl., China United Centre,
28 Marble Road, North Point,
Hong Kong
Tel: +852.2520.2525
E-mail: info@oxfam.org.hk
www.oxfam.org.hk

Intermón Oxfam
Roger de Llúria 15,
08010 Barcelona, España
Tel: +34.902.330.331
E-mail: info@intermonoxfam.org
www.intermonoxfam.org

Oxfam Irlanda
Oficina de Dublín, 9 Burgh Quay,
Dublín 2, Irlanda
Tel: +353.1.672.7662

Oficina de Belfast, 115 North St,
Belfast BT1 1ND, Reino Unido
Tel: +44.28.9023.0220
E-mail: communications@oxfam.ie
www.oxfamireland.org

Oxfam Nueva Zelanda
PO Box 68357, Auckland 1032,
Nueva Zelanda
Tel: +64.9.355.6500 (Toll-free 0800 400 666)
E-mail: oxfam@oxfam.org.nz
www.oxfam.org.nz

Oxfam Novib (Holanda)
Mauritskade 9, Postbus 30919,
2500 GX, La Haya,
Holanda
Tel: +31.70.342.1621
E-mail: info@oxfamnovib.nl
www.oxfamnovib.nl

Oxfam Québec
2330 rue Notre Dame Ouest,
bureau 200, Montreal, Quebec,
H3J 2Y2, Canadá
Tel: +1.514.937.1614
E-mail: info@oxfam.qc.ca
www.oxfam.qc.ca

Secretariado de Oxfam Internacional
Suite 20, 266 Banbury Road,
Oxford, OX2 7DL, Reino Unido
Tel: +44.(0)1865.339100. E-mail:
information@oxfaminternational.org.
Web site: www.oxfam.org

Oficinas de incidencia de Oxfam Internacional
Washington: 1112 16th St., NW,
Ste. 600, Washington,
DC 20036, Estados Unidos
Tel: +1.202.496.1170. E-mail:
advocacy@oxfaminternational.org

Nueva York: 355 Lexington Avenue,
3rd Floor, New York, NY 10017,
Estados Unidos
Tel: +1.212.687.2091. E-mail:
advocacy@oxfaminternational.org

Bruselas: 22 rue de Commerce, 1000
Bruselas, Bélgica
Tel: +322.502.0391. E-mail:
advocacy@oxfaminternational.org

Ginebra: 15 rue des Savoises, 1205
Ginebra, Suiza
Tel: +41.22.321.2371. E-mail:
advocacy@oxfaminternational.org

Organizaciones asociadas a Oxfam Internacional:

Oxfam Japón
Maruko bldg. 2F, 1-20-6,
Higashi-Ueno, Taito-ku, Tokio
110-0015, Japón
Tel: + 81.3.3834.1556.
E-mail: info@oxfam.jp
Web site: www.oxfam.jp

Oxfam India
B55, First Floor, Shivalik,
Nueva Delhi, 1100-17, India
Tel: + 91.11.26693 763.
E-mail: info@oxfamint.org.in
Web site: www.oxfamint.org.in

Miembros observadores de Oxfam
La siguiente organización es actualmente miembro asociado de Oxfam Internacional, y está trabajando hacia una posible afiliación total:

Fundación Rostros y Voces (México)
Alabama No. 105 (esquina con
Missouri), Col. Nápoles, C.P. 03810
México, D.F.
Tel/Fax: + 52.55.687.3002.
E-mail: correos@rostrosyvoces.org
Web site: www.rostrosyvoces.org

Helen Palmer/Oxfam

De interés público

Salud, educación, agua y saneamiento para todos

Este informe muestra que para que la pobreza pase a la historia es imprescindible poner en marcha unos servicios públicos sólidos en los países en desarrollo. Hacerlo podría transformar la vida de millones de personas y, si hay liderazgo político, está al alcance de nuestra generación.
Los gobiernos deben asumir la responsabilidad de proporcionar servicios esenciales dotados de personal suficiente, asequibles incluso para los más pobres y accesibles para todos.
Las organizaciones de la sociedad civil y las empresas privadas pueden contribuir de manera importante, pero su participación debe estar integrada en unos sistemas públicos sólidos.
Los donantes internacionales constituyen una parte fundamental, pero con demasiada frecuencia bloquean los avances al no proporcionar el alivio de la deuda y una ayuda predecible que apoye a los sistemas públicos, o al impulsar soluciones del sector privado que no benefician a los pobres.

© Oxfam International 2006

www.oxfam.org

Oxfam Internacional es una confederación de 13 agencias de desarrollo que trabajan en 120 países en todo el mundo en desarrollo: Oxfam América, Oxfam-en-Bélgica, Oxfam Canadá, Oxfam Francia - Agir Ici, Oxfam Community Aid Abroad (Australia), Oxfam GB, Oxfam Hong Kong, Intermón Oxfam, Oxfam Irlanda, Novib Oxfam Holanda, Oxfam Nueva Zelanda, Oxfam Quebec y Oxfam Alemania.

Oxfam International

WaterAid

WaterAid - water for life
ONG internacional dedicada exclusivamente a proporcionar agua potable doméstica, saneamiento y educación higiénica a los más pobres
Charity registration number 288701