

Remunerar a las personas

La financiación de las/los trabajadores profesionales necesarios para prestar servicios de salud y educación para todos

Millones de personas mueren, padecen enfermedades o no pueden acudir a la escuela por falta de maestros, enfermeros y médicos en los países pobres. Algunos países pobres han duplicado el gasto público en salud y educación desde el año 2000 pero siguen sin poder pagar a estos trabajadores y por tanto siguen dependiendo de la ayuda. Y esa ayuda no está llegando a las personas pobres: tan sólo 8 céntimos de cada dólar de ayuda se invierten en planes nacionales que abarcan la formación y los sueldos de maestros y trabajadores sanitarios. Se necesitan dos millones de maestros y 4,25 millones de trabajadores sanitarios más si se ha de hacer realidad la salud y la educación para todos. Los donantes deben cambiar la manera en que aportan fondos, con compromisos a largo plazo en apoyo a planes nacionales.

Resumen

Este es el primero de una serie de tres documentos dedicados a la financiación de los servicios en los países en desarrollo. Este documento se centra en la cooperación exterior en forma de ayuda y cancelación de la deuda. Los otros documentos de la serie se centrarán en la renta nacional: uno de ellos en los ingresos debidos a los impuestos y el otro en los ingresos procedentes de las industrias extractivas.

A falta de salud y educación, los hombres y las mujeres pobres carecen de la oportunidad y la capacidad para salir de la pobreza. La salud y la educación son derechos básicos a los que todo ciudadano debe tener acceso. Pero tras décadas de inversión insuficiente y reformas mal pensadas, en el siglo XXI estos derechos siguen siendo un sueño lejano para millones de personas. En el mundo de hoy hay ochenta millones de niños que no asisten a la escuela. Mil cuatrocientas mujeres mueren durante el embarazo o el parto, sin acceso a cuidados médicos. Y son sobre todo las mujeres y las niñas, las personas pobres de las zonas rurales, las personas con discapacidades y los pueblos indígenas los que carecen tanto de acceso a los servicios como a la oportunidad de trabajar en ellos. A falta de servicios de salud, las mujeres y las niñas deben cargar además con la tarea de cuidar de familiares enfermos.

Los sistemas de salud y de educación están formados por personas. La tecnología no basta. Incluso donde no hay aulas, las/los niños pueden ser educados si hay una/un maestro. Pero si no hay maestro, por muchas aulas que haya los niños no recibirán una educación. Este año se necesitan dos millones de maestros de primaria debidamente formados, y otros dos millones cada año hasta el 2015. Hoy se necesitan más de cuatro millones de profesionales sanitarios y personal auxiliar, la cuarta parte en África. Si las cosas siguen como van, este déficit no se va a cubrir. Entre tanto, unos cuantos trabajadores luchan estoicamente por realizar su trabajo con salarios de pobreza y en pésimas condiciones. Hablando con personal de Oxfam en abril de 2006, una maestra de Camerún contratada por el gobierno resumió la situación de la siguiente manera: "Convertirse en maestra es como firmar un contrato con la pobreza".

En el pasado, la contratación en masa de maestros y trabajadores sanitarios se ha conseguido únicamente mediante la inversión pública tanto en países industrializados como en los países en desarrollo. Incluso los países de renta baja han conseguido importantes mejoras en formación y selección, con las consiguientes mejoras en los resultados de salud y educación. La obligación de hacer valer los derechos de salud y educación a través de una ampliación masiva recae enteramente en los gobiernos nacionales. Pero los países en desarrollo necesitan ayuda externa para engrosar una renta nacional escandalosamente baja.

Sí se está recibiendo cierta ayuda por medio de la cancelación de la deuda y la financiación de presupuestos públicos o presupuestos sectoriales de salud y educación. Los países pobres altamente endeudados (HIPC por las siglas en inglés) que se han beneficiado de la cancelación de la deuda aumentaron el gasto en estrategias de reducción de la pobreza entre 1999 y 2005 en más del doble. Pero la ayuda que llega así a los planes nacionales de salud y educación es insuficiente. Tan sólo 8 céntimos de cada dólar de ayuda van destinados a

ayudar a los gobiernos a remunerar a las personas por realizar los trabajos que se precisan. Y es una ayuda además a muy corto plazo, y los gobiernos por tanto no pueden realizar planes de inversión coherentes y formar a los trabajadores a sabiendas de que habrá ayuda disponible para pagarles un sueldo una vez cualificados.

Los donantes deben aumentar el apoyo presupuestario hasta un 25 por ciento de la financiación bilateral. Deben aumentar la financiación sectorial para salud y educación en aquellos países en que el apoyo presupuestario no resulta adecuado. Deben comprometerse por períodos de al menos seis años y tomar medidas para reducir los riesgos relacionados con el apoyo presupuestario de la ayuda. Es necesaria la cancelación total de la deuda a 20 países cuyo endeudamiento es tal que no tienen esperanza alguna de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En la última década los gobiernos de los países pobres han conseguido enormes avances, con un aumento de la inversión en salud y educación y la contratación de miles de trabajadores. Pero también han hecho promesas a sus ciudadanos que no se están cumpliendo. Deben aspirar a que el gasto en educación llegue a un 20 por ciento como mínimo del gasto público, y el gasto en salud a un 15 por ciento. Pero sobre todo se necesita más que nunca garantizar la representación y la supervisión ciudadana en el seguimiento de los servicios públicos, así como su participación en los procesos presupuestarios y de planificación a nivel nacional y local.

La dificultad a la hora de evaluar los avances conseguidos tanto por donantes como por gobiernos se ve exacerbada por la falta de información clara. La Organización Mundial de la Salud ha realizado una buena labor de análisis del costo aproximado de selección y retención de trabajadores sanitarios. La UNESCO debe ahora realizar un estudio parecido en relación a los maestros, de manera que quede despejada toda duda y no valgan más excusas.

Estas decisiones requieren valor y compromiso, y no pueden demorarse. La pobreza extrema destroza millones de vidas, y se cobra millones más. Los dirigentes mundiales han prometido un cambio radical en la forma de emplear la ayuda, pero hasta la fecha sus acciones poco han reflejado esas promesas.

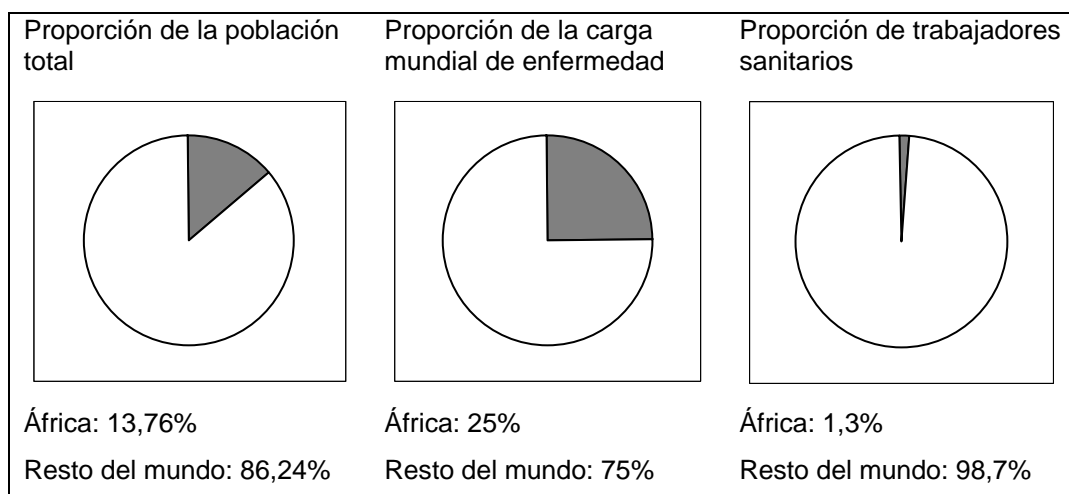
1 Los millones que faltan: no hay resultados sin trabajadores

Los sistemas de salud y de educación están formados por seres humanos; en los países pobres millones de maestros y trabajadores sanitarios trabajan largas horas por una recompensa mínima. En los países pobres del mundo faltan hoy dos millones de maestros/maestras y más de cuatro millones de trabajadores sanitarios, y apenas si se han formulado planes para formar y seleccionar a estas personas. Esta falta de personal afecta de forma desproporcionada a las personas pobres, y en especial a las que viven en las zonas rurales de países de renta baja o media. Décadas de inversión insuficiente han dejado a estas personas sin acceso a los derechos básicos de la salud y la educación. Las mujeres y las niñas son las que mayores dificultades tienen a la hora de acceder a estos servicios y conseguir un empleo valorado en los sectores de la salud y la educación.

Cada día mueren 1.400 mujeres durante el embarazo o el parto. Algunos países han reducido radicalmente las tasas de mortalidad materna e infantil al garantizar el acceso universal a profesionales de la salud. El noventa y seis por ciento de las mujeres en Sri Lanka tienen ya acceso a parteras y la probabilidad de sobrevivir en caso de complicaciones durante el parto se ha multiplicado por más de dos desde 1990.¹

El 'Informe sobre la salud en el mundo' 2006 de la Organización Mundial de la Salud calcula que faltan unos 4,25 millones de médicos, enfermeros y personal auxiliar en 57 países. La región más afectada es la del África subsahariana, que cuenta en la actualidad con tan sólo 600.000 trabajadores sanitarios (ver la Figura 1). Se necesita un millón más. Tanzania forma en la actualidad a aproximadamente 640 médicos, enfermeros y comadronas cada año. Para alcanzar los niveles de personal recomendados por la OMS en 10 años, necesitaría 3.500 cada año, aun suponiendo que no haya pérdidas por jubilación, muerte o migración.

Figura 1: Distribución desigual del déficit de trabajadores sanitarios en el mundo: la parte de África



Fuente: Comisión para África (2005) 'Our Common Interest, p 193

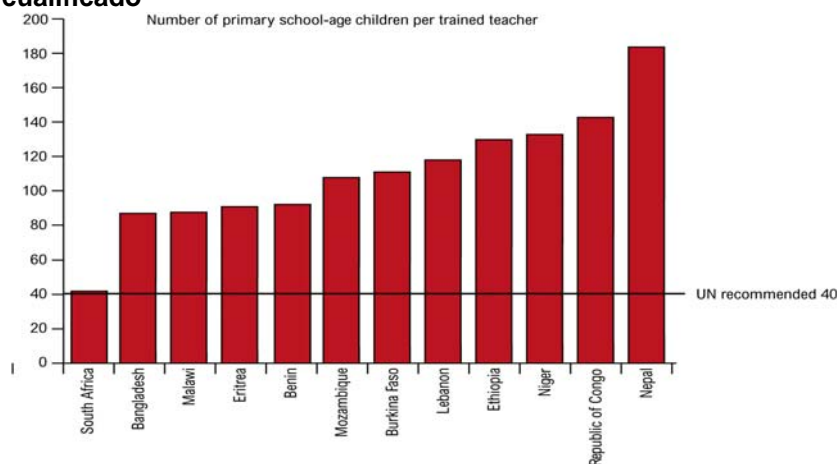
El principal obstáculo para la formación y selección de estos profesionales sanitarios es la falta de financiación encaminada a lograr unos sistemas públicos sólidos. La Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS propuso en el año 2001 dedicar 34 dólares per cápita a los sistemas de salud para la prestación de unos servicios de salud básicos y universales, en comparación a los niveles actuales de entre 13 y 21 dólares. Estos 34 dólares incluirían gastos de formación y selección de trabajadores sanitarios capaces de prestar servicios básicos maternos y perinatales y abordar las principales enfermedades transmisibles, es decir, un paquete de cobertura mínima. Los que, como Oxfam, sostienen que se necesita un paquete mejor para garantizar el derecho de los ciudadanos a la salud y al bienestar calculan un costo mucho mayor, como se explicará a continuación.

Los servicios de educación se ven afectados de forma parecida. Cada día, 80 millones de niños en edad de primaria no asisten a la escuela.² La mayoría son niñas. No se ha cumplido el Objetivo de Desarrollo del Milenio de corregir el desequilibrio de género en las escuelas primarias para el 2005, a pesar de que se han logrado avances considerables hacia la enseñanza universal primaria en los últimos años. Un año de educación aumenta el sueldo percibido por una mujer en un 10 ó 20 por ciento; los niños de madres que saben leer y escribir tienen 50 por ciento más de probabilidades de superar los cinco años de edad; y siete millones de casos de VIH y SIDA podrían evitarse en la próxima década si todos y cada uno de los niños recibieran una educación.³ La enseñanza

primaria no es un regalo a conceder a unos cuantos afortunados. Es un derecho básico garantizado sobre el papel por todos los gobiernos del mundo. Pero los estados no están salvaguardando este derecho y las perspectivas para millones de personas pobres que no reciben una enseñanza ahora son poco alentadoras, como también lo son para aquellos que debido al analfabetismo serán pobres en el futuro. La falta de educación tendrá consecuencias negativas además para el crecimiento económico, el buen gobierno y la seguridad en las relaciones mundiales.

Oxfam calcula que en el mundo de hoy faltan alrededor de 1,9 millones de maestros de primaria, el número necesario para garantizar que toda niña y niño en edad escolar reciba una enseñanza impartida por una/un maestro debidamente cualificado en clases de no más de 40 niñas/os, máximo recomendado por instituciones tales como el Banco Mundial y la UNESCO. La Figura 2 indica que algunas zonas del África subsahariana y del sur de Asia sólo cuentan con entre un tercio y una cuarta parte de los maestros cualificados que se necesitan. El África subsahariana necesita aumentar su censo actual de 2,4 millones de maestros en un 68 por ciento en diez años si ha de alcanzar el objetivo de la UNESCO. Y muchos de los maestros existentes no tienen la formación adecuada: el 43 por ciento de los maestros en el Congo carecen del nivel mínimo necesario para la enseñanza.⁴ La UNESCO estima que se necesitarán 18 millones más de maestros de primaria cualificados para el 2015, teniendo en cuenta bajas y el aumento de la población. Para millones de niñas/os, la falta de maestros se traduce en una enseñanza de baja calidad en aulas abarrotadas, e incluso en una ausencia total de educación.

Figura 2: Número de niñas/niños en edad de primaria por cada maestro cualificado



Fuente: Oxfam (2006) 'De interés público: Salud, educación, agua y saneamiento para todos', Oxford: Oxfam Internacional

Este déficit absoluto por falta de inversión se ve exacerbado por una serie de factores adicionales:

- *Migración.* Las/los trabajadores cualificados prefieren trabajar en zonas urbanas, creando así aun mayor escasez en las zonas rurales. Muchos de los trabajadores especializados en sectores con demanda a nivel internacional se desplazan al extranjero. El costo directo para África de la migración de trabajadores sanitarios es de 500 millones de dólares anuales, al dejar su país de origen trabajadores formados a costa del estado.⁵ Los costos indirectos, como son por ejemplo la mayor carga de enfermedades, son mucho mayores.
- *Sistemas fragmentados.* Estudios recientes llevados a cabo en Etiopía demuestran que las/los especialistas médicos con experiencia pueden ganar un sueldo tres veces mayor trabajando para una agencia de desarrollo americana que para el Ministerio de Salud.⁶ En el área de la salud especialmente, el sistema público pierde personal a los proveedores privados y a programas de donantes dirigidos a enfermedades concretas. Aun cuando estas personas siguen realizando trabajos de salud, no pertenecen a sistemas universales y equitativos que cuidan de todos los ciudadanos de un determinado país. Los incentivos son principalmente, aun cuando no exclusivamente, de tipo económico.
- *Falta de igualdad de género.* Las mujeres se enfrentan a dificultades específicas a la hora de conseguir empleos valorados en calidad de maestras y trabajadoras sanitarias. Sometidas a la discriminación desde la edad escolar, tienen aun menores oportunidades de obtener la preparación necesaria para acceder a puestos de importancia en los servicios públicos. Cuando son contratadas en puestos de bajo nivel en hospitales, por ejemplo, el entorno de trabajo las hace vulnerables ante el riesgo de contraer el VIH en hospitales con escasez de suministros y en exceso concurridos. Los abusos violentos por motivo de género suponen un verdadero problema para las mujeres trabajadoras en las zonas rurales, donde la falta de viviendas seguras y de transporte hace que corran aun mayores riesgos.
- *VIH y SIDA.* Los recientes avances respecto a la disponibilidad de tratamiento antirretrovírico en países de renta baja hacen esperar que la tasa de mortalidad entre trabajadores públicos esenciales por causas relacionadas con el SIDA pueda estar disminuyendo. Cada año 170.000 trabajadores sanitarios quedan expuestos a la infección por el VIH por la eliminación de agujas y jeringas u otros residuos biomédicos en condiciones no seguras.⁷ Entre 1999 y 2005, Botswana perdió un 17 por ciento de sus trabajadores sanitarios por causa del

VIH y el SIDA. Parece que la tasa de mortalidad, a pesar de seguir siendo alta, está disminuyendo. En Botswana y Zambia, países en que los maestros contratados por el gobierno reciben tratamiento antirretrovírico gratuito, la tasa de mortalidad de maestros de primaria alcanzó su cuota más alta entre 2001 y 2002 y ha disminuido notablemente desde entonces.⁸ Pero el SIDA y la tuberculosis siguen afectando a la salud y a la enseñanza de formas insidiosas. Las niñas dejan de asistir a la escuela para cuidar de familiares enfermos y hacerse cargo de las obligaciones del hogar. Los servicios de salud funcionan por encima de su capacidad, debiendo atender a cantidades ingentes de pacientes. La motivación del personal sanitario se ve afectada también por el riesgo de infección cuando faltan suministros básicos como son guantes y cajas para la eliminación segura de jeringuillas.

- *Enseñanza.* Este documento se centra en la enseñanza primaria. No obstante, sin enseñanza secundaria y terciaria de calidad, tampoco habrá una oferta suficiente de profesionales titulados de salud o educación. La proporción entre niñas y niños en la enseñanza secundaria y terciaria es menor incluso que en la enseñanza primaria, y por tanto son menos las mujeres que tienen oportunidad de dedicarse a la salud o a la educación, con el consiguiente impacto negativo en el acceso de la mujer a estos servicios.

Cuadro 1: ¿Qué impacto tienen las reformas del Fondo Monetario Internacional sobre la fuerza de trabajo de salud y educación?

El enfoque del FMI en países altamente dependientes de la ayuda debería ser alcanzar un equilibrio entre la estabilidad macroeconómica y objetivos económicos y sociales más amplios, incluyendo el avance hacia los ODM. Para ello debe aconsejar respecto al déficit fiscal y su financiación. El FMI no ha hecho lo suficiente por estudiar opciones de política alternativas para estas cuestiones fiscales, a pesar de ser áreas en que sin duda el FMI tiene una experiencia y una influencia de consideración.

Cosa distinta son los techos respecto a gastos salariales, que implican limitaciones en las elecciones respecto a la composición del gasto que va más allá del área de competencia habitual del FMI y que pueden tener impactos negativos para la salud y la educación en casos en que los sueldos constituyen una proporción elevada del gasto. Pero incluso si el FMI intenta proteger a estos sectores mediante la fijación de estos techos, como parecen indicar las declaraciones contenidas en sus programas, no suele existir una manera práctica de hacer valer esa 'protección'. Además, y como parecen indicar los estudios de caso sobre Mozambique y Zambia del Centro para el Desarrollo Mundial (CGD), de próxima publicación, estos techos en los sueldos no casan bien con los mecanismos presupuestarios diseñados para otorgar prioridad a determinados tipos de gasto público encaminados a reducir la pobreza, como son salud y educación. Resulta imposible conseguir una alineación perfecta entre los techos en las partidas de sueldos y tales prioridades sin un análisis exhaustivo de cómo evolucionará el gasto en recursos humanos para salud y educación a medio plazo. Este tipo de análisis, al salirse fuera de la competencia del FMI, no se ha realizado y por tanto el FMI no está en posición de indicar cuál sería la proporción adecuada de gasto público a dedicar a sueldos a medio plazo.

Por supuesto que la forma como se realiza el gasto público no es siempre la más adecuada, y los países deben tomar decisiones difíciles respecto a prioridades. Estas elecciones deben realizarse a nivel del proceso político nacional. El FMI sostiene que los techos de sueldos se utilizan en casos en que la partida de sueldos genera graves presiones macroeconómicas. Pero esta afirmación no parece compatible con el hecho de que la mayoría de países africanos ha conseguido, a grandes rasgos, alcanzar la estabilidad macroeconómica. A pesar de ello la mitad de los programas del FMI en África imponen algún tipo de techo, techo que, una vez introducido, sólo se ha eliminado en una ocasión (Mozambique). En el estudio CGD de caso sobre Zambia (a publicarse) se sostiene que a pesar de estar justificado el techo cuando se introdujo por primera vez en 2003, como mecanismo a corto plazo para hacer frente al desplome de los controles presupuestarios básicos sobre sueldos, ahora carecen de razón de ser.

David Goldsbrough, Centro para el Desarrollo Mundial, Washington DC, Correspondencia con el autor, enero de 2007.

2 Campañas de éxito para la selección masiva

La experiencia de diversos países demuestra que es posible realizar campañas de selección masiva en períodos de tiempo cortos. En esta sección se aportan tres ejemplos de ampliación en personal sanitario, y tres ejemplos de ampliación con maestros, en base a los cuales se sacan conclusiones sobre enfoques comunes.

Ampliación en personal sanitario

Pakistán: Trabajadoras Sanitarias (*Lady Health Workers*)

En 1994, Pakistán creó un programa de ampliación de los servicios de planificación familiar y atención primaria. En la actualidad hay unas 80.000 'Trabajadoras Sanitarias' que prestan servicios básicos de salud a casi el 70 por ciento de la población y realizan también acopio de datos.⁹ El programa ha conseguido que miles de personas de zonas rurales se beneficien de servicios de salud públicos y algunos servicios prenatales y posnatales a los que antes no tenían acceso. La presencia de mujeres trabajadoras anima a más mujeres a utilizar los servicios disponibles, y los efectos sobre la mortalidad materna se están haciendo notar. El enfoque ha sido rentable y ha mejorado también la comunicación con las oficinas de planificación de manera que pueden constatar mejor qué necesidades hay y dónde.

Tailandia: selección para las poblaciones rurales

En 1979 el gobierno de Tailandia puso en marcha un plan de desarrollo de la salud rural en un intento por mejorar la distribución del personal sanitario en el país.¹⁰ Para 1985, el número de médicos rurales había aumentado de 300 a 1.162 y la diferencia en la proporción de médicos por población entre la región nororiental más pobre y la capital Bangkok había disminuido de 21 veces en 1979 a 8,6 en 1986. Entre 1982 y 1986 cesó por completo la expansión de los hospitales urbanos. Un buen apoyo logístico, viviendas adecuadas y otros incentivos diversos ayudaron a la movilización de la fuerza de trabajo. Como consecuencia de ello, las consultas a instalaciones rurales de salud pública se trasladaron casi por completo de los hospitales provinciales urbanos a los centros de salud rurales. Por desgracia, este sorprendente resultado se vio menoscabado por posteriores reformas introducidas en apoyo de la inversión en hospitales privados, lo que provocó una pérdida notable de mano de obra cualificada del sector público a los hospitales privados de zonas urbanas. La pérdida neta de médicos por el Ministerio de Salud Pública frente a nuevas contrataciones aumentó de un 8 por ciento en

1994 hasta un 30 por ciento en 1997. La crisis económica de 1997 provocó una pérdida inversa: al disminuir la demanda de servicios privados, el número de médicos en hospitales provinciales aumentó de 1.653 en 1997 a 2.725 en 2001. A partir del año 2000, la recuperación económica ha invertido de nuevo esta tendencia hacia el sector urbano privado. Este es un claro ejemplo del papel que debe jugar el gobierno al abordar la distribución geográfica del personal sanitario.

Irán: formación exhaustiva y desarrollo del sistema sanitario

En 1985 Irán creó un ministerio nacional encargado de equiparar los recursos humanos a las necesidades sanitarias y de educación en salud de la población. Los trabajadores sanitarios rurales, o *behtarzes*, se seleccionan de entre la población local y reciben formación también a nivel local. Su trabajo, no obstante, queda integrado en sistemas de remisiones respaldados por sistemas de educación integrados. El resultado ha sido un rápido incremento en el acceso en todas las zonas, una mejora notable en los indicadores clave de salud, y la total eliminación de la dependencia sobre trabajadores médicos extranjeros al aumentar por cinco el número de médicos cualificados a nivel local.¹¹ Este sistema ha logrado una tasa de vacunación casi universal y ha reducido la mortalidad en niñas/os menores de cinco años de 70 a 33 (muertes por cada mil niñas/os) en espacio de 15 años.

Ampliación de maestros¹²

Brasil: distribución equitativa de maestras/maestros entre distritos ricos y pobres

En 1995 se aprobó mediante enmienda constitucional la creación del 'Fondo para el Desarrollo de la Educación Fundamental y la Valorización de Maestros' (FUNDEF),¹³ encaminado a reducir las disparidades dentro y entre las distintas provincias al garantizar un gasto mínimo anual de R\$315 por estudiante¹⁴ de la renta federal para aquellos municipios y provincias que no fueran capaces de alcanzar dichos mínimos por sí mismos. El 60 por ciento de los recursos del FUNDEF están destinados a cubrir los sueldos de maestros y pueden emplearse en la formación y acreditación de maestros que no tengan el mínimo necesario de ocho años de educación. En su primer año, el FUNDEF redistribuyó R\$13.300 millones de las provincias y municipios más ricos a los más pobres. La remuneración de maestros aumentó un 13 por ciento de media a nivel nacional (y casi un 50 por ciento en las escuelas municipales del noreste del país). Esto tuvo un impacto de importancia pues el dinero aumentó con las matriculaciones de los estudiantes, por lo que muchos distritos escolares establecieron por primera vez un sistema de transporte escolar.

A pesar de que el FUNDEF solucionó casi por completo el problema de acceso, siguen habiendo dificultades enormes respecto a la calidad de la enseñanza, pues las repeticiones de curso siguen estando a niveles excesivamente altos y las puntuaciones obtenidas en exámenes normalizados a niveles inaceptablemente bajos.

Indonesia: enseñanza universal primaria de calidad

Indonesia inició en 1973 el primer programa presidencial (INPRES) para mejorar la distribución de la educación entre sus muchas y muy dispersas islas. Partiendo de una tasa de matriculación bruta en las escuelas primarias de alrededor del 60 por ciento, Indonesia otorgó prioridad a la enseñanza básica y puso en marcha uno de los programas de selección de maestros y construcción de escuelas más rápidos del mundo. El gobierno se esforzó en mantener la calidad, fijando como objetivo la formación y selección de los maestros necesarios para cumplir la proporción de un maestro por cada 40 estudiantes, siguiendo la recomendación de la UNESCO. La construcción de aulas se realizó con esta misma proporción en mente. Entre 1973/74 y 1978/79 se construyeron 61.807 escuelas primarias, con un importe total de más de 500 millones de dólares (valor de 1990), o un 1,5 por ciento del producto interior bruto (PIB) de Indonesia para 1973. En 1978 el gobierno eliminó además el costo de las matrículas para la enseñanza primaria. Hoy, la tasa neta de matriculaciones, tanto de niños como de niñas, ronda el 100 por ciento.

Uganda: compromiso hacia la enseñanza primaria

Uganda anunció una nueva política de enseñanza universal primaria en 1997 y puso en marcha una campaña para promover la educación tanto de niñas como de niños. Para lograr la enseñanza universal primaria, el gobierno introdujo la enseñanza gratuita para un máximo de cuatro niños por hogar, los maestros recibieron una formación mejorada, y los sueldos aumentaron de forma radical, de unos 8 dólares a 72 dólares mensuales. Se modificó el currículo, para abarcar, por ejemplo, el VIH y el SIDA, el monopolio sobre los libros de texto fue sustituido por un sistema de compra libre, y el gobierno destinó un 3 por ciento del presupuesto permanente a libros y materiales. Para financiar este esfuerzo hacia la enseñanza universal primaria, el gobierno incrementó notablemente el presupuesto de educación, por cuanto la partida de educación aumentó del 22 por ciento al 31 por ciento del gasto público en 1999. El gobierno redujo al mismo tiempo el gasto en defensa, demostrando así su voluntad política de lograr los objetivos respecto a la enseñanza universal. El presupuesto de educación aumentó de un 1,6 por ciento del PIB a más del 4 por ciento. Los estudios demostraron que, a finales de la década de 1990, las matriculaciones en escuelas primarias

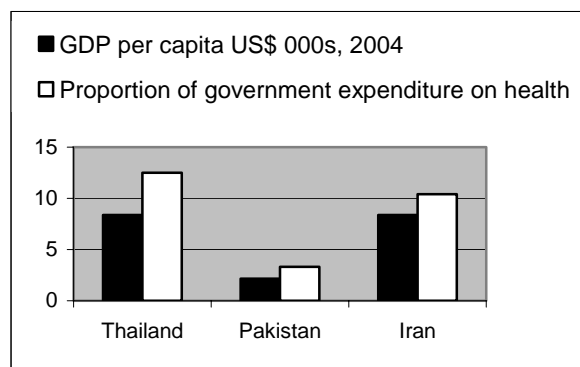
se habían duplicado, y para el año 2000 la tasa neta de matriculaciones había aumentado del 54 por ciento a más del 90 por ciento. Desde luego que queda mucho por hacer para mejorar la calidad de la enseñanza y la proporción de maestros a alumnos, pero este supone no obstante un logro considerable para un país de renta baja que está en proceso de recuperación tras una guerra civil.

Enfoques comunes

Aumento sostenido en el gasto público

Todos los países de los seis estudios de caso han aumentado y mantenido el gasto público en salud y educación por un período de diez años o más. Muchos lo han hecho aprovechando períodos de crecimiento económico sostenido, pero el caso de Uganda demuestra que el crecimiento económico no es el único factor de peso en las decisiones sobre inversión pública en estos sectores. Uganda invierte en salud y educación aproximadamente un 40 por ciento del gasto público, gran parte procedente de donantes. Otra decisión del gobierno fue otorgar una importancia crítica al empoderamiento de las mujeres, desde el punto de vista tanto de los derechos humanos como del desarrollo nacional. Tailandia, Pakistán e Irán tomaron la decisión estratégica de aumentar el gasto en salud por encima del PIB per cápita (ver la Figura 3).

Figura 3: Inversión en salud



Fuente: OMS Cuentas Nacionales de Salud. <http://www.who.int/nha/country/en/>

Diversidad de trabajadores, con atención a su formación y desempeño

Las ampliaciones masivas de más éxito, en especial en el sector de la salud, no se han limitado simplemente a la selección de más trabajadores

de las mismas características, sino que han pretendido adecuar las especializaciones y la formación a las necesidades de la población. Las reformas negociadas con los sindicatos de trabajadores suelen tener mayor éxito en ajustar los sistemas a las necesidades de la población, y los incrementos de sueldo van directamente ligados a un aumento en las expectativas de desempeño.¹⁵ Es importante no seleccionar a mujeres únicamente para trabajos de menor sueldo que precisan también de menor formación, como sucede con frecuencia. Aun cuando el hecho de tener mujeres trabajadores de primera línea sin duda aumenta el grado de utilización de los servicios por parte de mujeres y niñas, es importante que las mujeres ocupen también puestos ejecutivos, no sólo como cuestión de justicia, sino porque con ello se conseguirán decisiones a nivel ejecutivo que reflejen los intereses de mujeres y niñas. Es importante también que no se considere a los trabajadores no cualificados como solución a largo plazo para cubrir el déficit de personal (ver el Cuadro 2).

Cuadro 2: Maestros cualificados para lograr la Educación para Todos (EPT)

El número de maestros no cualificados se está multiplicando a un ritmo alarmante, al considerarse como solución permanente de bajo costo. Pero este enfoque está teniendo unos efectos devastadores sobre la calidad y la equidad en la educación. El documento de referencia de Education International y ActionAid International de 2006, 'Construyendo una Asociación Estratégica Respecto a la Necesidad de Tener Maestros Cualificados para Alcanzar el EFA' (*Building a Strategic Partnership on the Need for Quality Teachers to Achieve EFA*) recomienda que, en situaciones de rápida expansión, los gobiernos deben integrar en la fuerza de trabajo en primer lugar a maestros cualificados que estén desempleados o jubilados, y procurar atraer de nuevo a la enseñanza a aquellos que estén desempeñando otros trabajos. Si persiste el déficit, y en consulta con sindicatos de maestros, se pueden tomar medidas excepcionales para seleccionar cuadros temporales, a quienes se deben brindar oportunidades aceleradas para obtener la titulación completa en un plazo máximo de cinco años. Es posible que se necesiten también medidas urgentes en situaciones de conflicto, pero acompañadas siempre de una planificación explícita que establezca desde el principio un período de transición concreto.

Fuente: Education International y ActionAid International (2006) '*The Parktonian Recommendations*'.

Reforma de los organismos públicos para mejorar la planificación y la gestión

Las ampliaciones de éxito se han dado gracias a unos mayores esfuerzos de reforma en la planificación, formación, gestión e inversión en infraestructura. En muchos casos, los dispensadores de servicios sin ánimo de lucro tales como organizaciones no gubernamentales (ONGs) y grupos religiosos se han visto integrados en los sistemas públicos, en cuyo caso resulta fundamental que compartan el compromiso del estado de prestar servicios universales a todos, sin importar la identidad. Los niveles salariales no constituyen la única motivación para que las personas soliciten y permanezcan en empleos de salud y educación. El nivel de profesionalidad y de gestión, el entorno de trabajo y las oportunidades de desarrollo profesional son todos aspectos importantes que, en su conjunto, pesan más que el nivel salarial por sí solo.

Un aspecto común: ampliación masiva de la prestación pública

No es posible sino concluir que estos tres enfoques dependen de un aumento masivo en la prestación pública, aspecto que se ha dado tanto en países desarrollados con cobertura universal de salud y educación, como en los países en desarrollo. Efectivamente, es necesario un 'simple' incremento en el número de maestros y trabajadores sanitarios, pero por sí solo un simple incremento no es suficiente para lograr servicios para todos. Es necesario abordar los tres enfoques.

3 Gobiernos de los países en desarrollo: niveles actuales de inversión

Obligación, voluntad política y falta de recursos

Los países de menor renta tienen el mismo deber de prestar servicios de salud y educación a sus ciudadanos que los estados ricos. Son signatarios de las mismas declaraciones sobre derechos humanos y, más concretamente, se han comprometido a alcanzar determinados objetivos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El informe de Oxfam de 2006 'De interés público' destaca el deber de los gobiernos de los países pobres a prestar servicios universales de forma equitativa, en base a la necesidad y no a la capacidad de pago. Esto quiere decir que es necesario eliminar las tasas a usuarios, aumentar la disponibilidad de servicios públicos y de gestión pública para poblaciones marginadas, incluidas las mujeres, las personas pobres en zonas rurales y las minorías étnicas, y verificar que los servicios ofrecidos se ajustan a las necesidades y a los

intereses de estos grupos. Para ello se precisa la selección de millones de maestros y trabajadores sanitarios. En palabras del representante del Fondo Monetario Internacional (FMI) en Zambia, “Si se invierte en la educación sin conseguir maestros, la cosa no funcionará”.¹⁶ Los gobiernos de los países pobres están aún muy lejos de cumplir esta obligación, en la medida en que las grandes palabras se pierden en hechos insignificantes.

En el año 2002, por ejemplo, los jefes de estado de la Unión Africana se reunieron en Abuja, en Nigeria, donde se comprometieron a aumentar la inversión estatal en salud, aspirando al objetivo de un 15 por ciento del gasto público total. Desde luego que no es objetivo fácil, pues sólo siete de los 74 países con escasez de trabajadores sanitarios invierten un 15 por ciento o más del gasto público en salud.¹⁷ Sin embargo, si los 38 países africanos con déficit de trabajadores sanitarios cumplieran la promesa de Abuja de aumentar los niveles actuales de inversión pública en salud hasta un 15 por ciento, se dispondría de 8.000 millones de dólares adicionales al año para invertir en los sistemas nacionales de salud (Tabla 1).

Tabla 1: Objetivos de Abuja en países africanos con déficit de trabajadores sanitarios

Déficit de trabajadores sanitarios	Gasto público en salud (millones de dólares)	Objetivo de Abuja (millones de dólares)	Cantidad adicional disponible si se cumple el objetivo (millones de dólares)
1.073.360	5.929	13.828	7.898

Fuentes: Harvard Joint Learning Initiative, 2004; OMS Cuentas Nacionales de Salud, datos de 2004.

Según estimaciones de la OMS, un país con elevado déficit de trabajadores sanitarios necesitaría incrementar el nivel de gasto en aproximadamente 1,60 dólares per cápita para cubrir el costo de formar a nuevos trabajadores sanitarios. Para pagar los sueldos de esta mayor fuerza de trabajo a medida que finaliza la formación del nuevo personal se precisaría un incremento adicional de 8,30 dólares per cápita, basado en sueldos actuales. Esto significa una inversión adicional de al menos 7.000 millones de dólares anuales.

Los países del África subsahariana sencillamente no disponen de los recursos necesarios para formar, seleccionar y remunerar a trabajadores sanitarios que presten sus servicios en clínicas bien gestionadas y bien

abastecidas. La ayuda de donantes es imprescindible para romper este círculo vicioso y aumentar la inversión en salud.

Lo mismo es cierto en relación con maestros de enseñanza primaria. Las cifras actuales parecen indicar que se necesitan alrededor de 10.000 millones de dólares anuales en ayuda externa para lograr el objetivo de que todas las niñas y niños reciban una educación primaria de calidad para el 2015.¹⁸ Estudios realizados por el Banco Mundial respecto a los países de renta baja que mayores dificultades tendrían para lograr este objetivo recomendaron un techo del 67 por ciento para gastos permanentes en salarios. Esta cantidad no incluye el costo adicional de formar a los maestros que faltan, o de invertir en las academias de formación que han de proporcionar la formación. Se necesita por tanto un mínimo de 6.700 millones de dólares. La Campaña Mundial para la Educación recomienda a los países en desarrollo dedicar un 20 por ciento del gasto público a la educación, y buscar ayuda externa para financiar la cantidad restante.

Las estimaciones respecto a gastos de formación y sueldos siguen siendo demasiado bajas

Las estimaciones oficiales actuales respecto al costo mínimo de la formación y el pago de sueldos tanto para maestros como para trabajadores sanitarios se sitúan alrededor de los 13.700 millones de dólares. Pero ¿bastaría esta cantidad para lograr los resultados perseguidos? Garantizar el derecho a la salud y a la educación es una tarea mucho mayor.

Los niveles salariales existentes están demostrando ser insuficientes para retener a los trabajadores en el sector de la salud, y por tanto la OMS reconoce que su estimación salarial podría verse fácilmente duplicada. Para los 700 millones de personas que viven en países con déficit de trabajadores sanitarios, esto significa una inversión adicional de 13.000 millones de dólares anuales, en lugar de 7.000 millones de dólares.¹⁹ Al ver los miles de trabajadores que se desplazan al extranjero para ocupar puestos mejor remunerados, resulta evidente que debe abordarse la problemática del sueldo.

Estos cálculos parten también de la premisa de que los países en cuestión disponen ya de la capacidad de formación necesaria para producir esos trabajadores sanitarios adicionales, pero a primera vista se constata que no es así. África cuenta con tan sólo un 4 por ciento de las instituciones de formación médica del mundo; un 5 por ciento de los colegios de enfermería y partería, y un 13 por ciento de los institutos de formación en salud pública.²⁰ Aun cuando la capacidad de las instituciones a nivel

mundial varía enormemente, estas cifras son indicativas de las enormes limitaciones existentes en África.

Los estudios de caso de ampliaciones de éxito descritos en la sección segunda demuestran que también es necesario invertir en las instituciones públicas encargadas de gestionar los servicios de salud y educación. Sin instituciones públicas sólidas los trabajadores pierden la motivación, reciben un sueldo bajo e irregular, sufren por una mala gestión y carecen de incentivos para cuidar su desempeño. La mayoría de las reformas introducidas desde la década de 1980 han ido encaminadas a reducir el papel del estado. Pero las investigaciones realizadas por Oxfam para la elaboración del informe 'De interés público' (2006) demuestran que de hecho el verdadero reto estriba en hacer del estado un organismo planificador más fuerte capaz de gestionar mejores incentivos para los trabajadores.

Este documento no pretende analizar la totalidad de los costos inherentes a la ampliación en el número de trabajadores. Oxfam sostiene que es responsabilidad de las instituciones mundiales realizar, como prioridad urgente, un cálculo más ajustado a la realidad. Pero a sabiendas de que la cantidad mínima necesaria es de 13.700 millones de dólares, hay un hecho bien claro: incluso los países en desarrollo que se toman en serio sus obligaciones no disponen de los fondos necesarios para realizar la ampliación masiva que se necesita. Y por eso es imprescindible la ayuda - pero sólo si es la ayuda adecuada.

4 La ayuda adecuada

Los gobiernos necesitan unos ingresos estables y predecibles si han de planificar la formación, selección y retención de gran número de nuevos trabajadores. Los estudios de caso de las reformas destacadas en la sección segunda cubrían a grandes rasgos tres decisiones de inversión principales:

- Mayor inversión en los sueldos de trabajadores ya existentes, para evitar la migración y proporcionar un incentivo para las nuevas contrataciones. En puestos rurales, los incentivos salariales a menudo iban acompañados de incentivos de otro tipo, como la vivienda, el transporte y los préstamos.
- Mayor inversión en la formación y selección de nuevos trabajadores para poblaciones con escasez de servicios.

- Mayor inversión en organismos públicos para mejorar la planificación y gestión de los recursos humanos y mejorar también la motivación de los trabajadores.

Los recursos internos de los países de renta baja son demasiado escasos para cubrir tales inversiones. Desde el año 2000, los gobiernos de países tanto ricos como pobres se han comprometido a colaborar en la consecución de una serie de objetivos, conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Entre ellos se incluye la prestación de un ciclo completo de enseñanza primaria para todas las niñas y niños para el 2015, la reducción de la mortalidad infantil, la mejora de la salud materna, la lucha contra el VIH y el SIDA, el paludismo y demás enfermedades, y la promoción de la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer. Todos estos objetivos requieren una inversión en la selección de trabajadores sanitarios y maestros, y los donantes se han comprometido a aportar ayuda financiera a aquellos países que no disponen de una renta propia suficiente. Pero ¿por qué no ha funcionado aún la ayuda a los países pobres?

Por qué la ayuda no ha transformado los servicios públicos básicos en el pasado

Los gobiernos de países tanto pobres como ricos deben cargar con la culpa de haber desperdiciado la ayuda en el pasado. Los otros dos documentos de esta serie se centrarán en los gobiernos de los países pobres. El presente documento se centra en la calidad y las condiciones de la ayuda impuestas por los donantes.

Los Programas de Ajuste Estructural implementados en la década de 1980 y a principios de la década de 1990 menoscabaron por completo los sistemas de servicios sociales al abrir las frágiles instituciones públicas, algunas de las cuales tenían apenas diez o veinte años de existencia, a las fuerzas de mercado mundiales. Los países pobres se vieron obligados a recortar los gastos sociales y reducir el número de maestros y trabajadores sanitarios empleados por el estado. Las instituciones como el Banco Mundial y el FMI pretendieron reformar los sistemas de salud y de educación sin tener en cuenta las preocupaciones de los trabajadores y sin aportar incentivos para fomentar el desempeño. Estas mismas instituciones se centraron en 'eficiencias' muy concretas, sin salvaguardar el derecho de los ciudadanos a unos servicios universales y equitativos. La idea de que la salud y la educación eran derechos inapelables rápidamente perdió terreno ante la idea de que la salud y la educación eran artículos de consumo que, como tales, habían de pagarse. La introducción de las tasas de usuario supuso un paso más hacia la

destrucción de unos servicios públicos garantizados de salud y educación, pero hoy en día se reconocen los efectos devastadores para las personas pobres de las tasas de usuario y poco a poco parece que las cosas están cambiando de nuevo.

Se ha acusado a los donantes bilaterales de utilizar la ayuda no para abordar la pobreza, sino para promover sus propios intereses geopolíticos. La ayuda no ha llegado siempre a los países más pobres, y la ayuda destinada a salud, educación, agua y saneamiento era tan escasa que los donantes finalmente se comprometieron a alcanzar una asignación mínima del 20 por ciento para los servicios sociales básicos en 1995.

Los proyectos de donantes también se han multiplicado hasta tal punto que los gobiernos de los países pobres deben dedicar una cantidad de tiempo enorme a tratar con los donantes, tiempo que les falta para desarrollar sistemas públicos para toda la población. Según el Secretario de Estado para la Cooperación del Reino Unido, 'más del 80 por ciento de las 35.000 operaciones de ayuda que se realizan cada año son por importe inferior al millón de dólares, y dan lugar a 2.400 informes trimestrales de situación. En Vietnam, 11 agencias distintas de la ONU aportan tan sólo un 2% de la ayuda. La mayoría trabajan el tema del VIH/SIDA, todas intentando obtener fondos de las mismas fuentes, y cada una con sus propios gastos fijos. En Zanzibar, con una población de tan sólo un millón de personas, operan 20 agencias distintas.'²¹ Los trabajadores dejan el empleo público para trabajar en esta maraña de proyectos, donde se les promete mejor sueldo y una mejor gestión.

Por último, se sigue gastando demasiada ayuda en consultores extranjeros muy bien pagados. Hasta un 70% de toda la ayuda que se destina a la educación se gasta en asistencia técnica.²² Sin duda, parte de esta asistencia es necesaria y útil, pero en algunos países 100 días de trabajo de un consultor cuestan lo mismo que contratar a 100 maestros durante un año, o mantener a 5.000 niños en la escuela.²³ Un estudio de la asistencia técnica en Mozambique encontró que los países ricos estaban gastando 350 millones de dólares anuales en 3.500 expertos técnicos, mientras que el sueldo de 100.000 trabajadores del sector público de Mozambique ascendía a 74 millones de dólares.²⁴

Menos trabajadores y sueldos de miseria

La contratación de trabajadores no sólo se ha estancado, sino que parece haber dado marcha atrás. Esto ha tenido consecuencias especialmente graves para las mujeres, no sólo porque las mujeres trabajadoras perdieron su empleo en los sectores de enseñanza y salud, sino también

porque los recortes en los servicios sociales públicos implican una carga cada vez mayor para las mujeres por el cuidado de familiares en el hogar, y porque las niñas dejan de asistir a la escuela para ayudar con estas tareas. Según se fue reduciendo la proporción de maestros y trabajadores sanitarios con respecto a la población, disminuyó también la inversión en las herramientas que necesitaban para realizar su trabajo, y las escuelas y las clínicas dejaron de recibir abastecimientos periódicos. Los sueldos cayeron hasta tal punto que muchos trabajadores recibían sueldos inferiores a, o que coincidían con el umbral de pobreza reconocido. Como proporción del PIB per cápita, los sueldos de maestros se han reducido a la mitad desde 1970.²⁵ El desempeño, naturalmente, también se vio afectado, pero las soluciones del Consenso de Washington para los trabajadores públicos con desempeño insuficiente con demasiada frecuencia hicieron caso omiso de las causas raíces del problema, centrándose en cambio en sus efectos.²⁶ Los trabajadores que podían se pasaron al sector privado o se desplazaron a las ciudades, donde las oportunidades de empleo y pluriempleo eran mayores. Como consecuencia de todo ello, los sistemas públicos han quedado mermados, y funcionan con una plantilla mínima de trabajadores públicos que hacen enormes esfuerzos por continuar, sometidos a unas presiones enormes y recibiendo un sueldo que no cubre el costo de vida, si es que reciben algo (ver el Cuadro 3).

Cuadro 3: Un contrato con la pobreza – la suerte de los maestros en el 2006

El señor Boureima, maestro de primaria en Níger, habló de la preocupación que le causaba el bajo sueldo y las malas condiciones:

‘Durante meses he vivido atormentado, angustiado e indeciso de día, y con insomnio de noche, pensando y pensando. Por un lado, mi conciencia me decía que debía quedarme, pues me parecía que para mi clase de 67 niños y niñas de siete y ocho años yo era como una tabla de salvación. Pero por otro lado, sabía a ciencia cierta que la fortuna nunca me sonreiría, que nunca podría mejorar mi vida en este lugar tan aislado. Y a este tormento mental y emocional había que añadir las difíciles condiciones físicas, sobre todo la falta de suministros, de pupitres, las instalaciones inadecuadas. Aquí, la “escuela” es la única institución que simboliza al Estado. Pero el Estado no aparecía por ninguna parte.’

Una profesora de Camerún contratada por el gobierno, hablando con personal de Oxfam en abril de 2006, afirmó que: “Convertirse en maestra es como firmar un contrato con la pobreza.

Fuente: Oxfam (2006) ‘De interés público’, Oxford: Oxfam Internacional.

Las/los trabajadores son personas. También tienen familias que alimentar, niños que educar y familiares que precisan cuidados sanitarios. Deben recibir un sueldo digno. En mayo de 2006, el Centro Jesuita para la Reflexión Teológica en Zambia calculó que el costo mensual de cubrir las necesidades más básicas para la supervivencia de una familia de seis personas era de 1,4 millones de kwacha (410 dólares). El sueldo medio de un maestro era de 660.000 kwacha (191 dólares) y el sueldo medio de una enfermera de 1,2 millones de kwacha (351 dólares).²⁷ Los trabajadores desempeñan también un papel fundamental en el desarrollo futuro de toda la nación. Si no tienen acceso a maestros y trabajadores sanitarios de calidad, los pobres se vuelven aún más pobres. Estos trabajadores son la base del desarrollo. Deben recibir formación, dignidad y apoyo para lograr su cometido. Los donantes tienen la obligación moral de utilizar la ayuda para conseguirlo

Es necesario invertir al menos 13.700 millones de dólares al año en formación y sueldos. Puede parecer una cifra imposible de alcanzar, pero esta misma cantidad se empleará en el año 2007 en descargar música a aparatos móviles.²⁸ Es necesario invertir más dinero en mejorar la capacidad de las instituciones públicas para gestionar fondos y personas, mejorar la planificación y fortalecer la capacidad de la sociedad civil para pedir cuentas a los gobiernos. Con unos niveles de ayuda en todo el mundo que superan los 100.000 millones de dólares, por primera vez esto es algo que está a nuestro alcance.

Signos alentadores de que la ayuda está empezando a surtir efecto

Se han conseguido avances de consideración hacia el acceso universal a la educación: desde el año 2000 unos 37 millones de niños más se han matriculado en la escuela. El número de maestros también ha aumentado, enormemente en algunos casos. En tan sólo cuatro años, se ha dado un incremento superior al 30 por ciento en Benin, Burkina Faso, Burundi, Etiopía, Guinea, Guyana, Madagascar, Mali, Mozambique y Senegal.²⁹ La Iniciativa Vía Rápida (IVR) de Educación para Todos es un ejemplo de un nuevo acuerdo entre donantes y beneficiarios. Los gobiernos de los países pobres se comprometen a elaborar planes realistas a largo plazo para el sector de la educación y a aumentar la inversión nacional en educación. Los donantes se comprometen a colaborar para financiar estos planes nacionales de manera que “ningún país con un compromiso serio hacia la educación se verá frustrado en su consecución de este objetivo por falta de recursos”.³⁰ El resultado ha sido

la aprobación de los planes de unos 30 países en desarrollo. El gasto público en educación como proporción del gasto público total ha aumentado en 70 países.³¹ La ayuda para la educación ha tardado algo más en ponerse al día,³² pero los resultados conseguidos están animando a más donantes a unirse a la iniciativa.

Un estudio de países altamente dependientes de la ayuda indica que se han conseguido enormes avances desde el año 2000 (Tabla 2). El reto tanto para donantes como para gobiernos es aprovechar estos avances y tomar medidas enérgicas para garantizar que las cosas no se queden simplemente como están.

Tabla 2: Inversión en salud y educación en países dependientes de la ayuda

Malawi	
Gobierno	Donantes
<ul style="list-style-type: none"> • El gasto público en educación aumentó de un 2,8% a un 5% del PIB entre 2000/01 y 2003/4. • El gasto en enseñanza primaria como proporción del total de gasto en educación aumentó de un 25% a un 54% en el mismo período. • El sector de la educación se ha beneficiado de los Gastos Pro Pobres (es decir, protección frente a recortes de presupuesto, aumento utilizando la condonación de la deuda para los HIPC). • El gasto total en salud aumentó desde MK 4.700 millones en 2000/01 hasta MK 8.000 millones en 2003/04; esto equivale a un aumento desde un 5,1% hasta un 7,7% del PIB. • El gasto en atención primaria creció de un 24% a un 34% entre 2000/01 y 2003/04; el gasto en atención secundaria creció de un 22% a un 42%; el gasto en atención terciaria disminuyó de un 19% a un 16% del total. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento significativo en desembolsos de donantes para la educación: de \$25,9m en 2000/01 a \$35,4m en 2003/04. • La aportación de la ayuda externa al gasto total en salud aumentó desde un 64% a un 74% en el mismo período.

Mozambique	
Gobierno	Donantes
<ul style="list-style-type: none"> • El gasto total en educación creció en un 50% en términos reales entre 1997 y 2001; esto equivale a un aumento del 3,9% al 5,8% del PIB. • No hay aún datos recientes pero 'no hay duda de que los últimos cinco años se han caracterizado por un crecimiento notable en el gasto de educación' (MoRHEP, p7). • Las asignaciones dentro del sector permanecen estables; la enseñanza primaria se lleva el 61% del gasto permanente y el 80% de las inversiones. • El gasto público en salud como proporción del gasto público total ha aumentado de un 7,7% a un 8,8% entre 1997 y 2001. • La aportación del gobierno al gasto total en salud es de un 46,4%, con un 51% de fuentes externas. 	<ul style="list-style-type: none"> • El apoyo presupuestario aumentó de \$30m en 2000 a \$239m en 2005. • El apoyo externo al sector de la salud se calcula en unos \$100m anuales, cifra que se espera aumentará.

Tanzania	
Gobierno	Donantes
<ul style="list-style-type: none"> • El gasto total en educación aumentó de TSh 189.200m en 2000/01 a TSh 464.400m en 2003/04; esto equivale a un aumento del 3,3 al 5,1% del PIB. • El gasto permanente ha crecido de un 74% a un 81% del gasto total en el mismo período. • La proporción de gasto dedicada a la enseñanza primaria ha crecido de un 65% a un 71%. • El gasto total en salud aumentó desde TSh 118.800m en 2000/01 a TSh 201.000m en 2003/2004; esto equivale a un aumento del 2,1% al 2,25% del PIB. • La aportación del gobierno al gasto total en salud aumentó de un 68% a un 78% en el mismo período. 	<ul style="list-style-type: none"> • 'Basket funding'³³ supuso un 50% del total de la ayuda externa en 2003/04.

Uganda	
Gobierno	Donantes
<ul style="list-style-type: none"> • En precios constantes (1998), el gasto real en educación aumentó en un 38% entre 1998/99 y 2003/04. • El gasto en educación aumentó como proporción del gasto total discrecional de un 30% a un 32% en el mismo período. • El gasto real en enseñanza primaria aumentó de un 66% a un 68% en el mismo período. • En precios constantes (2003), el gasto real en salud aumentó en un 19% entre 2000/01 y 2003/04. • La composición del gasto cambió de manera notable debido a la transición al APG; la contribución del gobierno al total de recursos (incl. APG) aumentó de un 37% a un 48% en el mismo período. • Entre 1999/2000 y 2003/04 la proporción del presupuesto público de salud asignada a atención primaria aumentó de un 33% a un 54%. 	<ul style="list-style-type: none"> • El apoyo presupuestario aumentó desde \$66m en 1998 a \$409m en 2005.

Fuente: Adaptado de DFID (2005) 'Review of health and education progress in selected African countries (RHEP-SAC) Synthesis Report', Londres: DFID Departamento de Política para África.

5 Cancelación de la deuda y ayuda para trabajadores

Los donantes tienen tres opciones clave en el apoyo a la formación, selección y retención de maestros y trabajadores sanitarios: cancelación de la deuda, apoyo sectorial y apoyo presupuestario general.

La cancelación de la deuda ha aumentado el gasto nacional en salud y educación

La Cumbre del G8 celebrada en Gleneagles en 2005 alcanzó un acuerdo histórico para los países pobres altamente endeudados, al cancelar los donantes el 100 por ciento de su deuda con el IMF, el Banco Mundial y el Banco de Desarrollo Africano. Este acuerdo ha hecho posible el incremento del gasto social permanente, incluyendo para miles de nuevos maestros y trabajadores sanitarios. Los pagos por amortización de la deuda de los 29 países pobres altamente endeudados que cumplieron las condiciones para obtener la cancelación se redujeron de

un 3,5 por ciento del PIB en 1999 a un 1,8 por ciento en 2005. Con un PIB total de 222.300 millones de dólares en 2004,³⁴ esta reducción significa que hay unos 3.800 millones de dólares adicionales para los presupuestos nacionales (ver el Cuadro 4).

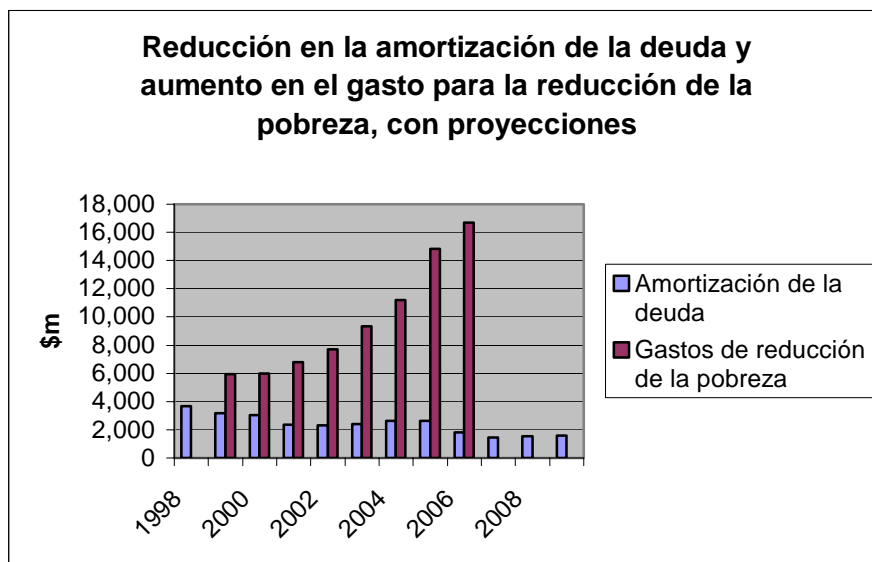
Cuadro 4: Zambia – saboreando las ventajas de la cancelación de la deuda

El impacto de la cancelación de la deuda a Zambia será una reducción en la deuda del país de 7.000 millones de dólares a unos 500 millones, liberando así unos recursos imprescindibles para la reducción de la pobreza. En el presupuesto de Zambia para el 2006 se aumentó considerablemente la proporción de gasto asignada tanto a la salud como a la educación. También se eliminaron las tasas para la atención médica básica en zonas rurales. El aumento del gasto en educación incluirá fondos para la contratación de más de 4.500 maestros, y para la construcción y rehabilitación de colegios en zonas rurales y urbanas. Se asignarán más fondos también a programas de control y prevención del VIH y el SIDA, atención sanitaria primaria y comunitaria, contratación de personal médico y el suministro de equipamiento médico y medicinas.

De Oxfam (2006) 'De interés público: Salud, educación, agua y saneamiento para todos', Oxford: Oxfam Internacional.

El informe del Banco Mundial de agosto de 2006 sobre los HIPC y la iniciativa para el alivio de la deuda multilateral (IADM) demostró que los países beneficiarios del alivio de la deuda por HIPC multiplicaron en más del doble el gasto en planes de reducción de la pobreza entre 1999 y 2005 (Figura 4). Además, un informe de 2004 del Banco Mundial encontró que “los gastos para la reducción de la pobreza han *crecido mucho más rápidamente* que el total de ingresos nacionales”.³⁵

Figura 4: El impacto de la reducción en la amortización de la deuda sobre los gastos pro pobres



Fuente: <http://siteresources.worldbank.org/INTDEBTDEPT/Resources/Table11A.pdf>

El gasto en la reducción de la pobreza incluye gastos en la salud y la educación y, dentro de éstos, gastos permanentes para sueldos de los trabajadores. Lleva tiempo contratar a trabajadores esenciales, pero los resultados ya se están haciendo notar en los países HIPC. Se han dado incrementos inmediatos en Benin, Burkina Faso, Madagascar, Malawi, Mozambique, Tanzania, Uganda y Zambia. Bajo un acuerdo de reducción de la deuda distinto, Nigeria también está formando a miles de maestros nuevos.³⁶

Pero sigue habiendo millones de personas que viven en la pobreza y cuyos gobiernos se ven obligados a seguir amortizando las deudas adquiridas en las últimas décadas. Oxfam concuerda con los cálculos de la campaña del Jubileo por cuanto son 60 países los que necesitan la condonación total de la deuda si han de tener alguna probabilidad de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Y hay más países aún que precisan de una condonación parcial, y varios países con deudas odiosas, tales como la acordada por el régimen del *apartheid* en Sudáfrica.

Una mayor ayuda para los presupuestos nacionales

Los donantes han encontrado básicamente dos maneras de apoyar los sueldos de los trabajadores. Los enfoques sectoriales (SWAP por las siglas en inglés) en salud y educación son los precursores del tipo de contrato entre donantes y gobiernos que culminó en la Iniciativa Vía Rápida de Educación para Todos antes mencionada. Los gobiernos se comprometen a elaborar planes a más largo plazo y a incrementar la inversión nacional. Los donantes se comprometen a financiar estos planes en colaboración con los gobiernos y con otros donantes, así como a aportar asistencia técnica para capacitar a las instituciones públicas en la mejora de la gestión. Mary Muduuli, Vicesecretaria de Hacienda de Uganda, afirma que 'los enfoques sectoriales han aportado un mecanismo de gran utilidad para mejorar la coordinación entre el gobierno y los donantes, aumentar la confianza y el apoyo de los donantes hacia la estrategia de gasto del gobierno y mejorar la capacidad de los ministerios.'³⁷

Los SWAP permiten también a los donantes destinar la ayuda a sectores determinados, como son la salud y la educación. Es un mecanismo útil en casos en que la corrupción a nivel gubernamental o la falta de transparencia empañan el debate nacional respecto a la parte del presupuesto que debiera asignarse a gastos sociales. Los SWAP tienen la tendencia de centralizar las decisiones de política en los ministerios, dejando a las autoridades locales con una menor capacidad de maniobra para tomar decisiones pertinentes a las condiciones locales. Pero no hay duda que en algunos países en que no existe el debate a nivel nacional y local, los SWAP pueden ser una herramienta de peso en la mejora de la planificación, la financiación y la prestación de los servicios públicos, y de la rendición de cuentas respecto a las decisiones políticas.

Los SWAP tienen impactos distintos en los distintos países, ya que dependen de una negociación continua entre gobierno y donantes, y entre ministerios del sector y las haciendas locales, y de entornos y acontecimientos políticos muy distintos. Ghana, Tanzania, Uganda y Bangladesh llevan años utilizándolos y han evolucionado de distintas formas, con negociaciones constantes entre donantes y ministerios, y entre ministerios y las haciendas centrales. El impacto sobre una mayor contratación de trabajadores se ha hecho notar especialmente en Uganda y Tanzania, y Ghana ha experimentado con paquetes de incentivos rurales para atraer a los trabajadores esenciales hacia zonas aisladas. En Malawi, el SWAP de salud se ha centrado principalmente en los sueldos, para procurar pagar un salario digno en un país que pierde 100

enfermeros al año al extranjero, y dónde tan sólo el 9 por ciento de las instalaciones de salud cuentan con el personal necesario para prestar el paquete mínimo de servicios de salud (Cuadro 5).

Cuadro 5: Malawi - financiación de donantes asignada a sueldos para retener a los trabajadores sanitarios

En octubre de 2004 el gobierno de Malawi puso en marcha un enfoque sectorial (SWAP) para el sector de salud en un intento por revitalizar los servicios sanitarios de Malawi y apoyar la prestación del Paquete Básico de Salud. El programa de trabajo del SWAP se benefició de la puesta en común de fondos de los principales donantes del sector (Reino Unido, Noruega y el Banco Mundial) para el presupuesto del Ministerio de Salud para cubrir la prestación del Paquete Básico, reforzar los recursos humanos y reforzar también los sistemas de consulta a especialistas a lo largo de siete años.

El costo total del SWAP es de 735,7 millones de dólares, y el 71 por ciento provendrá de donantes externos. El gobierno de Malawi se ha comprometido a aumentar la proporción del gasto público asignado a la salud de un 11,2 por ciento del presupuesto de 2002/03 a un 13,5 por ciento para finales del programa en 2009/10. El 40 por ciento del costo del SWAP va dirigido al fortalecimiento de los recursos humanos, y gran parte de esta cantidad al aumento de los sueldos de los trabajadores públicos sanitarios de Malawi.

Los médicos con experiencia son los especialistas cuyos sueldos han experimentado las mayores subidas, habiendo aumentado el sueldo bruto mensual del nivel P4 de 243 dólares a 1.600 dólares. Pero los sueldos en la mayoría de los niveles han aumentado alrededor del 40 al 60 por ciento. Los sueldos brutos mensuales de los enfermeros de nivel medio han subido de 108 dólares a 190 dólares.

Tomado de R. Record y A. Mohiddin (2006), 'An economic perspective on Malawi's medical "brain drain"', *Globalization and Health* 2(12).

Apoyo presupuestario general

El apoyo presupuestario general (APG) 'son fondos de ayuda aportados al gobierno que no están asignados a proyectos o gastos específicos. Los desembolsos se ejecutan a través del sistema de gestión financiera propio del gobierno. Otros insumos acompañan los fondos: condiciones y procedimientos para el diálogo, ayuda técnica y capacitación, y acciones por parte de los donantes para armonizar la ayuda que aportan y alinearla con las políticas y procedimientos nacionales'.³⁸

En la actualidad, el apoyo presupuestario representa una proporción muy pequeña de la ayuda total. La Tabla 3 muestra los desembolsos de

apoyo presupuestario general de donantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en 2004, cuando equivalía a un 3 por ciento de la ayuda total.

La Comisión Europea (CE), el Reino Unido y los Países Bajos son claramente los principales partidarios del apoyo presupuestario. La CE fue uno de sus primeros defensores, comenzando en 1995 y afirmando su compromiso bajo el Acuerdo de Cotonou en el año 2000. La ronda novena y actual de financiación del Fondo Europeo de Desarrollo (FED) para países de África, el Caribe y el Pacífico comenzó con la intención de desembolsar un 30 por ciento de su presupuesto total de 13.800 millones de euros como APG. El monto elevado que aparece para Japón no es de hecho apoyo presupuestario tal y como queda definido en este documento, sino que consta principalmente de apoyo a la balanza de pagos.³⁹ Japón pretende poner en marcha un nuevo programa de ayuda en abril de 2007 que le permitirá realizar aportaciones en forma de APG, además de cómo apoyo sectorial y *basket funding* (es decir, la puesta en común con otros donantes de fondos bajo un sistema de gestión financiera compartido). Suecia, Noruega, Irlanda y Dinamarca están aumentando progresivamente la ayuda APG y Alemania está estudiando la posibilidad de un incremento significativo. Canadá ya ha aumentado el APG de forma notable, hasta superar el 20 por ciento de ayuda bilateral en 2005/06.⁴⁰ Italia, Estados Unidos y España no están convencidos aún de que sea la mejor modalidad de ayuda, y sus aportaciones de ayuda como apoyo presupuestario son muy reducidas.

Tabla 3: Apoyo presupuestario general en millones de dólares, 2004

CE	650
Reino Unido	606
Países Bajos	168
Japón	157
Suecia	86
Noruega	83
Francia	55
Alemania	55
Irlanda	30
Dinamarca	29
Italia	23
Bélgica	21
Estados Unidos	12
Nueva Zelanda	10
Canadá	8
Australia	5
Portugal	5
Grecia	4
España	0
Total	2.009

Fuente: CAD/OCDE base de datos en internet

En el año 2005 quedó finalizada una evaluación rigurosa del impacto del APG en siete países, cinco de los cuales habían venido recibiendo apoyo presupuestario por un período de cuatro o más años: Burkina Faso, Mozambique, Ruanda, Uganda y Vietnam. La evaluación corroboró que los efectos iniciales del APG sí eran un apoyo a la ampliación de los servicios públicos básicos de salud y educación, apoyando así las estrategias para la reducción de la pobreza. Otras ventajas eran la tendencia del APG a mejorar la calidad de la ayuda en su conjunto a nivel de país, al reducir el costo de las operaciones y aumentar la coherencia de los flujos de ayuda. Sus efectos sobre la pobreza, los ingresos y el empoderamiento de las personas pobres aún no están del todo claros, pero la evaluación encontró que 'la capacidad de aprendizaje demostrada en todos los casos sugiere que el APG podría, con el tiempo, llegar a ser más efectivo y lograr un alcance más amplio'.⁴¹

Necesidad de abordar los riesgos del apoyo presupuestario

El APG es todavía un área relativamente desconocida, pero las evaluaciones indican que consigue buenos resultados en gastos sociales en aquellos casos en que donantes y gobiernos comparten confianza y

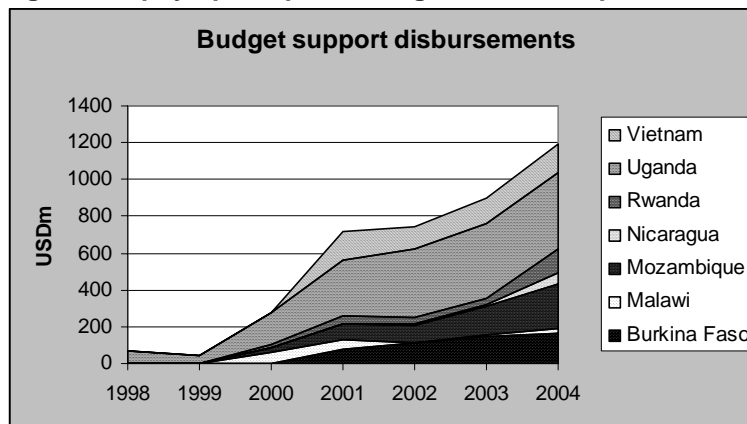
transparencia. Es también un factor que contribuye precisamente a esa confianza y esa transparencia. Consigue resultados en entornos en que la sociedad civil tiene mayor capacidad para exigir la rendición de cuentas al gobierno, y es, asimismo, un factor que contribuye a la rendición de cuentas. Consigue resultados allá donde existe mejor gestión de las finanzas públicas y es también un factor que contribuye a esa mejor gestión. Pero las evaluaciones también sacan a relucir determinados riesgos que es necesario abordar.

Los gobiernos necesitan compromisos a largo plazo

La cuestión más importante para los países receptores es si pueden tener la certeza de que el APG se mantendrá a largo plazo, dándoles así la confianza necesaria para formar y remunerar a sus trabajadores, a sabiendas de que habrá fondos disponibles para ello. El apoyo presupuestario en su forma común es, básicamente, un acuerdo más a corto plazo entre donantes y gobierno que rara vez supera los tres años. Algunos donantes, como son el Reino Unido y la CE, están empezando a estudiar la posibilidad de ampliar el plazo de compromiso ligado al APG. Las discusiones internas de la CE respecto a los “Contratos ODM” parecen sugerir la posibilidad de adoptar compromisos a seis años, con cláusulas claras respecto a por qué, cuándo y cómo se suspendería el apoyo.

A simple vista, algunas colaboraciones de APG parecen sugerir que ya se están dando compromisos a largo plazo, como indica el paulatino aumento del APG⁴² en los países de evaluación de la OCDE (Figura 5).

Figura 5: Apoyo presupuestario general en los países evaluados



Fuente: IDD y asociados (2006) 'Evaluación del Apoyo Presupuestario General: Informe de síntesis', París: Comité de Ayuda al Desarrollo /OCDE.⁴³

Pero estos compromisos se han materializado por defecto, más que por intención. Resulta claro que los países pobres deben cumplir ciertos requisitos mínimos para conseguir acuerdos oficiales a largo plazo. Estos requisitos se centran, acertadamente, en la existencia de una estrategia y unos planes de desarrollo bien definidos, de políticas macroeconómicas enfocadas hacia la estabilidad, y de un programa realista de mejora de la gestión de las finanzas públicas. En tales casos, los acuerdos a seis años garantizarían un desembolso anual mínimo, y el resto de los fondos se pagarían contra incentivos relativos a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. De acuerdo con el umbral mínimo de cumplimiento de la CE, 15 países ya podrían acceder de esta forma a contratos a más largo plazo.⁴⁴ Una vez en vigor, los contratos se revisarían en su tercer año, con la finalidad concreta de ampliar el contrato original a seis años, siempre y cuando se sigan cumpliendo los requisitos.

Muchos gobiernos donantes no pueden, por imposición constitucional, comprometerse a aportar ayuda a largo plazo. En Alemania harían falta cambios en la legislación para adoptar compromisos de más de dos años. La Hacienda canadiense impone también limitaciones adicionales para compromisos que superen los 20 millones de dólares canadienses, por lo que la Agencia de Ayuda Externa Canadiense (CIDA) limita cada contrato a dos años (a pesar de ello, y con estos compromisos limitados, Canadá ha aumentado la financiación en base a programas, una especie de apoyo presupuestario sectorial, de menos de un 2 por ciento de la ayuda total bilateral en 2001/02 a más de un 20 por ciento en 2005/06).

Los gobiernos necesitan ayuda predecible

Los datos para Malawi de la Figura 5 indican que el APG cesó por completo en 2002, debido a que Malawi no alcanzó los objetivos macroeconómicos acordados. Canadá y el Reino Unido suspendieron el apoyo presupuestario a Etiopía en 2006 por el encarcelamiento de miembros de la oposición. Se mantuvo la ayuda para proyectos concretos durante estos períodos, pero esa ayuda no podía destinarse a la formación y la remuneración de trabajadores. En la actualidad se están elaborando medidas para abordar el riesgo inherente tanto político como económico del APG, las más recientes por la Comisión Europea (CE), que proponen aumentos por encima de un *tramo* de base estable como incentivo para el buen gobierno, en lugar de una suspensión total como castigo por la mala gestión o la no consecución de las condiciones económicas. Otros donantes en Uganda, Burkina Faso, Mozambique, Zambia, Malawi y Tanzania están adoptando este mismo enfoque.⁴⁵ En Uganda se ha utilizado otro mecanismo que se ha visto replicado posteriormente en muchos otros países. Bajo el “Fondo de Acción contra

la Pobreza”, el gobierno y los donantes acordaron un mínimo de actividades y gastos para la reducción de la pobreza. Los donantes se comprometieron a seguir prestando apoyo, sin importar los cambios introducidos por el gobierno en cuanto a gastos de salud y educación, siempre y cuando se cumplieran estas condiciones mínimas. En Malawi se utilizó la misma idea, esta vez con la condición de que los Gastos Prioritarios contra la Pobreza acordados por el gobierno no podrían reducirse sin el acuerdo expreso de la totalidad del parlamento. En los casos en que los gobiernos no gozan de la confianza necesaria, se puede optar a menudo por volver a los acuerdos sectoriales.

Los desembolsos se deben ajustar más a los compromisos

Las limitaciones en las burocracias tanto de donantes como de beneficiarios pueden impedir los desembolsos periódicos. Según la *Strategic Partnership for África*, el 81 por ciento de los compromisos de APG para los países africanos en 2003 fueron desembolsados a lo largo del 2003, con un 10 por ciento en el 2004. ‘Sin embargo, se observaron grandes diferencias entre países, con menos de un 25 por ciento de los recursos desembolsados puntualmente en Senegal, y el 100 por ciento desembolsados puntualmente en Etiopía y Niger’.⁴⁶ Un repaso de las demoras en los desembolsos de la Comisión Europea en 2005 reveló que el 40 por ciento de tales demoras se debían a problemas en los procesos administrativos de la CE, frente a un 25 por ciento debidas a problemas administrativos en los países receptores. El 35 por ciento de las demoras restantes se debieron a la falta de cumplimiento por parte de los países receptores de las condiciones acordadas.⁴⁷ Oxfam propone un nuevo mecanismo de seguro que traslade el riesgo de los países receptores a los países donantes. Resulta del todo inaceptable que los países receptores sufran retrasos por problemas administrativos de los donantes. Los donantes deben asegurar sus compromisos de ayuda de manera que los fondos sigan siendo desembolsados incluso en estos casos.

Se precisa un mayor análisis del impacto del APG sobre mujeres y grupos marginados

La mayoría de las evaluaciones, incluida la de la OCDE antes citada, no se han centrado en las implicaciones del APG para la igualdad de la mujer y las relaciones entre los géneros. El aumento de la financiación no soluciona necesariamente el acceso y la condición desigual de grupos marginados, entre ellos las mujeres. Los gobiernos en su mayoría no han cumplido los compromisos de integración de género y empoderamiento de la mujer adoptados en la conferencia de la ONU de la mujer celebrada en Beijing hace 12 años.⁴⁸ El que los servicios de salud y educación lleguen hasta las personas que los necesitan depende de la voluntad de los encargados de la planificación de integrar estos compromisos en sus

políticas y sus prácticas. Los nuevos procedimientos deberían ayudar a que el trabajo de igualdad de género se integre plenamente en las políticas y estrategias nacionales, resultado que se vio en las reformas sectoriales de educación en Uganda. Las evaluaciones del APG que se realicen en un futuro deben analizar los distintos impactos que el apoyo presupuestario tiene sobre mujeres, hombres y comunidades marginadas.

Debe apoyarse la rendición de cuentas de los gobiernos ante sus ciudadanos

La evaluación de la OCDE apuntó la preocupación de la sociedad civil con respecto al riesgo de que el apoyo presupuestario otorgara a los donantes un control sobre la política gubernamental mayor que el ejercido por los representantes parlamentarios. El APG también puede tener como consecuencia la centralización de las decisiones de política en los ministerios de finanzas nacionales, poniendo así en peligro la capacidad de los sectores de salud y educación para obtener asignaciones adecuadas del presupuesto nacional. La capacidad de la sociedad civil para exigir rendición de cuentas a sus gobiernos, tanto con respecto a asignaciones presupuestarias hacia los sectores sociales como para garantizar que el dinero llegue a su destino correcto, es una creciente preocupación también para las ONGs, entre ellas Oxfam. El apoyo prestado por Oxfam a grupos y alianzas de la sociedad civil ha permitido una participación mucho mayor de la sociedad civil en la elaboración y el seguimiento de la política. Algunos de los logros incluyen la campaña por la educación gratuita en Kenia, el seguimiento comunitario de los presupuestos escolares en Malawi, cambios legislativos en la política de salud en Armenia y retención de maestros a nivel de distrito en Ghana. En enero de 2007, las coaliciones de la sociedad civil lanzaron la campaña '9 is Mine' ('Para mí, el 9') en la India para presionar al gobierno a invertir un 6 por ciento del PIB en educación y un 3 por ciento en salud. En la actualidad, el gasto público de la India en servicios sociales, como proporción de la Renta Nacional Bruta (RNB), es menor que en Uganda, algo imperdonable en un país que se precia de un fuerte crecimiento económico y que ni siquiera depende en gran medida de la ayuda externa. Es un proceso lento que ha de apoyarse en la labor que se está realizando ya en entornos políticos muy diversos, pero existe un compromiso de apoyo a largo plazo a estos movimientos de la sociedad civil y los donantes tienen la obligación de verificar que no lo menoscaban. Los donantes se muestran cada vez más dispuestos a apoyar a grupos de supervisión parlamentaria que se encarguen de realizar un seguimiento de las decisiones presupuestarias de los gobiernos.

Medios para aliviar el riesgo del apoyo presupuestario

Podrían establecerse determinados mecanismos para garantizar que el APG pueda ser utilizado por los gobiernos para remunerar a los trabajadores. Bajo tales mecanismos:

- Los compromisos de apoyo presupuestario serían por un mínimo de seis años en países con condiciones favorables.
- Los contratos incluirían cláusulas claras de por qué, cuándo y cómo se suspendería el apoyo presupuestario durante la vigencia del mismo. Tales condiciones se referirían únicamente a aspectos de resultados y gobierno, incluyendo la protección de los derechos humanos.
- El APG podría suspenderse con el tiempo, en cuyo caso los fondos pasarían por un mínimo de dos años a un fondo fiduciario, poniéndose de nuevo a disposición de los países receptores en el momento en que se restablecieran las condiciones acordadas.⁴⁹
- Los donantes del apoyo presupuestario se asegurarían frente a demoras en los desembolsos ocasionadas por problemas del donante, de manera que se mantuvieran el 100 por ciento de los desembolsos en los casos en que los receptores tengan la capacidad suficiente para absorber la ayuda. Los países receptores no tienen por qué mantener una reserva ante la eventualidad de un déficit en los desembolsos de los donantes.
- Los gobiernos donantes con imposiciones legislativas que limiten la posibilidad de proporcionar apoyo presupuestario a largo plazo establecerían un calendario para el debate parlamentario con vistas a eliminar tales imposiciones.

Debido a los riesgos expuestos anteriormente en esta sección, parece claro que algunos países no tienen las instituciones o las políticas adecuadas para el apoyo presupuestario. En tales casos, resulta del todo aceptable que la ayuda se limite al apoyo sectorial allá donde sea apropiado, o a proyectos con actividades y procedimientos de gestión financiera claramente definidos.

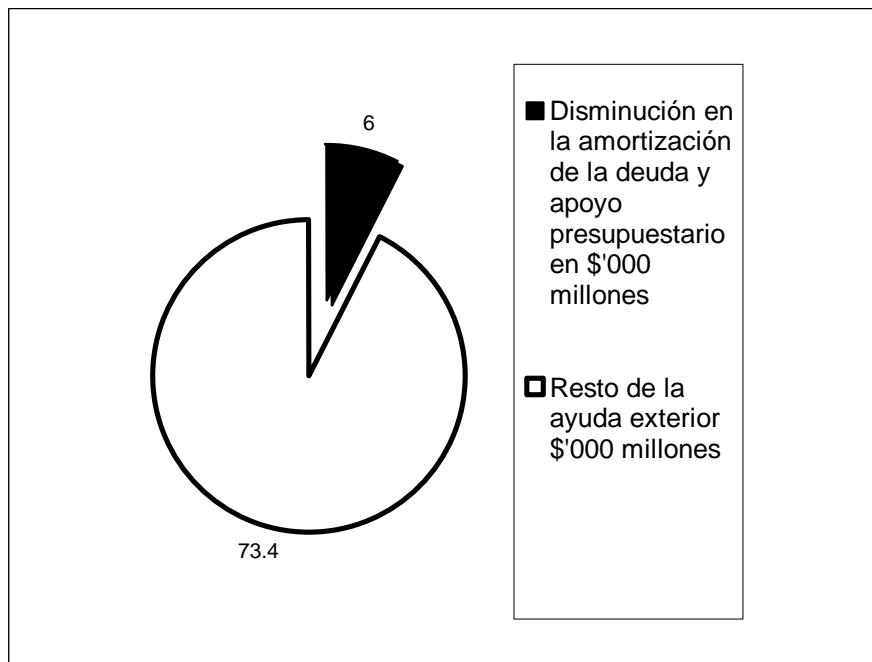
Se necesita una cancelación de la deuda, un apoyo presupuestario y un apoyo sectorial mayor

De los datos expuestos se desprende que el importe total del apoyo presupuestario anual y los fondos adicionales disponibles por la cancelación de la deuda asciende a unos 6.000 millones de dólares. Como proporción del total de 79.400 millones de dólares de ayuda externa al

desarrollo en 2004, significa que menos de un 8 por ciento de la ayuda se destinó a planes y presupuestos públicos (Figura 6). El resto de la ayuda se destina a proyectos individuales y de capital, a la asistencia técnica y a iniciativas verticales para determinadas enfermedades.

Todos estos esfuerzos pueden ser sin duda importantes y de utilidad. Por ejemplo, las iniciativas en torno a enfermedades concretas, como por ejemplo el Fondo Mundial de lucha contra el VIH/SIDA, la Malaria y la Tuberculosis, o el Plan de Emergencia del Presidente de EE.UU. para el alivio del SIDA en África (PEPFAR por las siglas en inglés), han logrado resultados impresionantes en hacer llegar tratamiento, cuidados y servicios profilácticos a personas que lo necesitan. Pero cuando aún se están celebrando los resultados iniciales, es cada vez más patente que sin trabajadores no será posible hacer llegar los medicamentos a las personas que los necesitan en todas las áreas. Y lo mismo cabe decir para los cuidados a largo plazo y las intervenciones de prevención en salud pública. Estas iniciativas también requieren personal propio, y al ofrecer mejores sueldos hacen que aún más trabajadores dejen los sistemas públicos.

Figura 6: Apoyo presupuestario y menor amortización de deuda, como proporción de la ayuda total, 2004



Fuente: CAD/OCDE base de datos en internet

Los gobiernos necesitan más dinero para dedicar a sueldos. El apoyo presupuestario, el apoyo sectorial y la cancelación de la deuda son los únicos mecanismos externos de que disponen los gobiernos para incrementar el gasto en sueldos. Pero la cantidad de 6.000 millones de dólares de estas fuentes es menos de la mitad del mínimo absoluto de 13.700 millones de dólares necesarios para contratar a nuevos trabajadores. De los 37.000 millones de dólares que se calcula se necesitan para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud y educación,⁵⁰ aproximadamente el 67 por ciento, o unos 25.000 millones de dólares, se necesitará para cubrir el gasto permanente en sueldos de los trabajadores existentes, además de los 13.700 millones de dólares para nuevos trabajadores. Gobiernos de países pobres y donantes deben invertir por tanto un total de 38.700 millones de dólares entre ellos.

Oxfam hace un llamado a los donantes a que amplíen la cancelación de la deuda a aquellos países, que de lo contrario, no tendrán probabilidad alguna de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a que aumenten el apoyo presupuestario hasta un mínimo del 25 por ciento de la ayuda bilateral, utilizando los mecanismos antes descritos para minimizar el riesgo tanto para ellos como para los países receptores, y aumenten la inversión en SWAP en la salud y la educación para países que tienen pocas posibilidades de beneficiarse del apoyo presupuestario general.

Conclusión

La salud y la educación son de una importancia fundamental si las personas pobres han de tener la oportunidad y la capacidad de escapar de la pobreza. Los sistemas de salud y educación no pueden funcionar sin maestros, enfermeros y médicos, apoyados por una planificación y unas instituciones de gestión sólidas. Se necesitan millones de trabajadores esenciales de salud y educación en los países pobres. Para los pocos trabajadores que hoy siguen esforzándose por sobrevivir en unos sistemas que durante décadas se han visto privados de fondos, la vida es una lucha constante contra su propia pobreza y la falta de apoyo.

Se han logrado grandes avances respecto a las inversiones en salud y educación en los países pobres. Los donantes han añadido su peso a la determinación de estos gobiernos al prometer un aumento en la ayuda para aquellos países que no pueden permitirse estos derechos básicos, y una mejora en la calidad de la ayuda para establecer sistemas sólidos, en lugar de menoscabarlos. Pero las acciones de los donantes no están a la altura de las promesas realizadas. Aún se necesitan millones de maestros y trabajadores sanitarios. Se necesita actuar ahora.

Los gobiernos donantes deben:

- Ampliar la cancelación de la deuda a un número mayor de países que de otra manera no podrán aspirar a los Objetivos de Desarrollo del Milenio dado su nivel de deuda.
- Aumentar el apoyo presupuestario general hasta un mínimo del 25 por ciento de los presupuestos bilaterales de ayuda para el 2010.
- Ampliar la duración de los compromisos de apoyo presupuestario hasta un mínimo de seis años.
- Tomar medidas para limitar los riesgos que esta ayuda conlleva para los contribuyentes de sus propios países y para los ciudadanos de los países pobres.
- Incrementar el apoyo sectorial en casos en que el apoyo presupuestario general no es adecuado.
- Verificar que las evaluaciones del apoyo presupuestario incluyen un análisis exhaustivo de género.
- Garantizar que las iniciativas verticales para determinadas enfermedades queden integradas en sistemas de salud equitativos que garanticen los derechos de los ciudadanos pobres.

Los gobiernos de los países pobres deben:

- Fijar los sueldos de trabajadores sanitarios y maestros existentes a niveles dignos, en colaboración con los sindicatos.
- Formar y seleccionar a los millones de trabajadores sanitarios y maestros adicionales que se necesitan, siguiendo el ejemplo de las ampliaciones de éxito realizadas en otros países.
- Fijar un calendario para lograr el objetivo de invertir al menos un 20 por ciento del gasto público en educación.
- Fijar un calendario para lograr el objetivo de invertir al menos un 15 por ciento del gasto público en sistemas de salud.
- Garantizar la representación y la supervisión ciudadana en el seguimiento de los servicios públicos y facilitar la participación de la sociedad civil en los procesos presupuestarios y de planificación a nivel nacional y local, incluyendo acuerdos y contratos con donantes, el Banco Mundial y el FMI.

La UNESCO debe:

- Realizar un cálculo del costo de la formación y los sueldos de maestros y así aportar datos fidedignos para los programas de

financiación internacionales. Debe incluir también un análisis de género de los derechos de niñas y mujeres en los países afectados por el déficit de trabajadores.

Notas

¹ Oxfam (2006) 'De interés público: Salud, educación, agua y saneamiento para todos', Oxford: Oxfam Internacional.

² Kailash Satyarthi, Presidente, Campaña Mundial para la Educación. Grupo de alto nivel sobre Educación para Todos, Cairo, 22 de noviembre de 2006.

³ Campaña Mundial para la Educación (2007), [Hhttp://www.campaignforeducation.org/news/news.html](http://www.campaignforeducation.org/news/news.html), consultado el 17 de enero de 2007.

⁴ UNESCO UIS (2006) 'Maestros y la calidad de la educación: Evaluación de las necesidades globales para el 2015', Montreal: UNESCO UIS.

⁵ Comisión para África (2005) 'Our Common Interest', Londres: Comisión para África.

⁶ G. Davey, D. Fekade, y E. Parry (2006) 'Must aid hinder attempts to reach the Millennium Development Goals?', *The Lancet* 367: 629–31. Los investigadores encontraron que un médico especialista con experiencia podría ganar un sueldo mensual base de entre \$354 y 513 en el Ministerio de Salud, y de entre \$950 y \$1200 en agencias bilaterales de los EE.UU.

⁷ OMS (2006) 'Informe sobre la salud en el mundo', p 107.

⁸ P. S. Bennell (2006) 'Anti-Retroviral drugs are driving down teacher mortality in sub Saharan Africa', Brighton: Knowledge & Skills for Development.

Tasas de mortalidad de maestros de primaria en Botswana:

1999: 0,71 por ciento

2002: 0,88 por ciento

2005: 0,18 por ciento

Tasas de mortalidad de maestros de primaria en Zambia:

2000: 2,0 por ciento

2002: 1,6 por ciento

2005: 1,4 por ciento

⁹ OMS (2006) 'Informe sobre la salud en el mundo', p 59.

¹⁰ S. Wibulpolprasert y P. Pengpaibon (2003) 'Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience', *Human Resources for Health* 1(12).

¹¹ S. Vatankhah (2002) 'Human Resource Development for Health in the Islamic Republic of Iran', ponencia presentada en la 49 Sesión del Comité Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, Cairo, octubre de 2002, citada en 'Joint Learning Initiative' (2004) *Human Resources for Health*. Entre 1985 y 2000, Irán aumentó el número de médicos locales de 14.000 a 20.000. La tasa de mortalidad infantil disminuyó de 51 a 25 por cada 1000 nacimientos, y la

cobertura de vacunación aumentó del 20 al 95 por ciento. El número de trabajadores médicos extranjeros se redujo de 3.153 a cero.

¹² Los tres ejemplos dados (Brasil, Indonesia, Uganda) fueron identificados en M. Nilufar (2005) 'Creating a public service ethos in education: What has worked for improving the conditions of teachers?', documento de referencia sobre educación preparado para Oxfam, 21 de agosto de 2005.

¹³ F. Delannoy y G. Sedlacek (2000) 'Brazil: Teachers' Development and Incentives: A Strategic Framework', Washington DC: Documento núm. 20408-BR del Banco Mundial. Todos los datos de este párrafo provienen de dicho documento.

¹⁴ En 1998 – aumentó a R\$350 en 1999.

¹⁵ Las matriculaciones escolares en Bogotá, Colombia, aumentaron en casi un 40 por ciento, mientras que los costos aumentaron en sólo la mitad, gracias a un nuevo sistema de información y negociaciones con los sindicatos de maestros, que trasladaron a los maestros a donde hacían falta, eliminando así los maestros 'fantasma'. (Oxfam y WaterAid 2006, 'De interés público').

¹⁶ CME (2004) 'Undervaluing Teachers: IMF policies squeeze Zambia's education system', Londres: Campaña Mundial para la Educación.

¹⁷ Joint Learning Initiative (2004). Estos países son Paraguay, República Centroafricana, El Salvador, Honduras, Colombia, Costa Rica y Haití.

¹⁸ EPT Informe de seguimiento en el mundo (2007) 'Bases sólidas', París: UNESCO; DFID y Minist. Hacienda británico (2005) 'Education: from commitment to action', Londres: DFID.

¹⁹ El 'Informe sobre la salud en el mundo' 2006 de la OMS calculó dos posibles escenarios. En el primero, el costo de formar a nuevos trabajadores sanitarios se estimó con un incremento en niveles anuales de gasto en salud de \$1,60 por habitante. El costo de contratar a los nuevos profesionales a los niveles salariales existentes se calculó en \$8,30 por habitante. En el segundo escenario, la OMS adoptó un enfoque más realista y partió de la premisa de que se doblarían los sueldos para garantizar unos incentivos adecuados que fomentarían la participación en los servicios de salud de profesionales cualificados, sumando por tanto otros \$8,30 por habitante a la cifra anterior. No obstante, esto no tiene en cuenta la duplicación también de los sueldos de los trabajadores sanitarios actuales.

²⁰ H. Mercer y M. R. Dal Poz (2006) 'Global health professional training capacity', documento de referencia para el 'Informe sobre la salud en el mundo' 2006, Ginebra: OMS.

²¹ H. Benn (2006) Reuniones del ODI. *An international development system fit for the 21st Century*, serie del ODI/APGOOD 'What's next in international development?'.

²² Banco Mundial (2005) 'Informe de seguimiento mundial 2005', Washington: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial, p 93.

²³ Banco Mundial (2006) 'Informe de seguimiento mundial 2006', Washington: Banco Mundial, p 60.

-
- ²⁴ Comunicación personal con el autor del informe, Richard Jolly, Instituto de Estudios para el Desarrollo, Universidad de Sussex.
- ²⁵ Oxfam (2006) 'De interés público: Salud, educación, agua y saneamiento para todos', Oxford: Oxfam Internacional.
- ²⁶ El Consenso de Washington es una frase que describe el paquete de reformas de política económica (y la lógica que las comporta) para los países en crisis, formuladas por instituciones con sede en Washington como son el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Reserva Federal en la década de 1980 y 1990..
- ²⁷ <http://www.jctr.org.zm/bnb/may06.html>, consultado en febrero de 2007.
- ²⁸ <http://www.gartner.com/it/page.jsp?id=500295>, consultado el 24 de enero de 2007.
- ²⁹ Iniciativa Vía Rápida de Educación para Todos: Informe de Situación (2006) 25 de julio de 2006. Tabla B4.
- ³⁰ Comunicado del grupo de alto nivel de Educación para Todos. Primera reunión, UNESCO, París, octubre de 2001.
- ³¹ EPT Informe de seguimiento en el mundo (2006) 'Alfabetización: un factor vital', París: UNESCO.
- ³² En el año en que el gasto militar mundial superó el billón de dólares, los 16 países apoyados por la Iniciativa Vía Rápida sufrieron un déficit de \$400m, cantidad casi insignificante pero enorme obstáculo para 16 millones de niños que perdieron la oportunidad de salir de la pobreza en el 2006. CME (2006) 'Necesitan mejorar: Informe escolar sobre la contribución de los países ricos en el logro de la Educación Primaria Universal para el 2015', Johannesburgo: Campaña Mundial para la Educación.
- ³³ *Basket funding* significa financiación en común con otros donantes, cuyo monto es administrado bajo un único sistema de gestión financiera.
- ³⁴ Banco Mundial (2006) *Indicadores de desarrollo mundial 2006*.
- ³⁵ K. Hinchcliffe (2004) 'Notes on the Impact of the HIPC Initiative on Public Expenditures in Education and Health in African Countries', Dpto. de Desarrollo Humano del Banco Mundial para la Región de África, Serie Documentos de Trabajo, junio.
- ³⁶ En la actualidad, los donantes incluyen en sus presupuestos de ayuda la cantidad empleada en la cancelación de la deuda. Los datos de la OCDE de ayuda en 2005 y 2006 incluyen el costo total de cancelar \$18.000m de los 35.000m de la deuda de Nigeria. Pero para Nigeria el ahorro real será de aproximadamente \$1.000 millones anuales durante los próximos 20 años. Aun cuando la cancelación de la deuda es importante para los países pobres, la práctica de incluir el costo de la misma en las cifras de la ayuda no muestra el volumen real de financiación adicional disponible en ese mismo año.
- ³⁷ ODI (2006) 'Learning from Experience'.
- ³⁸ IDD y asociados (2006): *La Evaluación Conjunta del Apoyo Presupuestario General 1994–2004* Birmingham: Universidad de Birmingham.

³⁹ Apoyo de balanza de pagos se refiere a la ayuda aportada para paliar un déficit en la balanza comercial o de servicios entre países.

⁴⁰ Comunicación personal, Dpto. de Política del CIDA, enero de 2006.

⁴¹ IDD y asociados (2006), *op.cit.*

⁴² Malawi es la excepción. El apoyo presupuestario se suspendió en 2002 por la incapacidad del gobierno de controlar el gasto público.

⁴³ La División para África del FMI ha indicado en correspondencia que los datos de estudio de Ruanda no concuerdan con los datos del FMI. Los datos del FMI muestran una media superior de \$85m entre 2001 y 2003, que se duplicó en 2004. Estos datos indican una media de \$33m entre 2001 y 2003, con un incremento por cuatro en 2004. La tendencia de aumento concuerda en ambos casos, pero con un ritmo distinto. Para efectos de comparación con otros países, mantenemos los datos de estudio del IDD en esta tabla.

⁴⁴ Benin, Botswana, Burkina Faso, Ghana, Guyana, Jamaica, Madagascar, Mali, Mauricio, Mozambique, Niger, Ruanda, Uganda, Tanzania, Zambia.

⁴⁵ S. Ndaruhutse y L. Brannelly (2006) 'The Role of Donors in Creating Aid Volatility and How to Reduce It', Londres: Save the Children UK.

⁴⁶ Strategic Partnership for Africa – Budget Support Working Group (2005) *Survey of the Alignment of Budget Support and Balance of Payments Support with National PRS Processes*, Bruselas y Londres.

⁴⁷ Comisión Europea (2005) 'Apoyo Presupuestario de la CE: Un enfoque innovador hacia la condicionalidad', Bruselas: Comisión Europea, p 44.

⁴⁸ Gender and Development Network (en preparación, 2007) *Gender equality, new aid modalities and civil society organisations*, Londres: GADN.

⁴⁹ Un fondo fiduciario (*escrow fund* en inglés) es una cuenta gestionada por un tercero. Los donantes hacen desembolsos a la cuenta según el calendario acordado. El tercero envía los fondos a los beneficiarios una vez satisfecho de que se han cumplido las condiciones acordadas.

⁵⁰ Oxfam (2006), *op.cit.*

© Oxfam Internacional abril de 2007

Este documento fue escrito por Tom Noel. Oxfam agradece la colaboración de David Archer, Sasja Bokkerink, Sita Dewkalie, Bethan Emmett, Mark Fried, Lucia Fry, David Goldsbrough, Duncan Green, Mohga Kamal Yanni, Hetty Kovach, Max Lawson, Elizabeth Stuart, Caroline Sweetman y Takumo Yamada en su elaboración. Diversos empleados del Banco Mundial, el FMI y DFID aportaron comentarios sobre un primer borrador. Forma parte de una serie de documentos escritos para contribuir al debate público sobre temas de política humanitaria y desarrollo.

Este texto puede ser utilizado libremente para la incidencia política y campañas, así como en el ámbito de la educación y de la investigación siempre y cuando se indique la fuente completa. El titular del *copyright* requiere que todo uso de su obra le sea comunicado con objeto de evaluar su impacto. Para la reproducción del texto en otras circunstancias, o para uso en otras publicaciones, o en traducciones o adaptaciones, debe solicitarse permiso y puede requerir el pago de una tasa. Correo electrónico publish@oxfam.org.uk.

Para más información sobre las cuestiones abordadas en el presente documento escriba a: advocacy@oxfaminternational.org.

Oxfam Internacional es una confederación de trece organizaciones que trabajan conjuntamente en más de 100 países para encontrar soluciones duraderas a la pobreza y la injusticia: Oxfam América, Oxfam-Bélgica, Oxfam Canadá, Oxfam Australia, Oxfam Alemania, Oxfam Francia – Agir Ici, Oxfam GB, Oxfam Hong Kong, Intermón Oxfam (España), Oxfam Irlanda, Oxfam Novib, Oxfam Nueva Zelanda y Oxfam Quebec. Si desea más información llame o escriba a cualquiera de las agencias o visite www.oxfam.org.

<p>Oxfam América 226 Causeway Street, 5th Floor Boston, MA 02114-2206, EEUU +1 800-77-OXFAM +1 617-482-1211 E-mail: info@oxfamamerica.org www.oxfamamerica.org</p>	<p>Oxfam Hong Kong 17/fl., China United Centre, 28 Marble Road, North Point, Hong Kong Tel: +852.2520.2525 E-mail: info@oxfam.org.hk www.oxfam.org.hk</p>
<p>Oxfam Australia 156 George St., Fitzroy, Victoria 3065, Australia Tel: +61.3.9289.9444 E-mail: enquire@oxfam.org.au www.oxfam.org.au</p>	<p>Intermón Oxfam (España) Roger de Llúria 15, 08010, Barcelona, España Tel: +34.902.330.331 E-mail: info@intermonoxfam.org www.intermonoxfam.org</p>
<p>Oxfam-in-Belgium Rue des Quatre Vents 60, 1080 Bruselas, Bélgica Tel: +32.2.501.6700 E-mail: oxfamsol@oxfamsol.be www.oxfamsol.be</p>	<p>Oxfam Irlanda Dublin Office, 9 Burgh Quay, Dublin 2, Irlanda Tel: +353.1.672.7662 Belfast Office, 115 North St, Belfast BT1 1ND, Reino Unido Tel: +44.28.9023.0220 E-mail: communications@oxfamireland.org www.oxfamireland.org</p>
<p>Oxfam Canadá 250 City Centre Ave, Suite 400, Ottawa, Ontario, K1R 6K7, Canadá Tel: +1.613.237.5236 E-mail: info@oxfam.ca www.oxfam.ca</p>	<p>Oxfam Nueva Zelanda PO Box 68357, Auckland 1145, Nueva Zelanda Tel: +64.9.355.6500 (Toll-free 0800 400 666) E-mail: oxfam@oxfam.org.nz www.oxfam.org.nz</p>
<p>Oxfam Francia - Agir ici 104 rue Oberkampf, 75011 Paris, Francia Tel: + 33 1 56 98 24 40. E-mail: info@oxfamfrance.org www.oxfamfrance.org</p>	<p>Oxfam Novib (Países Bajos) Mauritskade 9, Postbus 30919, 2500 GX, La Haya, Países Bajos Tel: +31.70.342.1621 E-mail: info@oxfamnovib.nl www.oxfamnovib.nl</p>
<p>Oxfam Alemania Greifswalder Str. 33a, 10405 Berlin, Alemania Tel: +49.30.428.50621 E-mail: info@oxfam.de www.oxfam.de</p>	<p>Oxfam Québec 2330 rue Notre Dame Ouest, bureau 200, Montréal, Quebec, H3J 2Y2, Canadá Tel: +1.514.937.1614 E-mail: info@oxfam.qc.ca www.oxfam.qc.ca</p>
<p>Oxfam GB Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, Reino Unido Tel: +44 (0)1865.473727 E-mail: enquiries@oxfam.org.uk www.oxfam.org.uk</p>	

Secretariado de Oxfam Internacional: Suite 20, 266 Banbury Road, Oxford, OX2 7DL, Reino Unido Tel: +44.(0)1865.339100. Email: information@oxfaminternational.org. Web: www.oxfam.org

Oficinas de Incidencia Política de Oxfam Internacional: E-mail: advocacy@oxfaminternational.org

Washington: 1100 15th St., NW, Ste. 600, Washington, DC 20005-1759, EE.UU., Tel: +1.202.496.1170.

Bruselas: 22 rue de Commerce, 1000 Bruselas, Bélgica, Tel: +322.502.0391.

Ginebra: 15 rue des Savoises, 1205 Ginebra, Suiza, Tel: +41.22.321.2371.

Nueva York: 355 Lexington Avenue, 3rd Floor, Nueva York, NY 10017, EE.UU., Tel: +1.212.687.2091.

Organizaciones vinculadas. Las siguientes organizaciones están vinculadas a Oxfam Internacional:

Oxfam Japón Maruko bldg. 2F, 1-20-6, Higashi-Ueno, Taito-ku, Tokio 110-0015, Japón

Tel: + 81.3.3834.1556. E-mail: info@oxfam.jp Web: www.oxfam.jp

Oxfam India B55, First Floor, Shivalik, Nueva Delhi, 1100-17, India

Tel: + 91.11.26693 763. E-mail: info@oxfamint.org.in Web: www.oxfamint.org.in

Miembro observador de Oxfam. La siguiente organización tiene condición de ‘observadora’ en Oxfam Internacional, con vistas a una posible integración: **Fundación Rostros y Voces (México)** Alabama No. 105 (esquina con Missouri), Col. Nápoles, C.P. 03810 México, D.F. Tel/Fax: + 52 55 687 3002. E-mail: comunicacion@rostrosyvoces.org Web: www.rostrosyvoces.org

Published by Oxfam International April 2007

Published by Oxfam GB for Oxfam International under ISBN 978-1-84814-536-8