

Servicios sociales para los pobres

Banco Mundial

No es probable que las actividades orientadas a reducir la pobreza cumplan su objetivo a largo plazo a menos que se realicen mayores inversiones en el capital humano que representan los pobres. Las mejoras en materia de educación, salud y nutrición sirven para hacer frente a las consecuencias más graves de la pobreza, pero se ha comprobado ampliamente que invirtiendo en capital humano, sobre todo en la esfera de la educación, se combaten también algunas de sus causas más importantes. Por consiguiente, los servicios sociales constituyen una parte esencial de toda estrategia a largo plazo para reducir la pobreza.

Las políticas de los sectores sociales

Los indicadores sociales del mundo en desarrollo han registrado enormes avances en las tres últimas décadas. Sin embargo, los adelantos se han distribuido desigualmente entre las distintas regiones y entre los grupos socioeconómicos de cada país. El progreso en los sectores sociales requiere un compromiso a largo plazo para que la educación, la atención de la salud y otros servicios sociales sean accesibles a toda la sociedad. Donde falta ese compromiso y donde las políticas públicas no han logrado llegar a los pobres, las necesidades sociales siguen siendo abrumadoras.

Adelantos en el campo de la salud

En las últimas décadas, los países en desarrollo han logrado grandes adelantos en materia de salud. Por ejemplo, a lo largo de los últimos 25 a 30 años en China la tasa de fecundidad total se ha reducido de 6.4 a 2.4 hijos por mujer, la tasa de mor-

talidad infantil ha bajado de 90 a 32 por mil nacidos vivos y la esperanza de vida al nacer ha aumentado de 52.7 a 69.5 años. En éste como en otros países, la mejora no obedece a un solo factor. Los notables resultados obtenidos en China se deben tanto al agua potable, a la mejor eliminación de las aguas servidas y a otras medidas de saneamiento, como a la amplia cobertura de las inmunizaciones y a las campañas masivas contra las enfermedades parasitarias. Asimismo, tienen mucho que ver con la prestación de servicios básicos de atención de la salud y la provisión de medicinas asequibles hasta en las zonas más remotas del país. Reflejan tanto el éxito de la campaña destinada a reducir la fecundidad y aumentar, mediante disposiciones legales, la edad de las primíparas, como los grandes esfuerzos para impartir educación en salud y nutrición. Además, probablemente no habrían podido lograrse sin una red de seguridad que, entre otras cosas, garantizó la provisión de raciones mínimas de alimentos hasta a los habitantes más pobres de las zonas rurales.

Los resultados de China son excepcionales; pero brindan una importante lección de aplicación general; que es posible lograr grandes mejoras en el nivel de salud de la población si existe un compromiso político amplio y duradero, con el acento puesto sostenidamente en las medidas preventivas y la medicina curativa básica. Dicho de otro modo, el progreso social no es simplemente un subproducto del desarrollo económico. Las políticas que se aplican son importantes. Donde se observan progresos superiores a la norma es porque detrás hay intervenciones enérgicas basadas en un compromiso a largo plazo respecto del progreso social.

Costa Rica brinda otro ejemplo. En este país, la tasa de mortalidad infantil (menores de cinco años) se redujo de 112 por mil en 1960-1965 a 24 en 1980-1985. A partir de la década de los sesenta, la proporción de niños menores de seis años con peso inferior al normal se redujo de 14 a 2 por ciento. La esperanza de vida al nacer es similar a la de los países industriales. En los años setenta el país puso en marcha varias iniciativas de gran alcance para mejorar la salud y la nutrición, entre ellas el primer

El texto que se reproduce es el capítulo 5 del *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1990. La pobreza, indicadores del desarrollo mundial*, Banco Mundial, Washington, 1990, pp. 84-101. Comercio Exterior hizo pequeños cambios editoriales.

Plan Nacional de Salud (1971), la Ley de Seguridad Social Universal (1971) y programas de salud rurales y comunitarios (1973 y 1976). En 1968 se inició un programa de planificación familiar que, con el aprovechamiento de la infraestructura sanitaria rural existente, ha logrado llegar a la gente del sector rural y a los habitantes pobres de las ciudades. La tasa de fecundidad total de los matrimonios bajó de 7.6 en 1960 a 3.4 en 1980. Estos resultados no se alcanzaron con poco dinero; en 1985 Costa Rica dedicaba 23% de su presupuesto público a salud. Esa elevada asignación pudo mantenerse únicamente porque de 1975 a 1985 este país destinó sólo 3.2% de su presupuesto a gastos militares.

También otros países han podido elevar los niveles de salud muy por encima de lo que cabría esperar dado su PNB per cápita. En Cuba, por ejemplo, la esperanza de vida al nacer es alta, y en Sri Lanka la tasa de mortalidad en la niñez se redujo de 101 por mil en 1960 a 35 en 1985. En todos estos casos, el Gobierno ha asumido la función de líder.

El gasto público en salud por lo general aumenta a medida que avanza el desarrollo económico. Con sus actividades de capacitación de personal médico, de inversión en clínicas y hospitales, de otorgamiento de licencias para el ejercicio de la medicina, de ensayo de nuevas drogas y de administración de planes de seguros y subsidios, además de las de prestación directa de atención médica, el sector público tiene el principal papel en la esfera de la salud. La acción de los gobiernos ha contribuido a incrementar el número de médicos, enfermeros y camas de hospital por mil habitantes en todo el mundo en desarrollo. Los indicadores resumidos de la salud, como la esperanza de vida al nacer y la mortalidad en la niñez, han mejorado notablemente. Está muy difundida la opinión de que muchos de los problemas económicos de los países en desarrollo (y también de los industriales) pueden atribuirse a una intervención excesiva o inadecuada del Estado. No obstante, gran parte del progreso social registrado en las dos últimas décadas es sin duda consecuencia directa de la acción estatal.

Otro factor determinante de la mejora de la salud mundial ha sido el empeño puesto por todos los organismos internacionales que se ocupan de la salud en concentrar su atención en la difusión de técnicas de sobrevivencia infantil baratas y de baja utilización de tecnología como, por ejemplo, las inmunizaciones y el uso de la terapia de rehidratación oral en casos de deshidratación diarreica. En este campo no es exagerado decir que se ha producido una revolución en la salud pública. Este progreso ha sido posible debido a una coalición singular de organizaciones de desarrollo bilaterales y organismos especializados de las Naciones Unidas, principalmente la OMS y el UNICEF. Cuando en 1974 la Asamblea Mundial de la Salud anunció una nueva campaña de inmunizaciones, los servicios de esta índole asistían a menos de 5% de los niños del mundo en desarrollo. Tan sólo 15 años después, el Programa Ampliado de Vacunación incrementó la cantidad de niños inoculados contra la poliomielitis y contra la difteria, la pertusis y el tétanos (vacuna DPT) en cerca de 60% (media según el número de niños que reciben la tercera dosis de vacuna antes de cumplir el primer año de edad). En muchos países —por ejemplo, Egipto, México, Perú, Tailandia y Zaire— se ha avanzado mucho en la preparación de trabajadores de salud para aplicar la terapia de rehidratación oral. Todavía queda mucho por hacer, pero después de menos de un década, una tercera parte de las familias del mundo en desarrollo tiene acceso a ese tratamiento.

El progreso en la educación

Al igual que en la esfera de la salud, los países en desarrollo han logrado grandes adelantos en materia de educación en las últimas dos décadas. De 1965 a 1985 el número de escuelas primarias en los países de ingresos bajos (excepto China) aumentó casi 60%, llegando a más de 775 000. En los de ingresos medianos se cuadruplicó con creces, llegando a casi 950 000. (Durante el mismo período el número de niños en edad escolar aumentó 69% en los países de ingresos bajos y 48% en los de ingresos medianos.) De 1965 a 1985 el número de maestros se elevó 55% en los países de ingresos bajos, 175% en los de ingresos medianos bajos y 120% en los ingresos medianos altos.

Casi todas las escuelas de los países en desarrollo son públicas, es decir, las construidas, financiadas y dotadas de personal del Estado. En la proporción del presupuesto de educación asignada a la inversión en capital fijo —esencialmente la construcción de escuelas— se aprecia el gran interés que se dio en la década de los sesenta a ampliar el acceso a la escolarización. En 1965, los países de ingresos bajos y medianos destinaron 21 y 14 por ciento, respectivamente, de sus presupuestos totales de educación a la construcción de escuelas; veinte años después esa proporción se había reducido a 12% en los dos casos. Casi todos los programas de capacitación de docentes de nivel primario y secundario son estatales. Al igual que en el caso de la atención de la salud, el gasto en educación aumenta a la par del nivel de desarrollo, y lo mismo sucede con el grado de conocimientos adquiridos.

Como consecuencia de este compromiso con respecto a la educación, especialmente de la primaria, de 1965 a 1975 las tasas netas de matrícula aumentaron, en promedio, 5.7% anual en los países de ingresos bajos, 5% en los de medianos bajos y 2.3% en los de medianos altos. En los últimos años de la década de los setenta la matrícula siguió aumentando a un ritmo mayor que el de crecimiento de la población. En 1985, la capacidad de las escuelas primarias en casi todos los países de ingresos medianos era suficiente para inscribir prácticamente a todos los niños; en los de ingresos bajos todavía no se había alcanzado esa meta.

Necesidades insatisfechas

A pesar de los grandes progresos alcanzados en los campos de la salud y la educación, queda por delante una inmensa tarea. Cerca de 30 millones de niños menores de cinco años mueren todos los años por causas que normalmente no serían mortales en los países desarrollados. Alrededor de 110 millones de niños en todo el mundo (casi 20% del grupo de edad correspondiente) no reciben educación primaria. Más de 90% de ellos vive en países de ingresos bajos y medianos bajos.

A los gobiernos les corresponde el mérito por los logros alcanzados hasta la fecha. Sin embargo, sus desembolsos, justificadamente cuantiosos, en salud y educación serían más beneficiosos —y contribuirían mucho a resolver los problemas que aún existen— si estuviesen mejor asignados. El gasto público en servicios sociales es ineficaz de muchas maneras; sobre todo, suele desviarse de las personas que más lo necesitan, es decir, los pobres.

En promedio, se estima que entre 70 y 85 por ciento del gasto total en salud, público y privado, de los países en desarrollo se destina a servicios de medicina curativa. De 10 a 20 por ciento se dedica a atención preventiva y el resto, entre 5 y 10 por ciento a servicios comunitarios como, por ejemplo, la erradicación de mosquitos y la educación en salud. Dentro del sector dedicado a la medicina curativa, los hospitales suelen representar más de 80% del costo total. Sin embargo, es bien sabido que los servicios comunitarios y preventivos son mucho más eficaces para reducir la morbilidad y la mortalidad. Si los recursos públicos asignados a los hospitales se reorientasen hacia los niveles inferiores del sistema de atención de la salud, muchas enfermedades podrían prevenirse completamente o tratarse antes a un costo menor. Las grandes demandas financieras de la medicina curativa también se traducen en ineficiencias internas —hospitales que carecen de los equipos necesarios o clínicas sin medicamentos— porque el pago de salarios desplaza a otras partidas del presupuesto.

La consecuencia de todo ello es que los pobres a menudo no tienen acceso ni siquiera a los servicios más elementales. La proclamada meta de la atención de la salud gratuita para todos con frecuencia se traduce en servicios de baja calidad para los habitantes de las ciudades y en la falta absoluta de asistencia para la gente pobre de las zonas rurales. Incluso en China, en 1981 el gasto público per cápita destinado a la atención de la salud fue más de tres veces mayor para los habitantes de las ciudades que para los del sector rural. En Senegal, 70% de los médicos y farmacéuticos, 60% de las parteras y 40% de las enfermeras se concentran en la región de Dakar-Cabo Verde, donde vive menos de 30% de la población. En Perú, las dos terceras partes de los médicos viven en la capital y atienden sólo a 27% de la población; en casi todas las zonas rurales, donde vive la mayoría de los pobres, hay sólo un médico por cada 10 000 habitantes o más.

En síntesis, la expansión general del sistema de atención de la salud ha descuidado los servicios más importantes: la atención preventiva y la medicina curativa básica. Los pobres no se han beneficiado en medida proporcional del gran incremento en el número de médicos, enfermeros e instalaciones de atención de la salud, de la mayor disponibilidad de medicamentos asequibles o de los servicios públicos de saneamiento, como el abastecimiento de agua potable y el alcantarillado. En consecuencia, sigue habiendo un fuerte vínculo entre pobreza y enfermedad, tanto en los niños como en los adultos.

También en la esfera de la educación la política estatal ha favorecido la capacitación de nivel superior en detrimento de los servicios que habrían beneficiado a los pobres. Es bien sabido que la educación terciaria produce la tasa de rentabilidad social más baja y, sin embargo, muchos países invierten en ella una parte desproporcionada de su presupuesto de educación.

En África Occidental, además de ofrecerse matrícula gratuita y asignarse subsidios públicos regulares a las universidades, los estudiantes de educación superior suelen recibir un estipendio para sus gastos de subsistencia. Se ha estimado que esos recursos representan casi la mitad del gasto total en ese nivel. Tan sólo 2% del grupo de edad pertinente tiene acceso a la educación superior en los países de África al Sur de Sáhara, pero ese nivel absorbe 22% de los presupuestos públicos de educación de la región. Brasil dedica 9% de su presupuesto de educación pública al nivel secundario y 23% al superior. En Costa Rica, Chile, la Re-

pública Dominicana y Uruguay, las personas comprendidas en el quintil más alto de la escala de distribución del ingreso se benefician de más de 50% de los subsidios destinados a la educación superior, en tanto que el quintil más pobre recibe menos de 10 por ciento.

En la India la educación tiene una fuerte tendencia a favor de los habitantes de las ciudades y los varones. Las tasas de alfabetización urbanas son dos veces más altas que las rurales, y las mujeres, tanto en las zonas urbanas como en las rurales, tienen tasas de alfabetización más bajas que los varones. En Pakistán, 63% de los niños del grupo de edad correspondiente están matriculados en la escuela primaria, mientras que en el caso de las niñas esa tasa es de sólo 32% (y de apenas 20% en el campo).

Sin embargo, los problemas de la educación van mucho más allá de las tasas de matrícula. Cuando éstas son bajas, ello suele ir unido a elevadas tasas de deserción escolar. En los países de ingresos bajos más de 40% de los que empiezan la educación primaria no completan el ciclo, e incluso en los países de ingresos medianos altos las tasas de terminación son de sólo 85%. En consecuencia, el analfabetismo sigue estando muy extendido en los países en desarrollo.

En los países en desarrollo la baja calidad de la educación tiene mucho que ver con el deficiente rendimiento de los niños. Los gobiernos han dado preferencia a la cantidad frente a la calidad. En muchos países se invierte menos cada año en libros de texto y otros materiales; en las naciones de ingresos bajos se dedica a materiales didácticos menos de 3% de los gastos ordinarios.

Hasta la década de los ochenta ni siquiera se solían facilitar libros de texto a los estudiantes. En la República Centroafricana, el coeficiente nacional de estudiantes por libro de texto oscilaba entre 10 y 20 a uno. En Brasil sólo 23% de las escuelas había recibido libros de texto de primer grado a principios de la década; en la República Dominicana menos de 20% de los alumnos de octavo grado de las escuelas públicas contaba con libros de matemáticas, y en Botswana menos de 20% de los alumnos de primaria tenían acceso a libros de ciencias o materias sociales. En un estudio realizado en Filipinas en 1983 se halló que sólo 32% de los maestros de ciencias de quinto grado utilizaba libros de texto con frecuencia; otro estudio llevado a cabo en Botswana encontró que los maestros empleaban textos sólo 12% del tiempo. Rara vez se dispone de guías para los docentes.

Por consiguiente, no es sorprendente que las tasas de repetición sean elevadas y que muchos de los que terminan el ciclo primario hayan aprendido muy poco. En diversas pruebas realizadas en unos 40 países, los estudiantes de los de ingresos bajos y medianos bajos respondieron correctamente a sólo 40% de las preguntas. En especial, el desempeño de los niños fue deficiente en lo que se refiere a la comprensión de la lectura.

Para empeorar las cosas, desde hace poco se viene registrando una tendencia a la declinación de las tasas de matrícula primaria, sobre todo en los países de ingresos bajos. En una situación de fuertes limitaciones presupuestarias, muchos países africanos no pueden ampliar sus sistemas de educación para mantenerlos a la par del crecimiento de la población (Ghana, Liberia, Malí y Tanzania son algunos ejemplos). Las disminuciones más pronunciadas de la matrícula se observan en los países de ingresos bajos que han sufrido guerras o conflictos internos. La tasa

de matrícula de Afganistán y Somalia bajó 40% de 1980 a 1985. En Etiopía y Mozambique, tras los progresos considerables de años anteriores, el crecimiento de la tasa de matrícula se ha detenido.

El gasto adicional en servicios sociales en general no ayudará automáticamente a los pobres. La estructura existente para la prestación de esos servicios se tiene que reorientar en su favor, tanto en lo que se refiere a la cantidad como a la calidad de los mismos. Las medidas más importantes que es necesario adoptar en los sectores sociales para mejorar las condiciones de vida de los pobres son también las más básicas: ampliar y mejorar la educación primaria y la atención básica de la salud.

Invertir en las personas

Es abrumadoramente evidente que el capital humano constituye uno de los elementos clave para reducir la pobreza. Además, las mejoras en la salud, la educación y la nutrición se refuerzan recíprocamente. Sin embargo, los pobres por lo general no tienen acceso a los servicios sociales básicos. Se invierte muy poco en su capital humano, lo cual aumenta la probabilidad de que ellos y sus hijos sigan siendo pobres. Para romper este círculo vicioso, los gobiernos deben hacer que el objetivo de que los servicios lleguen a los pobres sea una prioridad por derecho propio.

Educación y productividad

La productividad del trabajo, el principal bien que poseen los pobres, aumenta con la educación. Individualmente, como demuestran muchos estudios, esto se traduce en ingresos mayores. Investigaciones más recientes señalan también que hay una estrecha relación entre el nivel de educación y el crecimiento económico.

En el sector del trabajo asalariado, la rentabilidad individual de la educación es invariablemente superior a la de las inversiones convencionales. También es verdad que en el mundo en desarrollo la mayoría de las personas no son trabajadores asalariados y que muchos de los pobres trabajan por cuenta propia en la agricultura o en pequeñas empresas familiares. No obstante, esto no debilita los argumentos a favor de las inversiones en educación. Los agricultores escolarizados probablemente estarán más dispuestos a adoptar nuevas tecnologías; además, casi todos los estudios sobre productividad agrícola demuestran que cuando los agricultores tienen un mejor nivel de educación obtienen un mayor rendimiento de su tierra. En un estudio sobre África se llegó a la conclusión de que los agricultores que han cursado cuatro años completos de instrucción primaria —lo mínimo necesario para aprender a leer y escribir— producen alrededor de 8% más, en promedio, que los que no han ido a la escuela. Se determinó que los conocimientos aritméticos básicos y la lectura y escritura eran esenciales. Estudios realizados en Corea, Malasia y Tailandia confirman que la escolarización eleva en forma considerable la productividad agrícola.

Un número cada vez mayor de los pobres del mundo en desarrollo encuentra empleo no agrícola en el sector no asalariado, sobre todo en la economía informal. No todos estos trabajadores son pobres, pero muchos de los que trabajan por cuenta propia pertenecen a los segmentos más pobres de la sociedad, y el em-

pleo en el sector informal constituye la mayor fuente de ingresos de sus familias.

Si bien son escasos los estudios sobre la influencia de la educación en la productividad del sector informal, en ellos se señala que su efecto es benéfico. Un mayor nivel de educación ofrece una gama más amplia de opciones para trabajar por cuenta propia y permite elegir las alternativas más rentables (por ejemplo, el comercio moderno en lugar de las artesanías tradicionales). En la mayoría de los subsectores, las ganancias por hora aumentan de acuerdo con los años de instrucción recibida, al igual que en el sector del trabajo asalariado. Los efectos precisos varían según el tipo de actividad y a veces son diferentes para los hombres y las mujeres. Se estima que en Perú la rentabilidad de un año más de educación primaria llega a ser de hasta 33% en el caso de las mujeres que trabajan por cuenta propia en el sector textil minorista. La educación posprimaria parece tener una compensación relativamente elevada (14%) en el caso de los hombres empleados en el sector de servicios.

En un estudio sobre las empresas pequeñas y medianas en Colombia se halló que la formación del empresario —aptitudes, educación y experiencia en empleos anteriores— influye en fuerte grado en la eficiencia técnica y la rentabilidad de la empresa.

No puede caber duda alguna de que la educación mejora enormemente las oportunidades de los hijos de los pobres de escapar a su destino de penurias económicas. Puesto que el trabajo es el único bien escaso con el que puede contar toda persona pobre físicamente apta, es evidente que aumentar la productividad del factor trabajo es la manera más eficaz de combatir la pobreza.

Otros beneficios de la educación

La eficacia de la educación como arma en la lucha contra la pobreza va mucho más allá del campo de la productividad del mercado laboral. Se ha demostrado que un año de educación de la madre tiene relación con un descenso de 9% en la tasa de mortalidad en la niñez. Los hijos de madres con un mayor nivel de instrucción —siendo las demás características iguales— suelen ser más sanos. Los efectos de la educación en la fecundidad parecen ser más complicados. En niveles bajos de educación, algunos años más de escolarización pueden de hecho dar como resultado un aumento de la fecundidad, pero después se produce un fuerte efecto negativo. En lo que en el *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1980* se denominó la 'trama ininterrumpida' de interrelaciones de los servicios sociales, la educación desempeña el papel principal.

Salud, nutrición y productividad

La influencia de un mejor nivel de salud y nutrición en la productividad no está tan bien documentada como la de la educación. No obstante, en un número creciente de estudios se demuestra que sí tiene un efecto positivo en la productividad agrícola, especialmente en el tipo de actividades a las que se dedica la mayoría de los pobres. Así, gracias a una mejor nutrición, aumentó la productividad de los trabajadores de la caña de azúcar de Guatemala; en Indonesia, la productividad de los trabajadores que recibieron suplementos de hierro durante dos meses aumentó entre 15 y 25 por ciento, y la mayor ingestión calórica

elevó sensiblemente la productividad de los agricultores de Sierra Leona. En un estudio de la India se indica que existe un vínculo significativo entre los salarios y la relación peso/altura (un indicador del estado nutricional a corto plazo) de los trabajadores agrícolas eventuales. En otro estudio se llegó a la conclusión de que el efecto se acentúa especialmente en la temporada agrícola de máxima actividad, cuando se requiere más energía para la cosecha. Según estimaciones realizadas en Sri Lanka, el consumo de energía tiene un importante efecto positivo en los salarios reales.

Nutrición y aprendizaje

A sí como el nivel de educación de los padres tiene un efecto positivo en la nutrición de los hijos, una mejor nutrición acrecienta la capacidad del niño para aprender. En estudios realizados en muchos países en desarrollo (China, la India y Kenya, entre otros) se demuestra invariablemente que la malnutrición por falta de proteínas y energía se relaciona con la obtención de puntajes más bajos en las pruebas cognitivas y con un rendimiento escolar menor. Las deficiencias de micronutrientes también tienen que ver con el rendimiento escolar. En un estudio de Indonesia se halló que la deficiencia de yodo reducía el rendimiento cognoscitivo en los niños de 9 a 12 años de edad. La falta de hierro disminuye la capacidad de atención del niño, lo cual a su vez afecta al aprendizaje. En Tailandia, el suministro de suplementos de hierro a los escolares ha hecho mejorar los resultados de las pruebas. La deficiencia de vitamina A se ha relacionado desde hace mucho tiempo con la ceguera y con la gravedad del sarampión; cuando esa deficiencia es leve, afecta al crecimiento, incluido el desarrollo del cerebro.

Los beneficios que tiene para la salud una ingestión suficiente de energía, proteínas y micronutrientes son importantes en sí mismos. Puesto que un mejor nivel de salud y nutrición ejerce un efecto positivo en la productividad, la inversión en esos rubros contribuye también a reducir la pobreza. Además, si se quiere que los beneficios plenos de la educación lleguen a ser realidad, los escolares deben estar bien nutridos. Hay muchos procedimientos de bajo costo que los gobiernos pueden aplicar. Por ejemplo, con la distribución de cápsulas de vitamina A dos veces al año y dosis de yodo cada tres años, podrían eliminar en gran parte los trastornos nutricionales de los escolares.

La pobreza y el crecimiento de la población

La pobreza y el rápido crecimiento de la población se refuerzan recíprocamente de varias maneras. Los bajos salarios (sobre todo en el caso de las mujeres), la educación insuficiente y la alta mortalidad infantil —todo ello vinculado con la pobreza— contribuyen a elevar la tasa de fecundidad y, por consiguiente, a acelerar el crecimiento de la población. Una de las maneras más eficaces de reducir esa tendencia es incrementar el nivel de educación de las niñas y las mujeres. El incremento de oportunidades para las mujeres en el sector del trabajo asalariado tiene un efecto negativo independiente en la fecundidad y brinda además otros beneficios. Cuando las mujeres trabajan, los padres pueden decidir que necesitan menos varones que sean su sostén económico en la vejez, y si la retribución que reciben las madres por su trabajo es razonable, el costo de oportunidad de tener otro hijo es relativamente alto.

La elevada mortalidad infantil se relaciona uniformemente con una tasa de fecundidad alta. En estudios de países tan diversos como Colombia, Egipto y la India se demuestra que los padres que han perdido un hijo esperan tener una prole más numerosa que otros padres de nivel similar que no han perdido ninguno. Reducir la mortalidad infantil es un paso necesario para hacer descender la tasa de fecundidad.

Por consiguiente, el vínculo entre la pobreza (bajos salarios, bajo ingreso y alta mortalidad) y la elevada fecundidad está bien establecido. ¿Cómo influye en la pobreza la fecundidad elevada o, en términos más generales, el rápido aumento de la población? En escala nacional, la relación no es simple. A corto plazo, un aumento de la población se traducirá, casi por definición, en un menor crecimiento del ingreso per cápita, pero a largo plazo un mayor número de trabajadores productivos puede acelerar el crecimiento. Cabe afirmar incluso que algunos países —en especial en Occidente— necesitan un aumento más rápido de la población para mantener su actual nivel de desarrollo económico.

Por el lado negativo, sin embargo, es preciso señalar que en muchos países con elevada tasa de fecundidad alrededor de 45% de la población tiene menos de 15 años, lo cual impone enormes presiones sobre los sistemas escolares. Para empezar, el gasto en educación en los países en desarrollo es mucho menor que en los industriales, y los escasos recursos disponibles tienen que distribuirse entre una proporción mucho mayor de habitantes. Por regla general, los pobres son los últimos de la fila. Lo mismo puede decirse respecto a otros servicios, por ejemplo el suministro de agua potable y la atención de la salud. Por consiguiente, si es necesario invertir en capital humano para reducir la pobreza, el rápido aumento de la población multiplicará las dificultades de esta tarea en muchos países pobres.

El crecimiento poblacional también repercute en el mercado laboral. Un rápido aumento de la fuerza de trabajo no se traduce necesariamente en desempleo y pobreza; si la inversión en capital es suficiente, una economía en expansión podría absorber la mano de obra excedente y, en realidad, incluso necesitarla. Sin embargo, la mayoría de los países invierten muy poco en absorber a una población que crece a razón de 3 a 4 por ciento al año, por lo cual los resultados probables son salarios bajos y una pobreza cada vez mayor.

En escala familiar, una elevada fecundidad puede perjudicar la salud de la madre y del niño. El estado físico de la mujer se resiente cuando los embarazos son muy seguidos y su salud influye a la vez en la del recién nacido y en la de esa criatura durante los primeros años de su vida, que son decisivos. Una de las políticas más eficaces para mejorar la salud es proporcionar servicios de planificación familiar.

La planificación familiar

Tener demasiados hijos pone en peligro la salud de las madres y agrava los problemas de la pobreza. En la mayoría de los países en desarrollo se reconoce la importancia de reducir el crecimiento de la población; hacer bajar la tasa de fecundidad no constituye un fin en sí mismo, sino que ello permite aumentar la eficacia de otras intervenciones para mejorar el bienestar general. La prestación de servicios de planificación familiar es la forma más directa de reducir la fecundidad, aunque también ayu-

dan a ello la disminución de la mortalidad infantil y la creación de mejores oportunidades de educación y trabajo para las mujeres. Una vez más, las políticas adecuadas se refuerzan mutuamente: las mujeres que cuentan con un mejor nivel de educación recurren a los anticonceptivos modernos (cuando los tienen a su alcance) en mayor medida que las mujeres sin instrucción.

En muchos países los servicios de planificación familiar prácticamente no existen, a pesar de que hay una evidente demanda. En Ghana, por ejemplo, 20% de las mujeres de las zonas rurales y 28% de las que viven en ciudades dicen que no desean más hijos, a pesar de lo cual los servicios de planificación familiar modernos son accesibles a menos de 7% de la población femenina; en consecuencia, la tasa de fecundidad de Ghana es de 6.4. En Indonesia, donde dicha tasa es de 3.3, alrededor de la mitad de las madres no quiere más hijos y los servicios de planificación familiar asisten a 44% de las mujeres.

Los programas de planificación familiar han hecho bajar las tasas de natalidad. En Corea, Costa Rica y Singapur, por ejemplo, se redujeron entre 35 y 48 por ciento de 1965 a 1985. Ahora bien, no deben pasarse por alto otros factores que hacen bajar esas tasas. Los países en rápido desarrollo pueden lograr algunas disminuciones pequeñas, incluso con programas de planificación familiar deficientes, pero en los más pobres (como la India e Indonesia) es necesario establecer programas muy activos para desacelerar el crecimiento de la población.

El acceso de los pobres a los servicios sociales

Facilitar a los pobres el acceso a los servicios sociales exige un compromiso claro al respecto, que debe reflejarse en la infraestructura y la organización de los sectores sociales y en la forma en que éstos se financian. Mucho puede aprenderse de la experiencia recogida durante décadas de actividades en países con niveles diferentes de desarrollo y diversas necesidades.

Infraestructura y organización

El mayor obstáculo que impide el acceso de los pobres a los servicios de salud y educación es la falta de la infraestructura física necesaria, sobre todo en las zonas rurales. El sesgo urbano en la prestación de los servicios afecta tanto a la cantidad como a la calidad. La mera falta de instalaciones requiere la ampliación continua de los servicios apropiados, en especial clínicas y escuelas primarias rurales, lo cual sin duda beneficiará a los pobres. Para mejorar la calidad se necesitan más fondos, un uso más adecuado de los recursos disponibles y una mayor responsabilidad en la administración.

Educación. Los gobiernos de los países de ingresos medianos en general han logrado construir suficientes escuelas y capacitar a los docentes necesarios para hacer posible la educación primaria universal. Sin embargo, en las naciones de ingresos bajos hay mucho por hacer todavía. En Bhután y Malí, por ejemplo, la capacidad neta de las escuelas primarias es de alrededor de 20% solamente, o sea, aproximadamente igual que las tasas netas de matrícula. Puesto que estos países tienen ante sí la perspectiva de un crecimiento económico lento y un rápido aumento de la

población, habrá que hacer un esfuerzo extraordinario a fin de crear la infraestructura necesaria para lograr la educación primaria universal en el futuro previsible. Como los ingresos de la mayoría de las unidades familiares en esos países son sumamente bajos, será necesario que la educación sea suministrada por el Estado.

En algunos países el sector privado puede contribuir a que la escolarización sea accesible a más personas. En 1979 Pakistán revocó la decisión sobre nacionalización que se había tomado en 1970 y volvió a permitir la actividad de las escuelas privadas. El sistema educacional se ha ampliado rápidamente, en especial en los niveles más bajos; en la región de Karachi, por ejemplo, a las instituciones privadas correspondía 25% de la matrícula primaria en 1985. Puesto que las tasas de esas instituciones privadas son relativamente altas, es improbable que las puedan usar los pobres. No obstante, cuando la demanda excede a la oferta y las limitaciones presupuestarias son grandes, contar más con el sector privado permitirá al Gobierno dirigir una mayor parte de sus escasos recursos a la prestación de servicios de educación a los pobres.

En general, el sector público seguirá siendo el principal proveedor de educación primaria también en los países de ingresos medianos, aunque en este caso hay más margen para la participación privada. En 1980-1981 Chile reformó su sistema educativo e inició una política destinada a desarrollar la educación privada, financiada en parte por fondos públicos, con el objetivo de mejorar la calidad y aumentar la matrícula. El Gobierno alentó al sector privado mediante un sistema de pagos por estudiante que obligó a las escuelas públicas a competir por la obtención de alumnos. Se transfirió la responsabilidad de las escuelas públicas primarias y secundarias a las municipalidades, y las escuelas de formación profesional pasaron a depender de organizaciones privadas sin fines de lucro, con la esperanza de que la enseñanza que imparten se adapte mejor a las demandas del mercado laboral. El Ministerio de Educación Pública asigna los recursos destinados a las escuelas públicas tomando como base las tasas de matrícula y de deserción. Los planteles privados que brindan educación gratuita reciben los mismos subsidios. La puesta en práctica de las reformas fue difícil; las transferencias monetarias tuvieron que suspenderse durante la crisis económica de 1982-1983, pero de 1980 a 1987 la matrícula en las escuelas primarias privadas subvencionadas se duplicó, y la proporción del total de subsidios de educación recibidos por el 30% más pobre del alumnado subió de 29% en 1974 a 38% en 1986.

No basta simplemente con la ampliación del sistema educativo. En muchos países también es necesario mejorar los planes de estudios, proporcionar más libros de texto a las escuelas, mejorar la capacitación, a los maestros, aumentar el tiempo para la enseñanza de conocimientos básicos, y mejorar las retribuciones y las condiciones de trabajo. Por otra parte, se debe conceder más autoridad a los administradores de las escuelas para controlar los recursos, y hacerlos más responsables ante la comunidad local.

A veces, con intervenciones más limitadas se puede beneficiar a los grupos desfavorecidos. En Bangladesh, por ejemplo, desde 1982 ha estado en vigencia un proyecto de becas para las alumnas de escuelas secundarias de la región de Sharasti Upazila, financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) de Estados Unidos. Antes de iniciarse este proyecto, 27% de los

estudiantes de secundaria de la zona eran niñas; en 1987 ese porcentaje había subido a 44%. Además, el proyecto ha reducido enormemente el nivel de deserción de las alumnas: de 15 a 4 por ciento en 1987. En Nepal, la UNESCO auspició en los años setenta un proyecto que incluía un componente de capacitación de docentes destinado a aumentar el número de mujeres en esa profesión. Mientras estuvo en vigencia, el número de niñas matriculadas en la escuela subió de 13 a 29 por ciento del grupo de edad correspondiente.

Salud. Aunque el Gobierno es habitualmente el principal proveedor de los servicios de atención de la salud, en muchos países el sector privado también presta cierta asistencia (sobre todo medicina curativa). Los argumentos en favor de que el Estado sea el único proveedor de asistencia curativa carecen de fuerza. Sin duda, es necesario que la intervención estatal sea importante, pero esto no quiere decir que todos los profesionales del sector — médicos, enfermeros, etc.— deban ser empleados del Gobierno. Aunque cada país tiene sus propias necesidades, hay varios principios generales que pueden aplicarse a todos. En primer lugar, el Estado debe asumir la responsabilidad de las intervenciones sanitarias que sean de interés público (por ejemplo, la no contaminación del aire y la seguridad del tráfico) o que generen beneficios para la comunidad además de beneficios individuales (por ejemplo, la inmunización contra enfermedades transmisibles). En segundo lugar, en el campo de la medicina curativa la principal función del Estado como proveedor de servicios debe ser la prestación de atención básica en aquellas regiones que probablemente no interesarán al sector privado. Por último, cuando ya exista un sistema privado de prestación de servicios, el Estado deberá asegurarse de que los pobres tengan acceso a la asistencia básica. Dicho de otro modo, en muchos países se deberían seguir ampliando los servicios básicos, pero poniendo más el acento en ampliar el acceso de los pobres.

Lo sucedido en Chile puede servir de ejemplo. La ampliación de los servicios de atención primaria de la salud, con especial hincapié en los grupos vulnerables, como las madres y los niños pequeños, fue parte de las reformas aplicadas después de 1974-1975. Se utilizaron nuevos mecanismos de financiamiento para fomentar una mayor cobertura. El Gobierno alentó al sector privado para que ofreciera planes de seguros de salud pagados por anticipado que habrían de financiarse mediante deducciones en nómina. Se implantaron las cuotas de los beneficiarios, tomando como base la capacidad de pago. Tal vez el aspecto más importante de las reformas fue la decisión de descentralizar todas las responsabilidades relativas a la prestación de servicios de salud pública y de atención primaria de la salud. En muchos países, los programas de atención primaria de la salud son elaborados y aplicados por administraciones muy centralizadas. La construcción de centros de salud y la formación de los trabajadores del sector pueden estar a cargo de organismos centrales, pero la prestación de los servicios requiere una administración descentralizada. En 1980, en el marco de un proyecto de la AID, en Nicaragua, se hicieron encuestas para determinar las necesidades locales y se hizo participar a comisiones sanitarias de las aldeas en la construcción de pozos, letrinas y puestos de salud.

En Colombia existe un programa de atención de niños en edad preescolar administrado por asociaciones de padres. En Tailandia, habitantes de las aldeas han ayudado a construir pozos y centros de nutrición y salud. En una aldea de Bangladesh, las mujeres se ocupan del mantenimiento de las nuevas letrinas y los

sistemas de eliminación de aguas servidas. En Indonesia, con asistencia del Unicef, organizaciones no gubernamentales de mujeres han editado folletos explicativos sobre la supervivencia de los niños para doce grupos religiosos diferentes. En enero de 1988, esos folletos se habían distribuido entre siete millones de mujeres, a un costo de aproximadamente 10 centavos por mujer.

En Chile se ha transferido la responsabilidad de muchos servicios de salud pública del Gobierno central a las municipalidades. Las reformas son incompletas, pero la cobertura ya se ha ampliado considerablemente. La capacidad de los puestos de salud municipales, por ejemplo, se ha incrementado 45% desde que se iniciaron las reformas, y el número de horas de servicio ha aumentado más de 80% en las zonas rurales. El compromiso a largo plazo de Chile de mejorar sus servicios básicos de salud está produciendo resultados. La mortalidad infantil bajó de 103 por mil en 1965 a 21 por mil en 1985, y la mortalidad derivada de la maternidad se redujo de 131 a 47 muertes de madres por cada 100 000 nacidos vivos en el mismo período.

China también sirve de ejemplo sobre la importancia de la participación local en los servicios de atención básica de la salud. Después de la implantación del sistema de responsabilidad económica, los programas de seguros de salud rurales basados en las aldeas se vinieron abajo. Las comunidades locales reaccionaron con diversos planes para obtener financiamiento suficiente para la atención básica, desde organizaciones de medicina preventiva con seguro pagado por anticipado en algunas de las ciudades más importantes, hasta mecanismos que permiten financiar los puestos de salud de las aldeas con el producto de la venta de medicamentos y los honorarios cobrados por los tratamientos médicos.

El financiamiento de la salud y la educación

La mayor parte de los recursos para los sectores sociales proviene de los fondos públicos. La demanda va en aumento; por una parte, los servicios básicos tienen que ampliarse para poder beneficiar a los pobres y, por la otra, el rápido aumento de la población en algunas regiones y su envejecimiento en otras acrecientan la carga que pesa sobre todos los servicios sociales. Ahora bien, la provisión de fondos se está reduciendo; el lento crecimiento económico, las grandes limitaciones presupuestarias y los requerimientos que compiten por el presupuesto público desde otros sectores configuran una situación en la que las prioridades deben examinarse cuidadosamente.

Si se reorienta la asignación de los fondos destinados a los servicios de nivel superior en favor de la educación primaria y la atención básica de la salud, se logrará una mayor eficacia y equidad. Recomendar esta reorientación no significa negar la importancia de los servicios de nivel superior. Todo país que desee competir en la economía mundial necesita una política educativa amplia en la que tenga cabida la inversión en educación superior, ciencia y tecnología, así como en la capacitación de profesionales. Los hospitales constituyen una parte esencial de un sistema equilibrado de atención de la salud y son además las instituciones educativas y de investigación que capacitan a nuevos profesionales y generan nuevos conocimientos. Ahora bien, estas consideraciones no bastan para justificar que los servicios de nivel superior sirvan para transferir el dinero público a los estudiantes privilegiados y los pacientes del sector urbano que pertenecen a las

clases media y alta. Con una reforma del sistema de financiamiento, que comprenda una mayor utilización de mecanismos financieros alternativos, como los préstamos para estudiantes y los planes de seguros de salud, se pueden liberar recursos para ampliar y mejorar los servicios básicos y facilitar un mayor acceso de los pobres a éstos.

En muchos casos estará plenamente justificado que se destine una mayor proporción del gasto público a servicios sociales (sobre todo a costa de los gastos militares). En algunos casos es probable que sea necesario. Esto se ilustra en el cuadro 1, donde se aprecia el costo estimado de alcanzar el objetivo de la educación primaria universal en el año 2000. Las proyecciones correspondientes al crecimiento económico y de la población indican que muchas regiones podrán lograr esa meta asignando a la escolarización primaria un porcentaje del PIB similar, o incluso inferior, al asignado en 1985. En África al Sur del Sáhara, sin embargo, aunque los niveles de matrícula pueden elevarse en medida significativa, la meta de la matrícula primaria universal exigirá un esfuerzo extraordinario, que deberá incluir un incremento generoso de la ayuda exterior. El aumento del PIB de 3.7% al año, combinado con un crecimiento previsto de 3.4% anual en la población comprendida en el grupo de edad de 6 a 11 años, requerirá que la proporción del PIB destinada a la educación primaria se incremente 85%, es decir, del 1.4% actual a 2.5%. También en algunos países no africanos será necesario asignar más fondos a educación y otros servicios sociales.

Sin embargo, es posible lograr mejoras notables por otros dos procedimientos: 1) la reorientación de los desembolsos actuales hacia usos más eficaces (por ejemplo, haciendo más hincapié en la educación primaria que en la superior, y en los puestos de salud de las aldeas que en los hospitales de las ciudades), y 2) mayores esfuerzos por recuperar los costos de ciertos servicios.

¿Qué posibilidades hay de cobrar los servicios? Según datos recientes, la demanda de asistencia médica es sensible al costo, y más en el caso de los pobres que de los ricos. Esto quiere decir que si se cobran honorarios (o se aumentan) los pobres serán los primeros en desertar, y que los servicios de salud para las zonas pobres tendrán que ser subvencionados en gran parte. Pero esto no significa necesariamente que los servicios sean por completo gratuitos; a veces podrían fijarse tarifas nominales en las zonas pobres. El cobro de honorarios más altos en las regiones de mayor poder adquisitivo o en las partes más ricas de las ciudades es bastante sensato y puede constituir una fuente de ingresos nada despreciable, además, debería considerarse la posibilidad de cobrar honorarios en el caso de servicios (en especial los hospitala-

rios) que rinden mayormente beneficios individuales; ello permitiría disponer de más recursos para adoptar medidas relacionadas con la salud pública y la asistencia médica preventiva.

Hay también numerosos datos que indican que la gente está dispuesta a pagar por la educación superior. Con la aplicación de derechos más elevados en los niveles secundario y superior se acumularían recursos para mejorar la calidad de la educación en general y, de ser necesario para ampliar el alcance de la educación primaria. El efecto que los derechos de matrícula podrían tener en la demanda de educación primaria es menos claro. Si hay pocas escuelas públicas, las privadas pueden cobrar derechos altos dedicándose a atender las necesidades de los ricos. Pero si el objetivo es aumentar las tasas de matrícula de los pobres, este procedimiento resulta contraproducente.

Los dos métodos —reorientar los recursos, de los niveles superiores de atención médica a los servicios básicos de salud, y fijar derechos de matrícula para aquellos que pueden pagarlos— sirven para transferir recursos de los ricos a los pobres. Si el objetivo fundamental es la reducción de la pobreza, esta política está plenamente justificada.

Creación de demanda

A un cuando existan servicios sociales baratos o gratuitos, puede suceder que los pobres no los utilicen, por dos motivos: que no entiendan los beneficios que se ofrecen o que sean disuadidos por los costos particulares, como las horas de trabajo empleadas en acudir a un centro de salud o la pérdida de ingresos familiares cuando un niño va a la escuela.

La planificación familiar viene bien para explicar por qué los pobres a veces no utilizan los servicios sociales. Se requieren campañas de educación sobre salud para dar a conocer los beneficios de la baja fecundidad y describir las diversas técnicas de control de la natalidad. Pero aun cuando existen servicios de planificación familiar y éstos son bien entendidos, puede suceder que la familia no considere que tener menos hijos redunde en su interés. Por ejemplo, una familia menos numerosa quizás permita dar a cada hijo una mejor educación, pero es posible que los beneficios no se perciban hasta pasados muchos años. Cuando las políticas nacionales han provocado una tasa de crecimiento de la población más rápida de lo conveniente desde el punto de vista social, los gobiernos tienen que alentar la planificación familiar reforzando los incentivos privados. En Singapur, por ejemplo, se aplican incentivos fiscales y planes de vivienda para hacer que resulte más interesante tener una familia menos numerosa. En China se han utilizado bonificaciones, el acceso a la educación y privilegios de vivienda en el mismo sentido. En Tailandia se usa una combinación de participación de la comunidad, educación pública extensiva, campañas de esterilización masivas, programas de desarrollo rural y beneficios directos para las familias que tienen menos hijos.

La educación de las niñas es otro buen ejemplo de por qué a veces los servicios sociales no son aprovechados por los pobres. La rentabilidad social e individual de la educación de las mujeres en los niveles primario y secundario es, por lo menos, igual a la rentabilidad de la educación de los hombres. Sin embargo, los padres suelen preferir invertir sólo en la educación de sus hijos varones. Con medidas como el aumento del número de mujeres en la profesión docente o la asignación de una retribución a los

CUADRO 1

Gastos en educación primaria como porcentaje del PIB, 1985 y 2000

| Regiones | 1985 | 2000 | 2000 |
|------------------------------------|------|---------------------------------|-----------------------|
| | | (a tasas de matrícula actuales) | (matrícula universal) |
| África al Sur del Sáhara | 1.41 | 1.35 | 2.53 |
| Asia Oriental | 1.42 | 0.60 | 0.60 |
| Asia Meridional | 0.95 | 0.63 | 1.08 |
| Europa Oriental | 1.17 | 0.71 | 0.71 |
| Oriente Medio y Norte de África | 2.05 | 1.47 | 1.76 |
| América Latina y el Caribe | 1.06 | 0.83 | 0.92 |

CUADRO 2

Proyecciones de los indicadores sociales hasta el año 2000

| Regiones | Tasas netas de matrícula (porcentajes) | | | Mortalidad de niños menores de cinco años (por mil) | | | Tasa de fecundidad total ⁵ | |
|---------------------------------|---|--|--|---|--|--|---|------|
| | 1985 | Tendencia a largo plazo ¹ | Tendencia a corto plazo ² | 1985 | Tendencia a largo plazo ³ | Tendencia a corto plazo ⁴ | 1985 | 2000 |
| | | | | | | | | |
| África al Sur del Sáhara | 56 | 86 | 46 | 185 | 136 | 153 | 6.1 | 5.4 |
| Asia Oriental | 96 | 100 | 100 | 54 | 31 | 33 | 2.7 | 2.2 |
| Asia Meridional | 74 | 88 | 100 | 150 | 98 | 83 | 4.7 | 3.4 |
| Medio Oriente y Norte de África | 75 | 94 | 95 | 119 | 71 | 65 | 5.1 | 3.9 |
| América Latina y el Caribe | 92 | 100 | 100 | 75 | 55 | 32 | 3.6 | 2.5 |

Nota: Todos los datos son ponderados, excepto los correspondientes a la tendencia a corto plazo de la mortalidad de niños menores de cinco años. Todos los datos sobre mortalidad son proyecciones hasta 2000-2005.

1. Basada en la tendencia del período 1965-1985.

2. Basada en la tendencia del período 1980-1985.

3. Basada en la tendencia usada por las Naciones Unidas.

4. Basada en los períodos 1975-1980 y 1980-1985, excepto en el caso de Asia Meridional, para el cual se han usado los períodos de 1970-1975, 1975-1980.

5. La tasa de fecundidad total es el promedio de niños que nacerían vivos de una mujer durante su vida si tuviera hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad vigentes específicas para la edad. Se toman como base los períodos de 1985-1990 y 2000-2005.

Fuente: Datos de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, excepto para la tendencia a corto plazo de la mortalidad de niños menores de cinco años, que se tomaron de Kenneth Hill y Ann R. Pebley, "Levels Trends and Patterns of Childs Mortality in the Developing World", documento preparado para el Workshop on Child Survival Programs Issues for 1990's, Escuela de Higiene y Salud Pública, Johns Hopkins University, Baltimore, 20 y 21 de noviembre de 1988 (multicopiado), y para la fecundidad, que se sacaron de Rodolfo Bulatao et al., "African Region Population Projection, 1989-90 edition", en Servicio de Políticas, Planificación e Investigación, documento de trabajo 330, Departamento de Población y Recursos Humanos, Banco Mundial, Washington, 1989 (multicopiado).

padres por enviar a sus hijas a la escuela (como en Bangladesh) se puede ayudar a reducir las desigualdades actuales. Sin embargo, se necesitarán políticas a más largo plazo para aumentar la participación de las mujeres en el mercado laboral si se quiere eliminar el sesgo en contra de la educación de las niñas que existe en algunas partes del mundo.

Enseñanzas para la próxima década

En las tres últimas décadas ha habido enormes mejoras en los niveles de salud, nutrición y educación en el mundo en desarrollo. En muchos casos el progreso ha sido considerablemente más rápido que el registrado en los países industriales cuando estaban en una etapa similar de desarrollo. Pero ese avance ha sido desigual. Los pobres de los países en desarrollo siguen siendo víctimas de analfabetismo, enfermedades, malnutrición y muerte prematura.

De mantenerse las tendencias prevaletientes desde los años sesenta, al finalizar el siglo la matrícula primaria universal será una realidad en Asia Oriental y América Latina. Los países de Medio Oriente y Norte de África se acercarán a ese objetivo, y en Asia Meridional y África al Sur del Sáhara las tasas de matrícula aumentarán del actual 74 y 56 por ciento a 88 y 86 por ciento, respectivamente. Por desgracia, en la década de los ochenta esta tendencia a largo plazo se estancó (de hecho retrocedió) en África al Sur del Sáhara. Si prevalecieran las tendencias recientes, la tasa de matrícula en esta región sería un ínfimo 46% para el año 2000. El ritmo de progreso se ha acelerado recientemente en Asia meridional y para el año 2000 podría alcanzarse allí el objetivo de la matrícula universal (véase el cuadro 2).

Un cuadro similar se presenta en el caso de la mortalidad en la niñez. De mantenerse las tendencias a largo plazo, todas las

regiones mejorarán en este aspecto, pero en África al Sur del Sáhara la mortalidad de los niños menores de cinco años seguirá siendo elevada si no se invierte la desaceleración de la década de los ochenta. Lo ocurrido en ese decenio indica que puede esperarse un progreso acelerado en Asia Meridional, el Medio Oriente y el Norte de África, y América Latina. Es probable que para el año 2000 la tasa de fecundidad total se reduzca en todas las regiones, pero seguirá siendo de un elevadísimo 5.4% en África al Sur del Sáhara.

Por consiguiente, se trata de un panorama heterogéneo. Si bien existe la perspectiva de un progreso sostenido a largo plazo, los hechos más recientes demuestran que en algunos casos la tendencia al avance se ha acelerado y en otros se ha desacelerado o ha cambiado de signo. Aun cuando prevalezcan las tendencias a largo plazo, en 36 países de África al Sur del Sáhara, Asia Meridional y América Latina las tasas de mortalidad en la niñez serán por lo menos diez veces más altas que en los países industriales, lo cual quiere decir que en el año 2000 casi diez millones de niños menores de cinco años morirán en el mundo en desarrollo prácticamente por las mismas causas por las que morían en 1900.

Para impedir que esta vergonzosa perspectiva se haga realidad, los gobiernos, con la colaboración de la comunidad internacional, deben contraer el compromiso a largo plazo de mejorar la infraestructura social destinada a satisfacer las necesidades de los pobres. Los elementos fundamentales de ese compromiso están claros. En primer lugar, proporcionar los servicios básicos que más necesitan los pobres. En segundo, hacer que los servicios existentes sean más eficaces. Si se toman estos principios como guía, la equidad y la eficiencia pueden ir unidas. Mejorar la calidad de vida de los pobres será entonces un objetivo alcanzable, y el progreso logrado hasta ahora se convertirá en una señal de lo que puede hacerse en el futuro. □