

DIRECCION DE PROYECTOS Y PROGRAMACION DE INVERSIONES

**Distr.
LIMITADA**

**LC/IP/L. 145
3 de marzo de 1998**

ORIGINAL: ESPAÑOL

**MAS ALLA DE LA TASA DE RENDIMIENTO:UN NUEVO ENFOQUE
EN LA EVALUACION DE PROYECTOS**

Shantayanan Devarajan, Lyn Squire, Sethaput Suthiwart-Narueput*

**¿NUEVAS FRONTERAS EN LA EVALUACION DE PROYECTOS?
COMENTARIO SOBRE DEVARAJAN, SQUIRE Y
SUTHIWART-NARUEPUT**

Arnold C. Harberger*

ANALISIS ECONOMICO DE PROYECTOS DE SALUD

Jeffrey S. Hammer*

* Los autores de este trabajo son funcionarios y consultores del Banco Mundial. Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de la exclusiva responsabilidad de sus autores y pueden no coincidir con las del ILPES. Los documentos fueron originalmente publicados en la revista "Research Observer" del Banco Mundial. (Volumen 12, número 1, febrero 1997).

INDICE

RESUMEN.....	v
PROLOGO.....	vii
1. Más allá de la tasa de rendimiento: Un nuevo enfoque en la evaluación de proyectos.....	1
1.1. La justificación y el costo de la provisión pública.....	4
1.2. La fungibilidad de la ayuda.....	11
1.3. Conclusión.....	13
1.3.1. Revisiones de los gastos públicos.....	13
1.3.2. Evaluación de proyectos.....	14
1.4. Notas.....	15
1.5. Bibliografía.....	17
2. ¿Nuevas fronteras en la evaluación de proyectos? Comentario sobre Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput.....	21
2.1. Planteo del caso hipotético contrario.....	21
2.2. Cuestiones de participación del sector público.....	22
2.3. Un precio de cuenta para los fondos fiscales.....	24
2.4. Sobre la fungibilidad de los fondos.....	26
2.5. Observaciones.....	28
2.6. Notas.....	29
2.7. Reflexiones sobre la evaluación de proyectos.....	29
3. Análisis económico de proyectos de salud.....	31
3.1. Razones que justifican la participación del sector público en la salud.....	32
3.2. Enfermedades infecciosas.....	34
3.2.1. Cuadro 1.....	36
3.3. Incertidumbre e imperfecciones de la información.....	36
3.4. Seguro médico y disminución de la eficiencia.....	37
3.5. Mecanismos para mitigar la pobreza.....	38
3.6. Ineficiencias y análisis del mercado.....	39
3.7. Ineficiencias del gobierno.....	41
3.8. Establecimiento de las contraposiciones.....	41
3.8.1. El sector privado en la salud.....	42
3.8.2. Valorización del producto.....	43
3.8.3. Cuadro 2.....	44
3.8.4. Cuadro 3.....	46

3.8.5. Cuadro 4	48
3.8.6. Determinación del comportamiento del sector privado.....	48
3.8.7. Cuadro 5	49
3.8.8. Cuadro 6	54
3.9. Efectos fiscales, honorarios y proyectos	56
3.10. Fungibilidad y otras cuestiones relacionadas con el comportamiento del servidor público	59
3.11. Razones “de la ineficiencia del gobierno”	60
3.12. Incentivos	61
3.13. Conclusiones	64
3.14. Bibliografía.....	68

RESUMEN

Dada la importancia de la inversión, tanto pública como privada, para alcanzar niveles superiores de desarrollo, la evaluación de proyectos ha retomado un gran interés en razón de la urgencia por mejorar la calidad, alcanzar mayores niveles de cobertura y obtener un impacto más eficaz en la solución de necesidades básicas. Dentro de estas preocupaciones, la traducción de los tres artículos que se adjuntan fueron originalmente publicados por el Banco Mundial y constituyen un debate innovador sobre temas cruciales que conciernen a los proyectos de salud. Los tópicos de discusión se relacionan con la necesidad de incorporar y abordar dentro de la evaluación del proyecto otros aspectos tales como la participación ciudadana, las repercusiones fiscales del proyecto sobre los fondos públicos, la comparación de la situación “sin” y “con” proyecto, las consecuencias económicas de los préstamos externos y los asuntos de coordinación institucional. Las reflexiones de los autores invitan a visualizar de una manera más integral las repercusiones de los proyectos a fin de alcanzar en la asignación del gasto público mayor eficiencia y equidad.

PROLOGO

Con el propósito de facilitar la discusión sobre los temas relacionados con la preparación y evaluación de proyectos de inversión pública, se presenta a consideración de quienes se desenvuelven tanto en la teoría como en la práctica tres artículos de singular valor. Se trata de reanimar el debate con nuevos enfoques y a la luz del papel creciente del sector privado en la ejecución de obras y servicios mediante las políticas de privatizaciones y licitaciones.

Sobre la tasa de rendimiento de los proyectos se analizan las ventajas o desventajas de los proyectos cuando son ejecutados por el sector público o privado y la conveniencia de acudir al financiamiento externo cuando los recursos son fungibles. Las referencias al sector salud y las comparaciones entre las situaciones “con proyecto” y “sin proyecto” muestran la importancia de una adecuada complementariedad entre mercado e intervención y la trascendencia de los proyectos públicos para satisfacer necesidades básicas y así, garantizar tanto la eficiencia como la equidad en el uso de los recursos fiscales.

De la discusión de los tres artículos se desprende como corolario la trascendencia de una correcta preparación de los proyectos a fin de corregir las imperfecciones del mercado, identificar correctamente a los beneficiarios, detallar sus carencias, especificar su localización, mejorar la focalización de los programas sociales y perfeccionar la estratificación de los grupos más pobres y vulnerables para asignar correctamente los subsidios. Esperamos que la lectura de los artículos contribuya al progreso de la teoría y la práctica de la preparación y evaluación de proyectos.

Edgar Ortegón
Director
Dirección de Proyectos y
Programación de Inversiones

1. MAS ALLA DE LA TASA DE RENDIMIENTO: UN NUEVO ENFOQUE EN LA EVALUACION DE PROYECTOS

Shantayanan Devarajan

Lyn Squire

Sethaput Suthiwart-Narueput

En la práctica los enfoques tradicionales de evaluación de proyectos nos permiten dilucidar dos cuestiones fundamentales: si un proyecto corresponde al sector público o privado y qué efecto tiene en el desarrollo del país la asistencia externa vinculada al proyecto. El primer tema es de interés general para los formuladores de política nacionales y los donantes internacionales. Si el gobierno provee un bien o servicio que de otra manera habría suministrado el sector privado, la contribución neta del proyecto público podría ser baja. El segundo tema es de especial interés para los donantes.

Si los recursos financieros son fungibles, el proyecto en evaluación bien podría haberse emprendido sin financiación externa. En este caso, los fondos de los donantes en realidad financian algún otro proyecto no evaluado. Ambos casos son motivo de un cambio de enfoque en la evaluación de proyectos, que se apartaría de una preocupación por calcular con exactitud la tasa de rendimiento y se concentraría en hacer revisiones de los gastos públicos y análisis sectoriales más amplios. En este contexto, cabe mencionar tres áreas críticas para una correcta evaluación de proyectos: una consideración de las razones que justifican la intervención pública, el impacto fiscal del proyecto y la fungibilidad de la asistencia externa.

Hace un cuarto de siglo, varios grupos de economistas (Little y Mirrless, 1969, 1974; Dasgupta, Marglin y Sen, 1972; Harberger, 1972; Squire y Van der Tak, 1975) elaboraron métodos para evaluar proyectos de inversión financiados con ingresos públicos. Aplicando los principios utilizados en el sector privado para tomar decisiones de inversión, estos economistas favorecían el uso del "análisis costo-beneficio social", prueba que pondera los costos y beneficios de un proyecto público en términos de su contribución al bienestar (social) nacional. Si los beneficios sociales del proyecto superaban sus costos sociales, se recomendaba que el gobierno emprendiera el proyecto. Aunque los distintos modelos revelan importantes diferencias en su forma de evaluar los costos y beneficios, tienen al menos tres elementos en común. Primero, se destaca que los insumos y

productos de un proyecto no necesariamente deben valorarse a precios corrientes de mercado, porque el precio de mercado puede no reflejar el costo de oportunidad social del recurso; es decir su costo en beneficios no percibidos por la sociedad. Supóngase, por ejemplo, que un proyecto contrata a un trabajador desempleado. Aunque su salario es un costo para el proyecto, no representa el costo social, que sería el precio de oferta de la mano de obra (es decir, el precio por el cual una persona estaría dispuesta a trabajar). Cuando hay desempleo habitualmente corresponde a un precio (o salario) inferior al salario predominante o real. Así, en lugar de usar salarios de mercado como el costo de mano de obra, por ejemplo, se pide al evaluador que use una serie de "precios de cuenta" que reflejen el costo de oportunidad social de los insumos y productos del proyecto.

En segundo lugar, los formuladores de política deben evaluar cada componente de un proyecto en relación al caso hipotético contrario; vale decir, ¿qué habría ocurrido sin el proyecto?. El ejemplar anterior también ilustra este principio: como el trabajador en este caso estaba desempleado, no se dejó de percibir un producto nacional cuando se incorporó al proyecto. Por último, la metodología dispone que, dado que los beneficios y costos del proyecto ocurren en diferentes momentos, deben combinarse en alguna estadística recapitulativa, como el valor neto actualizado o la tasa interna de rendimiento del proyecto.

Hoy, una apreciación benévola tendría que admitir que la aplicación práctica de estos principios ha sido limitada. Los gobiernos y organismos internacionales (algunos de los cuales elaboraron el análisis costo-beneficio social) usan las técnicas sólo en forma esporádica. En un documento retrospectivo, Little y Mirrlees (1991, p. 376) concluyeron que el grado en que se usa el análisis costo-beneficio social y su influencia real no son significativos, ni siquiera en el Banco Mundial.

Aunque hay muchas razones que explican esta declinación en el uso del análisis costo-beneficio social, Little y Mirrlees (1991) sugieren cuatro: el crecimiento de los préstamos no destinados a proyectos; los incentivos internos de las instituciones crediticias; nuevas preocupaciones como la pobreza, la mujer, el medio ambiente y la "sustentabilidad", y la complejidad de la metodología. Además, con frecuencia el enfoque tradicional no logra responder a las cuestiones fundamentales

de interés para los formuladores de política y los donantes de hoy. Entre estas cuestiones, dos de las más importantes son si un proyecto corresponde al sector público o privado y cuáles son las repercusiones que ha tenido en el desarrollo la asistencia externa (si procede) vinculada con el proyecto.

La primera cuestión es de interés general tanto para los formuladores de política nacionales como para los donantes internacionales. El mundo ha cambiado radicalmente en los últimos 25 años; en estos momentos los gobiernos y organismos donantes están reexaminando el papel del Estado. En lugar de preguntarse si el proyecto genera un beneficio social neto positivo, se preguntan si hay razones para justificar la provisión pública de ese bien o servicio. No está claro si los enfoques corrientes de análisis de proyectos son adecuados para contestar esa pregunta o no. Por ejemplo, un caso que se repite en el libro de Little y Mirrlees (1974) es un proyecto industrial en India, cuya justificación para la intervención pública hoy resultaría dudosa. En cambio, los proyectos con fuertes razones que justifican la intervención pública, como la lucha antivectorial y la inmunización (descritos en el artículo acompañante de Hammer que aparece en este volumen), probablemente sean los que tengan grandes externalidades positivas (es decir, su valor para la comunidad es mayor que su precio). La mejora del bienestar resultante, aunque aparece, es difícil de cuantificar en cálculos de valor actualizado neto o tasa interna de rendimiento.

El segundo tema es de interés especial para los donantes. Si los recursos financieros son fungibles, no queda claro qué indica la tasa de rendimiento de un proyecto respecto del efecto del préstamo en el desarrollo. El proyecto en evaluación bien podría haberse emprendido sin financiamiento externo. En este caso, los fondos del donante en realidad financian algún otro proyecto que de otra manera no se habría concretado.

Cabe preguntarse para qué sirve el análisis de proyectos en un mundo en que la frontera entre lo público y lo privado es tan importante. El presente artículo muestra que los principios que fundamentan el análisis costo-beneficio social pueden incorporar esta dimensión, aunque es preciso modificar la técnica. Dado que los proyectos que los formuladores de política y los donantes tienen ante sí son de carácter público, una hipótesis apropiada es que habría aportado el sector privado en

ausencia del proyecto. Lo que se requiere es un análisis sectorial para determinar las fallas del mercado (es decir, casos en que el mercado proporciona bienes y servicios por encima o por debajo de los niveles socialmente convenientes) que justifican la intervención pública. La reorientación de las evaluaciones de proyectos en esta dirección también lleva a que los formuladores de política se concentren en el impacto fiscal del proyecto. El artículo aborda los problemas que se plantean con los cálculos habituales de valor actualizado neto y tasa de rendimiento cuando los recursos financieros son fungibles y sostiene que los formuladores de política no deberían recurrir a dichas técnicas. Un análisis más apropiado consiste en una revisión de los programas de gasto público, tanto para mejorar la calidad de los proyectos como para velar por que el impacto de la ayuda externa para el desarrollo sea favorable.

1.1. La justificación y el costo de la provisión pública

El análisis costo-beneficio tradicional, tal como lo presentan Little y Mirrlees y muchos otros, respondía a la siguiente pregunta: ¿Aportará el proyecto en cuestión un beneficio neto a la economía?. Se trata de una pregunta importante. Nadie quiere invertir en proyectos que obstaculicen el desarrollo integral. Pero la respuesta a esta pregunta no aclara para nada si el proyecto debería estar en el sector público o el privado.

Hace 25 años esa preocupación quizá no era tan apremiante. Entonces los gobiernos aumentaban rápidamente la inversión pública, y gran parte de esa inversión se destinaba a los sectores industriales. De hecho, la primera versión del libro de Little y Mirrlees, publicada en 1969 se titulaba *Manual of Industrial Project Analysis (Manual de Análisis de Proyectos Industriales)*. Pero ahora, en todas partes del mundo, los países vuelven a trazar la línea divisoria entre los sectores públicos y privados y prestan más atención al hecho de que un proyecto corresponda o no al sector público.

Los *principios* que figuran en los manuales de evaluación de proyectos pueden aplicarse a las distintas circunstancias y ayudar a formular una nueva serie de preguntas sobre el papel que le compete al gobierno. En particular, todos los enfoques del análisis costo-beneficio exigen que el

evaluador del proyecto especifique el *caso hipotético contrario*. Este principio es perfectamente general; se aplica incluso cuando la alternativa a la provisión pública es un proyecto privado.

A modo de ilustración, supóngase que el gobierno contempla una inversión que produce bienes privados, por ejemplo, una fábrica de calzado. Un posible juicio respecto del caso hipotético contrario es que, en ausencia del proyecto del sector público, nada habría ocurrido. En este caso, el analista debería concentrarse en una comparación de los costos en que incurrió el proyecto y los beneficios que rendirá, según se prevé. Suponiendo que la evaluación indica un valor actualizado neto positivo (es decir, que los beneficios superan a los costos), debería tomarse la decisión de llevar adelante el proyecto. Pero el caso hipotético apropiado podría ser que el sector privado habría producido los zapatos de todos modos (suponiendo que la empresa es lucrativa). En este caso, la magnitud relevante es la contribución *neto* de la fábrica de calzado del gobierno. El valor actualizado neto del proyecto del sector público por encima del proyecto del sector privado (evaluado a precios de cuenta) bien podría ser cero.

Especificar el caso hipotético contrario no siempre es sencillo. El caso hipotético pertinente para la provisión pública incluye el resultado del mercado privado, considerando los impuestos, las subvenciones y los reglamentos. No obstante, es posible invocar algunos principios. Primero, si el proyecto produce un bien privado que es lucrativo a precios de mercado, hay buenas razones para pensar que el sector privado lo llevará a cabo. En este caso no hay ventajas para la provisión pública, lo que se puede establecer probablemente sin una evaluación profunda. Segundo, al otro extremo se encuentra el caso de bienes puramente públicos, donde no hay perspectiva de provisión privada y por ende no hay necesidad de preocuparse de un caso hipotético con el sector privado. Pero los bienes puramente públicos, como la defensa, por ejemplo, son relativamente excepcionales.

La tercera posibilidad es la necesidad de redistribuir entre los pobres o corregir las fallas del mercado, como las externalidades y los bienes públicos. En tales áreas los mercados privados no producirán un resultado socialmente conveniente, y podría justificarse la intervención del gobierno

(aunque el caso hipotético del sector privado no será necesariamente cero). Dado que es probable que muchos proyectos correspondan a esta categoría, se la examinará con mayor detalle.

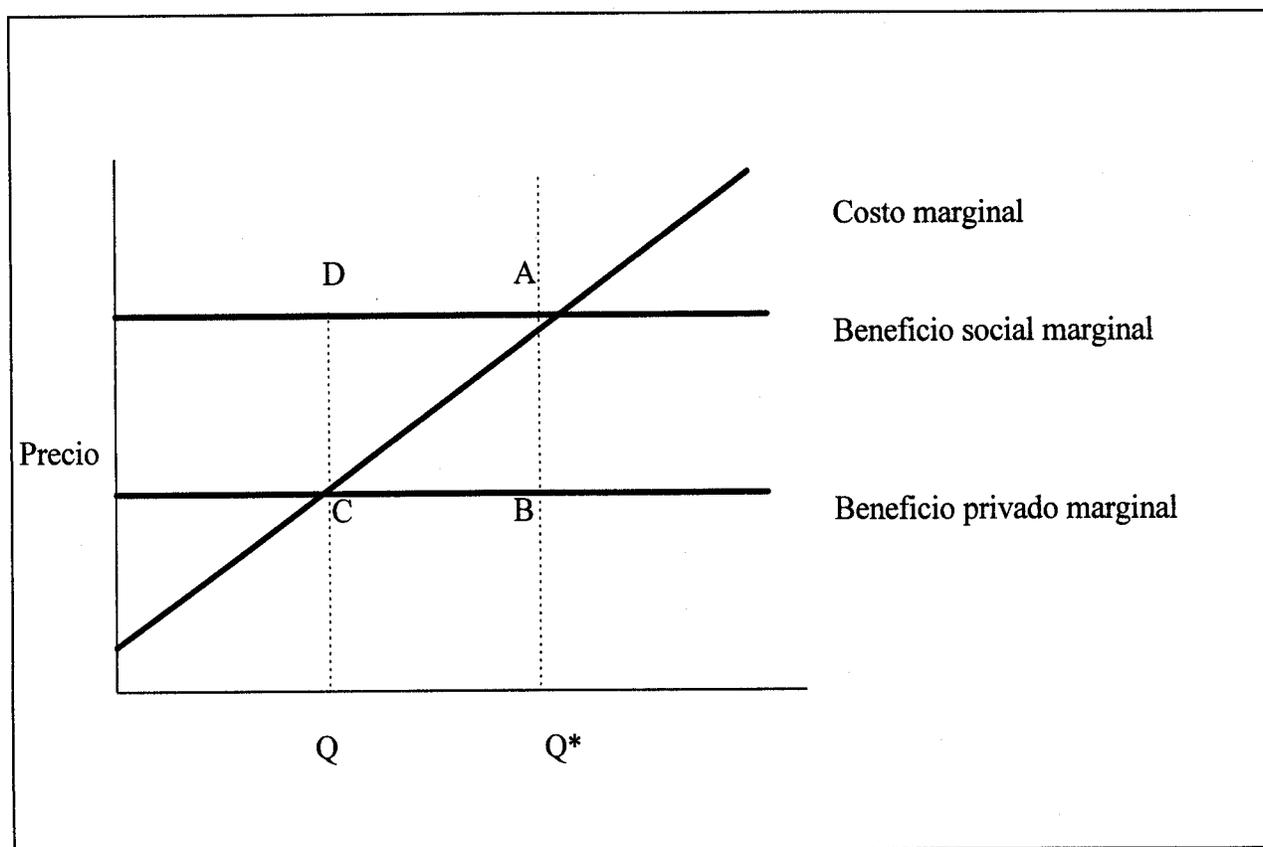
Considérese el caso de un producto con una externalidad positiva, un beneficio de producir un bien o servicio que no está plenamente contenido en el precio del producto. El sector privado proveerá cierta parte del bien, pero dado que los productores no reciben pago por su valor social total, producirán menos que la cantidad socialmente óptima. En el gráfico 1, la externalidad positiva se muestra como el beneficio social marginal, que describe cuánto está dispuesta a pagar la sociedad por cada unidad del bien. Dicha cantidad es mayor que el beneficio privado marginal, o la demanda privada, que es el precio que los individuos están dispuestos a pagar. Las curvas del beneficio privado y social marginal se trazan de manera perfectamente elástica, para mayor facilidad de exposición. Un ejemplo sería la educación secundaria que, según la opinión de muchos, tendría externalidades positivas importantes, aunque en muchos países existen escuelas secundarias privadas junto con las públicas. En el gráfico 1, el sector privado proveería hasta Q del bien por su propia cuenta. Sin embargo, la cantidad socialmente óptima es Q^* . (En el ejemplo de la fábrica de calzado, las curvas del beneficio social marginal y del beneficio privado marginal coinciden, de manera que $Q = Q^*$).

Al evaluar proyectos como estos, el analista debe establecer tres puntos. Primero, la provisión pública debería producir una oferta del bien mayor que la que se habría registrado con la provisión del sector privado únicamente (es decir, la oferta global debería ser superior a Q). También es posible que la provisión privada no llegue hasta Q , por ejemplo, debido a imperfecciones del mercado de capital. Pero si así fuere, la intervención directa en los mercados de capital sería mejor que abordar el problema indirectamente, mediante la provisión pública. Es importante determinar con precisión por qué no llega la provisión privada. El nivel corriente producido por el sector privado también podría representar la cantidad de producto que puede producirse y venderse lucrativamente, dados los costos impuestos por las distorsiones inducidas por el gobierno. En ese caso, la comparación apropiada debería hacerse entre los beneficios netos del proyecto y los costos de eliminar dichas distorsiones. Si el Estado toma el lugar de la inversión privada, simplemente estaría desplazando a los proveedores privados. La cantidad producida por el sector privado en

ausencia del proyecto (el caso hipotético contrario) equivaldría a la cantidad producida por el proyecto (suponiendo que los costos son los mismos) y por lo tanto el valor actualizado neto del proyecto del sector público sería cero.

Segundo, el proyecto no debería producir una oferta total del bien superior a Q^* (el punto donde los costos marginales superan a los beneficios sociales marginales). Así, el alcance pertinente para la provisión pública en este sector está entre Q y Q^* .

Gráfico 1. La provisión pública y el caso hipotético contrario con el sector privado.



Nota: El costo (beneficio) marginal es el costo (beneficio) de una unidad adicional de producto.

Fuente: Cálculos del autor.

Tercero, aunque la presencia de efectos secundarios o fallas del mercado puede justificar la *intervención* pública, no debiera presumirse que se requiere la *provisión* pública. El caso

hipotético pertinente para la provisión pública bien podría ser el resultado del mercado privado, considerando los impuestos, subvenciones y reglamentos correspondientes. En el gráfico 1, por ejemplo, una alternativa a la provisión pública hasta la cantidad óptima Q^* sería una subvención igual a la altura AB , del tamaño de la externalidad positiva en Q^* .

El gráfico 1 se traza como si se supiera el tamaño exacto de la externalidad, a fin de poder determinar la cantidad óptima que debiera proveer el sector público, o sea Q^* . En realidad, el verdadero valor de la externalidad pocas veces se conoce. De hecho, es el caso de la mayoría de las justificaciones de la intervención pública, ya sea por razones de redistribución o falla del mercado.

Hasta que se disponga de mejores estimaciones de las externalidades, no hay una verdadera solución para este problema. De manera que no se puede eliminar el riesgo de una oferta excesiva o insuficiente.

Sin embargo, los *costos* de la intervención del sector público pueden medirse mucho más fácilmente. Se puede lograr una aproximación calculando la carga adicional que impone el proyecto en el presupuesto cuando se cobra a los consumidores el monto total que están dispuestos a pagar. En el gráfico 1, el área por debajo del costo marginal entre Q y Q^* es el costo adicional total, pero los consumidores pagan $BCQQ^*$ al gobierno; así, el costo adicional del proyecto está dado por el área ABC . Por cierto, esta área sólo puede identificarse porque se sabe el tamaño de la externalidad. Supóngase lo contrario; es decir, que no es posible ubicar en el gráfico 1 la curva del beneficio social marginal. Si aun así el gobierno decide proveer Q^* , luego el área ABC puede interpretarse como el costo adicional en que se incurre a fin de realizar el beneficio (desconocido) implícito en la existencia de la externalidad. Dichos cálculos de costo pueden representar una útil “prueba de viabilidad” para las intervenciones propuestas. Cualquiera sea el tamaño verdadero de los beneficios externos, el gobierno debe determinar que, como mínimo, el beneficio externo supera este costo, para que valga la pena realizar la intervención.² A modo de ilustración, la Caja Nacional de Crédito Agrícola (*Caisse Nationale du Crédit Agricole* - CNCA), banco de desarrollo que atiende zonas rurales en Marruecos, recibió subvenciones que razonablemente podrían justificarse

sobre la base de que el banco operaba en un mercado de crédito rural con servicios insuficientes y llegaba a la población de pocos recursos. Aunque estos beneficios son difíciles de cuantificar, la determinación del costo de la subvención es una manera de preguntar si ésta constituye un buen uso de los escasos recursos públicos y de pensar en usos alternativos. En este caso, la subvención anual de la Caja ascendía a un 20% del presupuesto ordinario para la educación primaria y 160% del presupuesto ordinario para la atención básica de la salud, y ello en un país cuyos indicadores sociales dejan bastante que desear: la matrícula primaria ronda el 70% y la mortalidad de menores de cinco años es de alrededor de 80 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.

Cabe destacar que si bien Q es un caso hipotético no observado, habitualmente se la calcula implícitamente durante la evaluación de proyectos. La mayoría de tales evaluaciones incluyen cálculos del valor actualizado neto financiero (usando precios de mercado) y del valor actualizado neto económico (usando precios de cuenta). Un valor actualizado neto financiero positivo es un buen indicio de que el sector privado podría realizar el proyecto (porque genera utilidades).³ De manera que dicho valor positivo es un argumento *contra* la inversión del sector público en el proyecto. (Lo que no quiere decir que éste deba realizarse necesariamente desde un punto de vista social, sino que simplemente no debe estar a cargo del sector público. Un proyecto privado que generara externalidades negativas -contaminación, por ejemplo- podría ser lucrativo para el sector privado pero socialmente inconveniente). Cabe señalar que esta conclusión es exactamente opuesta a la práctica actual, según la cual se usa un valor actualizado neto financiero positivo y alto para *justificar* un proyecto del sector público.

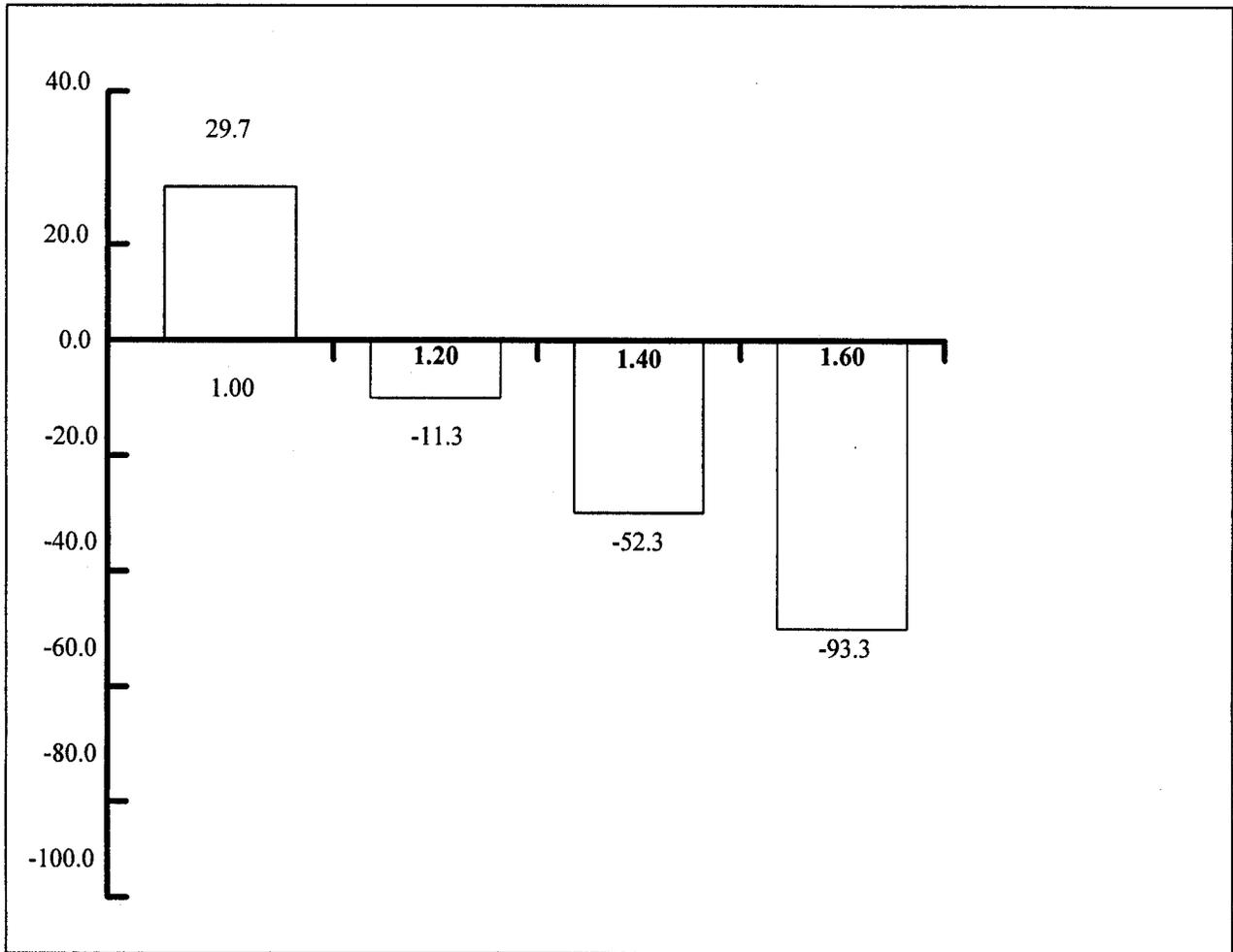
Si se calcula lo que los consumidores están dispuestos a pagar, se obtiene una indicación de cuánto habría proporcionado el sector privado, dado que una empresa privada debiera estar dispuesta a proveer bienes siempre que resulte lucrativo. Un caso ilustrativo es la evaluación del proyecto geotermal Leyte-Luzon en Filipinas, por un monto de 1.300 millones de dólares. Los consumidores estaban dispuestos a pagar 6.8 centavos por kilowatt-hora (kWh) de electricidad, sobre la base de las tarifas a granel vigentes en Luzon, comparadas con un costo marginal a largo plazo estimado en

5.2 a 5.8 centavos/kWh para hacer funcionar el proyecto. Como los consumidores estaban dispuestos a pagar más que el costo de producir la electricidad, habría sido lucrativo para un empresa privada realizar la inversión. En este caso la provisión pública desplazó al menos esta proporción de la provisión privada.

El mismo argumento vale para los proyectos que tienden a redistribuir los ingresos. En estos proyectos el gobierno cobra menos de lo que los consumidores están dispuestos a pagar y carga con un costo fiscal. Aunque la incidencia de estas transferencias redistributivas pueda ser más fácil de cuantificar que las externalidades, de todas maneras el gobierno necesita determinar si el valor de la redistribución supera su costo fiscal.

En la medida en que el sector público favorece la composición de aquellos proyectos que justifican claramente su participación -sobre la base de las fallas del mercado o la redistribución-, estos proyectos normalmente implican una subvención. En otras palabras, imponen una carga en el presupuesto. Otro cambio de circunstancias o, más precisamente, de la apreciación de qué condiciones apoyan el desarrollo, es el reconocimiento de que la estabilidad macroeconómica es un requisito esencial. Dado que una política fiscal prudente es fundamental para la estabilidad macroeconómica, se desprende que los proyectos que requieren financiamiento público deben ser examinados con atención. El equilibrio fiscal exige que el gobierno recupere los costos de estos proyectos mediante algún otro instrumento tributario, que a su vez introducirá costos de distorsión en alguna parte de la economía. Estos costos deben incluirse en la evaluación del proyecto, ya que, si se los omite, y si los costos públicos y los beneficios privados se tratan de igual manera, se estará sobrestimando sistemáticamente el valor actualizado neto de estos proyectos (Squire, 1988). Si bien los formuladores de política no tienen una medida precisa del costo marginal de los fondos para la mayoría de los países, aun así vale la pena mostrar el impacto neto del proyecto en el presupuesto público, medida mínima del verdadero costo. Dada la incertidumbre en torno al costo marginal de los fondos públicos, es útil volver a estimar el valor actualizado neto del proyecto para una gama de valores del costo marginal de los fondos (véase el recuadro 1).

Recuadro 1. *Una nueva mirada al costo marginal de los fondos públicos*



1.2. La fungibilidad de la ayuda

Las evaluaciones de proyectos específicos sólo pueden determinar (en el mejor de los casos) la tasa de rendimiento del proyecto o su posibilidad de aceptación. Este enfoque resulta problemático por dos razones, ambas importantes para los donantes y organismos crediticios multilaterales interesados en el impacto no sólo de los proyectos financiados con ayuda sino también de la ayuda en sí. Primero, como se mencionó anteriormente, los recursos financieros son fungibles al menos en cierta medida (Feyzioglu, Swaroop y Zhu, 1995; Pack y Rothenberg Pack, 1990, 1993), no es probable que los proyectos evaluados por el Banco Mundial, por ejemplo, sean tan marginales que

de otra manera no se habrían llevado a cabo. En los 99 proyectos evaluados en 1993, el Banco Mundial (1994) determinó una tasa media de rendimiento económico de 21%, porcentaje muy alto para indicar proyectos marginales. En segundo lugar, aunque el proyecto no se hubiera realizado sin fondos externos, no hay garantía de que era el **mejor** de todos los proyectos considerados. Empero, esa es la pregunta pertinente.

Un enfoque viable es exigir revisiones a nivel de sector antes de realizar evaluaciones de proyectos específicos y adoptar decisiones relativas a financiación. Por ejemplo, Humplick y Paterson (1994), que estudiaron el sector de infraestructura del Perú, calcularon la tasa de rendimiento económico de expandir cada una de las carreteras principales del país. Los resultados variaron enormemente. El informe recomendaba financiar sólo aquellos proyectos de ampliación de carreteras, y se recortaron 275 millones de dólares del programa de construcción vial del gobierno. Quizá para los proyectos viales financiados por donantes se habían estimado altas tasas de rendimiento, pero si estos proyectos ya estaban incluidos en el programa de inversión futura del gobierno, el impacto de desarrollo de la financiación de los donantes habría permitido que se trasladaran los fondos a uno de los proyectos con una tasa de rendimiento inferior al nivel de rechazo del 12%.

En realidad estas revisiones van más allá de sentar una buena base para subsiguientes evaluaciones de proyectos. También mejoran la calidad general del programa de inversión sectorial. Además, si el resultado es satisfactorio, el proyecto específico financiado y evaluado por organismo donante pierde importancia. El donante podría tener más impacto en el campo del desarrollo asociándose con un proyecto donde sus conocimientos e idoneidad técnica tuvieran mayores probabilidades de ser útiles. Por otra parte, el organismo podría financiar una etapa de un programa de gastos determinado, opción que se está considerando cada vez con mayor frecuencia (Harrold y otros, 1996). (Los préstamos por etapas financian un cierto porcentaje de los gastos públicos durante un cierto número de años en lugar del proyecto entero).

Las revisiones de gastos sectoriales también pueden ayudar a comprender la situación de la hipótesis de ausencia del programa (o sea el caso hipotético contrario), al identificar áreas en que el

sector privado ya provee, o puede proveer, los bienes y servicios en cuestión. Por ejemplo, una revisión de los gastos públicos en Malasia (Banco Mundial, 1992) indicó que 62% de los fondos del Ministerio de Salud se destinaron a atención médica (sobre todo bienes privados) y sólo 23% a salud pública, aunque por cierto esta última tuvo mayor impacto marginal en la salud.⁴ Aunque las revisiones sectoriales no proporcionan información sobre el costo marginal de los fondos públicos, las revisiones de los gastos públicos realizadas regularmente por el Banco Mundial, que cubren todo el presupuesto de un gobierno, en principio sí podrían. Por lo menos, las revisiones de los gastos públicos deberían identificar a aquellos países que obtuvieron los mayores beneficios por aplicar el costo marginal de los fondos en la evaluación de proyectos, o bien sufrieron las mayores pérdidas por no hacerlo.

1.3. Conclusión

En total los gastos típicos de los gobiernos de los países en desarrollo destinados a inversiones públicas ascienden a un 4% del producto interno bruto, o unos 190 000 millones de dólares al año. La ayuda para el desarrollo de ultramar asciende a unos 45 000 millones de dólares anuales. De manera que hasta las mejoras marginales en la evaluación de proyectos de inversión podrían rendir grandes beneficios. Al mismo tiempo, la habilidad analítica para realizar evaluaciones minuciosas es limitada y a menudo no se dispone de la información necesaria.

En cierta medida, las distintas circunstancias justifican la atención relativamente limitada que los gobiernos y donantes han prestado al proceso de evaluación (Banco Mundial, 1995). En este contexto, cabe preguntarse cómo deberían asignarse los escasos recursos analíticos de que se dispone para mejorar la calidad de los proyectos y alcanzar el máximo impacto en el desarrollo.

1.3.1. Revisiones de los gastos públicos

Los gobiernos y donantes deberían revisar periódicamente todo el programa de gastos públicos o

sus componentes sectoriales antes de embarcarse en la evaluación y financiación de proyectos específicos. Los gobiernos saldrían beneficiados porque tal revisión mejoraría la calidad global del programa de inversión pública; los donantes también obtendrían beneficios porque el programa les daría cierta seguridad de que los flujos de asistencia se utilizan bien cuando los recursos financieros son fungibles.

Una vez realizada la revisión de los gastos, los programas de asistencia deberían diseñarse para asegurar que las recomendaciones de la revisión se implementen y que la asistencia financiera esté condicionada a un programa satisfactorio de gastos públicos. La elección del instrumento de préstamos, ya sea proyecto único, préstamo de inversión sectorial o apoyo presupuestario general, deberá tomarse según qué vehículo contribuye de manera más eficaz al logro del objetivo. En los casos en que el programa de inversión está por debajo de un nivel satisfactorio, los donantes deberán concentrar sus esfuerzos en la asistencia técnica y limitar su asistencia financiera a los proyectos que probablemente no sean fungibles.

1.3.2. Evaluación de proyectos

Ya sea en el contexto de un proyecto único o una revisión de los gastos públicos, la evaluación de proyectos desempeña un papel fundamental. Pero el instrumento tradicional que usan los analistas, la tasa de rendimiento, resultará cada vez menos pertinente dado el carácter de los proyectos que gobiernos y donantes estarán emprendiendo. En estas nuevas circunstancias, habitualmente deberán hacerse dos preguntas al evaluar cada proyecto, aun cuando no es posible medir todos los beneficios, característica que tiende a describir a un número creciente de programas de inversión pública.

Primero, ¿cuál es el costo de la provisión pública? Si países y donantes implementan sistemáticamente la anterior recomendación, el impacto neto en el presupuesto será negativo. En los casos en que este costo fiscal surge de una expansión de la oferta más allá de la que provendría del sector privado, dicho costo representa el precio que la sociedad debe pagar para obtener los beneficios que justifican la intervención pública. Si el gobierno no cobra el monto máximo que el

sector privado está dispuesto a pagar, hay un costo fiscal adicional, una *transferencia*. Tanto la expansión como la transferencia constituyen cargas adicionales para el presupuesto. En la medida en que los gobiernos tienen que recurrir a la tributación (distorsionadora), recaudar los ingresos necesarios entrañará costos reales. Estos costos, así como el costo marginal de los fondos públicos, deben incorporarse en la evaluación de proyectos en la medida de lo posible.

El lector se preguntará si nuestras propuestas son factibles. Técnicamente, sí. Por ejemplo, la justificación de la provisión del sector público puede exponerse al mismo tiempo que se realiza la revisión de los gastos públicos o al principio del ciclo de proyecto, y sin reunir toda la información que usualmente se asocia a un análisis costo-beneficio en toda su dimensión. Asimismo, los analistas deberían poder proporcionar estimaciones razonables de los costos fiscales de los proyectos sin conocer todos los beneficios. Por último, ambas tareas pueden realizarse para todos los proyectos.

1.4. Notas

Shantayanan Devarajan es jefe de división, Lyn Squire es director y Sethaput Suthiwart-Narueput es economista en el Departamento de Investigación de Políticas del Banco Mundial. Los autores desean agradecer a Mark Baird, Pedro Belli, Jeffrey Hammer, Anandrup Ray y varias otras referencias anónimas por las útiles observaciones formuladas a propósito de un borrador anterior.

1. En este artículo la tasa de rendimiento se refiere a los cálculos de tasa de rendimiento y de valor.
2. Nótese que ello se aplica para cualquier intervención hasta Q^* . En Q^* , por ejemplo, el costo adicional ABC es estrictamente menor que el tamaño de los beneficios externos, más allá del resultado del mercado, $ABCD$. Para los casos de intervenciones de más allá de Q^* , es posible que esto ya no se aplique.

3. En este caso se puede aplicar tanto la salvedad de que las imperfecciones del mercado de capital pueden impedir que el sector privado realice el proyecto, como la respuesta, es decir, que la intervención adecuada sería eliminar la imperfección del mercado de capital.

4. Los análisis de la mortalidad infantil mostraron que los gastos de agua potable e inmunización tuvieron un efecto mucho mayor que los gastos correspondientes a médicos empleados por el gobierno (Banco Mundial, 1992).

1.5. Bibliografía

Ballard, Charles, John Shoven y John Whally (1985), "General equilibrium computations of the welfare costs of taxes in the United States", American Economic Review, vol. 75 N° 1.

Banco Mundial (1995), "A review of the quality of economic analysis in Staff Appraisal Reports for projects approved in 1993", Washington, D.C.

----- (1994), 1993 Evaluation Results, Washington, D.C.

----- (1992), "Malaysia: Fiscal reform for stable growth", Report 10120-MA. Asia Region, Washington, D.C.

Dasgupta, Partha, Stephan Marglin y Amartya K. Sen (1972), Pautas para la evaluación de proyectos, Nueva York, Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S. 72..II.B.11.

Feyzioglu, Tarhan, Vinaya Swaroop y Min Zhu (1995), "The impact of foreign aid on public spending", Washington, D.C., Banco Mundial.

Harberger, Arnold C. (1972), Project Evaluation: Collected Papers, Londres, Macmillan.

Harrold, Peter y otros (1996), The Broad Sector Approach to Investment Lending: Sector Investment Programs, documento para discusión del Banco Mundial, N° 323,

Washington, D.C., Banco Mundial.

Humplick, Frannie y William Paterson (1994), “Perú: Infrastructure public expenditure review” , Washington, D.C., Banco Mundial.

Little, I.M.D. y J.A. Mirless (1991), “Project appraisal and planning twenty years on” ,
Proceedings of the World Bank Annual Conference on Development Economics,
1990, Washington, D.C., Banco Mundial.

----- (1974), Project Appraisal and Planning, Londres, Heinemann Educational Books.

----- (1969), Manual of Industrial Project Analysis, París, Organización de Cooperación
y Desarrollo Económicos (OCDE).

Pack, Joward y Janet Rothenberg Pack (1993), “Foreing aid and the question of fungibility” ,
Review of Economics and Statistics, vol. 75. N° 2, mayo.

----- (1990), “Is foreing aid fungible? The case of Indonesia” , Economic Journal, vol.
100, N° 399, marzo.

Squire, Lyn (1988), “Project Evaluation in Theory and Practice” Handbook of Development
Economics, Hollis Chenery y T. N. Srinivasan (comps.) vol. 2, Amsterdam, Elsevier
Science Publishing.

Squire, Lyn y Herman G. Van der Tak (1975), Economic Analysis of Projects, publicación sobre investigaciones del Banco Mundial, Baltimore, Maryland, Johns Hopkins University Press.

2. ¿NUEVAS FRONTERAS EN LA EVALUACION DE PROYECTOS? COMENTARIO SOBRE DEVARAJAN, SQUIRE Y SUTHIWART-NARUEPUT

Arnold C. Harberger

Los lectores quizás infieran, a partir del artículo de Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput y de las aplicaciones que presenta Hammer de tal metodología a los proyectos de salud, que los autores proponen modificaciones fundamentales de las técnicas corrientes y de la teoría aceptada de análisis costo-beneficio (conocida también con el nombre de economía aplicada del bienestar y en algunos usos como evaluación social o económica de proyectos). Sin embargo, tal inferencia no está del todo justificada. En mi opinión, casi todo lo que proponen los autores se ajusta bastante bien al corpus heredado de la economía aplicada del bienestar. Las medidas que propician son modificaciones no del análisis costo-beneficio corriente, sino de hábitos que se han desarrollado con el transcurso de años y décadas en el Banco Mundial y en general entre los profesionales de la evaluación económica de proyectos.

Hammer hace un buen resumen de la fórmula principal de Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput: deben existir sólidas razones que justifiquen la participación del sector público para que un proyecto se lleve a cabo en dicho sector; el proyecto debe compararse con un claro “caso hipotético contrario”; el impacto fiscal del proyecto debe determinarse explícitamente y debe asignársele un costo correctamente estimado, y el tema de la fungibilidad de los fondos debe abordarse abiertamente al ponderar las consecuencias económicas de los préstamos para proyectos.

2.1. Planteo del caso hipotético contrario

Quizá así como los profesores de introducción a la economía insisten en la diferencia entre productividad, ingresos, costos y demás elementos “medios” y “marginales”, los profesores de evaluación de proyectos intentan machacar la dicotomía de “con” y “sin” el proyecto. Idealmente, creamos una composición de lugar con el mundo “sin” el proyecto, un cuadro que avanza unos 10 ó 20 años, según la vida económica del proyecto. En esta trama insertamos luego el proyecto, señalando debidamente todas las diferencias pertinentes entre ambos casos. Estas diferencias son

los insumos básicos de la evaluación del proyecto. Habitualmente comenzamos con las propias compras y ventas del proyecto u otras corrientes de costos y beneficios directos, pero en realidad deberíamos proceder a determinar las diferencias que surgen fuera del proyecto. Eso es lo que hacemos cuando usamos, por ejemplo, el costo económico de oportunidad de las divisas, o del capital, en la evaluación de proyectos. Estos costos económicos de oportunidad encierran el hecho de que el uso de las divisas en el proyecto desplaza a otras importaciones. Los ingresos perdidos por concepto de aranceles sobre estas importaciones están contenidos en el costo económico de oportunidad de las divisas. Si el proyecto paga aranceles en algunas de sus propias importaciones, *esos* aranceles están incorporados como parte de la diferencia entre los beneficios financieros del proyecto y sus beneficios económicos.

En general los economistas captan muy bien los efectos externos englobados en los costos de oportunidad del capital y las divisas, porque éstos se visualizan como si se generaran cuando se inserta cualquier demanda nueva en el mercado correspondiente (de divisas o de capitales). Los economistas no llegan a captar igualmente bien los tipos de desplazamiento característicos de cada proyecto. No todos los evaluadores siquiera intentan descubrirlos; otros quizá los buscan mecánicamente y encuentran algunas, aunque no todas, las externalidades importantes.

No conozco a ninguno, aun entre los que han puesto más empeño, que pueda decir sinceramente que ninguna externalidad significativa se ha escapado de sus redes (en una evaluación de proyecto verdadera).

Los economistas saben lo que deben hacer en principio, y lo reconocen cuando dan conferencias y preguntan o responden preguntas de examen. Pero cuando están en terreno, evaluando proyectos reales con tiempo y recursos limitados, practican mucho menos que lo que predicán.

2.2. Cuestiones de participación del sector público

Tradicionalmente, la evaluación de proyectos y la economía aplicada del bienestar no se han

preocupado por determinar si un proyecto corresponde al sector privado o público. Todo lo que les interesa es el perfil del proyecto, incluidas todas las externalidades pertinentes. Si los perfiles A y B son los mismos, los proyectos obtienen la misma evaluación, independientemente del sector donde estén ubicados.

No creo que Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput opinen distinto al respecto, aunque quizá dirían algunas otras cosas. Primero, que muchos proyectos del sector público se han evaluado sin plantear correctamente el caso hipotético contrario. Si un proyecto textil del sector público desplaza a una cierta proporción de la capacidad textil del sector privado, luego habrá que contabilizar dentro de los costos elementos como los impuestos que habría pagado el sector privado, pero que no se pagan en el proyecto del sector público.

Segundo, dichos autores quizá imputen al sector público un menor grado de eficiencia o una adaptación más lenta al cambio económico, o ambos, que el sector privado. En este caso el supuesto es que las empresas privadas adoptarán tecnologías para reducir los costos y abandonarán líneas de producción inviables con mayor rapidez que las empresas del sector público. Los economistas solían tener dificultades para decir estas cosas, pero actualmente entienden que la pereza del sector público en estos ámbitos se deriva de verdaderas presiones políticas. El reconocimiento de este hecho ha sido uno de los factores que explican la reciente ola mundial de privatizaciones. La respuesta actual a las presiones que impiden que las firmas estatales sean económicamente eficientes es privatizarlas y así ayudar al gobierno a mantenerse a salir del pozo.

De tal manera, si el proyecto corresponde al sector público y puede esperarse que provea bienes al público a un costo real superior, en promedio, al que cobraría un productor privado, este hecho debería ser justificación suficiente para condenar el proyecto al rechazo, dado que uno de los preceptos más fundamentales de la evaluación de proyectos es que no se debe adjudicar a un proyecto determinado un beneficio mayor que el costo alternativo de proveer ese beneficio (o uno equivalente) por otra vía. Estimo que en estos casos y otros similares, los evaluadores de proyectos de la vieja escuela habrían seguido un camino muy parecido al que recomiendan Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput. El matiz de diferencias que podría existir (y no estoy para nada seguro de

que efectivamente existe) podría ser que Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput en realidad habrían preferido quizá el proyecto del sector privado en lugar del mismo proyecto del sector público, lo que prácticamente implica que tal vez optarían por el proyecto del sector privado, aunque sus beneficios reales fueran algo inferiores a los del proyecto del sector público.

2.3. Un precio de cuenta para fondos fiscales

A este respecto debo confesar que mi postura ha sufrido una transformación. Durante unos tres decenios he defendido ardientemente la convención, en el ámbito del análisis costo-beneficio, de suponer que la fuente marginal de los fondos para proyectos eran los empréstitos (del Estado) en el mercado de capitales. Esta defensa se fundaba (y sigue fundada) en que es allí de donde provienen generalmente los incrementos marginales de dinero (a medida que los gobiernos aumentan la deuda para cubrir los déficit, tanto previstos como imprevistos) y a donde se los destina (cuando aparecen superávit previstos o imprevistos). Esta convención es útil porque el mercado de capitales (la banca en algunos países en desarrollo) es la verdadera fuente a la que recurren los gobiernos. También es útil dado que, en última instancia, las fuentes de fondos están determinadas por elasticidades de la oferta y la demanda en el mercado de capitales. Probablemente éstas sean mucho menos caprichosas que las ponderaciones que se aplicarían a los sucesivos cambios tributarios, que tienden a ser muy diferentes en su impacto de una ley tributaria (que elimine los créditos de inversión) a otra (un impuesto sobre las bebidas alcohólicas o un aumento del impuesto al valor agregado) o incluso a otra (una reducción de la tasa del impuesto sobre la renta y una integración parcial con el impuesto sobre la renta de las sociedades). Yo pensaba que había fundamentado muy bien la “convención” del mercado de capitales y no me sentía muy presionado a dar mejores razones, dado que, de cualquier manera, casi todos los marcos de evaluación de proyectos usan la convención del mercado de capitales. Así que no había grupo alguno que clamara por una justificación más convincente. No obstante, mi complacencia se vio interrumpida hace alrededor de un año, cuando escribía una especie de informe sobre el estado de situación de la evaluación económica de proyectos. Uno de los temas que se me había pedido abordar expresamente era el de los precios de cuenta para los fondos fiscales. Mi primera reacción a la idea de tal precio de cuenta fue negativa, porque pensé que significaba abandonar la convención ampliamente aceptada de buscar la fuente de

los fondos en el mercado de capitales. Pero al reflexionar más sobre el asunto llegué a la conclusión de que no era así. Por cierto, la propuesta no sólo era plenamente compatible con tal convención, sino que de hecho podía entenderse como un natural complemento de ella. Primero, considérese un proyecto del sector público que se paga solo con fondos presupuestarios, actualizados al costo económico de oportunidad del capital. Para tal proyecto se puede usar o no un precio de cuenta para los fondos fiscales. Si los costos fiscales equivalen a los beneficios fiscales, luego los costos fiscales multiplicados por $(1 + l)$ equivalen a los beneficios fiscales multiplicados por $(1 + l)$. [$(1 + l)$ es el precio de cuenta de un dólar de fondos fiscales].

A continuación considérese un proyecto que no genera suficientes ingresos fiscales para cubrir sus costos. Una opción sería suponer, siguiendo la convención, que los fondos (unos 10 millones de dólares) inicialmente provinieron del mercado de capitales y que los ingresos del proyecto alcanzaron para pagar unos 6 millones de dólares (en términos de valor actualizado). ¿Qué habría que hacer respecto de los restantes 4 millones? Mi viejo supuesto parecía implicar que estos 4 millones de dólares de valor actualizado se incorporan a la deuda que nunca se saldará. Visto desde esta perspectiva, el supuesto no parece muy sensato.

El próximo paso era suponer que, en algún momento, durante o después de la vida del proyecto, el gobierno usaría los ingresos fiscales para saldar la deuda del proyecto. La recaudación de dichos ingresos impondría un recargo, dado que todos los impuestos del mundo real contribuyen a la distorsión. Es difícil medir ese recargo, porque no se puede predecir la pauta de las tasas impositivas que se utilizará para cubrir el déficit del proyecto. Este dilema en particular no desaparece cuando se pasa de una “convención fiscal financiera” (rechazada por mí y por la mayoría) a un “precio de cuenta de los fondos fiscales” (propuesta por Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput y aceptada por lo menos por mí). Mi propuesta a esta altura es trabajar con el extremo inferior de los valores plausibles de l (el costo de recargo por dólar de los fondos fiscales). Ello equivaldría a inclinarse hacia el extremo de los 0.17 de la gama propuesta por Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput de 0.17 a 0.56 (para los Estados Unidos).

En todo caso, si se supone que el déficit fiscal del proyecto se cubre con fondos fiscales recaudados con los impuestos, se podría pensar en aplicar el factor $(1 + l)$ sólo al déficit fiscal. Pero una vez

más, los economistas pueden recurrir a la ayuda de simples igualdades contables. Una manera de aplicar este factor al déficit fiscal de proyecto es aplicarlo a todos los egresos e ingresos fiscales, es decir, tratarlo como un precio de cuenta de los fondos fiscales en general.

Entiendo que esto comprende todos los desembolsos en efectivo del proyecto que se efectúan con dinero del gobierno (propio o prestado) junto con todos los ingresos del proyecto a las manos del gobierno.

Mi conclusión final es que no me perturba en absoluto, de hecho me complace, la idea de usar un precio de cuenta de, por ejemplo, 1.20 ó 1.25 para todas las corrientes fiscales de un proyecto.

Estimo que este orden de magnitud es más bien bajo (como debe ser, según creo) no sólo para los Estados Unidos, sino para casi todos los demás países.

2.4. Sobre la fungibilidad de los fondos

La evaluación corriente de proyectos no aborda el tema de la fungibilidad de los fondos porque se concentra en el proyecto más que en los medios de financiación. En otras palabras, la convención de que los fondos provengan del mercado de capitales dice que el dinero utilizado en el proyecto siempre podría devolverse a dicho mercado donde, por definición, su verdadero rendimiento económico (contando todas las externalidades) sería el costo de oportunidad del capital. Es por eso que el costo económico de oportunidad se usa como tasa de actualización. (Algunos autores son partidarios de tratar a los “préstamos en condiciones favorables” de manera diferente de las fuentes habituales de fondos, pero yo creo que si se reflexiona seriamente sobre el tema se llega a la conclusión de que todos los proyectos deberían pasar la prueba, usando el costo de oportunidad de los fondos como tasa de actualización, por más dinero que haya a disposición del proyecto obtenido con estos préstamos.)

Estimo que estas observaciones implican un reconocimiento tácito de la fungibilidad de los fondos,

pero desde un ángulo diferente. Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput abordan el problema desde el punto de vista del organismo crediticio y, en última instancia, parecen estar tan interesados en evaluar el préstamo como el proyecto, lo que es perfectamente sensato y directo. De hecho, las cosas se vuelven muy sencillas cuando se reconoce que se trata de dos evaluaciones diferentes.

Si uno se concentra en evaluar el préstamo, se puede pasar por alto el proyecto que supuestamente se está financiando y tratar de descubrir cuál es el que realmente recibe los fondos. Pero los exploradores se encontrarán con una jungla muy sombría. Será difícil determinar qué proyectos concretos se financiarán con el préstamo.

¿Cuál es la solución? En mi opinión, siempre ha sido una buena alternativa que los organismos crediticios internacionales y los organismos de ayuda externa insistan en que los proyectos no sólo se evalúen con arreglo a criterios sensatos, sino que además el país receptor use criterios similares para evaluar sus otros proyectos.

Esta afirmación quizá esté cerca de lo que favorecen Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput, aunque creo que existe algún elemento diferente. Yo recalcaría la importancia de que un país desarrolle -e institucionalice- su propia capacidad de evaluación de proyectos. He participado en algunas actividades en este sentido y puedo garantizar a los lectores que es una tarea de ardua consecución. Es fundamental que a cargo de tal iniciativa haya personal técnicamente idóneo (y moralmente íntegro), que no se encuentra con frecuencia en un principio. De manera que la tarea se eterniza, y los organismos crediticios y donantes plantan la semilla y cuidan los retoños a medida que crecen. Este tipo de labor constituye un paso previo a lo que recomiendan Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput para las revisiones de los gastos públicos sectoriales. Sin embargo, no cabe duda de que estamos todos de acuerdo en cuanto a la manera de abordar el problema de la fungibilidad. Mi posición es plenamente compatible con la propuesta que formulan los autores respecto de realizar revisiones sectoriales periódicas de los resultados de proyectos anteriores, de la probable necesidad de realizar nuevos y de las asignaciones de los gastos públicos en general. Ultimamente se ha hecho mucho hincapié en limitar el tamaño del Estado y aumentar su eficiencia, pero sospecho que la antigua teoría de evaluación de proyectos, si se aplica

correctamente, no sólo llevaría a una conclusión parecida, sino a un resultado basado en consideraciones de eficiencia económica.

Una manera de limitar el alcance del gobierno sería imponer una sanción al uso estatal de fondos en las evaluaciones de proyectos y programas públicos. A esto llegamos finalmente, pero en nuestros dos casos la sanción de I responde más a consideraciones normales de eficiencia -el recargo vinculado a todas las formas reales de tributación- que a un sesgo contra el sector público en sí.

El bien conocido problema de la fungibilidad de los fondos mantiene la dificultad de siempre. Por último, los evaluadores deben desesperarse al darse cuenta del destino que *realmente* se le dio al dinero cuando los fondos de los préstamos se usan para financiar un proyecto que se habría ejecutado de todas formas. Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput y yo respondemos a este problema instando a una mayor vigilancia en todos los proyectos y programas. Si todos pasan la prueba del costo-beneficio, luego la fungibilidad no implica un costo oneroso. Dado que el nivel real de vigilancia es tan deficiente en casi todos los países, hay muchos caminos que conducirían a mejorarlo. Los que recomendamos Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput (revisiones de los gastos públicos) y yo (institucionalizar el empleo generalizado del análisis costo-beneficio) apuntan a una dirección prudente.

2.5. Observaciones

Los cuatro temas examinados en el presente artículo se concentran en el meollo de la economía aplicada del bienestar. A medida que se profundiza en ellos, se descubren matices conceptuales que a menudo pasan inadvertidos. Asimismo, se hace evidente lo rudimentarias que son muchas de las prácticas que se han vuelto habituales para los evaluadores de proyectos.

Todo se remite al tema recurrente de los cursos de evaluación de proyectos: la comparación de la situación “con” y “sin” el proyecto. ¡Si sólo los evaluadores pudieran hacerla realmente bien, todo o siquiera casi todo el tiempo! Parte de la preocupación respecto de si un proyecto debe estar a cargo del sector público puede originarse en la mentalidad de nuestra época, en que los problemas

presupuestarios han sido una inquietud primordial, los asuntos de la eficiencia del gobierno han pasado a primer plano y las privatizaciones y demás formas de reducción del tamaño de las empresas han contribuido a que al menos algunos gobiernos sean significativamente más pequeños de lo que solían ser. Estimo que los evaluadores y los donantes pueden tener cierta sensibilidad a estas consideraciones sin apelar a un sesgo antigubernamental, simplemente especificando las alternativas pertinentes con mucho más cuidado que hasta ahora, utilizando en su actualización un costo económico de oportunidad del capital correctamente calculado y mejorando notablemente la calidad del trabajo que realizan, usando instrumentos de la economía aplicada del bienestar que han estado disponibles desde siempre. En suma, no es preciso modificar la esencia del marco conceptual, aunque hay mucho espacio para mejorar lo que efectivamente se hace en ese marco. Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput han prestado un servicio útil al señalar varios ámbitos importantes donde es necesario introducir tales mejoras.

2.6. Notas

Arnold C. Harberger es profesor de economía de la Universidad de California, Los Angeles, y Gustavus F. y Ann M. Swift son profesores eméritos de la Universidad de Chicago.

2.7. Reflexiones sobre la evaluación de proyectos

Debido a la importancia que la inversión reviste para el desarrollo, durante mucho tiempo la evaluación económica de proyectos ha atraído la atención de teóricos y profesionales del desarrollo, en los últimos tiempos se ha renovado el interés en el tema, dado que varios estudios han revelado una baja en la calidad del análisis económico utilizado, tanto en el Banco Mundial como en otros sitios. Los tres artículos siguientes reflejan algunas de las opiniones expresadas con motivo del reciente resurgimiento del interés en el análisis de proyectos. Esperamos que estos artículos estimulen nuevos aportes, a medida que la comunidad especialista en desarrollo aborda este importante tema en constante evolución.

3. ANALISIS ECONOMICO DE PROYECTOS DE SALUD

Jeffrey S. Hammer³

En este trabajo se expone un método de análisis de proyectos aplicable al sector de la salud, recomendado recientemente por Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput (1996). En la evaluación de un proyecto de salud deben establecerse argumentos bien fundamentados para justificar la participación del sector público; deben establecerse las contraposiciones, es decir lo que ocurriría tanto si existiese como si no existiese el proyecto; y determinarse los efectos fiscales del proyecto y los niveles apropiados de honorarios conjuntamente con la evaluación del proyecto. En la evaluación debe considerarse también la fungibilidad de los recursos del proyecto y examinar tanto los incentivos que inducirían a los funcionarios públicos de jerarquía superior a traspasar recursos destinados a actividades financiadas en virtud de proyectos a actividades que no han sido evaluadas y a los contratistas y funcionarios de jerarquía inferior a prestar buen o mal servicio. Las ineficiencias del mercado en relación con los servicios de salud y los mercados de seguros deberían servir de punto de partida para el análisis económico y no como razón para ignorar los aspectos económicos de los proyectos de salud. Para predecir los resultados del proyecto deben tenerse en cuenta la reacción de los consumidores y proveedores del sector privado, así como las estructuras de la oferta, demanda y de equilibrio en relación con el mercado de servicios de salud en un artículo publicado recientemente⁴, Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput (1996) examinan los factores que deben tenerse en cuenta para perfeccionar el análisis económico de proyectos. Sugieren que mediante el análisis de proyectos y la labor del sector que lo respalda podrían: 1) Establecerse sólidos argumentos a favor de la participación pública; 2) Determinarse los hechos contrapuestos es decir, lo que podría ocurrir tanto como si el proyectos se lleva adelante como si no se lleva adelante, teniendo en cuenta las reacciones de los consumidores y de otros proveedores;

³ Jeffrey Hammer es economista principal de la División de Economía del Sector Público del Departamento de Investigaciones sobre Políticas del Banco Mundial. El autor agradece a Shanta Devarajan, Fred Golladay, Maureen Lewis, Sandy Liberman, Phil Musgrove, Lant Prishett, Lyn Squire y Sethaput Suthewart-Narueput por su contribución al análisis de los asuntos considerados en este artículo y por los comentarios formulados respecto de una visión anterior.

⁴ El resumen de este artículo aparece en The World Bank Research Observer, vol.12, N°1, febrero 1997.

3) Identificarse las repercusiones fiscales del proyecto sobre los fondos públicos; y 4) Considerarse la posibilidad de que los fondos obtenidos a través de préstamos son fungibles y que el efecto real de éstos puede no derivar del proyecto identificado, sino de otro proyecto elegido por el gobierno y cuya ejecución ha sido posible gracias a los fondos adicionales. En este trabajo se analizan estas recomendaciones en relación con la evaluación de proyectos en el sector de la salud.

3.1. Razones que justifican la participación del sector público en la salud

En materia de políticas, el entorno actual de los proyectos difiere apreciablemente del que existía a fines de los años sesenta, cuando se formularon las ideas básicas aplicadas actualmente a la evaluación de proyectos. En esos años las economías del mundo en desarrollo mostraban grandes distorsiones como consecuencia de las políticas proteccionistas y de la reglamentación aplicada a la industria por los gobiernos o del control directo ejercido sobre ella por el gobierno. Se suponía que los gobiernos debían asumir un papel rector en los proyectos industriales y las publicaciones sobre evaluación de proyectos surgieron con el fin de ayudarlos a adoptar decisiones de inversión que fuesen socialmente rentables. No estaba en discusión el que esas actividades estuviesen o no en manos del sector público.

El mundo ha cambiado apreciablemente en los últimos treinta años. Los países han liberalizado sus políticas económicas y se están rigiendo cada vez en mayor medida por consideraciones de mercado. Se ha reducido el nivel absoluto de distorsión originado por los impuestos, barreras arancelarias y reglamentación y en muchos países, incluso en aquellos de economías centralmente planificada, han surgido sectores privados activos y competitivos. Ya no se acepta la premisa de que los gobiernos deben llevar adelante o dirigir todos los proyectos de inversión.

Las técnicas de evaluación de proyectos deben adaptarse a este cambio en el entorno. La inversión del gobierno, como cualquier otra intervención del gobierno, debe justificarse en función de los beneficios sociales que generará el proyecto por sobre los que se obtendrían si el sector público no participara. El análisis debe centrarse, para cualquier oportunidad de inversión, en la diferencia entre los beneficios sociales y los privados -no en los costos y los rendimientos previstos de los

bienes privados mismos. El procedimiento corriente para evaluar este beneficio relativo consiste en identificar las ineficiencias del mercado que caracterizan el equilibrio del sector privado y cuantificar la reducción del bienestar atribuible a ellas. Las prioridades en materia de inversión deben basarse en el grado en que las inversiones reducen las pérdidas en materia de bienestar, como se explica a continuación.

La elaboración de las políticas en las economías modernas del bienestar suelen iniciarse con un análisis relativo a la forma en que el mercado privado asigna los recursos. En un mercado privado ideal se ofrecerán bienes a la venta en la medida en que el precio cubre el costo que tiene para el vendedor el último artículo vendido. Serán adquiridos en la medida que su valor para el comprador sea al menos de la misma magnitud que su precio (y, por ende de su costo). Cuando los precios, las cantidades ofrecidas y las cantidades demandadas son coherentes entre sí, se dice que el mercado se encuentra en equilibrio. En el mercado ideal el valor subjetivo para el comprador (privado) es igual al valor para la sociedad (social) y en una situación de equilibrio ambos son iguales a los costos de la producción que ese bien tiene para la sociedad, con lo cual se asegura que los recursos se asignen al uso más eficiente.

Existen varias circunstancias que interfieren en la capacidad de los mercados privados para funcionar con esa eficacia y que ocasionan las denominadas ineficiencias del mercado. Estas pueden producirse, por ejemplo, si algunos bienes y servicios son públicos y no puede privarse de ellos a las personas que no paguen su valor y asimismo pueden ser consumidos por una persona sin reducir su disponibilidad para otros consumidores. El valor social (valor total) de esos bienes excede el valor privado de producción, que es cero, porque no se venderán.

Existen bienes relacionados con los bienes públicos que producen “externalidades”, es decir beneficios o costos para personas que no participan en la transacción y que el productor o el consumidor no consideran cuando deciden qué cantidad de ese artículo van a vender o comprar. El ejemplo clásico de externalidad negativa es la contaminación, puesto que una fábrica de productos químicos no incluye en sus costos el daño ocasionado por la descarga de elementos contaminantes

en el ambiente. Por lo tanto, los producirá en exceso reduciéndose así el valor social de los bienes en relación con su valor privado.

Los monopolios en manos de una o unas pocas empresas pueden también influir en el equilibrio del mercado, por cuanto les permiten a esas empresas elevar los precios por sobre los costos marginales (costo unitario de la producción adicional) y restringir la producción, de suerte que los costos sociales alcanzan valores superiores a los valores sociales. La información deficiente sobre el valor o el costo de los productos también influye sobre el equilibrio.

Cada una de estas deficiencias del mercado trae consigo una desviación del valor social y privado (o valor social y costos sociales) y una disminución del bienestar social que, en principio, es cuantificable en términos monetarios.

Si se considera “proyecto de salud” cualquier inversión, entre cuyos resultados importantes figura el mejoramiento de la salud de las personas, los proyectos de salud comprenden un conjunto muy heterogéneo de actividades, algunas de las cuales quedan bajo la jurisdicción tradicional de los ministerios de salud en tanto que otras, como la sanidad y el agua potable, pueden depender de otros ministerios. Son heterogéneas también en otro sentido, porque los componentes de los proyectos de salud varían de bienes que son casi totalmente públicos a otros que son casi completamente privados, con servicios entre uno y otro extremo, cuyo mercado muestra diversos grados de ineficiencia. A continuación se indican algunos de los ámbitos principales en que se producen ineficiencias de mercado en el sector de la salud.

3.2. Enfermedades infecciosas

Se ha hecho mucho caudal de la “transición epidemiológica”, es decir del hecho que las enfermedades infecciosas, como causa de la mortalidad, hayan ido cediendo paso a las enfermedades no infecciosas y crónicas que son típicas de los países ricos. Sin embargo, las enfermedades infecciosas siguen siendo la causa de una elevada proporción de las defunciones en los países pobres, y en especial de las defunciones entre los grupos más pobres de esos países.

Constituyen una presunción razonable a favor de la intervención del gobierno por tres razones principales.

Primero, tienen diferentes externalidades. Las personas que sufren enfermedades infecciosas pueden no buscar tratamiento médico con suficiente rapidez como para evitar que se propague la enfermedad y no seguir el tratamiento completo, a raíz de lo cual puede reaparecerles la enfermedad, aumentar la transmisión de la misma y también los riesgos de resistencia a los medicamentos disponibles para el tratamiento. Asimismo, en el caso de aquellas enfermedades cuya transmisión se reduce con arreglo al número de niños inmunizados, un programa de inmunizaciones traerá consigo beneficios adicionales a los obtenidos por cada niño inmunizado.

Segundo, algunas de las opciones existentes en materia de políticas para combatir las enfermedades infecciosas caen casi totalmente en el ámbito de los bienes exclusivamente públicos, es decir, nadie puede quedar excluido de hacer uso de ellos, y el uso que hace un consumidor no impide que sean usados por otros. Este tipo de bien no es suministrado por el sector privado y un ejemplo sería el control de los agentes portadores de plagas (control de vectores). Otro ejemplo es la recopilación y difusión de información sobre el sector de salud, la vigilancia epidemiológica y los laboratorios para controlar la calidad de los alimentos, del agua o de los medicamentos.

Tercero, las enfermedades infecciosas afectan desproporcionadamente a las personas pobres. En el cuadro 1 aparece la distribución de la mortalidad correspondiente a mujeres adultas en China, con arreglo a la causa y para diferentes grupos de ingresos. Aunque se percibe que la mortalidad atribuible a cualquier causa es superior para las personas pobres, la tasa que les corresponde en relación con las que no son pobres es muy superior para las enfermedades infecciosas que para las no infecciosas (un factor de 3.5 comparado con uno de 1.3). Si se ampliara el alcance del cuadro 1 para incluir a todos los grupos de edad (en particular a los niños) los efectos relativos de los tipos de enfermedades en diferentes grupos de ingresos serían similares, pero la incidencia de las enfermedades infecciosas se elevarían en relación con la de las no infecciosas. Por consiguiente, cualquier reasignación del control de las enfermedades infecciosas a las no infecciosas perjudicaría en mayor medida a los pobres.

3.2.1.

Cuadro 1

Tasa de mortalidad de la población femenina, por causa e ingreso

(Porcentaje de mujeres que mueren entre las edades de 15 y 60 años)

Cuartil de Ingreso	Enfermedades infecciosas	Enfermedades no infecciosas	Lesiones
Grupo más rico	0.4	6.7	1.2
2	0.4	7.9	2.0
3	0.6	7.6	2.4
Grupo más pobre	1.4	8.9	2.7

Fuente: J. Christopher Murray, Gonghuan Yang y Xinjian Quias, "Adult mortality: Levels, patterns, and causes", *The Health of Adults in the Developing World*, Richard G.A. Feachem y otros (comps), Nueva York, Oxford University Press, 1992.

3.3. Incertidumbre e imperfecciones de la información

Existe un segundo grupo de ineficiencias del mercado, que se relacionan con los problemas de incertidumbre e imperfecciones de la información que abundan en el sector de la salud. Suele sugerirse la intervención para corregir estos problemas, pero es necesario utilizarla con gran cautela.

Ningún mercado ofrece información completa sobre los bienes y servicios que produce. Si los servicios médicos se subutilizan, porque la información de que disponen los consumidores es incompleta, podría bastar una campaña informativa para subsanar el problema. Si habiendo sido informados, los consumidores no modifican su comportamiento quizá estén expresando sus opiniones sobre el valor de los bienes y servicios más bien que ser éste un indicio de una ineficiencia del mercado en materia de información.

Teniendo en cuenta lo anterior, las imperfecciones de la información se manifiestan en algunas

formas específicas en el sector de la salud. Primero, en el caso de las medidas preventivas de salud, a las cuales no se asocia un producto transable en el mercado (por ejemplo, el valor de lavarse las manos después de defecar, o de usar mangas largas al atardecer para protegerse contra el paludismo), es posible que los mecanismos privados de difusión de información sean inadecuados. A veces en las noticias se cubren estos temas, pero el valor de los medios de difusión como proveedores de información puede depender del grado de alfabetismo o de la existencia de una prensa libre.

Segundo, la asimetría natural de la información en los servicios médicos pueden dar lugar a una “demanda inducida por el proveedor”. Los profesionales médicos que conocen mejor los problemas de salud que sus pacientes, pueden tratarlos más de lo necesario a fin de obtener ventajas financieras. La política gubernamental en algunos casos puede mejorar el bienestar en esos mercados, aunque la política apropiada depende de las formas específicas en que funciona el mercado. Si bien se han elaborado modelos que consideran algunos aspectos de este problema para los Estados Unidos y el Reino Unido, existen pocos que sean adecuados para el mundo en desarrollo.

3.4. Seguro médico y disminución de la eficiencia

Las pérdidas catastróficas y la interacción de los mercados de seguro con los mercados de atención médica tienen importancia crítica para el funcionamiento del sector de la salud (Griffin, 1990). No es difícil para los consumidores financiar de su bolsillo la atención de rutina. Lo que causa preocupación son los incidentes poco frecuentes que tienen desastrosas consecuencias desde el punto de vista financiero. En todos los países el gasto médico muestra un sesgo que favorece a una fracción reducida de la población, a la que corresponde una proporción elevada del gasto médico total. Los mercados de seguros pueden fallar e incluso desaparecer, cuando quienes piensan que necesitarán atención médica se aseguran y quienes piensan que no la necesitarán, no lo hacen. El aumento resultante de los costos de cobertura harán desistir de participar a otros que gozan de relativa buena salud, y es posible que el mercado en su conjunto se desintegre. Este fenómeno se conoce con el nombre de “selección adversa”.

Pueden también existir problemas de “riesgo subjetivo” respecto del seguro. Las personas aseguradas pueden ser menos cautelosas en cuanto a prevenir un efecto cubierto por el seguro o a minimizar el costo de obtención del servicio. A su vez, es posible que el agente que proporciona el servicio cobre una suma excesiva o haga un tratamiento innecesario a los clientes asegurados a fin de recibir el reembolso del asegurador. Estos efectos vinculados a riesgos subjetivos pueden influir para que la cobertura del seguro se torne subóptima, en el sentido de que los aseguradores se nieguen a cubrir ciertos tipos de enfermedades, tratamientos o pacientes.

Al no existir un mercado de seguros que funcione adecuadamente, es posible que gran número de personas que están dispuestas a pagar la cotización razonable, desde el punto de vista actuarial, para protegerse de las enfermedades que tienen efectos catastróficos, no puedan hacerlo. La pérdida de bienestar vinculada a la ausencia de mercados de seguros es muy relevante en el caso de tratamiento onerosos para los cuales es más elevada la demanda de cobertura (Hammer y Berman, 1995). Además, en el caso de los problemas poco frecuentes de salud, el aumento del bienestar por dólar gastado en atenciones que sustituyen a las que brinda el seguro será más elevado, porque para estos problemas es inferior el costo previsto que sirve de base para el seguro. La naturaleza impredecible de la demanda de atención de salud, conjuntamente con la carencia generalizada de seguro médico, es un elemento fundamental de las enormes discrepancias entre los beneficios sociales y privados de la atención. La demanda latente de seguro médico (en contraposición con la de atención médica) y las pérdidas de eficiencia inducidas por la ausencia de éste en los países en desarrollo son un elemento muy descuidado en la economía de la salud. Los experimentos realizados recientemente por la Rand Corporation en Indonesia constituyen una excepción notable (Gertler y Molyneaux, 1995).

3.5. Mecanismos para mitigar la pobreza

Suele recurrirse con frecuencia al sector de la salud para que ayude a mitigar la pobreza, pero es necesario tratar en forma cautelosa la intervención pública con este objeto. Los bienes más adecuados para redistribuir el ingreso a través de servicios subvencionados son, por regla general, los que tienen la elasticidad ingreso más baja (de preferencia negativa); es decir, deberían

corresponder a bienes o servicios consumidos por las personas pobres relativamente en mayor proporción que otras. Aunque el estado de salud de las personas pobres es peor que el de quienes pertenecen a otros grupos, los pobres en general no demandan mayor atención de salud que otras personas y, de hecho, es más corriente que las elasticidades ingreso correspondientes a los gastos de atención de salud sean muy elevadas -en general superior a 1 y en muchos casos cercana a 1.5-. Dicho de otro modo, las personas relativamente ricas destinan una proporción mayor de sus ingresos que los pobres a la atención de salud. Por consiguiente, al conceder subsidios generales a esos servicios se estarían transfiriendo recursos a las personas adineradas. Van der Gaag (1995), al citar ejemplos relativos a China, Costa de Marfil, Indonesia, Perú y Tanzania señala que, si bien muchos sistemas de salud pública se justifican basándose en que aseguran la equidad, subvencionan en mayor medida a las personas relativamente adineradas. Solon, Orville y otros (1991), expresan que en Filipinas las personas con ingresos superiores reciben una proporción del dólar marginal (adicional) gastado en servicios de salud pública muy superior a la proporción que pagan del dólar marginal recaudado mediante impuestos.

Sin embargo, como se señaló, la prevención de enfermedades infecciosas suele ayudar más a las personas pobres que a otras. La amplia variedad de posibles servicios de salud tiene así una variedad igualmente amplia de efectos posibles para diferentes grupos de ingresos. Antes de elaborar medidas para intervenir en el sector de la salud con el fin de mitigar la pobreza, es necesario evaluar cuidadosamente sus efectos sobre los destinatarios finales, ya que muchos tipos de subsidios en materia de salud podrán tener resultados contrarios a los deseados.

3.6. Ineficiencias y análisis del mercado

El hecho de que el mercado acuse ineficiencias no justifica por sí mismo la intervención y tampoco es una razón para ignorar el análisis económico. Cuando los mercados funcionan bien, resulta adecuada la recomendación corriente de aplicar políticas liberales. Precisamente cuando el mercado muestra deficiencias y se produce una reducción del bienestar hay que examinar sus causas cuidadosamente para determinar cómo se ha producido la deficiencia y qué medidas podrían

mejorar más eficazmente el bienestar. Es necesario prestar más atención al comportamiento de los consumidores, proveedores, y a los mercados de atención y seguro de salud.

Algunos de los métodos de análisis que se han propuesto para ser aplicados en el sector de la salud ignoran estas características esenciales. Pese a reconocer que el sector público no debe basarse en la aplicación de la relación costo-eficacia de los tratamientos médicos como criterio de asignación de recursos⁵, la publicación Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial, (1993) presenta cálculos de la relación costo-eficacia que son exclusivamente de índole médica y que no incluyen ninguna de las preocupaciones que se discuten en este documento (Banco Mundial, 1993, p.62, 117). Para algunas personas estas cifras significan que mientras más alta sea la razón entre los beneficios clínicos y los costos de procedimientos, más elevada será la prioridad que se asigne a la utilización de los fondos públicos para la intervención médica⁶. En esos cálculos no se asigna prioridad a las enfermedades infecciosas (o a cualquier otra externalidad), no se considera el grado en que el sector privado pueda sustituir al sector público ni se asignan ventajas a los problemas que perjudican desproporcionadamente a los pobres. Las prioridades basadas en la relación costo-eficacia de los procedimientos médicos pueden revertir el orden de las cosas en lo que se refiere al riesgo y a la incertidumbre⁷. Si la principal deficiencia del mercado en un contexto particular son las fallas que muestra el mercado de seguros, el gobierno en su intervención debería darle la más

⁵ El hecho de que se use la relación costo-eficacia para elegir en cuáles aspectos de la salud se intervendrá mediante el financiamiento público no significa necesariamente que se destine la mayor parte de los recursos a los sectores en que el peso de las enfermedades sea mayor. Significa más bien concentrarse en las intervenciones que ofrecen las mayores posibilidades de mejorar la salud por dólar público gastado. La comparación válida no es la que se hace con una situación en que no se está haciendo nada sino con una situación creada por las intervenciones de salud financiadas privadamente (Banco Mundial, 1993, p.65).

⁶ Bodadilla y Sanexian (1993, p.10), por ejemplo, antes de referirse a las cifras relativas a la intervención médica, dicen que esa es la razón por la cual la primera etapa en el proceso de idear un conjunto de medidas esenciales de salud para un país es determinar la relación costo-eficacia de una intervención en la salud, cual es el mejoramiento neto en materia de salud en comparación con una situación en que nada se hiciera, dividido por el costo.

⁷ Se ha sugerido también como criterio para establecer las prioridades de la intervención pública considerar lo que aporta un problema determinado de salud a la carga general de enfermedades (Murray y López, 1994). Este criterio también resulta incorrecto en aquellos casos en que la mayor ineficiencia del mercado reside en el seguro. Cuando no existe un mercado de seguro la mayor insuficiencia en materia de financiamiento (desde el punto de vista del bienestar) afectará a los estados de salud que son menos frecuentes más bien que a los más corrientes. Salvo unas pocas excepciones, el efecto marginal que la política tendrá en la corrección del problema. Se exceptúan la investigación pura, cuyo costo potencial y posibilidades de éxito se desconocen y los casos en que puede demostrarse que existen sólidas economías de escala (Murray y López, 1994).

alta prioridad, desde el punto de vista del mejoramiento del bienestar, a los elementos que resultan relativamente más onerosos, procurando mantener constante los posibles beneficios para la salud. Esta preferencia guarda relación inversa con el criterio que recomienda financiar con fondos públicos los procedimientos más efectivos desde el punto de vista de la relación costo-eficacia (Hammer y Berman, 1995).

3.7. Ineficiencias del gobierno

Así como los mercados presentan ineficiencias, también las presentan muchas burocracias gubernamentales y así como debe examinarse el comportamiento de los agentes privados para apreciar cuán graves pueden ser las deficiencias del mercado, debe hacerse lo mismo respecto del comportamiento de los proveedores de servicios de salud del sector público. Al final de este trabajo se examinan más en detalle los temas de supervisar la calidad y de proporcionar incentivos adecuados en el sector público.

3.8. Establecimiento de las contraposiciones

La segunda meta aludida por Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput consiste en evaluar lo que ocurriría tanto si se lleva adelante el proyecto como si no se lleva adelante proyecto. Hay tres aspectos del sector de la salud que hacen que esta meta sea particularmente pertinente. Primero, la atención de la salud en la mayoría de los países en desarrollo se caracteriza por la existencia de un sector privado importante que funciona paralelamente a un enorme sector público. Segundo, como servicio, la atención de la salud es en gran medida un bien no transable. Tercero, como el estado de salud, que es uno de los resultados principales de la actividad del sector de la salud, es difícil de valorar en términos monetarios, es necesario contabilizar cuidadosa y separadamente el estado de salud dentro del resultado neto del proyecto.

En relación con este último aspecto, es difícil que se llegue a un acuerdo sobre cómo medir el valor de la vida y por lo tanto será necesario mantener una contabilidad separada de los efectos del proyecto en materia de salud. Para llevar esa contabilidad es necesario conocer el **nivel** real del

consumo de servicios (y no el **valor** de consumo de los bienes transables en el mercado, que es el procedimiento que se sigue en el análisis corriente). Por tratarse de un bien no transable, el consumo es igual a la producción, y, si existe la competencia del sector privado, la producción de bienes no transables puede “desplazar” (o posiblemente “atraer”) la producción privada, y a raíz de ello el análisis debería centrarse en los cambios netos en el consumo.

Por lo tanto, para establecer las contraposiciones es necesario formular modelos explícitos de la demanda y de la oferta (no gubernamental) de servicios. Este procedimiento resalta el valor que tiene la identificación de las ineficiencias del mercado que motiva el proyecto. Más bien que obtener una justificación para el proyecto, en este caso, al determinar el comportamiento del sistema se conocerá el resultado real de agregar capacidad a un mercado en que existe un sector privado activo. En las publicaciones convencionales sobre evaluación de proyectos se consideran los bienes no transables mediante la modificación de los **precios** utilizados para evaluar los resultados de los proyectos (en el precio se incluye el efecto neto del resultado del proyecto sobre el resultado total del mercado). En el sector de la salud, dada la renuencia a utilizar los precios para evaluar los resultados como las vidas salvadas, por ejemplo, es necesario calcular la contribución neta en forma explícita. Debe examinarse también el comportamiento de los proveedores del sector privado a fin de indagar si existen oportunidades para mejorar los servicios mediante la reglamentación o la concesión de subvenciones que puedan ser menos onerosas que el suministro directo del servicio por el sector público. A continuación se examinan más en detalle estos aspectos.

3.8.1 El sector privado en la salud

Como lo muestra el cuadro 2, lo corriente es que en la atención de la salud el sector privado sea de gran tamaño. Además, como es posible que se subestime la utilización de curanderos tradicionales, el tamaño real del sector privado es aún mayor. Lo anterior sugiere que es muy importante conocer la reacción del sector privado ante la atención médica prestada por el sector público para evaluar el impacto neto de esa intervención.

3.8.2 Valoración del producto

Una de las principales razones por las cuales no se han hecho evaluaciones económicas formales de los proyectos de salud es la dificultad para valorar un producto gracias al cual se prolonga la vida. Aunque no es mi intención contribuir al vasto conjunto de publicaciones sobre la forma de hacer esta valoración, que en último término no es satisfactoria, es necesario aplicar algún criterio para adoptar una decisión bien fundada sobre la intervención del sector público en la salud. A continuación se indican algunos aspectos importantes para la evaluación de proyectos prácticos.

La evaluación consiste simplemente en agregar variados insumos y productos a fin de obtener una sola cifra que permita medir la rentabilidad del proyecto; en la mayoría de los casos los precios resultan ser la ponderación más adecuada para esta medición. El problema más visible en el sector de la salud es la ponderación que se asigna a la vida en contraposición con el dinero. Pueden existir muchos otros tipos de productos en el sector de la salud que sean igualmente difíciles de comparar - el mejoramiento de la capacidad para realizar funciones rutinarias, por ejemplo, o el alivio del dolor y el malestar asociados con diferentes enfermedades- para las cuales no existe un mecanismo de mercado que permita hacer la valoración. Más allá de la evaluación individual de los diferentes problemas de salud, el valor que tiene para la sociedad la curación de estos males, en el caso de personas que tienen diferentes edades o funciones suele debatirse en las publicaciones sobre la materia y representa otra dimensión de la agregación. Se ha demostrado una y otra vez que es importante para los consumidores el tiempo destinado a trasladarse (o que se falta al trabajo) para llegar a los servicios médicos, el tiempo de espera, la cortesía de quienes proporcionan el servicio y muchas otras facetas de un servicio que es muy personal.

No existe la solución correcta para el problema y cualquier método de valoración que se elija debe ser considerado arbitrario, de índole provisional y examinado seriamente para asegurarse que las conclusiones en materia de política no hayan sufrido el influjo de supuestos implícitos. A veces se propone, por ejemplo, utilizar el valor actual descontado de la corriente de ingresos que recibe una persona para calcular el valor de la vida. Este método de valoración del "capital humano" ignora que las personas jubiladas consideran que sus vidas son valiosas y de que no existe razón lógica o

ética para no incluirlas en los cálculos sociales. Sin embargo, este método puede ser eficaz si se hace una evaluación en que se utilice el capital humano perdido como límite inferior del costo efectivo de la enfermedad y ésta muestra que el proyecto sigue siendo valedero (Kim y Benton, 1995).

3.8.3.

Cuadro 2
Participación del sector público y privado en el gasto de salud
(Porcentaje del gasto total)

Región	Ayuda pública y externa	Sector privado
Economías de mercado establecidas	61	39
- Oriente Medio	57	43
Antiguas economías socialistas	71	29
- India	22	78
- China	59	41
Otras economías de Asia e Islas del Pacífico	39	61
América Latina y el Caribe	50	50
Africa al sur del Sahara	53	47

Fuente: Ramesh Govindaraj, Christopher J.L. Murray y Gnanaraj Chellaraj, "Health Expenditures in Latin America", World Bank Technical Paper, N°274, Washington D.C., Banco Mundial, 1995.

La medida ideal del valor de los diferentes resultados en materia de atención en salud combinaría las preferencias personales de los pacientes (para lo cual se utilizaría la evaluación que ellos hicieran sobre las incomodidades, las molestias, las perspectivas de vida y las responsabilidades) con una evaluación más objetiva de la eficacia médica de la atención. Como esta combinación de

informaciones -personales suministradas por el paciente y técnicas suministradas por el proveedor- no se encuentra reunida en una sola persona, fundamentalmente es imposible de observar.

El método que más se aproxima a esta medida es el de “años de vida ajustados para considerar la calidad” que se utiliza en algunos países industriales (Barnum, 1995). Esta medición se basa en extensas entrevistas en que se solicita a los entrevistados que indiquen las preferencias al sopesar algunos problemas de salud en comparación con otros. Sin embargo, incluso cuando se utiliza este método el resultado obtenido corresponde a un promedio y no permite considerar las variaciones individuales de las preferencias.

En relación con algunos de los demás métodos utilizados, no hay manera de incorporar las preferencias de los pacientes. En las medidas como “años ganados de vida en buen estado de salud” o “años de vida ajustados para considerar las incapacidades” se incorporan criterios arbitrarios sobre las ponderaciones relativas a los diferentes tipos de dolencias y la ponderación social relativa de los años de vida perdidos a diferentes edades. Anand y Hanson (1995) ponen en tela de juicio la lógica fundamental y las consideraciones éticas implícitas en esta medida.

Incluso si se obtuviera una medida del valor de la vida susceptible de justificarse para una situación específica, sería difícil aplicarla en forma generalizada a contextos distintos de los que se captaron en el ejercicio de medición. Un elemento digno de particular consideración es el grado de elección que conlleva la exposición al riesgo de muerte. Una manera de estimar en forma empírica el valor de la vida consiste, por ejemplo, en calcular las diferencias de salarios entre profesiones seguras y riesgosas, pero que son comparables desde otros puntos de vista. Si bien esos estudios suelen arrojar con frecuencia resultados interesantes, es necesario interpretarlos cuidadosamente. Los sujetos que integran las muestras utilizadas para el trabajo práctico aceptan voluntariamente los trabajos riesgosos y, por lo tanto, pueden ser personas que están relativamente dispuestas a correr riesgos y no representantes del público en general. Sin embargo, incluso si difieren poco de los demás, subsiste una preocupación (de naturaleza ética): no es lo mismo correr riesgos por voluntad propia que verse expuesto a los riesgos sin consentimiento. Por lo tanto, las muertes ocurridas

como consecuencia de las carreras de motocicleta son diferentes de aquellas ocasionadas por enfermedades atribuibles a la contaminación (Viscusi, 1992).

El problema no puede eludirse, pese a no tener solución. Algunas personas han sugerido que pueden soslayarse las dificultades de valoración empleando métodos que no requieren usar el valor de la vida. A ese respecto se ha propuesto utilizar la relación costo-eficacia, para lo cual se calcula la razón que existe entre determinado efecto de salud obtenido mediante una intervención médica y su costo. Se dice entonces que se prefieren las intervenciones que tienen costos menores en relación con el efecto salud, y que no se requiere un valor explícito de la vida en ese caso. Sin embargo, esta estrategia ha resultado ser ilusoria para muchas de sus aplicaciones propuestas, en particular cuando se trata de la elección entre diversas opciones en materia de tratamiento en un ambiente clínico. En este caso se utilizan cálculos basados en la rentabilidad para evaluar las opciones que se excluyen recíprocamente, práctica que no es aceptada en las publicaciones corrientes sobre evaluación de proyectos (Hammer, 1993a). En un trabajo elaborado por Sudre y otros (1992) en que se comparan diferentes tratamientos optativos para el paludismo, aparece un ejemplo que indica como al aplicar este método pueden obtenerse resultados inaceptables. En el cuadro 3 se presentan los costos de programas alternativos y el ahorro de vida previsto para dos medicamentos diferentes. Se supone que el uso de uno de ellos excluye el uso del otro.

3.8.4

Cuadro 3

Costos y efectos de los tratamientos alternativos del paludismo

Variable	Cloroquina	Primethamina -Sulfadoxina
Vidas salvadas	1,832	1,723
Costo del programa (en dólares)	1,812	2,622
Costo por vida salvada (dólares)	1,31	1,52

Fuente: Philippe Sudre y otros, "Treatment of chloroquine-resistant malaria in African children: A cost-effectiveness annual", *International Journal of Epidemiology*, vol.21, N°1, pp.146-154, 1992.

Los autores indican que si se utiliza la relación costo-eficacia como criterio para decidir cuál de los dos medicamentos usar, se elegirá la cloroquina. Sin embargo si se considera que la pirimethamina-sulfadoxina permite salvar mayor número de vidas, el valor implícito de una vida hará que ambos métodos sean equivalentes ($[\text{valor de la vida}] \times 1,382 - 1,812 = [\text{valor de la vida}] \times 1,723 - 2,622$ o $[\text{valor de la vida}] = \2.38). Por lo tanto, los autores llegan a la siguiente conclusión (p. 152): que se elegiría como medicamento la cloroquina sólo si el valor de prevenir la pérdida de una vida fuera inferior a 2.38 dólares (pero superior a 1.31 dólares). No sólo se estaría asignando un valor implícito a la vida (que presumiblemente no lo tendría) al utilizar las relaciones de costo-eficacia, sino que el valor sería absurdamente preciso y ridículamente bajo.

Como el problema no puede soslayarse, el mejor consejo es proceder con mesura y examinar las consecuencias lógicas de las valoraciones alternativas. Los efectos sobre la salud deben presentarse por separado de otros resultados (cualquiera sea el nivel de agregación que satisfaga al encargado de hacer el análisis de la política) de modo que puedan obtenerse estimaciones alternativas para el mismo valor.

El proyecto de control nacional de la esquistosomiasis en Egipto (Banco Mundial, 1992) indica una forma de soslayar la cuestión de la valoración de la vida. Para establecer la rentabilidad de este proyecto se postuló que es posible calcular el "valor crítico", mediante el cual se determina si el proyecto cumple o no la exigencia de una rentabilidad de 10%, y que éste es inmoderadamente bajo (véase el cuadro 4). Sin embargo, con este método no siempre pueden obtenerse soluciones definidas. A veces el valor así obtenido para la vida estará comprendido entre márgenes razonables para esa cifra. Sin embargo, este cálculo al menos le daría al encargado de formular las políticas elementos que sirvan de base para el examen.

3.8.5.

Cuadro 4

Rentabilidad de control de la esquistosomiasis: Análisis de sensibilidad

Valor implícito de un año de vida (dólares)	Prevención de defunciones anualmente	
	Valores	
	4600	2300
	Rentabilidad	
800	40	17
600	28	12
400	18	..a ⁸

Fuente: Banco Mundial "Arab Republic of Egypt: National Schistosomiasis Control Project", staff Appraisal Report 10513, Washington D.C., 1992.

3.8.6. Determinación del comportamiento del sector privado

Como ya se dijo, dado que la atención médica es un servicio no transable, la producción o el suministro (o el financiamiento) del sector público pueden desplazar servicios proporcionados por el sector privado. Por lo tanto, cualquier estimación del mejoramiento del estado de la salud atribuible al gasto público debe tener en cuenta el desplazamiento de los servicios privados. La magnitud del efecto es un asunto empírico y debe representar una parte apreciable de la labor del sector que culmina en el proyecto. Puede derivarse de la estructura global del mercado en la cual debería haberse centrado ese análisis.

Se han realizado muchas investigaciones recientemente sobre los elementos determinantes de la demanda de atención de salud en los países en desarrollo y la posibilidad de sustitución entre los proveedores públicos y privados. Aunque los esfuerzos se han concentrado en la determinación de

⁸ No se dispone de datos o éstos no constan por separado

las consecuencias de los precios establecidos por el sector público sobre la utilización de los servicios de salud (Akin y otros, 1985, 1986; Gertler y van der Gaag, 1990) en un creciente número de estudios se han examinado otros aspectos de la demanda sobre los cuales pueden influir los proyectos de salud. En un estudio reciente realizado por Alderman y Lavy (1996) se estudian los efectos de la ubicación y la calidad de los servicios de salud en uso. En el cuadro 5 se indican algunos de los resultados.

3.8.7.

Cuadro 5
Efectos de las características de los servicios del sector público
sobre la utilización de los mismos
(Porcentajes)

Simulación de política	Auto asistencia	Servicios públicos	Servicios privados
		Cambio porcentual en la utilización por los pacientes	
Ghana Mejor calidad de la atención (infraestructura, materiales y personal).	-3.5	127.6	-19.5
Reducción de la distancia a los servicios públicos en 50%.	-2.6	95.9	-14.9
Kenya Aumento de la disponibilidad de medicamentos.	-4.1	3.6	-4.1
Reducción de la distancia a los servicios públicos en 20%.	-1.8	1.6	-1.8
		Participación en el mercado	
Ghana	51	14	35
Kenya	39	36	25

Fuente: Harold Alderman y Victor Lavy, "Household responses to public health services: Cost and quality tradeoffs", *The World Bank Research Observer*, vol.11, N°1, pp.3-22, 1996; Ghana: Victor Lavy, Jean-Marc Germain, "Quality and Cost in Health Care Choice in Developing Countries", Living Standards Measurement Study Working Paper, N°105, Washington, D.C., Banco Mundial, 1994; Kenya: Germano Mwabu, Martha Ainsworth y Andrew Nyamete, "Quality of medical care and choice of medical treatment in Kenya: An empirical analysis", *Journal of Human Resources*, vol.28, N°4, pp.838-86, 1993.

Es probable que los cambios en materia de política que figuran en el cuadro 5 sean componentes corrientes de los proyectos. Puede considerarse que ambos contribuyen a reducir el número de personas que se tratan a sí mismas (no acuden a un proveedor moderno). Sin embargo, cuando se ponderan los cambios porcentuales utilizando el número de visitas a cada tipo de proveedor, se advierte que el 38% de las nuevas visitas a servicios públicos como resultado de un mejoramiento de la calidad puede atribuirse en Ghana a una disminución de las visitas a los servicios privados y lo mismo ocurre con el 36% de las visitas como respuesta a un mejor acceso a los servicios públicos. En Kenya, el 80% del incremento en la utilización de los servicios públicos atribuible a un mejoramiento en la disponibilidad de medicamentos se explica por la reducción del uso de los servicios privados. Si una evaluación permitiera predecir con exactitud el aumento de la utilización de los servicios públicos como resultado de la puesta en práctica del proyecto, pero no tuviese en cuenta la disminución de la utilización del sector privado, se estarían exagerando cinco veces los beneficios (considerados como múltiplo de las personas sanadas, por ejemplo).

Es posible que el sector público proporcione servicios médicos mejores que el sector privado y es necesario estudiar esta diferencia de calidad (Hammer, 1993b). También es posible que el mejor acceso a los servicios públicos gratuitos (en Kenya) sea favorable para fines redistributivos. La redistribución depende de que el usuario promedio de los consultorios sea más pobre que el contribuyente promedio. Incluso, es posible que este beneficio redistributivo no se logre si la proporción de consultorios públicos es muy elevada en las zonas urbanas y los impuestos proceden del sector agrícola. En todo caso, para evaluar el aumento, ya sea de la atención médica o de la equidad, el análisis en que se basa el proyecto debe identificar la estructura de mercado, el grado de sustituibilidad y la diferencia de calidad entre la atención pública y privada como asimismo las características pertinentes de los beneficiarios (consumidores).

Si bien los aspectos relativos a la demanda se han estudiado bastante a fondo en los análisis de mercado, se han estudiado menos detenidamente las características de la oferta de servicios y son escasos los análisis de mercado que combinan los aspectos de oferta y demanda. Gertler y Molyneaux (1995) han realizado un estudio que incorpora información tanto de los aspectos relacionados con la oferta como de la demanda en el mercado. Calcularon el efecto de los

honorarios cobrados por los servicios públicos sobre los honorarios del sector privado en Indonesia y encontraron que existía una vinculación estrecha entre ambos. Los cambios netos en la demanda dependen de ambos precios.

Alderman y Gertler (1989) estimaron el efecto que la modificación de los honorarios por concepto de atención médica cobrados por el sector público sobre la demanda de servicios públicos y privados en Pakistán. Si bien no dispusieron de datos para calcular la reacción de la oferta del sector privado, examinaron los posibles efectos netos sobre el mercado mediante un análisis de sensibilidad. Encontraron que el efecto total de la elevación de los honorarios en los centros de salud depende del aumento inducido del precio en el sector privado, porque ambos precios son elementos determinantes de la utilización del servicio. En el contexto de la evaluación de proyectos puede utilizarse el mismo tipo de información para examinar los efectos de suministrar servicios adicionales a través del sector público (utilizando las cantidades proporcionadas en lugar de los honorarios cobrados).

Teniendo presente que son escasas las informaciones directas sobre la reacción de la oferta de los proveedores privados -el estudio sobre Indonesia es inusitado en el sentido de que se midió la reacción de la oferta privada- una de las posibles soluciones es el uso experimental de diferentes valores en un análisis de sensibilidad, como se hizo en el estudio de Pakistán⁹. Cuando se estima el efecto neto del suministro por el sector público de un servicio que compite con los del sector privado, para simplificar puede postularse que el nuevo servicio público entra al mercado y tiene los mismos efectos que un nuevo servicio privado. Si sugirieran informaciones más completas que el nuevo servicio público tiene otros efectos sobre el sector privado, debería incluirse en la labor del sector. Gracias a la ampliación de la capacidad en el sector público puede reducirse, por ejemplo, el tiempo de espera y es la pérdida de tiempo en la espera para recibir atención de los servicios públicos gratuitos lo que genera la demanda de servicios privados. Aunque no se conozcan con certeza los parámetros (tiempo de espera, determinado por la capacidad, demanda del

⁹ El autor pone a disposición de los lectores un método abreviado para estimar el efecto neto de proporcionar un servicio competitivo con fondos del sector público.

sector privado determinada por el tiempo de espera) pueden utilizarse estimaciones para calcular el valor aproximado del efecto neto de la capacidad. Los nuevos servicios pueden también reducir el tiempo de viaje, que fue lo que generó la demanda de servicios del sector privado. Las estimaciones sobre el tiempo ahorrado y el aumento de la utilización de los servicios pueden emplearse directamente en la evaluación del proyecto y combinarse la información sobre la demanda, como función de la distancia, con datos sobre la distribución geográfica de los beneficiarios potenciales.

Estos ejemplos ponen claramente de manifiesto que es posible que haya que hacer importantes correcciones para considerar el efecto de la sustitución por el sector privado. El grado de corrección será mayor mientras mayor la elasticidad-precio cruzada entre los sectores públicos y privados, mayor la elasticidad de la oferta del sector privado y menor la elasticidad total de la demanda de servicios. Dado que muchos proyectos son de larga duración (la expansión de las redes de clínicas, el establecimientos de programas de prevención) es posible que la elasticidad pertinente de la oferta sea la elasticidad de largo plazo y, aunque ésta es más difícil de estimar con exactitud, será probablemente mucho mayor que la elasticidad de corto plazo. En el corto plazo puede ocurrir que los médicos establecidos del sector privado no se desplacen desde su ubicación actual o modifiquen su horario de trabajo. Al existir un horizonte de más largo plazo, los médicos pueden decidir entrar al mercado local o salir de él, según el grado en que el sector público atraiga clientes potenciales. Asimismo, los posibles profesionales (estudiantes universitarios) pueden elegir ingresar a campos más rentables si la profesión médica se torna menos atractiva.

La elasticidad de la demanda de los servicios puede diferir apreciablemente para los consumidores. En muchos estudios se ha establecido que la elasticidad precio de la demanda de servicios de atención médica es mas alta para los pobres que para otros grupos (Gertler y van der Gaag, 1990).

Por lo tanto, es posible que los proyectos destinados a alcanzar a los sectores pobres tengan que hacer menos ajustes para considerar los efectos de desplazamiento. Sin embargo, Pritchett (1994) encontró, respecto del uso de contraceptivos, que el número de hijos nacidos en una familia guarda una estrecha correlación con el número que ésta desea tener. Por consiguiente, es posible que la

demanda de anticonceptivos sea muy inelástica y esto ocurre porque su costo es muy reducido en comparación con el costo de tener hijos. Es posible que la oferta de anticonceptivos sea muy elástica (si bien en materia de oferta los métodos que requieren proveedores profesionales tendrán características similares a las de otros servicios médicos); si la oferta fuese también inelástica, el precio de los anticonceptivos fluctuaría ampliamente. Cuando la oferta es elástica y la demanda es inelástica, cabe esperar que surtirán poco efecto los programas públicos que subvencionan los servicios de planificación o proporciona servicios de esa índole. Los trabajos empíricos de Pritchett confirman estas expectativas. Pitt, Rosenzweig y Gibbons (1993) y Gertler y Molyneaux (1994) obtuvieron resultados similares en un estudio de Indonesia, aunque utilizaron datos de muy diferente naturaleza.

Existe otro método para determinar el producto neto de los proyectos, que consiste en estimar el efecto del gasto público anterior sobre los resultados obtenidos en materia de salud. Esta estrategia se aplicó en un estudio efectuado por el Banco Mundial en Malasia y posteriormente en otros países (Banco Mundial 1992b, 1995). En el análisis se usó un conjunto de regiones de estos países para estimar los efectos de diferentes tipos de gastos públicos (por lo general se contrastaron los servicios preventivos primarios con la atención médica subvencionada y curativa prestada en consultorios) sobre las mediciones del estado de salud, considerando los ingresos. En el cuadro 6 figuran los resultados obtenidos para Malasia y Filipinas.

3.8.8.

Cuadro 6

Elementos determinantes de la mortalidad infantil

(Coeficientes obtenidos de la estimación de los efectos fijos en grupos de regiones)

Variable	Malasia ^{a/} (14 estados, 1986-89)	Filipinas (13 regiones, 1983-90)
Ingreso	-1.6 (0.97)	-0.223 (0.042)
Agua potable	-0.147 (0.05)	-0.026 (0.027)
Inmunización: difteria, tos ferina, tétanos (DPT)	-0.113 (0.04)	-0.018 (0.013)
Personal médico empleado en el sector público, per capita	1.03 1.03 (0.79)	-0.404 (0.113)
Gasto en salud pública x ingreso		0.041 (0.012)
R2 ajustado	0.55	0.988

Fuente: Jeffrey S. Hammer, Ijaz Nabi y James Cercone, "Distributional effects of social sector expenditures in Malaysia, 1974 to 1989", Public Spending and the Poor: Theory and Evidence, Dominique van de Walle y Kimberly Neade (comps.), Baltimore, Maryland, The Johns Hopkins University Press, 1995; Banco Mundial "Philippina: Public Expenditure Review", Washington, D.C., East Asia Department, 1995. Banco Mundial (1995). Nota: Los errores estándar figuran en paréntesis, ^{a/} Estimación de variables instrumentales, DPT considerada elemento endógeno.

En el caso de Malasia se obtuvieron resultados bien fundados que indicaron que las variaciones en las intervenciones tradicionales en materia de salud pública (inmunización y suministro de agua potable) eran muy importantes para explicar la declinación de la mortalidad infantil, pero que el suministro de servicios de atención médica prestados por el sector público no tenía repercusiones sobre el nivel de salud. En el caso de Filipinas los resultados fueron menos fundamentados, pero algunas especificaciones sugieren que se obtendrían conclusiones similares. Sin embargo, la especificación que más se ajusta, que se reproduce en el cuadro, indica que ocurrió algo muy

distinto. La existencia de un prolongado período en que hubo interacción entre el ingreso regional y los subsidios para la salud pública sugieren que los servicios prestados en las regiones pobres tienen efectos importantes sobre el estado de salud en tanto que los que se suministran en las regiones ricas no tienen repercusión alguna. La mejor explicación para este fenómeno es la existencia de una estrecha sustitución entre el sector privado (de gran tamaño) y el sector público en las regiones de altos ingresos, lo que se traduce en una oferta muy elástica de los proveedores privados. En las regiones de bajos ingresos, gracias a la oferta del sector público se acrecienta apreciablemente el acceso a la atención médica, porque es mucho menos elástica la reacción de la oferta del sector privado.

En el caso de algunos proyectos, como los que comprenden algunas formas de lucha antivectorial, el saneamiento o algunas actividades de educación de salud o de promoción, es imposible cobrar por servicios específicos y por lo tanto no habrá participación del sector privado. En relación con esos proyectos, no puede hacerse una corrección para tener en cuenta el desplazamiento de servicios. En el caso de los servicios en que el sector privado compite con el sector público, deben determinarse las contraposiciones con el sector privado. Es posible que, desde el punto de vista de los cambios sustantivos, el cálculo haga subir la prioridad de los proyectos en virtud de los cuales se suministran bienes públicos que benefician a toda la población, que se superponen en importante medida con las intervenciones tradicionales en materia de salud, y haga bajar la prioridad de los servicios atendidos en consultas de tipo ambulatorio y cuya prestación se inicia a solicitud de los pacientes, para los cuales siempre o casi siempre puede contarse con el sector privado.

Sin embargo, como lo ilustra el caso de las Filipinas no ocurre así siempre. En efecto, la consideración de los efectos del proyecto sobre el sector privado no reducirá necesariamente el valor de la inversión pública. Por ejemplo, el análisis del Banco Mundial sobre el sector de la salud en Malasia (World Bank, 1992b) sugiere que la existencia de un servicio de salud pública confiable en este país ha creado competencia para el sector privado y ha contribuido efectivamente a bajar los honorarios. Este aumento del bienestar atribuible al servicio público no podría haberse estimado basándose solamente en las características del programa público y es necesario entenderlo en el contexto de la organización industrial del sector en su totalidad. La lección general que se

extrae es que las estructuras de los mercados en los países pobres difieren sustancialmente y que pueden cometerse muchos errores en cuanto a los efectos previstos de los proyectos de salud si no se ha realizado el trabajo preparatorio.

3.9. Efectos fiscales, honorarios y proyectos

El tercer aspecto mencionado por Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput es que los fondos públicos para inversión tienen un alto costo, como consecuencia de los efectos distorsionadores de los impuestos necesarios para recaudarlos. Según las estimaciones que aparecen en las publicaciones sobre la materia, las pérdidas alcanzarían a alrededor de 30 a 50% en los países industriales y las cifras serían aún mayores para los países en desarrollo. En muchos países pobres, cuyos sistemas tributarios pueden no ser suficientemente desarrollados y depender en gran medida de los impuestos a la exportación de productos agrícolas, este costo puede ser aun mayor como consecuencia de los efectos distributivos de una tributación más alta. Lo dicho anteriormente permite extraer tres conclusiones principales relativas a los proyectos del sector público. Primero, muchos proyectos se aprueban utilizando métodos convencionales de evaluación de proyectos. Segundo, en el proyecto deben explorarse las oportunidades de recuperación de los costos. Tercero, deben examinarse métodos alternativos, quizá más baratos, para corregir las ineficiencias del mercado que inicialmente justificaron el proyecto. La reglamentación, el otorgamiento de subvenciones parciales o incluso la tributación pueden ser tan eficaces como el financiamiento de proyectos para mejorar los resultados del mercado.

En lo que se refiere al sector de la salud, la primera conclusión sugiere que el gasto público debería destinarse solamente a corregir ineficiencias del mercado cuyos costos en materia de bienestar son al menos tan elevados como el perjuicio ocasionado por los impuestos necesarios para financiarlos. Como no se ha aplicado el análisis formal de proyectos en el sector de la salud y por lo tanto no puede haberse producido un sesgo a favor del suministro de servicios por el sector público, al no haberse tenido en cuenta el costo del servicio público se ha producido probablemente un sesgo similar si bien de carácter informal.

La segunda conclusión que sugiere que se examinen las opciones en materia de recuperación de los costos coincide con el elemento medular de una controversia de largo aliento en materia de salud (Creese, 1991; Griffin y Shaw, 1995). Hay algunos aspectos, que aparecen en el análisis realizado por Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput, que podrían esclarecer esta cuestión. Primero, muchos de los servicios ofrecidos para la atención de salud son bienes privados, sean o no suministrados por el sector privado. Pueden cobrarse honorarios por estos servicios y excluir a quienes no pagan, incluso aunque corrientemente no se cobren. Si existen limitaciones de fondos públicos (o restricciones presupuestarias para el Ministerio de Salud) deben adoptarse conjuntamente las decisiones sobre cuáles proyectos respaldar y cuánto cobrar.

Para decidir si se ha de cobrar o no y cuánto, hay que equiparar dos preocupaciones contrapuestas (Hammer, 1993b). Al cobrar honorarios se reducirá la sangría del presupuesto público para determinado proyecto (o podrá aprovecharse mejor un presupuesto fijo) y por eso la recuperación de los costos contribuirá a que se le dé más alta prioridad a un determinado proyecto. Sin embargo, al elevarse los honorarios se reducirá la demanda de los servicios proporcionados por el sector público. La pregunta que cabe hacerse es qué consecuencia tendrá para la población el hecho de no recibir atención médica. ¿Cuántos serán los consumidores que se abstendrán de buscar atención médica suministrada por el sector público como consecuencia del aumento de los honorarios y qué significará eso para su salud?

El efecto sobre la salud individual depende de varios factores. Primero, ¿se abstienen las personas de buscar tratamiento o se cambian al sector privado?, ¿es grave o no el estado de salud para el cual se abstienen de procurar atención médica?. Segundo, ¿cuál es la eficacia relativa del tratamiento en los sectores público y privado?. En estricto rigor, una cosa es que como consecuencia del aumento de los honorarios las personas no acuden a los consultorios para recibir tratamiento de sus dolores musculares y de las erupciones de la piel (que representan un componente importante de la demanda de servicios hospitalarios locales en Indonesia) o para hacerse el tratamiento adquieren sin receta los medicamentos que les proporcionarían en el servicio público. Otra cosa es que queden en casa y contagien a otros o se mueren de tuberculosis.

Quienes sean los destinatarios de los beneficios derivados de los aumentos de los honorarios y la forma en que se beneficien, dependerá de que los fondos recaudados sean retenidos por los consultorios y utilizados para mejorar la calidad del servicio. Jiménez (1987) muestra en que condiciones el mejoramiento de la calidad puede compensar con creces la carga financiera que imponen los honorarios. Litvack y Bodart (1993) se refieren a un efecto de esa índole que se produjo en Camerún y sostienen que los pobres se benefician en particular en cuanto acceso global a los servicios que se logra por el efecto combinado de los honorarios y el mejoramiento de la calidad.

Es menos probable que, por efecto de los honorarios, se perjudique el estado de salud de los consumidores cuando: 1) la demanda de atención en los servicios públicos es inelástica, es decir, cuando el aumento de los honorarios no induce a los clientes a dejar de utilizar los servicios públicos; ó 2) la demanda de servicios públicos es elástica, pero los clientes continúan utilizándola para enfermedades más graves y dejan de hacerlo para males menores; ó 3) la demanda de servicios públicos es elástica, pero los servicios privados son sucedáneos muy similares, es decir la elasticidad-precio cruzada de la demanda es alta y la oferta privada es también elástica, lo cual significa que los clientes dejan de usar los servicios públicos pero siguen recibiendo atención en las consultas privadas; y 4) la atención privada es eficaz. Si el sector privado se caracteriza por la existencia de proveedores modernos, como por ejemplo las organizaciones no gubernamentales o proveedores del sector público que prestan servicios después de haber cumplido su jornada de trabajo (práctica que es legal y corriente en Indonesia), el desplazamiento desde la atención proporcionada por el sector público hacia la proporcionada por el sector privado no perjudica el estado de salud de la población. Si el sector privado se compone de curanderos tradicionales, que carecen de formación especial (lo que no es efectivo respecto de todos los curanderos) el aumento de la demanda de sus servicios es perjudicial.

Por lo tanto, para juzgar los efectos de los honorarios es necesario conocer bastante bien la demanda de servicios y la naturaleza de la oferta de servicios privados. Como ya se dijo, las características del mercado como las elasticidades de la demanda (a veces con efecto-precio cruzado) se conocen mediante investigaciones, pero varían apreciablemente de un país a otro y por

eso no es posible hacer deducciones que merezcan confianza para un país sobre la base de lo que ocurre en otros y deben investigarse en el contexto específico del trabajo en marcha sobre el sector.

A veces es necesario examinar más detenidamente algunas características del mercado, como la demanda de servicios relacionada específicamente con los síntomas, que pueden ayudar a explicar si las personas dejan de recurrir a la atención médica cuando se trata de salvar su vida. Téngase presente que la información sobre la relación costo-eficacia de los tratamientos médicos no forma parte de la información esencial necesaria para determinar los servicios que han de ser subvencionados en el sector público. La relación costo-eficacia sólo se manifiesta en lo que toca a la diferencia en cuanto a eficacia entre la atención pública y privada.

Tercero, el hecho de que los fondos públicos tengan un costo elevado hace necesario destinar mayores esfuerzos a la búsqueda de políticas que persigan otros fines, aparte del suministro subvencionado de servicios o el financiamiento para corregir ineficiencias del mercado. La supervisión y regulación del sector privado pueden constituir una opción de esa índole, que asegure elevados niveles de atención a un costo inferior para el gobierno y lo mismo vale en el caso de los seguros privados. Asimismo, si la información imperfecta es un elemento clave del mercado de la salud, una función importante del sector público puede ser proporcionar información sobre la calidad y la eficacia de los proveedores privados (Vander Gaag, 1995).

Desafortunadamente, la información necesaria para elegir entre la regulación del sector privado y el suministro de los servicios suele no estar disponible. Del mismo modo, no se entiende bien el funcionamiento de los mercados de seguros en el sector de la salud como para poder recomendar un marco regulatorio apropiado con confianza. Los recientes experimentos en materia de la oferta de seguros podrían arrojar luces sobre esta cuestión (Griffin y Shaw, 1995).

3.10. Fungibilidad y otras cuestiones relacionadas con el comportamiento del servidor público

Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput indican que los efectos reales de los fondos de proyectos pueden guardar poca relación con los elementos específicos de los proyectos que se evalúan. El

gobierno puede haber tenido la intención de poner en marcha el proyecto de todas maneras y los fondos adicionales simplemente le permiten financiar otro proyecto, que podría haber sido considerado marginal. Es posible que los donantes no sólo no sepan a cuales proyectos están aportando fondos sino que tampoco sean capaces de evaluarlos. En gran parte la solidez de este argumento está relacionada con las posibilidades mucho mayores de reasignación de fondos entre sectores más bien que dentro de sectores, pero también tiene importancia la posible reasignación dentro de los ministerios de salud. Desde que se realizó la conferencia Alma Ata en 1977, la comunidad internacional dedicada a la salud pública ha subrayado la necesidad de reasignar recursos a la atención primaria básica y como consecuencia de ello, gran parte de los fondos destinados a la salud pública que proporcionan los donantes se ha orientado hacia ese fin. Sin embargo, cuando se examinan las asignaciones reales que hacen los gobiernos, los encargados de hacer la evaluación encuentran que grandes proporciones de los presupuestos se orientan hacia servicios que no se enmarcan en el modelo de atención primaria.

3.11. Razones “de la ineficiencia del gobierno”

El hecho de que asignaciones de fondos realmente efectuadas difieran tan apreciablemente de los paradigmas internacionales sugiere que en las decisiones adoptadas por los ministerios son determinantes los factores internos como la presión política de los proveedores o de los consumidores pudientes. Es también muy posible que el gobierno cuente con el financiamiento de los proyectos aportado por los donantes para costear los servicios básicos (inmunizaciones, atención rural), dejando a los ministerios en libertad para satisfacer las presiones para que suministre o subvencione los servicios urbanos terciarios.

En un trabajo elaborado recientemente por Feyzioglu, Swaroop, y Zhu (1996) se analiza el efecto que tiene la ayuda externa sobre las modalidades del gasto público. Respecto de la salud, los autores encontraron que, si bien el dinero procedente de la ayuda externa ha contribuido a reducir la mortalidad infantil en los países beneficiarios, no ha ocurrido lo mismo en el caso de los recursos propios de los gobiernos destinados a la salud. Estas conclusiones sugieren que las asignaciones gubernamentales sirven para compensar las preferencias de los donantes y refuerzan lo afirmado

por Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput en el sentido de que los proyectos deben ser evaluados en el contexto de la estrategia sectorial global o mediante exámenes generales del gasto público. En la medida que estos fondos sean fungibles dentro de los ministerios, parece justificarse este consejo.

3.12. Incentivos

La comprensión de las metas, incentivos y restricciones de los gobiernos y sus servidores públicos tienen importancia crítica para el análisis eficaz de proyectos. El comportamiento es decisivo para “la ineficacia del gobierno” la fungibilidad y la decisión de suministrar los servicios, en lugar de regularlos. Es importante conocer los incentivos que se plantean a las autoridades superiores y asimismo su comportamiento para comprender la fungibilidad de los recursos. Para entender los verdaderos impactos de un proyecto, es necesario recopilar la misma información sobre los funcionarios encargados de la ejecución del proyecto. Para decidir entre suministrar y regular los servicios, deben considerarse los incentivos que mueven a los proveedores privados -así como a los funcionarios públicos- su comportamiento probable y la habilidad de los encargados de formular las políticas para influir sobre esos incentivos.

Aunque se ha pensado mucho sobre la forma de definir los precios adecuados que deben utilizarse para valorar el producto de los proyectos, los insumos y productos mismos se consideran como un dato. Las pautas elaboradas por la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI) fueron uno de los textos originales de uso corriente en esta materia; con arreglo a esas pautas la evaluación de proyectos se divide en diez etapas de las cuales la primera consiste en “determinar la ‘producción neta’ del proyecto para luego dividirla en adición a la oferta y ahorro de recursos”(ONUDI, 1972, p.54); las nueve restantes se refieren a los precios de cuenta (valoraciones imputadas) y similares. Además, gran parte del examen de las etapas siguientes versa sobre la división de los productos y casi nada se dice sobre “determinar la producción neta”.

Sería ingenuo suponer que gracias a los insumos del proyecto se alcanzarán los resultados buscados, cualquiera que sea la estructura de incentivos ideados para movilizar a quienes tienen a su cargo los proyectos. Estos incentivos pueden ser específicos para las personas que están

efectivamente elaborando el proyecto y manejando la empresa (si se mantiene en manos del sector público) o pueden influir sobre los agentes privados (como los agricultores que participan en un proyecto de riego) durante el período en el que se generan los beneficios. En relación con esa categoría, se plantean cuestiones de propiedad en los niveles superiores de supervisión y cuestiones de remuneración de los funcionarios del servicio público o de los procedimientos de contratación en los niveles inferiores. Estos últimos, que han sido analizados en numerosos estudios, dependen del marco normativo que rige para el proyecto. En un análisis reciente sobre los incentivos, Pritchett (1996) encontró que la discrepancia entre el valor del capital determinado por los costos acumulados de inversión y su valor establecido por la contribución al producto (productividad marginal) varía enormemente entre diferentes países. Esta discrepancia se atribuye al ámbito económico en que se han efectuado las inversiones y constituye un poderoso argumento en contra de la utilización de las relaciones simples de insumo-producto, que no tienen vínculo alguno con los incentivos que movilizan las personas que trabajan con el capital invertido.

La estructura de los incentivos es muy importante para la evaluación de los proyectos del sector de la salud, especialmente porque la atención médica es un servicio y, por lo tanto, su valor depende de la mantención de los incentivos para los proveedores de servicio que aseguren que su desempeño sea siempre de buena calidad. El mero hecho de construir un consultorio de salud no significa que aparecerán los proveedores de servicios a trabajar y, si lo hacen, eso no constituye garantía de que trabajarán con dedicación en las tareas de atención de sus pacientes. El producto real de las inversiones depende de políticas relativas a las remuneraciones y a otros incentivos que se aplican para estimular el buen comportamiento en el empleo público. Y, así como los incentivos que movilizan a las personas en el sector privado deben examinarse para ver si se han producido ineficiencias en el mercado, deberían también estudiarse los incentivos del sector público a fin de verificar si hay indicios de ineficiencias de parte del gobierno.

Los análisis recientes sobre los sistemas de salud pública indican que existen graves problemas a este respecto. Un indicio que revela estos problemas es el hecho de que se pasen por alto los servicios de salud pública local y se prefieran los servicios privados (o los públicos de nivel más alto) incluso cuando el servicio público es gratuito (Kloos, 1990; Korte y otros, 1992). Entre las

razones aducidas para explicar este comportamiento se mencionan la falta de interés mostrada por los proveedores de servicios públicos, la distancia social existente entre el médico (hombre o mujer) y sus clientes (que se ve exacerbada por la asignación de doctores a regiones étnicas diferentes de la suya), y otros aspectos del comportamiento y del grado de compromiso del doctor perteneciente al servicio público.

Lewis, Sulvetta y La Forgia (1991, 1996) señalan que existen graves problemas en cuanto a la eficiencia técnica en las clínicas y hospitales públicos. En un estudio realizado en la República Dominicana se calculó que la proporción del gasto que realmente beneficia al paciente es inferior a 12%. También en este caso tiene importancia fundamental para el problema la estructura de incentivos para los administradores de hospitales. Si la viabilidad financiera de la empresa no tiene efectos sobre las remuneraciones y las promociones, es posible que decaiga la calidad de la administración.

En el trabajo sobre el sector en Indonesia (Banco Mundial, 1994) se identificó un dilema especial. Por razones relacionadas con las variaciones regionales de las condiciones epidemiológicas y la variedad de tareas que debían realizar los funcionarios públicos de la salud se consideró justificado que las localidades pudiesen proceder con mayor discrecionalidad en la asignación de recursos. Sin embargo, el sistema de incentivos utilizado, que le permitía a los médicos el ejercicio privado de la profesión en las instalaciones públicas (en las tardes cuando estaban cerradas para la atención del público), planteó la posibilidad de que esa discrecionalidad surtiese efectos contrarios a los deseados y que se diera preferencia a la atención de esta índole en discrecionalidad de la amplitud de los alcances de la atención y de los aspectos de salud pública que van en beneficio de toda la población. Se recomendaron reformas para compensar a los proveedores del sector público que atendiesen mejor las prioridades públicas.

Existe la idea generalizada de que una de las consecuencias de la atención privada en que se paga un honorario por el servicio prestado es que los médicos tienden a tratar a los pacientes más de lo necesario a fin de obtener mayores ingresos a través de una mayor prestación de servicios. Sería justo preguntarse si el mismo médico que recibiera un sueldo trataría de manera insuficiente o de

manera inadecuada al paciente, si el hecho no tratarlos de manera satisfactoria no tuviera repercusiones financieras. En principio, ambos problemas pueden resolverse mediante una vigilancia cuidadosa y la aplicación de sanciones adecuadas. Con todo, por importante que sea el asunto, poco se sabe sobre la capacidad relativa de los gobiernos para manejar los sistemas públicos o regular los sistemas privados.

3.13. Conclusiones

En este artículo se ha tratado de mostrar la forma en que las interrogantes planteadas por Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput podrían aplicarse para la evaluación de proyectos en el ámbito de la salud. Aunque el sector de la salud se caracteriza por varias ineficiencias de su mercado, que pueden justificar la participación del sector público, la existencia de mercados en que la competencia es imperfecta no debería utilizarse para dejar de lado a los economistas y para justificar simplemente cualquier intervención. Es necesario identificar las ineficiencias específicas del mercado y en el análisis efectuado a ese fin debería darse una orientación sobre las formas de corregirlos.

La ineficacia de los mercados de seguro es una de las características del sector de la salud. A partir de esta ineficiencia del mercado debería analizarse el valor de la reducción de la inseguridad que a través del proyecto lograrían los beneficiarios y debería procurarse medir dicho valor. Son también característicos del sector público los servicios que sólo corresponden a bienes públicos (lucha contra plagas) o tienen efectos externos definidos (combate de las enfermedades infecciosas). Además, los proyectos de salud suelen promoverse para aliviar la pobreza; sin embargo, los diferentes tipos de servicios tienen características muy diversas en materia de distribución. La sanidad básica, la higiene, incluso la educación de niñas de familias de menores recursos puede tener un efecto mayor sobre la salud de los pobres que los subsidios generales a los servicios de atención en consultorios. Cabe tener presente que en ninguno de estos tres ámbitos -el riesgo, los efectos externos y el alivio de la pobreza- el manejo se hace aplicando normalmente el análisis de la relación costo-eficacia.

En lo que se refiere a establecer las contraposiciones, el expediente consiste en dar una explicación cabal sobre lo que ocurriría al llevar adelante el proyecto *teniendo en cuenta la reacción de otros actores en el sistema de salud*: los consumidores, los proveedores privados (incluidos los curanderos tradicionales) las organizaciones no gubernamentales y los aseguradores (incluido el crédito no estructurado o las transferencias privadas). Como la salud es un bien que en general no es transable, la participación del gobierno afectará el consumo general de servicios de salud. Para establecer esta reacción es muy importante tener conciencia de las características del mercado de servicios médicos, como las elasticidades de la demanda (con respecto a los precios como a otras características del proyecto, entre las cuales cabe mencionar la calidad o la ubicación del servicio) y las elasticidades de la oferta de los proveedores privados (en especial en lo que se refiere a los precios o a la existencia de un sector público competitivo).

El tercer elemento que determina las repercusiones fiscales del proyecto sugiere que la escasez de fondos públicos debería inducir a buscar soluciones alternativas al suministro subvencionado de servicios. En el campo de la salud, el establecimiento de honorarios para los servicios de atención en consultorios es el aspecto más importante en el que se plantea esta cuestión. En este trabajo se afirma que los subsidios más elevados deberían orientarse hacia servicios que tienen una rentabilidad social más alta en relación con la rentabilidad privada y, entre los que son merecedores de subsidios, hacia aquellos cuya demanda es más elástica. Es importante saber cuando el aumento de los precios será contraproducente (por ejemplo, para servicios que tienen una alta elasticidad precio) y cuando pueden ahorrarse fondos para destinarlos a otras necesidades de elevada prioridad, mediante el cobro de honorarios (por ejemplo, los servicios que tienen baja elasticidad precio).

El cuarto componente de un análisis adecuado de proyectos, cual es tener presente la fungibilidad de los recursos del proyecto, se refiere a un planteamiento mucho más amplio relacionado con la comprensión del comportamiento (motivos e incentivos) de los funcionarios públicos. Los motivos de los funcionarios públicos de alta jerarquía pueden transformarse en una materia de discusión en el sector de salud, si los fondos proporcionados por donantes destinados a la atención primaria de salud liberan fondos internos para financiar servicios a los cuales esos donantes asignarían baja prioridad. Sin embargo, es más fundamental comprender los incentivos que alientan a los

funcionarios públicos o a los contratistas del gobierno a proporcionar una atención responsable de alta calidad. Prácticamente todos los proyectos suponen que los insumos del proyecto se usan adecuadamente y que el producto se conoce (al menos expresado en función de número de pacientes atendidos a cierto nivel postulado de calidad). Esta hipótesis no es válida para analizar los servicios y la estructura de los incentivos de los proveedores de servicios debería ser un tema mucho más importante en el análisis e investigaciones de lo que ha sido hasta ahora.

La mayor parte del análisis relacionado con los proyectos debe efectuarse antes de que el proyecto llegue a la etapa de evaluación. En efecto, teniendo presente las cuestiones relativas a la fungibilidad e incentivos, quizá la mejor forma de intervención de los donantes no sea en absoluto a través de proyectos tradicionales sino más bien de créditos generales condicionados a la estrategia y reforma general del sector. Sin embargo, si se propone un proyecto corriente, se necesitará mucha información procedente del trabajo del sector de apoyo antes de hacer la evaluación. En especial, si forman parte del proyecto los servicios de atención en consultorios o de otra índole, respecto de los cuales es necesaria la participación del sector público, habrá que conocer la oferta y demanda de servicios sucedáneos. Así como los tipos de cambio o las escalas de salarios de cuenta (imputados) utilizados en la evaluación de proyectos deberán obtenerse de un trabajo económico de respaldo realizado antes de plantear el proyecto específico, también la estructura del mercado de salud debe estudiarse como parte de la investigación de los antecedentes.

En los países en desarrollo son escasos los análisis de mercado adecuados. ¿Cómo sería entonces la evaluación del proyecto antes de que se pudiera disponer de esos análisis?. Primero, la evaluación debe considerar seriamente la recopilación de información y entretanto pueden idearse proyectos que se centren en las principales ineficiencias del mercado, que quizá esa investigación no ponga de manifiesto. El análisis más detenido del mercado poco influirá sobre la evaluación de actividades de salud que corresponden a bienes de carácter exclusivamente público o que se ocupan de auténticas externalidades y, por lo tanto, podrán seguir llevándose adelante. En el caso de los proyectos cuya meta central es la reducción de la pobreza, deberá establecerse que los beneficiarios del proyecto son de hecho los pobres. La atención médica como mecanismo de redistribución debe usarse con cautela, a menos que por medios vinculados con la localización geográfica o de otra

índole, pueda estimularse a los pobres para que aprovechen los servicios de salud y desalentar a las otras personas de hacerlo. En el caso de otros proyectos cuyo componente de atención en consultorios es elevado se necesitará un examen más detenido. Sin tener muchas informaciones sobre el mercado al cual entrará el gobierno o la estructura de incentivos para los proveedores públicos, es difícil saber cuáles serán los efectos que tendrá el proyecto para la salud (o incluso para la utilización de los servicios). Deberán incorporarse las estimaciones de la elasticidad de la demanda de servicios específicos para el país y las conjeturas relativas a la elasticidad de la oferta competitiva como ponderaciones de los resultados previstos del proyecto. El análisis futuro del sector debe centrarse en la identificación de estos parámetros y la ausencia de información sobre ellos debe alentar a los encargados de evaluar el proyecto a proceder con cautela.

3.14. Bibliografía

Akin, John S. y otros (1985), The Demand for Primary Health Services in the Third World, Totowa, New Jersey, Rowan and Allenheld.

----- (1986) "The demand for outpatient services in the Bicol region of the Philippines", Social Science and Medicine, vol. 22, N° 3, pp. 321-327.

Alderman, Harold y Paul Gertler (1989), "Substitutability of Public and Private Health Care for the Treatment of Children in Pakistan", Living Standards Measurement Study Working Paper, N°57, Washington D.C., Banco Mundial.

Alderman, Harold y Victor Lavy (1996), "Household responses to public health services: Cost and quality tradeoffs", The World Bank Research Observer, vol. 11, N° 1, pp. 3-22.

Anand, Sudhir y Karen Hanson (1995), "Disability adjusted life years: A critical review", Working Paper 95.06, Cambridge, Massachusetts, Harvard Center for Population and Development Studies.

Banco Mundial (1992a), "Arab Republic of Egypt: National Schistosomiasis Control Project", Staff Appraisal Report 10513-EGT, Washington, D.C.

----- (1992b), "Malaysia: Fiscal Reform for Stable Growth", Washington, D.C., East Asia Department.

----- (1993), Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial, 1993, Nueva York, Oxford University Press.

----- (1994), "Indonesia's Health Work Force: Issues and Options", Washington, D.C., East Asia Department.

----- (1995), "Philippines: Public Expenditure Review", Washington, D.C., East Asia Department.

Barnum, Howard (1995), "Economic Evaluation of Health Projects", Washington, D.C., Operations Policy Department, Banco Mundial.

Bobadilla, José-Luis y Helen Saxenian (1993), "Designing an essential national health package", Finance and Development, vol. 30, N° 3, pp. 10-13.

Creese, Andrew (1991), "User charges for health care: A review of recent experience", Health Policy and Planning, vol. 6, N° 4, pp. 309-319.

Devarajan, Shantayanan, Lyn Squire y Sethaput Suthiwart-Narueput (1996), "Reviving Project Analysis at the World Bank", Policy Research Working Paper, N° 1496, Washington, D.C., Banco Mundial.

Feyzioglu, Tarhan, Vinaya Swaroop y Min Zhu (1996), "The Impact of Foreign Aid on Public Spending", Washington, D.C., Banco Mundial.

Gertler, Paul y Jacques van der Gaag (1990), The Willingness to Pay for Medical Care: Evidence From Two Developing Countries, Baltimore, Maryland, The Johns Hopkins University Press.

Gertler, Paul y John Molyneaux (1994), "How economic development and family planning programs combined to reduce Indonesian fertility", Demography, vol. 31, N°1, pp.33-63.

----- (1995), "Pricing Public Health Care Services: Lessons from a Social Experiment in Indonesia", Santa Mónica, California, Rand Corporation.

Govindaraj, Ramesh, Christopher J. L. Murray y Gnanaraj Chellaraj (1995), "Health Expenditures in Latin America", World Bank Technical Paper, N° 274, Washington D.C., Banco Mundial.

Griffin, Charles (1990), "Health Sector Financing in Asia", World Bank Report 8553-ASI, Washington, D.C.

Griffin, Charles y Paul Shaw (1995) "Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through User Fees and Insurance", Directions in Development Series, Washington, D.C., Banco Mundial.

Hammer, Jeffrey S. (1993a), "The economics of Malaria control", The World Bank Research Observer, vol. 8, N° 1, pp. 1-22.

----- (1993b), "Prices and Protocols in Public Health Care", Policy Research Working Paper, N° 1131, Washington, D.C., Banco Mundial.

Hammer, Jeffrey S., Ijaz Nabi y James Cercone (1995), "Distributional effects of social sector expenditures in Malaysia, 1974 to 1989", Public Spending and the Poor: Theory and Evidence, Dominique van de Walle y Kimberly Nead (comps.), Baltimore, Maryland, The Johns Hopkins University Press.

Hammer, Jeffrey S. y Peter Berman (1995), "Ends and means in public health policy in developing countries", Health Sector Reform in Developing Countries, Peter Berman (comp.), Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.

Jiménez, Emanuel (1987) Pricing Policy in the Social Sectors: Cost Recovery for Education and Health in Developing Countries, Baltimore, Maryland, The Johns Hopkins University Press.

Kim, Aeh-Yung y Bruce Benton (1995), "Cost-Benefit Analysis of the Onchocerciasis Control Program", World Bank Technical Paper, N° 282, Washington, D.C.

Kloos, Helmut (1990), "Utilization of selected hospitals, health centers, and health stations in Central, Southern, and Western Ethiopia", Social Science and Medicine, vol. 31, N° 2, pp.101-114.

Korte, R. y otros (1992), "Financing health services in subsaharan Africa: Options for decision makers during adjustment", Social Science and Medicine, vol. 34, N° 1, pp. 1-9.

Lavy, Victor y Jean-Marc Germain (1994), "Quality and Cost in Health Care Choice in Developing Countries", Living Standards Measurement Study Working Paper, N° 105, Washington, D.C., Banco Mundial.

Lewis, Maureen, Margaret Sulvetta y Gerard LaForgia (1991), "Productivity and quality of public hospital medical staff: A Dominican case study", International Journal of Health Planning and Management, vol. 6, N° 4, pp. 287-299.

----- (1996), "Measuring public hospital costs: Empirical evidence from the Dominican Republic", Social Science and Medicine, vol. 43, N° 2, pp. 221-234.

Litvack, Jennic y Claude Bodart (1993), "User fees and improved quality of health care equals improved access: Results of a field experiment in Cameroon", Social Science and Medicine, vol. 37, N° 3, pp. 369-389.

Murray, Christopher J. L. y Alan D. Lopez (1994), Global Comparative Assessments in the Health Sector: Disease Burden Expenditures and Intervention Packages, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS).

Murray, Christopher J. L., Gonghuan Yang y Xinjian Qiao (1992), "Adult mortality: Levels, patterns, and causes", The Health of Adults in the Developing World, Richard G. A. Feachem y otros (comps.), Nueva York, Oxford University Press.

Mwabu, Germano, Martha Ainsworth y Andrew Nyamete (1993), "Quality of medical care and choice of medical treatment in Kenya: An empirical analysis", Journal of Human Resources, vol. 28, N° 4, pp. 838-862.

ONUDI (Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial) (1972), "Pautas para la evaluación de proyectos ", serie Formulación y Evaluación de Proyectos, No. 2 (ID/SER.H/02), Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta: 72.II.B.11.

Pitt, Mark, Mark Rosenzweig y Donna Gibbons (1993), "The determinants and consequences of the placement of government programs in Indonesia", The World Bank Economic Review, vol. 7, N° 3, pp. 319-348.

Pritchett, Lant (1994), "Desired family size and the impact of population policies", Population and Development Review, vol. 20, N° 1, pp. 1-55.

----- (1996), "Minding the P's and Q's: The Cost of investment and the value of capital", Washington, D.C., Banco Mundial.

Solon, Orville y otros (1991), "Health Sector Financing in the Philippines", Manila, Research Triangle Institute/ University of the Philippines, School of Economics.

Sudre, Philippe y otros (1992), "Treatment of chloroquine-resistant malaria in African children: A cost-effectiveness analysis", International Journal of Epidemiology, vol. 21, N° 1, pp. 146-154.

Van der Gaag, Jacques (1995), "Private and Public Initiatives: Working Together for Health and Education", Directions in Development Series, Washington, D.C., Banco Mundial.

Viscusi, W. Kip (1992), Fatal Tradeoffs: Public and Private Responsibilities for Risk, Nueva York, Oxford University Press.

INDICE

PROLOGO

- 1. Más allá de la tasa de rendimiento: un nuevo enfoque en la evaluación de proyectos** (Shantayanan Devarajan, Lyn Squire, Sethaput Suthiwart-Narueput).
- 2. ¿Nuevas fronteras en la evaluación de proyectos? Comentario sobre Devarajan, Squire y Suthiwart-Narueput** (Arnold C. Harberger).
- 3. Análisis económico de proyectos de salud** (Jeffrey S. Hammer).