



Munich Personal RePEc Archive

## **Evaluating for learning. Efficiency in health and development.**

LARRÚ, JOSÉ MARÍA

Universidad CEU San Pablo

10 May 2012

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/38788/>

MPRA Paper No. 38788, posted 15 May 2012 11:40 UTC

## EVALUAR PARA APRENDER. EFICIENCIA EN SALUD Y DESARROLLO<sup>1</sup>.

José María Larrú

Universidad CEU San Pablo

[larram@ceu.es](mailto:larram@ceu.es)

### RESUMEN:

Este trabajo presenta una revisión de la evolución de la AOD en salud entre 2002-2010, así como ejemplos de los resultados obtenidos de evaluaciones de impacto en salud. La principal enseñanza consiste en diferenciar los insumos o volúmenes de los flujos de AOD de los resultados de esas inversiones para estimular el uso y aprendizaje a partir de las evaluaciones.

Palabras clave: ayuda oficial al desarrollo, salud, evaluaciones, impacto.

JEL: C93; F35; I00.

### ABSTRACT:

The paper shows the evolution of ODA for the health sector for 2002-2010. It also shows a review of some findings from impact evaluation in the health sector. The main message is the difference between inputs (ODA flows) and outcomes (effects detected in the evaluations). The policy recommendation is that ODA volumes are only accountability exercises but evaluations can lead to more evidence based decisions.

Key words: ODA, health, evaluations, impact.

JEL: C93; F35; I00.

---

<sup>1</sup> Texto preparado para el XI Foro de Manos Unidas Andalucía. Málaga 11 de Mayo de 2012.

## 1. INTRODUCCIÓN.

La salud es uno de los elementos principales del desarrollo humano. Si entendemos por desarrollo el proceso por el que se expanden las oportunidades y capacidades que tienen las personas para vivir de una forma libre, para vivir como consideren valioso vivir, ya se está haciendo referencia a la salud. El primer rasgo del desarrollo humano según el PNUD es “vivir una vida larga y saludable” y por eso incorpora la esperanza de vida al nacer como primer componente del Índice de Desarrollo Humano.

Sin salud no hay vida. La muerte es el final del desarrollo (obviamente del biológico). Vivir es lo que desea toda persona, y quien no quiere vivir, probablemente quiere decir que no quiere vivir “así”. Esa puede ser una expresión de la pobreza. Los pobres dicen “no merece la pena vivir así”, en condiciones de sufrimiento, que cuando se hace pobreza extrema o crónica, el sufrimiento se hace radical. Hasta la incapacidad de sobrevivir por falta de alimento y agua.

Suele decirse que “la salud no tiene precio”, pero cualquier gestor de un hospital o centro de atención pondría innumerables objeciones. La salud tiene precio: sea en medicamentos, en infraestructuras o en horas de trabajo del personal médico-sanitario.

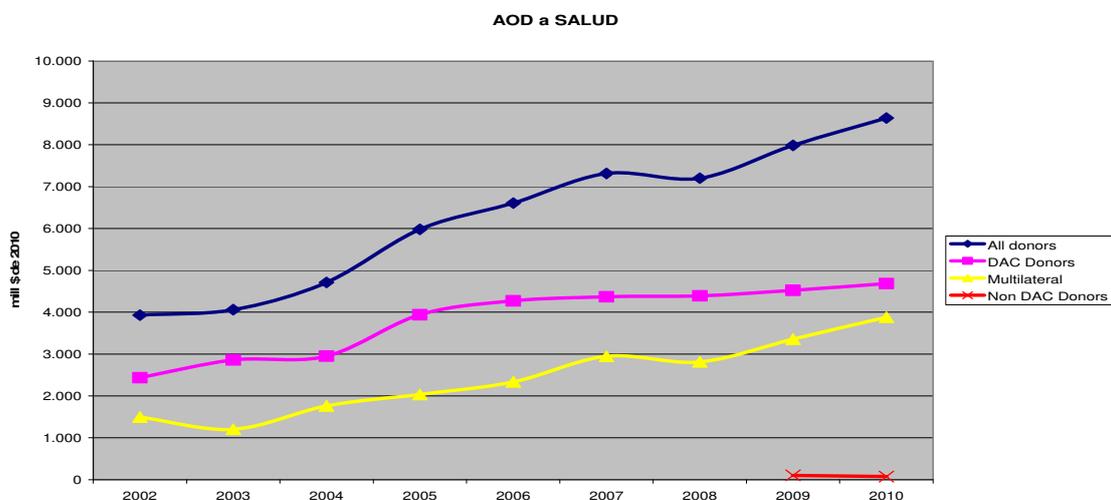
Una de las expresiones más dramáticas de la pobreza de ingreso es no poder acceder a consultas de diagnóstico sobre la enfermedad de un familiar o al tratamiento adecuado. Los pobres llegan a endeudarse –como haríamos cualquiera de nosotros- a unos tipos de interés usureros, con tal de acceder a remedios que mejoren su salud. Eso supone un enorme número de horas de trabajo o la privación de muchos otros bienes que a su vez pueden traer nuevas enfermedades. Por eso es necesario romper este círculo vicioso y ayudar. En este trabajo expondré primero cuál ha sido la evolución más reciente del flujo de ayuda oficial al desarrollo en materia de salud. A continuación, expondré de forma breve cómo es importante considerar la salud en un sentido integral junto a la educación y la nutrición. Esto es especialmente importante a la hora de diseñar intervenciones de ayuda, sean proyectos locales o programas más ambiciosos. En tercer lugar, expondré alguno de los aprendizajes que se están obteniendo gracias a las evaluaciones de impacto en materia de salud. La intención es mostrar cómo la evaluación genera aprendizajes al tiempo que abre nuevas preguntas de interés, reta nuestras convicciones previas o a priori y es capaz de seleccionar preguntas cada vez más afinadas y concretas sobre las conductas de los pobres. Al evaluar, se impone la

escucha activa y atenta de los beneficiarios o usuarios. Escuchar sus incentivos es clave para generar desarrollo humano, no sólo cooperación internacional.

## 2. EVOLUCIÓN DE LA AOD PARA SALUD.

Para realizar este análisis me voy a basar en los datos que reporta el DAC de la OCDE. Escojo los desembolsos brutos en dólares constantes de 2010 para hacer las comparaciones entre donantes y a lo largo del tiempo de forma más rigurosa y precisa. Los datos están disponibles para el periodo 2002-2010. Esto permitirá realizar comparaciones entre casi dos quinquenios: 2002-2005 y 2006-2010 con lo que podremos tener cierta idea de si ha habido cambios estructurales en la asignación de los recursos. Para España, incluso casi coincide con dos periodos de gobierno (PP entre 2002-04 y PSOE entre 2005-08 que fue el periodo del II Plan Director y alargado hasta 2010, año que comienza el descenso del flujo de ayuda motivado por la crisis financiera internacional y nacional).

Gráfico 1. Evolución de la AOD a salud.



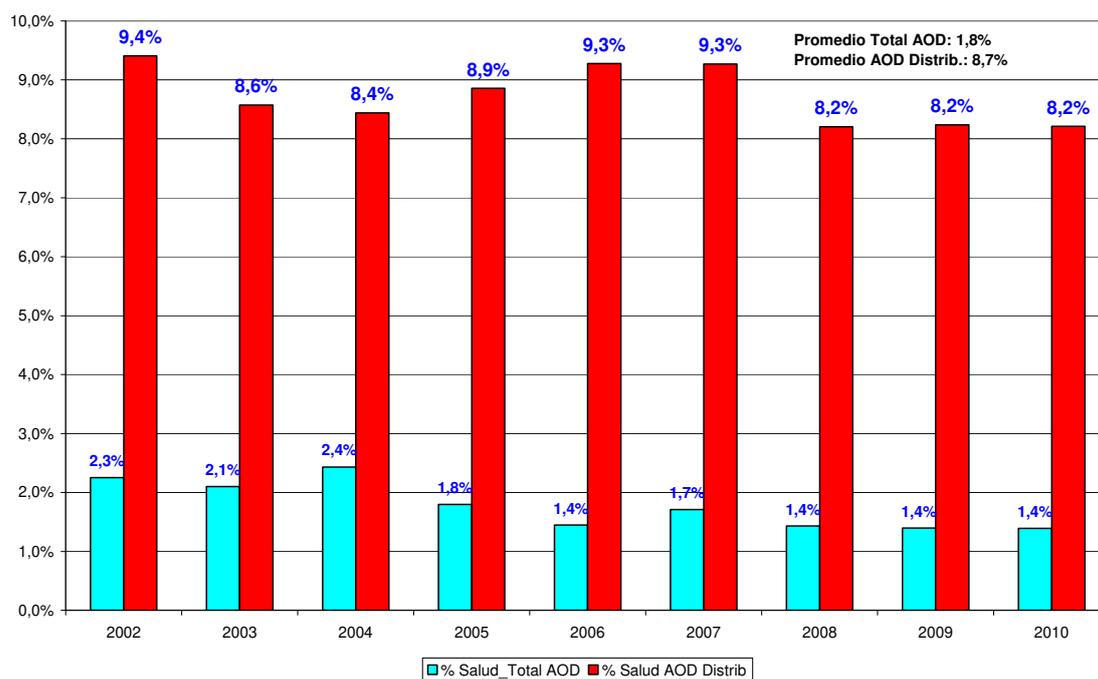
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del CAD (2012).

Lo primero que se observa al analizar los datos recogidos en el Gráfico 1, es que el volumen de ayuda a salud ha crecido de forma muy notable. Si en 2002 el monto de todos los donantes ascendía a 4.000 millones de dólares, en 2009 casi se duplica esa cifra y en 2010 ascendió a 8.640 millones de dólares. Este ascenso se ha producido sobre todo por las aportaciones crecientes de los fondos y organismos multilaterales que crecieron un 12,7% en tasa acumulativa de los nueve años considerados, resaltando el

incremento interanual de 2004 (un 46%). Los fondos bilaterales crecieron un 8,5% siendo 2005 al año de mayor crecimiento (un 33%).

El promedio de éstos años de la AOD a salud sobre el total de AOD es del 1,8%, con un máximo del 2,4% en 2004. Si consideramos el ratio sobre la AOD sectorialmente distribuible el máximo se eleva al 9,3% (años 2006 y 2007) y el promedio al 8,7%. (Gráfico 2 y Tabla 1).

Gráfico 2. Porcentaje de la AOD a salud sobre el AOD total y sobre la distribuible.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del CAD (2012).

Tabla 1. Tasas de variación y porcentaje de la AOD a salud.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2002-10
Tasas var. AOD Total		3,3%	16,0%	26,9%	10,5%	10,7%	-1,5%	10,9%	8,2%	10,3%
Tasa var. bilateral		17,3%	3,2%	33,6%	8,4%	2,2%	0,5%	3,0%	3,6%	8,5%
Tasa var. Multilateral		-19,5%	46,5%	15,6%	14,6%	26,2%	-4,6%	19,4%	15,6%	12,7%
% Salud_Total AOD	2,3%	2,1%	2,4%	1,8%	1,4%	1,7%	1,4%	1,4%	1,4%	1,8%
% Salud AOD Distrib	9,4%	8,6%	8,4%	8,9%	9,3%	9,3%	8,2%	8,2%	8,2%	8,7%

Fuente: cálculos propios a partir de los datos del CAD (2012).

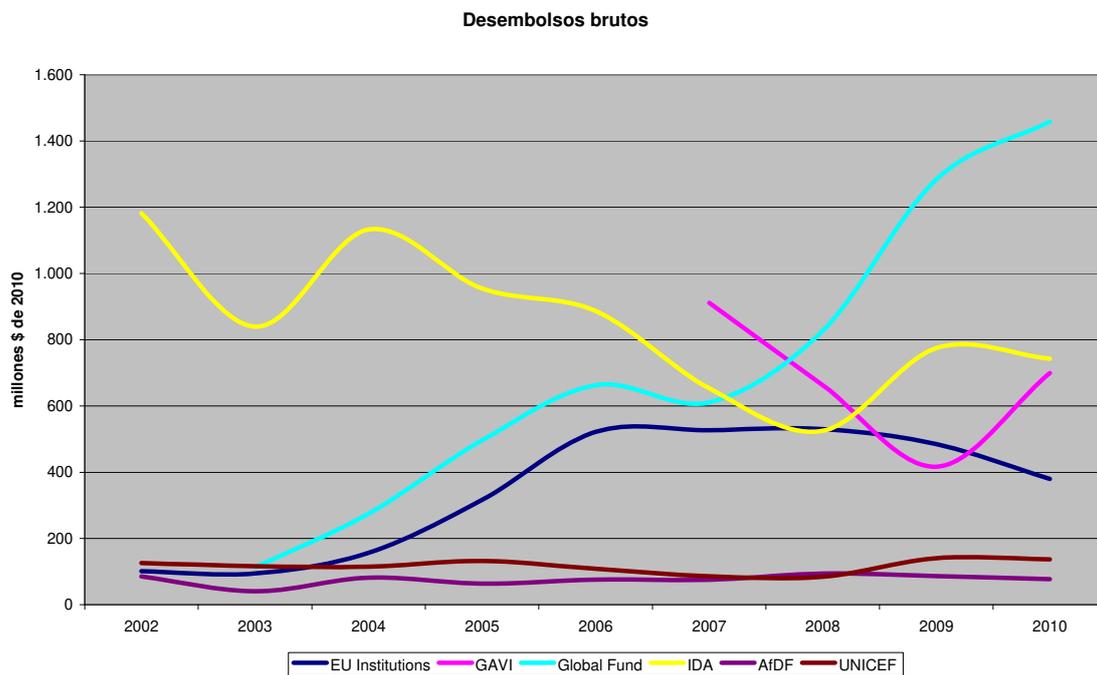
Los fondos multilaterales llegan a representar el 45% del total de AOD a salud en el año 2010, siendo los más importantes –y por este orden tal como recoge la Tabla 2- la ventanilla blanda del Banco Mundial (IDA); el Fondo Global; la Comisión Europea, la Alianza Global para la Vacunación Infantil (GAVI en sus siglas inglesas), UNICEF; y el Fondo Africano de Desarrollo (AfDF). Una idea de su evolución puede obtenerse del gráfico 3. Es notable observar la marcada tendencia descendente de IDA y la creciente del Fondo Global.

Tabla 2. Principales donantes multilaterales de AOD a Salud.

Donante	Stock AOD 2002-10	%	% acumulado
<b>MULTILATERAL</b>	<b>21.829,84</b>	<b>100%</b>	
IDA	7.690,09	35,2%	35,20%
Global Fund	5.727,76	26,2%	61,44%
EU Institutions	3.112,42	14,3%	75,70%
GAVI	2.690,01	12,3%	88,02%
UNICEF	1.045,30	4,8%	92,81%
AfDF	679,79	3,1%	95,92%

Fuente: cálculos propios a partir de los datos del CAD (2012).

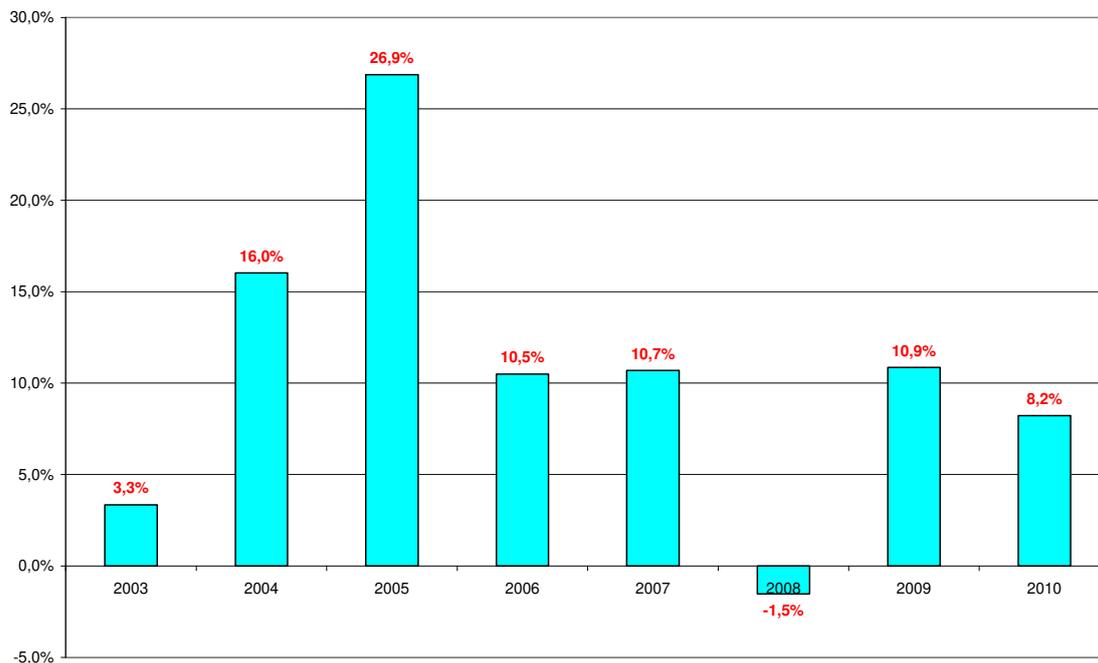
Gráfico 3. AOD multilateral a salud.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del CAD (2012).

Por otra parte, si observamos las variaciones interanuales (Gráfico 4), notaremos la fuerte volatilidad a la que están sometidos los flujos de AOD a salud. Tras subidas del 16% o casi el 27% en 2004 y 2005, se llega a descensos del -1,5% en 2008. La influencia que esta falta de estabilidad y previsibilidad de los flujos ejerce sobre la ineficacia de la ayuda ha sido muy señalada por la literatura académica y por las Declaraciones de París (2005), Accra (2008) y Busán (2011).

Gráfico 4. Tasas de variación interanual de la AOD a salud (todos los donantes).

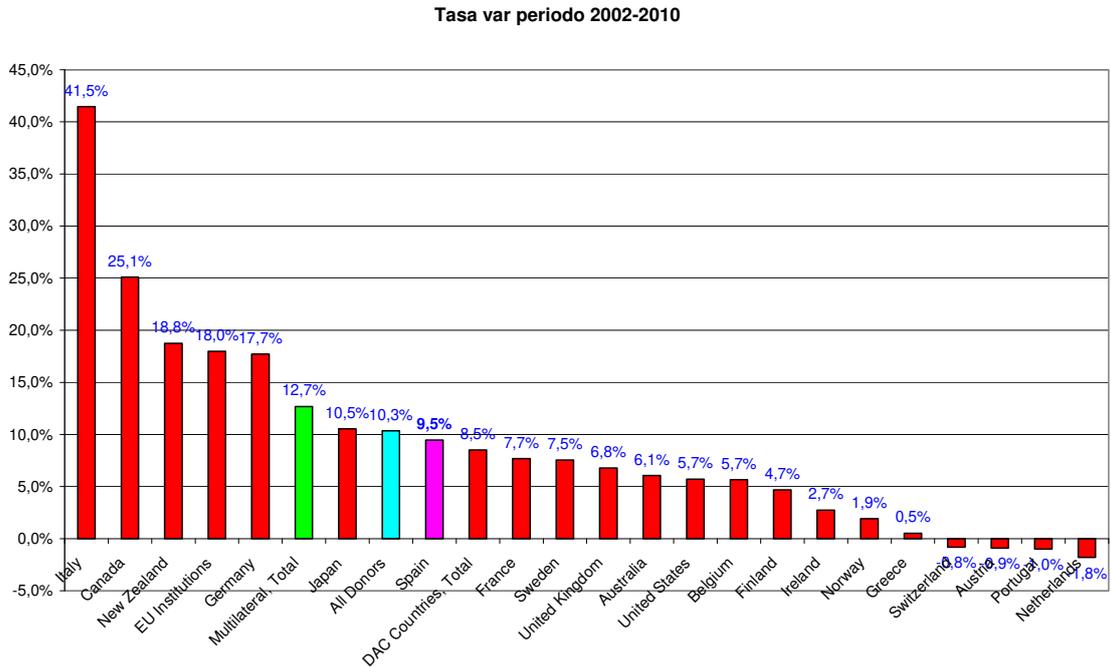


Fuente: elaboración propia a partir de los datos del CAD (2012).

Centrando el análisis en los donantes bilaterales, hemos calculado la tasa de crecimiento de la AOD a salud entre 2002 y 2010. El resultado del ranking de cómo varía la importancia de la salud en cada donante –al menos medida por el dinero de AOD destinado a ella- es la siguiente (Gráfico 5).

Los que más crecen son Italia y Canadá. El promedio de los donantes es de un 10,3%, algo más bajo que el de los multilaterales (12,7%). España se sitúa muy cerca de ese promedio con un 9,5% de aumento. Cuatro donantes (Suiza, Austria, Portugal y Holanda) destinaron menos ayuda a salud en 2010 que en 2002.

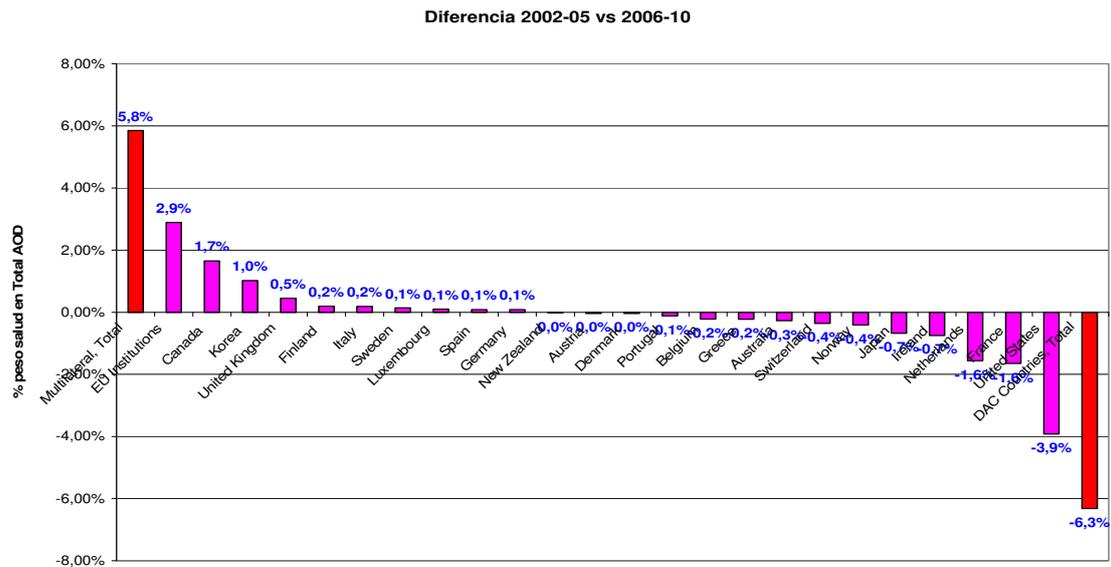
Gráfico 5. Tasa de variación de AOD a salud durante el periodo 2002-2010.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del CAD (2012).

¿Cómo ha cambiado el peso de la salud en la última (casi)década? Para saberlo hemos calculado la diferencia en el porcentaje de AOD a salud sobre el total de ayuda para cada donante entre el periodo 2002-05 y 2006-2010. El resultado es el gráfico 6.

Gráfico 6. Cambio en el peso relativo de la AOD a salud entre (2002-05) y (2006-10).

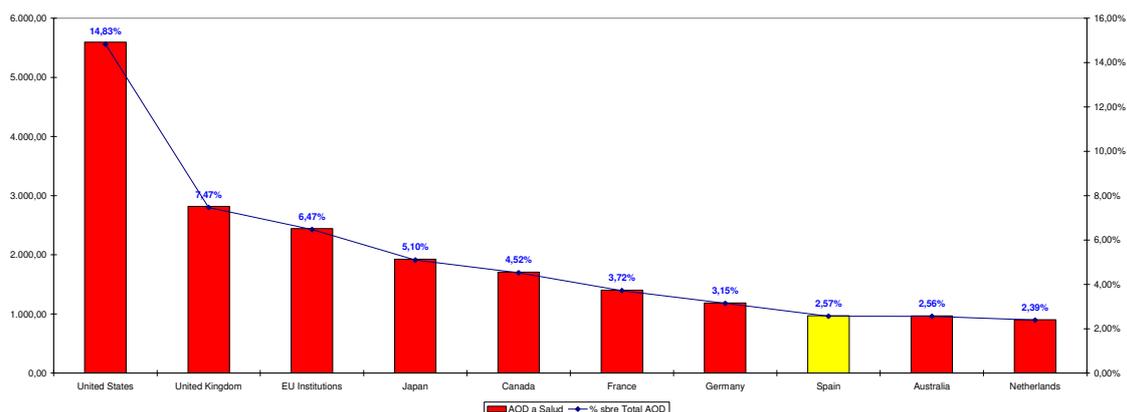


Fuente: elaboración propia a partir de los datos del CAD (2012).

Como se observa en el gráfico, la salud gana peso en el reparto sectorial de la ayuda en los años más recientes en los multilaterales y la Comisión Europea, seguido de Canadá. Pierde peso para Francia, Estados Unidos (casi un 4%) y los donantes del CAD (más de un -6%).

Si sumamos toda la AOD a salud entre 2006-2010 y analizamos qué donantes han puesto más fondos, obtenemos un diagnóstico como el del Gráfico 7. Estados Unidos es el que pone una mayor proporción (y volumen) elevándose ésta al 14% seguido del Reino Unido (más del 7%). España ocupa la séptima posición del *top-ten* entre los bilaterales (considero a la Comisión Europea como multilateral) con un 2,5%. En otras palabras, de todo el presupuesto que se ha destinado a salud dentro de la AOD, el 2,5% ha venido de la aportación española.

Gráfico 7. Top-ten de donantes del stock de AOD a salud entre 2006-2010.

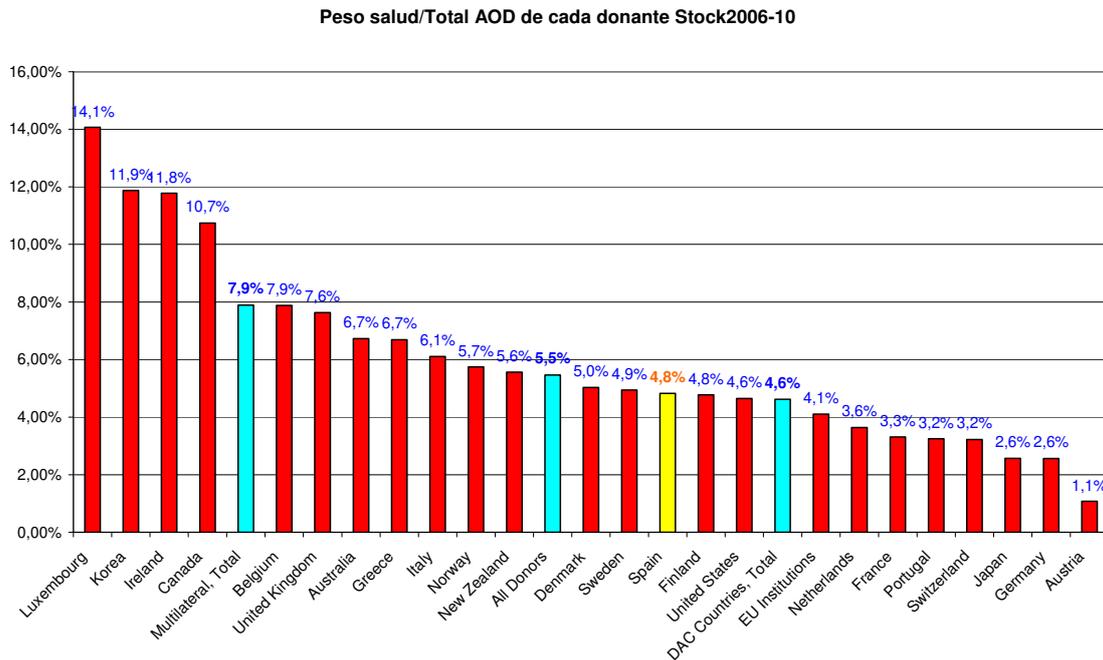


Fuente: elaboración propia a partir de los datos del CAD (2012).

Pero ¿cuánta importancia concedió en los últimos cinco años (2006-10) cada donante a éste sector *dentro* del volumen de su propia ayuda (ya no dentro del global de AOD mundial)? El Gráfico 8 responde a esa pregunta.

Para Luxemburgo, Corea del Sur, Irlanda y Canadá la ratio supera el 10%. Para los organismos multilaterales casi un 8%. El promedio de todos los donantes es un 5,5%. España está aún por debajo de ese promedio con un 4,8%. El dato podría sorprender a la opinión pública. Si preguntáramos a los contribuyentes a qué se debería destinar la ayuda al desarrollo, no creo que sólo el 4,8% de las respuestas dijeran que a salud, pero esta es la evidencia empírica.

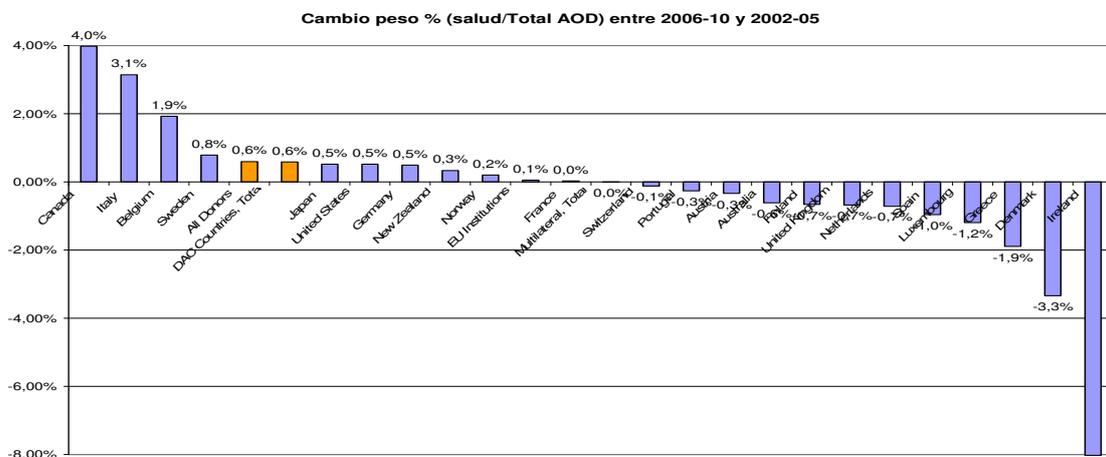
Gráfico 8. Importancia de la salud en la distribución de AOD de cada donante.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del CAD (2012).

Y si lo comparamos con lo que cada donante destinó entre 2002-05 observamos que en ocho donantes la salud perdió importancia a la hora de asignar los fondos entre los diversos sectores. En España perdió un -0,96% pasando del 5,78% entre 2002-05 al 4,83% de 2006-10. El caso más extremo es Irlanda donde perdió un -8%.

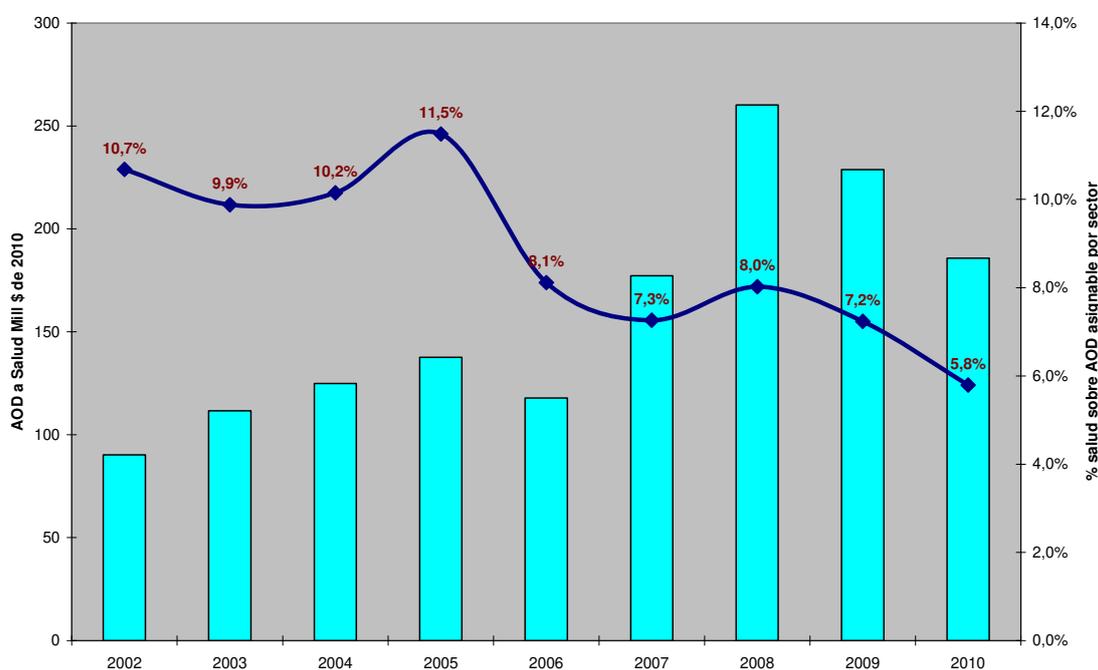
Gráfico 9. Diferencia en el peso de la salud sobre el total de AOD.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del CAD (2012).

Profundizando el caso español. Si en vez de comparar la AOD a salud sobre el total de AOD, ganamos rigor comparándolo sobre la AOD distribuible sectorialmente (Gráfico 10), observamos que entre 2002-05 la proporción se situó en un promedio del 10,5% con un máximo del 11,5% en 2005, mientras que entre 2006-10 descendió al 7,2% aunque las cantidades fueron bastante mayores (un máximo de 260 millones de dólares en 2008, donde representó el 8% de la ayuda distribuible).

Gráfico 10. Evolución del volumen y porcentaje de AOD española a salud sobre la distribuible.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del CAD (2012).

En resumen, aunque España ha aumentado el volumen de AOD los años 2006-10 y eso incluye la AOD a salud, éste sector ha perdido peso en el reparto de la AOD distribuible respecto al que tuvo entre 2002-05.

Profundizando el análisis y obteniendo los datos de cada subsector de salud tal como los clasifica el CAD, obtenemos la siguiente distribución (Tabla 2).

Tabla 2. Subsectores de AOD española a salud: stock 2006-2010.

	2006-10	% del Total
<b>120: I.2. SALUD, Total</b>	<b>969,86</b>	<b>100,0%</b>
<b>122: I.2.b. Salud Básica, Total</b>	<b>617,91</b>	<b>63,7%</b>
<b>121: I.2.a. Salud, General, Total</b>	<b>351,95</b>	<b>36,3%</b>
12110: Política sanitaria y gestión administrativa	204,22	21,1%
12220: Cuidados en Salud Básica	179,70	18,5%
12230: Infraestructura Salud Básica	161,17	16,6%
12240: Nutrición Básica	128,90	13,3%
12191: Servicios Médicos	106,66	11,0%
12250: Control Infecciones	78,62	8,1%
12281: Desarrollo del personal de salud	33,84	3,5%
12182: Investigación médica	26,84	2,8%
12262: Control de Malaria	16,45	1,7%
12261: Educación en Salud	15,61	1,6%
12181: Educación y formación médica	14,23	1,5%
12263: Control de Tuberculosis	3,64	0,4%

Fuente: cálculos propios a partir de los datos del CAD (2012).

Respecto al reparto de 2002-05 (no se muestra), en 2006-10 hubo un 12% más en política sanitaria, 9% más en nutrición básica y 14% menos en servicios médicos. Las razones últimas de este cambio estructural desbordan los objetivos de este trabajo, pero como hipótesis a falsar, no creo que se deban a una estrategia premeditada, sino probablemente a la demanda discrecional (quizá algo improvisada) que cada año tenga España como donante en salud y sus múltiples países socios.

En resumen, tras el análisis realizado, los siguientes hechos estilizados han caracterizado el flujo de AOD en la última década:

- el incremento del volumen de AOD bruta, sobre todo debido a los donantes multilaterales;
- tres multilaterales (IDA, el Fondo Global y la UE) concentran las tres cuartas partes del stock de AOD a salud distribuida entre 2002-10;
- la variación interanual es alta, en torno a un 10%, pero llegó a casi el 27% en 2005 y cayó un -1,5% en 2008;
- a salud se destina un promedio del 1,8% del total de AOD y del 8,7% de la AOD distribuible sectorialmente y ambas proporciones han permanecido bastante estables entre 2002-2010;

- comparando la AOD a salud entre 2002-05 con la de 2006-10, la multilateral creció casi un 6% y la bilateral descendió casi es misma proporción;
- en el stock de AOD a salud de 2006-10, Estados Unidos y el Reino Unido aportaron más del 22% de la cantidad y España aportó el 2,5%;
- el peso de la salud dentro de la distribución sectorial de cada donante oscila entre el 14% de Luxemburgo y el 1,1% de Austria, estando España en el 4,8% para el periodo 2006-10, dos décimas por encima de los donantes CAD;
- España destinó una mayor proporción de AOD a salud sobre el total de ayuda, en el periodo 2002-05 (el 5,78%) que entre 2006-10 (el 4,83%), aunque las cantidades fueron mayores en el periodo más reciente;
- Tomando en cuenta sólo la AOD sectorialmente distribuible, España pasa de dedicar un 10,5% a salud en 2002-05 a un 7,2% entre 2006-10;

Los subsectores que más AOD reciben son la política sanitaria y gestión administrativa y los cuidados de salud básica; a investigación médica, por ejemplo, sólo se destinó el 2,8% de la AOD a salud entre 2006-10.

Una vez presentada la evolución de los flujos de AOD a salud, es necesario justificar de alguna manera su importancia, ligando tres dimensiones esenciales del desarrollo humano: la educación, la nutrición y la salud. Es lo que presentamos en el siguiente epígrafe.

### 3. LA CONVENIENCIA DE UN ENFOQUE INTEGRAL EN INTERVENCIONES DE SALUD EN COOPERACIÓN INTERNACIONAL.

La falta de salud genera círculos viciosos (o trampas) de pobreza de las que es difícil salir sin una ayuda externa. La educación, la nutrición y la salud están íntimamente relacionadas y las intervenciones de cooperación internacional (desde proyectos y programas hasta el apoyo presupuestario o las transferencias condicionadas en efectivo) deberían incidir en los tres factores. En efecto, con una alimentación deficiente e insuficiente, las probabilidades de enfermar son mayores. Si se enferma o no se alimentan lo suficiente, los niños y niñas no aprovechan el tiempo y contenidos impartidos en la escuela, no rinden académicamente. De adultos, enfermarán más, no encontrarán buenos empleos porque no pudieron estudiar ni incrementar su capital humano. Seguirán siendo pobres, debido a la desigualdad de oportunidades marcada

incluso desde antes del nacimiento, si su madre no tuvo una nutrición equilibrada y suficiente durante el embarazo. Recientes investigaciones del premio Nobel James Heckman<sup>2</sup> están mostrando la necesidad –y eficiencia- de intervenir y reforzar el desarrollo en las edades más tempranas de la vida, incluso antes de la edad escolar.

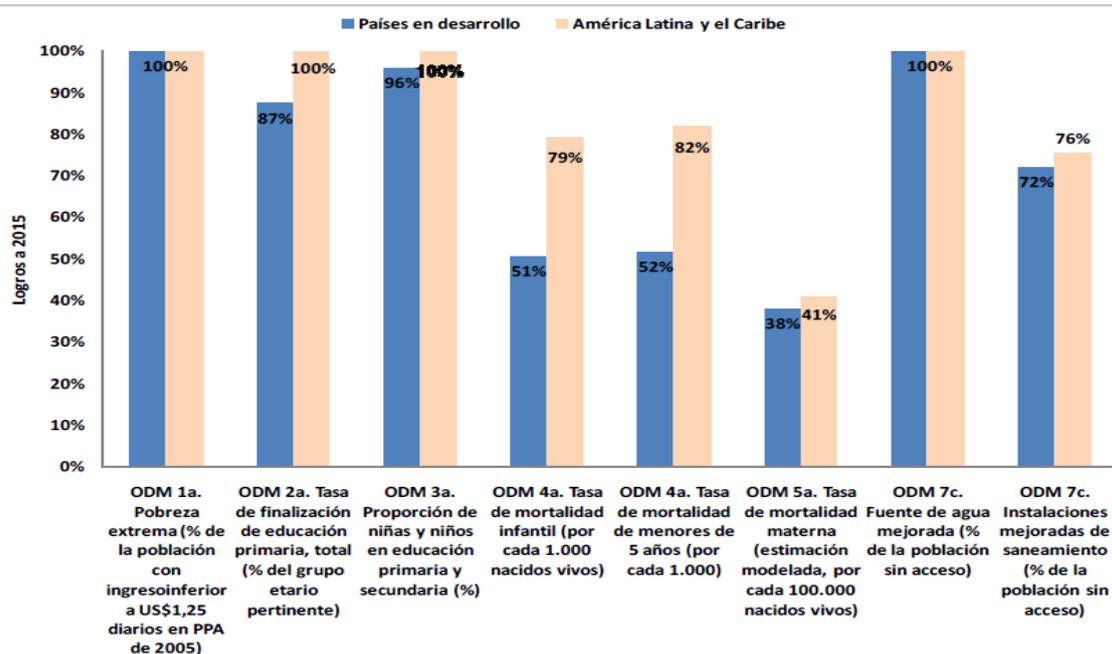
Los logros alcanzados hasta ahora no son pequeños. Según el DAC (2009), en Ghana, la mortalidad infantil en menores de cinco años se ha reducido del 111 por mil en 2003, al 80 por mil en 2008. Los niños con infrapeso ya “sólo” alcanzan el 14%, los desnutridos el 28% y la tasa de fertilidad es de cuatro hijos por mujer.

Según la OMS, en 2010 el 85% de los niños del mundo ya lograban ser vacunados, mientras que en 1980 sólo lo era el 20%. Frente a este aspecto tan positivo, en 2008 358.000 mujeres murieron durante el parto o complicaciones durante el embarazo, 15 millones de niños nacieron prematuros y eso causó la muerte de 1 millón de bebés cada año, 112 millones de niños están desnutridos. Según el DAC (2009), 3,3 millones de personas están en riesgo de tener malaria y en 2007 se estima que hubo 2,7 millones de contagios de SIDA, lo que eleva la morbilidad por esa enfermedad a los 33 millones de personas. Los Objetivos del Milenio 4 y 5 –seguridad en la salud materno infantil- son los que menor progreso presentan de todos (Gráfico 11). Pero también hay logros notables que invitan al optimismo y al compromiso. La desnutrición infantil se ha reducido un 7% entre 1990 y 2005 (del 27% al 20%). La mortalidad infantil en menores de cinco años un 28% (65 por mil en 2008). Más de tres millones de personas en los países en desarrollo tienen acceso a antiretrovirales y el acceso a contraceptivos se elevó del 47% en 1990 al 56% en 2004 (DAC 2009).

---

<sup>2</sup> Véanse por ejemplo Heckman (2007); Heckman, Stixrud & Urzua (2006); Cunha, Heckman, Lochner & Masterov (2006).

Gráfico 11. Logro de los ODM en América Latina y el mundo.



Fuente: Banco Mundial (2012) *Global Monitoring Report*.

¿Qué se puede hacer? Obviamente la educación es fundamental. Eso nos devuelve al círculo vicioso nutrición-educación-salud. La evidencia empírica de cómo mayor educación en la mujer y aumentos en sus derechos de propiedad, suponen menor número de hijos y mayor salud en la familia es muy abundante. Por ejemplo, Breierova y Duflo (2003) muestran que a mayor nivel de estudios de la mujer, la edad de contraer matrimonio se retrasa, también se reduce la probabilidad de tener el primer hijo antes de los 25 años, la fecundidad absoluta de la madre y, aunque menos robusto, la renta del marido. A mayor educación de la mujer y el marido, menor mortalidad infantil. También muestran, y es interesante, que el nivel de estudios de uno de los miembros de la pareja hace aumentar el nivel del otro.

Si la educación –normalmente medida por el número de años de estudios- es importante, qué se aprende es fundamental. Y aprender a comer, a dar de comer, a repartir los alimentos es clave. Desgraciadamente sigue habiendo muchos hogares en el mundo donde cada noche se preguntan ¿quién de nosotros no cena hoy? Y las mujeres (madres, hermanas mayores o menores, abuelas) siguen siendo las “elegidas”. Este es un reto esencial para la comunidad internacional, para los donantes y –por supuesto- para los economistas. Para afrontar este reto no hay otra vía que aprender. Y aprendemos mediante experimentación (experiencia), observación y evaluación.

Afortunadamente las evaluaciones de programas e ideas sobre el desarrollo en salud son cada vez más abundantes. Pero quiero enfatizar que la evaluación supone un cambio de mentalidad. Un cambio en la hondura de la pregunta, si se me permite la expresión. Muchos donantes y desde luego España entre ellos, han diseñado un sistema de cooperación internacional basado en las subvenciones estatales. Esto implica un lógico control financiero que exige unos altos costes en términos de burocracia, pero permite conocer cuánto dinero se destino a ayuda para salud, entre qué países se reparte el presupuesto anual o el número de proyectos y programas ejecutados en cada país. Pero este contenido –habitual en las Memorias Anuales– es insuficiente para saber qué funciona, qué no y por qué en el desarrollo humano en salud. Para eso necesitamos las evaluaciones y más en concreto de las evaluaciones de impacto. Pero el primer paso para evaluar es querer aprender, querer conocer, y hacer las preguntas adecuadas. Eso no están sencillo como parece, pues a nadie le gusta ser evaluado, por si acaso “suspende”. Evaluar genera tensión ante la incertidumbre sobre los posibles resultados. Cuando éstos resultados pueden conducir a penalizaciones en el acceso a subvenciones, las evaluaciones pueden convertirse en meros ejercicios de rendición de cuentas (que no es poco, pero es insuficiente para mejorar la vida y la salud de los pobres)<sup>3</sup>. ¿Qué funciona en salud? ¿Qué estamos aprendiendo de las evaluaciones? ¿Qué opción entre varias buenas ideas, es la más coste-eficiente a largo plazo? ¿Se mantienen los éxitos en el tiempo cuando se retira la ayuda? Es lo que intento responder en el siguiente apartado.

---

<sup>3</sup> He desarrollado posibles razones para no afrontar de forma decidida las evaluaciones en Larrú (2002 y 2009).

#### 4. EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE EVALUATIVO EN SALUD.

Desde mediados del inicio del presente siglo han comenzado a aparecer numerosos artículos académicos y estudios evaluativos midiendo de forma causal el impacto de intervenciones en los países en desarrollo. El diseño experimental de estos estudios permite atribuir con certeza el efecto neto promedio de una intervención o discriminar entre varias intervenciones, realizando un análisis de coste-efectividad<sup>4</sup>.

En materia de salud existen muchísimas evaluaciones ya que, de alguna manera, esta metodología experimental es la seguida por la farmacología y la medicina en sus estudios. Sin pretensión de exhaustividad, expondré aquí los resultados en torno a cinco aspectos sanitarios: la deparasitación infantil, las transferencias condicionadas en efectivo (CCT por sus siglas en inglés), los incentivos y el co-pago, la prevención ante el SIDA, el uso de mosquiteras para prevenir la malaria. Sobre la malaria me extenderé un poco más exponiendo con algo más de detalle la metodología utilizada en una reciente evaluación en Kenia.

##### *Desparasitación.*

Uno de los artículos más influyentes en el mundo académico para que se empezaran a utilizar las evaluaciones experimentales mediante asignaciones aleatorias (lo que se conocen como *Random Control Trials* o RCTs) fue el de Kremer y Miguel (2004). El problema que se planteaba era el alto absentismo escolar en Kenia. Una de las principales causas de dicho absentismo era que los niños y niñas tenían parásitos intestinales y eso les producía fiebre. El remedio es bien simple. Basta con suministrar una pastilla antiparasitaria y los síntomas desaparecen. Pero el principal obstáculo es que la pastilla debe tomarse diariamente. Además de este remedio, se pensó que mejorando las comidas de los colegios, se mejoraría la nutrición de los escolares y por tanto su salud, reduciéndose el absentismo por enfermedad. Una tercera idea fue regalar los uniformes escolares a los niños y niñas para que no dejaran de asistir a la escuela cuando lo estaban lavando o por falta de medios de sus familias para adquirirlos para todos los miembros del hogar en edad escolar.

---

<sup>4</sup> Una introducción a esta metodología puede consultarse en Baker (2000); Duflo (2004); Forss & Bandstein (2008). En español, Larrú (2007, 2010) y Montalvo (2008).

En una primera fase de la evaluación, se suministró la pastilla desparasitadora en 75 colegios asignados al azar. Los resultados fueron contundentes. En esos colegios hubo un 25% más de asistencia a clase, los niños crecieron más, revelaron en las encuestas sentirse mejor físicamente que los alumnos que no habían sido tratados con la pastilla desparasitadora. Eso permitió ampliar el tratamiento a 4 distritos más y, en una tercera fase, alargarlo durante 5 años. Gracias al diseño experimental, Kremer y Miguel fueron capaces de medir las externalidades positivas que generaba cada niño y niña no infectado sobre el resto de la clase. Cada niño sin parásitos, disminuía la probabilidad de contagiar a sus compañeros. La estimación de éstos efectos spillover fue de un 23% más de asistencia a clase.

Lo que resultó ser también muy interesante fue que cuando investigaron si los padres y madres estarían dispuestos a pagar una parte de la pastilla desparasitadora, los resultados descendieron enormemente. Aunque cada pastilla cuesta 3,5\$ y los padres apenas tenían que aportar una tercera parte del tratamiento, (se solicitó la aportación de 30 centavos), el uso efectivo de la pastilla descendió del 75% al 19% de la población. Esto ha conducido a repensar el concepto de sostenibilidad económica y a cuestionarse si quizá habría que subsidiar para siempre tratamientos de este tipo por el efecto que tienen y por la dimensión de sus externalidades, dos de los argumentos clásicos para la intervención del estado en la economía<sup>5</sup>.

#### *Transferencias Condicionadas en Efectivo (CCTs).*

En 1999 comenzó a ejecutarse en algunos distritos de México un programa social denominado Progresá (posteriormente denominado Oportunidades). La idea básica era lograr alargar la escolarización de alumnos de primaria. Para reducir los costes de escolarización a las familias, el Estado pagaría una transferencia mensual, condicionada a que el alumno asistiera efectivamente a la escuela, la madre acudiera periódicamente a centros de salud y, si tenía hijos menores de cinco años, recibiría además un complemento nutritivo. De esta forma se diseñaba una intervención integral como la descrita más arriba. Dado que no existía presupuesto para poder hacerlo en todo

---

<sup>5</sup> Para este aspecto, véanse Holla & Kremer (2008) y Kremer & Miguel (2007). Resultados parecidos y siempre positivos han sido reportados por Bleakley (2007) en Estados Unidos, y por Bobonis, Miguel & Sharma (2006) en India.

el país a la vez y no se sabía si realmente iba a funcionar o no, se encargó a un centro de estudios externo, el diseño del proceso de selección de los beneficiarios, su seguimiento y la evaluación del impacto final. En la primera fase del programa, fueron seleccionadas 495 aldeas de entre 50.000 elegibles y en otras 181 se recogía la misma información que en las aldeas “tratadas” (aún no se sabía si iban a ser beneficiadas, perjudicadas o insensibles al cambio).

Los resultados iniciales fueron muy positivos. En términos de salud, en las aldeas donde se recibía la transferencia hubo un 39,5% menos de morbilidad, los niños crecieron casi un centímetro más que los del grupo de control, descendieron los casos de anemia en un 25,5% y aumentó la escolaridad en un promedio de 0,66 años sobre una base de 6,8 años. Los menores de cinco años, redujeron su morbilidad en un 12% y los mayores (15-18 años) perdieron un 19% menos de días para sus trabajos o actividades ordinarias<sup>6</sup>.

La evaluación y presentación “objetiva” de los resultados ha permitido que el programa de transferencias condicionadas continúe hoy activo en casi todo México, sobreviviendo a tres presidentes, cuando lo habitual era que cada nuevo presidente electo anulara los del anterior y comenzara otros nuevos. Las CCT se han extendido por casi todos los países de América Latina e incluso se utilizan en Nueva York (un caso de enseñanza social del “Sur” al “Norte”)<sup>7</sup>.

#### *Incentivos en salud y copago por servicios.*

Una de las muchas utilidades que ha producido la evaluación de programas sociales es que ha generado sorpresas, nuevas preguntas e hipótesis. Más de cerrar preguntas de forma segura como si de leyes de la física se tratara, las evaluaciones generan resultados pero plantean nuevas preguntas sobre las causas últimas o profundas de las conductas de los pobres. Varias evaluaciones han sorprendido revelando que la elasticidad renta de los pobres a algunos bienes o servicios básicos es muy alta (en otras palabras, reaccionan de forma muy “extrema”, dejando de consumir ante pequeñas subidas del

---

<sup>6</sup> Estos resultados están tomados de Gertler (2000); Schultz (2004) y Skoufias (2005).

<sup>7</sup> La referencia más completa de las CCT es el libro disponible en Internet Fiszbein & Schady (eds.) (2009).

precio). Por ejemplo, en Zambia, al subir el precio del producto que desinfectaba el agua y la hacía potable de 9 a 24 centavos, supuso una reducción de su consumo del 30% (Ashraf, Berry & Shapiro 2007). En aldeas rurales de la India, cuando los médicos ofrecieron un kilo de alubias (que cuesta 60 centavos) a las madres por vacunar a sus hijos, la vacunación aumentó un 20% (Banerjee, Duflo, Glennerster & Kothari 2008). Dar 10 centavos a aquellos que se habían hecho las pruebas del SIDA para que fueran a recogerlas, aumentó esa acción en un 20% en Malawi, pues la presión social a la posibilidad de estar infectado hacía que muchos fueran renuentes a recogerlas (Thornton 2008). En Kenia, sin embargo, cobrar 60 centavos por una mosquitera tratada con insecticida para evitar la malaria, supuso una reducción del 60% en su adquisición frente a quien la adquiriría gratis (Cohen & Dupas 2007).

Estos ejemplos cuestionan nuestras creencias sobre los incentivos que mueven a los pobres a actuar, a gastarse el dinero que tienen en lo que –para nosotros- sería “obvio” quizá porque nunca hemos carecido de ello y no hemos tenido que tomar decisiones de ese tipo. Banerjee y Duflo (2011)<sup>8</sup> han incidido mucho en su reciente libro sobre la necesidad de repensar las intervenciones a base de escuchar mucho a los pobres, conocer sus incentivos y desincentivos reales, hasta poder decidir de forma más general si existe una “trampa de pobreza” que les impide salir de esa situación sufriente o sus preferencias son otras por motivos culturales o de utilidad, valores y valoraciones diferentes a las nuestras.

#### *Prevención del SIDA.*

Sin duda una de las pandemias más graves de nuestro mundo es el SIDA. Probablemente existen cientos o miles de proyectos y programas contra el SIDA y podemos conocer sus presupuestos y lugares donde se desarrollan. Pero ¿cómo informar de una manera efectiva a niñas menores de edad de los peligros de contagio del SIDA y de embarazo si mantienen relaciones sexuales sin precauciones? Responder a esta pregunta fue el objetivo de una evaluación en Kenia<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Véase también Banerjee (2008) y Banerjee & Duflo (2007).

<sup>9</sup> Dupas (2006) y Duflo, Dupas, Kremer & Sinei (2006).

El diseño de la evaluación pensó en cuatro programas con la intención de conocer cuál de ellos ofrecería mejores resultados. El primer programa consistió en informar y educar a los profesores para dieran sesiones informativas a los alumnos y alumnas sobre los riesgos de contagiarse con SIDA si mantenían relaciones sexuales. El segundo programa organizó debates en clase entre los alumnos e invitó a que escribieran pequeños ensayos para dárselos unos a otros sobre ese mismo peligro. El tercer programa se concentró en informar a las niñas del riesgo que suponía mantener relaciones sexuales con adultos desconocidos (“sugar daddies”). El cuarto programa se focalizó en abaratar los costes de la educación para que las niñas siguieran en el colegio y así alargar el tiempo de abstinencia o retrasar la edad de matrimonio. Los resultados fueron los siguientes.

El primer programa (formar a los profesores para que informen a los alumnos) observó un aumento en la tolerancia social hacia los infectados por SIDA medido en encuestas y entrevistas. También detectó que las jóvenes que habían quedado embarazadas tras mantener relaciones sexuales se casaban en mayor número que antes del programa. No tuvo ningún efecto sobre el número de embarazos prematuros respecto a grupos que no recibieron el programa. Su coste unitario fue de 2\$ por estudiante.

El segundo programa (organizar debates y ensayos entre los estudiantes) detectó un mayor conocimiento sobre el SIDA, aumentó la probabilidad de usar preservativos (como respuesta en una encuesta), y no detectó ningún cambio en el número promedio de encuentros sexuales mantenidos antes del programa. El coste por estudiante fue de 1,10\$.

El tercer programa (charlas preventivas para no mantener relaciones con *sugar daddies*) detectó menos embarazos prematuros, menos relaciones sexuales de riesgo y mayor uso de preservativos. En definitiva fue el más exitoso. El coste por estudiante fue de 0,8\$ y se estimó que cada embarazo evitado ahorraba unos 91\$ a cada niña no gestante.

El cuarto programa (uniformes gratis para estar más años en la escuela), supuso menor tasa de abandono escolar y menores matrimonios y embarazos entre las jóvenes. Su coste fue de entre 10-12\$ por estudiante.

Lo que nos enseña esta evaluación múltiple de programas es a reconocer –de partida– nuestra ignorancia frente a lo que puede funcionar o no en la reducción de la pobreza. A

menudo hay buenas ideas, pero pueden competir entre sí y saber cuál es la más coste-eficiente sólo puede saberse mediante evaluaciones rigurosas.

### *La prevención de la malaria.*

La malaria es una de las enfermedades tropicales más agresivas. Cada año mueren en torno a un millón de personas por ella. La malaria ha sido apuntada como una de las causas geográficas más importantes a la hora de explicar las diferencias en el crecimiento económico de los países, ya que no afecta a los países de clima templado (Gallup, Sachs & Mellinger 1999).

Uno de los remedios aparentemente más sencillos para prevenir la picadura del mosquito transmisor de esta enfermedad, es distribuir mosquiteras tratadas con insecticida. Easterly (2006) comparó la eficiencia del mercado que ha sido capaz de organizar la distribución mundial de cada volumen de la saga de Harry Potter en miles de librerías de todo el mundo para desembargarlo a la misma hora y que millones de clientes lleguen a saberlo y hacer largas colas, con la ineficiencia de la ayuda al desarrollo que no ha sido capaz de poner una mosquitera bajo el lecho de cada potencial afectado por malaria, a pesar de haber dispuesto de un presupuesto muchísimo más grande.

Las investigadoras Cohen y Dupas (2007) evaluaron experimentalmente la distribución de mosquiteras en Kenia distribuidas a distintos precios subvencionados, desde el precio cero a 10, 20, 40 y 50 chelines. Anotaban quién consumía cada mosquitera y dónde vivía y posteriormente fueron haciendo visitas al azar y sin avisar entre esos usuarios. La evaluación sorprendió al mundo académico pues, de forma contraintuitiva, las mosquiteras concedidas al 100% de subvención fueron más usadas que las compradas a precio más caro. En una investigación posterior, Dupas (2009) mostró cómo era irrelevante el miembro de la familia que hacía la adquisición (padre o madre) o si se le ofrecía comprarla a crédito. El mayor uso se produjo entre los que la pudieron adquirir al contado y a menor precio, no a mayor. Esto sorprende porque contradice el slogan de que “lo que vale, cuesta” y se aprecia más lo que ha sido comprado a mayor precio. Pero también puede sorprender que sólo lo sepamos ahora, después de que ha sido evaluado y a puesto en entredicho algo que “todo el mundo suponía” (pero no sabía bajo evidencia).

Los logros en la reducción de morbilidad por malaria son muy notables. De acuerdo con Guerra et al. (2008) la incidencia infantil ha pasado del 37% entre 1986-99 al 17% entre 2000-07 y la fiebre debido a la malaria se ha reducido del 44% al 22% (D'Acremont et al. 2010). El acceso cada vez mayor a tratamientos de antimalaria y a controles para su diagnóstico temprano han permitido, en parte, estos buenos resultados. Pero también aparecen problemas nuevos. Las zonas más alejadas de los dispensarios y centros de salud, especialmente las rurales, quedan alejadas de muchas comunidades y para esas personas es más barato acceder a peores tratamientos más cercanos. Además, la dispensación subvencionada de tratamientos hace que se tomen en exceso, incluso cuando no hay realmente afectación y eso aumenta las resistencias hacia los principios activos, debiéndose encontrar nuevos tratamientos.

En una reciente evaluación en Kenia (Cohen, Dupas & Schaner 2011), donde se dispensa la “terapia combinada de artemisina” (ACT por su siglas en inglés) bajo el programa *Affordable Medicines Facility* promovido por el Fondo Global, consistente en subvencionar el acceso a la ACT en un 90-95% se detectó el problema del sobreconsumo del medicamento, Sólo el 25% de los mayores de 18 años que compraron el ACT subsidiado, dieron posteriormente positivo en el test de malaria.

Por otra parte, la evaluación del programa ha dado como resultados un aumento en el acceso a ACT entre los hogares más pobres, y especialmente entre los menores de 17 años que pasó de una cobertura del 15% al 44%.

Una subida en el precio del ACT, reduciendo el subsidio del 92 al 88%, redujo el sobreconsumo, pues los test fueron positivos para el 75% de los casos en los que se compró frente al 56% del grupo de control. Facilitar esos test también a precio subsidiado casi dobló la eficiencia del programa, pues más del 50% de los que obtuvieron un resultado negativo en el test, decidieron no comprar el ACT.

Además de los resultados mostrados y su naturaleza cuantitativa, interesa también profundizar el diseño de la evaluación, para mostrar que es necesario pensar bien dicho diseño antes de comenzar los programas, levantar la información que supone la línea de base y recoger mucha información a lo largo de todo el proceso de ejecución del programa y la evaluación.

Los evaluadores seleccionaron al azar 2.789 hogares en el occidente de Kenia, que estaban cercanos a cuatro dispensarios de medicamentos en zonas rurales. Los hogares

se distribuyeron en tres grupos. En el primer grupo (de comparación) los hogares recibieron “vales” (*vouchers*) para comprar sin subsidio los ACT y los test (aproximadamente a un precio de 6,25\$).

El segundo grupo estuvo formado por hogares seleccionados aleatoriamente que recibían vales para adquirir ACTs subsidiados a tres niveles: al 92% (0,50\$ por dosis para adulto); al 88% (0,75\$ por dosis); y al 80% (1,25\$ por dosis).

El tercer grupo estuvo compuesto por hogares que además de recibir el vale subsidiando el ACT a los tres niveles, recibían otro vale para acceder al test de diagnóstico rápido, bien subsidiado al 100% o al 85% (un coste de 0,20\$).

Durante cuatro meses, personal formado estuvo registrando en los cuatro dispensarios el consumo de medicamentos y las pruebas de los test de malaria. Para obtener datos sobre el verdadero nivel de afección por malaria entre los que acudían a los dispensarios, se seleccionó aleatoriamente a un subgrupo de hogares que recibían gratis el test tras haber comprado el ACT. Si un miembro del grupo de hogares seleccionados compraba ACT en el dispensario pero no tenía el vale del test (porque no hubiera sido elegido o porque estuviera dentro del primer grupo de no elegibles para ello), el personal cualificado le preguntaba si deseaba hacerse el test al final de la compra.

Los evaluadores también hicieron una encuesta cuatro meses después de terminado el programa de distribución de vales, recogiendo información sobre los episodios de malaria habidos en el hogar, síntomas tenidos, lugar donde había sido vendido el medicamento, y el tipo de test –si era el caso- que se había hecho.

Los resultados fueron los siguientes. El número de hogares que no se preocupó por tomar ninguna precaución anti-malaria descendió en un 42% y los ACT dispensados aumentaron un 32%.

Dividiendo el grupo de tratados entre personas analfabetas y alfabetizadas, las principales diferencias en los resultados se recogen en la Tabla 3.

Tabla 3. Diferencias respecto al grupo de comparación:

	Alfabetizados	Analfabetos
Compraron ACT	+8%	+27%
Tomaron otro tratamiento antimalaria	-9%	-1%
No buscaron tratamiento	-9%	-9%
Fueron a un centro público de salud	-14%	+1%
Solicitaron cuidados los dispensarios	+21%	+7%

## 5. CONCLUSIONES .

En este trabajo hemos expuesto, en primer lugar la evolución creciente de los flujos de AOD destinados a salud, donde su importancia relativa entre los donantes bilaterales ha sido menor en el periodo 2006-10 que entre 2002-05. Las aportaciones de IDA y el Fondo Global concentran más del 61% de los fondos multilaterales, que son los que – comparativamente con los bilaterales- más han contribuido al crecimiento de la AOD a salud. Esta información cuantitativa muestra evidencia de los insumos o medios que la comunidad internacional ha puesto a disposición del desarrollo humano en salud, pero es sólo una rendición de cuentas. No permite saber qué es lo que funciona de forma eficiente o no en la lucha contra la pobreza en salud.

Las evaluaciones nos han permitido conocer, en primer lugar, la bondad de tratamientos integrales en salud que involucren aspectos educativos y nutritivos, pues esos tres componentes forman un círculo virtuoso que es imprescindible. Además, cuanto antes se intervenga (en los tres primeros años de vida) mejores inversiones se harán, pues deficiencias notables en los primeros años de vida, dejan secuelas para el resto de la vida, incluida la adquisición de habilidades laborales y el desarrollo cognitivo. Es preferible la atención temprana que los programas remediables ex –post.

Evaluar permite conocer los incentivos y las conductas reales de los pobres. Sin su observación, escucha y atención, mucha de la AOD puede ser dinero perdido.

Pero evaluar exige esfuerzo, tiempo, dinero y sobre todo una actitud de querer aprender. Y no se aprende sin ser humilde, sin un deseo de mejorar, sin reconocer la ignorancia. Las ONGD en general, y Manos Unidas en particular, están comenzando a tener experiencias de evaluación. Quizá estas les estén mostrando que pequeños pasos, evaluaciones *posibles* pero bajo una pregunta guía de alto interés, pueden generar mucho conocimiento valioso. Primero porque una evaluación bien hecha empodera

necesariamente a los beneficiarios y a las contrapartes, que siempre deben ser incluidos de forma activa en todo el proceso evaluativo. Segundo porque acostumbra a la organización a actuar y decidir en base a evidencias, no a corazonadas o sólo buenas voluntades. Tercero porque ese conocimiento sirve a otros, puede y debe ser compartido como un bien público que genera externalidades (otros se pueden beneficiar sin haber participado directamente de la evaluación y la acumulación de evidencias acerca a la eficiencia económica cada vez más).

Es mi deseo que este Foro contribuya a que una Organización de la tradición y prestigio como Manos Unidas, aumente sus conocimientos sobre la salud en el desarrollo y que incremente su cultura evaluativa de una forma creativa y, como parece haberse puesto de moda ahora, “resiliente” en el contexto económico que atravesamos.

#### REFERENCIAS:

- ASHRAF, N.; J. BERRY & J. SHAPIRO (2007) “Can Higher Prices Stimulate Product Use? Evidence from a Field Experiment in Zambia”, *NBER Working Paper 13247*.
- BAKER, J. (2000) *Evaluación del impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza. Manual para profesionales*. Banco Mundial. Washington, D.C.
- BANERJEE, A. (2008) “Big answers for big questions: the presumption of macroeconomics”, paper for Brookings Global Economy and Development Conference: “What Works in Development? Thinking Big and Thinking Small”, 29-30 may.
- BANERJEE, A.; E. DUFLO; R. GLENNERSTER & D. KOTHARI (2008) “Improving Immunization Coverage in Rural India: A Clustered Randomization Controlled Evaluation of Immunization Campaigns with and without Incentives”, *J-PAL paper*.
- BANERJEE, A.V. & DUFLO, E. (2007) “The Economic Lives of the Poor”, *Journal of Economic Perspectives 21(1)*, 141-167.
- BANERJEE, A.V. & DUFLO, E. (2011) *Poor Economics. A Radical Rethinking of the Way to Fight Global Poverty*. Public Affairs. New York.
- BLEAKLEY, H. (2007) “Disease and Development: Evidence from Hookworm Eradication in the American South”, *Quarterly Journal of Economics 122(1)*, 73-117.
- BOBONIS, G.; E. MIGUEL & C. P. SHARMA (2006) “Anemia and School Participation”, *Journal of Human Resources 41 (4)*, 692-721.
- BREIEROVA, L. & DUFLO, E. (2003) “The Impact of Education on Fertility and Child Mortality: Do Fathers Really Matter Less Than Mothers?”, *OECD Development Centre Working Papers 217*.
- COHEN, J. & DUPAS, P. (2007) “Free Distribution or Cost-Sharing? Evidence from a randomized Malaria Prevention Experiment”, *NBER Working Paper 14406*.
- COHEN, J.; P. DUPAS & S. SCHANER (2011) “Price Subsidies, Diagnostic Tests, and Targeting of Malaria Treatment : Evidence from a Randomized Controlled Trial”, *J-PAL Working Paper*.

- CUNHA, F.; J.J. HECKMAN; L. LOCHNER & D.V. MASTEROV (2006) "Interpreting the Evidence on Life Cycle Skill Formation in Erik Hanushek & F. Welch (ed.), *Handbook of the Economics of Education*, Elsevier, edition 1, volume 1, number 1.
- D'ACREMONT, V.; Ch, LENGELER & B. GENTON (2010) "Reduction in the proportion of fevers associated with Plasmodium falciparum parasitaemia in Africa: a systematic review", *Malaria Journal* 9: 240, 1-11.
- DAC (2009) "Aid for better Health. What are we learn about what Works and what we still have to do? AN interim report from the Task Team on Health as a Tracer Sector", Working Party on Aid Effectiveness, DAC(DAC/EFF(2009)14).
- DUFLO, E. (2004) "Scaling up and Evaluation", in F. Bourguignon & b. Pleskovic (eds.) *Accelerating Development*, World Bank & Oxford Univ. Press, Washington, pp.342-367.
- DUFLO, E.; P. DUPAS; M. KREMER & S. SINEI (2006) "Education and HIV/AIDS Prevention: Evidence from a Randomized Evaluation in Western Kenya," *JPAL Paper*.
- DUPAS, P. (2006), "Relative Risks and the Market for Sex: Teenagers, Sugar Daddies and HIV in Kenya," *JPAL Paper*.
- DUPAS, P. (2009) "What Matters (and What Does Not) in Households' Decision to Invest in Malaria Prevention", *American Economic Review: Papers & Proceedings* 99(2), 224-230.
- EASTERLY, W. (2006) *The White Man's Burden: Why the West's Efforts to Aid the Rest Have Done So Much Ill and So Little Good*. Penguin Press, New York.
- FISZBEIN, A. & SCHADY, N. (eds.) (2009) *Conditional Cash Transfers. Reducing Present and Future Poverty*. The World Bank. Washington.
- FORSS, K. & BANDSTEIN, S. (2008) "Evidence-based Evaluation of Development Cooperation: Possible? Feasible? Desirable?", *NONIE Working Paper* 8
- GALLUP, J.L., J. SACHS y A. MELLINGER (1999) "Geography and Economic Development", *International Science Review* 22 (2), 179-232.
- GERTLER, P.J. (2000): "Final report: The Impact of PROGRESA on Health". International Food Policy Research Institute. Washington, D.C.
- GUERRA, C. et al. (2008) "The Limits and Intensity of Plasmodium falciparum Transmission: Implications for Malaria Control and Elimination Worldwide", *Plos Medicine* 5(2), 300-311.
- HECKMAN, J. (2007) "The Economics, Technology and Neuroscience of Human Capability Formation", *NBER Working Paper* 13195.
- HECKMAN, J.J.; J. STIXRUD & S. URZUA (2006) "The Effects of Cognitive and Noncognitive Abilities on Labor Market Outcomes and Social Behavior," *Journal of Labor Economics*, 24(3), 411-482.
- HOLLA, A. & KREMER, M. (2008) "Pricing and Access: Lessons from Randomized Evaluations in Education and Health", paper for Brookings Global Economy and Development Conference: "What Works in Development? Thinking Big and Thinking Small", 29-30 may.
- KREMER, M. & MIGUEL, E. (2007) "The Illusion of Sustainability", *Quarterly Journal of Economics* 122(3), 1007-1065.
- LARRÚ, J.M. (2002) "Razones para implantar un sistema de evaluación en las ONGD y sus consecuencias", *Revista de Fomento Social* 57 (228), 683-710.

- LARRÚ, J.M. (2007) “La Evaluación de Impacto: ¿qué es, cómo se mide y qué está aportando en la Cooperación al Desarrollo”, *Colección Escuela Diplomática Nº12*, 109-133
- LARRÚ, J.M. (2009) *La ayuda al desarrollo, ¿reduce la pobreza? Eficacia y evaluación de la cooperación para el desarrollo*. Biblioteca Nueva. Madrid.
- LARRÚ, J.M. (2010) “Algunas cuestiones conceptuales y metodológicas en torno a la evaluación de impacto”, *Revista E-valoración 11*, 20-31.
- MIGUEL, E. & KREMER, M. (2004) “Worms: Identifying Impacts on Education and Health in the Presence of Treatment Externalities,” *Econometrica*, LXXII 159-217.
- MONTALVO, J.G. (ed.) (2008) *El análisis experimental de la ayuda al desarrollo. La evaluación de lo que funciona y lo que no funciona*. Fundación BBVA. Madrid.
- SCHULTZ, T.P. (2004) “School Subsidies for the Poor: Evaluating the Mexican PROGRESA Poverty Program”, *Journal of Development Economics 74 (1)*, 199-250.
- SKOUFIAS, E. (2005) PROGRESA and Its Impact on the Welfare on Rural Households in Mexico. *Research Report 139, International Food Research Institute. Washington*.
- THORNTON, R. (2008) ”The Demand for, and Impact of, Learning HIV Status”, *American Economic Review 98(5)*, 1829-1863.