

Javier Abellán*

AYUDA PARA EL DESARROLLO Y SALUD: PROGRESOS E INCERTIDUMBRES

Este artículo presenta un análisis crítico de los métodos de evaluación de la eficacia de la ayuda para el desarrollo en el sector de la salud. La revisión de la investigación disponible revela que la gran incertidumbre existente respecto a la eficacia de la ayuda responde en buena medida a la indefinición de las cadenas causales objeto de evaluación. Para alcanzar conclusiones más precisas y fiables, se recomienda una evaluación desagregada y en contacto con las teorías del cambio diseñadas en las políticas de desarrollo.

Development aid and health: progress and uncertainties

This article critically analyses the methods for evaluating the effectiveness of development aid in the health sector. The review of available research reveals that the significant uncertainty regarding the effectiveness of aid is largely due to the lack of definition of the causal chains under evaluation. A disaggregated evaluation in line with the theories of change designed in development policies is recommended to reach more precise and reliable conclusions.

Palabras clave: *eficacia de la ayuda, salud, evaluación de políticas.*

Keywords: *aid effectiveness, health, policy evaluation.*

JEL: F35, F63, I15.

* Universidad Complutense de Madrid.

Contacto: javierabellan@ucm.es

Versión de diciembre de 2023.

<https://doi.org/10.32796/ice.2024.934.7737>

1. Introducción

La moderna economía del desarrollo, desde sus orígenes a mediados del siglo XX, ha experimentado cambios derivados de la evolución del propio concepto de desarrollo. Si en las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial el objetivo principal era promover el crecimiento económico, desde la década de 1990 el enfoque se ha dirigido al bienestar individual, con lo que han ganado protagonismo aspectos no estrictamente económicos como la educación o la salud.

La ampliación del espectro de dimensiones incluidas dentro del concepto de desarrollo ha dado lugar a la definición de agendas globales de desarrollo cada vez más comprensivas. Hacer realidad los 17 objetivos y 169 metas marcadas en la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible es una tarea que obliga a movilizar recursos y capacidades de diversas fuentes, nacionales e internacionales, públicas y privadas, a través de variados instrumentos. Uno de ellos es la ayuda oficial para el desarrollo (AOD), cuya relevancia como catalizador de los procesos de desarrollo ha recibido constante reconocimiento en las sucesivas agendas. A pesar de ello, desde el origen de la ayuda han abundado las dudas sobre su eficacia.

En este artículo se presenta un balance de la investigación sobre la eficacia de la ayuda para el desarrollo, poniendo especial interés en el caso de la ayuda para la salud. Las últimas décadas han visto progresos en la evolución de diversos indicadores relacionados con la salud, pero estas mejoras han quedado frecuentemente por debajo de las expectativas y siguen estando lejos de alcanzar los objetivos globalmente acordados. Entre 2015 y 2020, el primer tercio del periodo para hacer realidad la Agenda 2030, la mortalidad entre niños menores de cinco años disminuyó un 10 %, lejos del 42 % marcado como objetivo; la incidencia de tuberculosis solo se redujo un 14 %, frente al 100 % previsto; por su parte, la mortalidad materna y la incidencia de VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) se han mantenido prácticamente constantes (Banco Mundial, 2023).

Los desafíos son, pues, de gran magnitud, y para maximizar las posibilidades de éxito es necesario conocer en qué medida la ayuda para el desarrollo puede contribuir al cumplimiento de la agenda y cómo podemos mejorar su eficacia.

Frente a las visiones dicotómicas y superficiales sobre la eficacia de la ayuda, la revisión pausada de la literatura disponible revela un panorama lleno de matices. A medida que la evaluación de los efectos de la ayuda desciende de lo general a lo concreto, emerge una evidencia más comprensible y más útil. Un caso paradigmático al respecto es el de la salud, ámbito del que en buena medida procede la inspiración de los métodos de evaluación empleados cada vez con más frecuencia en la economía del desarrollo.

El artículo se organiza de la siguiente manera. Tras el apartado 1 que sirve de introducción, el apartado 2 presenta el proceso de construcción de una agenda global de desarrollo y destaca el lugar en la misma de los objetivos relacionados con la salud. El apartado 3 repasa las líneas generales del debate sobre la eficacia de la ayuda para el desarrollo. El apartado 4 profundiza en dicho debate, analizando en mayor detalle el caso de la ayuda destinada al sector de la salud. El apartado 5 cierra con una serie de conclusiones sobre los hallazgos acerca de la eficacia de la ayuda para la salud, sus limitaciones y las enseñanzas que se pueden extraer para mejorar la evaluación de las políticas de desarrollo.

2. Hacia un consenso sobre el desarrollo

Desde el surgimiento de la idea de desarrollo tras el fin de la Segunda Guerra Mundial, la comunidad internacional ha tratado de acordar una agenda compartida de prioridades (Hulme, 2009). Ya en 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos estipuló que «toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar» (Naciones Unidas, 1948). A partir del decenio de 1960 se sucedieron tres «décadas del desarrollo»

durante las que distintos foros internacionales definieron algunos objetivos comunes en las áreas de más fácil acuerdo como, por ejemplo, la reducción de la mortalidad infantil. Sin embargo, era difícil alcanzar un consenso global sobre el desarrollo en tiempos de la Guerra Fría: dos grandes modelos socioeconómicos estaban en conflicto, e incluso los enfoques teóricos diferían en la identificación de las causas del subdesarrollo y las estrategias para abordarlo. Por ejemplo, los desarrollistas como Hans W. Singer, Albert O. Hirschman, Paul Rosenstein-Rodan o Ragnar Nurkse consideraban que los países más pobres podían entrar en la senda del desarrollo gracias a la cooperación internacional y la inversión pública, mientras que los teóricos de la dependencia, como Paul Alexander Baran o Samir Amin, sostenían que el Sur Global nunca podría desarrollarse dentro de un orden mundial capitalista.

Tras la disolución de la Unión Soviética, el debate intelectual sobre el desarrollo tendió a suavizar los elementos más distintivos de cada perspectiva. Los grandes paradigmas dieron paso a enfoques más pragmáticos, centrados en el bienestar de los individuos en lugar de en la evolución de magnitudes agregadas como el crecimiento económico. Fue entonces cuando el Banco Mundial cambió sus prioridades «de invertir en cemento a invertir en personas». Al mismo tiempo, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) adoptó el enfoque del desarrollo humano, el cual, sentando sus bases sobre las aportaciones éticas de Amartya Sen y Martha Nussbaum, reconoce el desarrollo como «un proceso de ampliación de las opciones de las personas», siendo la más crítica de estas opciones «vivir una vida larga y saludable, ser educado y tener acceso a recursos necesarios para un nivel de vida decente» (PNUD, 1990, p. 1).

Aprovechando el hito histórico que suponía el inicio del siglo XXI, las Naciones Unidas aprobaron en el año 2000 una Declaración del Milenio que, tras posteriores diálogos con el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial y el Comité de Ayuda para el Desarrollo (CAD) de la OCDE, daría lugar a una lista de Objetivos

de Desarrollo del Milenio (ODM), con el año 2015 como fecha límite para su cumplimiento. Entre los ocho objetivos formulados, se reveló esencial la cuestión de la salud, considerada «un componente críticamente significativo de las capacidades humanas» (Sen, 2002, p. 660). A esta dimensión hacen referencia tres de los ocho objetivos: reducir la mortalidad entre los menores de cinco años (ODM 4), mejorar la salud materna (ODM 5), y combatir el sida, la malaria y otras enfermedades (ODM 6) (Naciones Unidas, 2001).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio dieron lugar a importantes logros, pero a la altura de 2015 ya eran evidentes sus limitaciones. Por ejemplo, la tasa de mortalidad materna, estimada en 227 por cada 100.000 nacimientos, no había alcanzado la reducción del 75 % prevista en el ODM 5 (PNUD, 2015). De manera similar, la disminución de la mortalidad entre menores de cinco años hasta las 43 muertes por cada mil nacidos vivos quedó por debajo de la reducción de dos tercios prevista en el ODM 4 (Naciones Unidas, 2016). En cuanto a la incidencia de las enfermedades transmisibles más extendidas, sí se logró alcanzar el ODM 6, cuya definición había sido menos ambiciosa: solo se preveía frenar su expansión, sin especificar cifras a la baja. Sin embargo, no se logró reducir la prevalencia de VIH, que se mantuvo constante, y la incidencia de tuberculosis solo se redujo un 18 %, dándose todavía 150 nuevos casos por cada 100.000 personas (Naciones Unidas, 2016).

Con las lecciones aprendidas de los ODM, en septiembre de 2015 la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó por unanimidad la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio fueron reemplazados por 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que ampliaban el concepto de desarrollo, introduciendo preocupaciones relacionadas con la desigualdad, la sostenibilidad ambiental y la calidad institucional, entre otras.

En cuanto a la salud, los tres ODM ya mencionados se agruparon y unieron a nuevos objetivos para formar el ODS 3: «Garantizar una vida saludable y promover el

TABLA 1

ODS 3: GARANTIZAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR DE TODOS A TODAS LAS EDADES

Meta 3.1: De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos

Meta 3.2: De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos

Meta 3.3: De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles

Meta 3.4: De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar

Meta 3.5: Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol

Meta 3.6: De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo

Meta 3.7: De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales

Meta 3.8: Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos

Meta 3.9: De aquí a 2030, reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo

Meta 3.a: Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda

Meta 3.b: Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles, de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos

Meta 3.c: Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo

Meta 3.d: Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial

FUENTE: Naciones Unidas (2015).

bienestar para todos en todas las edades». El espectro de cuestiones sanitarias mencionadas en el ODS 3 es más amplia que en los anteriores ODM, incluyendo ahora,

entre otras, el «abuso de sustancias» (objetivo 3.5), las «muertes y lesiones por accidentes de tráfico» (3.6) y las «muertes y enfermedades por productos químicos

peligrosos y contaminación del aire, agua y suelo» (3.9) (Tabla 1). No obstante, dados los insuficientes progresos de la agenda anterior, los problemas clave a abordar seguían siendo los mismos que en la era de los ODM: las tres primeras metas del ODS 3 vuelven a hacer referencia a la mortalidad materna e infantil y a las epidemias de sida, tuberculosis y otras enfermedades transmisibles, recogiendo así de forma directa el testigo de los ODM 4-6.

3. El debate sobre la eficacia de la ayuda

De forma paralela a la formulación de una serie de objetivos de desarrollo globales, la comunidad internacional ha mostrado similar empeño en la identificación y promoción de los instrumentos necesarios para materializar ese proyecto de desarrollo. Hacer realidad los ODS es una tarea que sobrepasa las posibilidades de la acción individual de los Estados, lo que obliga a movilizar recursos y capacidades de diversas fuentes, nacionales e internacionales, públicas y privadas. Es por eso que tanto los ODM, primero, como los ODS, después, han confiado el éxito de la agenda de desarrollo global a la creación de una «asociación global» para el desarrollo, en la cual participantes de diferentes áreas unen recursos, capacidades y conocimientos para materializar los objetivos acordados.

Uno de los varios instrumentos a emplear, este de carácter internacional y público, es la ayuda oficial para el desarrollo. Su papel central ha recibido constante reconocimiento en las sucesivas agendas: el ODM 8 instó a desplegar «una ayuda oficial para el desarrollo más generosa» (Naciones Unidas, 2001, p. 58), y el actual ODS 17 llama a los países desarrollados a «cumplir plenamente sus compromisos de ayuda oficial para el desarrollo» (Naciones Unidas, 2015, p. 26). De este modo, si bien no cabe considerar la ayuda como el determinante fundamental del desarrollo, sí se reconoce su condición de catalizador, especialmente en el caso de los países menos desarrollados con dificultades para acceder a los mercados internacionales de capital (Alonso, 2012).

A pesar de la relevancia otorgada a la ayuda para el desarrollo, desde el origen de la misma han abundado las dudas sobre su eficacia. Los estudios pioneros en la investigación empírica sobre la eficacia de la ayuda a nivel agregado —más allá de los efectos localizados de intervenciones concretas— llegaron a conclusiones profundamente escépticas sobre la utilidad de la ayuda para impulsar el crecimiento económico. Si bien se habían identificado impactos positivos a nivel de proyecto, no ocurría lo mismo a nivel de país, observación que recibiría el nombre de «paradoja micro-macro» (Mosley, 1986, 1987; White, 1992). Estas dudas incitaron a los donantes a revisar sus prácticas de gestión de la ayuda, en un proceso lanzado en 1996 con el documento *Shaping the 21st Century* del CAD y con la Iniciativa para los Países Muy Endeudados del FMI y el Banco Mundial. Dicho proceso llegaría a definir unos principios rectores de la gestión de la ayuda con la Declaración de París de 2005, principios que fueron revisados y ampliados por última vez en 2011.

Mientras los donantes del CAD se proponían reformar sus modelos de gestión, la investigación sobre la eficacia de la ayuda moderó el pesimismo de la etapa anterior: al incluir en la ecuación las políticas del país receptor, se observaba que la ayuda sí era eficaz, aunque solo en los países con determinadas políticas económicas (Burnside y Dollar, 2000a). La hipótesis de la eficacia condicional encontró apoyo en multitud de estudios que identificaron condicionantes en variadas circunstancias locales (Guillaumont y Chauvet, 2001; Svensson, 1999; Economides *et al.*, 2008; Collier y Hoeffler, 2004; Dalgaard *et al.*, 2004). También podrían influir circunstancias asociadas al donante, como la inestabilidad de la ayuda (Lensink y Morrissey, 2000; Arellano *et al.*, 2009), conclusiones que alimentaron el proceso de reformas en el que se hallaban inmersos los donantes del CAD.

En cualquier caso, muchos de los resultados que apoyan la hipótesis de la eficacia condicional se muestran muy sensibles a cambios en la metodología y en los datos utilizados (Easterly *et al.*, 2004; Roodman, 2007a, 2007b). Al tiempo, nunca desaparecieron quienes

defendían la absoluta ineficacia de la ayuda o incluso la existencia de efectos negativos sobre el crecimiento o la gobernanza (Rajan y Subramanian, 2007, 2008; Djankov *et al.*, 2008). Por otro lado, tampoco escasearon los estudios que cuestionaban el supuesto efecto pernicioso sobre las instituciones (Alonso y Garcimartín, 2011) y defendían la eficacia de la ayuda (Hansen y Tarp, 2001; Lensink y White, 2001; Dalgaard *et al.*, 2004). Tal variedad de resultados queda reflejada en el metaanálisis elaborado por Doucouliagos y Paldam (2008), que tras analizar 68 estudios no encontraron evidencia general de que la ayuda fomente el crecimiento económico.

Los estudios más recientes han tratado de alcanzar conclusiones de mayor fiabilidad haciendo uso de metodologías novedosas como el enfoque cuasiexperimental (Galiani *et al.*, 2017) o aprovechando la disponibilidad de series temporales de datos cada vez más largas (Juselius *et al.*, 2014). Aunque se siguen encontrando discrepancias entre sus todavía escasos resultados, las últimas revisiones sistemáticas parecen señalar que, en el largo plazo, la ayuda sí favorece el crecimiento (Arndt *et al.*, 2009, 2016; Mekasha y Tarp, 2013; Addison *et al.*, 2017; Asatullaeva *et al.*, 2021). La hipótesis del impacto negativo de la ayuda encuentra cada vez menos apoyo empírico, si bien no dejan de aparecer estudios que abogan por un impacto insignificante (Bird y Choi, 2020). El debate sobre la capacidad transformadora de la ayuda continúa.

Después de todo, los ambiguos resultados de esta literatura, cambiantes en el tiempo y sujetos a vaivenes metodológicos, no deberían causar excesiva sorpresa, «dada la heterogeneidad de los motivos de la ayuda, las limitaciones de las herramientas de análisis y la compleja cadena causal que vincula la ayuda externa a los resultados finales» (Bourguignon y Sundberg, 2007, p. 316). Parece claro que «la evidencia sobre el impacto de la ayuda exterior agregada se ve obstaculizada por problemas de medición e identificación, que se deben en parte a la naturaleza heterogénea de la ayuda» (Qian, 2015, p. 277).

Es por esto que algunos investigadores han optado por refinar sus cadenas causales y evaluar la eficacia de la ayuda de manera más desagregada. Conscientes de que buena parte de la ayuda internacional no tiene como fin último el crecimiento económico, han dejado a un lado esta variable y se han centrado en otros objetivos, como la educación o la salud. Estas dimensiones son de interés por sí mismas, pero, además, debido a que la teoría económica las considera causas fundamentales del crecimiento a largo plazo, pueden proporcionar «una prueba de coherencia para la relación entre la ayuda y el crecimiento»: «Si no se encuentra evidencia sólida de una relación entre la ayuda y diversos resultados intermedios, es probable que el impacto de la ayuda externa en el crecimiento sea insignificante» (Arndt *et al.*, 2011, p. 1). Así, esta línea de investigación puede ayudar a abrir la «caja negra» de la eficacia de la ayuda (Arndt *et al.*, 2011, 2015).

4. Bajo el microscopio: ayuda y salud

Siguiendo este enfoque, desde principios del siglo XXI ha venido desarrollándose una emergente línea de investigación que evalúa la eficacia de la ayuda para el desarrollo en el sector de la salud (Tabla 2). Esta aproximación cuenta con la ventaja de poder avanzar hacia una identificación más clara de las cadenas causales que enlazan componentes precisos de la ayuda con los objetivos a los que esos componentes están dirigidos y, sin embargo, es todavía mucho lo que queda por caminar en esta senda. Se ha logrado cierto progreso, pero todavía «la evidencia sistemática sobre cómo la ayuda afecta los resultados de salud en particular es sorprendentemente escasa» (Kotsadam *et al.*, 2018, p. 60).

En no pocas ocasiones, los estudios sobre la eficacia de la ayuda en el sector de la salud han presentado deficiencias similares a las de los estudios sobre ayuda y crecimiento. Esto es especialmente evidente en las investigaciones llevadas a cabo en torno al cambio de siglo, cuando por regla general se seguía evaluando el efecto de la ayuda total, incluyendo la financiación

TABLA 2
ASPECTOS CLAVE DE LA LITERATURA SOBRE EL IMPACTO DE LA AOD
EN INDICADORES SANITARIOS

Estudio	Objetivo	Metodología	Países	Periodo	Impacto
Boone (1996)	M1	MCO, VI, EF	96	1970-1990	Nulo
Burnside y Dollar (2000b)	M1	MC2E	56	1970-1993	Negativo
Gomanee, Girma <i>et al.</i> (2005)	M1	MCO, cuantiles	38	1980-1998	Negativo
Gomanee, Morrissey <i>et al.</i> (2005)	M1	MCO, EF	104	1980-2000	Negativo
Bhaumik (2005)	M1, M5	MCO, EF	37	1995-2002	Mixto
Masud y Yontcheva (2005)	M1	EF, EA	49-58	1990-2001	Mixto
Fielding <i>et al.</i> (2006)	M1	SES	48	-	Negativo
Wolf (2007)	M1, M5	MCO	41-109	1980-2002	Mixto
Williamson (2008)	M1	EF, VI	208	1973-2004	Nulo
Gyimah-Brempong y Asiedu (2008)	M1	Diferencias MMG	90	1990-2004	Negativo
Mishra y Newhouse (2009)	M1	Sistema MMG	118	1973-2004	Negativo
Arndt <i>et al.</i> (2011)	M1, M5	MCO, PPI	58	1970-2007	Mixto
Nunnenkamp y Öhler (2011)	VIH	DDD	47	1998-2007	Nulo
Wilson (2011)	M1, M5	Diferencias MMG	84	1975-2005	Mixto
Burguet y Soto (2012)	M5	MC2E	130	2000-2010	Negativo
Chauvet <i>et al.</i> (2013)	M1, M5	EF, MC2E	84	1991-2005	Mixto
Mukherjee y Kizhakethalckal (2013)	M1	Semiparamétrico	110	1978-2001	Mixto
Gyimah-Brempong (2015)	M5, MM	Sistema MMG	48	1990-2012	Negativo
Yogo y Mallaye (2015)	M5, VIH	EF, MMG	34	1990-2012	Negativo
Pickbourn y Ndikumana (2016)	MM	MCO, MCRI, EF, MMG	75	1975-2010	Negativo
Abellán (2021)	M5, MM, VIH, TB	MCO, VI	126	1990-2015	Negativo

NOTA: DDD: diferencias en diferencias en diferencias; MCO: mínimos cuadrados ordinarios; VI: variables instrumentales; MC2E: mínimos cuadrados en dos etapas; MCRI: mínimos cuadrados reponderados iterativamente; EF: efectos fijos; EA: efectos aleatorios; SES: sistema de ecuaciones simultáneas; MMG: método de los momentos generalizado; PPI: ponderación de probabilidad inversa.

FUENTE: Elaboración propia.

destinada a sectores distintos de la salud. Aunque varios de estos estudios observaron que la ayuda reducía la tasa de mortalidad entre los niños menores de un año (M1) (Gomanee, Girma *et al.*, 2005; Gomanee, Morrissey *et al.*, 2005; Bhaumik, 2005; Fielding *et al.*, 2006), resultaba complicado trazar la cadena causal que se supone detrás de esta relación empírica, por lo que sus conclusiones quedaban expuestas a la crítica desde estudios con resultados opuestos (Boone, 1996; Masud y Yontcheva, 2005; Mishra y Newhouse, 2009). De nuevo se debe hacer mención aquí a la hipótesis de la eficacia condicional de la ayuda: según algunos autores, la ayuda solo sería capaz de reducir la mortalidad infantil, esto es, entre menores de un año (M1), en presencia de un marco institucional óptimo (Burnside y Dollar, 2000b) o de un cierto nivel educativo (Mukherjee y Kizhakethalackal, 2013).

El uso de variables demasiado agregadas persiste también en el otro lado de la ecuación: el de los objetivos. Una de esas variables es el índice de salud elaborado por el PNUD, cuya respuesta a la ayuda ha sido explorada con resultados poco concluyentes (Pickbourn y Ndikumana, 2013). Más frecuente aún como variable objetivo es la esperanza de vida al nacer, para la que de nuevo existen observaciones contradictorias: Gillanders (2016) y Ziesemer (2016) encuentran un efecto positivo de la ayuda, mientras que Wilson (2011) no encuentra ningún efecto, y otros obtienen resultados en ambos sentidos dependiendo de la metodología empleada (Arndt *et al.*, 2011; Yogo y Mallaye, 2015).

Solo a finales de la década de los 2000, gracias a la disponibilidad de mejores conjuntos de datos, comenzó a evaluarse la eficacia de la ayuda específicamente dirigida al sector de la salud, tomando también indicadores más concretos como variables objetivo. En este sentido, «una de las principales preocupaciones en esta literatura es la amplia variedad de indicadores de salud utilizados [...]. Esto complica la comparación de estudios» (Yogo y Mallaye, 2015, p. 1179). Nos centraremos aquí en los que han tomado como variable objetivo alguna de las principales recogidas en los ODM y los ODS, esto es, las tasas de mortalidad materna e infantil entre

menores de un año (M1) y de cinco años (M5), y la tasa de prevalencia de VIH/sida.

Respecto a la mortalidad infantil, el avance hacia una mayor desagregación en la evaluación de la ayuda no pareció aclarar el panorama expuesto más arriba: persistía la contraposición entre quienes concluyen que la ayuda para la salud ha contribuido a reducir la mortalidad infantil (Gyimah-Brempong y Asiedu, 2008; Mishra y Newhouse, 2009, Abellán, 2021) y quienes en cambio no encuentran ningún efecto (Wolf, 2007; Williamson, 2008; Wilson, 2011) u obtienen resultados variados en función de la metodología (Chauvet *et al.*, 2013). En aparente paradoja, el efecto de la ayuda sobre la mortalidad infantil se mostraba aún más incierto en el caso de la ayuda para la salud que en el caso de la ayuda total.

Resultados como estos son los que subrayan la necesidad de avanzar en la identificación de las cadenas causales que llevan desde la ayuda hasta los resultados esperados: dado que la evolución de la mortalidad infantil (esto es, entre menores de un año) es particularmente sensible a factores estructurales generales más allá de los estrictamente sanitarios (Reidpath y Allotey, 2003), no es de extrañar que la ayuda total influya en la mortalidad infantil de manera indirecta a través de la mejora de las condiciones básicas de vida. En contraste, la tasa de mortalidad entre los menores de cinco años (M5), más dependiente de la atención médica recibida a lo largo de la primera etapa de la vida, parece mostrar una respuesta más clara a la ayuda para la salud (Wolf, 2007; Gyimah-Brempong, 2015; Yogo y Mallaye, 2015; Abellán, 2021), si bien la evidencia es aún escasa y no falta algún resultado ambiguo (Chauvet *et al.*, 2013) o en contra de dicha relación (Wilson, 2011).

La aparente existencia de un efecto diferenciado de la ayuda para la salud sobre la mortalidad infantil y la mortalidad entre menores de cinco años es ilustrativa de otra de las deficiencias de la investigación sobre la eficacia de la ayuda en el sector de la salud: la desconexión entre ciencia y política. Y es que, mientras una amplia mayoría de los estudios se han interesado por el efecto de la ayuda sobre la mortalidad infantil, el indicador

establecido como objetivo por los ODM y los ODS siempre ha sido la mortalidad entre menores de cinco años. Los hacedores de política, conscientes de que cada indicador responde a determinantes diferentes, y deseosos de establecer objetivos alcanzables, han evitado establecer una meta sobre la que influyen demasiados elementos difíciles de controlar en el corto plazo. Sin embargo, este conocimiento derivado de la práctica, muchas veces implícito, ha estado con frecuencia ausente de la teoría que informa la investigación académica. El perjuicio es doble: la academia no logra dar sentido a las relaciones empíricas que observa, y la política no obtiene evidencia sobre lo que realmente le interesa.

Este último punto se aprecia, asimismo, en el escaso número de investigaciones acerca del impacto de la ayuda para la salud sobre otros indicadores importantes en la agenda de desarrollo. Uno de ellos es la tasa de mortalidad materna (MM), que solo ha sido evaluada por Gyimah-Brempong (2015), Pickbourn y Ndikumana (2016) y Abellán (2021), para concluir que la ayuda parece haber sido efectiva en la reducción de este indicador. Respecto al impacto de la ayuda sobre la prevalencia de VIH, Nunnenkamp y Öhler (2011) no encontraron efecto alguno, mientras que las investigaciones más recientes parecen sugerir que la ayuda ha contribuido, si no a su reducción, sí a frenar su crecimiento (Yogo y Mallayé, 2015; Abellán, 2021).

En este camino hacia una mayor desagregación, siguen dándose pasos también desde el lado de la variable explicativa de interés. El primero en estimar la efectividad de los diversos componentes de la ayuda para la salud fue Wilson (2011), quien observó que la ayuda destinada a planificación familiar y a la lucha contra el VIH/sida y otras enfermedades infecciosas había contribuido a reducir la mortalidad infantil, si bien su efecto parece haber sido muy pequeño. Conclusiones similares obtuvieron Burguet y Soto (2012), en este caso refiriéndose al efecto sobre la mortalidad entre menores de cinco años.

Estos estudios, sin embargo, siguen mostrando algunas deficiencias. En primer lugar, la cadena causal prevista a nivel teórico como soporte de la investigación

empírica no queda suficientemente clara, omitiendo por completo las variables intermedias que actúan en el proceso. De este modo, encontramos también aquí, en la literatura sobre la eficacia de la ayuda para la salud, esa «caja negra» que tanto debate ha generado en la literatura sobre ayuda y crecimiento. Estudios más recientes están haciendo un esfuerzo por rastrear el impacto de la ayuda de forma secuencial a través de los diversos resultados intermedios. Así, al observar una relación entre la ayuda destinada a la lucha contra enfermedades de transmisión sexual (ETS) y una reducción de la prevalencia de VIH, el argumento causal encuentra mayor justificación si al mismo tiempo se ha observado una relación entre dicha ayuda y el aumento del uso de métodos anticonceptivos (Abellán, 2021).

En segundo lugar, y relacionado con lo anterior, una mayor desagregación no facilita por sí sola la identificación de mecanismos causales más precisos. Para que esto ocurra, la desagregación debe estar guiada por la teoría científica que sirve de base a la investigación. Por ejemplo, resulta muy razonable tratar por separado la ayuda destinada a la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual, por su carácter específico y su peso sobre el total de la ayuda para la salud, que puede alcanzar un tercio de la misma. Sin embargo, es difícil justificar el despiece de la ayuda para la salud en componentes destinados a infraestructuras sanitarias, formación y administración, como hizo Wilson (2011), pues es de esperar que todos estos gastos den lugar a un impacto en la salud de forma conjunta.

Los efectos esperados de cada componente de la ayuda deben además formularse con detenida meditación, haciendo uso de la teoría económica y el conocimiento médico más que de la nomenclatura contable. Un ejemplo ilustrativo es el de la tuberculosis (TB), enfermedad que no es de transmisión sexual, pero cuyo desarrollo, tras largos periodos de incubación, está estrechamente asociado a la infección por VIH. En esta evidencia encuentra justificación el hecho de que se haya observado que la ayuda destinada a la lucha contra las ETS contribuye a reducir la incidencia

de tuberculosis (Abellán, 2021). De modo similar, si la ayuda destinada a sectores como el agua y el saneamiento tiene éxito en la promoción del acceso a estos servicios, también puede repercutir en la salud (Abellán, 2021; Abellán y Alonso, 2022). Los efectos de cada flujo de financiación, pues, pueden extenderse más allá de lo que harían pensar los métodos de registro de la ayuda. Esta dificultad ha tratado de solventarse recientemente mediante la construcción de bases de datos que tratan de emparejar cada flujo de ayuda con los distintos ODS a los que estaría dirigido. La disponibilidad de datos en este sentido es aún escasa, pero su utilidad ya está siendo puesta a prueba por investigaciones interesantes (Guerrero *et al.*, 2023) y promete ser una línea de trabajo a tener en cuenta en los próximos años.

5. Conclusiones

Hacer realidad la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible requiere movilizar recursos y capacidades de diversas fuentes y hacer uso de una amplia gama de instrumentos. Uno de ellos, mencionado de forma expresa en la propia Agenda 2030, es la ayuda para el desarrollo. No obstante, la eficacia de la ayuda como catalizador del desarrollo ha sido puesta en duda en repetidas ocasiones.

En este artículo se ha presentado un balance de la investigación sobre la eficacia de la ayuda para el desarrollo, poniendo el foco en la ayuda para la salud. Valorados en su conjunto, los estudios que han tratado de observar relaciones empíricas entre grandes agregados, tanto por el lado de la ayuda como por el lado de las variables objetivo, se han mostrado poco concluyentes. Por su parte, aquellos que han optado por evaluar el efecto de componentes específicos de la ayuda sobre objetivos concretos a nivel de sector, han tendido a obtener resultados de más fácil interpretación.

En el marco de esta tendencia hacia la desagregación, se pueden formular al menos tres recomendaciones principales para mejorar la investigación sobre la eficacia de la ayuda.

En primer lugar, los estudios realizados desde el ámbito académico deberían prestar mayor atención a los efectos de la ayuda sobre el conjunto de indicadores establecidos oficialmente como objetivos de la agenda de desarrollo. De esta manera, las conclusiones obtenidas pueden tener un impacto real en la evaluación y el diseño de políticas públicas, y al mismo tiempo ganarán en comparabilidad con el cuerpo de literatura construido en torno a los efectos de la ayuda sobre un mismo indicador.

En segundo lugar, resultaría conveniente dejar a un lado las pretensiones universalistas que tratan de dar respuesta a una cuestión tan genérica como «¿la ayuda para el desarrollo es eficaz?». Es plausible que la eficacia de la ayuda se vea condicionada por diversos factores y varíe, no solo entre sectores, sino también en el espacio y en el tiempo. En este sentido, para garantizar la comparabilidad entre estudios, resultaría útil ceñir los ejercicios de evaluación a grupos de países o periodos de tiempo estandarizados y de interés compartido. Por ejemplo, el quindenio definido por los ODM (2000-2015) constituye un valioso periodo de referencia, con un inicio y un final claramente delimitados y unos objetivos oficialmente establecidos. Asimismo, sería conveniente contrastar la hipótesis de la eficacia condicional, acerca de la que tanto se ha debatido en la literatura sobre ayuda y crecimiento, también en el sector de la salud. De especial interés resultaría analizar, dentro del marco de la coherencia de políticas para el desarrollo, si la eficacia de la ayuda para la salud se ve condicionada por otras dimensiones de la política exterior de los donantes como, por ejemplo, la armonización de la política de patentes farmacéuticas derivada del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio.

Por último, el estudio de la eficacia de la ayuda debería reflejar en su marco teórico y en su estrategia empírica las cadenas causales contenidas en las teorías del cambio que los profesionales de la política del desarrollo están realmente diseñando e intentando llevar a la práctica. Esto implica abrir la «caja negra» de la ayuda y evaluar cada paso de la cadena causal. La aclaración de

las relaciones de causalidad permitirá, asimismo, desarrollar los métodos estadísticos apropiados para identificar unos efectos de la ayuda que son difíciles de rastrear en el tiempo y que tienen siempre un carácter subsidiario entre otros determinantes fundamentales de los indicadores de desarrollo. Para avanzar en estos terrenos será necesario contar con conocimiento experto sobre las diversas relaciones de causalidad esperadas, conocimiento que puede provenir tanto de los profesionales del desarrollo como de la investigación científica sobre el área de interés. Solo así, aunando habilidades de distinta procedencia, se podrá observar dónde falla la ayuda y dotar al sistema de cooperación con el conocimiento necesario para mejorar sus procesos de trabajo. Dada la magnitud de los retos a superar antes de 2030, es imperativo asegurar que todos los recursos puestos al servicio del desarrollo están siendo empleados con la máxima eficiencia.

Referencias bibliográficas

- Abellán, J. (2021). *The impact of Official Development Assistance on health and access to water in the era of the Millennium Development Goals* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid].
- Abellán, J., & Alonso, J. A. (2022). Promoting global access to water and sanitation: A supply and demand perspective. *Water Resources and Economics*, 38. <https://doi.org/10.1016/j.wre.2022.100194>
- Addison, T., Morrissey, O., & Tarp, F. (2017). The Macroeconomics of Aid: Overview. *Journal of Development Studies*, 53(7), 987-997. <https://doi.org/10.1080/00220388.2017.1303669>
- Alonso, J. A. (2012). *From aid to global development policy* (UN-DESA Working Papers No. 121). United Nations-Department of Economic and Social Affairs.
- Alonso, J. A. y Garcimartín, C. E. (2011). El impacto de la ayuda internacional sobre la calidad de las instituciones. *Ekonomiaz*, 77, 158-175.
- Arellano, C., Bulir, A., Lane, T., & Lipschitz, L. (2009). The dynamic implications of foreign aid and its variability. *Journal of Development Economics*, 88(1), 87-102.
- Arndt, C., Jones, S., & Tarp, F. (2009). *Aid and Growth. Have We Come Full Circle?* (UNU-WIDER Discussion Papers No. 05). United Nations University-World Institute for Development Economic Research.
- Arndt, C., Jones, S., & Tarp, F. (2011). *Aid Effectiveness: Opening the Black Box* (UNU-WIDER Working Papers No. 44). United Nations University-World Institute for Development Economics Research.
- Arndt, C., Jones, S., & Tarp, F. (2015). Assessing Foreign Aid's Long-Run Contribution to Growth and Development. *World Development*, 69, 6-18. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2013.12.016>
- Arndt, C., Jones, S., & Tarp, F. (2016). What Is the Aggregate Economic Rate of Return to Foreign Aid? *World Bank Economic Review*, 30(3), 446-474.
- Asatullaeva, Z., Aghdam, R. F., Ahmad, N., & Tashpulatova, L. (2021). The impact of foreign aid on economic development: A systematic literature review and content analysis of the top 50 most influential papers. *Journal of International Development*, 33(4), 717-751.
- Banco Mundial. (2023). *Indicadores del desarrollo mundial*. <http://datos.bancomundial.org>
- Bhaumik, S. K. (2005). Does the World Bank have any impact on human development of the poorest countries? Some preliminary evidence from Africa. *Economic Systems*, 29(4), 422-432.
- Bird, G., & Choi, Y. (2020). The effects of remittances, foreign direct investment, and foreign aid on economic growth: An empirical analysis. *Review of Development Economics*, 24(1), 1-30. <https://doi.org/10.1111/rode.12630>
- Boone, P. (1996). Politics and the effectiveness of foreign aid. *European Economic Review*, 40(2), 289-329. [https://doi.org/10.1016/0014-2921\(95\)00127-1](https://doi.org/10.1016/0014-2921(95)00127-1)
- Bourguignon, F., & Sundberg, M. (2007). Aid Effectiveness — Opening the Black Box. *American Economic Review*, 97(2), 316-321. <https://doi.org/10.1257/aer.97.2.316>
- Burguet, R., & Soto, M. (2012). *Measuring the Child Mortality Impact of Official aid for Fighting Infectious Diseases, 2000-2010* (BSE Working Paper Series No. 616). Barcelona School of Economic.
- Burnside, C., & Dollar, D. (2000a). Aid, Policies and Growth. *American Economic Review*, 90(4), 847-868.
- Burnside, C., & Dollar, D. (2000b). Aid, growth, the incentive regime, and poverty reduction. In C. L. Gilbert & D. Vines (Eds.), *The World Bank: Structure and Policies* (pp. 210-227). Cambridge University Press.
- Chauvet, L., Gubert, F., & Mesplé-Somps, S. (2013). Aid, Remittances, Medical Brain Drain and Child Mortality: Evidence Using Inter and Intra-Country Data. *The Journal of Development Studies*, 49(6), 801-818. <https://doi.org/10.1080/00220388.2012.742508>
- Collier, P., & Hoeffler, A. (2004). Aid, policy and growth in post-conflict societies. *European Economic Review*, 48(5), 1125-1145.
- Dalgaard, C.-J., Hansen, H., & Tarp, F. (2004). On the Empirics of Foreign Aid and Growth. *The Economic Journal*, 114(496), F191-F216.

- Djankov, S., García-Montalvo, J., & Reynal-Querol, M. (2008). The curse of aid. *Journal of Economic Growth*, 13(3), 169-194.
- Doucouliaagos, H., & Paldam, M. (2008). Aid effectiveness on growth: A meta study. *European Journal of Political Economy*, 24(1), 1-24.
- Easterly, W., Levine, R., & Roodman, D. (2004). New Data, New Doubts: A Comment on Burnside and Dollar's "Aid, Policies and Growth". *American Economic Review*, 94(3), 774-780.
- Economides, G., Kalyvitis, S., & Philippopoulos, A. (2008). Does foreign aid distort incentives and hurt growth? Theory and evidence from 75 aid-recipient countries. *Public Choice*, 134(3), 463-488.
- Fielding, D., McGillivray, M., & Torres, S. (2006). *A wider approach to aid effectiveness: Correlated impacts on health, wealth, fertility and education* (UNU-WIDER Research Papers No. 23). United Nations University-World Institute for Development Economics Research. <http://hdl.handle.net/10419/63372>
- Galiani, S., Knack, S., Xu, L. C., & Zou, B. (2017). The effect of aid on growth: Evidence from a Quasi-experiment. *Journal of Economic Growth*, 22(1), 1-33. <https://doi.org/10.1007/s10887-016-9137-4>
- Gillanders, R. (2016). The effects of foreign aid in sub-Saharan Africa. *The Economic and Social Review*, 47(3), 339-360.
- Gomanee, K., Girma, S., & Morrissey, O. (2005). Aid, public spending and human welfare: evidence from quantile regressions. *Journal of International Development*, 17(3), 299-309. <https://doi.org/10.1002/jid.1163>
- Gomanee, K., Morrissey, O., Mosley, P., & Verschoor, A. (2005). Aid, Government Expenditure, and Aggregate Welfare. *World Development*, 33(3), 355-370. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2004.09.005>
- Guerrero, O. A., Guariso, D., & Castañeda, G. (2023). Aid effectiveness in sustainable development: A multidimensional approach. *World Development*, 168. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2023.106256>
- Guillaumont, P., & Chauvet, L. (2001). Aid an Performance: A Reassessment. *Journal of Development Studies*, 37(6), 66-92.
- Gyimah-Brempong, K. (2015). Do African Countries Get Health from Health Aid? *Journal of African Development*, 17(2), 83-114.
- Gyimah-Brempong, K., & Asiedu, E. (2008). *Aid and Human Capital Formation: Some Evidence*. African Development Bank/United Nations Economic Commission for Africa. Conference on Globalization, Institutions and Economic Development in Africa. Tunis.
- Hansen, H., & Tarp, F. (2001). Aid and growth regressions. *Journal of Development Economics*, 64(2), 547-570.
- Hulme, D. (2009). *The Millennium Development Goals (MDGs): A Short History of the World's Biggest Promise*. (BWPI Working Papers No. 100). Brooks World Poverty Institute. University of Manchester. <http://hummedia.manchester.ac.uk/institutes/gdi/publications/workingpapers/bwpi/bwpi-wp-10009.pdf>
- Juselius, K., Møller, N. F., & Tarp, F. (2014). The Long-Run Impact of Foreign Aid in 36 African Countries: Insights from Multivariate Time Series Analysis. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 76(2), 153-184. <https://doi.org/10.1111/obes.12012>
- Kotsadam, A., Ostby, G., Rustad, S. A., Tollefsen, A. F., & Urdal, H. (2018). Development aid and infant mortality. Micro-level evidence from Nigeria. *World Development*, 105, 59-69. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2017.12.022>
- Lensink, R., & Morrissey, O. (2000). Aid instability as a measure of uncertainty and the positive impact of aid on growth. *Journal of Development Studies*, 36(3), 31-49.
- Lensink, R., & White, H. (2001). Are There Negative Returns To Aid? *Journal of Development Studies*, 37(6), 42-65.
- Masud, N., & Yontcheva, B. (2005). *Does Foreign Aid Reduce Poverty? Empirical Evidence from Nongovernmental and Bilateral Aid* (IMF Working Paper No. 100). International Monetary Fund.
- Mekasha, T. J., & Tarp, F. (2013). Aid and Growth: What Meta-Analysis Reveals. *Journal of Development Studies*, 49(4), 564-583. <https://doi.org/10.1080/00220388.2012.709621>
- Mishra, P., & Newhouse, D. (2009). Does health aid matter? *Journal of Health Economics*, 28(4), 855-872. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.05.004>
- Mosley, P. (1986). Aid-effectiveness: The Micro-Macro Paradox. *IDS Bulletin*, 17(2), 22-27. <https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.1986.mp17002004.x>
- Mosley, P. (1987). *Foreign Aid: Its Defense and Reform*. University Press of Kentucky.
- Mukherjee, D., & Kizhakethalackal, E. T. (2013). Empirics of health-aid, education and infant mortality: a semiparametric study. *Applied Economics*, 45(22), 3137-3150. <https://doi.org/10.1080/00036846.2012.699186>
- Naciones Unidas. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. <https://digitallibrary.un.org/record/666853>
- Naciones Unidas. (2001). *Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration: report of the Secretary-General*. United Nations General Assembly. <https://digitallibrary.un.org/record/448375>
- Naciones Unidas. (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. United Nations General Assembly. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- Naciones Unidas. (2016). *The Sustainable Development Goals Report 2016*. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2016/>
- Nunnenkamp, P., & Öhler, H. (2011). Throwing foreign aid at HIV/AIDS in developing countries: missing the target? *World Development*, 39(10), 1704-1723.

- Pickbourn, L., & Ndikumana, L. (2013). *Impact of sectoral allocation of foreign aid on gender equity and human development* (UNU-WIDER Working Paper No. 66). United Nations University-World Institute for Development Economics Research.
- Pickbourn, L., & Ndikumana, L. (2016). The impact of the sectoral allocation of foreign aid on gender inequality. *Journal of International Development*, 28(3), 396-411. <https://doi.org/10.1002/jid.3213>
- PNUD. (1990). *Human Development Report 1990*. Oxford University Press. United Nations Development Programmes.
- PNUD. (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. United Nations Development Programmes. <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/mdg/the-millennium-development-goals-report-2015.html>
- Qian, N. (2015). Making Progress on Foreign Aid. *Annual Review of Economics*, 7(1), 277-308. <https://doi.org/10.1146/annurev-economics-080614-115553>
- Rajan, R. G., & Subramanian, A. (2007). Does Aid Affect Governance? *American Economic Review*, 97(2), 322-327.
- Rajan, R. G., & Subramanian, A. (2008). Aid and Growth: What Does the Cross-Country Evidence Really Show? *The Review of Economics and Statistics*, 90(4), 643-665.
- Reidpath, D. D., & Allotey, P. (2003). Infant mortality rate as an indicator of population health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(5), 344-346. <https://doi.org/10.1136/jech.57.5.344>
- Roodman, D. (2007a). *The Anarchy of Numbers: Aid, Development, and Cross-country Empirics* (CGD Working Paper No. 32). Center for Global Development.
- Roodman, D. (2007b). *Macro aid effectiveness research: a guide for the perplexed* (CGD Working Paper No. 134). Center for Global Development.
- Sen, A. (2002). Why health equity? *Health Economics*, 11(8), 659-666. <https://doi.org/10.1002/hec.762>
- Svensson, J. (1999). Aid, Growth and Democracy. *Economics and Politics*, 11(3), 275-297.
- White, H. (1992). The macroeconomic impact of development aid: A critical survey. *Journal of Development Studies*, 28(2), 163-240. <https://doi.org/10.1080/00220389208422230>
- Williamson, C. R. (2008). Foreign Aid and Human Development: The Impact of Foreign Aid to the Health Sector. *Southern Economic Journal*, 75(1), 188-207.
- Wilson, S. E. (2011). Chasing Success: Health Sector Aid and Mortality. *World Development*, 39(11), 2032-2043. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2011.07.021>
- Wolf, S. (2007). Does aid improve public service delivery? *Review of World Economics*, 143(4), 650-672. <https://doi.org/10.1007/s10290-007-0126-8>
- Yogo, U. T., & Mallye, D. (2015). Health Aid and Health Improvement in Sub-Saharan Africa: Accounting for the Heterogeneity Between Stable States and Post-Conflict States. *Journal of International Development*, 27(7), 1178-1196. <https://doi.org/10.1002/jid.3034>
- Ziesemer, T. (2016). The Impact of Development Aid on Education and Health: Survey and New Evidence for Low-income Countries from Dynamic Models. *Journal of International Development*, 28(8), 1358-1380. <https://doi.org/10.1002/jid.3223>