

APROVISIONAMIENTO UNIVERSAL DE SERVICIOS SOCIALES

Los servicios sociales –en áreas como la salud, la educación, los cuidados, el agua y la higiene- pueden fortalecer el bienestar, elevar la productividad y contribuir en su conjunto a la calidad de vida. Dichos servicios posibilitan que las familias cuiden y mantengan a sus miembros y reduzcan tanto los costos como el tiempo dedicados al trabajo y otras actividades diarias. Todo ello aumenta las oportunidades de que las personas y sus familias salgan ellos mismos de la pobreza y tengan vidas dignas y productivas. Los tipos, cantidades y calidad de los servicios de que disfrutan las personas proporcionan una buena medida de su bienestar; de hecho la pobreza puede ser vista como el fracaso para lograr ciertas capacidades básicas que emergen en parte ante la ausencia de servicios sociales.¹

El valor instrumental de los servicios, particularmente de la educación y los servicios de salud, en la promoción del crecimiento y el alivio de la pobreza y la desigualdad ahora es ampliamente reconocido en los círculos políticos. La evidencia muestra claramente las complementariedades entre diferentes servicios (salud, educación, agua, sanidad y nutrición, por ejemplo), así como entre el aprovisionamiento de servicios sociales y otras metas de política económica. Además, el acceso a ciertos servicios sociales, específicamente la educación y los servicios de salud, son considerados como la decisión correcta en numerosas declaraciones de Naciones Unidas. Es una meta clave de enfoques basados en derechos para el desarrollo y un elemento esencial en el logro de la mayoría de los ODM.

Este capítulo argumenta que un enfoque universal en torno al aprovisionamiento de servicios sociales es esencial para concretar su potencial total como componente de una política social transformadora. Lograr una cobertura de base amplia e inclusiva puede contribuir no solo a mejorar el bienestar, sino a fortalecer la productividad y los ingresos.

Adicionalmente puede reducir las desigualdades en el ingreso, las clases, el género, la etnicidad y la ubicación. El desafío del aprovisionamiento efectivo amplio a la población, a menudo marginado o excluido como resultado de estas desigualdades se encuentra en el seno de los esfuerzos para reducir la pobreza y alcanzar las metas de los ODM. Como se argumenta a lo largo de este informe, las intervenciones estrechamente dirigidas podrían hacer camino en torno a aspectos particulares de la pobreza en grupos específicos de la población. Sin embargo, sin una cobertura de base amplia, ni los compromisos para abordar las desigualdades y generar solidaridad en torno a las metas del desarrollo, estos logros podrían no ser sostenibles.

Las intervenciones estrechamente focalizadas pueden tener efecto en aspectos de la pobreza entre grupos específicos; sin embargo, estos logros pueden no ser sostenibles

Al extraer evidencias principalmente de los sectores de la salud y la educación, este capítulo resalta los siguientes aspectos clave:

¹ Sen 1999; Stewart *et al.* 2007.

- Los sistemas integrados de aprovisionamiento de servicios sociales que se basan en principios universales, pueden ser redistributivos, actuar como poderosos motores de solidaridad e inclusión social, y mejorar las capacidades de los pobres.
- En contraste, los sistemas fragmentados –con múltiples proveedores, programas y mecanismos financieros comprometidos con diferentes grupos de la población- tienen un potencial limitado para la redistribución, y generalmente derivan en altos costos, mala calidad y acceso limitado para los pobres.
- Las tendencias políticas dominantes desde los 80, en un contexto de crisis, liberalización y contracción del sector público, se han dirigido a la comercialización de los servicios sociales, dañando avances previos en torno al acceso universal en muchos países, elevando los costos para el bolsillo, particularmente para los pobres, e intensificando la desigualdad y la exclusión.

Este capítulo recupera las experiencias de países que han seguido distintos caminos en el aprovisionamiento de servicios sociales en diferentes niveles de ingreso. La evidencia muestra que es posible instituir regímenes de servicios sociales que se apoyen en el universalismo a niveles relativamente bajos de ingresos. Demuestra la importancia de una participación pública sustancial, sea en el aprovisionamiento directo o en el financiamiento de servicios de regulación efectiva. Las intervenciones públicas son esenciales para asegurar que los servicios lleguen a áreas rurales y remotas, a ciudades perdidas y grupos marginados, y así se logre fortalecer su productividad y se obtengan beneficios distributivos.

Un buen número de países muestra que es posible instituir regímenes de servicios sociales que reposen en el universalismo a niveles de ingreso relativamente bajos

La primera sección de este capítulo debate el enfoque universal en el aprovisionamiento de servicios sociales, cómo se puede lograr y las barreras para su extensión.

La segunda sección proporciona un panorama de las tendencias en el aprovisionamiento de servicios en los países en desarrollo.

La tercera sección plantea estos puntos con un debate sobre los efectos de la comercialización en el aprovisionamiento y los resultados.

La cuarta sección analiza los patrones de aprovisionamiento de servicio social en un número selecto de países clasificados como impulsores del universalismo en el contexto de las economías duales, y en sistemas fragmentados y excluyentes.

La quinta sección provee conclusiones que tienen implicaciones para los formuladores de políticas.

1. La defensa del aprovisionamiento universal y público

Los servicios sociales mejoran la calidad de vida al crear, proteger y mantener las capacidades humanas. A pesar de la falta de consenso en la definición de la gama de capacidades básicas, una buena salud, educación y nutrición adecuadas figuran de manera

destacada en la mayoría de las listas.² La centralidad de los servicios básicos para mejorar las vidas de las personas ha desencadenado diversas iniciativas internacionales, incluyendo la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los ODM para promover el objetivo de la cobertura universal. Como se vio en el capítulo 5, el universalismo se basa en los principios de solidaridad y ciudadanía; puede fomentar la cohesión social y construir coaliciones a lo largo de las clases, los grupos y las generaciones.³ Si los pobres tienen acceso al mismo tipo de servicios que disfrutaban los ricos, el universalismo también podría actuar como un instrumento para la redistribución y la movilidad social.

El acceso universal a los servicios sociales promueve el crecimiento y el desarrollo social

El ampliamente reconocido valor instrumental de la educación y la salud para el crecimiento y el desarrollo económicos⁴ subrayan aun más la importancia del aprovisionamiento universal. Esto es particularmente cierto en países pobres donde la calidad del capital humano necesario para el desarrollo es limitada. Una fuerza de trabajo educada y sana contribuye al crecimiento económico y a la reducción de la pobreza a través de mejores calificaciones y productividad laboral, y mejora así las oportunidades de ingresos y vida. La economía en su conjunto se beneficia de la expansión del capital humano y la adquisición y actualización de las capacidades a través de la educación.⁵ De manera análoga, los servicios de salud contribuyen a un mejor aprendizaje y productividad en el largo plazo; por el contrario, una salud y productividad precarias, merman el aprendizaje en la escuela, impide el desarrollo cognitivo y reduce la productividad e ingresos a futuro.

Existen importantes complementariedades o efectos múltiples en los distintos servicios sociales.⁶ El acceso universal a los cuidados médicos, por ejemplo, fortalece la inversión en educación al asegurar que la asistencia a la escuela y los resultados no se vean limitados por enfermedades. De manera similar, el acceso universal a la educación fortalece la inversión en salud al incrementar el acceso a la información en torno a las prácticas de salud, higiene, nutrición y sanidad. El uso de los cuidados de salud reproductiva facilita, por ejemplo, tendencias a incrementarse con la educación.

El aprovisionamiento de salud y educación interactúa positivamente con otras intervenciones de política social, con implicaciones particulares para las mujeres (véase el capítulo 7). Mejores servicios de salud y educación pueden reducir la carga del cuidado de los hijos y los enfermos. Los programas de cuidados de la infancia de manera temprana, pueden mejorar la salud infantil y los resultados educativos. Dichas disposiciones pueden reducir la necesidad de protección y asistencia social si los episodios de enfermedad y por lo tanto, la pérdida de empleo e ingreso, se reducen. Los mecanismos de protección social como las transferencias de dinero podrían, en cambio, relajar las limitaciones financieras que impiden el acceso a servicios sociales (véase el capítulo 5). Finalmente, las inversiones en infraestructura básica como el agua, sanidad y transporte, pueden mejorar los resultados en salud, reducir el tiempo (a menudo de mujeres y niños) destinado a buscar agua o desplazarse, y facilitar el acceso a otros servicios.

² Nussbaum 2001; Gough y McGregor 2007; Stewart *et al.* 2007.

³ Swain 2005.

⁴ Barro 1991; Mankiw *et al.* 1992; Sala-I-Martin *et al.* 2004.

⁵ Esping-Andersen 2005.

⁶ Mehotra y Delamonica 2007.

El Estado juega un papel fundamental en el aprovisionamiento social

Aun cuando la justificación del aprovisionamiento de servicios universales es clara, tanto en términos de equidad como de eficiencia, el cómo, el por quién y bajo qué circunstancias pueden superarse los obstáculos para su ampliación, siguen siendo preguntas muy importantes. Una variedad de actores e instituciones, incluyendo los Estados, mercados, hogares, comunidades, ONGs y donantes externos proporcionan o financian servicios sociales. Como se verá en la cuarta sección más adelante, la mezcla precisa de actores e instituciones depende de la estrategia de desarrollo de un país, y de las opciones políticas, así como de su legado histórico e institucional. Sin embargo, los beneficios potenciales de sistemas integrados de aprovisionamiento pueden no producirse cuando los proveedores de mercado y otros actores no estatales son dominantes. Dado que muchos servicios requieren inversiones significativas en infraestructura, tenderán a ser abastecidos de manera insuficiente por actores del mercado. Esto se exagera cuando la población se ubica en regiones remotas o dispersas y por lo tanto los costos unitarios son altos. Por lo tanto, la participación activa del Estado es esencial –sea con el aprovisionamiento directo o la financiación; con la coordinación de diferentes proveedores y servicios; y con la regulación y la asignación de incentivos a los proveedores no estatales de servicios para asegurar la cobertura de lugares marginados o grupos de población, a fin de mantener la calidad y asegurar el acceso.⁷ Los países que han logrado un acceso amplio a servicios sociales lo han hecho a través de una participación sustancial del sector público.⁸ En todos esos casos, la creencia de que los beneficios del crecimiento del ingreso se distribuyen entre los pobres, fue rechazada. En contraste, se desarrollaron acciones deliberadas para proporcionar servicios sociales, reconociendo los vínculos entre los objetivos económicos y de política social.

Los países que han logrado un amplio acceso a servicios sociales básicos, lo han hecho a través de la participación sustancial del sector público

Sin embargo, lograr el aprovisionamiento universal, requiere superar una serie de obstáculos. Las desigualdades estructurales basadas en características individuales o colectivas (como el género, la discapacidad o la etnicidad) pueden evitar que los individuos o grupos tengan acceso o deban pagar por los servicios. Como se argumentaba en el capítulo 5, podría ser necesario cierto grado de iniciativas de acción afirmativa o focalizada para resolver este problema. La inversión en infraestructura en áreas pobres (rurales o urbanas) o las mejoras en el transporte pueden reducir la distancia física y el costo de acceso. La alimentación escolar y las medicinas subsidiadas y los programas de transporte, junto con libros de texto gratuitos, pueden elevar la asistencia a las escuelas o clínicas. El índice de asistencia a las escuelas de India, por ejemplo, se elevó sustancialmente con la introducción de un programa de alimentos a medio día dirigido a elevar la inscripción y la permanencia y mejorar la nutrición entre los niños en educación primaria. Desde 2002, el programa es universal en todas las escuelas gubernamentales y/o asistidas por el gobierno.

Otras barreras incluyen la naturaleza y calidad de los servicios. En la educación, el contenido del currículum y el lenguaje de instrucción, las ratios maestro-alumno, y la calidad de los maestros e instalaciones, por ejemplo, afectan a la asistencia, los resultados en el aprendizaje

⁷ Mehrotra y Delamonica 2007.

⁸ Mehrotra y Delamonica 2007.

y oportunidades de empleo posteriores. El currículum de la escuela a menudo es irrelevante para las necesidades de los sectores pobres y marginados de la sociedad,⁹ mientras que los estereotipos de género, en los contenidos, niegan a las niñas acceso a las mismas opciones que los niños.¹⁰ En ambientes multiétnicos o plurilingüísticos, la designación de una lengua nacional sobre la base de crear la unidad étnica o lingüística o compartir valores culturales, a menudo provoca resistencia y coloca a los grupos minoritarios en una mayor desventaja en el acceso a la educación.¹¹

Las tendencias políticas recientes han debilitado los principios universalistas

Como se observará en el resto de este capítulo, las tendencias políticas que afectan los mecanismos de abastecimiento y financiamiento de los servicios sociales en décadas recientes han debilitado generalmente los principios universales y los resultados. Aun cuando los objetivos políticos son a favor de los pobres y buscan ampliar la cobertura y reducir la exclusión, las estrategias pueden no ser compatibles con los principios del universalismo. El análisis de incidencia de beneficios, por ejemplo, subraya la distribución distorsionada de los beneficios del gasto público en educación y salud hacia grupos de ingresos más altos (véanse las figuras 6. 1 y 6. 2). Los pobres se benefician relativamente más de la inversión en salud y educación primaria, mientras que las inversiones en servicios básicos también muestran altas tasas de retorno. Estas conclusiones han sido utilizadas para justificar la concentración del gasto público en estos sectores. Sin embargo, sin inversiones complementarias en educación post primaria o en cuidados curativos, la calidad de los servicios primarios y la disponibilidad de personal calificado disminuyen, o no logran responder a la expansión de la demanda. Un estudio en India muestra cómo una política que dio prioridad a la educación primaria, motivada por un análisis en la tasa de beneficios, resultó en la desatención del sector secundario, el aumento de la educación como fuente de beneficios económicos en todos los niveles educativos, y un sistema formal de educación primaria fragmentado.¹² De manera similar, la negación de servicios de salud impacta en los pobres susceptibles de padecer enfermedades no infecciosas pero es poco probable que tengan acceso a tratamiento en el sector privado. Adicionalmente, la separación entre los sectores público y privado que resulta de una orientación hacia el gasto público en servicios primarios, perjudica los efectos redistributivos que un sistema unificado puede proveer.

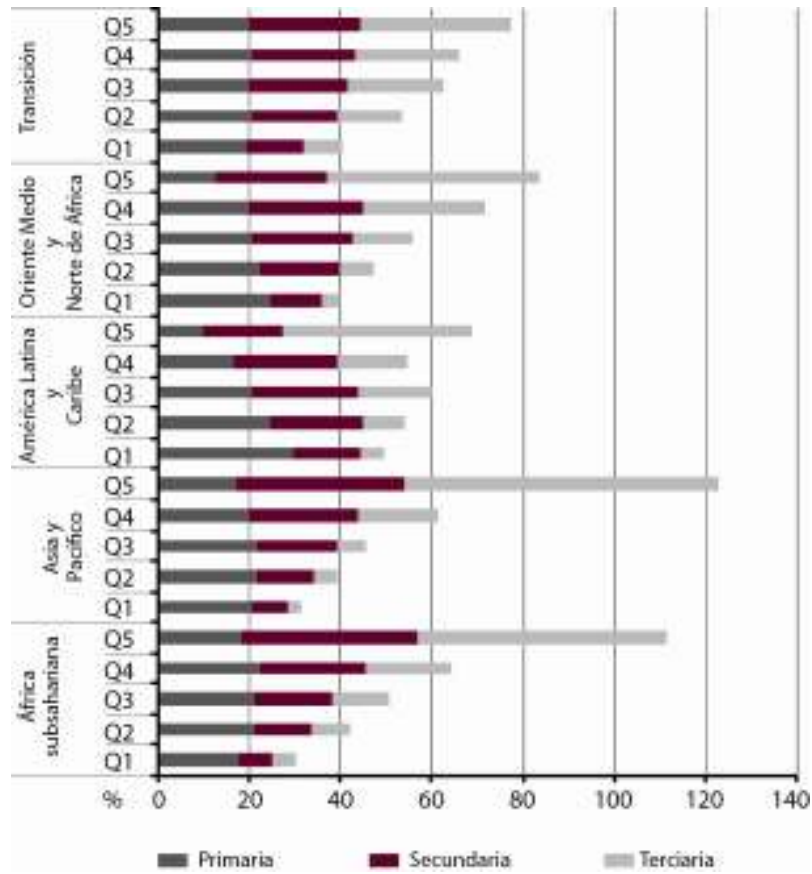
⁹ Mehrotra 2000; Ghai 2000.

¹⁰ Jha y Subrahmanian 2006.

¹¹ Swain 2005.

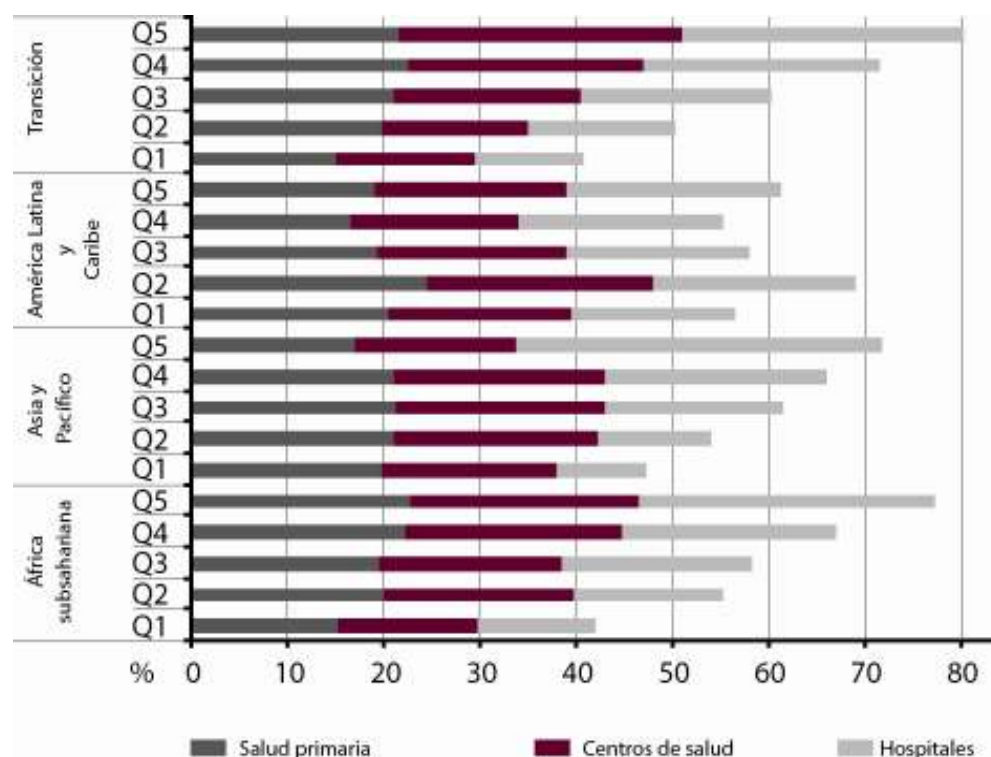
¹² Jha y Subrahmanian 2006.

FIGURA 6. 1: Incidencia de beneficios del gasto público en educación en los 90 como porcentaje del total del gasto, por quintiles de ingreso (promedio sin ponderar)



Nota: El quintil puede no sumar 100. Algunos países no cuentan con datos para los quintiles medios. Q1 se refiere al quintil más pobre en tanto Q5 se refiere al quintil más rico. Fuente: Davoodi *et al.* 2003.

FIGURA 6. 2: Incidencia de beneficios del gasto público en salud en los 90 como porcentaje del total del gasto, por quintiles de ingreso (promedio sin ponderar)



Nota: El quintil puede no sumar 100. Algunos países no cuentan con datos para los quintiles medios. Q1 se refiere al quintil más pobre en tanto Q5 se refiere al quintil más rico. La salud primaria se refiere a alguna de las siguientes categorías: clínicas, salud infantil y cuidados preventivos. Fuente: Davoodi *et al.* 2003.

2. Servicios sociales en países en desarrollo: tendencias y resultados

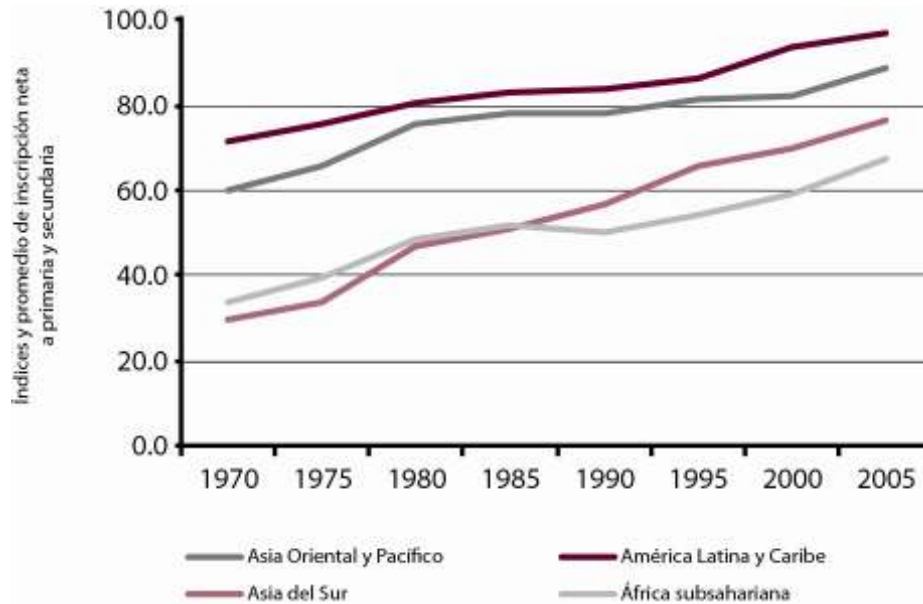
Las políticas de servicios sociales han cambiado de forma notable en el último medio siglo

Durante los 60 y los 70, el gasto público en servicios sociales creció rápidamente en muchos países en desarrollo, y las políticas sociales fueron consideradas como integrales para los objetivos del desarrollo de crear economías modernas, la identidad nacional y la cohesión social.¹³ Mirando a las tendencias de largo plazo, el progreso es visible: en su conjunto, los resultados en salud y educación han mejorado considerablemente en los pasados 50 años, como queda de manifiesto en la inscripción a escuelas primarias y secundarias y en la reducción de la mortalidad infantil en todas las regiones (véanse las figuras 6. 3 y 6. 4). La expansión más significativa en el aprovisionamiento tuvo lugar antes de los 80. Durante este período, en América Latina, las escuelas públicas, las universidades y las redes de salud se expandieron rápidamente aunque la cobertura se mantuvo baja y, hasta los 80, se concentraba

¹³ UNRISD 2000.

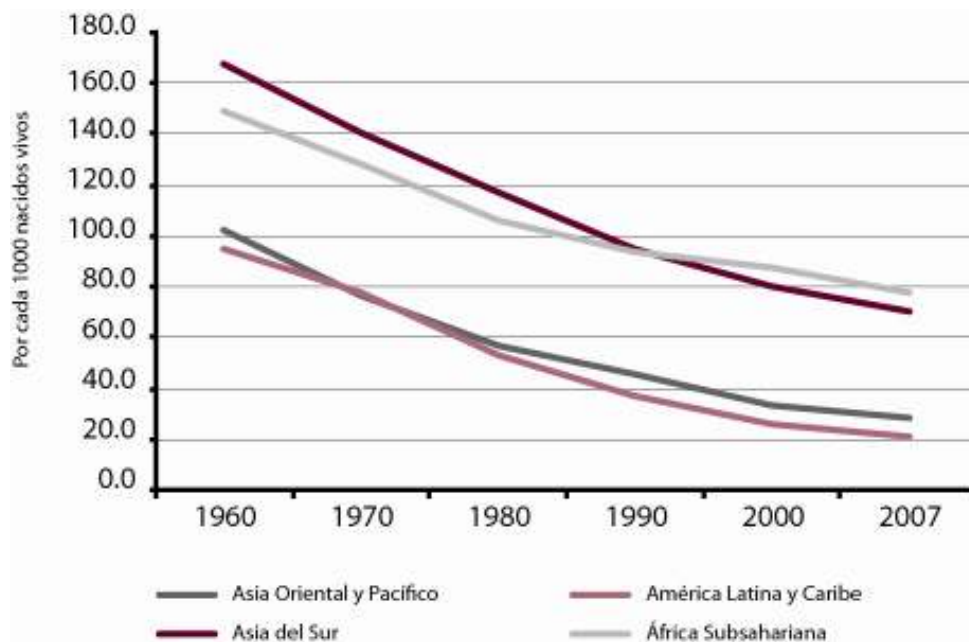
en áreas urbanas.¹⁴ El África subsahariana también amplió el aprovisionamiento público de educación y servicios primarios de salud.¹⁵

FIGURA 6. 3: Inscripción combinada a educación primaria y secundaria por región, 1970-2005



Fuente: UNESCO 2009b.

FIGURA 6. 4: Índice de mortalidad infantil por región, 1960-2007



Fuente: Indicadores del Desarrollo Mundial 2009.

¹⁴ Draibe y Riesco 2007.

¹⁵ Adésina 2007.

Para muchos países, la crisis y las tendencias a la liberalización del mercado en los 80 llevaron a severos recortes en el gasto del sector social, con diversos efectos en políticas sociales y resultados. Las instituciones financieras internacionales (IFI) sobre todo el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI), desempeñaron un importante papel en la determinación de la naturaleza del cambio político durante este período. La estabilización y los programas de ajuste estructural crearon una fuerte presión para las reformas neoliberales, particularmente en países golpeados por la crisis que estaban fuertemente endeudados y dependían de la ayuda. En América Latina en su conjunto, una participación de por sí moderada del gasto público en servicios sociales se redujo aun más después de 1982.¹⁶ En el África Subsahariana, la estabilización y los programas de ajuste llevaron a negar servicios públicos, sobre todo transfiriendo la responsabilidad financiera a los consumidores a través de tarifas de usuarios.¹⁷ Aun cuando la experiencia de cada región varió significativamente, en muchos países, tanto del África Subsahariana como de América Latina, el avance en la salud y la educación se estancó o se revirtió durante la década perdida.

La creciente evidencia de los altos costos sociales de las políticas de ajuste¹⁸ llevó eventualmente a su modificación, con inversiones crecientes en los sectores sociales marginados junto con estrategias de desarrollo lideradas por el Estado.¹⁹ Un enfoque explícito en la reducción de la pobreza regresó a las agendas de desarrollo de las IFI y se ejecutó a través de los Documentos de Estrategia de Reducción de la Pobreza (DERP), que al menos ponían un énfasis implícito en la política social y prestaban más atención a los servicios básicos.²⁰ En 2000, por ejemplo, el Banco Mundial adoptó una política de “no generalización” en los precios a los usuarios,²¹ mientras que bajo la iniciativa de Países Pobres Muy Endeudados (PPME) se esperaba que los países utilizaran los recursos ganados por el alivio de la deuda para fines de salud y educativos.

Con la movilización de la comunidad internacional en torno a los ODM en 2000, se fortaleció el enfoque de la pobreza en la asistencia al desarrollo

Con la movilización de la comunidad internacional en torno a los ODM en 2000, se fortaleció el enfoque de la pobreza en la asistencia al desarrollo y con ello, el énfasis en torno a los servicios básicos. Los ODM contienen una serie de compromisos en las áreas de salud y educación y otras que dependen de la disponibilidad y accesibilidad de servicios de calidad para su consecución. Han movilizado recursos y esfuerzos en torno a ciertas metas, y el progreso –particularmente en educación básica y mortalidad infantil- ha sido significativo, al menos antes de la crisis económica global.²² La asistencia neta a la escuela en las regiones en desarrollo llegó al 89 por ciento en 2008, con grandes avances en el África Subsahariana y el sur de Asia, las regiones más rezagadas; la paridad de género en educación primaria fue alcanzada en 60 países. En la salud, la mortalidad de niños menores de cinco años se redujo de manera sostenida en todo el mundo, aunque con menores avances en el África Subsahariana y el sur de Asia. Desde 1990, el porcentaje de nacimientos atendidos por

¹⁶ Urrutia 1987.

¹⁷ Adésinà 2007: 15.

¹⁸ Cornia *et al.* 1987; UNRISD 2000.

¹⁹ King 2006.

²⁰ Mkandawire 2001a.

²¹ World Bank 2004b; véase Hutten (2004) para una revisión crítica.

²² Naciones Unidas 2009a.

personal calificado mejoró en su conjunto, de un 53 por ciento en 1990 a un 63 por ciento en 2008, aunque en Asia meridional y el África Subsahariana alrededor de la mitad de los partos siguen sin ser atendidos. El menor progreso se obtuvo en la reducción de la mortalidad infantil, con un declive solamente marginal. El mayor acceso a medicamentos antirretrovirales y un mejor conocimiento en torno a la prevención del VIH ha significado que, en todo el mundo, el número de nuevas infecciones por VIH y muertes por sida han alcanzado su máximo; también ha habido un incremento notable en el uso de mosquiteros para proteger a las personas de la malaria.

A pesar de las tendencias positivas, se mantienen grandes desafíos y éstos se han exacerbado con la crisis económica global. Lo que mantiene las limitaciones para progresar en muchos casos es la falta de un enfoque integral y universal de aprovisionamiento de servicios sociales. Como lo ilustra más abajo el debate sobre la comercialización, los enfoques para enfrentar las necesidades de los pobres a través de medidas focalizadas en un contexto de financiamiento, abastecimiento y regulación públicos inadecuados llevan a un sistema fragmentado donde ciertos grupos probablemente serán excluidos o recibirán servicios de calidad pobre. Estas exclusiones exacerbando las desigualdades existentes, basadas, por ejemplo, en el género, la etnia, la riqueza o la discapacidad, y presentan grandes obstáculos para el acceso universal.

Las políticas públicas diseñadas para llegar a los grupos más pobres y desfavorecidos, como la abolición de tarifas, la construcción de infraestructura en áreas sin servicios, y el impulso al reclutamiento de maestros, pueden ser efectivas.²³ Pero estas necesitan ser parte de un enfoque más amplio. Un enfoque limitado a la educación primaria y los cuidados médicos a fin de satisfacer ciertos objetivos específicos por razones de tiempo, corre el riesgo de negar la inversión en los niveles terciarios; el resultado es la falta de personal calificado lo que, a su vez, limita la calidad a medida que se amplía la cantidad. En el Sur de Asia y el África Subsahariana, la cobertura amplia sin inversión apropiada se traduce en aulas atestadas con maestros sin capacitación.²⁴ De manera similar, la sobrecarga de las instalaciones públicas sanitarias y la escasa calidad de los servicios puede empeorar la desigualdad a medida que los grupos con mayores ingresos optan por servicios privados. Los pobres carecen de esa opción o enfrentan severas restricciones en torno a sus opciones de gasto.²⁵ El cumplimiento efectivo de los ODM requiere, por tanto, un enfoque sectorial e integrado para proporcionar y financiar los servicios sociales.²⁶

Los cambios neoliberales desde los 80 han producido una tendencia a favor de la comercialización

Una de las tendencias más significativas que emergieron como consecuencia de los cambios en las políticas neoliberales desde los 80 y que persisten a pesar del aumento en la inversión pública en la década pasada, ha sido la comercialización en el aprovisionamiento de servicios sociales. Impulsados por un adecuado financiamiento público y por las presiones para la liberalizar los mercados, los procesos de comercialización han asumido varias formas (véase el cuadro 6. 1). Estas incluyen una participación directa del sector privado en el financiamiento y aprovisionamiento de servicios, la concesión de la administración de servicios sociales a proveedores privados, y la introducción de medidas de recuperación de

²³ Naciones Unidas 2009a.

²⁴ Adénisà 2007.

²⁵ UNESCO 2009a.

²⁶ King 2006.

costos como las tarifas a los usuarios de los servicios públicos –incrementando así la dependencia de la seguridad privada o de las dietas.²⁷ Estas tendencias exacerban los problemas existentes de acceso a servicios confiables y de calidad para los pobres, a la vez que también contribuyen a la fragmentación en el aprovisionamiento.

La evidencia creciente, incluyendo la investigación desarrollada por el UNRISD,²⁸ muestra las formas en que la comercialización puede dañar el aprovisionamiento efectivo de servicios sociales. En muchos casos, la accesibilidad, la asequibilidad y la calidad de los servicios – particularmente de aquellos disponibles para los grupos de bajos ingresos y marginados- han disminuido, mientras que los sistemas de aprovisionamiento y financiamiento se han fragmentado entre múltiples proveedores. A menudo, la comercialización ha erosionado el compromiso público con el aprovisionamiento de servicios para todos, y los intereses de actores y beneficios privados. Los sistemas públicos y comunitarios que cobran tarifas en condiciones de pobreza amplia, por ejemplo, tienden a perder su vocación de servicio público y se convierten en instalaciones semicomerciales, cambiando los incentivos y las conductas de los proveedores. En este proceso, tanto la efectividad como el potencial redistributivo del sistema, son limitados. Donde la comercialización supone una mezcla de servicios privados para quienes pueden pagarlos y el aprovisionamiento público para los pobres, los mecanismos de redistribución –en lugar de formar parte del sistema- se separan y son visibles a través de dirigir servicios particulares a grupos específicos. Esto, en cambio, podría fragmentar y debilitar aun más el sistema de aprovisionamiento.²⁹ Estas tendencias y consecuencias de la privatización son ilustradas en la experiencia en el sector del agua (véase el cuadro 6. 2).

CUADRO 6. 1: Comercializando los servicios de salud y educación: cuatro vías

Existen cuatro vías ampliamente conocidas de comercialización en los servicios de salud y educación. En primer lugar, en países preponderantemente de ingresos medios, la tendencia apunta a la privatización de los servicios públicos, o bien, a acuerdos entre los sectores público y privado para promover opciones y competencia y así mejorar la eficiencia. Esto se lleva a cabo a través de la corporativización de los hospitales, la introducción de esquemas de cheque-vale o contratando la administración de organizaciones privadas que reciben subsidios públicos. La segunda tendencia es hacia la conducta comercial y de recuperación de costos en los servicios públicos, por ejemplo, a través de tarifas a los usuarios. La tercera tendencia, en países de bajos ingresos como en el África subsahariana y el sur de Asia, es una tendencia creciente al aprovisionamiento privado en pequeña escala y ampliamente sin regulaciones. Esto tiende a ocurrir de manera automática y en respuesta al pobre desempeño o al fracaso del aprovisionamiento público.^a Dichos servicios son usados por necesidad por los pobres y los pagos en gran medida dietas. Finalmente, la comercialización (particularmente en el sector de la salud) también está motivada por la globalización en los mercados laborales, debido a la combinación de las operaciones de compañías multinacionales y políticas comerciales e industriales. Las compañías multinacionales operan en mercados cada vez más integrados y han jugado un papel clave en el establecimiento de normas en el comercio de bienes y en los derechos de propiedad intelectual. Adicionalmente, los acuerdos internacionales, como el Acuerdo sobre Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (TRIPS), introduce patentes de productos, incrementa el poder de las firmas transnacionales y restringe el acceso a los medicamentos genéricos en los países pobres.^b

Notas: aUNESCO 2009^a. bMackintosh y Koivusalo 2005.

²⁷ UNRISD 2007.

²⁸ Mackintosh y Koivusalo 2005.

²⁹ Mackintosh y Tibandebage 2005.

CUADRO 6. 2: Los desafíos políticos en el aprovisionamiento de agua potable

El aprovisionamiento de agua potable puede provocar notables mejoras en la salud y el bienestar. Cuando se combina con la intervención en otras áreas, los beneficios se multiplican. El agua es una necesidad básica, y su acceso puede ahorrar a los miembros de los hogares muchas horas al día –tiempo que podría emplearse en la educación o en actividades generadoras de ingresos. Con todo, a pesar de estos enormes beneficios, mil 100 millones de personas en todo el mundo todavía carecen del acceso a agua. Como resultado, 3 mil 900 niños mueren cada día de enfermedades vinculadas al agua.^a Los ODM se comprometen a reducir a la mitad, hacia 2015, la proporción de la población sin acceso sostenible al agua potable. El mundo se encuentra en camino de cumplir este objetivo, aunque muchos países aun enfrentan desafíos importantes. De las personas que carecen de acceso a agua limpia, el 84 por ciento vive en áreas rurales.^b

Desde los 90, se ha incrementado, aunque de manera errática, la participación del sector privado en el sector acuífero, en respuesta a los crecientes déficits del sector público y a los problemas de mantenimiento de la infraestructura a medida que se amplía la cobertura. Un mensaje clave del *Informe sobre desarrollo mundial 1994* del Banco Mundial fue que el sector privado debe involucrarse en el manejo, financiamiento y propiedad de la infraestructura. Se buscaba que las reformas redujeran los déficits, mejoraran la cobertura, elevaran la eficiencia y redujeran la influencia política. En consecuencia, entre 1990 y 2005, 55 países introdujeron la participación del sector privado de alguna forma en el sector acuífero.

En el análisis de esta tendencia, la investigación llevada a cabo por el UNRISD^c y otros revela varios problemas, particularmente en términos del acceso y disponibilidad. El sector privado no necesariamente ha invertido más que el sector público y la eficiencia mejorada (cuando existe) no se ha traducido en tarifas más bajas (como se muestra en los estudios de países que incluyen a Burkina Faso, Colombia y Francia). Adicionalmente, los pobres se han visto afectados sin proporción por el aprovisionamiento del sector privado, debido a que tienden a tener menor acceso a servicios y a destinar una gran parte de su ingreso en agua. El ritmo de la privatización ha sido lento y, desde 2002, las compañías multinacionales han empezado a retirarse de los países en desarrollo. En consecuencia, el Banco Mundial ha reconocido la dificultad de lograr que “el sector privado se enfoque en el alivio de la pobreza y diseñe tarifas de manera que no sean discriminatorias respecto a los pobres”.^d Ha reconocido que el financiamiento público continuará siendo importante y ha cambiado su postura política al apoyarse en el sector privado para alentar las sociedades público-privadas.

La investigación del UNRISD sugiere que las políticas sociales y la inversión del sector público han sido cruciales para asegurar el acceso a la mayoría. Las políticas empleadas incluyen el apoyo al ingreso vinculado con sistemas de bienestar; ajustes de tarifas; un fondo para el abastecimiento rural; y políticas para asegurar que los hogares no queden desconectados por no pagar. Por ejemplo, el aumento de las tarifas de bloque, donde los precios del agua se ajustan respecto al uso, son populares en muchos países en desarrollo. Los esquemas de subsidio a los hogares más pobres son utilizados en muchos países en desarrollo e incluso en Francia se han otorgado subsidios a áreas rurales. El papel del Estado para movilizar inversiones también ha sido significativo. Aunque la construcción inicial es a menudo iniciada por el sector privado, la inversión pública es necesaria para asegurar un mejor abastecimiento, particularmente para los pobres.

Notas: ^aWHO y UNICEF 2004; WHO 2007. ^bUnited Nations 2009. ^cPrasad 2008. ^dPrasad (2008:16), citando *Implementing the World Bank Group Infrastructure Action Plan*, 13 September 2003: 25.

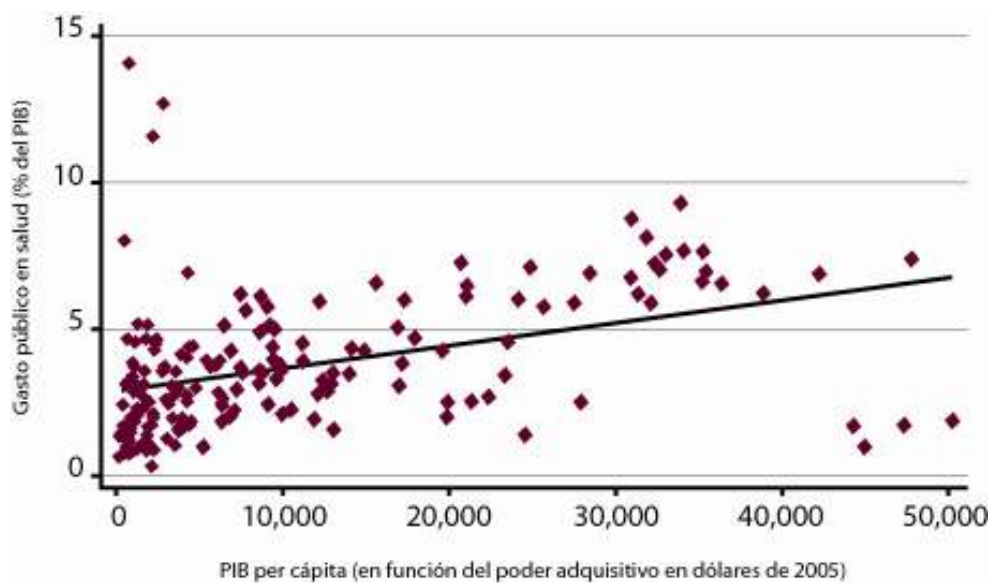
El escaso financiamiento y la comercialización pueden tener consecuencias negativas para la salud y la educación

Consecuencias para la salud

La comercialización de los servicios de salud ha prevalecido más en países en bajos ingresos que en los de ingresos más altos, directamente vinculado a un peor acceso y a un servicio

precario.³⁰ En su conjunto, el gasto público en salud como porcentaje tanto del gasto total en salud como del PIB se relaciona con el ingreso per cápita. La medicina socializada, es decir, cuidados médicos gratuitos en el lugar de uso y financiados por la tributación general o la seguridad social, se encuentra habitualmente en países prósperos (véase la figura 6. 5). Por el contrario, el gasto privado, como porcentaje del gasto total en salud, es mayor en países de bajos ingresos y entre los grupos de ingresos más precarios. Es más probable que las poblaciones de bajos ingresos enfrenten la forma que más induce a la pobreza en términos del financiamiento de la salud: con pagos de sus bolsillos (véase la figura 6. 6). Para 5 mil 600 millones de personas en países de ingresos bajos y medios, alrededor de la mitad del gasto en cuidados médicos se financia con recursos de sus bolsillos, y alrededor de 100 millones de personas son empujadas cada año a la pobreza debido a gastos ruinosos en salud.³¹

FIGURA 6. 5: Gasto público en salud como porcentaje del PIB y del PIB per cápita, 2005-2006

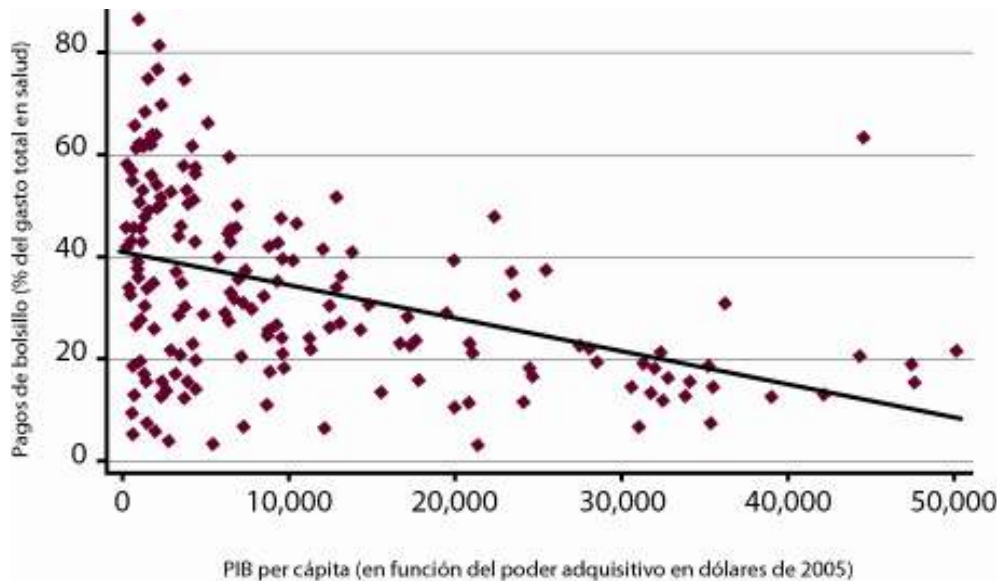


Fuente: Indicadores del Desarrollo Mundial 2009.

³⁰ UNRISD 2007.

³¹ WHO 2009a.

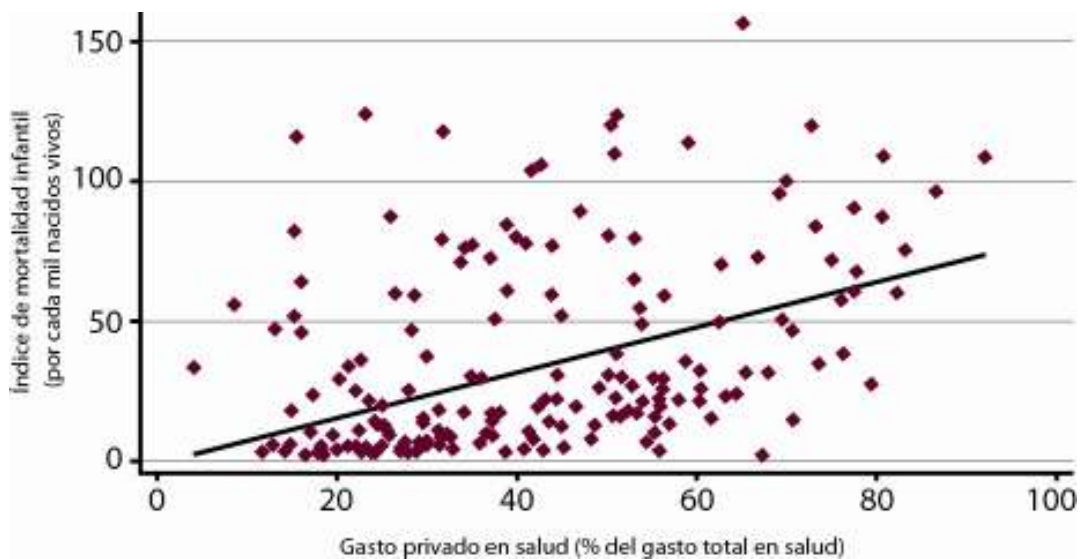
FIGURA 6. 6: Gasto en salud del bolsillo como porcentaje del gasto total en salud y del PIB per cápita, 2005-2006



Fuente: Indicadores del Desarrollo Mundial 2009.

Los países con niveles más bajos de comercialización y mayor gasto público o seguridad social muestran mejores resultados en materia de salud. Las tasas de mortalidad infantil tienden a ser más bajas y la esperanza de vida más alta en países con índices más bajos de gasto privado a favor del gasto público en salud (véase la figura 6. 7). De manera similar, los países que mayor proporción de su PIB dedican a sanidad a través del gasto público o la seguridad social han tenido mejores resultados en salud y mejores atención al nacimiento (como se observa en la esperanza de vida, la mortalidad infantil y los nacimientos asistidos por personal calificado).

FIGURA 6. 7: Índice de mortalidad infantil y gasto privado en salud como porcentaje del gasto social en salud, 2005-2006



Fuente: Indicadores del Desarrollo Mundial 2009.

La proporción de camas de hospital y el uso de cuidados ambulatorios en los sectores público y privado en los países en desarrollo, sugiere que el aprovisionamiento de cuidados primarios (aun cuando sean nominalmente públicos) se encuentra altamente comercializado, mientras no lo están los hospitales ni la atención a los pacientes.³² En consecuencia, es más probable que los pobres dependan más del aprovisionamiento privado (esto es, a menudo informal, en pequeña escala y de baja calidad), que cobra tarifas modestas y carece del apoyo y la regulación gubernamentales.³³ Sin embargo, en términos de la seguridad, la investigación del UNRISD³⁴ muestra que los niveles más altos de comercialización de los cuidados primarios de salud y las aseguradoras privadas están relacionados con una mayor desigualdad en el trato entre quintiles de ingreso y una mayor exclusión de los niños de tratamientos cuando se enferman. En casi los 44 países en desarrollo con información analizada, más de la mitad de los niños atendidos por infecciones respiratorias severas o diarrea fueron tratados de manera privada.

Los motivos detrás de la introducción de tarifas y cargos, y, por tanto, del impulso a la comercialización de los servicios, comprenden la recuperación de costos, el aumento de los ingresos, una mayor eficiencia a través de la competencia entre proveedores, y la creación, entre los usuarios, de un mayor sentido de valor por los servicios obtenidos. En general se ha fracasado en el logro de estos objetivos, debido a valoraciones equivocadas en torno al funcionamiento de los mercados. Tampoco han sido efectivos en el aprovisionamiento de una cobertura más amplia las formas complementarias de asistencia ni los mecanismos de exención, diseñados para mejorar el acceso de los grupos marginados a los servicios en un contexto de provisión comercializada, debido a limitaciones en el abastecimiento, los recursos inadecuados, altos costos administrativos, fugas y estigmas (véase el capítulo 5). En su conjunto, en el sector sanitario, la comercialización de los servicios puede ser vista como una “enfermedad de los pobres”.³⁵

Consecuencias para la educación

En términos de educación, hay un mayor consenso de que el gobierno tiene la responsabilidad de proporcionar a todos los niños educación de calidad sin cargo, al menos la primaria.³⁶ En la mayor parte de países, los gastos públicos siguen dominando el aprovisionamiento y financiamiento educativos, aunque existen muchas instancias de sociedades público-privadas. Sin embargo, persisten las tarifas de uso y otros cargos, afectando el acceso a la educación. La correlación entre el ingreso per cápita y el gasto público en educación como porcentaje del PIB es positiva pero débil (véase la figura 6. 8). Sin embargo, al igual que en la salud, la comercialización de la educación afecta a los pobres, con mayor participación del gasto privado en países con ingresos más bajos (véase la figura 6. 9). La participación promedio del financiamiento privado en la educación es mucho menor que en la salud: 18 por ciento en educación versus 42 por ciento en salud. En la mayor parte de países, el financiamiento privado en la educación es inferior al 15 por ciento del total, y sólo cinco países (Chile, República Dominicana, Guatemala, Filipinas y la República de Corea) tienen niveles superiores al 40 por ciento.³⁷

³² Mackintosh y Koivusalo 2005.

³³ Mackintosh y Koivusalo 2005.

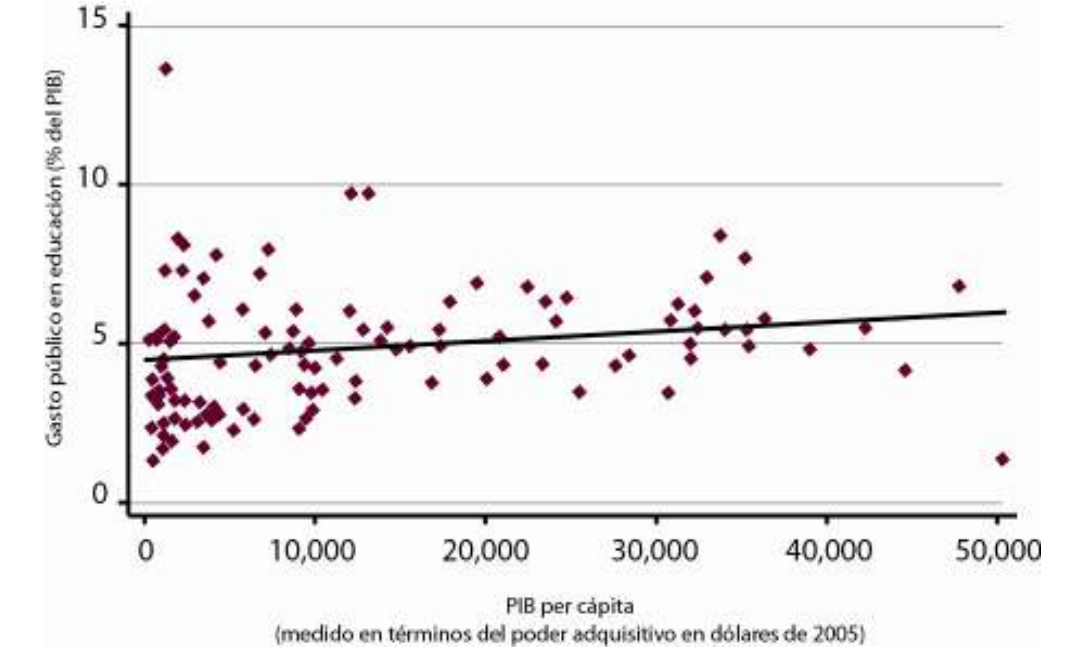
³⁴ Mackintosh y Koivusalo 2005.

³⁵ Mackintosh y Koivusalo 2005: 8.

³⁶ UNESCO Institute for Statistics 2007; Baylis y Kesler 2006.

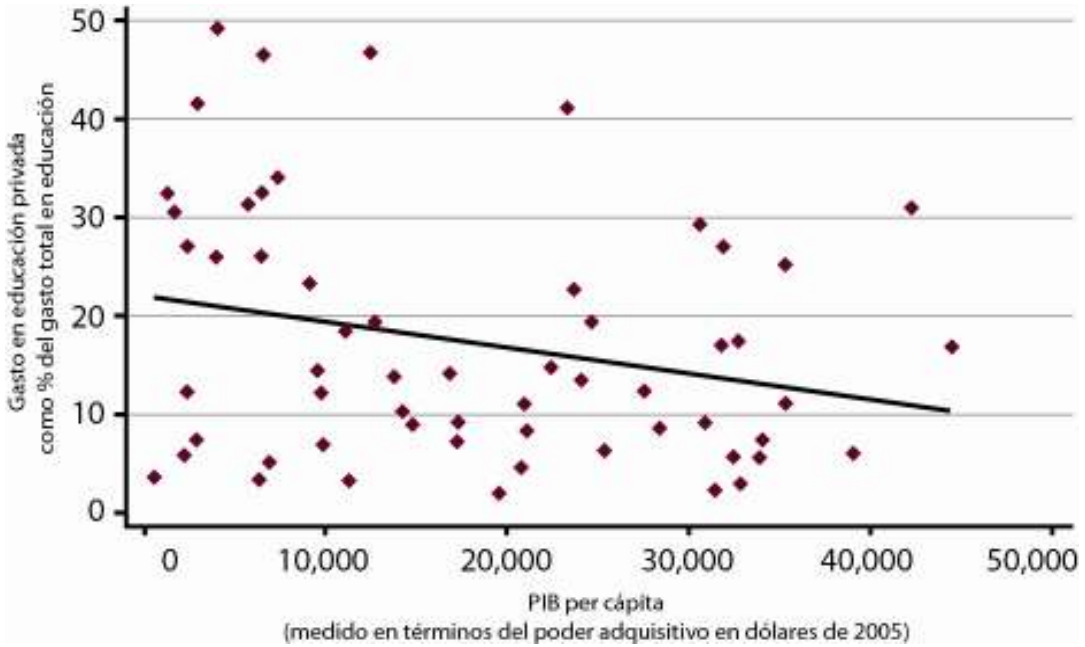
³⁷ Hypher 2009.

FIGURA 6. 8: Gasto público en educación como porcentaje del PIB y del PIB per cápita, 2005-2006



Fuente: Indicadores del Desarrollo Mundial 2009.

FIGURA 6. 9: Gasto privado en educación como porcentaje del gasto total en educación y del PIB per cápita, 2005-2006



Fuente: Indicadores del Desarrollo Mundial 2009.

Al igual que en la salud, la comercialización de la educación afecta a los pobres, con mayor participación del gasto privado en países de bajos ingresos

El aprovisionamiento de educación privada, medida por el porcentaje de la población inscrita en instituciones privadas, muestra enormes variaciones entre los países, aunque no se relaciona con el nivel de ingreso. Como promedio de la inscripción a educación primaria y secundaria, casi la mitad de todos los países tiene un porcentaje de inscripción privada de menos del 10 por ciento. Sin embargo, esta cifra es de alrededor del 50 por ciento en 13 países, incluyendo Chile, Fiji y Zimbabue. En promedio, el financiamiento privado como porcentaje del PIB es ligeramente superior en la educación secundaria que en la primaria, y el aprovisionamiento privado es más extenso en la educación secundaria.³⁸ La asistencia bruta combinada es ligeramente mayor en países con menos financiamiento para la educación privada y altos niveles de gasto público. Sin embargo, la relación entre gasto público y desempeño estudiantil es, cuando mucho, débil, porque los pobres resultados en el aprendizaje y los altos niveles de desigualdad son posibles en los niveles bajo, medio y alto del gasto público.³⁹

Al igual que en la salud, el aprovisionamiento y el financiamiento mixto público-privado a menudo resultan en sistemas de servicios sociales de alto costo que polarizan socialmente. Aunque los enfoques mixtos pueden, bajo ciertas condiciones, mejorar la calidad educativa a través de opciones y competencia, también tienen el potencial de reforzar la desigualdad. Las opciones a menudo se ven limitadas por la falta de poder adquisitivo, un escaso acceso a la información y, en muchas instancias, por falta de aprovisionamiento. Donde las escuelas pueden seleccionar a los estudiantes en función de sus capacidades, surgen desventajas donde características como el ingreso o la etnicidad podrían magnificarse. En Chile, que opera con un programa de vales, la composición de los estudiantes difiere entre los sectores público y privado con escuelas privadas subsidiadas con recursos públicos teniendo un mejor desempeño que las escuelas públicas.⁴⁰ En otras palabras, el sistema canaliza recursos públicos a escuelas privadas que son capaces de seleccionar a los estudiantes más competentes y aventajados. De manera comparable, en el sector sanitario, las aseguradoras privadas son capaces de elegir, asegurando solamente a quienes representan menores riesgos y dejando al sector público los pacientes que suponen un mayor costo.

La actividad comercial por parte de las instituciones educativas públicas, incluyendo la recuperación de costos y las tarifas a los usuarios, sigue prevaleciendo en muchos países en desarrollo, debido al pobre financiamiento y la escasa regulación. Los cargos pueden incluir cuotas por uniformes, libros, materiales, medicinas y aportaciones de los padres, así como cuotas obligatorias, incluyendo construcciones y reparaciones en la escuela. Al igual que en la salud, esas tarifas fueron introducidas bajo la premisa errónea de la naturaleza del mercado para esos servicios: que la recuperación de los costos limitaría el “uso frívolo”,⁴¹ elevaría los ingresos y mejoraría la equidad, la eficiencia y la calidad. La evidencia ilustra justo lo contrario en el caso del África Subsahariana, donde las barreras pre-existentes para acceder

³⁸ UNESCO Institute for Statistics 2007.

³⁹ UNESCO 2009a.

⁴⁰ Barrera-Osorio *et al.* 2009; UNESCO 2009a.

⁴¹ Adésinà 2007: 25.

resultaron en la seria infrautilización de los servicios, de manera que las tarifas de uso sólo se sumaron a esas barreras.⁴²

Estas tendencias derivadas de la comercialización y el escaso financiamiento tanto en la educación como en los servicios de salud sirven para empeorar las disparidades pre-existentes en la calidad a medida que los servicios públicos se ven sobresaturados. El personal capacitado, atraído por un mejor salario y condiciones de trabajo, tiende a irse del sector público al privado, reforzando así la tendencia a una comercialización y mayor reducción de la calidad del aprovisionamiento del sector público.

Tanto en la salud como en la educación, la comercialización y el escaso financiamiento empeoran las disparidades pre-existentes en la calidad a medida que los servicios públicos son sobre demandados

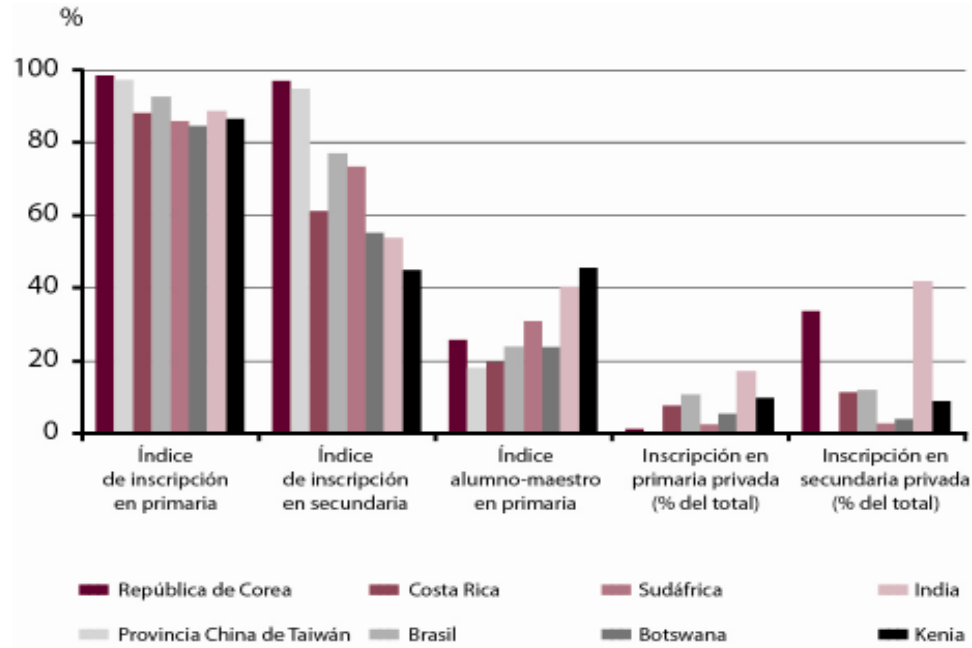
3. Aprovisionamiento de servicios sociales en distintos contextos del desarrollo

Los países se diferencian significativamente en sus sistemas de aprovisionamiento de servicios sociales

Como se explicaba anteriormente, el escaso financiamiento y la comercialización son serios obstáculos para la universalización de los servicios sociales. Con todo, los países y áreas muestran variaciones considerables en sus sistemas de aprovisionamiento. Esta sección resalta tres enfoques amplios basados en estudios de caso encargados para este informe. Los países y áreas son agrupados en términos de la cobertura de salud, asistencia a la escuela, calidad educativa y el papel de los distintos actores en el aprovisionamiento (véanse las figuras 6. 10 y 6. 11). Respecto a estas dimensiones, Costa Rica, la República de Corea y la Provincia China de Taiwán se apoyan fuertemente en el universalismo; Botswana, Brasil y Sudáfrica también se orientan al universalismo, pero el dualismo económico produce lo que puede describirse como universalismo fragmentado; y Kenia e India muestran altos niveles de fragmentación y exclusión, a pesar de algunos compromisos hacia el universalismo.

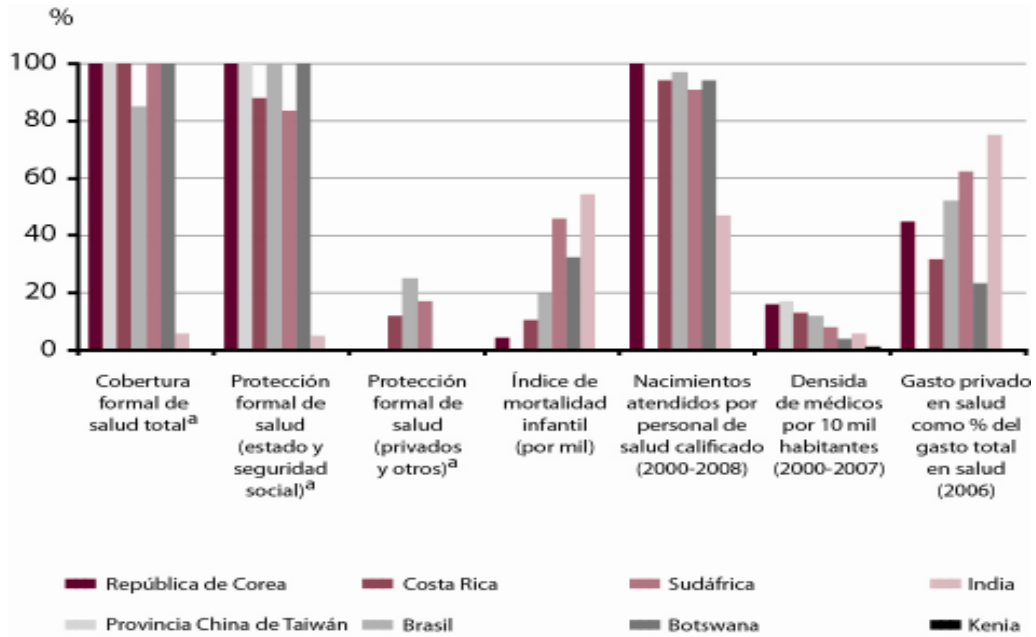
⁴² Adésinà 2007: 25.

FIGURA 6. 10: Sistema educativo y resultados en ocho estudios de caso de países/áreas



Nota: El año más reciente (desde 2000); Costa Rica (índice de asistencia entre 2000 y 2007). Fuente: UNESCO 2009b; Dirección General de Presupuesto, Contabilidad y Estadísticas del Yuan Ejecutivo, Provincia china de Taiwán 2007.

FIGURA 6. 11: Sistemas de salud y resultados en ocho estudios de caso de países



Nota: La cobertura formal de salud incluye esquemas de seguridad estatales, sociales y mutuales; los datos de la Provincia China de Taiwán son de 2006. ^aDe 2000 a 2007. Fuente: UNESCO 2009b; Dirección General de Presupuesto, Contabilidad y Estadísticas del Yuan Ejecutivo, Provincia china de Taiwán 2007; OIT 2008^c; OMS 2009^b.

Apoyo al universalismo

La República de Corea, la Provincia China de Taiwán y Costa Rica muestran variaciones significativas en términos de las proporciones público-privadas en el financiamiento y la provisión de servicios sociales. Sin embargo, en los tres casos, el Estado juega un papel importante al asegurar el aprovisionamiento universal. De manera notable, las políticas sociales son apoyadas apropiadamente por otras políticas económicas que refuerzan las inversiones sociales. Estos países y áreas ampliaron progresivamente la cobertura junto con la introducción de políticas complementarias para asegurar que los grupos marginados se beneficiaran de un enfoque universal.

La República de Corea y la Provincia China de Taiwán. El aprovisionamiento de educación y cuidados en materia de salud en la República de Corea y la Provincia China de Taiwán se basa en un fuerte papel regulador del Estado y una capacidad burocrática, bajo un sistema mixto público-privado de financiamiento y aprovisionamiento. Las intervenciones en la salud y la educación son reforzadas con políticas complementarias: por ejemplo, en la República de Corea, los relativamente bajos niveles de desigualdad en el ingreso han reducido las limitaciones en el ingreso entre los pobres, contribuyendo así a un acceso equitativo a la educación primaria y secundaria. Adicionalmente, el establecimiento temprano de programas de bienestar ocupacional por sectores, como la seguridad en salud y las pensiones para personas tanto en escuelas privadas como públicas, redujo el incentivo para que el personal más calificado se dirigiera al sector privado y esto mantuvo la calidad en la educación pública.

La educación ha sido una prioridad particular en ambos casos, recibiendo inversión pública significativa como una contribución al crecimiento económico. En la etapa pionera de industrialización, las inversiones para mejorar la productividad en sector intensivos en mano de obra impulsaron los índices de asistencia y finalización tanto en la educación primaria como secundaria; con el cambio a sectores de mayor valor agregado en los 70 y los 80, estas ganancias también aseguraron la educación terciaria. Los altos índices de inscripción en la República de Corea se observan en la figura 6. 10 con niveles por encima del 90 por ciento en la educación primaria y secundaria. La educación primaria es prácticamente ofrecida por el sector público (sólo el 1. 3 por ciento de los estudiantes están inscritos en escuelas privadas); los niveles secundario y terciario se caracterizan por un nivel más alto de participación privada (33. 5 por ciento en educación secundaria). Desde los 70, el gobierno coreano ha subsidiado las escuelas privadas.⁴³ Sin embargo, el financiamiento privado es sustancial y representa el 40 por ciento de los gastos totales en educación.⁴⁴ El fuerte compromiso hacia la educación en la población del país, junto con los subsidios del gobierno, ha permitido que el rentable negocio de la educación privada florezca y tienda a igualar la calidad de la educación tanto en instituciones públicas como privadas. En la Provincia China de Taiwán, las escuelas públicas dominan tanto en la educación primaria como en la secundaria. Aunque las instituciones privadas representan alrededor de la mitad de todas las escuelas secundarias y universidades de prestigio, el estrecho control del gobierno en torno a las cuotas de inscripción ha contribuido a mantener una educación asequible.

El aprovisionamiento de cuidados médicos en la República de Corea y la Provincia China de Taiwán se encuentra altamente comercializado.⁴⁵ En 2007, el sector privado representó más del 93 por ciento y del 97 por ciento de instalaciones médicas en la República de Corea y en

⁴³ Kim Guang-Jo 2002.

⁴⁴ UNESCO 2007.

⁴⁵ Kwon y Tchoe 2005.

la Provincia China de Taiwán, respectivamente,⁴⁶ con hospitales y clínicas en gran parte de propiedad privada. La implicación significativa del gobierno y de la capacidad burocrática derivaron en la introducción de esquemas de seguros médicos en ambos lugares a finales de los 80 y principios de los 90, coincidiendo con la democratización y una creciente preocupación por la igualdad. En la República de Corea, los esquemas de seguros médicos se establecieron en 1977. Inicialmente sólo incluían a los empleados del sector formal, pero la cobertura se fue ampliando progresivamente. En 1987, el nuevo gobierno democrático anunció su intención de establecer seguros médicos nacionales universales y en dos años la cobertura pasó de menos del 51 por ciento de la población a alrededor del 94 por ciento.⁴⁷ Los esquemas separados de seguros médicos se integraron y la cobertura aumentó, posibilitando así los subsidios y la redistribución. Sin embargo, a pesar de la cobertura social universal de seguros médicos, los desembolsos personales son sustanciales, representando alrededor del 50 por ciento del total del gasto en salud (véase el capítulo 5), con implicaciones para la equidad. De manera similar, la Provincia China de Taiwán estableció un programa nacional universal de seguros médicos en 1995, unos cuantos años después de que el gobierno democrático declarase su intención de hacerlo.⁴⁸

Costa Rica. Costa Rica ha logrado resultados impresionantes en salud y educación, particularmente en la educación primaria. El Estado asumió la responsabilidad de financiar y proveer servicios sociales, lograr una mayor cobertura y tener un impacto distributivo significativo. Esto se complementó con programas para mejorar la distribución del ingreso, incluyendo aumentos en los salarios reales y proporcionando protección social universal (véase el capítulo 5).

En Costa Rica, el Estado asumió la responsabilidad de financiar y proveer servicios sociales, y ha logrado resultados impresionantes en la salud y la educación

El proceso para universalizar la educación en Costa Rica comenzó temprano. Hacia los 40, la educación pública era concebida como un sistema integral desde el nivel preescolar hasta la universidad, con educación primaria y secundaria gratuitas. La cobertura, especialmente de la educación secundaria, se amplió progresivamente con esfuerzos particulares dirigidos a las zonas rurales y grupos marginales a fin de reducir las disparidades. La crisis económica en los 80 interrumpió, e incluso revirtió los avances, especialmente en áreas rurales, puesto que el gasto público en educación se redujo en un 44 por ciento entre 1980 y 1985.⁴⁹ La calidad educativa también disminuyó, puesto que los salarios y la inversión en infraestructura se recortaron y la duración en la escuela se redujo. Posteriormente, se restauró el nivel de gasto y mejoró la eficiencia, llevando a un resurgimiento de las ganancias de cobertura. Sin embargo, las disparidades en la educación entre varios grupos de ingreso persisten, y son más significativas que las disparidades de género o las que existen entre las zonas rurales y urbanas. Se ha introducido un buen número de políticas para enfrentar esto: un programa dirigido a las escuelas urbanas encaminado a mejorar la calidad educativa para las familias de bajos ingresos, y se introdujo un programa universal de almuerzos escolares para estimular la asistencia a las escuelas. Debido a los limitados recursos, se introdujo un enfoque geográfico

⁴⁶ Ministry for Health, Welfare and Family Affairs (Republic of Korea) 2008; The Government Information Office 2009.

⁴⁷ Kwon y Tchoe 2005.

⁴⁸ Carrin y James 2005.

⁴⁹ Trejos 2008.

en los programas de almuerzos escolares en los 80; la información acerca de su cobertura indica que está llegando exitosamente a los niños pobres.⁵⁰

En el sector sanitario, el Fondo de Seguridad Social Costarricense (FSSC) fue establecido en 1941 para proporcionar seguridad médica (con fondos tripartitos de los empleados, patrones y el Estado) inicialmente para los empleados en los centros urbanos. Gradualmente se extendió para incluir a los miembros de las familias, a trabajadores independientes y a grupos de bajos ingresos. En 1961, se enmendó la constitución para lograr la cobertura universal de salud en 10 años. La gama de servicios provista por el FSSC y los techos de aportaciones se ampliaron, en tanto los proveedores privados fueron sustituidos por servicios proporcionados directamente por el FSSC a través de un personal profesional graduado en la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, fundada en 1960. Los programas de cuidados médicos primarios, como la erradicación de la malaria y los cuidados médicos en zonas rurales, lograron un impresionante nivel de cobertura, llevando a mejoras notables en salud. Hacia los 70, los indicadores de salud eran similares a los de los países desarrollados, demostrando el éxito de las políticas de salud pública y de las tecnologías eficientes y de bajo costo. Las mejoras en los indicadores de salud fueron más pronunciadas en las poblaciones de bajos ingresos.⁵¹

La crisis de los 80 llevó a un declive de los recursos pero detuvo, más que revertir, los logros en salud en Costa Rica. El Estado mantuvo un papel dominante: en 1986 el sector privado representaba solamente el 2 por ciento de las camas de hospital y el 3 por ciento de los diagnósticos.⁵² A partir de los 90, el Ministerio de Salud asumió un papel más supervisor, haciendo del abastecimiento una responsabilidad creciente del FSSC. La informalidad creciente del mercado laboral (aunque menor que en otros países latinoamericanos, como se explica en el capítulo 5) llevó a un declive en la cobertura de cuidados médicos. Sin embargo, el gobierno introdujo seguros voluntarios que, en 2006, se tornaron obligatorios para los auto-empleados. En parte como resultado de estas políticas, el nivel de cobertura de los cuidados médicos llegó al 89 por ciento en 2008.⁵³

Universalismo fragmentado

Los países que presentan un universalismo fragmentado se caracterizan típicamente por una estructura económica dual, con una gran parte de la población excluida del mercado laboral formal y, por lo tanto, de aprovisionamientos sociales formales. En Estados como Brasil y Sudáfrica, las políticas gubernamentales encaminadas a ampliar el acceso a los servicios sociales, particularmente en áreas rurales, a menudo han tenido éxito en lograr la cobertura casi universal con impresionantes logros en salud y educación básica. Sin embargo, las tendencias a la comercialización en un contexto de altas desigualdades en el ingreso y un gran sector informal han resultado en un aprovisionamiento de servicios polarizado y segmentado entre un sector privado de alto costo y servicios públicos de menor calidad. Con el cambio de política de los 80 y los 90 a favor de la privatización, el financiamiento público cambió a subsidios focalizados o de asistencia social para los pobres, contribuyendo aun más a la falta de financiamiento de las instalaciones públicas.

Brasil. En Brasil, la educación y los sistemas de salud han seguido trayectorias históricas distintas. El sistema educativo, que debe su origen a la primera constitución republicana de

⁵⁰ Trejos 2008.

⁵¹ Trejos 2008.

⁵² Trejos 2008.

⁵³ Mesa-Lago 2008; MIDEPALN-SIDES 2009b (véase también la figura 5. 5 en el capítulo 5).

1891, se regula a nivel nacional y está altamente descentralizado en términos de financiamiento y aprovisionamiento. Una política de educación nacional de ocho años de educación básica gratuita se institucionalizó tras la revolución de 1930 que centralizó el poder e impulsó al país a una rápida industrialización y modernización. Sin embargo, el sistema sanitario se mantuvo fragmentado y desregulado hasta finales de los 80, cuando fue creado un sistema nacional de salud. Con todo, las reformas democráticas constitucionales de los 80, empujaron al país hacia un aprovisionamiento más universal de salud y servicios educativos.

Durante buena parte del período de postguerra, el sector sanitario de Brasil se caracterizó por una estructura dual que benefició ampliamente a los empleados urbanos del sector formal. La estructura institucional para el aprovisionamiento de salud se encontraba segmentada, con un sistema público de salud limitado, con alguna asistencia médica para los empleados del sector formal, y un amplio aprovisionamiento privado. La cobertura de asistencia médica se extendió a los trabajadores rurales, a los domésticos y a aquellos en el sector formal en los 70, sentando las bases para servicios de salud universales en los 80.

Se introdujo un sistema unificado de salud altamente descentralizado en 1985. La política de salud universal fue impulsada por una coalición de activistas expertos con raíces en los movimientos sociales. Bajo el nuevo sistema, el sector público puede contratar a proveedores privados para ciertos servicios, y los particulares y las empresas pueden tener sus propios planes privados de seguro médico.⁵⁴ El sistema financiado con fondos públicos sufragará los servicios de salud pública, así como también reembolsa los servicios proporcionados por privados en casos donde no están disponibles los servicios públicos.⁵⁵ La población destinataria totaliza aproximadamente a 140 millones, de los que 40 millones están cubiertos por el sector privado. Una segunda ola de reformas en los 90 buscó mejorar la base financiera y el impacto redistributivo del sistema público, así como el fortalecimiento de la regulación sobre el aprovisionamiento privado. Los observadores destacan mejoras en los indicadores de salud, tales como la salud infantil y materna.⁵⁶ El número de partos atendidos por personal calificado se acerca al 100 por cien y la tasa de mortalidad infantil es considerablemente baja con 20 niños muertos por cada mil nacidos vivos en 2011 (figura 6. 11). Las encuestas que comparan a Sao Paulo (una de las regiones más ricas) y el noreste (la más pobre) sugieren que aunque el número de personas que afirman tener servicios de salud con regularidad ha mejorado para todos los quintiles de ingresos tanto en Sao Paulo como en el noreste, las dos regiones siguen siendo muy desiguales.⁵⁷

A pesar del aprovisionamiento de educación pública gratuita para los primeros ocho años de escolaridad antes de la transición a la democracia, más del 50 por ciento de quienes estaban cursando el primer grado fueron obligados a repetirlo y muchos abandonaron la escuela después del segundo grado. Casi el 50 por ciento desertó antes de completar los ocho grados. Desde las reformas democráticas, el sector educativo de Brasil también ha extendido su cobertura. Se logró acceso a la educación primaria casi universal en la segunda mitad de los 90, sobre todo como resultado de reformas exitosas en el financiamiento de la educación primaria.⁵⁸ La inscripción a la educación terciaria fue promovida con subsidios sustanciales en los 80 (los más elevados del mundo) que beneficiaron ampliamente a los ricos. A pesar de

⁵⁴ Draibe 2007.

⁵⁵ Jaso-Aguilar *et al.* 2005.

⁵⁶ Medici 2002; Arretche 2004.

⁵⁷ Silva y Duchs 2008.

⁵⁸ Draibe 2007.

los considerables avances, las oportunidades educativas se concentraron en las regiones industrializadas del país, mientras las regiones del norte y el noreste hacían frente a la falta de escuelas y de recursos. Las reformas educativas en las últimas dos décadas se centraron en reducir la ineficiencia, generando mejoras espectaculares en la educación pública.⁵⁹ La asistencia a educación primaria se está acercando al 100 por cien y la educación secundaria está llegando al 80 por ciento (figura 6. 10).

En Brasil, las reformas educativas en las últimas dos décadas se han centrado en reducir la ineficiencia, lo que ha derivado en mejoras espectaculares en la educación pública

El financiamiento público para la educación en Brasil proviene de dos fuentes –la tributación general y un fondo salarial de educación conformado de contribuciones por empresarios como porcentaje de los salarios. El aprovisionamiento educativo es mayoritariamente público a nivel preescolar, y en los niveles de primaria y secundaria (representando al 73, 91 y 86 por ciento, respectivamente, de las escuelas), en tanto la educación superior es sobre todo privada (67 por ciento).⁶⁰ El Fondo para el Desarrollo de la Educación primaria y el Desarrollo de los Maestros (FUNDEF) fue creado en 1996 para reducir las grandes desigualdades regionales en financiamiento por estudiante, redistribuyendo recursos de las zonas más ricas a las más pobres. A pesar de las considerables mejoras, las desigualdades siguen siendo un desafío. El número promedio de años destinados a la escuela por parte de los brasileños de 25 años de edad, varía significativamente por grupos de ingresos –de 4. 3 años en el quintil más pobre a 10. 3 años para el quintil más rico. La desigualdad se torna más significativa más allá de la educación básica. La región relativamente pobre de Alagoas tuvo una inscripción neta del 95. 9 por ciento para el grupo de edad de 7 a 14 años, y del 76 por ciento para el grupo de edad de 15 a 17 años, mientras que Sao Paulo tuvo índices del 98 y 87 por ciento, respectivamente, en 2008.⁶¹

Las innovaciones en política social en Brasil han sido asombrosas, tanto en cantidad como en cobertura, e incluyen Bolsa Familia, así como el Fondo Nacional para el Mantenimiento y el Desarrollo de la Educación Básica (FUNDEB) y el Programa de Salud Familiar. En particular, la creciente importancia de transferencias de efectivo condicionadas ha recibido el reconocimiento internacional. Sin embargo, la investigación sugiere que no hay mucha diferencia en la asistencia a la escuela entre los beneficiarios y los no beneficiarios de Bolsa Familia.⁶² Bolsa Familia tiene más éxito en mejorar los ingresos que en ampliar la inscripción a las escuelas.

Sudáfrica. En Sudáfrica, el Estado post-apartheid heredó un sistema educativo que se caracterizaba por significativas desigualdades en calidad y asistencia –resultado de una muy desigual distribución de los recursos. La educación era una de las principales preocupaciones del Congreso Nacional Africano, e inmediatamente buscó combatir las desigualdades integrando regionalmente los departamentos educativos segregados por regiones en un solo sistema nacional. También hizo que la educación fuera obligatoria hasta el noveno grado y reasignó fondos de las ex escuelas blancas a las ex escuelas africanas. El resultado fue la

⁵⁹ Banco Mundial 2001d.

⁶⁰ Banco Mundial 2001d.

⁶¹ Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística 2008.

⁶² Schwartzman 2009; Draibe 2010.

igualación en el financiamiento: la proporción de fondos para los alumnos africanos creció de un 58 por ciento en 1993 a 79 por ciento en 1997.

Sudáfrica se caracteriza por elevados niveles de gasto público en educación, con casi el 5 por ciento del PIB del país asignado al sector, financiado a través de la tributación general. La asistencia neta excede el 80 por ciento en primaria y el 70 por ciento en secundaria (véase la figura 6. 10). Las diferencias en la asistencia entre los grupos son marginales, pero persisten grandes desigualdades en la calidad y los resultados educativos, llevando a una continua correlación entre etnicidad e inscripción.

Estas desigualdades se pueden atribuir al legado de una asignación de recursos sesgada durante la era del apartheid, en combinación con acuerdos para la recuperación de los costos, que permite a las escuelas de los vecindarios más ricos imponer gravámenes sin regulación y reutilizar los fondos para contar con más maestros y mejorar las instalaciones. El gobierno ha hecho esfuerzos para centrarse en los pobres, por ejemplo a través de escuelas gratuitas libres de tarifas, que representan el 40 por ciento de todas las escuelas, y el Programa Nacional de Nutrición en las Escuelas, que alimentó a un millón 600 mil estudiantes de educación primaria en 2007. Sin embargo, esos esquemas no han sido capaces de resolver los desequilibrios en la calidad de la educación. Las desigualdades sociales y económicas profundamente enraizadas, confinan a muchos niños de hogares negros, pobres y rurales, que asisten a escuelas públicas pobremente equipadas en vecindarios marginados, a una subclase social en la Sudáfrica post-apartheid.⁶³

En la Sudáfrica post-apartheid las desigualdades sociales y económicas profundamente enraizadas confinan a muchos niños de hogares negros, pobres y rurales a una subclase social

La reforma de los cuidados médicos a finales de los 80 llevó al cambio de un sistema de segregación regional y racial a un sistema dual público-privado, con acceso dependiente de la capacidad de pago. Sudáfrica posee un impresionante sistema público de salud. La mayoría de la población tiene acceso a servicios médicos básicos a través de instalaciones públicas que cobran diferentes tarifas que varían por región.⁶⁴ Una minoría (17 por ciento) está cubierta por sistemas de seguridad privados, caros y de alta calidad, financiados a través de diversos esquemas sobre todo para trabajadores del sector formal. Los niveles de vacunación y nacimientos atendidos por personal calificado son altos (véase la figura 6. 11).

Si bien el acceso a los cuidados médicos no se ve afectado significativamente por el ingreso, la calidad del aprovisionamiento sí. Mientras los pobres usan mayoritariamente servicios públicos mal financiados, los ricos optan por los privados. También existen desigualdades regionales, puesto que las legislaturas provinciales determinan los presupuestos de salud: los gastos de salud pública per cápita han disminuido en algunas regiones.⁶⁵ A pesar del hecho de que la enorme carga de las enfermedades en Sudáfrica –particularmente el sida– requiere más recursos que en países con un ingreso similar, la negación inicial del problema por parte del gobierno, exacerbó la crisis sanitaria, llevando a críticas severas y protestas por parte de la

⁶³ Seekings y Natrass 2005.

⁶⁴ OIT 2008c.

⁶⁵ McIntyre *et al.* 1998.

sociedad civil y de las comunidades afectadas. Esta negación política está siendo ahora abordada y se están dando importantes pasos para combatir la enfermedad. Adicionalmente un nuevo programa nacional de seguridad en salud, financiado por la tributación general y un impuesto al salario para el sector formal, se esperaba que fuera operativo en 2010. Se estima que el programa incrementará el presupuesto de salud total en un 40 por ciento y que abordará la falta de fondos del sector público.

Botswana. Botswana ha logrado resultados asombrosos en salud y educación. No debe sorprender que el país tenga uno de los sistemas de servicios sociales más desarrollados de África, sobre todo como resultado de una exitosa canalización de recursos derivados de los impuestos a la minería. El gobierno gasta un poco más del 9 por ciento del PIB en educación y más del 40 por ciento del gasto gubernamental total del gobierno en servicios sociales. Desde la independencia, el gobierno ha sido el principal proveedor de educación y servicios de salud, con una participación limitada de la comunidad o el sector privado. Botswana también introdujo una pensión social, que beneficia directamente a la educación, puesto que un porcentaje sorprendentemente alto del ingreso en los hogares se destina a gastos escolares.⁶⁶ Sin embargo, desde los 80 ha habido un cambio a favor de la privatización y la descentralización, donde el gobierno juega el papel de facilitar los esfuerzos a la comunidad y al sector privado para proporcionar servicios sociales e introducir medidas para recuperar los costos sanitarios.

En la educación, las inversiones sustanciales y las políticas gubernamentales para eliminar las barreras de acceso han mejorado de forma destacable los resultados. En los 80, las tarifas en escuelas primarias y secundarias fueron eliminadas, con posteriores mejoras en la matriculación. Otros esquemas, como la alimentación escolar y los programas de desarrollo rural se introdujeron para mejorar el acceso de grupos marginales. En consecuencia, la asistencia a educación primaria y secundaria llegó a cerca del 80 y el 60 por ciento, respectivamente, y la alfabetización es de alrededor del 80 por ciento (véase la figura 6. 10). Sin embargo, las desigualdades basadas en la ubicación geográfica persisten, en parte como resultado de la falta de maestros calificados en áreas rurales. Las tarifas de uso que fueron introducidas en 2006, y una creciente tendencia a la educación privada es muy posible que coloquen en desventaja a los grupos más pobres. Las escuelas en que la lengua de instrucción es el tswana nativo, tienden a una calidad muy pobre en comparación con las escuelas donde el inglés es el medio de instrucción, que se dirigen a grupos de ingresos más elevados.⁶⁷

Botswana tiene uno de los sistemas de servicios sociales más desarrollados de África, sobre todo como resultado de la canalización exitosa de recursos derivados de los impuestos a la minería

En el sector sanitario, una política encabezada y financiada por el estado desde los años 60, tuvo éxito al lograr virtualmente el acceso universal a los cuidados de salud primaria. El porcentaje de nacimientos asistidos por personal calificado es superior al 90 por ciento, y se han logrado mejoras sustanciales en las tasas de mortalidad infantil, que eran de alrededor de

⁶⁶ Devereux 2001.

⁶⁷ Nthomang 2009.

30 niños por cada mil nacidos vivos en 2007 (véase la figura 6. 11). Se estableció una red de infraestructura en salud dirigida por el gobierno con una significativa inversión pública. El énfasis inicial se puso en la creación de clínicas o centros de salud en cada aldea. En consecuencia, a mediados de los 80, más del 85 por ciento de la población en un radio de 15 kilómetros, contaba con instalaciones sanitarias.

En los 80 y 90, el sector privado jugó un papel cada vez más importante en la ampliación de la disponibilidad de instalaciones y la reducción de la participación en los servicios gubernamentales. Se introdujeron tarifas por uso, con mecanismos de exención para grupos de bajos ingresos. A pesar del cambio para aumentar la participación del sector privado, la proporción de los cuidados médicos privados en el gasto total en salud es de sólo el 23 por ciento. Así, el aprovisionamiento de salud y educación en Botswana está menos fragmentado que en Brasil y Sudáfrica. Los empleados del sector formal son capaces de acceder a atención privada de alta calidad sobre todo en áreas urbanas, con menores períodos de espera que los saturados hospitales gubernamentales. La epidemia del sida plantea considerables desafíos en Botswana, y en los 90 y en la primera década del presente siglo ha provocado retrocesos en los avances previos en salud. Sin embargo, el gobierno ha proporcionado tratamiento gratuito a quienes padecen el VIH o el sida, independientemente de su estatus social y económico, de su etnia o género.

Sistemas fragmentados y excluyentes

En un gran número de países el aprovisionamiento de servicios sociales es fragmentado y excluyente. Es a menudo el caso de las economías agrarias de bajos ingresos, donde una amplia proporción de la población puede carecer de acceso a los servicios públicos. Muchos de estos países dependen de la ayuda, y en consecuencia han quedado bajo la presión de los donantes para reducir el gasto social y transferir la responsabilidad a los consumidores, sobre todo a través de medidas de recuperación de costos. La reducción del gasto público ha tendido a disminuir la disponibilidad de servicios, particularmente en áreas rurales. La insuficiente inversión en personal, infraestructura y materiales ha llevado a una disminución de la calidad, exacerbada a medida que el personal calificado se ha mudado al sector privado o al exterior, donde las condiciones laborales son mejores. Aunque el Estado sigue siendo el principal proveedor, los servicios sociales crecientemente se han comercializado, con el surgimiento de proveedores informales a pequeña escala, en respuesta a la demanda tanto de ricos como de pobres por una mejor disponibilidad o calidad de los servicios públicos.⁶⁸ Por tanto, se ha desarrollado un sistema dual de aprovisionamiento de salud y educación, consistente en “un sector público pobremente financiado y un inaccesible sector privado”⁶⁹ que no está regulado y que también puede ser de mala calidad. Los pagos por los cuidados médicos salen del presupuesto doméstico y las tarifas a los usuarios y otros cargos informales en la educación incrementan los obstáculos para el acceso y elevan la desigualdad.

Kenia. En Kenia, los programas de ajuste estructural llevaron a la introducción de medidas para compartir los costos y limitar el gasto en servicios sociales. El gasto real en servicios básicos como proporción del gasto gubernamental cayó del 20 por ciento en 1980 al 12. 4 por ciento en 1997.⁷⁰ En consecuencia, las poblaciones de bajos ingresos tendieron a acceder solamente a servicios escasos que con muchos trabajos podían pagar, sea en el sector público o en el privado.

⁶⁸ Mackintosh y Koivusalo 2005.

⁶⁹ Adésinà 2007: 35.

⁷⁰ Mitullah 2008.

En la época inmediatamente posterior a la independencia, el gobierno de Kenia se comprometió a mejorar tanto la cobertura como el acceso a través de servicios gratuitos de salud. El progreso fue notable, elevando la esperanza de vida de 44 años en 1962 a 60 en 1993, y reduciendo la mortalidad infantil en una tercera parte entre 1963 y 1987.⁷¹ Aunque se redujo el gasto público y se introdujeron tarifas entre 1989 y 2004, el Estado se ha mantenido como el principal contribuyente con recursos para el sector sanitario, aportando más del 50 por ciento. Sin embargo, el gobierno ha comercializado el funcionamiento de algunas de sus instalaciones, lo que ha generado disparidades en el acceso y problemas para que los pobres puedan pagar por estos servicios. El personal calificado se mudó al sector privado o dirige clínicas privadas en o en paralelo con las instalaciones públicas, en ocasiones utilizando recursos públicos para la práctica privada.⁷² El gasto sanitario se ha alejado de las áreas rurales pobres: el 80 por ciento de la población recibe solamente el 20 por ciento de los gastos en salud.⁷³ Aunque se introdujeron programas subsidiados de salud, incluso estos no son accesibles para muchos hogares.

En un gran número de países, a menudo economías agrícolas de bajos ingresos, el aprovisionamiento de servicios sociales es fragmentado y excluyente

En los documentos de estrategia para reducir la pobreza en Kenia entre 2001 y 2004, se dio prioridad a la salud rural y preventiva a fin de enfrentar las desigualdades. Sin embargo, además de una mala distribución, el sector sanitario aun recibe fondos insuficientes para cumplir con los compromisos internacionales, incluyendo los ODM: los gastos en salud pública en 2006 fueron del 2.2 por ciento del PIB. Esto se traduce en un gasto per cápita de 6.40 dólares –lejos de la meta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 34 dólares.

Kenia otorga un gran valor a la educación, particularmente a la educación superior. Esta necesidad fue particularmente pronunciada en los años inmediatamente posteriores a la independencia, a medida que el país luchaba por llenar un enorme vacío de capacidades.⁷⁴ La asistencia escolar se incrementó notablemente en los 70: la inscripción en educación primaria se incrementó del 61.7 al 105.9 por ciento en 2006; de manera similar, la inscripción en educación secundaria pasó del 9 al 50.3 por ciento en este período.⁷⁵ También mejoró la equidad de género. Aunque el gasto público en la educación creció inicialmente de manera sustancial, los programas de ajuste estructural de los 80 redujeron los fondos e introdujeron los costos compartidos. El gobierno asumió los costos de salarios, administración y financiamiento de una parte de la infraestructura, mientras que a los padres se les pidió pagar tasas de matrícula y libros de texto, y las comunidades contribuyeron con infraestructura y mantenimiento escolar.

Muchos hogares no pudieron asumir los costos educativos, y ello provocó una disminución en la asistencia a educación primaria y secundaria a principios de los 90, así como altos índices de deserción.⁷⁶ Además, se redujo la calidad de la educación y las instalaciones demostraron ser inadecuadas. El objetivo de lograr la proporción alumno-maestro de 40:1 aun

⁷¹ Mitullah 2008.

⁷² Mitullah 2008.

⁷³ Atieno y Shem 2007.

⁷⁴ Chachage 2007.

⁷⁵ Banco Mundial 2009c.

⁷⁶ Mitullah 2008.

está por lograrse y varía por región, desde un 35:1 a un 70:1. Además, menos del 50 por ciento de los alumnos inscritos en educación primaria completan su educación, aunque la situación ha ido mejorando. El compromiso del gobierno con la educación primaria completa es un hecho positivo, pero no existe un programa que asegure la continuación en secundaria, lo que afecta más severamente a los pobres. Se han introducido programas dirigidos a mejorar el acceso a la educación en las regiones más afectadas por la pobreza, así como el aprovisionamiento de libros de texto y becas. Sin embargo, estos esquemas llegan a menos de la cuarta parte de quienes los necesitan y los pobres frecuentemente no pueden pagar ni siquiera por servicios subsidiados.⁷⁷

India. La reciente aceleración en el crecimiento de India no se ha traducido en mejoras sustanciales en el aprovisionamiento de servicios sociales básicos.⁷⁸ Los niveles de gasto público en salud (alrededor del 1 por ciento del PIB) y en educación (alrededor del 3. 5 por ciento del PIB), son muy bajos para el ingreso per cápita del país. La escasa financiación pública, la preferencia por la educación superior y la medicina curativa por encima de la educación primaria y la salud pública, y un amplio sector privado sin regular han creado un régimen altamente segmentado de aprovisionamiento de servicios sociales.

Tras la independencia, el movimiento nacionalista indio a través del informe del Comité Bhole se comprometió a erigir un estado de bienestar que proporcionara servicios sanitarios a todos los ciudadanos independientemente de su capacidad de pago.⁷⁹ Sin embargo, el aprovisionamiento privado, incluyendo la práctica privada de doctores del sector público se encontraba muy extendido incluso antes de la independencia y se mostró muy difícil de revertir. Los estudios sugieren que el aprovisionamiento de salud por parte del sector privado es de los más elevados del mundo.⁸⁰ La participación del aprovisionamiento privado en cuidados primarios pasó del 74. 5 al 78 por ciento en áreas rurales entre 1986/1987 y 2004, y del 73 al 81 por ciento en áreas urbanas en el mismo período;⁸¹ los cuidados en hospitales privados se elevaron del 40 al 58 por ciento en áreas rurales y del 40 al 62 por ciento en áreas urbanas en el mismo período. Los cuidados de salud primaria representan menos del 0. 5 por ciento del total del gasto público en salud. Los pagos desde los bolsillos de los usuarios representan alrededor del 85 por ciento de todos los gastos en salud.

El actual sistema de salud es incapaz de proveer servicios estándar para la gran mayoría de los ciudadanos, y se caracteriza por problemas de baja inversión, pobre mantenimiento, escaso equipamiento, baja calidad del personal y distancias considerables para los traslados de buena parte de la población.⁸² La tasa de mortalidad infantil de menores de cinco años (87 por cada mil nacidos vivos) y la tasa de mortalidad infantil (63 por cada mil nacidos vivos) son mayores que el promedio mundial, y el porcentaje en el país de niños con bajo peso es también alto para su nivel de ingreso per cápita. La proporción de nacimientos asistidos por personal calificado es sólo del 47 por ciento, y 35. 6 por ciento de las aldeas no cuentan con centros de salud en un radio de cinco kilómetros.

En 2005 fue creado un esquema denominado Misión Nacional de Salud Rural (MNSR) para reducir los índices de mortalidad infantil y materna, universalizar el acceso a los servicios

⁷⁷ Mitullah 2008.

⁷⁸ Nagaraj 2008.

⁷⁹ Baru 2005.

⁸⁰ Sen *et al.* 2002; Shankhar y Shah 2009.

⁸¹ Shankher y Shah 2009.

⁸² Shankhar y Shah 2009.

públicos de salud y promover sistemas propios de medicina para el año 2012. El MNSR se dirige a 18 estados con débiles indicadores de salud pública. Aunque es muy pronto para evaluar el impacto del programa, los informes desde el terreno y las propias evaluaciones del Ministerio de Salud muestran que sus logros más importantes son institucionalizar el aprovisionamiento y la expansión de cobertura para vacunación. Si bien el abastecimiento ha crecido sustancialmente en los principales estados en los que opera el programa, la cobertura total pre-natal no ha mejorado en la mayoría de ellos y la cobertura de vacunación sólo ha mejorado en cinco.

En el campo de la educación, la universalización de la educación ha sido uno de los propósitos principales de los objetivos de desarrollo de India.⁸³ A diferencia de la salud, la educación (especialmente la educación primaria) es proporcionada ampliamente por el sector público. El 85 por ciento de las escuelas primarias son administradas por el gobierno central (43 por ciento), los estatales y locales (42 por ciento). Sin embargo, el sector privado acapara el 40 por ciento de las matriculaciones en educación secundaria. La Declaración Nacional de Política Educativa de 1968 enfatizó la educación gratuita y obligatoria para todos en el nivel primario, mejor estatus y salarios para los maestros, la igualación de las oportunidades educativas, el apoyo para la educación vocacional, y la asignación del 6 por ciento del PIB a la educación. Esta política de universalización fue reforzada por la Nueva Política de Educación de 1986, que abogó por una reducción de las desigualdades en las oportunidades educativas para las mujeres y las castas en desventaja.

Sin embargo, las mejoras en los indicadores educativos han sido menos espectaculares que los cambios de políticas. El gasto público en educación creció sostenidamente del 0.5 por ciento del PIB en 1950-1951 a un 2 por ciento hacia 1970 y de un 3 a un 4 por ciento en el momento actual, que aun está muy por debajo de la meta del 6 por ciento. La matriculación en educación primaria se sitúa en un 80 por ciento, y la matriculación en educación secundaria es de alrededor del 50 por ciento, aunque los estudios indican que los datos nacionales podrían sobreestimarse y que los niveles regulares de asistencia podrían ser menores.⁸⁴ La información de 2005 sugiere que el 29 por ciento de los alumnos en primer grado hasta el octavo abandonaron la escuela.⁸⁵

Los gastos en salud y educación y los resultados varían considerablemente en los estados indios. Los estados en que el poder gubernamental reposa en una amplia base política y que han abrazado una agenda redistributiva tienden a tener un buen comportamiento. El estado de Kerala, por ejemplo, que es ampliamente conocido por los elevados estándares en el sector social, gasta el 40 por ciento de su presupuesto en servicios sociales, mientras el promedio en toda India es del 32 por ciento. Kerala tiene una larga historia de alfabetización y movimientos educativos. Además, el activismo político y social ha sido empleado en ocasiones para mantener abiertos los centros de salud y las elecciones han sido ganadas sobre la base del apoyo de los candidatos a los servicios sociales públicos.⁸⁶

⁸³ Constitución de India, artículo 45, <http://lawmin.nic.in/coi/coiason29july08.pdf>, consultado el 9 de junio de 2010.

⁸⁴ Ghosh 2005.

⁸⁵ Shankar y Shah 2009.

⁸⁶ Ghosh 2005; Mackintosh y Koivusola 2005.

4. Proporcionar servicios sociales universales: implicaciones para la política

El aprovisionamiento amplio de cuidados médicos y educación fortalece el bienestar, mejora la productividad y el potencial de ingresos, y reduce la pobreza y la desigualdad. El financiamiento escaso, los recortes en gastos del sector social y la comercialización conducen a la segmentación, la desigualdad y la exclusión en la provisión de servicios. El aprovisionamiento privado de alta calidad para grupos más prósperos puede coexistir con servicios de baja calidad para los pobres, dañando la efectividad y los resultados redistributivos de un sistema integral. Además, el enfoque del gasto público exclusivamente en servicios sociales básicos puede exacerbar la desigualdad: el deterioro resultante en la educación secundaria y superior puede llevar a una reducción del número de personas calificadas en la plantilla de escuelas y hospitales. Esta sección final subraya la importancia del aprovisionamiento financiado con recursos públicos y la regulación pública de la comercialización para lograr resultados universales, equitativos y de calidad.

Los sistemas financiados con recursos públicos pueden ser asequibles

Las lecciones de los países que se han apoyado en el universalismo demuestran la importancia de una participación pública sustancial en asegurar que la mayoría tenga acceso a los servicios sociales. También muestran que el financiamiento público para el aprovisionamiento de servicios sociales es asequible. Los instrumentos domésticos de financiamiento público son mejores para disminuir la exclusión de ciertos grupos, para promover el papel redistributivo del aprovisionamiento de servicios sociales a través de acuerdos de financiación progresiva, y para fortalecer los vínculos que promueven la democracia y la solidaridad social. Sin embargo, como se verá en el capítulo 8, las fuentes externas como la ayuda y las remesas, pueden complementar el la financiamiento público interno, especialmente en países de bajos ingresos.

Los problemas de equidad en el gasto público, resaltados en el análisis beneficio-incidencia, deberían ser enfrentados con una distribución más amplia de los servicios sociales, que cubran a áreas rurales y urbanas en desventaja. En su conjunto, las políticas deberían introducirse para aliviar las limitaciones estructurales que podrían impedir el acceso al aprovisionamiento universal. Ejemplos de esas políticas incluyen programas de alimentos escolares, transporte subsidiado y medicinas gratuitas, sea como iniciativas dirigidas a complementar el aprovisionamiento universal o como esquemas de aprovisionamiento universal. Además, en el caso de los seguros médicos, las iniciativas deberían asegurar la cobertura del sector informal a través de programas obligatorios, voluntarios y gratuitos o subsidiados.

Las lecciones de países que se apoyan en el universalismo demuestran la importancia de una participación pública sustancial para asegurar que la mayoría tenga acceso a servicios sociales

En países que ya han logrado elevados niveles de éxito en el aprovisionamiento de servicios sociales, la fe en beneficios residuales derivados del crecimiento del ingreso fue rechazada y se adoptaron políticas intencionadas para apoyar una amplia cobertura. Se requiere una

intervención efectiva del Estado para maximizar las sinergias y complementariedades entre los servicios y sus vínculos con otras partes de la economía política, y para promover la igualdad, mejorar la cobertura y evitar fallas en la coordinación. Las sinergias en las intervenciones dentro de la política social pueden fortalecerse a través de una amplia protección social –cimentada en derechos exigibles– cubriendo a la mayoría de la población, junto con políticas efectivas de cuidados. El aprovisionamiento de servicios sociales debería estar integrado y ser apoyado por una política macroeconómica más amplia, basada en inversión productiva y empleo que alivien la desigualdad y la pobreza.

En sociedades altamente desiguales que se apoyan en el universalismo como Botswana, Brasil y Sudáfrica, se han registrado asombrosos niveles de cobertura, especialmente en salud y educación básicas. Sin embargo, el sistema tiende a ser fragmentado y no ha eliminado las desigualdades basadas en la ubicación geográfica ni en el nivel de ingreso. En Brasil y Sudáfrica, el aprovisionamiento universal se ha conseguido en gran parte gracias a reformas en los servicios sociales y en asegurar la accesibilidad a la educación y la salud en años recientes, lo que debería constituir la base para la reforma política adicional en el sector social. Los esfuerzos adicionales deberían buscar la incorporación de los pobres a servicios sociales de mayor calidad incrementando y mejorando la distribución del financiamiento y mejorando también la distribución y calidad de los servicios sociales en áreas rurales y urbanas en desventaja.

Los esquemas de recuperación de costos que resultan en financiamiento desigual para las escuelas y los servicios de salud y en una calidad desigual deberían ser eliminados. El financiamiento debería ser equilibrado a través del gasto público basado en ingresos fiscales o seguros de salud sociales. Un financiamiento público adecuado podría disminuir la participación del sector privado, que también debería ser regulado para asegurar que los incentivos que posee no restrinjan el acceso. En términos de salud, los seguros deberían ampliarse a grupos marginados, como trabajadores informales y de subsistencia, a través de esquemas voluntarios, obligatorios o subsidiados,⁸⁷ como han logrado de manera exitosa Costa Rica y la República de Corea. Estos esfuerzos deberían ser apoyados por una protección social amplia a fin de fortalecer el ingreso y el acceso a los servicios sociales.

En países con sistemas fragmentados y excluyentes, como India y Kenia, el gasto público debería incrementarse y dirigirse a áreas rurales y urbanas en desventaja. Las tarifas, que crean barreras para el acceso, deberían ser eliminadas, y políticas complementarias como los programas de alimentación escolar, deberían ser introducidos y ampliados para fortalecer la inscripción y la asistencia.

La comercialización efectiva requiere regulación

La comercialización de los cuidados médicos y la educación es tanto un proceso impulsado por el mercado como un proceso que responde a las decisiones políticas. La experiencia de la República de Corea demuestra que, incluso con altos niveles de comercialización, el acceso a la salud y a la educación puede ser ampliado. En el caso de la salud, esto ha ocurrido cuando el financiamiento se realiza a través de la seguridad social –no privada individual– y es cada vez más extendida a toda la población. En el caso de la educación secundaria y superior privadas, el acceso se ha ampliado cuando las escuelas son subsidiadas y las cuotas son reguladas por el Estado.

⁸⁷ Mesa-Lago 2008.

Por tanto, la comercialización efectiva requiere una regulación efectiva. Sin embargo, los sistemas comercializados de salud y educación en países en desarrollo se encuentran ampliamente sin regular, y la regulación formal no sólo es difícil de lograr en mercados liberalizados, sino que también es costosa, como lo muestran las experiencias en los países desarrollados. Un marco político más efectivo se enfocaría en definir y reforzar la forma y los límites de una comercialización apropiada para los objetivos de salud y educación a distintos niveles de desarrollo y en contextos políticos diversos. Las políticas clave para este fin incluyen mecanismos nacionales de financiamiento que promuevan la solidaridad, junto con el aprovisionamiento público. La reconstrucción del sector público recrea el mercado y el marco competitivo para el sector privado. También significa establecer el derecho a que los pobres reclamen al sector público alcanzar los mismos derechos que las personas cubiertas por la seguridad social y los seguros privados en cuidados médicos, y a partir de entonces reconstruir el aprovisionamiento del sector público para responder a esas demandas.

En el pasado, las políticas macroeconómicas se centraron principalmente en contener la deuda pública y la inflación, en liberalizar los mercados, en privatizar los activos del Estado y en la apertura al comercio exterior y a los flujos de capital. La protección de los ingresos y los servicios sociales no fue una prioridad. En lugar de ello, la reducción de la pobreza fue percibida como un resultado del crecimiento, que se esperaba que ocurriera tras la estabilización y la liberalización. Con todo, como se ha descrito en los diversos capítulos de este informe, el crecimiento y la reducción de la pobreza en muchos países no han sido satisfactorios. Si bien se ha avanzado en lograr los ODM en las áreas de la salud y la educación, queda mucho por hacer a fin de erradicar las desigualdades en el aprovisionamiento, superar el enfoque en la salud y educación primarias, y mejorar la calidad.