



Estudios de Asia y África

ISSN: 0185-0164

reaa@colmex.mx

El Colegio de México, A.C.

México

Fernández Ruiz, Jorge

Los objetivos de desarrollo del milenio en Africa Subsahariana

Estudios de Asia y África, vol. XLV, núm. 1, enero-abril, 2010, pp. 11-39

El Colegio de México, A.C.

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58620928001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO EN ÁFRICA SUBSAHARIANA

JORGE FERNÁNDEZ RUIZ

El Colegio de México

En septiembre del año 2000, todos los países miembros de las Naciones Unidas, 147 de ellos representados por jefes de Estado y de gobierno, aprobaron la llamada Declaración del Milenio.¹ En esta declaración reiteraron su compromiso con los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas y reconocieron la responsabilidad colectiva en su defensa. Reconocieron también que aunque el fenómeno de la globalización ofrecía grandes oportunidades, sus beneficios no se habían distribuido equitativamente, y señalaron que el mayor reto de nuestro tiempo era asegurar que se transformara en una fuerza positiva para todo el mundo. De este modo, establecieron una serie de objetivos para acabar con la pobreza, considerada en sus diferentes dimensiones. Entre ellos estaba reducir a la mitad el porcentaje de personas que tienen ingresos menores a un dólar diario² y el de aquéllas que padecen hambre. También se incluían objetivos relativos a la educación, las enfermedades, las disparidades de género y la sostenibilidad del medio ambiente.

Estos objetivos se extrajeron de la Declaración del Milenio, se hicieron más precisos en los aspectos que hacía falta, se asociaron a ellos metas con plazos de cumplimiento concretos, y fueron entonces conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (en adelante ODM). Desde entonces se han convertido en un punto de referencia común en la agenda de desarrollo económico, fenómeno que obedece en gran medida a que, como señalara Kofi Annan, entonces Secretario Gene-

Este artículo fue recibido por la dirección de la revista el 21 de mayo de 2009 y aceptado para su publicación el 15 de julio de 2009.

¹United Nations, 2000.

²Más adelante se establecieron con más precisión éste y los demás objetivos.

ral de las Naciones Unidas, estos objetivos están centrados en el ser humano, son cuantificables y tienen plazos de cumplimiento específicos.³

La Declaración del Milenio aborda los grandes retos del desarrollo en el mundo y asume compromisos que son válidos para todos los países. Sin embargo, singulariza a un continente en particular: a África, dedicándole una sección completa entre las ocho de las cuales consta. En la sección séptima de esta declaración, se asume el compromiso de apoyar a los africanos a erradicar la pobreza y a incorporar a África a la economía mundial, tomando las medidas necesarias para lograrlo.

En este artículo examinamos el desempeño de África subsahariana, la región más pobre del continente, en términos de los ODM. Para ello, en la siguiente sección presentamos los datos acerca del punto de partida y de la evolución de esta región para cada uno de los ODM, subrayando las diferencias con el conjunto de los países en desarrollo. Encontramos que no sólo partió de una situación peor que otras regiones, sino que además África subsahariana ha tenido también una evolución desfavorable, medida con los criterios de los ODM. Posteriormente, abordamos algunas de las razones que se han esgrimido para explicar estos hechos,⁴ que incluyen tanto las circunstancias que hacen a África subsahariana más propensa que otras regiones a caer presa de una “trampa de la pobreza”, como las que aducen que la forma específica que tomaron los ODM y sus metas hacen su cumplimiento más difícil en esta región.

Los datos sobre los ODM en África subsahariana y en el conjunto de los países en desarrollo

En esta sección examinamos las perspectivas acerca de que en África subsahariana se alcancen las metas concretas definidas en los ODM, y las comparamos con las perspectivas presentes en

³ United Nations, 2005.

⁴ Conviene advertir que no pretendemos hacer una revisión de la larga discusión sobre las dificultades del crecimiento económico en África. Nos limitamos a analizar el desempeño de África subsahariana en términos de los ODM, poniendo el acento en la información de las Naciones Unidas.

el resto de los países en desarrollo. Para tener un panorama más completo, también tomamos en cuenta la situación inicial en ambas regiones. En términos generales, encontramos que África subsahariana partió de una situación peor que el conjunto de los países en desarrollo y que, además, las perspectivas de que cumplan con los ODM son también menores. A continuación, nos referimos, uno por uno, a los siete primeros ODM.⁵ El octavo tiene un carácter global: fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

Primer objetivo: erradicar la pobreza extrema y el hambre

Examinemos la meta concreta de reducir, para el año 2015, el porcentaje de personas en situación de pobreza extrema⁶ a la mitad del que había en el año 1990.

En 1990, en África subsahariana 46.8% de la población vivía por debajo de la línea de pobreza extrema, cifra que había disminuido a 41.1% para 2004, lo que significa una reducción de poco más de la décima parte en el porcentaje de pobres. El conjunto de los países en desarrollo partió de una situación menos desventajosa de 31.6% de personas en pobreza extrema, porcentaje que se redujo a 19.2% en 2004, lo que significa una reducción en el porcentaje de pobres de más de un tercio.⁷ De mantenerse estas tendencias, la meta de reducir el porcentaje de personas en pobreza extrema a la mitad de la cifra de 1990 no será alcanzada en África subsahariana, pero sí en el mundo en desarrollo en su conjunto. Esto último obedece en gran medida al progreso observado en Asia Oriental, donde el porcentaje de personas en pobreza extrema pasó de 33% en 1990, a 9.9% en

⁵En cada uno de los ODM nos concentramos, por razones de espacio, en la meta que más se ha enfatizado en los reportes y discusiones de política pública; pero conviene aclarar que en cada objetivo se han ido incluyendo metas adicionales.

⁶Inicialmente se definió a las personas en situación de pobreza extrema como aquellas con ingresos menores a un dólar diario, a precios de 1985, ajustados por la paridad del poder adquisitivo para tener en cuenta las diferencias en los niveles de precios entre los países. Posteriormente se fue modificando este punto de referencia, expresándolo en precios de años más recientes. Sin embargo, con frecuencia se sigue usando la expresión “personas con ingresos menores a un dólar diario” como sinónimo de personas en situación de pobreza extrema.

⁷United Nations, 2007.

2004.⁸ Es decir, en esta región la meta se superó ampliamente, con una caída en la tasa de pobreza extrema a menos de un tercio de su nivel inicial, fenómeno al que contribuyó de forma importante el elevado crecimiento económico de China.⁹

Otra meta que también ha recibido mucha atención en el marco del primer objetivo es la de reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre entre 1990 y 2006. En África subsahariana tal porcentaje era de 33% en 1990-1992, y de 31% en 2001-2003, mientras que en el conjunto de países en desarrollo las cifras correspondientes son de 20% y diecisiete por ciento.¹⁰ En este caso, África subsahariana también tiene un desempeño desfavorable, aunque el contraste con el resto de los países en desarrollo es menos marcado y las dificultades para alcanzar la meta no parecen circunscribirse al caso africano.

Segundo objetivo: alcanzar la educación primaria universal

La meta concreta es que en el año 2015, todos los niños terminen un ciclo completo de educación primaria. Un primer paso para alcanzar esta meta es tener una tasa de 100% matriculación: que todos los niños en edad de asistir a la escuela primaria estén matriculados. África subsahariana ha logrado importantes avances, con una tasa de matriculación que ha aumentado de 54% en 1991 a 71% en 2006. A pesar de este progreso, esta tendencia no es suficiente para estar cerca de la matriculación universal en el año 2015, hecho que se puede ver claramente en

⁸ *Idem.*

⁹ Una revisión metodológica realizada en el año 2008 (véase el *addendum* a United Nations, 2008) que incorporó un conjunto más amplio de encuestas de precios encontró que los niveles de precios en muchos países eran mayores de lo que se pensaba, definió la línea de pobreza extrema en 1.25 dólares diarios a precios de 2005 y resultó en un mayor número de personas en situación de pobreza extrema. En el *addendum* del Reporte 2008 no se presentan datos para el conjunto de los países en desarrollo, sino sólo para las distintas regiones por separado. Los datos revisados para África subsahariana siguen arrojando la conclusión de que la tasa de reducción de la pobreza extrema en esta región es insuficiente para alcanzar la meta propuesta, y la elevadísima tasa de progreso en Asia sigue haciendo factible el cumplimiento de la meta para el conjunto.

¹⁰ United Nations, 2006.

el caso de varios países concretos de la región.¹¹ Aunque el hecho de que muchos niños no estén matriculados en África subsahariana implica, en estricto rigor, que la meta tampoco se alcanzará en el conjunto de los países en desarrollo, es previsible que otras regiones sí estén cerca de la matriculación universal en el año 2015. Tal es el caso de América Latina y el Caribe, donde la tasa de matriculación subió de 87% a 95% entre 1991 y 2006, o el norte de África, donde lo hizo de 83% a 95% en el mismo periodo.¹² En otras zonas del mundo en desarrollo ha habido una evolución desfavorable, pero el nivel inicial era tan alto que resulta posible estar muy cerca de la matriculación universal en el año 2015. Ésta es la situación de Asia Oriental, donde la tasa decreció de 98% a 94% entre 1991 y 2006, o de Asia sudoriental, donde pasó de 96% a 95% en ese mismo periodo.

Los datos anteriores nos muestran que las perspectivas de llegar al año 2015 con una tasa de matriculación de 100% en educación primaria son peores en África subsahariana que en otras regiones y también nos ilustran un argumento que abordamos en una sección posterior y que en este caso es muy claro: la situación inicial de África subsahariana era tal que ya de inicio el cumplimiento de la meta, en la forma en que fue planteada, era más improbable que en otras regiones.

Más aún, la matriculación es sólo el primer paso para completar la educación primaria. Existen muchos niños matriculados en la escuela primaria que no asisten regularmente a ella y que finalmente la abandonan sin terminar el ciclo completo.

De acuerdo al Informe de las Naciones Unidas del año 2005,¹³ la proporción de los niños que llegan al último grado de educación primaria es de poco más de la mitad en África subsahariana, porcentaje que contrasta con el de Asia meridional y occidental y Oceanía, que fluctúa entre 60% y 75% y más aún con el correspondiente a Asia sudoriental, América Latina y

¹¹ Por ejemplo, en Burkina Faso, Senegal, Mali, Madagascar, Guinea, Gambia y Eritrea, de continuarse las tendencias observadas se distará mucho de la matriculación universal en el año 2015. Esto lo tratamos en una sección posterior en que también discutimos el argumento de que la forma específica en que se plantearon diversas metas, como la relativa a la educación primaria, hacían desde el inicio poco realista su cumplimiento en África subsahariana.

¹² Los datos de matriculación de este párrafo provienen de United Nations, 2008.

¹³ United Nations, 2005.

el Caribe, donde supera al noventa por ciento. Nuevamente, África subsahariana está más lejos de la meta concreta propuesta —un ciclo completo de educación primaria para todos los niños— que otras regiones en desarrollo.

*Tercer objetivo: promover la igualdad de género
y el empoderamiento de la mujer*

La meta concreta es eliminar las desigualdades de género en la educación primaria y secundaria para el año 2005, preferentemente, y en todos los niveles a más tardar en el año 2015. La forma de medición adoptada es el número de niñas matriculadas por cada cien niños.

En este caso disponemos ya de información sobre años posteriores a la fecha límite que se estableció de manera “preferente” para cumplir la meta: el año 2005. En la educación primaria no se alcanzó la meta propuesta, aunque se lograron progresos: mientras que en 1991 en África subsahariana se matriculaban 83 niñas por cada 100 niños, para el año 2006 eran ya 89 por cada 100. Las cifras para el conjunto de los países en desarrollo eran de 87 y 94, respectivamente.¹⁴ Por tanto, el año límite de 2005 transcurrió sin haber eliminado por completo el rezago en la matriculación de las niñas con respecto a la de los niños, aunque con una disparidad menor en el conjunto de los países en desarrollo que en África subsahariana, que nuevamente presenta un estado más desfavorable.

Vale la pena aclarar que, no obstante, las disparidades de género en matriculación en educación primaria sí son ya prácticamente inexistentes en algunas regiones del mundo en desarrollo. Por ejemplo, en el año 2006, por cada 100 niños matriculados había 97 niñas matriculadas en América Latina y el Caribe, y 99 en Asia Oriental.

En África subsahariana tampoco se eliminó el rezago en la matriculación de las niñas con respecto a la de los niños en educación secundaria, pues en 2006 sólo se matricularon 80 niñas por cada 100 niños, observándose un retroceso con respecto al

¹⁴ United Nations, 2008.

año 2000, en que esta cifra había sido de 82 niñas por cada 100 niños. Aquí, la comparación con el resto de los países en desarrollo exige llamar la atención sobre el siguiente fenómeno: en las regiones donde se logró cerrar la brecha de género en la primaria, las niñas suelen continuar con la educación secundaria, mientras que los niños ingresan al mercado laboral. Ello resulta en el rezago educativo de estos últimos, particularmente en América Latina y el Caribe, donde en 2006 había 107 niñas por cada 100 niños en educación secundaria.¹⁵ Entonces, la disparidad de género presente en África subsahariana es distinta de la que se observa en otras regiones en desarrollo.

Cuarto objetivo: reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

La meta concreta es reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años. En 1990, 184 de cada 1 000 niños morían antes de cumplir 5 años en África subsahariana. En el año 2006, esa tasa se había reducido a 157 de cada 1 000.¹⁶ Este ritmo de progreso es claramente insuficiente: una reducción de sólo 15% en 16 años, que de mantenerse, no permitirá reducir la tasa de mortalidad, en 2015, a un tercio del valor que tenía en 1990.

El progreso en el conjunto de los países en desarrollo tampoco ha sido tan acelerado como se esperaba al fijar la meta: de una tasa de 103 por cada 1 000 se ha pasado a otra de 80 por cada 1 000,¹⁷ también un progreso demasiado lento. No obstante, conviene subrayar que esto supone una reducción de 22%, mayor que la cifra de 15% alcanzada en África subsahariana.

Quinto objetivo: mejorar la salud materna

La meta concreta es reducir la tasa de mortalidad materna a tres cuartas partes entre 1990 y 2015. En 1990, en África sub-

¹⁵ United Nations, 2008.

¹⁶ *Idem.*

¹⁷ *Idem.*

sahariana había 920 muertes de mujeres por cada 100 000 bebés nacidos vivos.¹⁸ Para el año 2005, la reducción había sido insignificante, registrándose una tasa de 900 muertes de mujeres por cada 100 000 bebés, es decir, una disminución de poco más de 2% en 15 años, que muestra una distancia abrumadora con la reducción de 75% propuesta para el 2015.¹⁹

En el conjunto de los países en desarrollo se partió en 1990 de una tasa de mortalidad materna de 480 mujeres por cada 100 000 bebés, que se redujo a 450 muertes maternas por cada 100 000 bebés en 2005.²⁰ Se trata de una reducción de 6.25% en 15 años, también demasiado lenta para alcanzar la meta. En términos comparativos, nuevamente África subsahariana no sólo partió de una situación mucho peor que el conjunto de los países en desarrollo sino que, además, ha mostrado un menor progreso.

Sexto objetivo: combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Una de las metas es haber detenido, y comenzado a reducir, la propagación del VIH/SIDA para el año 2015. Un primer hecho que debe resaltarse es que la epidemia del SIDA está concentrada en África subsahariana. De acuerdo al Reporte de 2006 de las Naciones Unidas,²¹ en esta región vive 64% de la población seropositiva y 90% de los niños vive con el virus. Esto se produce a pesar de que la población de África subsahariana representa sólo poco más del 10% de la población mundial. Los efectos son devastadores: en esta región mueren por SIDA más de un millón y medio de personas cada año, y existen 12 millones de niños huérfanos.²²

Es difícil valorar la posibilidad de alcanzar la meta propuesta en los ODM a este respecto debido a la falta de información disponible para evaluar tendencias, pero hay algunos signos

¹⁸ La tasa de mortalidad materna más alta del mundo. United Nations, 2008.

¹⁹ United Nations, 2008.

²⁰ *Idem.*

²¹ United Nations, 2006.

²² *Idem.*

esperanzadores. Uno es la existencia de un ejemplo, Uganda, donde se detuvo la propagación de la epidemia y se redujo la prevalencia del VIH desde la década de 1990.²³ Otro es que el Reporte de 2007 informa que, de los 11 países africanos con información que permite evaluar tendencias, ocho muestran un ligero descenso en la tasa de prevalencia en la población joven entre 2000 y 2001. Existen también, sin embargo, dificultades persistentes —e incluso algunas de nueva aparición— que obstaculizan el control y reducción de la epidemia, entre las que destacan: *i*) la desinformación. De acuerdo al Reporte 2007 de las Naciones Unidas,²⁴ menos de un tercio de los hombres jóvenes y menos de una quinta parte de las mujeres jóvenes muestran conocimientos adecuados del VIH/SIDA en África subsahariana; *ii*) la discriminación y estigmatización de los portadores del VIH, fenómenos que disuaden a las personas de visitar centros de diagnóstico para efectuarse las pruebas de VIH. Así, en algunos de los países más afectados por la epidemia se estima que sólo 12% de los hombres y 10% de las mujeres se han hecho la prueba y han recibido los resultados de ella; y *iii*) el contagio a través del uso de jeringas infectadas, que se ha convertido en una nueva fuente de propagación del virus en África subsahariana, por ejemplo, en Mauricio, Kenia, Nigeria, Sudáfrica y Tanzania.²⁵

Una segunda meta es haber detenido y comenzado a reducir, también para el año 2015, la incidencia del paludismo y de otras enfermedades graves. La malaria (o paludismo) es otra enfermedad que se concentra abrumadoramente en África subsahariana y que tampoco se ha podido controlar.

Entre las otras enfermedades graves que se mencionan en la meta, una que desafortunadamente requiere mención especial es la tuberculosis, que ha reaparecido con especial fuerza en África subsahariana, con una tendencia contraria al conjunto de los países en desarrollo (pero similar a la de la Comunidad de Estados Independientes, que agrupa a varias de las anti-

²³ Agradezco a un dictaminador anónimo esta apreciación, sobre la que volvemos en más detalle más adelante.

²⁴ United Nations, 2007.

²⁵ *Idem*.

guas repúblicas soviéticas, donde también tuvo una expansión importante). Los datos más recientes²⁶ indican que la tasa de prevalencia de la tuberculosis (entre las personas que no son portadoras del HIV) se elevó en África subsahariana de 352 casos a 521 casos por cada 100 000 habitantes entre 1990 y 2006, en tanto que en el conjunto de los países en desarrollo esta tasa se redujo de 369 casos a 256 casos por cada 100 000 habitantes en el mismo periodo. Es decir, en el caso de la tuberculosis, se partió en 1990 de una situación en que África subsahariana mostraba un índice de prevalencia ligeramente menor que el conjunto de los países en desarrollo, fenómeno que para el año 2006 se había revertido al combinarse una reducción de la prevalencia en el resto del mundo en desarrollo con una explosión de ésta en la región africana.

Las tendencias más recientes para África subsahariana muestran tanto signos esperanzadores como desalentadores. Respecto a los primeros, el número de nuevos casos por cada 100 000 habitantes parece haber comenzado a descender pues después de elevarse de 157 a 296 casos por cada 100 000 habitantes entre 1990 y 2004, se redujo ligeramente a 291 casos en 2006.²⁷ Sin embargo, para revertir el desarrollo de la tuberculosis es esencial su detección y tratamiento tempranos y es aquí donde las noticias son negativas: si, en términos globales, la tasa de detección de 61% estuvo por debajo de la referencia de 65%, fijada en el Plan Global para Detener la Tuberculosis, en África subsahariana la situación fue mucho peor, con una tasa de detección del cuarenta y seis por ciento.²⁸

Séptimo objetivo: garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

En el marco de este objetivo hay varias metas que no se han expresado en términos cuantitativos, como la de incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y programas

²⁶ United Nations, 2008.

²⁷ *Idem.*

²⁸ *Idem.*

nacionales. Sin embargo, una meta que sí se ha cuantificado y reportado en el seguimiento que se hace de los ODM es la de reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible a agua potable e instalaciones sanitarias.

En cuanto a la reducción del porcentaje de personas sin agua potable, para el conjunto de los países en desarrollo la meta fijada está al alcance: en 1990, 29% de la población no usaba fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable, porcentaje que se redujo a 21% en el año 2000 y a 16% en 2006, muy cerca de la mitad del porcentaje inicial, es decir, la meta fijada.²⁹

La situación en África subsahariana es muy distinta: el porcentaje de personas que no usaba fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable en 1990, el año inicial, era mayor, un 51%, y este porcentaje se logró reducir sólo a 42% en el año 2006,³⁰ una tasa de progreso insuficiente para lograr la meta propuesta.

En lo que respecta a la reducción en el porcentaje de personas sin servicios sanitarios, de continuarse con las tendencias observadas no se alcanzará la meta ni para África subsahariana ni para el conjunto de los países en desarrollo. En África subsahariana, en 1990, 74% de la población no disponía de servicios de saneamiento mejorados, porcentaje que sólo se había reducido a 69% en 2006, muy lejos de la mitad de la cifra inicial. En el conjunto de los países en desarrollo, el porcentaje de partida era 59% en 1990, y se había reducido en 2006 a cuarenta y siete por ciento. También en este caso, de mantenerse la tasa de progreso observada, no se alcanzará en 2015 la meta propuesta.

En suma, el panorama que los datos presentados arrojan es, en líneas generales, que África subsahariana partió de una situación más desfavorable que el conjunto de los países en desarrollo y, además, que su progreso para alcanzar las metas propuestas no es suficiente y muestra también un rezago en relación al conjunto.³¹

²⁹ *Idem.*

³⁰ *Idem.*

³¹ Conviene enfatizar que la revisión anterior se refiere a África subsahariana considerada en su conjunto y no pretende dar cuenta de los fenómenos particulares.

Las circunstancias especiales de África subsahariana

En un reporte encargado por el Secretario General de las Naciones Unidas³² al Proyecto de Desarrollo del Milenio —órgano consultivo independiente comisionado por las Naciones Unidas para proponer estrategias para alcanzar los ODM— se agrupan en cuatro las razones que impiden, tanto en África subsahariana como en los países en desarrollo en general, alcanzar los ODM.

La primera se refiere a los problemas de una mala gestión gubernamental. Aquí se engloban desde las políticas inconsistentes hasta los malos manejos de los recursos públicos y la corrupción. La segunda es la existencia de “trampas de pobreza”, es decir, situaciones en que las condiciones iniciales son tan desfavorables que no permiten generar el ahorro y la inversión necesarios para tener un crecimiento sostenido. Una tercera, aplicable sobre todo a países de ingreso medio, es la existencia de bolsas de pobreza persistentes en ciertas regiones o en ciertos grupos sociales que quedan excluidos del progreso del resto del país. La cuarta es la negligencia en la búsqueda de algunos objetivos que no se atienden casi en ningún país.

En comparación con el resto de los países en desarrollo, en África subsahariana las dos primeras razones son particularmente relevantes. La primera, una gestión pública deficiente, donde abundan la corrupción, la falta de respeto a la ley y las políticas económicas inconsistentes, es con frecuencia señalada como un problema fundamental de África subsahariana. Por ejemplo, Boyce y Ndiyumana (2002) estiman amplias fugas de capital originadas en una variedad de conductas inapropia-

A este respecto, además del ejemplo de la reducción sustancial en la prevalencia del VIH en Uganda, otro ejemplo sobresaliente de éxito en un ámbito específico lo constituye el desarrollo político que Ghana ha experimentado desde principios de los noventa (Kelly, 2005; Whitfield, 2009). Ghana registra desde entonces una historia de elecciones regulares cada cuatro años que han generado ya dos veces la transmisión pacífica del poder al partido opositor —en 2000 y 2008— en un entorno que diversos estudiosos califican como de consolidación de la transparencia e independencia de las autoridades electorales (Whitfield, 2009), y de madurez del electorado (Lindberg y Morrison, 2008). Agradezco a un dictaminador anónimo la mención de estos dos ejemplos.

³² United Nations Millenium Project, 2005. Véase también Sachs *et al.*, 2004; y Sachs y McArthur, 2005, para una argumentación en la misma línea.

das que incluyen malversación de préstamos, sobornos y desvío de recursos de empresas estatales. Citan los casos del régimen de Mobutu en el Congo y los regímenes militares en Nigeria como ejemplos donde estas conductas originaron enormes riquezas personales para los dirigentes.

Sin embargo, tanto el Reporte del Proyecto del Milenio³³ como otros trabajos relacionados³⁴ enfatizan el hecho de que muchos países de África subsahariana están o han estado razonablemente bien gobernados en diferentes periodos, sobre todo tomando en cuenta sus bajos niveles de ingreso, y que a pesar de ello, no han podido superar su situación de enorme pobreza.³⁵ Argumentan que aunque es necesario enfrentar los diferentes problemas asociados con una gestión pública deficiente, el subdesarrollo que enfrenta África subsahariana es más profundo.

Las “trampas de pobreza” son un fenómeno que ha recibido mucha atención en la literatura económica especializada, y se refiere a ciertas condiciones económicas y sociales tan desfavorables, que hacen imposible tener un crecimiento económico sostenido. En esencia, si se parte de un nivel de ingreso muy bajo en condiciones adversas: *i*) casi todo el ingreso tendrá que dedicarse al consumo para poder subsistir, quedando un remanente muy pequeño para ahorro que pueda transformarse en inversión, y *ii*) esta inversión no alcanzará el nivel mínimo necesario para ser productiva. Este nivel mínimo de inversión es el requerido para crear y mantener la infraestructura básica de telecomunicaciones, electricidad, transporte, etcétera, que permita que montos adicionales de inversión tengan efectos importantes.

Sachs *et al.* (2004) y el Reporte del Proyecto del Milenio mencionan varios factores que hacen a África subsahariana más vulnerable que otras regiones a quedar atrapada en una “trampa de la pobreza”, entre los que destacan: *i*) los altos costos de

³³ United Nations Millenium Project, 2005.

³⁴ Sachs *et al.*, 2004; Sachs y McArthur, 2005; y Sachs, 2005.

³⁵ Citan como ejemplo los casos de Ghana, Mali y Mozambique, aprobados para recibir financiación de la Cuenta del Desafío del Milenio del gobierno de Estados Unidos porque, de acuerdo a una serie de indicadores de transparencia, están razonablemente bien gobernados.

transporte y la existencia de mercados muy reducidos; *ii*) la baja productividad de la agricultura, y *iii*) la elevada presencia de enfermedades.

Respecto a los altos costos de transporte, Sachs *et al.* (2004) citan estudios que muestran que estos costos son, por ejemplo, mucho más elevados que en los países asiáticos, con un impacto económico que se puede ilustrar con el hecho de que si se redujeran a la mitad, el volumen de transporte se multiplicaría por cinco. Estos autores argumentan que varias circunstancias geográficas e históricas explican tal situación: en primer lugar, el desierto del Sahara aísla a esta región de su mayor mercado natural, Europa Occidental. En segundo lugar, la población africana se concentra en gran medida lejos de las costas, lo que se debe, entre otros factores, a que allí la tierra es de mejor calidad y las lluvias más abundantes, mientras que el riesgo del paludismo es menor. Esta lejanía de las costas, sin embargo, aumenta los costos de transporte desde estos asentamientos humanos hasta los puertos. En tercer lugar, a diferencia de otras regiones, no existen ríos navegables que fluyan hacia las zonas costeras, lo que mitigaría el hecho anterior. Finalmente, la reducida dimensión de los mercados acentúa los efectos de los elevados costos de transporte.

La productividad agrícola en África subsahariana es muy baja comparada con otras regiones en desarrollo, con una producción de cereales por hectárea de menos de la mitad que en América Latina y menos de un tercio que Asia.³⁶ Nuevamente, diversos factores geográficos e históricos contribuyen a explicar esta situación. La agricultura de riego es muy escasa porque existen muy pocos ríos y, a diferencia de Asia Meridional y Oriental, tampoco hay grandes llanuras aluviales que la faciliten. De hecho, la proporción de cultivos producidos bajo este régimen es la más baja del mundo en desarrollo.³⁷ Además, la precipitación pluvial es muy variable, con grandes fluctuaciones entre estaciones y entre distintos años, a lo que se suma el hecho de que la tierra registra una pérdida muy elevada de esta

³⁶ Datos para el año 2000 citados en Sachs *et al.*, 2004, obtenidos de un conjunto de 33 países de África subsahariana tropical que excluye a las economías más pequeñas.

³⁷ United Nations Millenium Project, 2005.

precipitación pluvial por evapotranspiración, debido a las altas temperaturas. El uso de los fertilizantes es muy limitado, en gran parte porque los altos costos de transporte lo hacen poco rentable. Esto deteriora los nutrientes de las tierras y reduce aún más su rendimiento. Por último, un factor de enorme importancia ha sido la marginación de África subsahariana de la Revolución Verde, que permitió entre los años setenta y noventa incrementar substancialmente los rendimientos agrícolas en otras regiones en desarrollo. Esto ocurrió porque las nuevas variedades de semilla de alto rendimiento que se implantaron en otras regiones no eran fácilmente transferibles a la condiciones de África subsahariana, con trópicos áridos y subhúmedos, sin fertilizantes, y que en gran medida no produce los cereales en los que se concentró la investigación de las variedades de altos rendimientos.³⁸ Mientras que entre 1980 y 2000, la producción de cereales por hectárea creció a una tasa anualizada de 2.3% en Asia y de 1.9% en América Latina, lo hizo solamente 0.7% en África subsahariana. Este hecho también se refleja en la producción de alimentos per cápita, que creció anualmente a una tasa de 2.3% en Asia y 0.9% en América Latina, en tanto que en África subsahariana no sólo no creció, sino que registró un ligero decrecimiento (de 0.01% anual).³⁹

Respecto al efecto negativo de las enfermedades en África subsahariana, tres son de especial relevancia: la malaria, el SIDA y la tuberculosis.

La presencia endémica de la malaria (o paludismo) en África subsahariana provee uno de los argumentos más sólidos de que esta región presenta condiciones que la hacen muy propensa a caer en una llamada “trampa de pobreza”. En efecto, de los 247 millones de casos de malaria que se presentan anualmente, 86% (212 millones) ocurren en África (concentrándose abrumadoramente en los países al sur del Sahara). Asimismo, del total de muertes que origina —aproximadamente entre un millón y tres millones—, alrededor de 90% ocurren en África subsahariana, principalmente entre niños menores de cinco años.

³⁸ Sachs *et al.*, 2004.

³⁹ *Idem.* Se refiere a África subsahariana tropical.

Sachs (2004 y 2005) presenta argumentos convincentes de que las condiciones naturales del África subsahariana (más precisamente, de África tropical) son especialmente propicias para la transmisión de la malaria, ocasionando que su combate sea mucho más difícil que en otros lugares del planeta y creando una situación en que esta enfermedad es a la vez una causa y una consecuencia de la pobreza.

El tipo particular de mosquito anófeles que transmite la malaria en África pica casi exclusivamente a personas, a diferencia de lo que ocurre con mosquitos de otras regiones, que también pican al ganado. Esto es importante porque incrementa substancialmente la probabilidad de transmisión de la malaria en comparación con otras regiones, como India, donde el tipo de anófeles presente pica a las personas alrededor de un tercio de las veces. Adicionalmente, de los cuatro tipos de malaria humana, en África predomina el más letal de ellos, el *Plasmodium falciparum*, al que corresponden 98% de los casos de malaria reportados en la región, porcentaje mucho mayor que el registrado en el resto de las regiones, por ejemplo, 56% en el sudeste asiático, o 29% en América.⁴⁰

Finalmente, la existencia de altas temperaturas y una precipitación pluvial adecuada para la reproducción de los mosquitos se unen a las condiciones anteriores para favorecer la prevalencia de la malaria en el África tropical. En esta línea de razonamiento, Kiszewsky *et al.* (2004) elaboran un índice que mide la fuerza de la transmisión de la malaria debida a los factores anteriores, y encuentran que este índice es substancialmente mayor en África tropical que en el resto del mundo en desarrollo.

La relación entre la pobreza y la presencia de malaria es muy estrecha: en 1995 el ingreso per cápita en los países con un alto índice de malaria era, en promedio, sólo cerca de la quinta parte de aquél que tenían los países sin esta característica.⁴¹

⁴⁰Datos correspondientes al año 2006 reportados en World Health Organization, 2008.

⁴¹Gallup y Sachs, 2001. Para este cálculo, se utiliza un índice de malaria definido como la fracción de la población en riesgo de contraer malaria multiplicada por la proporción de casos de malaria debidos al *Plasmodium Falciparum*, y se clasifican los países de acuerdo a si este índice es mayor o menor a 0.5.

El crecimiento del ingreso per cápita también muestra una asociación muy clara con la malaria: entre 1965 y 1980, fue casi seis veces mayor en los países que no tuvieron una elevada incidencia de esta enfermedad, alcanzando un valor de 2.3% anual, que contrasta con 0.4% registrado en los países que sí la tuvieron.⁴² Desde luego, estas asociaciones no nos permiten afirmar que una de las variables sea la causa de la otra. Sin embargo, diversas investigaciones apuntan a que hay una causalidad en las dos direcciones: la pobreza es una de las variables que obstaculizan el control de la malaria, y la malaria es también un poderoso factor que inhibe el crecimiento económico.

La influencia de la pobreza sobre la malaria se deriva de que un nivel menor de ingreso implica menos recursos disponibles para controlar su propagación y tratar a las personas afectadas.

Los estudios de la influencia de la malaria en el ámbito económico se pueden clasificar en dos tipos, de acuerdo a su enfoque microeconómico o macroeconómico.

Los estudios microeconómicos típicamente calculan los costos en que incurren las familias y el sector público cuando se presenta la enfermedad o tratan de prevenirla. Estos costos pueden ser directos o indirectos. Los primeros son los costos privados y públicos de diagnóstico y curación de la enfermedad, como medicamentos, honorarios médicos, costos de hospitalización y gastos de transporte, y los costos en actividades de prevención, como educación, investigación, instalación de mosquiteros y eliminación de focos de infección. Los costos indirectos se refieren al ingreso que se pierde a consecuencia de los episodios de enfermedad o muerte de las personas. Este tipo de estudios arroja costos que resultan considerables para las familias de más bajos ingresos, como en el caso un estudio realizado en Malawi,⁴³ que los estimó en una suma equivalente a 20% del ingreso familiar de los hogares considerados. No obstante la pesada carga que suponen en los estratos económicos más desfavorecidos, los costos de la malaria calculados de esta forma suponen alrededor de 1% del PIB.

⁴² *Idem.*

⁴³ Ettling *et al.*, 1993. Citado por Malaney *et al.*, 2004.

Las estimaciones anteriores son mucho menores que las que utilizan un enfoque macroeconómico. Un ejemplo de este enfoque es el empleado en Gallup y Sachs (2001), quienes estiman que la presencia de la malaria origina una reducción en la tasa de crecimiento económico de 1.3% anual, que sostenida a lo largo de 25 años generaría un efecto acumulado cercano a la mitad del PIB per cápita. Es decir, a largo plazo un país sin malaria tendría el doble de ingreso per cápita que otro en circunstancias similares, pero con malaria. Esta estimación procede de un análisis de regresión en el que el crecimiento económico se explica mediante una serie de variables convencionales, como niveles iniciales de ingreso, escolaridad y condiciones macroeconómicas e institucionales, a las que se agrega como variable explicativa adicional un índice de severidad de la malaria.

La diferencia tan grande entre los dos tipos de estimaciones sugiere que la malaria inhibe el crecimiento económico fundamentalmente a través de canales ajenos al entorno de corto plazo de los hogares (Malaney *et al.*, 2004; Sachs y Malaney, 2002). Uno de ellos es el efecto nocivo sobre la educación de los niños —que más adelante afecta la productividad de los adultos— a través de diversas vías. La más directa es que ocasiona muchos días de ausencia por enfermedad, resultando en un menor aprovechamiento y haciendo más probable el abandono escolar. Sachs y Malaney (2002) citan estudios que atribuyen una ausencia de 11% de los días escolares en Kenia, a la malaria. La malaria también obstruye el desarrollo de los niños suprimiendo el apetito, favoreciendo la aparición de la anemia (Malaney *et al.*, 2004) y afectando la respuesta del sistema inmunológico a otras infecciones.

Al representar una carga sobre la economía familiar, la malaria distrae además recursos que podrían significar ahorro y acumulación de activos, limitando así sus posibilidades de crecimiento.

La malaria también inhibe la movilidad de la población. Esto se debe a que los habitantes de zonas donde la malaria es endémica adquieren con el paso del tiempo una inmunidad parcial a ella, que se disipa a los pocos años de ausencia de más infecciones. Esto resulta en un grave riesgo de emprender actividades

que supongan abandonar temporalmente una zona de malaria endémica, tales como la realización de estudios o el desempeño de un empleo temporal en otros lugares.

Finalmente, la malaria inhibe el turismo y la inversión extranjera. El temor al contagio de malaria por parte de los turistas potenciales afecta el desarrollo de lo que podría ser una industria rentable que impulsara el crecimiento. Este mismo riesgo también es percibido por inversionistas potenciales, actuando así como un factor disuasorio. Respecto a la segunda enfermedad, el SIDA, se ha propagado en África subsahariana con más fuerza que en cualquier otra región del mundo, ocasionando la muerte de más de un millón y medio de personas cada año. En cuanto a sus costos económicos, son iguales o superiores a los de la malaria.⁴⁴ Al igual que en ese caso, podemos añadir a los costos microeconómicos directos e indirectos, derivados de la pérdida de ingreso por la ausencia temporal o la muerte de las personas y los costos de prevención y curación, los costos macroeconómicos, que incluyen un ámbito más amplio que el entorno de los hogares. Resaltemos los siguientes hechos. Se cuentan más de 12 millones de niños huérfanos,⁴⁵ que ven alterada drásticamente sus perspectivas de vida en todos los ámbitos, incluyendo el económico. Además, la epidemia supone la pérdida de maestros, médicos, y muchos otros trabajadores cuya ausencia merma las posibilidades generales de desarrollo económico. A manera de ilustración, consideremos el efecto en la educación: cuando un padre o madre enferma de SIDA y más aún cuando muere, es común que los hijos abandonen la escuela, ya sea para cuidarlos en el primer caso, o por dificultades económicas, en ambos casos. El efecto sobre los docentes no es menos importante: el SIDA ha ocasionado que, sólo en 1999, casi un millón de niños en África subsahariana se quedaran sin maestros (UN, 2005).

Finalmente, el SIDA también está estrechamente relacionado con la tercera enfermedad mencionada, la tuberculosis. A diferencia del resto del mundo, en África subsahariana la incidencia de la tuberculosis aumentó drásticamente entre 1990 y 2006,

⁴⁴ Sachs, 2005.

⁴⁵ United Nations, 2006.

impulsada por la epidemia del SIDA. En efecto, de acuerdo a Reid *et al.* (2006), mientras que en los países con baja prevalencia de VIH, la incidencia de la tuberculosis se incrementó 1.3% entre 1990 y 2005, en los países con alta prevalencia adulta de VIH (mayor a 5%), lo hizo en un 7%, en una situación en que la prevalencia de VIH en la población adulta de un país se ha convertido en el mejor instrumento para predecir la incidencia futura de tuberculosis. A este respecto, es ilustrativo el caso de Zimbabue, donde la incidencia de tuberculosis comenzó a subir aproximadamente entre 4 y 5 años después de que el VIH comenzó a esparcirse, habiéndose multiplicado, para 2004, casi siete veces el número de casos anuales reportados.

En suma, tanto el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas⁴⁶ como otros trabajos en la misma línea presentan argumentos sólidos de que las circunstancias de África subsahariana la hacen más propensa a caer en una trampa de pobreza que otras regiones. No concluyen, sin embargo, que los intentos por abatir la pobreza en esta región sean inútiles; sino que la estrategia correcta para hacerlo es mediante un programa de inversiones que elimine las desventajas que enfrenta. El problema del transporte y aislamiento de los mercados se puede contrarrestar mediante inversiones en carreteras y ferrocarriles. La productividad agrícola se puede incrementar con inversiones que repongan los nutrientes del suelo, construyan obras hidráulicas, utilicen semillas mejoradas y proporcionen asistencia técnica. Y el problema de las enfermedades se puede enfrentar con programas de prevención y control, como el uso de mosquiteros tratados con insecticidas y combinaciones de medicamentos en el caso de la malaria.

Puesto que estas inversiones están fuera del alcance de muchos países de África subsahariana, se requiere la ayuda financiera de los países desarrollados. Por tanto, el argumento de la trampa de la pobreza conduce a la conclusión de que es necesario incrementar la ayuda externa para superarla y que los países razonablemente bien gobernados pueden, al recibirla, alcanzar un crecimiento económico sostenido.

⁴⁶ United Nations Millenium Project, 2005.

El diseño de las metas en los ODM y la experiencia histórica en el África subsahariana

En la sección anterior presentamos argumentos que muestran que efectivamente diversas condiciones naturales de África subsahariana la hacen más propensa que otras regiones a quedar atrapada en una trampa de pobreza, y esto explica en parte su dificultad para mejorar el bienestar de sus habitantes. Sin embargo, parte de su mal desempeño para alcanzar los ODM obedece, como algunos autores han argumentado, a la forma en que están diseñadas las metas asociadas a estos objetivos, que hacen que su consecución no sea realista para muchos países, dada la experiencia histórica.

Para el primer objetivo: reducir el porcentaje de pobreza a la mitad, Easterly (2009) argumenta que no toma en cuenta el hecho de que una misma tasa de crecimiento económico se traducirá en un menor porcentaje de reducción en la pobreza en los países más pobres, y cita estudios que corroboran este hecho. Esto hace más difícil alcanzar la meta propuesta en África subsahariana que en otras regiones, porque es la región con un ingreso per cápita más bajo y, por tanto, requiere una tasa de crecimiento económico mayor para alcanzar la misma reducción en el porcentaje de pobres (a la mitad). Las estimaciones del crecimiento económico requerido para alcanzar la meta en África subsahariana son muy elevadas: por ejemplo, el Banco Mundial⁴⁷ menciona una tasa de crecimiento de al menos 7% durante 15 años, y otros estudios la ubican en rangos incluso mayores.⁴⁸ Esto se compara muy desfavorablemente con la tasa de crecimiento que ha tenido en los últimos decenios e incluso con la tasa de 5% del periodo 2000-2007, la mayor en un periodo de 7 años en la historia africana.⁴⁹ Por tanto, incluso creciendo a tasas que en términos históricos resultan muy elevadas en el contexto africano, África subsahariana no alcanzaría esta meta de los ODM. Un crecimiento de 7% anual —el requerido para lograr la meta— sostenido durante una década es

⁴⁷ World Bank, 2004a.

⁴⁸ Véanse las referencias citadas en Easterly, 2009 y Clemens *et al.*, 2007.

⁴⁹ Easterly, 2009.

también históricamente muy elevado en el contexto internacional (se ubica un 10% más alto que los registrados en el periodo 1965-2005).

Asimismo, las metas del segundo y tercer objetivo están fuera del alcance de algunos países de África subsahariana, si nos basamos en lo que históricamente se ha experimentado. Este punto lo enfatizan Clemens (2004) y Clemens *et al.* (2007), quienes analizan la evolución en las tasas de matriculación en la escuela primaria que tuvieron los países desarrollados antes de alcanzar la cobertura universal que hoy disfrutan, así como la experiencia internacional a partir de 1960, que incluye tanto a países en desarrollo como desarrollados. Estas experiencias las comparan, posteriormente, con el ritmo de progreso que se requiere para alcanzar las metas propuestas en los ODM en algunos países con gran rezago educativo y concluyen que estas metas son excesivas para ellos. Enfatizan el ejemplo de Burkina Faso, con un crecimiento reciente en la tasa de matriculación en educación primaria muy por encima del promedio de los países en desarrollo, que reduce aproximadamente en un 6% anual la diferencia entre la tasa de matriculación observada y la matriculación universal. Este ritmo es mayor al 4% anual de reducción experimentado en un país promedio después de 1960, pero de mantenerse ocasionaría que la tasa de matriculación en Burkina Faso fuera, en 2015, sólo del 59.2%, muy lejos de la cobertura universal. Ni siquiera con un desempeño tan bueno como el mejor que aparece en los registros, correspondiente a Corea entre 1920 y 1940, Burkina Faso alcanzaría la meta en 2015.

El hecho de que el progreso en la tasa de cobertura de matriculación sea tan difícil de acelerar se debe a que depende en gran medida de factores que toman tiempo en evolucionar, como las condiciones económicas y los cambios en la educación de los padres.

Clemens (2004) considera que el desempeño reciente de Burkina Faso debería verse como un éxito —y no como un fracaso— a pesar de que su ritmo de progreso no permite cumplir la meta fijada en los ODM. Enfatiza el hecho de que si Burkina Faso incrementara su tasa de matriculación al ritmo que se ha observado en promedio después de 1960, sólo alcanzaría

una tasa de matriculación de 49.5% en 2015, mucho menor que el 59.2% que estiman alcanzará de mantenerse la tendencia. Otros ejemplos de países africanos con un ritmo de progreso mayor al observado por un país promedio después de 1960 y que, sin embargo, no alcanzarán, ni de lejos, la meta propuesta en los ODM son Senegal, Mali, Madagascar, Guinea, Gambia y Eritrea. Este último, por ejemplo, en el año 2000 tenía una tasa de matriculación de 41%; si mantuviera este ritmo de progreso, alcanzaría 67.5% en 2015, lejos de la meta de los ODM pero muy superior al 55.2% que alcanzaría si tuviera la evolución observada en un país promedio desde 1960.

Clemens (2004) y Clemens *et al.* (2007) realizan un análisis similar para la meta de eliminar la disparidad de género en la educación primaria. En este caso, encuentran que los países que tienen una tasa de matriculación menor a 80 niñas por cada 100 niños matriculados tardarían 28 años en alcanzar una tasa de 95 niñas por cada 100 niños al ritmo de progreso observado históricamente. No obstante, pocos países se encuentran en esta situación; la gran mayoría está mucho más cerca de la igualdad de género y sí es previsible que alcancen esta meta para 2015. El promedio para África subsahariana era de 89 niñas por cada 100 niños en 2006. Entre las excepciones mencionan el ejemplo de Níger, con una tasa de 68 niñas por 100 niños en el año 2000, país para el que consideran que una meta más realista, fundamentada en la experiencia histórica, sería una tasa de 83 niñas por cada 100 niños para el año 2015.

En el caso del objetivo relativo a la mortalidad infantil, Easterly (2009) muestra que, de acuerdo a la experiencia histórica internacional, los países con mayores tasas de mortalidad alcanzan menores porcentajes de reducción en ellas. Aquéllos que comienzan con una baja tasa de mortalidad infantil logran reducirla entre 60 y 65% en un periodo de 25 años, en tanto que los países con una tasa de mortalidad más alta, como muchos en África subsahariana, alcanzan reducciones de 35 y 40% en ese mismo periodo, muy inferior a la meta de dos tercios.

Clemens *et al.* (2007) hacen un argumento similar que ilustran con la experiencia del periodo 1975-2000, donde de un total de 109 países analizados, solamente 33 lograron reducir la meta

de mortalidad infantil a dos tercios.⁵⁰ Más importante, sin embargo, es el hecho de que solamente uno de ellos era pobre en el año inicial, 1975. Se trata de Indonesia, que, añaden, gozó de estabilidad política y de amplios recursos petroleros durante la mayor parte del periodo.

Argumentos similares se pueden emplear en la meta de reducir la mortalidad materna a tres cuartas partes. Clemens *et al.* (2007) analizan las reducciones alcanzadas durante la década de 1990 y muestran que mientras en los países más ricos la tasa de progreso sí es acorde con la meta propuesta, los países más pobres tendrían que multiplicarla por cinco para alcanzarla. En cambio, reconocen que este tipo de argumentos no se puede aplicar a las metas de detener la propagación del VIH/SIDA y la malaria, o reducir a la mitad el porcentaje de personas sin agua potable e instalaciones sanitarias, y añaden que en estos casos es posible que algunos avances tecnológicos e inversiones específicas tengan un efecto decisivo. El ejemplo de Uganda⁵¹ provee evidencia esperanzadora de que esto puede en efecto ocurrir en el caso del VIH/SIDA.⁵²

Reflexiones finales

En las secciones anteriores hemos visto que si las tendencias observadas continúan, en gran medida los ODM no serán alcanzados en África subsahariana. Desde luego, es posible que las tendencias pasadas no sean un buen indicador de lo que ocurrirá

⁵⁰ Clemens *et al.*, 2007. Usan como medida de mortalidad infantil a los menores de un año en lugar de los menores de cinco años, como en los ODM, pero argumentan que existe un comportamiento similar en ambos casos.

⁵¹ Agradezco a un evaluador anónimo la mención de este ejemplo.

⁵² En Uganda no sólo se detuvo la propagación de la epidemia, sino que se registró una reducción drástica en la prevalencia del VIH en la década de 1990. Merson (2006) cita estadísticas que ubican en 30% esta prevalencia entre las mujeres que acudían a algunas clínicas urbanas de atención prenatal en 1992, en marcado contraste con el dato de 6% para las mujeres embarazadas en el conjunto del país en 2000. Aunque los datos precisos de esta reducción varían dependiendo de la forma concreta en que se efectúen las mediciones, hay un amplio consenso de que se trató de una disminución sustancial. Este consenso no se extiende, sin embargo, a la importancia relativa de los diferentes cambios que originaron la reducción (Gray *et al.*, 2006; Green *et al.*, 2006; Kirby, 2009; Merson, 2006).

en el futuro. En los reportes de las Naciones Unidas sobre los ODM se insiste con frecuencia en la necesidad de que los países desarrollados incrementen la ayuda oficial para el desarrollo conforme a los compromisos adquiridos, hasta alcanzar la meta de 0.7% de su PIB para 2015. Un incremento importante en esta ayuda podría, desde luego, ocasionar un desempeño mejor de lo que sugeriría la extrapolación de las tendencias observadas en el pasado. Sin embargo, el actual deterioro en el entorno internacional ocasionado por la crisis financiera global sugiere, por el contrario, que la evolución de los países en desarrollo, y de África subsahariana en particular, puede ser peor que lo observado en años recientes.

Se pueden identificar varios canales a través de los cuales es previsible que se produzca este efecto.⁵³ Uno de ellos, la reducción en los flujos de capital privado hacia los países en desarrollo, será mucho menos notorio en el caso de África subsahariana que en otras regiones en desarrollo, debido a que estos flujos eran mucho más limitados antes de la crisis. Un segundo tipo de flujos financieros: la ayuda oficial para el desarrollo, tiene en cambio un efecto potencial mucho mayor que en otras regiones. El riesgo evidente en este caso es que la recesión en los países desarrollados presione sus presupuestos públicos e impida que se lleven a cabo los incrementos en la ayuda que se esperaba ocurrirían o, incluso, que los fondos disponibles para esta ayuda se reduzcan. En este renglón, el efecto sobre África subsahariana podría ser muy elevado.

Un tercer canal son las remesas que envían los trabajadores desde el exterior. Aunque estas remesas han crecido más de 55% desde el año 2000⁵⁴ en África subsahariana, son mucho menores que en otras regiones, tanto en términos absolutos como relativos. Por ejemplo, en relación al PIB representan cerca de 2.5%, cifra que para otras regiones en desarrollo alcanza el cinco por ciento. En términos absolutos, solamente un país de África subsahariana, Nigeria, se encuentra entre los

⁵³ Véase Griffith-Jones y Ocampo, 2009, para un análisis de los efectos de la crisis financiera sobre los países en desarrollo en general.

⁵⁴ Los datos referentes a las remesas mencionados en esta sección proceden de Gupta, Patillo y Wagh (2007).

25 mayores receptores de remesas en el mundo. Sin embargo, para algunos países de la región, los montos de remesas sí son muy elevados y, por tanto, su eventual reducción pudiera tener efectos considerables. Este es el caso de Lesoto, donde equivalen a 28% del PIB, o de Cabo Verde, Guinea-Bissau y Senegal, donde representan más del 5% del PIB. Los efectos de su eventual reducción también pueden verse al notar que en varios países constituyen una fuente importante de divisas: en Lesoto equivalen a más de 60% de los ingresos por exportaciones, y en Cabo Verde, Uganda, y Comoros esta cifra rebasa el veinticinco por ciento.

Finalmente, una cuarta vía, con un efecto potencial muy elevado, es la reducción en las exportaciones y, sobre todo, la caída en los precios de las materias primas. El Banco Mundial estimaba que esta caída sería de 23% en 2009, elevándose a 25% en particular en los precios de la energía.⁵⁵ Esto es importante porque las exportaciones de los países de África subsahariana son fundamentalmente de materias primas. En la mayoría de esos países, sólo tres materias primas representan más de la mitad de sus exportaciones, y muchas veces esta composición está concentrada en un solo producto; esto los hace muy vulnerables a las variaciones en sus precios. El algodón representa 65.2% de las exportaciones en Benin; el aluminio 60% en Mozambique; el cobre 52.5% en Zambia; y el petróleo 85.7% en Nigeria y 75.9% en Congo.⁵⁶

Considerados conjuntamente, estos impactos, sin duda, harán aún más difícil alcanzar los ODM en África subsahariana, que de suyo ya eran poco realistas para muchos países de esa región. Sin embargo, es posible, y quizás más justo, adoptar una visión más amplia de los ODM que no se limite a revisar el cumplimiento estricto de las metas concretas. Se trata de una visión que los contemple como un gran catalizador de los esfuerzos para mejorar las condiciones de vida en el mundo en desarrollo y, en particular, en África subsahariana. De este modo, los ODM serán exitosos en la medida en que logren intensificar estos esfuerzos

⁵⁵ Griffith-Jones y Ocampo, 2009.

⁵⁶ Marinkov y Burger, 2005.

y, de esta manera, logren también que estas condiciones de vida sean mejores de lo que serían en su ausencia. ❖

Dirección institucional del autor:

Centro de Estudios Económicos

El Colegio de México

Camino al Ajusco 20

Pedregal de Santa Teresa

10740, México, D. F.

✉ jfernand@colmex.mx

Bibliografía

- BOYCE, James K. y Leonce Ndikumana, "Africa's debt: Who owes whom?", *Working Paper*, 48, Political Economy Research Institute, 2002.
- CLEMENS, M. A., "The long walk to school: International educational goals in perspective", *Working Paper*, 37, Center for Global Development, 2004.
- CLEMENS, M. A., C. J. Kenny y T. J. Moss, "The trouble with the MDGs: Confronting expectations of aid and development success", *World Development*, 35 (5), 2007, pp. 735-751.
- EASTERLY, W., "How the Millennium Development Goals are unfair to Africa", *World Development*, 37, 2009, pp. 26-35.
- ETTLING, M. B., L. Chitsulo y D. McFarland, "Malawi: The economic impact of malaria on low income households", *Vector Biology and Control Project*, Arlington, VA., reporte núm. 82239, 1993.
- FAY, M., D. Leipziger, Q. Wodon y T. Yepes, "Achieving child-related millennium development goals: the role of infrastructure", *World Development*, 33 (8), 2005, pp. 1267-1284.
- GALLUP, J. L. y J. Sachs, "The economic burden of malaria", *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 64, 2001, pp. 85-96.
- GRAY, R. H., S. Serwadda, G. Kigozi, F. Nalugoda y M. J. Wawer, "Uganda's HIV prevention success: The role of sexual behavior change and the national response. Commentary on Green *et al.*", *AIDS and Behavior*, 10, 4, s/a, pp. 347-350.
- GREEN, E. C., D. T. Halperin, V. Nantulya y J. Hogle, "Uganda's HIV prevention success: The role of sexual behavior change and the national response", *AIDS and Behavior*, 10, 4, 2006, pp. 335-346.

- GRIFFITH-JONES, S. y J. A. Ocampo, "The financial crisis and its impact on developing countries", *Working Paper*, núm. 53, International Policy Centre for Inclusive Growth, 2009.
- GUPTA, S., C. Patillo y S. Wagh, "Impact of Remittances on Poverty and Financial Development in Sub-Saharan Africa", *International Monetary Fund Working Paper*, 07/38, 2007.
- KELLY, R., "The 2004 elections in Northern Ghana", *Review of African Political Economy*, 32, 2005, pp. 455-461.
- KIRBY, D., "Changes in sexual behaviour leading to the decline in the prevalence of HIV in Uganda: Confirmation from multiple sources of evidence", *Sexually Transmitted Infections*, 84 (supl. II), 2008, ii35-ii41.
- KISZEWSKI, A., A. Mellinger, A. Spielman, P. Malaney, S. Sachs y J. Sachs, "A Global Index Representing the Stability of Malaria Transmisión", *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 70, 2004, pp. 486-498.
- LINDBERG, S. y M. Morrison, "Are African Voters Really Ethnic or Clientelistic? Survey Evidence from Ghana", *Political Science Quarterly*, 123, 1, 2008, pp. 95-122.
- MALANEY, P., A. Spielman y J. Sachs, "The malaria gap", *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 71, 2004, pp. 141-146.
- MARINKOV, M. y P. Burger, "The various dimensions of commodity dependence in Africa", *South African Journal of Economics*, 73, 2, 2005, pp. 269-291.
- MERSON, M., "Uganda's HIV/AIDS Epidemia: Guest Editorial", *AIDS and Behavior*, 10, 4, 2006, pp. 333-334.
- RAVALLION, M., "Achieving child-related Millennium Development Goals: The role of infrastructure. A comment", *World Development*, 35 (5), 2007, pp. 920-928.
- REID, A., F. Scano, H. Getahun *et al.*, "Towards universal access to HIV prevention, treatment, care and support: The role of tuberculosis/HIV collaboration", *The Lancet Infectious Diseases*, 6, 2006, pp. 483-495.
- SACHS, J., *El fin de la pobreza. Cómo conseguirlo en nuestro tiempo*, Barcelona, Debate, 2005a.
- SACHS, J. y P. Malaney, "The economic and social burden of malaria", *Nature*, 415, 2002, pp. 680-685.
- SACHS, J. y J. McArthur, "The Millenium Project: A plan for meeting the Millenium Development Goals", *Lancet*, 2005, pp. 365, 347-353.
- SACHS, J., J. McArthur, G. Schmidt-Traub, M. Kruk, C. Bahadur, M. Faye y G. McCord, "Ending Africa's poverty trap", *Brookings Papers on Economic Activity*, 35, (1), 2004, pp. 117-216.

- United Nations, *United Nations Millenium Declaration*. A/Res/ 55/2, Nueva York, 2000.
- , *The Millenium Development Goals Report 2005*, Nueva York, 2005.
- , *The Millenium Development Goals Report 2006*, Nueva York, 2006.
- , *The Millenium Development Goals Report 2007*, Nueva York, 2007.
- , *The Millenium Development Goals Report 2008*, Nueva York, 2008.
- United Nations Millenium Project, *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millenium Development Goals*, Nueva York, 2005.
- WHITFIELD, L., “Change for a better Ghana: Party competition, institutionalization and alternation in Ghana’s 2008 elections”, *African Affairs*, 108, s/a, pp. 621-641.
- World Bank, *Strategic Framework for Asistance to Africa: IDA and the Emerging Partnership Model. Africa Region*, Washington, World Bank, 2004a.
- World Health Organization, *World Malaria Report*, 2008.

