

Alivio de la deuda y gasto en salud en los países pobres muy endeudados

*Sanjeev Gupta, Benedict Clements,
Maria Teresa Guin-Siu y Luc Leruth*

LA INICIATIVA para los países pobres muy endeudados (PPME), adoptada en 1996, es el programa más amplio que haya emprendido la comunidad internacional para reducir la deuda de los países más pobres. De hecho, se incluyó la deuda de acreedores multilaterales como el FMI y el Banco Mundial, y se inscribió el alivio de la deuda en un marco global de reducción de la pobreza. La versión reforzada de esta Iniciativa, aprobada en 1999, estrechó aún más los vínculos entre alivio de la deuda, reducción de la pobreza y programas sociales.

El objetivo básico de la Iniciativa reforzada es canalizar hacia programas de reducción de la pobreza los recursos públicos que libera el alivio de la deuda. Los programas que están negociando el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial con países que cumplen los requisitos necesarios para obtener alivio de la deuda aumentarán el gasto en servicios públicos que afectan directamente a los pobres, como los de asistencia sanitaria preventiva y educación primaria.

A fines de mayo de 2001 se habían asumido compromisos de alivio de la deuda a favor de 23 de los 41 países habilitados: Benin, Bolivia, Burkina Faso, Camerún, Chad, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Guyana, Honduras, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mozambique, Nicaragua, Níger, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Tanzania, Uganda y Zambia. En esta etapa —el denominado “punto de decisión”— esos 23 PPME pueden obtener alivio de la deuda si cumplen determinadas condiciones. Este alivio, de carácter provisional, es suministrado por el FMI y el Banco Mundial y —de manera discrecional— por otros acreedores. En el punto de culminación, que los países alcanzan una vez establecida una trayectoria de aplicación satisfactoria de su política económica conforme a lo determinado en el punto de decisión, todos los acreedores proporcionan el resto del alivio de la deuda acordado.

Reducción del servicio de la deuda

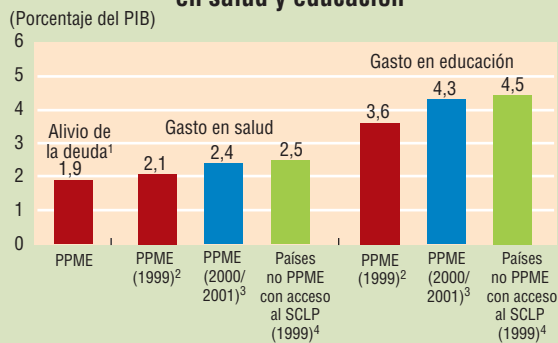
Se prevé que los países que reciban alivio de la deuda en el marco de la Iniciativa reforzada para los PPME lograrán una reducción de los pagos del servicio de la deuda equivalente a 1,9 puntos porcentuales del PIB, por año, en 2001–2003, en relación con lo pagado en 1998–99 (gráfico 1). Tomando como base un promedio ponderado en función del PIB de cada país, los pagos del servicio de la deuda registrarán una reducción equivalente a 1,6 puntos porcentuales del PIB. El ahorro en materia de servicio de la deuda podría ser considerable para algunos países.

Sin embargo, en algunos casos el alivio de la deuda podría no reflejarse de inmediato en los presupuestos de los PPME beneficiarios. Es posible que, por ejemplo, el alivio de la deuda frente al FMI no figure inicialmente en las cuentas fiscales de un país, porque es contabilizado por el banco central y no figura en las cuentas presupuestarias (salvo en los países de la zona del franco CFA). Por lo tanto, es posible que los países deban establecer cuentas especiales en el banco central para identificar el ahorro proveniente del alivio de la deuda, de modo que éste pueda transferirse al presupuesto en forma de donaciones. Del mismo modo, el alivio de la deuda puede beneficiar a algunas empresas públicas en forma de cancelación contable de la deuda con garantía pública, pero estas cancelaciones contables no se reflejarán en el presupuesto público a menos que se transfiera a éste el ahorro logrado.

Medidas de reducción de la pobreza

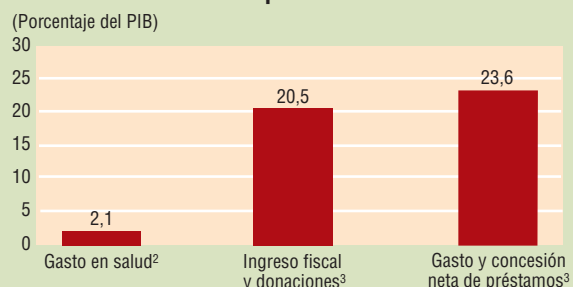
El uso de los recursos financieros economizados gracias al alivio de la deuda deberá orientarse según la estrategia de lucha contra la pobreza (ELP) de cada país, que se define en un documento de estrategia de lucha contra la pobreza (DELPE). El DELPE determinará la base para el acceso a los préstamos de carácter con-

Gráfico 1
Alivio de la deuda de los PPME y gasto en salud y educación



Fuentes: Autoridades nacionales y estimaciones del personal técnico del FMI.
¹Reducción del servicio anual de la deuda en 2001–2003. Excluido Santo Tomé y Príncipe.
²19 de los 23 PPME que habían alcanzado el punto de decisión en mayo de 2001.
³14 países en el caso del gasto en salud y 13 en el caso del gasto en educación.
⁴19 países habilitados para recibir asistencia del servicio para el crecimiento y la lucha contra la pobreza (SCLP).

Gráfico 2
Ingreso fiscal agregado, gasto agregado y gasto en salud en los PPME que han alcanzado el punto de decisión¹



Fuentes: Autoridades nacionales y estimaciones del personal técnico del FMI.
¹Datos de 1999 o los más recientes disponibles.
²Se refiere a 19 de los 23 PPME que han llegado al punto de decisión.
³Se refiere a todos los PPME que han llegado al punto de decisión, salvo Santo Tomé y Príncipe.

cesionario que otorgan el FMI y el Banco Mundial. Los países elaborarán su estrategia de reducción de la pobreza en colaboración con ambas instituciones y con la sociedad civil y los socios en el desarrollo. En el DELP, que se actualiza anualmente, se describe el plan nacional de política macroeconómica, estructural y social correspondiente a programas de ajuste trienales destinados a promover el crecimiento económico y reducir la pobreza. Las estrategias se orientan al logro de resultados, de modo de alentar a los países a adoptar medidas que mejoren de manera tangible el bienestar de los pobres. Hasta la fecha, cinco PPME han preparado un DELP, en tanto que los demás han esbozado su estrategia en documentos provisionales.

En los DELP de los 23 PPME que han llegado al punto de decisión figuran medidas destinadas a dar a los pobres un acceso más expedito a servicios de asistencia sanitaria preventiva y educación primaria. En algunos DELP se prevé el aumento del gasto en agua potable y saneamiento (9 países), vialidad y mantenimiento vial (7 países) y desarrollo rural (8 países), y en algunos se incluyen programas de vivienda para los pobres y medidas de fortalecimiento de las redes de protección social.

Los fondos liberados gracias al alivio de la deuda enmarcado en la Iniciativa reforzada para los PPME serán considerables en comparación con el gasto —actual y pasado— en salud pública y educación. La proporción liberada cada año —1,9 puntos porcentuales del PIB— equivale aproximadamente, en promedio, al 50% y 90% del gasto público de 1999 en educación y en salud, respectivamente, en los PPME que han llegado al punto de decisión. De hecho, el gasto en programas de reducción de la pobreza podría incrementarse en una suma mayor que los recursos liberados por la Iniciativa reforzada para los PPME. Con respecto a los 23 países que han llegado al punto de decisión, el gasto público y el ingreso fiscal (incluidas las donaciones) representan, según se estima, el 24% y 21% del PIB, respectivamente, y se estima que el gasto en salud pública fue equivalente al 2,1% del PIB en 1999 (gráfico 2). Al inclinar la composición del gasto público a favor de los programas de reducción de la pobreza, el proceso de los DELP podría incrementar las asignaciones presupuestarias para estos programas.

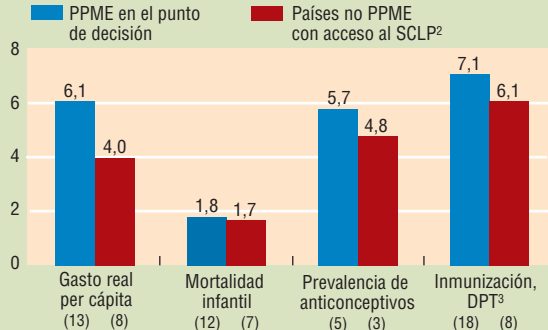
Hay amplio margen en los PPME para incrementar el gasto en salud pública. Si bien los que han alcanzado el punto de decisión han incrementado pronunciadamente el gasto en salud

pública, en cifras reales per cápita, desde mediados de la década de los ochenta (gráfico 3), siguen gastando menos que otros países de bajo ingreso. En 1999 los países no pertenecientes a esa categoría que cumplían los requisitos para obtener alivio de la deuda en el marco del SCLP gastaron más (alrededor de medio punto porcentual del PIB) en asistencia sanitaria que los PPME que han llegado al punto de decisión. En cuanto al monto de los desembolsos públicos, en los PPME solo un 9% del gasto se destinó a asistencia sanitaria en 1999.

Dadas las urgentes necesidades en materia de salud pública de muchos PPME y las tareas que exige la lucha contra el VIH/SIDA, es tentador sostener que todo el alivio financiero para los PPME debe destinarse al aumento del gasto público en salud. De hecho, algunas entidades —incluida Jubilee 2000, en una declaración conjunta dada a conocer en mayo de 2000 por Jeffrey Sachs y Ann Pettifor— recomiendan retener el monto del servicio de la deuda externa que pagan actualmente los PPME, depositándolo en un fondo especial destinado a atender esas necesidades. Sin embargo, aunque el mejoramiento de los indicadores de salud pública constituye el objetivo más importante de la política pública, puede no ser recomendable gastar en salud pública la totalidad del ahorro proveniente del alivio de la deuda de los PPME. Otros programas de gasto público pueden traducirse en mayores beneficios en lo que respecta al mejoramiento de la salud de los pobres.

Además, no se justifica centrar la atención en el aumento del gasto en salud en los PPME a fin de mejorar los indicadores de salud. Si bien éstos, en promedio, han mejorado desde mediados de la década de los ochenta (gráfico 3), el incremento del gasto en salud pública no siempre ha estado vinculado a una mejora de los indicadores sociales. Ello obedece en parte a ineficiencias en este tipo de gasto y a la asignación de los desembolsos en salud a actividades que, en términos relativos, poco influyen sobre los indicadores sociales y el bienestar de los pobres, como los servicios curativos. Los estudios sobre incidencia de beneficios confirman que en los PPME los beneficios obtenidos por los pobres gracias a los desembolsos en salud pública son desproporcionadamente bajos (gráfico 4). En consecuencia, toda estrategia general de mejoramiento de los resultados en materia de salud debe encaminarse no solo a la obtención de recursos adicionales para salud pública, sino también a eliminar las ineficiencias en materia de gasto y a reasignar los fondos, destinándolos a programas más beneficiosos

Gráfico 3
Variación porcentual anual del gasto en salud e indicadores sociales, 1985–99¹



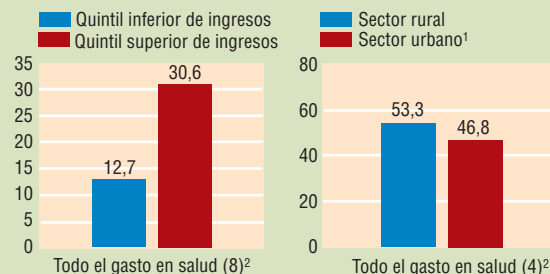
Fuentes: Banco Mundial, base de datos de *Indicadores del Desarrollo Mundial 2000*, autoridades nacionales y estimaciones del personal técnico del FMI.

¹Promedio de mejora entre el primer año —a partir de 1985— en el cual el país inició un programa respaldado por el FMI y el año más reciente sobre el que se dispone de datos. El número de países aparece entre paréntesis.

²Se excluyen las economías en transición.

³Difteria, tos ferina y tétanos.

Gráfico 4
Incidencia de los beneficios del gasto público en asistencia sanitaria en los PPME (Porcentaje del gasto agregado)



Fuente: Hamid R. Davoodi y Sawitree Sachjapinan, "How Useful Are Benefit Incidence Studies?", de próxima publicación en la serie IMF Working Papers (Washington: Fondo Monetario Internacional).

Nota: Datos de los primeros años de la década de los noventa, del año más reciente sobre el que hay datos.

¹En los países de las muestras, en promedio, una cuarta parte de la población vive en zonas urbanas.

²El número de países aparece entre paréntesis.

para los pobres, como la asistencia prenatal a las mujeres y la vacunación de niños.

Muchos países han centrado sus DELP en medidas encaminadas a una mayor eficiencia del gasto social y a la reasignación del gasto a fin de destinarlo a actividades que favorezcan a los pobres dentro de cada sector. En general, los DELP han sido diseñados de modo de lograr mejoras cualitativas y ampliar la cobertura de los servicios de salud pública, haciendo hincapié en la prevención de enfermedades (véase el recuadro). Para lograr estos objetivos, los PPME se han comprometido a incrementar los desembolsos públicos en programas de salud. No obstante, los recursos liberados por el alivio de la deuda han de ser asignados a un amplio espectro de programas de reducción de la pobreza, y se prevé que entre 1999 y 2000/2001 los desembolsos en el sector de la salud aumentarán en 0,4 puntos porcentuales del PIB, como promedio, lo que representa una suma inferior al monto agregado del alivio de la deuda de los PPME.

Además de hacer frente al problema del mejoramiento de la asignación y la eficiencia del gasto social, los PPME deben superar varios obstáculos adicionales para alcanzar sus metas de reducción de la pobreza. En muchos países el crecimiento económico debe aumentar a un ritmo francamente más acelerado que el respectivo promedio histórico. También es necesario enfrentar el problema de las restricciones de capacidad en los sectores sociales para lograr un gran incremento de la prestación de los servicios sociales en los próximos años.

Seguimiento de los programas de alivio de la deuda para los PPME

Es esencial que el alivio de la deuda dé lugar al incremento del gasto público relacionado con programas de reducción de la pobreza, y que los fondos se utilicen para los fines a los que están destinados y lleguen a los pobres. Es necesario realizar un seguimiento de todo el gasto en programas de reducción de la pobreza; no sólo el vinculado con la Iniciativa. El objetivo es incrementar el gasto en programas de reducción de la pobreza y la proporción del gasto que se dedica a esos programas.

A los efectos del seguimiento, será preciso identificar el gasto en la reducción de la pobreza en el contexto de la estrategia que

aplique cada país. A corto plazo el análisis de la reorientación del gasto hacia programas que benefician en mayor medida a los pobres deberá incluir estimaciones generales del gasto del gobierno central, por funciones (por ejemplo educación y asistencia sanitaria). No obstante, dentro de una misma categoría estas estimaciones no permiten distinguir entre el gasto orientado a ayudar a los pobres y otro tipo de gasto (por ejemplo asistencia hospitalaria en zonas urbanas); en consecuencia, se procura que los países brinden datos más detallados. Cuando se disponga de éstos, al mejorar las clasificaciones presupuestarias, a los países les resultará más fácil realizar un seguimiento del gasto en servicios sociales básicos para los pobres.

Para mejorar el seguimiento del gasto en programas de reducción de la pobreza será necesario mejorar los sistemas de gestión del gasto público y aplicar un programa más avanzado de asistencia técnica de los donantes e instituciones internacionales. A corto plazo, estas mejoras comprenderán medidas pragmáticas destinadas a reforzar la identificación del gasto en programas de reducción de la pobreza —y el suministro de informes a este respecto— sobre la base de sistemas de gestión del gasto público ya existentes. A mediano plazo se requerirán mejoras más generales referentes a la elaboración, ejecución e información presupuestarias.

El objetivo final del seguimiento del gasto en programas de reducción de la pobreza es determinar si estos programas realmente benefician a los pobres. No bastará asignar a los programas una mayor proporción del gasto para lograr determinada reducción de la pobreza; los países deberán vigilar también la realización y el impacto de los programas. A este respecto, podría ser útil controlar la incidencia de los beneficios de los programas de salud y realizar encuestas periódicas para determinar si los fondos previstos en el presupuesto realmente llegan a los usuarios a los que se destinan.

Sería más fácil evaluar la eficacia de los programas si los países mejoraran sus datos sobre los indicadores sociales. Dado que estos datos no se preparan con frecuencia, es difícil evaluar el impacto del gasto. Menos de la mitad de los DELP correspondientes a los países que han llegado al punto de decisión contienen datos sobre cuatro o más de los seis indica-



Sanjeev Gupta (centro), Jefe de la División de Políticas de Gasto del Departamento de Finanzas Públicas del FMI; Benedict Clements (izq.), Subjefe de la División, y Maria Teresa Guin-Siu, economista principal en la misma división.

dores de salud (tasas de mortalidad infantil, de niños y de madres; porcentaje de nacimientos con asistencia de personal especializado; tasas de prevalencia de anticonceptivos, y prevalencia de VIH en mujeres embarazadas de 15 a 24 años de edad) utilizados por las instituciones internacionales para controlar el desarrollo de los países pobres (véase *Un mundo mejor para todos: Consecución de los objetivos de desarrollo internacional*, informe publicado por el FMI, la OCDE, las Naciones Unidas y el Banco Mundial). En sus DELP, más de la mitad de los 23 PPME reconocen las dificultades que les impiden realizar con precisión el seguimiento de los indicadores sociales. Disponer de datos más oportunos y completos contribuirá a reforzar las estrategias de lucha contra la pobreza a medida que los países obtengan con mayor rapidez información sobre las tendencias de los indicadores sociales y el impacto de los programas sobre esos indicadores.



Luc Leruth, economista principal en la División de Gestión del Gasto Público del Departamento de Finanzas Públicas del FMI.

habitantes más pobres. También tendrán que diseñar estrategias que den lugar a un rápido crecimiento económico, requisito necesario para que la relación entre la carga de la deuda externa y la escala de la economía siga siendo viable. **F&D**

Para obtener información más detallada sobre la Iniciativa para los PPME y sobre los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP), véanse, respectivamente, <http://www.imf.org/external/np/hipc/hipc.htm> y <http://www.imf.org/external/np/prsp/2001/042001.htm>.

*Para obtener más información sobre los objetivos internacionales de desarrollo, véase *Shaping the 21st Century: The Contribution of Development Cooperation*, informe publicado en 1996 por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. En 2000, el FMI, la OCDE, las Naciones Unidas y el Banco Mundial publicaron conjuntamente *Un mundo mejor para todos: Consecución de los objetivos de desarrollo internacional*.*

Medidas de asistencia sanitaria incluidas en estrategias de lucha contra la pobreza

En los DELP, los 23 países pobres muy endeudados que han alcanzado el punto de decisión han expuesto sus principales metas en materia de asistencia sanitaria, así como las medidas que han de adoptar para alcanzarlas.

Ampliar la cobertura de los servicios de salud y el acceso a éstos, especialmente por parte de los pobres:

- Incrementar el suministro de medicamentos básicos, logrando que los medicamentos genéricos sean económicamente más asequibles y mejorando la distribución de medicamentos y vacunas (Camerún, Malawi, Mauritania, Níger y Santo Tomé y Príncipe).
- Establecer un conjunto mínimo de servicios de salud que comprenda asistencia básica, asistencia prenatal y vacunaciones (Burkina Faso, Chad, Senegal y Tanzania).
- Establecer un seguro de salud básico (Bolivia).
- Ampliar la infraestructura de salud pública (Benin, Bolivia, Chad, Mauritania y Senegal).
- Aumentar el número de trabajadores de la salud (Burkina Faso).

Mejorar la salud de la población:

- Crear conciencia sobre los problemas de salud e identificar los esfuerzos encaminados a distribuir públicamente información sanitaria (Mozambique).
- Promover la vacunación y aumentar la tasa respectiva (Guinea-Bissau, Malí, Níger y Uganda).

- Reforzar los programas destinados a combatir las enfermedades infecciosas (Malawi y Mauritania).
- Educar a las madres en materia de nutrición y métodos de planificación familiar (Benin, Bolivia, Santo Tomé y Príncipe y Tanzania).
- Reducir la propagación de enfermedades de transmisión sexual a través de programas de educación y campañas de concientización pública que distribuyan información sobre la transmisión y prevención de esas enfermedades (Bolivia, Burkina Faso, Camerún, Guinea-Bissau, Madagascar, Malawi, Mozambique y Rwanda).

Mejorar la calidad de los servicios de salud:

- Brindar programas de capacitación para personal de la salud (Guyana, Níger, Rwanda y Tanzania).
- Mejorar la carrera de los trabajadores de la salud (Santo Tomé y Príncipe).
- Adoptar un sistema de evaluación anual de los resultados logrados en el sector de la salud (Benin).
- Modernizar el sector de la salud incrementando la participación del sector privado (Nicaragua).
- Mejorar la gestión de los hospitales (Santo Tomé y Príncipe).
- Servicios descentralizados (Malawi, Nicaragua y Santo Tomé y Príncipe).