



Financiación privada y prestación de servicios de salud, educación y agua

Los gobiernos, por diferentes motivos, suelen asumir la financiación y prestación de servicios sociales básicos —atención médica básica, educación primaria, agua y saneamiento—. Uno de estos motivos es que, como dichos servicios son bienes públicos, sus precios de mercado no reflejarían por sí solos su valor intrínseco y los beneficios sociales que generan. La educación básica no sólo beneficia a la persona que adquiere conocimientos, sino que también tiene una repercusión positiva en todos los miembros de la sociedad, ya que permite mejorar las conductas higiénicas y sanitarias y elevar la productividad de los trabajadores.

El segundo motivo de dicha financiación pública es que permite asegurar el acceso equitativo a los servicios sociales básicos. Normalmente, los pobres carecen de estos servicios; si tienen que pagar por ellos no los utilizan, lo que dificulta su salida de la pobreza.

Además, el Estado suele desempeñar un papel preponderante en la prestación de estos servicios. Si existieran múltiples proveedores (públicos o privados) se duplicarían las funciones y los costos se multiplicarían. Por otra parte, como el acceso a los servicios sociales básicos es un derecho humano fundamental —contemplado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas— los gobiernos tienen la obligación de garantizar la prestación de estos servicios a sus ciudadanos. Esta obligación queda reflejada en el compromiso adquirido por los Estados con la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Sin embargo, la prestación pública de los servicios sociales no siempre es la mejor solución, especialmente si las instituciones son frágiles y no se asumen responsabilidades en el uso de los recursos públicos, algo muy habitual en los países en desarrollo. (En el Capítulo 7 se describe la manera de incrementar la responsabilidad de los gobiernos en el uso de los recursos públicos destinados a servicios sociales).

En la primera mitad del siglo XIX, los servicios de salud, educación y agua de los países ricos se encontraban bajo el control de los proveedores privados, pero se trataba de servicios limitados. En la

segunda mitad del siglo, la financiación y la prestación públicas se convirtieron en la pauta dominante. En Canadá, Europa Occidental y Norteamérica, estos servicios no adquirieron carácter universal hasta la intervención de los gobiernos, que se produjo entre el último cuarto del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX.

En los países pobres, durante las primeras décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial las escuelas y los proveedores de servicios sanitarios privados coexistieron con un sector público en desarrollo. Pero en los años 80 y especialmente en los 90, la prestación privada comenzó a aumentar rápidamente. Mientras se producía la privatización de las empresas estatales de los sectores productivos (industria y servicios), se fomentaba esta misma tendencia en el ámbito de los servicios sociales.

La experiencia de los países ricos indica cuál es la secuencia a seguir en materia de servicios sociales: una primera fase en la que la prestación es asumida totalmente por el Estado, seguida de intervenciones más dirigidas y a continuación el establecimiento de sociedades público-privadas para el abastecimiento de diferentes mercados, dependiendo de la naturaleza de los servicios en los diferentes sectores.

¿POR QUÉ HA AUMENTADO EL SUMINISTRO PRIVADO EN LOS PAÍSES POBRES?

En los países en desarrollo, el creciente protagonismo del sector privado en educación y salud y las presiones a favor de la privatización de los servicios hospitalarios y de suministro de agua, responden a tres factores: la falta de recursos por parte de los gobiernos, la baja calidad del suministro público y las presiones para liberalizar la economía.

FALTA DE RECURSOS POR PARTE DE LOS GOBIERNOS

Muchos gobiernos, afectados por la falta de recursos económicos (nacionales o procedentes de la ayuda extranjera) no pueden proporcionar servicios sociales eficientes o financiar grandes inversiones en infraestructuras. A menudo, la privatización responde a la voluntad de obtener ingresos, pero los

En Canadá, Europa Occidental y Norteamérica, estos servicios no adquirieron carácter universal hasta la intervención de los gobiernos, que se produjo entre el último cuarto del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX

mayores beneficios de los gobiernos provienen de la eliminación de las subvenciones concedidas a empresas públicas con pérdidas.

En algunos casos, como el suministro nacional de agua y saneamiento (y de agua para riego y energía), la falta de fondos gubernamentales se ve agravada por la existencia de estructuras tarifarias inadecuadas. Las tarifas aplicables a servicios de propiedad estatal suelen ser insuficientes para recuperar los costos y con frecuencia se tolera la falta de pago de los usuarios. Esta situación beneficia fundamentalmente a los ricos, mientras que los pobres son los más afectados por la falta de acceso. Además, esta limitación fiscal impide a las autoridades locales ampliar sus servicios para responder a las necesidades de una población urbana en constante crecimiento. Como resultado, los servicios de suministro de agua disminuyen en cantidad y calidad en los barrios de clase media y no llegan a los nuevos barrios pobres.

BAJA CALIDAD DEL SUMINISTRO PÚBLICO

El bajo nivel del suministro público en muchos países también está estrechamente relacionado con la escasez de recursos. Son abundantes los ejemplos de gobiernos que no prestan a sus ciudadanos (y especialmente a los pobres) servicios sociales básicos o de servicios de buena calidad.

En India y Pakistán, las familias pobres aluden al absentismo del profesorado de los centros educativos públicos como la principal razón para optar por escuelas privadas¹. Los médicos del sector público escasamente remunerados suelen vender medicamentos

destinados a la distribución gratuita como complemento a sus ingresos². Como resultado de ello, las personas pobres (y las que no lo son) se ven obligadas a recurrir a proveedores privados, que son más accesibles y suelen administrar medicamentos como parte de la consulta (a diferencia de los servicios gubernamentales, en los que es posible que no se disponga de medicamentos).

Para acceder a más y mejor agua, procedente generalmente de camiones cisterna privados gestionados por pequeños proveedores, las personas pobres deben pagar precios exorbitantes. La mayor parte de los habitantes de las ciudades de Asia Meridional reciben agua durante sólo un par de horas cada vez y ni siquiera todos los días³. Disponen de electricidad durante algunas horas más al día, pero las interrupciones aumentan en los períodos más calurosos del verano, cuando las temperaturas pueden ascender hasta 48°C.

PRESIONES PARA LIBERALIZAR LA ECONOMÍA

El tercer impulso a favor del suministro privado proviene de las políticas de los donantes, que abogan por la liberalización económica y el libre mercado para avanzar en materia de crecimiento y desarrollo. Los servicios sociales son cuestiones límite en este intento de ampliar el papel del sector privado. En los años 90, muchos donantes apoyaron la ampliación del suministro y la financiación privados para incluir una amplia gama de servicios sociales, especialmente el suministro de agua. El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios de la Organización Mundial del Comercio

RECUADRO 5.1

Servicios Sociales y el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios

El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) establece un marco legal para el comercio internacional de servicios a través de normas generales de comercio y de compromisos nacionales específicos para acceder a los mercados nacionales. Muchos críticos se han preguntado si el AGCS protege suficientemente la capacidad de los países de escoger la mejor manera de prestar los servicios sociales y por lo tanto de determinar el grado de participación de los proveedores extranjeros en dicha prestación.

Por un lado, el acuerdo deja un amplio margen de maniobra a los gobiernos a la hora de decidir cómo y cuando desean abrir los servicios al comercio internacional y si desean abrirlos. No se exige a ningún país la apertura de ningún sector concreto a la competencia extranjera y los países pueden establecer las condiciones sobre el carácter y el ritmo de desarrollo de dicha liberalización. Los gobiernos pueden —a cambio de una compensación adecuada— suspender o modificar los compromisos existentes respecto a la liberalización.

Además, el acuerdo establece de forma específica la exclusión de una “autoridad gubernamental”, definiendo los servicios cubiertos por el AGCS como “cualquier servicio en cualquier sector, excepto los servicios prestados en el ejercicio de la autoridad gubernamental”. Por último, los países pueden apelar a excepciones generales como la seguridad nacional y la salud pública para proteger los intereses públicos.

Por otro lado, el AGCS compromete a sus miembros a mantener “sucesivas rondas de negociaciones ... con el fin de alcanzar paulatinamente niveles más altos de liberalización” y los países recibirán mayor presión para liberalizar nuevas áreas de prestación de servicios. Lo más preocupante es que todavía existen algunas condiciones por definir en el acuerdo que podrían negar las garantías anteriormente mencionadas.

La exclusión de la autoridad gubernamental se refiere sólo a aquellos servicios prestados de forma no comercial ni competitiva. Sin embargo, los gobiernos raramente prestan algún servicio social de modo

exclusivo, sino que lo hacen a través de una combinación cambiante de actores público-privados que compiten por la clientela. Y el alcance exacto de los servicios que cumplen el criterio de exclusión continúa siendo ambiguo. Si no están incluidos en la exclusión, podría ocurrir que la legislación utilizada por los gobiernos para garantizar la prestación eficiente y equitativa de estos servicios entrara en conflicto con el AGCS. La ayuda estatal ofrecida exclusivamente a las ONG que gestionan clínicas y centros educativos en zonas subatendidas podría verse cuestionada si un gobierno liberalizara los sectores educativo y sanitario y las condiciones de estos mercados no estuvieran registradas oficialmente.

El AGCS podría reforzarse mediante la eliminación del apartado de la exclusión de la autoridad gubernamental, reformulando el texto para garantizar que los servicios prestados “en el marco del ejercicio de la autoridad gubernamental” se entiendan según su función y no según los medios de prestación.

Fuente: Mehrotra y Delamónica, próxima publicación; Save the Children 2001; Canadian Centre for Policy Alternatives 2003; ACNUDH 2003; OMC 2003.

también apoya la participación del sector privado en la prestación de servicios sociales (recuadro 5.1).

SALUD

Muchos países en desarrollo —de América Latina, Asia Meridional y Asia Sudoriental— cuentan con un considerable y floreciente sector privado. Además, una parte significativa del gasto en salud es privada en todas las regiones⁴, siendo los proveedores privados quienes cubren más de la mitad de los servicios de salud básicos de los países de bajos ingresos⁵. En Asia y América Latina, una proporción significativa de los hospitales y servicios de salud son de propiedad privada, aunque la responsabilidad de las medidas preventivas recae mayormente sobre el sector público⁶.

América Latina, más que ninguna otra región en desarrollo, ha experimentado un enorme giro hacia la atención privada desde que en los años 90 abriera las puertas de la gestión de su sector sanitario a las grandes empresas. Numerosas multinacionales (Aetna, CIGNA, Prudential, American Insurance Group, todas ellas estadounidenses) asumen la prestación de seguros y servicios sanitarios en la región y pretenden hacerse cargo de las responsabilidades administrativas de las instituciones de salud pública y garantizar el acceso a los fondos de la seguridad social para la atención médica. Estas empresas invierten a través de:

- La adquisición de compañías establecidas que venden seguros de indemnización o planes de asistencia médica prepagados.
- La asociación con otras compañías en sociedades de capital riesgo.
- Acuerdos para gestionar la seguridad social y las instituciones de salud pública⁷.

Alrededor de 270 millones de latinoamericanos —el 60% de la población— reciben subsidios en efectivo y servicios de salud pagados por los fondos de la seguridad social (y a menudo dispensados por sus empleados). La penetración de las empresas multinacionales en los fondos de la seguridad social está muy avanzada en Argentina y Chile, mientras crece en Brasil y da sus primeros pasos en Ecuador⁸.

EFFECTOS DE LA ATENCIÓN GESTIONADA

Todos los ciudadanos deberían tener acceso a servicios de salud básicos y la prestación privada puede contribuir a satisfacer distintas necesidades, pero ¿y la equidad? ¿no queda olvidada?

Durante mucho tiempo, América Latina ha dependido de los fondos de la seguridad social pública para la prestación de servicios sanitarios. Sin embargo,

en los años 90 se ofertó a empresas extranjeras de seguros sanitarios la gestión de muchos fondos. Como resultado de ello, se utiliza más financiación para cubrir los altos costos administrativos y los dividendos de los inversores, mientras que se ha reducido el acceso de los grupos vulnerables a estos servicios y ha disminuido el gasto en servicios clínicos. En Chile, a finales de los años 90, aproximadamente una cuarta parte de los pacientes de atención médica gestionada de forma privada recurrieron a la atención facilitada por clínicas públicas, aduciendo como principal argumento los altos costos adicionales que conlleva la atención médica gestionada⁹.

En Argentina, los hospitales públicos que no se han integrado a la atención médica administrada deben afrontar la llegada de pacientes cubiertos por fondos privatizados de la seguridad social. Estos pacientes se ven obligados a recurrir a los hospitales públicos porque no pueden pagar los costos adicionales de los privados o porque los médicos privados se niegan a atenderles (porque los fondos de la seguridad social no pagan).

Los hospitales públicos de Argentina y Brasil requieren ahora reembolsos de los fondos de la seguridad social y de los seguros privados, además de pagos adicionales. Para recibir atención gratuita de las instituciones públicas, los pacientes pobres deben someterse a un detallado análisis de los medios con los que cuentan, registrándose unos niveles de rechazo de pacientes de entre el 30% y el 40% en algunos hospitales¹⁰. Así, puesto que las organizaciones de atención médica administrada atraen a los pacientes en mejor estado de salud, los pacientes más enfermos son transferidos al sector público. Este sistema a dos niveles debilita el fondo común de riesgo y socava el cruce de subsidios entre los grupos de población con mejor salud y los más vulnerables.

IDONEIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y REGULACIÓN

Los supuestos beneficios de la privatización de los servicios sociales son difíciles de apreciar: no hay pruebas concluyentes de la eficiencia y de los niveles de calidad de la gestión privada frente a la pública¹¹ mientras que abundan los ejemplos de fracasos mercantiles de la prestación privada.

Los servicios clínicos y los medicamentos son bienes fundamentalmente privados, y existen muchas pruebas de fallos de sus mercados. El problema se agrava con la limitada capacidad de regulación. Por ejemplo, en muchos países en desarrollo el sobretatamiento constituye uno de los problemas más serios de la atención médica privada. En Brasil, se

Los supuestos beneficios de la privatización de los servicios sociales son difíciles de apreciar: no hay pruebas concluyentes de la eficiencia y de los niveles de calidad de la gestión privada frente a la pública

Solicitar a los hogares pobres que paguen por la escolarización no conduce a alcanzar la educación primaria universal, y por tanto es poco probable que contribuya a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio

practicar más cesáreas entre las pacientes privadas, ya que los médicos cobran más por practicar una operación que por atender un parto normal¹². En Mumbai, India, los proveedores privados prescriben a sus pacientes análisis y consultas con especialistas innecesarios, recibiendo quien envía al paciente un porcentaje de los honorarios del especialista¹³. En cambio, incluso a pesar de que la mayor parte de los médicos canadienses, estadounidenses y europeos son privados, existe un estricto código profesional que impide el sobretratamiento.

En los países en desarrollo, los farmacéuticos privados no regulados también practican el sobretratamiento de las enfermedades o prescriben en exceso fármacos de alto precio. Este uso inadecuado de los medicamentos conduce a prácticas de tratamiento peligrosas, mayores costos de atención médica y un aumento de la resistencia a los medicamentos. Los fármacos representan entre el 30% y el 50% del gasto en atención médica de los países pobres, comparado con el 15% en los países ricos¹⁴. Las personas que no pueden pagar servicios profesionales deben acudir a las farmacias, que a menudo no cumplen la normativa relativa a las recetas, especialmente en China, Asia Meridional y algunas zonas de África. En India, más de la mitad del gasto en salud sufragado directamente por el propio usuario y casi tres cuartas partes del gasto de las hospitalizaciones corresponde a los medicamentos y a las tarifas de las consultas¹⁵.

COSTOS

En muchos países en desarrollo los costos están aumentando y la tecnología es acaparada por la atención médica privada. En Tailandia, el sector privado cuenta con tantos o más equipos de alta tecnología que el sector privado de la mayor parte de los países europeos, a pesar de que el ingreso per cápita de Tailandia es mucho más bajo y de que las enfermedades que le afectan son muy diferentes¹⁶.

En China se ha producido un cambio de criterio que ha desplazado los servicios preventivos y dado prioridad a los curativos, incrementando significativamente la venta de medicamentos desde que comenzaron las reformas económicas. Los extranjeros han invertido en aproximadamente 1.500 laboratorios que producen medicamentos por todo el país¹⁷. La combinación de un acceso limitado a los servicios profesionales y la producción agresiva de medicamentos en un mercado no regulado, se traduce en el uso irracional de los medicamentos, especialmente entre los pobres. En 1993, los medicamentos representaron el 52% del gasto en salud de China, frente al 15%-40% de la mayor parte de los países en

desarrollo¹⁸. En algunas zonas rurales, los agricultores chinos gastan entre dos y cinco veces el importe de su ingreso per cápita diario en una receta ordinaria. Aparte de contribuir a un innecesario y elevado gasto en salud, las excesivas e inadecuadas prescripciones de medicamentos en las zonas rurales pobres exponen a los pacientes al riesgo de tratamientos ineficientes y efectos secundarios perjudiciales¹⁹.

Como ya se ha indicado, en América Latina las organizaciones de atención médica administrada han pasado a ocuparse de la administración de las instituciones sanitarias públicas, transfiriendo fondos de los servicios clínicos para cubrir gastos administrativos más elevados. Con el fin de atraer a pacientes con seguros privados y con planes de la seguridad social, los hospitales públicos de Buenos Aires (Argentina) han contratado a empresas de administración que reciben un porcentaje fijo de la facturación, aumentando así los costos administrativos hasta un 20% del gasto en salud²⁰. En Chile, los costos administrativos y promocionales representan el 19% del gasto de la atención médica gestionada²¹.

FUGA DE CEREBROS

En los países en desarrollo, el aumento de la atención médica privada a menudo absorbe los tan necesarios recursos humanos de los frágiles sistemas públicos, tal y como ocurrió en Tailandia en los años 80 y 90²². Las clínicas públicas deben ocuparse de los grupos de población más vulnerables —los pobres, las personas mayores, los minusválidos— con menos médicos y peor preparados.

EDUCACIÓN

En la mayor parte de los países de la OCDE, aproximadamente el 10% de los estudiantes acude a escuelas privadas de educación primaria (tanto independientes como dependientes del Estado). Esta proporción tiende a ser mayor en los países en desarrollo. En América Latina, los centros educativos privados absorben más del 14% del total de las matrículas en educación primaria, aunque en Costa Rica, país con buenos resultados, la proporción es del 7%²³. En 10 de los 22 países subsaharianos sobre los que se dispone de datos, la proporción del sector privado es de entre el 10% y el 40% mientras que en los 12 restantes es inferior al 10%²⁴. En India, la proporción de escuelas privadas es más elevada en aquellos estados con menores niveles de matriculación en educación primaria (Bihar, Uttar Pradesh), lo que indica que el sector privado es la alternativa escogida cuando el sector público ofrece malos resultados²⁵.

En muchos países en desarrollo (aunque no en la mayoría) las matriculaciones en las escuelas privadas aumentan con el nivel educativo²⁶. Sin embargo, en un amplio número de países de todas las regiones, faltan datos recientes sobre la matriculación privada en todos los niveles, lo que indica que esta área merece la atención de gobiernos y donantes.

Existen tres cuestiones vitales en la financiación y prestación de la educación. La primera de ellas está relacionada con la demanda: el elevado costo para los hogares que ésta representa condiciona el acceso universal a la educación básica. Las otras dos están relacionadas con la oferta y tienen que ver con la equidad y la eficiencia. Una de ellas atañe al desempeño comparativo de las escuelas públicas y privadas y la otra a las subvenciones para las escuelas privadas.

A MAYORES PAGOS, MENOS MATRICULACIONES

Solicitar a los hogares pobres que paguen por la escolarización (pública o privada) no conduce a alcanzar la educación primaria universal, y por tanto es poco probable que contribuya a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Dos terceras partes de las familias rurales de Ghana no pueden permitirse enviar a sus hijos a la escuela de forma sistemática y tres cuartas partes de los niños de la calle de Accra (la capital) abandonaron la escuela por no poder pagarla²⁷. En aquellos lugares de África en los que se han eliminado los pagos por la educación, los niños han acudido en masa a las escuelas.

CUESTIONES RELATIVAS A LA CALIDAD

Muchos defensores de la educación privada aseguran que el desempeño de las escuelas privadas es superior al de las públicas, que las escuelas privadas son de por sí más responsables, que contribuyen a que los alumnos desarrollen habilidades cognitivas más sólidas y que tienen un mayor sentido de la propiedad de su propia educación²⁸. Pero apenas hay pruebas que apoyen estas afirmaciones²⁹. Las escuelas privadas, con recursos comparables, no registran sistemáticamente un desempeño superior al de las públicas. En Perú, los alumnos de las escuelas primarias privadas superan a los de las escuelas públicas, pero pagan 10 veces más por la educación recibida³⁰.

En Brasil, los resultados obtenidos en matemáticas y lengua favorecen a los alumnos de las escuelas privadas en la misma medida que en muchos países de la OCDE (Grecia, Irlanda, España)³¹, pero esta ventaja guarda relación con el tipo de estudiantes que acude a cada centro. En cada uno de los países analizados, los alumnos de las escuelas privadas

de enseñanza secundaria provienen de hogares más ricos que los alumnos de las escuelas públicas.

FINANCIACIÓN PÚBLICA DE ESCUELAS PRIVADAS: VENTAJAS Y DESVENTAJAS POTENCIALES

El principal argumento del apoyo gubernamental es que la educación privada cubre el exceso de demanda educativa. Pero en la mayor parte de los casos, la educación privada de pago no responde al exceso de demanda sino a una demanda diferente, particularmente en los países de bajos ingresos, donde los hogares pobres tienen una capacidad limitada incluso para hacer frente a los pagos de las escuelas públicas. Por lo tanto, el apoyo gubernamental a la educación privada no puede ser equitativo si no se dirige a los hogares pobres. En general, el apoyo directo a las escuelas privadas de educación primaria y secundaria supone aproximadamente el 10% del gasto gubernamental en educación de los países de la OCDE. Como contraste, en India casi un tercio del gasto directo en educación se destina a las instituciones privadas, mientras en este país vive más de una tercera parte de los niños del mundo en edad de escolarización primaria que no están escolarizados³². La mayor parte de las escuelas rurales privadas de Indonesia dependen de los subsidios estatales tanto como las públicas³³.

Frecuentemente, los gobiernos de muchos países en desarrollo también se hacen cargo de los salarios de los maestros de las escuelas privadas, lo que reduce la obligación de éstos de rendir cuentas ante los padres y la dirección de las escuelas³⁴. Dichos subsidios aumentan aún más las presiones que soportan los débiles sistemas públicos, que deben proporcionar servicios para los grupos de población más vulnerables y disponen de menos recursos humanos y financieros.

Según un estudio realizado en 16 países en desarrollo, aquellos que registran la más elevada proporción de matrículas en educación secundaria superior privada también presentan las tasas más reducidas de matriculación global en educación secundaria superior (India, Indonesia, Zimbabue)³⁵. Pero en China, Jamaica, Malasia y Tailandia —que cuentan ya con tasas de matriculación relativamente altas— las escuelas públicas reciben más del 90% del gasto público directo en educación.

LOGRAR UNA PRESTACIÓN PRIVADA POSITIVA PARA LOS POBRES

A pesar de sus desventajas potenciales, en determinadas circunstancias la financiación pública de las escuelas

Según un estudio realizado en 16 países en desarrollo, aquellos que registran la más elevada proporción de matrículas en educación secundaria superior privada también presentan las tasas más reducidas de matriculación global en educación secundaria superior (India, Indonesia, Zimbabue)

Las sociedades público-privadas de suministro de agua y saneamiento —prácticamente inexistentes a principios de los 90, pero más de 2.350 en la actualidad— presentan un historial de desempeño desigual

privadas puede resultar positiva para alcanzar la escolarización primaria universal, especialmente si los gobiernos tienen problemas para cubrir todos los costos (construir centros y pagar los salarios de los maestros). En algunos países, la escasez de escuelas públicas ha dado lugar a la multiplicación de las escuelas privadas. Para garantizar que los niños de las familias pobres que no pueden asumir los pagos escolares puedan asistir a escuelas privadas, los gobiernos podrían financiar su educación a través de vales.

Colombia, por ejemplo, introdujo un sistema de vales como respuesta a la escasez de colegios públicos de educación secundaria. Este concepto de financiación pública de la educación privada puede contribuir a la ampliación de la escolarización con costos más reducidos para el gobierno, porque el único costo soportado por el gobierno es el de dicho vale. Esta iniciativa difiere ligeramente de los sistemas de vales que permiten a las familias matricular a sus hijos en el centro de su elección, público o privado. Para evitar dar ganancias imprevistas a la clase media —que habitualmente se inclina por la educación privada— los vales deberían estar restringidos a las familias pobres, como en Bangladesh, Chile, Colombia, Puerto Rico y el Reino Unido³⁶.

AGUA Y SANEAMIENTO

Solamente el 5% de la población mundial (aproximadamente 300 millones) recibe agua a través de empresas privadas. La mayor parte de las privatizaciones de los servicios de suministro de agua y saneamiento se han dado a través de sociedades público-privadas en áreas urbanas, y casi todas han tenido lugar en los años 90 en países muy urbanizados (cuadro 5.1).

Es poco probable que las empresas privadas tengan interés en abastecer de servicios de agua a las zonas rurales de los países de bajos ingresos, porque se considera que las zonas rurales no generan beneficios. En cuanto al saneamiento, las sociedades público-privadas también consideran que las personas pobres no producen beneficios. Como reflejo de este prejuicio, algunas empresas privadas de suministro de agua han encontrado la manera de excluir a las personas pobres de los servicios, incluso en las áreas urbanas. En Cartagena, Colombia, un gran asentamiento precario no recibió servicios de suministro de agua porque la empresa proveedora consideró que estaba fuera del área urbana³⁷. Además, en algunos países la ampliación de las conexiones ha sido limitada. En Dakar, Senegal, aproximadamente el 80% de la población tenía acceso a agua potable en 1994. Cuatro años después de privatizarse el servicio, sólo el 82% disponía de acceso³⁸.

CUADRO 5.1

Inversiones en proyectos de agua y saneamiento con participación privada en varios países, 1990-94 y 1995-2000 (millones de dólares EE.UU.)

País	1990-94	1995-2000
Argentina	4.075	4.173
Brasil	3	2.891
Chile	128	3.720
República Checa	16	37
Indonesia	4	883
Malasia	3.977	1.116
Malí	0	697
México	295	277
Filipinas	n.a.	5.820
Rumania	n.a.	1.025
Sudáfrica	n.a.	209

Fuente: Banco Mundial. 2002j.

La participación del sector privado en el suministro de agua y saneamiento a nivel internacional continúa siendo limitada en las áreas urbanas de los países de bajos ingresos. Incluso en los países de ingresos medios, donde la mayor parte de la población vive en áreas urbanas, la envergadura de las inversiones necesarias puede disuadir a las empresas privadas internacionales. La mejor forma de conseguir una prestación continuada del servicio es recurrir a los esfuerzos de las comunidades y empresas locales (públicas y privadas); el establecimiento de esta capacidad es una importante labor que corresponde a los gobiernos.

DESEMPEÑO DESIGUAL, FINANCIACIÓN INCIERTA

Las sociedades público-privadas de suministro de agua y saneamiento —prácticamente inexistentes a principios de los 90, pero más de 2.350 en la actualidad— presentan un historial de desempeño desigual. Uno de los principales argumentos a favor de la privatización señala que ésta es generadora de nuevo capital, permitiendo que las sociedades público-privadas movilicen recursos adicionales para servicios básicos. Pero desde su momento álgido, en 1996, la financiación privada internacional para el suministro de agua y saneamiento ha descendido, y se prevé que este descenso continúe³⁹.

LOS PRECIOS DE LOS SERVICIOS

El hecho de que el sector privado sea reacio a financiar inversiones menos lucrativas en zonas rurales pobres perjudica a los usuarios. Pero con frecuencia las sociedades público-privadas actúan del mismo modo, incluso de forma más directa, con tarifas que gravan a las personas pobres de la forma desproporcionada.

Tarifas para los usuarios: Sudáfrica y Bolivia

Con frecuencia, la privatización de los servicios de suministro de aguas acarrea un aumento de las tarifas, que distan mucho de ser accesibles para los hogares más pobres. En algunos sistemas públicos, los hogares disfrutaban de un suministro de agua barato —mantenido muy por debajo del nivel necesario para recuperar costos— y en muchos casos se pasaba por alto el no pago de las facturas. Esta práctica no es aconsejable, ya que las empresas públicas con escasez de recursos subvencionan igualmente a pobres y ricos. Sin embargo, el súbito cambio de pagar precios excepcionalmente bajos a pagar facturas excesivamente altas ha tenido consecuencias desastrosas para los hogares pobres.

Sudáfrica

Sudáfrica ha realizado avances sin precedentes en la ampliación del suministro de agua a la población, aunque la gestión de la estructuración tarifaria ha resultado ser un reto. En agosto de 2000 se declaró una epidemia de cólera en la provincia sudafricana de KwaZuluNatal, que afectó a más de 14.000 personas y se cobró más de 250 vidas. La epidemia se inició poco después de que las autoridades locales cortaran el suministro de agua a la población de unos asentamientos informales que no podía pagar estas nuevas tarifas aplicadas a los usuarios. El Ministro sudafricano de Recursos Hídricos y Forestales ha reconocido que la

política de recuperación de costos agudizó la epidemia de cólera, obligando a los hogares a recurrir a fuentes de agua alternativas.

En el proceso hacia la privatización de los servicios de suministro de agua, el gobierno sudafricano cambió radicalmente su anterior política de mantenimiento de tarifas bajas y tolerancia de la falta de pago; pero este cambio se realizó de manera súbita y brusca, sin adoptar simultáneamente medidas que aliviaran la carga económica para los pobres.

Bolivia

A principios de 2000, se registraron protestas en Cochabamba, Bolivia, mayormente como respuesta a la subida de los precios del agua doméstica, que se triplicaron y cuadruplicaron. Este aumento de precios se produjo pocas semanas después de que la empresa privada Aguas del Tunari, domiciliada en Londres, se hiciera con el control del sistema de suministro de agua de la ciudad. Las protestas consiguieron paralizar la ciudad de forma efectiva durante cuatro días consecutivos y, al extenderse por todo Bolivia, resultaron en 50 personas detenidas, docenas de personas heridas y 6 muertes violentas.

Muchos analistas coinciden en señalar que el importante aumento de las tarifas se debía al costo de un caro proyecto de construcción que los hogares estaban obligados a pagar por adelantado. El Proyecto de

ingeniería Misicuni, uno de los más complejos de Sudamérica, incluye la construcción de un dique por valor de \$130 millones, una central hidroeléctrica y un túnel de 20 km por valor de \$70 millones para transportar agua del Río Misicuni a Cochabamba.

Las tarifas pagadas por los usuarios tienen un gran potencial para empobrecer a los usuarios o excluir a personas del uso de un servicio muy necesario. Cuando es preciso elevar las tarifas de los usuarios de servicios sociales básicos, los gobiernos deben asegurarse de que se adaptan a las necesidades de los usuarios. En primer lugar, los gobiernos deberían de informar abiertamente a los ciudadanos sobre la razón por la que las subidas son necesarias. En este sentido, deberían existir vías de comunicación transparentes entre los proveedores del servicio y sus usuarios. En segundo lugar, los gobiernos deberían establecer las tarifas estratégicamente, de forma que los hogares más ricos puedan subvencionar a los más pobres. También deben de estudiarse otras formas de subvencionar a los pobres. Por ejemplo, en Sudáfrica muchos activistas exigieron al gobierno que proporcionara gratuitamente 50 litros de agua diarios a los hogares pobres, la cantidad mínima necesaria estipulada por la OMS para el mantenimiento de la higiene y la salud. En tercer lugar, las subidas de los precios del agua deberían establecerse progresivamente, no de manera súbita.

Fuentes: ICIJ 2003c; Lobina 2000; Sidley 2001, pág. 71.

Este hecho se ve compensado por los precios, todavía más altos, que los pobres pagaban anteriormente a pequeños proveedores de agua.

Las sociedades público-privadas se basan en el principio de que los clientes pagan por los servicios. La privatización del suministro de agua y saneamiento se ha traducido por la implementación de tasas mucho más elevadas, en ocasiones de manera súbita y algunas veces con consecuencias desastrosas (recuadro 5.2). Ahora bien, si es necesario aplicar tarifas más altas en aras del éxito, las empresas estatales de suministro de agua han demostrado que es posible utilizar los ingresos adicionales para mejorar los servicios y ampliar la cobertura.

SUMINISTRO PRIVADO POSITIVO

No todas las privatizaciones del suministro de agua y saneamiento han sido un fracaso. En el África Subsahariana, por ejemplo, las sociedades público-privadas han contribuido a la mejora de la calidad del agua⁴⁰. De forma más general, el éxito de las privatizaciones del suministro de agua depende en gran medida de la regulación gubernamental, de los intereses del inversor y del estado inicial de la empresa⁴¹. Los países que contaban con servicios aceptables antes de la privatización, suelen mantenerlos en buen estado después de dicho proceso.

Cuando los pobres se han beneficiado de los servicios de suministro de agua privatizados es porque la voluntad política ha estado muy presente. En Bolivia, las concesiones del suministro de agua y saneamiento de La Paz y El Alto se adjudicaron a la oferta que se comprometiera a realizar más conexiones nuevas en los barrios pobres. El ganador de la concesión se vio obligado a conectar a 72.000 familias a la red de conducción de agua y a 38.000 a la red de saneamiento en un periodo de cinco años.

Además de obligar contractualmente a los proveedores privados a ampliar los servicios, los gobiernos han utilizado para ese fin los ingresos obtenidos con la privatización. Se han ofrecido incentivos financieros, tales como subvenciones de capital, a los proveedores que abastecieran a los barrios pobres. Además, las altas tarifas que tienden a acompañar las privatizaciones pueden compensarse con subsidios dirigidos a las personas pobres. En Chile, las subvenciones gubernamentales garantizaron que ninguna familia gastase más del 5% de sus ingresos en agua⁴².

PLANTEAMIENTOS PROMETEDORES

Los programas gubernamentales han logrado muchos éxitos en la prestación de servicios sociales básicos para todos los ciudadanos. Por lo tanto, la privati-

zación no tiene que contemplarse como la única opción para reformar los servicios públicos mal gestionados.

CONFIANZA EN LOS SISTEMAS GUBERNAMENTALES EFICIENTES

Muchas de las actividades de los sectores sociales producen bienes públicos o dependen de muchos factores externos, lo que hace necesaria la intervención del Estado para proporcionar servicios básicos para todos. Las recientes presiones a favor de la privatización de los servicios sociales básicos han obviado las pasadas experiencias de los países desarrollados —así como las que muchos países en desarrollo están aplicando actualmente— que dependieron de los sistemas estatales para proporcionar servicios sociales básicos a la mayor parte de sus ciudadanos (si no a todos) cuando se encontraban en proceso de desarrollo. Los actores privados entonces sólo desempeñaban un papel limitado.

Muchos de los países en desarrollo con buenos resultados en la actualidad, consiguieron mejorar sus indicadores de salud en una etapa temprana de su desarrollo, mediante la prestación de atención médica universal financiada con los ingresos obtenidos por el gobierno. En muchos países (Botswana, Costa Rica, Zimbabwe) los ciudadanos en mejor situación económica abandonaron el servicio público y contrataron seguros médicos privados⁴³, o bien, si no existían seguros privados (Sri Lanka y Kerala, India) pagaban directamente a los proveedores privados⁴⁴. Pero para la mayor parte de los habitantes

de estos países, la mejora en la salud fue el resultado de una atención médica universal y accesible, financiada con los ingresos obtenidos por el gobierno y llevada a cabo destinando recursos a los estratos más bajos del sistema de salud⁴⁵.

Los países en desarrollo con buenos resultados también comenzaron a aspirar a la educación primaria universal al principio de su desarrollo, cuando sus ingresos eran bajos. Los países que disponían de tasas de alfabetización superiores a las de sus vecinos en 1980, también contaban con proporciones reducidas de estudiantes inscritos en centros privados en los 15 años anteriores a 1980. En Asia Meridional, por ejemplo, la tasa de alfabetización de Sri Lanka en 1980 era del 85%, frente a un promedio regional extraordinariamente bajo (38%)⁴⁶. El promedio de estudiantes de Sri Lanka que asistían a escuelas privadas de educación primaria y secundaria continuó siendo bajo en los 15 años anteriores a 1980.

El ámbito del suministro de agua y saneamiento ofrece abundantes ejemplos de empresas estatales ineficientes, excesivamente grandes y corruptas. Pero también existen sistemas públicos que funcionan satisfactoriamente y que los partidarios de la privatización no mencionan. Así, en 1990, Chile proporcionaba agua potable al 97% de su población urbana y saneamiento al 80%. En Bogotá, Colombia, los servicios municipales de suministro de agua se vieron amenazados por la privatización, pero, tras una reforma exhaustiva, han ampliado su cobertura (recuadro 5.3).

A mediados de los 90, el sistema de suministro de agua de la ciudad de Debrecen (Hungría), de gestión

RECUADRO 5.3

Gestión pública del suministro de agua: un ejemplo de éxito

Los esfuerzos realizados por el gobierno de Chile en el suministro de agua y saneamiento demuestran que es posible obtener resultados positivos de la gestión estatal de estos sistemas. En 1990, el 97% de la población urbana chilena tenía acceso a agua potable, mientras que el 80% tenía acceso a saneamiento. Los pilares de su éxito:

- La separación entre la regulación central y el funcionamiento regional.
- El aumento de las inversiones financieras en el sector.
- El desarrollo de un sistema para establecer las tarifas de forma objetiva.
- La introducción de incentivos que premian la eficiencia.

Entre 1988 y 1990, las autoridades chilenas implementaron un nuevo sistema para establecer las tarifas de forma objetiva, factor clave para revitalizar la industria. El organismo regulador fijó una tarifa máxima según un modelo de proveedor eficiente y se constituyó una comisión tripartita de expertos, encargada de resolver cualquier diferencia de pareceres entre la empresa adjudicataria y el organismo regulador. La reforma permitió un ajuste gradual de las tarifas existentes a los nuevos niveles, más elevados. El estableci-

miento objetivo de las tarifas fue clave para el éxito registrado desde 1990 en la gestión de los servicios de suministro de agua y saneamiento.

El sector privado también desempeñó su función en el suministro de agua y saneamiento chileno, pero ésta fue limitada y estrictamente regulada por el gobierno central. En todas las empresas se produjo un notable aumento de la contratación externa de muchas actividades operativas como el funcionamiento, la gestión y la inversión de capital de sistemas enteros, así como el mantenimiento de todos los aspectos de las redes, la lectura de los contadores y la facturación. La contratación externa reducía el número de trabajadores por conexión. De hecho, en 1995 el nivel medio de población no cubierta por los servicios de suministro de agua era del 31%, muy inferior al promedio de América Latina, situado entre el 40% y el 60%.

En Colombia, Bogotá dio su negativa a la privatización a finales de los años 90. La ciudad rechazó los fondos del Banco Mundial y transformó su servicio público en el mejor de Colombia.

Fuente: ICIJ 2003a; Mehrotra y Delamonica, próxima publicación.

pública, reclamaba una considerable inversión. Se produjeron varios intentos de contratar un servicio privado externo, primero con una empresa transnacional de suministro de agua y luego con otra, pero ninguno de los dos se materializó. En 1995, el ayuntamiento decidió que los servicios de gestión del suministro de agua contaban con la especialización necesaria para llevar a cabo la tarea. Una nueva empresa local realizó las inversiones necesarias a un costo mucho más reducido que el de las ofertas presentadas por empresas privadas, gracias, en parte, al uso de proveedores locales en lugar de extranjeros. Como resultado de ello, los precios son un 75% más bajos que los previstos por las empresas privadas.

CONSOLIDACIÓN DEL ESTADO

La capacidad de regulación de los países en desarrollo debe estar constituida de forma que el suministro público y privado funcione para todos los servicios y usuarios. Actualizar la formación del personal gubernamental es vital. Esto no quiere decir necesariamente que los países ricos aporten más ayuda o cooperación técnica, sino que dichos países asuman el costo de la transferencia de conocimientos y el intercambio de experiencias entre los países pobres.

En el ámbito de la salud, la necesidad de regulación atañe tanto a las empresas privatizadas como a los servicios privados existentes, no sólo para proteger a los consumidores sino también para contener los costos. La mayor parte de los ministerios de salud de los países en desarrollo cuentan con deficientes sistemas de información, lo cual debilita su capacidad (o quizás denota su poca disposición) para regular a los proveedores privados. En Asia Meridional, a pesar de lo ampliamente expandido que está el suministro privado y su elevado gasto, la regulación ha fracasado rotundamente a la hora de garantizar una atención médica de calidad para la mayoría de los usuarios de los proveedores privados⁴⁷.

La regulación de los servicios de salud clínicos, por ejemplo, exige abordar la proliferación de proveedores privados, que a menudo no cuentan con capacitación, licencias ni regulación. Los gobiernos deben hacer que estos actores se integren en el ámbito público, para lo cual deberán facilitar permisos y formación destinada a la mejora de los conocimientos y las competencias. La formación ha incrementado el suministro de medicamentos contra la malaria en Kenia y ha mejorado la gestión de las infecciones respiratorias agudas y la diarrea en México⁴⁸. Asimismo, la Asociación de Médicos Rurales del Oeste de Bengala ha adoptado la lista de los 40 medicamentos esenciales recomendados por la Organización Mundial de la Salud

RECUADRO 5.4

Áreas Metropolitanas de Manila y Buenos Aires: resultados desiguales de la privatización del agua

Manila

En 1995 Filipinas declaró una crisis hídrica. El servicio público de suministro de agua dejó sin conexión a la red de suministro de agua a 3,6 millones de personas, y para quienes contaban con suministro, el servicio solía ser irregular. En 1997, se adjudicó la concesión del servicio de suministro de agua de Manila a dos empresas privadas, quedando el área metropolitana dividida en las zonas este y oeste. En un periodo de cinco años, las empresas conectaron a la red a aproximadamente 2 millones más de personas y, según los informes, el servicio mejoró considerablemente. Durante este periodo, las nuevas conexiones al servicio se triplicaron, pasando de 17.040 al año (antes de la privatización) a 53.921 (después de la privatización).

Aún así, seis años después de la privatización, las empresas han presentado resultados inferiores a sus objetivos e incluso solicitan renunciar a la concesión. En 2001, una de las empresas abastecía de agua al 85% de la población, ligeramente por debajo del 87% previsto, mientras que la otra sobrepasaba las metas fijadas. Sin embargo, actualmente el cálculo de estas cifras es objeto de intensos debates que posiblemente acaben por poner en tela de juicio los niveles de éxito divulgados. Mientras una de las empresas de suministro de agua no registró descenso alguno en el número de tuberías con fugas o de robos de agua, en la otra empresa aumentaron. En enero de 2003, las tarifas del agua habían superado 2 y 5 veces las tasas de 1997 de ambos distritos. De hecho, en el año 2000 un estudio realizado entre los residentes de 100 distritos ponía de manifiesto una percepción desigual de la privatización: el 33% de los entrevistados afirmaba que

había notado mejoras en el servicio, el 55% que no había notado ningún cambio y el 12% advertía su deterioro.

Buenos Aires

En 1993, el gobierno privatizó el servicio público de suministro de agua de Buenos Aires y, a partir de entonces, la calidad del agua y la difusión del servicio mejoraron. Las cifras de la empresa indicaban que se habían producido en torno a un millón de nuevas conexiones a la red de suministro. Además, durante el primer año la empresa redujo las tarifas del agua en un 27%. En realidad, este descenso compensaba los aumentos aplicados por los servicios públicos antes de la privatización. En los años posteriores, la empresa elevó las tarifas del agua en reiteradas ocasiones y en 1996 en Buenos Aires se registraron los primeros movimientos de protesta contra los elevados precios del agua.

Además, una revisión gubernamental descubrió que en 1997 la empresa sólo había construido una tercera parte de las nuevas instalaciones de bombeo y redes subterráneas que había prometido finalizar para esa fecha y que las inversiones en redes de alcantarillado ascendían tan sólo a \$9,4 millones, 5 veces menos de lo prometido. Según recientes valoraciones, la visión es muy distinta si se considera el país en su totalidad. Aparentemente, en la segunda mitad de los años 90, los municipios con servicios de suministro de aguas de administración privada han funcionado mejor que los administrados por entes públicos, especialmente en las zonas pobres, lo que ha contribuido a una reducción más rápida de las tasas de mortalidad infantil.

Fuente: ICIJ 2003b; Galiani, Gertler, y Scharogradsky 2002; ICIJ 2003d.

a sus miembros. Si se restringe el uso que los médicos hacen de los medicamentos, mejorará la calidad y el control de los mismos. Otras medidas para regular a los proveedores son el desarrollo de una legislación que proteja a los consumidores, la promoción de la ética profesional y el establecimiento de incentivos no financieros, tales como un mayor prestigio.

También se puede recurrir a la acreditación para informar a los consumidores sobre los centros y profesionales médicos registrados. La existencia de un organismo profesional de acreditación y formación para los proveedores no registrados beneficiaría tanto a los proveedores como a la población. Se fundamentaría en el deseo de los proveedores de obtener prestigio y reconocimiento social y contribuiría a promover el uso de medicamentos esenciales a través de campañas públicas.

La mejora del comportamiento de los consumidores también es importante para la regulación de la atención médica. Para ello, puede que sea necesario

mejorar los conocimientos de los consumidores o facilitar subvenciones para que los servicios de calidad sean más accesibles. Los gobiernos también pueden crear instituciones que permitan a los consumidores reclamar ante aquellos proveedores que presten servicios inadecuados.

A menudo, la regulación en el ámbito de la educación y el suministro de agua también muestra signos de debilidad. En las privatizaciones del suministro de agua, las autoridades públicas que gestionan los recursos hídricos suelen asumir las funciones de regulación. Sin embargo, los proveedores privados internacionales raramente cumplen los acuerdos suscritos con los gobiernos anfitriones (recuadro 5.4)⁴⁹. Será necesario mucho más apoyo internacional para instituir la capacidad de regulación en ésta y otras áreas de infraestructuras, si se pretende incrementar la contribución del sector privado en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

RECUADRO 5.5

La Iniciativa Bamako: atención médica financiada por un fondo de recursos comunitarios

La Iniciativa Bamako reúne los recursos de la comunidad para financiar la atención médica local. Esta iniciativa se ha implementado en mayor o menor grado en más de 40 países de bajos ingresos, la mitad de ellos pertenecientes al África subsahariana. No sólo ha protegido a las familias de catastróficos costos en salud, sino que también ha permitido que las comunidades se organicen para contribuir a consolidar y mantener los servicios locales de salud pública. Estas comunidades aportan tanto recursos financieros a los centros de salud, como su voz en la gestión de estos servicios.

La estrategia de la Iniciativa Bamako consiste en revitalizar los sistemas de salud públicos mediante la descentralización de la toma de decisiones, pasando del nivel nacional al de distrito, instituyendo la financiación comunitaria y la gestión coordinada de un paquete mínimo de servicios esenciales en unidades sanitarias básicas. El objetivo es mejorar los servicios generando suficientes ingresos para cubrir algunos de los costos de funcionamiento local, como el suministro de medicamentos esenciales, los salarios de parte del personal de apoyo y los incentivos de los trabajadores sanitarios. Los fondos generados por la financiación comunitaria no se ingresan en la tesorería central sino que permanecen en la comunidad y son controlados por ésta a través de un comité sanitario elegido a nivel local. Los consumidores han dejado de ser meros receptores de la atención médica para convertirse en socios activos con voz propia.

Diez años después de implementarse esta iniciativa, la actuación comunitaria en la mayor parte de los centros de salud rurales de Benin y Guinea, por ejemplo, ha permitido que casi la mitad de la población sean usuarios habituales de estos servicios. También ha elevado y mantenido los niveles

de inmunidad cercanos a los objetivos de Salud para Todos en el año 2000. En algunos casos, se considera que el cobro de una módica suma a los usuarios es la opción más accesible para los más pobres, quienes de otro modo tienen que optar por alternativas más costosas, aunque no es fácil determinar si existen los mecanismos para proteger a los miembros indigentes de la comunidad.

Gran parte del éxito de esta iniciativa radica en que garantiza el suministro de medicamentos esenciales accesible, totalmente disponibles en los centros de salud aunque bajo la supervisión de comités. Otro factor fundamental ha sido la mejora del comportamiento de los profesionales sanitarios, una de las razones más habituales por las que las personas, especialmente las mujeres, no utilizan los servicios de salud.

Esta experiencia sugiere que cuando no existe una adecuada financiación pública de la atención médica, los fondos comunitarios de recursos, implicando algún tipo de pago por parte de los pobres, son un mecanismo justo y eficiente para proporcionar servicios sanitarios a los pobres. Los sistemas sanitarios que exigen que cada individuo pague de su bolsillo gran parte de los costos de los servicios de salud a la hora de solicitar tratamiento, restringen el acceso de quienes pueden pagar y seguramente excluirán a los más pobres. Para que la protección de los riesgos financieros sea justa, es necesario que exista la mayor separación posible entre las aportaciones y el uso. Existe un consenso en cuanto al papel central de la financiación pública en la salud pública. En el caso de la atención médica personalizada, la dicotomía público-privado no es lo más importante para determinar el desempeño del sistema de salud, sino la diferencia entre pago previo y desembolso directo por el usuario.

Fuente: Mehrotra y Delamonica, próxima publicación.

IMPLICACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

La prestación de servicios sociales por parte de las organizaciones no gubernamentales (ONG) se ha contemplado como la “vía intermedia” entre la prestación pública y el mercado. Según algunos analistas, es el punto de partida para intensificar el papel de las organizaciones de la sociedad civil en la prestación de estos servicios. Generalmente, las ONG colman las lagunas que deja el sistema público (como en el caso de los centros de educación primaria establecidos por el Comité para el Desarrollo Rural de Bangladesh). También coordinan con eficiencia las inquietudes de las comunidades, especialmente las de los pobres, con el fin de mejorar el funcionamiento de las instituciones. Las mejores soluciones de suministro de agua y saneamiento en zonas rurales han sido las implementadas por comités de usuarios apoyados por las ONG. Pero las ONG deberían ser un complemento de las actividades estatales, no un sustituto de las mismas.

Las ONG también han participado en alianzas con gobiernos, empresas y organizaciones de la sociedad civil. Las concesiones de servicios de suministro de agua y saneamiento a largo plazo adjudicadas a empresas privadas, suelen obligar por contrato a una ampliación significativa de la cobertura. Estas obligaciones pueden implicar capacidades y recursos que están fuera del alcance de las empresas privadas, especialmente las extranjeras. En asociación con una ONG, es posible que las empresas comprendan mejor a sus clientes pobres (amplíen la base de clientes y mejoren el diseño de los proyectos) reduciendo así costos de capital, funcionamiento y mantenimiento, como se hizo en las concesiones de La Paz y El Alto en Bolivia. Estas alianzas también aportan credibilidad y aumentan el alcance de las campañas educativas y de concienciación. La empresa francesa de suministro de agua Vivendi se alió con una ONG en el proyecto de Kwazulu-Natal, con el fin de comprender mejor las necesidades de las comunidades pobres de Sudáfrica⁵⁰.

Las ONG, aplicando políticas de presión y compromiso, están definiendo nuevos programas para las empresas. Las ininterrumpidas protestas por un lado, y las asociaciones entre empresas y ONG están dando lugar a una nueva forma de regulación del comercio mundial: la regulación civil⁵¹.

IDENTIFICACIÓN DE LOS MEJORES MÉTODOS DE FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

Aparte de incrementar la recaudación fiscal de los gobiernos, existen otras maneras de lograr que las tarifas

y precios de los servicios sean más racionales y equitativos. En la sanidad, los excesivos costos que el usuario debe pagar directamente pueden llevar a los pacientes a la pobreza (o sumirlos aún más en dicha pobreza). Los estudios realizados en 60 países muestran que entre los grupos de población pobre, la proporción de hogares que registran un elevado gasto en atención médica es muy importante.⁵² De no existir financiación pública, los planes prepagados —que implican altos costos sanitarios ya que distribuyen los riesgos entre grupos de individuos— pueden servir de ayuda para paliar el problema. Dichos planes no sólo han contribuido a proteger a los hogares pobres de costos sanitarios catastróficos, sino que además han ayudado a las comunidades a organizarse para mantener los sistemas sanitarios públicos (recuadro 5.5).

En lo relativo a la educación pública, en la mayor parte de los países en desarrollo existe un amplio margen de recuperación de costos en los niveles más altos. En los años 90, África y la India aumentaron la recuperación de costos en las universidades públicas⁵³. Aún así, se encuentran muy lejos de desarrollar todo su potencial: la educación superior proporciona enormes beneficios privados y la mayor parte de quienes pueden acceder a ella no son pobres. Por lo tanto, todavía se puede aspirar a una recuperación de costos mucho más elevada (combinada con exoneraciones para los pobres).

En cuanto al suministro de agua y saneamiento, una buena forma de ampliar el número de beneficiarios del servicio consiste en el establecimiento estratégico de las tarifas (independientemente de que el proveedor sea público o privado) de modo que la cuota de los usuarios aumente en función del uso del servicio, por una parte y la creación de subvenciones dirigidas a grupos específicos. Si la atribución de dichas subvenciones se basa en un criterio geográfico (según la localidad en la que residen los pobres) y no en los ingresos, las probabilidades de éxito serán mayores.

COMO ABORDAR LOS RIESGOS DE LA PRIVATIZACIÓN

Las instituciones internacionales que promueven la privatización de los servicios sociales deben aportar mucho más apoyo previo para crear una capacidad reguladora. El Banco Mundial cuenta con algunas iniciativas en este campo, como el Foro Internacional

de Regulación de los Servicios Públicos, creado en 1996 como estructura general para iniciativas de estudio y establecimiento de redes de organismos reguladores de los servicios públicos. Pero los organismos internacionales no pueden limitarse a ofrecer asesoramiento. También deberían posibilitar que los organismos reguladores de países en desarrollo realicen visitas sobre el terreno en otros países con mayor experiencia en el sector de la regulación privada. Asimismo, es necesario elaborar cláusulas tipo para las sociedades público-privadas de suministro de agua. Dichas cláusulas se podrían basar en las conclusiones expuestas en este capítulo, para que en los contratos del futuro se eviten los escollos del pasado.

En el ámbito del agua, todos los ingresos se efectúan en la divisa local, por lo que el pago de créditos extranjeros implica riesgos cambiarios tanto para los concesionarios de préstamos como para los inversores. Esta situación resultó ser un problema en Argentina, Indonesia y en Filipinas tras las devaluaciones, que empujaron a las empresas concesionarias del suministro de agua a elevar las tarifas de los usuarios para poder pagar sus préstamos. Por lo tanto, los gobiernos centrales deberían alentar a las autoridades locales —que normalmente son las responsables de los servicios de aguas— a que suscriban créditos en el propio país a través de los bancos nacionales de desarrollo.

Con demasiada frecuencia se asume que la participación del sector privado en el suministro de agua implica recurrir a empresas multinacionales extranjeras. En muchas ciudades de los países en desarrollo, los pequeños proveedores dan cobertura a importantes sectores de la población: al 6% en Nueva Delhi, India; al 10% en Dhaka, Bangladesh; al 19% en la Ho Chi Minh City, Vietnam; y al 44% en Yakarta, Indonesia⁵⁴.

En todos los sectores debería existir capacidad de regulación antes de proceder a la privatización. De no ser así, puede que el sector privado se limite a responder a una demanda diferente y no al exceso de demanda, ya sea en educación, atención médica clínica o agua y saneamiento. Contando con más información sobre el sector privado y mayor capacidad de regulación, el Estado puede garantizar que el sector privado desempeñe un papel complementario en el suministro y la financiación de estos servicios sociales básicos.