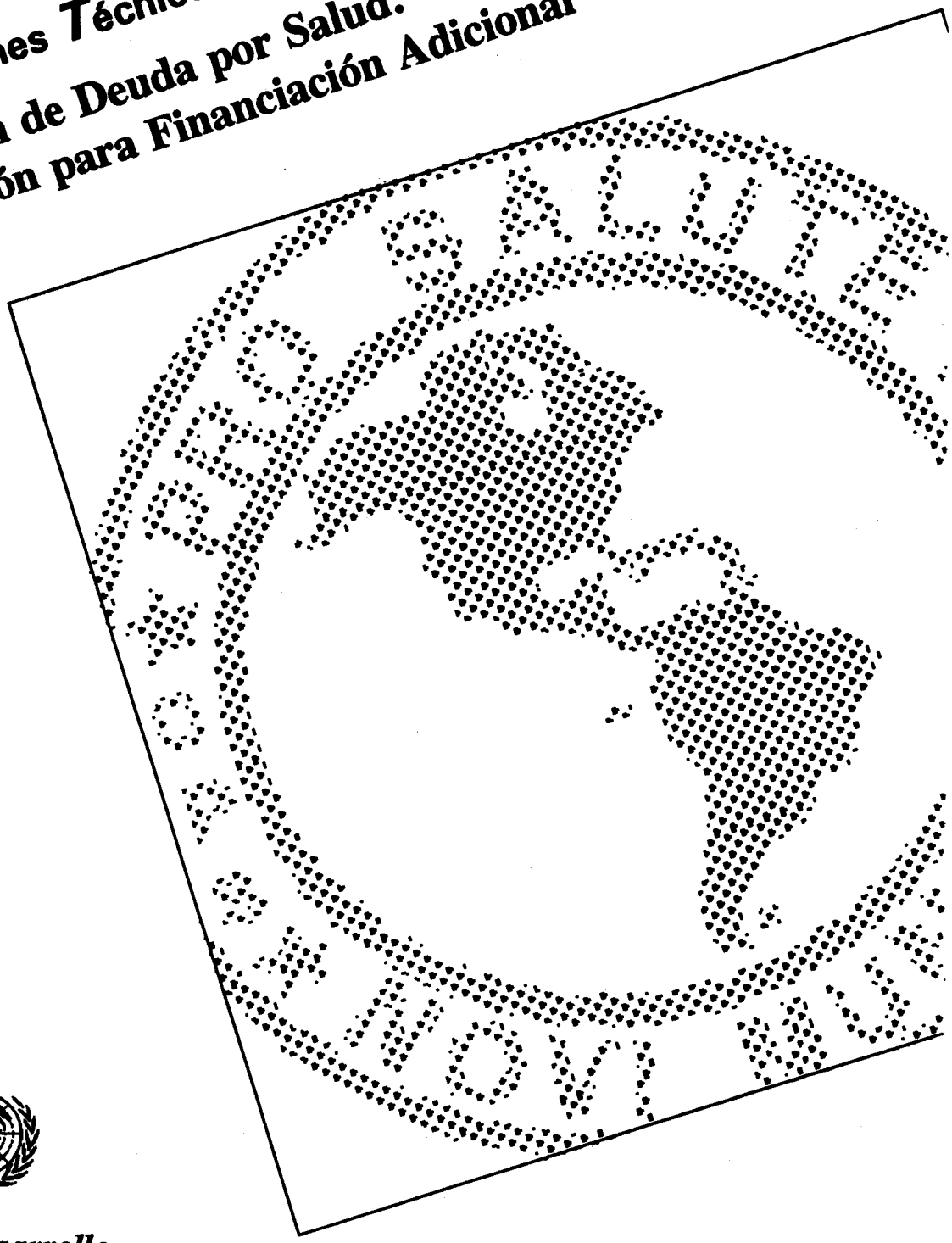
Serie Informes Técnicos No.5

Conversión de Deuda por Salud: Una Opción para Financiación Adicional



Programa de Desarrollo de Políticas de Salud

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

PUBLICACIONES DEL PROGRAMA DE DESARROLLO DE POLITICAS DE SALUD

SERIE DOCUMENTOS REPRODUCIDOS (anteriormente "Serie reprints")
(el título indica el indioma en el cual ha sido publicado)

No. 1 AMA Proposal. "Health Access America" and JAMA. "Caring for the Uninsured and Underinsured"
2 La estrategia de salud en el desarrollo
The Strategy of Health in Development
3 The Public Private Mix in National Health Systems and the Role of Ministries of Health
4 Organization and Financing of Health Care Reform in Countries of Central and Eastern Europe
5 La pobreza del ajuste o el ajuste de la pobreza
6 Documentos de la Cumbre Iberoamericana
7 Formulación de políticas de salud
8 Documents of the Saitama Public Health Summit
9 The Concepts and Principles of Equity and Health
Los conceptos y principios de la equidad en la salud
10 Informe del Grupo Asesor sobre Planificación en Salud
11 Canadian Health Insurance
12 La equidad en el panorama social de América Latina durante los años ochenta
13 Panorama social de América Latina
14 Equidad y Transformación Productiva: Un Enfoque Integrado
15 La Aceleración del Proceso de Desarrollo: Las Políticas Nacionales e Internacionales en el Decenio de 1990
15 Accelerating the Development Process: Challenges for national and international policies in the 1990s
16 Documents on the Least Developed Countries (UNCTD)
17 Change for the Better: Global Change and Economic Development

SERIE INFORMES TECNICOS

No. 1 Informe final del Seminario Técnico BID/OPS sobre Salud, Nutrición y Alimentación
Final Report of the IDB/PAHO Technical Seminar on Health, Food, and Nutrition
2 Mental Health Legislation in the Caribbean
3 Estrategias alternativas de combate a la pobreza
4 Las políticas sociales: Discusión teórica, conceptual y metodológica (anteriormente No. 6)

SERIE BIBLIOGRAFIAS

No. 1 Bibliografía políticas sociales

Serie Informes Técnicos No. 5

Conversión de Deuda por Salud: Una Opción para Financiación Adicional

Programa de Desarrollo de Políticas de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C.
Abril, 1992

NOTA

***

La Serie de Informes Técnicos fue creada por el Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) para difundir los temas analizados en reuniones y seminarios y los resultados de investigaciones promovidas por el Programa, de manera a estimular la discusión y reflexión sobre los mismos.

Las opiniones expresadas no reflejan necesariamente la opinión de la OPS/OMS y son la responsabilidad del autor.

***

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

***

El material contenido en esta publicación puede citarse o reproducirse sin restricciones, siempre que se indique la fuente y se haga referencia al número del documento. Deberá remitirse al Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la OPS, un ejemplar de la publicación en que aparezca el material citado o reproducido.

***

© *Programa de Desarrollo de Políticas de Salud, OPS/OMS, abril 1992.*

CONTENIDO

Prefacio v

1. Antecedentes 1

2. Resumen de los documentos de PAHO sobre Conversión de Deuda 3

3. Ejemplo de una Conversión de Deuda 15

DOCUMENTOS

Documento 1: Resolución del Consejo Directivo sobre Conversión de Deuda

Documento 2: Conversión de Deuda para la Salud

Documento 3: Conversión de Deuda para la Salud: una Revisión y Actualización de los Temas Incluidos

Documento 4: Deuda Externa y Salud: Esquemas de Conversión de un Porcentaje de la Deuda Externa de los Países de América Latina y el Caribe en Recursos Adicionales para Salud

PREFACIO

En este decenio de los 90, la Región de América Latina y el Caribe se enfrenta con numerosos problemas en el área de la salud pública. Se requiere un esfuerzo a largo plazo, concentrado y sostenido, para subsanar la brecha entre necesidades y servicios. Esta brecha se ha ensanchado aun más como resultado de la crisis económica y las consiguientes reducciones en los niveles de salud y saneamiento. La movilización de recursos en escala nacional e internacional es decisiva tanto para reforzar como para mantener los logros en el campo de la salud. Además, habrá que asumir nuevos compromisos para responder a los retos con que ser enfrentará el sector salud en el siglo veintiuno.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en consulta con otros organismos de cooperación multilaterales y bilaterales y con la colaboración de los Gobiernos Miembros, propone un programa de inversiones en salud y medio ambiente, que asciende a EUA$200 mil millones en un lapso de 12 años. Este programa requiere que se utilicen activamente fuentes de financiamiento múltiples como: a) los recursos nacionales de los sectores público y privado para alcanzar una tasa de inversión de 1,5 a un 2% del producto nacional bruto durante los próximos 12 años; b) la asignación a este proyecto de un mínimo del 20% de los recursos financieros externos provistos por los organismos oficiales multilaterales o bilaterales; c) la negociación de una posible cancelación parcial de la deuda externa pública y privada a cambio de inversiones en salud y medio ambiente, y d) la movilización de una gran cantidad de recursos internacionales como muestra de solidaridad.

Durante los últimos cuatro años la OPS y sus Gobiernos Miembros han dedicado un interés especial a la posibilidad de financiar proyectos de salud mediante conversiones de deuda. Aun cuando los pormenores son a menudo complicados, las ventajas resultan evidentes: se trata de generar fondos adicionales para las inversiones de índole social y la reducción de la deuda externa de los países. Por otra parte, con respecto a la cuestión de la deuda externa, en septiembre de 1991 la OPS recibió un mandato de sus Países Miembros. En la Resolución XVIII de la XXXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS se resolvió: "Recomendar a las autoridades económicas y sanitarias de los Países Miembros de la OPS/OMS que exploren las posibilidades para la conversión de parte de la respectiva deuda externa en recursos locales destinados a financiar proyectos de salud y, en caso de ser factible, que establezcan los mecanismos necesarios para concretar las operaciones correspondientes". En la misma resolución se resolvió también "Solicitar al Director de la OSP que apoye a los Países Miembros en la obtención de recursos para financiar proyectos de salud mediante la conversión de deuda externa; en la promoción de este mecanismo a nivel internacional, y en la formulación, ejecución y evaluación de los proyectos respectivos, informando a la XXXVI Reunión del Consejo Directivo sobre los progresos alcanzados en estas actividades".

Debemos actuar con rapidez y determinación para aliviar la pobreza y la deuda social acumulada de la Región. Responder a este reto requerirá los esfuerzos coordinados de los dirigentes, los gobiernos y los organismos de cooperación, así como la participación eficaz de todas las personas. Este documento se basa en la experiencia de algunos Países Miembros y en el trabajo de la Secretaría. Como tal, aspira a ayudar a nuestros Países Miembros, las organizaciones internacionales, los organismos bilaterales y las ONG a canalizar recursos adicionales mediante la conversión de deudas en proyectos orientados a remediar las necesidades de salud de nuestros países.

Carlyle Guerra de Macedo
Director
Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional para las Américas de la
Organización Mundial de la Salud

1. ANTECEDENTES

En la década de 1980, la mayoría de los países de la América Latina y el Caribe sufrieron graves perturbaciones económicas emanadas de una crisis económica que resultó tener mucho más intensidad y fuerza de lo que se había previsto anteriormente. Uno de los principales componentes de la crisis, componente que dominó gran parte del debate político y económico, fue la crisis de la deuda. La deuda representa ahora más de tres veces el valor de las exportaciones latinoamericanas y casi 40 por ciento del producto interno bruto total. Una de las consecuencias inmediatas de esta transferencia financiera neta al exterior ha sido la de reducir los salarios reales y mermar espectacularmente los servicios sociales que benefician a los pobres en la mayoría de los países de la región.

La continua gravedad de la crisis y la aparente incapacidad de las estrategias de la deuda existentes han conducido a la aparición de cierto número de propuestas que han propugnado por el alivio de la deuda. Varias de estas propuestas han abogado por planes de conversión de la deuda como forma de proporcionar este alivio, en tanto que simultáneamente se estimulan las inversiones de recursos locales.

Fue Thomas E. Lovejoy, el Vicepresidente anterior del World Wildlife Fund (Fondo de la Fauna Mundial), quien en 1984 concibió la idea de que el concepto de la conversión de la deuda, que se había limitado hasta entonces a empresas comerciales, se utilizara en apoyo de actividades de conservación en los países en desarrollo. En el curso de la década pasada, se han concertado 19 acuerdos de conversión de deuda por naturaleza que proporcionan alivio sobre deuda valorada en unos US$100 millones de valor nominal con una generación de fondos para fines relacionados con el medio ambiente de aproximadamente US$60 millones.

Al advertir que las transacciones de deuda por salud podían potencialmente proporcionar a los países miembros fuentes de salud adicionales a la vez que podían ofrecer cierto alivio en cuanto a su deuda remanente, también PAHO empezó a dirigir su atención hacia estas transacciones de conversión de deuda. En 1988 un trabajo preliminar de investigación por parte del Programa de Desarrollo de Políticas de Salud en esta área dió lugar a una propuesta mediante la cual se sugería que la deuda Latinoamericana y del Caribe sea convertida en un fondo para la salud. Se celebraron con varios expertos reuniones y consultas en la Organización para debatir adicionalmente la viabilidad de dicho plan así como la alternativa de convertir la deuda a través del Club de París y se dejó constancia de ellas en el primer documento producido por la OPS para conversiones de la deuda.

Al continuar considerando este tema, se preparó en la OPS un segundo documento que esbozaba los mecanismos de las conversiones de deuda por salud. Una vez concluido, este documento sirvió de base para una presentación hecha sobre la materia a la decimocuarta reunión del Subcomité sobre Planificación y Programación de la OPS en abril de 1990. La presentación generó gran interés y, sobre todo, fue muy bien recibido por parte de los miembros del Subcomité integrado. Se formuló una serie de preguntas concentradas principalmente en ciertos

aspectos técnicos y las posibles funciones de la Organización en la iniciación de conversiones de deuda por salud. Reconociendo los beneficios posibles de las conversiones de deuda para el sector salud, el Subcomité propuso que la aplicación de la deuda por salud se conceptualizara adicionalmente sin demora adicional. Se sugirió prestar una atención especial a las repercusiones macroeconómicas de las conversiones de la deuda y a las posibles ramificaciones de emprender alternativas algunas diferentes, aunque sin excluirse mutuamente, que se han propuesto para llevar a cabo las conversiones de la deuda por salud.

En respuesta a la petición del Subcomité, se constituyó un grupo de trabajo en el seno de la OPS para investigar las cuestiones suscitadas relativas a los posibles costos para los países deudores y el número de formas en que la OPS pudiera participar en emprender conversiones de la deuda. Los resultados de la investigación y conclusiones del grupo fueron compilados en mayo de 1991 en un tercer documento de PAHO, el cual sirve de base para la intervención actual de PAHO en el área de la conversión de deuda.

2. RESUMEN DE LOS DOCUMENTOS DE PAHO SOBRE CONVERSION DE DEUDA

El compendio de los documentos de PAHO sobre Conversión de Deuda descrito a continuación es un breve resumen de los 3 documentos antes mencionados, todos los cuales se pueden encontrar en su versión completa en los anexos 1, 2 y 3. Aunque no está incluído en el presente, deberá advertirse que existe un cuarto documento para la PAHO en relación a la experiencia del Ecuador en sus 4 conversiones de deuda por salud.[1]

Documento 1: ***Conversión de Deuda para la Salud***

En la primera parte de este documento[2], se presentan los antecedentes sobre la crisis económica y de la deuda en los países de la América Latina y el Caribe.

En la segunda parte se revisa los tipos de conversión de deuda enfatizando el hecho de que, aunque existen numerosas variaciones respecto a este concepto, la transacción en sí sigue siendo la misma: el intercambio de obligaciones pendientes del gobierno por otras obligaciones, generalmente denominadas en moneda nacional en vez de en divisas. En el caso de conversión de la deuda por salud, una porción de la deuda exterior pendiente de un gobierno se intercambia por un compromiso de que el gobierno invertirá en moneda local el equivalente en proyectos prioritarios de salud.

Aunque el valor anual de los planes de conversión de la deuda fue marginal hasta 1984, aumentó sustancialmente de $2.200 millones en 1985 a $21.400 millones en 1988. Para fines de ese año, al menos doce países de la América Latina y el Caribe declararon estar realizando distintos programas de conversión, inclusive deuda por desarrollo, deuda por naturaleza, deuda por equidad, deuda por donación, intercambios de deuda, y readquisiciones de deuda. Para quel lector comprende mejor las cuestiones que entran en juego, la parte dos del documento los analiza.

Más adelante se tratan las fuentes posibles de financiación, la propiedad de la deuda y otros posibles enfoques para la realización de las conversiones de deuda por salud.

---

[1] Este documento se tituló *Conversión de Deuda Externa para Proyectos de Desarrollo en Salud: Estudio de Caso del Ecuador*, escrito por Guillermo Troya, Xavier Solórzano y Francisco Vallejo en agosto de 1991.

[2] Este documento fue escrito por Chantal Labelle en mayo de 1990 para la Décimocuarta Reunión del Subcomité de Planeación y Programación del Comité Ejecutivo de PAHO.

Inversionistas. Los inversionistas posibles son numerosos. Entre ellos figuran las corporaciones multinacionales, especialmente si los fondos de estas conversiones se van a asignar a proyectos de salud que entrañan la compra de los productos que fabrican. También son inversionistas probables los bancos multilaterales de desarrollo y las agencias bilaterales donantes deseosas de utilizar los fondos de asistencia al desarrollo o recursos no asignados como capital para comprar deuda, así como las organizaciones sin fines de lucro y entidades caritativas que en forma creciente tienen acceso a fondos para planes de conversión de la deuda.

Proprietario de la deuda. La conversión de la deuda debida a los bancos comerciales es sólo una de las muchas fuentes disponibles para generar recursos adicionales para las actividades de salud. Aun cuando no se intercambia en el mercado abierto, la deuda mantenida por las agencias bilaterales de desarrollo también tiene posibilidades pero con una ventaja adicional, la de que permite a los gobiernos acreedores abordar el problema de la deuda sin tener que utilizar dinero adicional de los contribuyentes. Una tercera opción sería la de generar recursos adicionales para la salud mediante la conversión de una porción de la deuda bilateral adeudada al Club de París. En vista de que el Club de París ha negociado en el pasado numerosos acuerdos de reprogramación de la deuda, tiene ya instituidos mecanismos de negociación que podrían facilitar el proceso de transacción de deuda por salud.

Implementación de las conversiones de deuda. Los planes de conversión de la deuda se han emprendido generalmente sobre una base de caso por caso. Aun cuando no hay un modelo universalmente aceptado, hay ciertas pautas que necesitan observarse para la ejecución de un plan de conversión de la deuda. Deberán celebrarse conversaciones preliminares con cierto número de interlocutores procedentes de diversos sectores a fin de determinar la viabilidad de una conversión de deuda por salud, principalmente con los ministerios de salud y los bancos centrales. Tomando como base la información recopilada durante estas conversiones, luego se formularía un perfil de los proyectos de salud propuestos para explicarlos a los posibles tenedores de la deuda e inversionistas. Una vez que se ha determinado la viabilidad del proyecto de salud, se concluiría la transacción de adquirir la deuda y poner a disposición los fondos en moneda local para los proyectos de salud convenidos.

Una alternativa más integral sería la de crear una autoridad internacional de gestión de la deuda que esencialmente compraría deuda del Tercer Mundo a descuento la cual se transmitiría entonces a los países deudores mediante reestructuración de sus préstamos, a saber: perdonando una porción de la deuda original; prorrogando las fechas de vencimiento; reduciendo los tipos de interés o una combinación de todo ello. Además, la autoridad podría también emitir bonos, convertir deudas en equidad para salud y mantener deudas como acreedor. A su vez, los países deudores tendrían que realizar programas de ajuste estructural en general y concertar acuerdos de conversión de la deuda en particular.

En la parte tres, se examinan las leyes que regulan las conversiones de deuda por salud en los países de la región. Aunque cierto número de países no tienen aún legislación sobre conversión de deuda por salud, los precedentes indican que los gobiernos pueden estar aún dispuestos a considerar las conversiones de deuda por salud sobre una base de caso por caso, utilizando autoridades gubernamentales generales.

En la parte cuatro se examinan tres temas claves que deberían considerarse al contemplar la idea de llevar a cabo un plan de conversión de la deuda por salud: inflación, desembolso de fondos, y tratamiento fiscal de las donaciones y reserva de pérdidas de préstamos.

Inflación. La preocupación sobre la inflación se basa principalmente en tener que pagar la deuda exterior emitiendo nuevas monedas locales en condiciones de altas tasas de inflación ya existentes en algunos países. Sin embargo, la experiencia hasta la fecha demuestra que la cantidad de las monedas locales emitidas en relación con los programas de conversión de la deuda no ha sido suficientemente grande para surtir un efecto perjudicial sobre la inflación. Además, los gastos contraídos por los proyectos de salud en relación con la economía en su conjunto son generalmente pequeños para tener repercusiones inflacionarias importantes. En cualquier caso, los gobiernos tienen medios para controlar las presiones inflacionarias, a saber, estableciendo topes sobre la cantidad de deuda que podrá convertirse o emitiendo bonos en moneda local que maduran a través de un período de tiempo prolongado.

Desembolso de fondos. Cabe recordar que los fondos proporcionados por estas conversiones son finitos y que, en consecuencia, deberán adoptarse medidas para asegurar la continuidad del proyecto una vez que se han agotado los fondos. También conviene evaluar el hecho de si los fondos son susceptibles de surtir un efecto perjudicial sobre las organizaciones no gubernamentales en los países receptores, tal como pérdida de iniciativa o una perturbación de actividades que reflejan la cultura o necesidades locales. Debido a que los donantes tienen alguna influencia en la forma en que se van a asignar los fondos, los gobiernos han de asegurar que las actividades locales de salud corresponder con las prioridades nacionales.

Tratamiento de impuestos. El tratamiento fiscal de las donaciones y las reservas de pérdidas de préstamos pueden resultar ser un incentivo o un desincentivo para participar en un plan de conversión de la deuda por salud, especialmente para los bancos acreedores comerciales. En muchos países acreedores cuando un banco dona un préstamo, la donación está sujeta al mismo tratamiento fiscal que las anulaciones de préstamos, mientras que un banco que vende un préstamo no sólo tiene derecho a deducciones fiscales sobre la diferencia entre el valor nominal del préstamo y la cantidad que recibe por él, sino que también tendrá el producto de la venta propiamente dicha. Para los bancos que no obtienen beneficios fiscales de adoptar disposiciones contra pérdidas sobre préstamos soberanos, los beneficios fiscales asociados con las conversiones de deuda por salud representan un incentivo para participar en las conversiones. Por otro lado, a los que se les permite incluir en el impuesto de capital del banco pérdidas de préstamos

deducibles son menos susceptibles de otorgar concesiones sobre préstamos soberanos.

Tal como se indica en la parte cinco, cada parte participante obtiene un beneficio. Los países receptores se benefician al reducir su servicio de la deuda en divisas en moneda local en vez de en divisas. Además, al canalizar los fondos convertidos hacia proyectos de salud prioritarios, los países receptores pueden mejorar la situación de salud de su población que es uno de los factores determinantes para la recuperación económica. Los bancos y otros titulares de la deuda se benefician al deshacerse de bienes que probablemente no se habrían liquidado de otra forma. Y los donantes se benefician porque tienen probabilidad de recibir una tasa elevada de rendimiento con fondos limitados.

Los distintos papeles que la OPS pudiera adoptar en relación con las conversiones de deuda por salud figuran en la sección final de este documento. De acuerdo con sus funciones actuales, la OPS podría proporcionar a los países miembros asistencia técnica en la identificación de proyectos prioritarios de salud y en su ejecución o supervisión. La OPS también podría asesorar a los gobiernos miembros sobre cómo pudieran participar en la generación de una conversión de deuda por salud, incluyendo la identificación de posibles inversionistas, así como agentes financieros o intermediarios que negociaran la conversión. En respuesta a una decisión de los órganos directivos, la OPS pudiera promover además conversiones de deuda por salud al nivel nacional e internacional.

De una forma más activa, y en nombre de los Países Miembros, la OPS podría participar más plenamente en el proceso actuando como agente e identificando, negociando y concertando conversiones de deuda por salud. Aunque con esta iniciativa se liberaría a los Países Miembros de la responsabilidad, constituiría una carga adicional para la Organización la cual, en vista de la complejidad de las tareas que habría de realizar, tendría que contratar a especialistas financieros y jurídicos.

En último análisis, la OPS podría ampliar su papel tradicional de movilización de recursos en el área de las conversiones de deuda por salud, a saber, convenciendo a los tenedores de la deuda de los méritos de donar los instrumentos de deuda descontados a cambio de la financiación de actividades de salud. Y también animando a los donantes tradicionales a aprovechar las conversiones de la deuda para potenciar sus inversiones.

Documento 2: ***Conversión de Deuda para la Salud: una Revisión y Actualización de los Temas Incluídos***

Como el documento anterior, el primer capítulo de este documento[3] se dedica a analizar la mecánica básica de este proceso, incluyendo los distintos tipos de conversiones, las partes participantes y los pasos que deberán seguirse en la ejecución de un plan de conversión. También se analizan las fuentes posibles de donantes y propiedad de la deuda así como los beneficios y riesgos inherentes.

Bajo el título de propiedad de la deuda, se subraya la posibilidad de emprender planes de conversión de la deuda por salud en el ámbito de la deuda bilateral. El año pasado, la Iniciativa de las Américas abrió nuevas posibilidades para convertir la deuda bilateral de los gobiernos de Latinoamérica. Las ventajas de intercambiar la deuda bilateral son esencialmente dobles. Por una parte, se superan los impedimentos principales que se interponen a la conversión de la deuda comercial privada, a saber, la renuencia de los bancos comerciales a intercambiar deudas que mantienen a descuentos profundos por miedo de contaminar el resto de su cartera. Por la otra, en pos de la reconstrucción económica de la Europa del Este y la Unión Soviética, los gobiernos acreedores tendrían la oportunidad de abordar el problema de la deuda sin tener que contribuir con fondos adicionales de asistencia al desarrollo.

El capítulo dos revisa las repercusiones macroeconómicas de las conversiones de la deuda para los países deudores, abordando algunas de las cuestiones que han sido suscitadas en relación con el costo que puede estar asociado con este tipo de transacción. Quizás la cuestión preguntada más frecuentemente, gire en torno al hecho de si la aplicación de este mecanismo es susceptible de surtir un efecto inflacionario perjudicial sobre la economía del país deudor. Generalmente se observa que la cantidad de recursos presentados para cambio a moneda local, y la asignación de recursos en la salud como porcentaje del desembolso presupuestario total no son suficientemente grandes para tener repercusiones inflacionarias apreciables. A título de ilustración, las dos primeras conversiones de deuda por salud que se llevaron a cabo en Ecuador representaron sólo 0,097% del producto interno bruto. Los países tienen, en cierto grado, control sobre las presiones inflacionarias, comprobando la tasa de conversión de la deuda y ajustando la emisión de moneda local al flujo de fondos del proyecto de salud, a saber, mediante la emisión de bonos en moneda local. También cabe advertir que los países deudores pueden generar moneda local para amortizar la deuda interna mucho más fácilmente que divisas para amortizar la deuda exterior.

Otra pregunta que suele plantearse en lo referente a costos posibles para las naciones deudoras es si las conversiones de deuda generan inversión adicional, es decir si las conversiones

---

[3] Escrito por Dr. Antonio Campino, Sra. Carol Collado y Srta. Chantal Labelle en mayo de 1991 para investigar las preguntas suscitadas sobre el tema de conversión de deuda para los miembros del SPP, este documento sirve ahora de base para la actual participación de la OPS en el proceso de conversiones de deuda.

de deuda tienen probabilidad de generar localmente recursos financieros para proyectos. Si no hay un elemento de adicionalidad (carácter suplementario y no substitutivo de la inversión), suele decirse que el país deudor corre un riesgo renunciando a la moneda fuerte que de otro modo estaría a su alcance, sin recibir otros beneficios adicionales. Por otra parte, también podría argumentarse que, sin un programa de conversión de deuda, el bajo rendimiento económico de muchos países deudores puede disuadir a los inversionistas de financiar proyectos. Más aún, mediante la participación en un programa de conversión de deuda hay mayores posibilidades de que un inversionista aumente el tamaño de un proyecto ya planificado con anterioridad. Por última, la respuesta a la pregunta de si una conversión general recursos adicionales debe encontrarse estudiando cada caso individualmente.

Las conversiones de deuda por salud también pueden crear una necesidad de moneda fuerte porque los proyectos de salud a menudo requieren insumos importados. Sin embargo, esta situación puede evitarse si se especifica que un porcentaje fijo de los recursos se mantenga en la moneda fuerte para satisfacer las demandas generadas por los proyectos.

El conjunto final de preguntas que suelen surgir se refiere a si las conversiones de deuda por salud pueden considerarse como meros instrumentos de apoyo a la banca comercial, o como subsidios a las empresas del sector privado dispuestas a proporcionar recursos financieros a cambio de un tratamiento preferencial. En lo que se refiere a la banca comercial, debe observase que la cantidad de préstamos hechos por estas instituciones a los países latinoamericanos es relativamente pequeña con relación a su activo total, por lo que no puede considerarse que las conversiones sean medios de ayuda a los bancos. Además, las pérdidas contables sufridas por los bancos en el momento en que se vende un préstamo con descuento equivale, en efecto, a un subsidio por parte de los bancos tanto para el inversionista como para el país deudor. En cuanto al sector privado, en realidad, debe tenerse aún mayor cautela porque las empresas a menudo están más intersadas en obtener ganancias que en desarrollar proyectos de conformidad con las necesidades locales.

Después de un breve resumen de las diferentes estrategias de alivio de la deuda, a fin de situar el mecanismo de conversión de la deuda en su contexto político histórico, el capítulo dos analiza posteriormente la legislación que controla el mecanismo en los países deudores puesto que las modalidades de conversiones de la deuda por salud son reguladas por la estructura jurídica y prácticas administrativas afines en los países deudores. Tomando como base la información disponible, se ha identificado la legislación que regula la conversión de la deuda en doce países latinoamericanos, la cual oscila entre la creación de órganos consultivos para definir y elaborar las estrategias de conversión de la deuda y la aprobación por el estado y la creación de las condiciones requeridas para estimular la inversión de capital a largo plazo. De estos doce países, la legislación sobre conversión de la deuda específicamente encaminada a programas especiales, incluyendo los programas relacionados con la salud, sólo puede identificarse en algunos países.

La ejecución de programas de conversión de la deuda requiere hacer frente a cierto número de cuestiones. El capítulo tres se concentra en aquellas cuestiones que son

especialmente pertinentes para los proyectos de salud: la ética, la sustenabilidad, la adicionalidad, la condicionalidad, la repercusión social, la determinación de la política, y seguimiento, supervisión y evaluación.

Etica. Son posibles muchos lapsos cuando se intercambian sumas de dinero. La experiencia demuestra que un programa de conversión puede ser utilizado por los individuos para promover sus propios intereses a expensas de los programas. Si se prevén desde el principio, pueden incorporarse salvaguardas para mantener bajo control el comportamiento no justificado. Otra preocupación ética es el punto de vista de que las conversiones de la deuda redundan en detrimento de la soberanía y que conducen a dependencia y dominio en la esfera internacional. Sin embargo, contrariamente a esta creencia, tenemos el convencimiento de que las economías de todos los países están íntimamente relacionadas y que la independencia total es imposible para ningún país dado.

Sustenabilidad. La cuestión más vital en el desarrollo de los proyectos quizás sea la continuidad o permanencia, que se refiere a la capacidad de un país para mantener los programas, actividades y niveles de beneficios para la población y su salud, una vez que el proyecto ha concluido. Las conversiones sólo generan fondos temporalmente. Así pues, es importante adoptar planes para proporcionar apoyo al programa cuando se agoten los fondos. Además, los proyectos de ámbito más general que selectivo y que incluyen participación social pueden hallar más fácilmente defensores en la comunidad para ayudar a encontrar formas de continuar los servicios.

Adicionalidad. No menos importante es la cuestión de la adicionalidad, tal como es referida en el capítulo anterior. Si los gobiernos operan sometidos a limitaciones presupuestarias agudas, existe el riesgo de que los fondos se retiren de otros sectores, en cuyo caso la inversión no es adicional. En términos del impacto general sobre el desarrollo, los recursos canalizados del sector militar, por ejemplo, pudieran ser positivos. Sin embargo, si los fondos redistribuyen de otros fondos sociales tales como la asistencia social y la educación, los beneficios pudieran ser limitados y cuestionables. Por otra parte, si un porcentaje indebido del presupuesto del sector salud se reasigna desde las areas que tienen mayor prioridad esta decisión puede ejercer un efecto negativo sobre los objetivos de desarrollo del país.

Condicionalidad. Este tema se refiere a las condiciones basicas que los donantes requieren de los beneficiarios para celebrar un convenio. En la mayoría de los casos, el donante establece las condiciones para proteger la donación/inversión y para asegurar que se emplee para los fines concebidos. Sin embargo, hay una distinción tenue que puede hacerse entre esas intenciones y la de coerción, para "segurar que ciertas cosas sucedan". El establecimiento de relaciones de larga duración entre todos los participantes, donantes, el gobierno, las ONG u otros beneficiarios, así como la planificación y el diseño apropriados del proyecto, pueden reducir el riesgo.

Impacto social. La cuestión del efecto social de los proyectos financiados mediante conversiones de la deuda también tiene una importancia significativa, en especial cuando se utilizan como uno de los criterios principales para la valoración de la justificación y mérito del proyecto. Uno de los principales factores mediante el cual se determina el impacto social del proyecto de salud es la selección de la población beneficiaria. Idealmente, los proyectos seleccionados deberían ser aquellos que pueden llegar a un número máximo de personas con intervenciones eficaces en tanto se consigue eficacia en función del costo.

Determinacion de una política. A fin de asegurar que los proyectos de salud corresponden a las necesidades de salud de la población, es importante que el proceso de establecimiento de normas en la mecánica de las conversiones de la deuda se controle y coordine de forma apropiada a través de los gobiernos locales. Puesto que los gobiernos son últimamente responsables de la salud de la población, no sólo tienen el derecho sino también la obligación de establecer normas y disposiciones para el sector salud. Así pues, es importante establecer mecanismos para salvaguardar dicha función.

Seguimiento/Supervisión/Evaluación. Es importante utilizar las conversiones de la deuda para promover la clase adecuada de intervenciones de salud. La vigilancia y supervisión de las actividades también son funciones esenciales para demostrar los principios éticos en cuestión así como para reforzar la intención original en la que se basó el proyecto. Para el establecimiento de criterios de evaluación en un proyecto, hay que tener cuidado ya que existe una tendencia a concentrarse a menudo en criterios altamente visibles y fáciles de medir. Este enfoque puede sesgar las actividades del proyecto hacia resultados medibles a corto plazo en detrimento de una actitud más duradera y un cambio de comportamiento.

En el capítulo cuatro se analizan la experiencia general de otras entidades internacionales y multinacionales en el área de la conversión de la deuda. De todos los órganos de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez (UNICEF) quizás sea la agencia con mayor experiencia. Han sido receptores en 1988 de un instrumento de deuda para el Sudán donado por un banco comercial para un proyecto de agua potable y también ha diseñado con el BID un fondo de préstamo permanente para la América Latina y el Caribe destinado a inversiones sociales utilizando el mecanismo de conversión de la deuda para promover dichos fondos. CARE (Cooperative Aid for Relief Everywhere) también ha trabajado activamente con conversiones de la deuda, y ha firmado un convenio de conversión de la deuda por valor de $3,5 millones en abril de 1990 con el Gobierno del Ecuador para financiar proyectos de protección ambiental. Finalmente, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) inició en 1989 un mecanismo de conversión de la deuda para financiar fondos de asistencia exterior con los que compra deuda actualmente en manos de países en desarrollo para acreedores extranjeros para conversión a bonos en moneda local. La USAID también financió la creación de la Coalición de Deuda por Desarrollo en 1988 que proporciona información sobre política y programas de organizaciones interesadas en promover y realizar conversiones de la deuda, así como asistencia técnica en el diseño y estructuración del programa de conversión de

la deuda.

El capítulo cuatro pasa a analizar las ocho posibles funciones y algunas actividades que la OPS podría asumir durante el proceso de conversión de la deuda. Por ejemplo, la OPS podría movilizar los recursos animando a los posibles inversionistas privados o los donantes bilaterales y multilaterales a proporcionar a la Organización los fondos necesarios para la compra de una deuda a cambio por un compromiso por parte del país recibidor para implementar actividades de salud en curso. La OPS también podría servir de coordinador estableciendo redes de trabajo entre los distintos actores en los países acreedores y deudores con miras a facilitar el intercambio de información y evitar competencia intersectorial. En calidad de coordinador, la OPS podría asesorar a los países miembros a los que se dirigen los donantes. En el desarrollo adicional de esta función, la OPS podría actuar como agente en cuyo caso negociaría, compraría y transferiría el instrumento de la deuda. Sin embargo, debido a la complejidad de dichas tareas, la OPS tendría que contratar los servicios de especialistas financieros y jurídicos. En armonía con el papel de coordinador, la OPS podría tambien adoptar igualmente el papel de garante del control de la calidad para asegurar la calidad en la atención y la realización de las actividades de salud formuladas como resultado de una conversión de la deuda.

Además de las funciones ya mencionadas, la OPS podría desempeñar la función de administrador o gerente, que supervisaría el desembolso de los fondos del proyecto, y ademas, vigilaría y supervisaría la ejecución de los proyectos de salud.

Sin embargo, hay tres funciones mas muy adecuadas para ser desempeñadas por la OPS. Una de ellas sería la de prestar a los Países Miembros la asistencia técnica para desarrollar proyectos de salud apropiados, fortalecer las organizaciones locales interesadas, establecer programas para facilitar las conversiones de deuda por salud, así como para evaluar el ambiente tan especial y los factores internacionales que rodean la ejecución de este tipo de actividad. Otra función sería la de suministrar a los Países Miembros, apoyo especializado para redactar la legislación sobre conversiónes de deuda. Finalmente una tercera función sería la de promover, ante las autoridades del país deudor, las conversiónes de deuda en el sector salud. Estas autoridades incluyen el Banco Central, el Ministerio de Finanzas y los donantes potenciales.

Documento 3: ***Deuda Externa y Salud: Esquemas de Conversión de un Porcentaje de la Deuda Externa de los Países de América Latina y el Caribe a Recursos Adicionales para Salud***

La primera parte de este documento[4] de cuatro partes, aborda la necesidad de apoyar a los países de la América Latina y el Caribe en el restablecimiento de sus infraestructuras de

[4] El presente documento fue escrito por Patricio Márquez y Ulysses Panisset en setiembre de 1988, ambos residentes del Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la PAHO.

servicios de salud que han sufrido un considerable deterioro en décadas recientes, principalmente debido al hecho de que el servicio de la deuda absorbió una cantidad desproporcionada de recursos. Se subraya en particular la importancia de definir nuevas modalidades de cooperación técnica y financiera para ayudar a los países a planificar y ejecutar programas que hagan un uso eficiente de los recursos disponibles para reactivar la producción económica a fin de responder a las necesidades básicas de la población, por un lado, y descargar las obligaciones contraídas con las instituciones crediticias, por el otro.

Basado en conversaciones con el Dr. Albert Fishlow de la Universidad de California, se define en consecuencia un modelo que esboza el concepto de trasladar deuda que ahora está en manos de bancos comerciales a algún organismo o programa público. En términos concretos, este modelo entraña el intercambio de un porcentaje de la deuda comercial de los países de la América Latina y el Caribe por bonos garantizados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) o el Banco Mundial, que luego se utilizarían para crear un fondo de programas prioritarios en salud. Este fondo sería administrado por el BID, mientras que la OPS proporcionaría asistencia técnica y, en cooperación con los países, definiría las áreas prioritarias para la formulación y ejecución de los programas de salud. A cambio de que el BID transfiriese como donaciones un paquete nacional de bonos al banco central de cada país, el gobierno convendría en invertir en moneda local el equivalente de una fracción perdonada de la deuda exterior en programas prioritarios de salud.

Cada parte participante en este tipo de conversión de deuda-bono obtiene importantes beneficios. Para los bancos comerciales, parte de la deuda de riesgo elevado que mantienen se convertiría en bonos garantizados por el BID, y mejorarían las posibilidades de reembolso de la deuda pendiente restante. Para los países industrializados, se reducirían las presiones sobre el sistema bancario internacional y se promovería la asistencia financiera a los países en un período de crisis económica. Para los países latinoamericanos, se movilizarían recursos adicionales para actividades prioritarias en el campo de la salud, mejorando así la situación de salud de la población. Se mejoraría la solvencia así como la capacidad de endeudamiento; y el proceso de democratización se fortalecería mediante la ejecución de programas sociales encaminados a mejorar la calidad de la vida de la población. Para el Banco Interamericano de Desarrollo, se canalizarían recursos adicionales, en oposición a recursos ordinarios, para el desarrollo social, y pueden descubrirse nuevas estrategias de alternativa para confrontar el problema de la deuda exterior de los países de la región. Finalmente, para la OPS, también se movilizarían recursos adicionales para actividades prioritarias en materia de salud, y se fortalece la labor interinstitucional así como el trabajo con los países.

En la segunda parte de este documento, el Dr. Jeffrey Sachs del Departamento de Economía de la Universidad Harvard revisa el modelo para determinar su viabilidad. Aunque el Dr. Sachs comenta sobre el gran interés y pertinencia de convertir la deuda exterior de los países a recursos adicionales para la salud, también señala la existencia de limitaciones en la aplicación de este tipo de plan con los instrumentos de la deuda de los bancos comerciales. El problema fundamental que se identifica es aquel en el cual, debido a que no todos los países latinoamericanos son capaces de pagar el interés sobre sus deudas a los bancos comerciales, no

es posible asumir que los recursos puedan desviarse sobre una base regional del pago de los servicios de la deuda para invertirlos en la salud. En lo que respecta a los países que están atendiendo el servicio de los intereses sobre sus deudas, el Dr. Sachs adverte que los gobiernos de esos países puede estar más interesado en reducir una porción mayor de su deuda ya que esto significaría una reducción más importante en el principal total de la deuda.

Puesto que la mayoría de los países tiene intereses que se acumulan sobre su deuda bilateral oficial reprogramada con el Club de París que por regla general han de abonar, el Dr. Sachs sugiere como alternativa a la propuesta precedente que los planes de conversión utilizasen en vez de ello parte de los recursos que están canalizando los países de la región para el pago del servicio de la deuda pública tramitada por el Club de París. Enfatiza que existe una necesidad urgente de crear fondos para inversiones sociales en paises donde se implementan programas de ajuste muy severo citado la sugerencia que el propuso en Bolivia y Europa Central. Un modelo posible en este caso sería: i) reducir las tasas de interés sobre la deuda pública de los países latinoamericanos al obtener un compromiso por los gobiernos de estos países de invertir el equivalente de esa reducción en actividades prioritarias de salud, o ii) canalizar un porcentaje del servicio de la deuda pública total a un fondo de inversión para la salud. El proceso de conversión sería administrado por el Club de París, mientras que la OPS, junto con los países miembros definiría las áreas prioritarias para inversión y proporcionaría asistencia técnica. Si se aplican sobre una base regional, esta propuesta tendría que incluir un mecanismo para negociación colectiva, puesto que la práctica actual del Club de París consiste en renegociar los términos del pago de la deuda con cada gobierno individualmente.

La tercera parte del documento recuenta una serie de discusiones con el Sr. Eduardo Bustelo, Asesor en Planificación y Evaluación para proyectos del UNICEF en Argentina, quien declara que, en el contexto de las crisis económicas y financieras, incluso las cantidades más pequeñas de recursos adicionales pueden tener un efecto importante. El Sr. Bustelo también menciona la importancia de vincular las actividades de conversión de la deuda por salud a estrategias encaminadas a efectuar cambios sustanciales en la organización de los servicios de salud en los países, y modernizar la gestión de la actividad pública, incluyendo el desarrollo de instrumentos de control gerencial. También agrega que el compromiso asumido por los gobiernos de invertir en la salud utilizando moneda local dentro del plan de conversión de deuda por salud no debería conducir a consecuencias inflacionarias, sino más bien a un gasto público más eficiente. Indica que la viabilidad de tales planes depende de las capacidades de los directores de la OPS y el UNICEF para movilizar el apoyo político necesario, especialmente de los gobiernos de los países de la región.

La cuarta parte del documento concluye con una ronda final de conversaciones sostenida para la emisión de conversiones de deuda con un número de expertos durante un día de seminario. Aunque los participantes encuentran atractiva la idea de utilizar las conversiones de la deuda para hacer frente a los problemas de salud actuales y graves que hay en la región, también aconsejan que es necesario cualificar y diferenciar entre los países pobres no pagadores y los países más ricos, si es realmente factible hacerlo.

Para los no pagadores, cualquier conversión de la deuda comercial no genera ahorro de recursos actuales, puesto que muchos de ellos no pueden realmente atender el servicio de su deuda con los bancos. Por esta razón, una posibilidad más atractiva al vincular la deuda con la salud está en las deliberaciones del Club de París sobre la deuda bilateral oficial. La fuente principal de alivio, puesto que se reprograman tanto los atrasos en los intereses como en el principal, es el interés adeudado sobre la porción reprogramada. Conforme a las normas del Club de París, el interés acumulado sobre la deuda reprogramada ha de pagarse y es mucho más difícil de reprogramar.

Para los pagadores actuales, más ricos, tales como Argentina, Brasil y México, con una deuda bilateral oficial limitada, los recursos que pueden obtenerse del enfoque del Club de París son mucho menores. La fuente posible más atractiva en este caso la constituyen los beneficios que se derivarían de conversiones de la deuda comercial. Dependiendo del descuento de la deuda en mercados secundarios, dicho arreglo tiene posibilidades de influir bastante sustancialmente en el aporte de capital inicial.

Independientemente del vehículo prometido que se emplee para la ejecución de los planes de conversión de la deuda a fin de abordar los problemas actuales de salud en la región, la conclusión es la de que se necesita tener un caso cuidadosamente documentado relacionando la crisis económica con las consecuencias sobre la salud y una indicación igualmente documentada cuidadosamente de lo que pudieran hacer recursos adicionales, y deberían recibir máxima prioridad.

Se llegó a una segunda conclusión que es importante utilizar las conversiones de deuda por salud a fin de promover la clase adecuada de reformas. Existe necesidad de una meta clara y de instrumentos apropiados para supervisar los resultados de la financiación de los programas a través de los recursos de conversión de la deuda. Debido a que la condicionalidad no es muy bien recibida por los gobiernos, es importante que un mediador como la OPS o el BID participen en el examen de temas tales como los de la vigilancia y supervisión así como los indicadores programáticos.

3. EJEMPLO DE UNA CONVERSION DE DEUDA

Para llevar a cabo exitosamente una transacción de conversión de deuda, los actores involucrados en general, suelen emprenderse acciones y firmar convenios tales como los que se enumeran a continuación. Puesto que cada país tiene su propia manera de enfocar la mecánica para una conversión de deuda, es importante que estas pautas no se consideren como normas de política oficial sino más bien como pasos importantes que deben darse. En el siguiente ejemplo, un organismo donante bilateral aportó $3,0 millones a la OPS para adquirir una porción de la deuda comercial de un país miembro en el mercado secundario.

1. En conjunción con el Ministerio de Salud del país miembro, el PWR planifica y diseña un proyecto de salud a ser financiado con los fondos de la conversión. Puesto que algunos países requieren que un contraparte local sea el beneficiario de los fondos de la conversión, quizás tenga que participar en el proceso una organización no gubernamental del país.

2. Una vez concluido el diseño del proyecto, la OPS firma un convenio de contribución con el organismo donante para financiar el esquema de conversión de deuda.

3. En vista de la complejidad de las transacciones relacionadas con la deuda, la OPS contrata a un agente comercial especializado en llevar a cabo conversiones de deuda en nombre de las ONG, tal como la Iniciativa de Deuda por Desarrollo o la Coalición de Deuda por Desarrollo, financiadas por CIDA y la USAID, respectivamente. Las tasas de comisión cobradas por esas organizaciones varían entre 1% y 3%.

4. Una vez obtenida la aprobación de la OPS, el agente comercial inicia negociaciones con el Banco Central y el Ministerio de Salud del país miembro para asegurar que el proyecto sea compatible con las políticas y prioridades gubernamentales, y para establecer los términos financieros en base a los cuales se concederá la aprobación. Tales términos incluyen el tipo de fondos que se recibirá del Banco Central, la tasa de cambio aplicada a la conversión de la deuda, las políticas de repatriación, el porcentaje del valor nominal a ser honrado por el gobierno, los impuestos o las comisiones que corresponden, las medidas de protección contra la inflación y otros detalles.

5. La OPS examina los detalles financieros y técnicos del proyecto con el agente comercial y prepara una carta de intención.

6. El agente comercial presenta para la revisión o aprobación del Banco Central y de los funcionarios pertinentes una solicitud que esboza el proyecto a financiar. La solicitud por lo general exige información acerca del organismo financiero, del contraparte local, del proyecto a financiar, incluyendo una evaluación de las necesidades y de los costos estimados y cómo se emplearán, dónde y a quién irán los fondos.

7. Mientras se está procesando la solicitud de aprobación, el agente comercial identifica a un ente dispuesto a vender la deuda apropiada.

8. Una vez recibida la aprobación escrita del gobierno deudor, la OPS firma un convenio que abarca aspectos programáticos y financieros con el gobierno del país miembro. En dicho convenio se estipula lo siguiente: a) el organismo ejecutor designado como adjudicatario de una cantidad acordada en moneda local para la ejecución del proyecto de salud y b) que el Ministerio de Finanzas autoriza los fondos para el organismo ejecutor.

9. Una vez firmado el convenio, la OPS transfiere la contribución de los organismos donantes al agente comercial para adquirir en el mercado secundario una porción de la deuda comercial del país miembro. A título de ejemplo, digamos que si la deuda de un país actualmente se está vendiendo en los mercados secundarios en aproximadamente 12 centavos de dólar, el valor total nominal de la deuda adquirida con $3,0 millones podría equivaler hasta a $25,0 millones.

10. Cuando se paga la deuda, el organismo que la detentaba dona el título de la deuda a la OPS.

11. La OPS, a través del agente comercial, presenta el instrumento de la deuda pendiente al Banco Central para su conversión en moneda local.

12. A cambio de la cancelación de la deuda, el Banco Central emite la moneda local (generalmente en la forma de dinero en efectivo o en bonos) de acuerdo a un cronograma predeterminado en una cuenta especial administrada por el PWR en nombre del Ministerio de Salud, para financiar el proyecto de salud. Algunos países quizás permitan que la OPS venda estos instrumentos en el mercado secundario local para obtener divisas para los actividades del proyecto que los requieren.

El PWR es responsable para la administración del desembolso de los fondos del proyecto destinados a los contratos, para la supervisión, las compras y la evaluación. Para cooperar en estas tareas y para trabajar con las unidades de programación, ejecución, monitoreo y evaluación de la Sede de la OPS en Washington, se responsabilizará un consultor en el país miembro.

Tanto la OPS como el Ministerio de Salud y los ONGs involucrados, mediante sus unidades administrativas locales, son mutuamente responsables de la ejecución general de las actividades del proyecto y del desembolso de los fondos, de conformidad con las normas financieras y administrativas de la OPS/OMS y las leyes presupuestarias y financieras del gobierno del país miembro.

DOCUMENTO 1

RESOLUCION DEL CONSEJO DIRECTIVO SOBRE CONVERSION DE DEUDA

CONSEJO DIRECTIVO

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

COMITE REGIONAL

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

RESOLUCION

XVIII

CONVERSION DE DEUDA

LA XXXV REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo presente que:

La crisis económica y las consiguientes políticas de ajuste que afectan a los países de la Región conllevan una disminución de los recursos asignados al sector salud;

Han surgido varias iniciativas para convertir en moneda local la deuda externa de algunos países de la Región, y para obtener recursos adicionales para el financiamiento de proyectos de desarrollo socioeconómico, habiéndose llevado a cabo tales iniciativas tanto en las negociaciones de los países deudores con los bancos privados como en el ámbito de las relaciones bilaterales, como es el caso de la Iniciativa para las Américas del Presidente Bush;

Se está considerando la posibilidad de convertir la deuda con el sector público de los países integrantes del Club de París para aplicarla a proyectos sociales en los países deudores;

Otros organismos del sistema de las Naciones Unidas están llevando a cabo varias experiencias de conversión de deuda para financiar proyectos sociales, y

Hasta ahora los beneficios recibidos por el sector salud como resultado de tales iniciativas han sido sumamente limitados,

RESUELVE:

1. Recomendar a las autoridades económicas y sanitarias de los Países Miembros de la OPS/OMS que exploren las posibilidades para la conversión de parte de la respectiva deuda externa en recursos locales destinados a financiar proyectos de salud y, en caso de ser factible, que establezcan los mecanismos necesarios para concretar las operaciones correspondientes.

2. Instar a los países acreedores, a las instituciones financieras internacionales y a los bancos privados a proporcionar a los países en desarrollo de la Región facilidades similares a las que se están ofreciendo en otros sectores para financiar proyectos de salud mediante conversión de su deuda externa.

3. Convocar a las organizaciones no gubernamentales que actúan a nivel nacional o regional a apoyar a los países de la Región en sus esfuerzos para introducir servicios de salud eficaces en función del costo y en la búsqueda de nuevos recursos para financiar proyectos de salud por medio de operaciones de conversión de deuda externa.

4. Solicitar al Director de la OSP que apoye a los Países Miembros en la obtención de recursos para financiar proyectos de salud mediante la conversión de deuda externa; en la promoción de este mecanismo a nivel internacional, y en la formulación, ejecución y evaluación de los proyectos respectivos, informando a la XXXVI Reunión del Consejo Directivo sobre los progresos alcanzados en estas actividades.

(Aprobada en la novena sesión plenaria,
celebrada el 27 de septiembre de 1991)

DOCUMENTO 2

CONVERSION DE DEUDA PARA LA SALUD

Chantal Labelle

Organización Panamericana de Salud
Coordinación de Analisis y Planificación Estrategica
Mayo, 1990

CONTENIDO

1. Introducción y antecedentes de la crisis de la deuda 1

2. Deuda por salud: una opción 4

   2.1 Justificación de las conversiones de deuda 4
   2.2 Otros tipos de conversiones de deuda 5
   2.3 Posibles fuentes de financiación 9
   2.4 Propiedad de la deuda 10
   2.5 Métodos alternativos para efecutar conversiones de deuda por salud 11

   Anexo 1: Análisis comparativo de una conversión de deuda por salud 15
   Anexo 2: Modelo propuesto de una solución integral 16

3. Países de América Latina y el Caribe con programas y disposiciones legales relacionados con conversiones de la deuda 18

   3.1 Países que tienen leyes aprobadas para las conversiones de deuda por capital 18
   3.2 Países con disposiciones legales específicas para las conversiones de la deuda filantrópica 20

   Anexo 1: Cuadro de la legislación sobre esquemas de conversión de deuda en América Latina y el Caribe 22

4. Temas clave relacionados con las conversiónes de la deuda por salud 23

   4.1 Inflación 23
   4.2 Desembolso de fondos 24
   4.3 Régimen fiscal de las donaciones y reservas por préstamos irrecuperables 25

   Anexo 1: Régimen impositivo y contable de las reservas por préstamos irrecuperables 27

5. Beneficios derivados de las conversiones de deuda 28

6. Funciones para la OPS 30

7. Notas 32

1. INTRODUCCION Y ANTECEDENTES DE LA CRISIS DE LA DEUDA

Durante la década de 1980 la mayoría de los países de América Latina y del Caribe padecieron graves trastornos económicos provenientes de una crisis que demostró tener mayor vigor y fuerza de lo que se había previsto. Quizás el componente principal de la crisis, elemento que dominara gran parte del debate político y económico, fue el de la deuda. A comienzos de la década de 1990, los esfuerzos en curso para enfrentar la crisis de la deuda incluyeron la reducción de las deudas, reformas de política económica y nuevos capitales para estimular el desarrollo. Uno de los mecanismos en estudio en la región incluye la conversión de la deuda por recursos para salud, en la cual el poseedor de la deuda externa conviene en aceptar el valor descontado de la deuda en el mercado a cambio de un acuerdo por parte del gobierno de utilizar los recursos recibidos en moneda local para actividades complementarias en el sector de la salud. La Organización Panamericana de la Salud está explorando el concepto de conversión de deuda por salud, con la esperanza de que esas conversiones puedan proporcionar recursos adicionales a los Países Miembros que contribuyan a satisfacer las prioridades nacionales en cuanto a salud, lo cual representa también un cierto alivio a la carga de la deuda que todavía soportan.

La crisis económica y de la deuda

Durante la década de 1980, la producción per cápita en los países de la región disminuyó en más del 8 por ciento. Para algunas naciones, la bonanza económica medida en ingresos per cápita ha disminuido hasta alcanzar niveles no vistos desde la década de 1960. Al finalizar la década de los 80, en 20 de 25 países de América Latina y el Caribe, el producto interno bruto per cápita real había disminuido con respecto al comienzo del período, según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALC). Según CEPALC, a fines de 1989, el producto per cápita promedio de la región había disminuido por dos años seguidos, igualando el nivel de 1977-78.

Al estancarse la producción, los países debieron afrontar tanto la depresión económica como la inflación; pero allí la inflación alcanzó niveles mucho más altos que en cualquier otra región del mundo. En 1989, la inflación promedio alcanzó cerca de 1000%; en cuatro países fue de varios miles, en tres países fue de 50 a 100% y en 12 de ellos varió entre 10 y 40%. En siete de los diez años de la década, la inflación promedio de la región se elevó a más del 100%.

Durante el decenio, la pobreza ha aumentado drásticamente con casi 40 millones más de personas -- 170 millones en total -- que viven en esas condiciones, llegando el porcentaje actual de pobres al 40% de la totalidad de la población. El bienestar social de la clase media y los trabajadores especializados, y la supervivencia se ha convertido, una vez más en un desafío diario para muchos de los pobres de la región.

La crisis de la deuda externa fue el obstáculo individual más visible para el crecimiento y el desarrollo de la región. La deuda subió vertiginosamente a más de 400 mil millones de dólares -- 416 mil millones a fines de 1989 -- y se ha mantenido cerca de ese nivel durante cuatro años. En la actualidad, la deuda representa más del triple del valor de las exportaciones latinoamericanas y casi el 40 por ciento del producto interno bruto total. Los países han estado dedicando hasta un 40% de lo que perciben por exportaciones al servicio de esa deuda -- lo que ha generado, durante los últimos siete años, una transferencia neta de capitales desde la región que asciende a 185 mil millones de dólares.

El año pasado la salida neta de capitales disminuyó; pero ello se debió principalmente, según CEPALC, a que 14 de 19 países no lograron pagar cabalmente el servicio de su deuda en 1989, lo que ocasionó una acumulación de intereses moratorios sobre el servicio de la deuda externa. Cinco países también se atrasaron en sus compromisos del servicio de la deuda contraídos con instituciones financieras multilaterales.

Anexo 1

DEUDA LATINOAMERICANA

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989a
Real per capita (% cambio)	-4.7	1.4	1.4	1.6	0.3	-1.5	-1.0
Precio al consumidor (% cambio)	131	184	275	65	199	473	994.2
Inversione (% de PIB)	17	17	18	18	18	18	
Exportaciones (en billones de $)	92	102	98	80	91.4	104.2	110.3
Importaciones (en billones de $)	64	65	63	64	71.6	77.5	82.3
Deuda externa (en billones de $)	344	362	371	382	411	413	415.9
Deuda como % de las exportaciones	292	277	296	351	340	309	
Servicio de la deuda como % de las exportaciones	40.8	40.9	40.3	45	35.5	42.8	
Transferencias netas de capital (en billones de $)	-32	-27	-33	-24	-21	-29	-24.6

(a: valor proyectado)

Fuentes: FMI, World Economic Outlook, octubre 1988; Pedro-Pablo Kuczynski, Latin American Debt, 1988; CEPALC, Preliminary Overview of the Latin American Economy, diciembre 1988 y diciembre 1989.

2. DEUDA POR SALUD: UNA OPCION

2.1 Justificación para las conversiones de deuda

Recientemente, los llamados realizados para responder a la crisis de la deuda han incluido la búsqueda de ajustes estructurales en los países, la insistencia en una mayor apertura de los mercados internacionales, un aumento en los préstamos de instituciones financieras internacionales a fin de permitir una vez más el crecimiento de las economías, convenios de reducción de las deudas celebrados entre América Latina y los bancos comerciales acreedores, y garantías financieras por parte de las naciones industrializadas para apoyar las iniciativas de reducción de la deuda. En el complejo conjunto de las negociaciones internacionales que han ocurrido en los niveles tanto bilaterales como multilaterales, el concepto de las conversiones de deuda ha sido uno de los instrumentos incluidos de manera prácticamente uniforme en los convenios de reducción de la deuda. Si bien inicialmente estuvieron limitados a las empresas comerciales, las conversiones de deuda constituyen ahora un denominador común de una serie de actividades, que incluyen aquellas relacionadas con la salud.

Existen tres razones fundamentales que se mencionan al justificar las conversiones de deuda por salud. En primer lugar, estas operaciones permiten a los gobiernos deudores pagar una deuda externa en moneda local, lo que genera un ahorro en las reservas de divisas. En segundo lugar, aumentan los recursos en moneda local para actividades prioritarias en el campo de la salud (ver Anexo 1). En tercer lugar, las conversiones evitan que se transfieran los escasos recursos hacia otros países para pagar el servicio de deudas pasadas y permiten que una corriente de capitales fluya hacia los países fuertemente endeudados produciendo una actividad económica adicional dentro de ellos.

Las conversiones de deuda por salud suelen ser posibles cuando predominan ciertas condiciones: 1) la deuda debe estar disponible mediante su donación o adquisición en el mercado secundario; 2) el gobierno del país beneficiario debe estar de acuerdo con las condiciones de la conversión; y, en los países que tienen requisitos legales especiales, 3) una parte interesada, diferente de los acreedores o del país deudor, debe expresar su intención de adquirir la misma.

Deuda por salud en Ecuador

La conversión de deuda por salud constituye, en sí misma, un fenómeno reciente. Una conversión de deuda por salud en América Latina y el Caribe está a punto de ser concluida en Ecuador. Esta transacción comprende el intercambio de una porción de la deuda externa del Ecuador, a cambio del compromiso por parte del gobierno ecuatoriano de invertir el equivalente de la conversión en moneda local en los siguientes programas prioritarios de atención a la salud: "Control de la Cisticercosis Cerebral, mediante el Tratamiento Comunitario de la Teniasis Humana, y la Desparasitación de la Población Escolar". Estas necesidades fueron identificadas por las partes interesadas; es decir, el Ministerio de Salud del Ecuador; una organización local el Rotary Club Ecuatoriano; y el World Mercy Fund, organización norteamericana sin fines de

lucro.

La transacción fue organizada por el representante del World Mercy Fund, el Centro Internacional de Desarrollo de la Pequeña Empresa, organización norteamericana sin fines de lucro, y se emprendió esencialmente de la siguiente manera:

- El World Mercy Fund se interesó por una parte de la deuda comercial de Ecuador, que en este caso ascendía a 5 millones de dólares, y la adquirió con descuento en el mercado secundario por una cantidad cercana a los 750.000 dólares. (1)

- El World Mercy Fund donó el instrumento de la deuda al Rotary Club Ecuatoriano, el cual presentó luego una solicitud ante la Junta Monetaria Ecuatoriana para la conversión de la deuda en moneda local y luego decicar esos fondos a las actividades de salud previamente establecidas con el Ministerio de Salud, organismo encargado de controlar la ejecución de las mismas.

- La Junta Monetaria aprobó una resolución permitiendo el intercambio de bonos de estabilización en sucres por deuda ecuatoriana.

- El resultado final será el equivalente de 2,5 millones de dólares en bonos en moneda local para llevar a cabo actividades relacionadas con salud. Los restantes 2,5 millones de dólares serán usados sencillamente para reducir la deuda.

2.2 Otros tipos de conversión de la deuda

Aunque el valor anual de los esquemas de conversión de la deuda fue marginal hasta 1984, éste aumentó sustancialmente de 2.200 millones de dólares en 1985 a 21.400 millones de dólares en 1988. Esto se debió, en parte, a que el FMI y los centros financieros internacionales se mostraron más dispuestos a aceptar la reducción de la deuda y reconocieron que en varios países una cierta porción de la misma era "imposible de pagar". Sin embargo, en vista de que los países deudores de mayor tamaño habrían cuestionado el uso generalizado de las conversiones de deuda, se calculó que el valor total de dichas conversiones descendería a 14 mil millones de dólares en 1989. (ver Cuadro 1).

Para fines de 1988, por lo menos 12 países de América Latina y del Caribe informaron estar llevando a cabo varios programas de conversión que incluían: deuda por proyectos de desarrollo, deuda por naturaleza, deuda por capital, deuda por donación, intercambios de deuda y recompras de la deuda.

Deuda por proyectos de desarrollo

Al igual que las conversiones de deuda por salud, las de deuda por proyectos de desarrollo consisten en el intercambio de una parte de la deuda externa de un país por moneda local para financiar proyectos de desarrollo en sectores tales como educación y agua y

saneamiento, o para obtener compromisos de políticas que asignarán prioridad a ciertas actividades relacionadas con el desarrollo. Los recursos para este tipo de conversión de deuda pueden provenir de: donación de la deuda por parte del acreedor; financiamiento público, como por ejemplo, subvenciones otorgadas por bancos multilaterales de desarrollo u organizaciones gubernamentales internacionales sin fines de lucro; y recursos privados de fuentes como las empresas multinacionales.

Tabla 1 Conversiones de Deuda en Países de América Latina y del Caribe (en millones de dólares)

País	1984	1985	1986	1987	1988	1989a
Argentina	31	469	-	35	1,330	500
Brasil	731	537	176	1,800	9,175	4,000
Bolivia	-	-	-	1	349	20
Chile	11	313	987	1,983	2,905	2,000
Costa Rica	-	-	7	146	17	10
Ecuador	-	-	-	125	258	-
Honduras	-	-	-	6	11	-
Jamaica	-	-	-	2	100	-
Mexico	-	769	1,023	3,804	6,670	6,000
Peru	-	-	-	-	15	-
Uruguay	-	-	-	-	97	-
Venezuela	-	-	-	-	477	-
Total	773	1,988	2,193	7,902	21,404	12,530

(a: valor proyectado)

Fuente: Cuadros de la Deuda Mundial 1989-90. Banco Mundial. Washington, D.C.

Por ejemplo:

En 1988, el Banco Midland donó a UNICEF 800.000 dólares de la deuda sudanesa, que estaba en sus manos, para ser convertida en moneda local que iría a financiar un programa de reforestación para obtener recursos hídricos y otro en salud. (2)

Deuda por naturaleza

La idea de la deuda por la naturaleza fue concebida por primera vez en 1984 por el vicepresidente del World Wildlife Fund (WWF), Dr. Thomas E. Lovejoy, para generar recursos adicionales o compromisos de políticas que protegerían el medio ambiente. La transacción que

sustenta este tipo específico de conversión de la deuda es similar a la que se utiliza en las conversiones de deuda por salud y de deuda por desarrollo. Los ejemplos que se dan a continuación fueron preparados por la Coalición de Deuda por el Desarrollo y el Servicio de Investigaciones del Congreso de Estados Unidos. (3)

Costa Rica. En 1987, el gobierno de Costa Rica acordó convertir 11 millones de dólares de la deuda costarricense en bonos en moneda local al 75 por ciento del valor nominal de la acreencia. Los bonos son administrados por el Banco Cooperativo de Costa Rica, mientras que los intereses percibidos sobre dichos bonos son canalizados por la Fundación de Parques Nacionales a los proyectos relacionados con la naturaleza. Los recursos financieros provinieron del gobierno holandés y del sueco y de donaciones hechas por Nature Conservancy y el WWF -- que son organismos ecológicos no gubernamentales de Estados Unidos -- y de otras organizaciones de conservación del medio ambiente. Hacia fines de 1988, el gobierno anunció que consideraría propuestas adicionales por un total de 45 millones de dólares de la deuda.

Ecuador. En 1987, Fundación Natura, organización ecuatoriana no gubernamental dedicada a la conservación del medio ambiente, llegó a un acuerdo con el Banco Central de Ecuador para intercambiar 10 millones de dólares de la deuda ecuatoriana por bonos en moneda local, a nueve años, emitidos al 100 por ciento del valor nominal de la acreencia. Se donaría el capital de los bonos a la Fundación Natura, mientras que el interés financiaría programas relacionados con conservación y educación. En 1987, el WWF adquirió 1 millón de dólares de la deuda ecuatoriana por 354.000 dólares. En 1989, el WWF y Nature Conservancy compraron los restantes 9 millones de dólares a 12 centavos cada dólar.

Bolivia. En 1987, Conservation International, organización no gubernamental de Estados Unidos, compró 650.000 dólares de la deuda bancaria comercial de Bolivia por 100.000 dólares, gracias a una donación de la Fundación Frank Weeden, a cambio del acuerdo por parte del gobierno boliviano de ampliar las áreas protegidas rodean su Reserva de Biosfera Beni, y de proporcionar un fondo adicional de 250.000 dólares para administrar dicha superficie ampliada.

Argentina. En diciembre de 1989, se aprobó un proyecto de deuda por naturaleza mediante el cual el organismo Nature Conservancy adquirirá 60 millones de dólares de la deuda argentina, a cambio de bonos a treinta años que producirán un interés de 30 a 55% del valor nominal de la deuda.

Brasil. Conservation International ha adquirido recientemente parte de la deuda brasileña, que será transformada en moneda local a aproximadamente 1,8 veces de su valor nominal.

Deuda por patrimonio

De acuerdo con este esquema, los bancos comerciales pueden intercambiar sus acreencias por una inversión en patrimonio, mientras que organizaciones extranjeras no bancarias extranjeras pueden adquirir la deuda privada o pública con descuento en el mercado secundario para costear compras de activos financieros internos. Cabe señalar que las graves restricciones en cuanto a la cantidad y fecha de la repatriación de los dividendos y el capital impuestas por los países beneficiarios, no siempre coinciden con las restricciones legales que rigen las actividades de los bancos comerciales acreedores. (4) Si bien el intercambio de deuda por capital es un mecanismo usado con mayor frecuencia por las empresas del sector privado, también puede ser útil para las organizaciones sin fines de lucro.

Por ejemplo:

"... un importante grupo norteamericano sin fines de lucro ha establecido una filial con fines de lucro para crear empresas locales de inversión en los países en desarrollo. Dichas empresas de inversión, a su vez, identificarán y negociarán paquetes de inversión para conversiones de deuda por capital destinadas a las pequeñas empresas. La empresa de inversión también proporcionará asistencia técnica. Las ganancias potenciales se invertirán en otros proyectos de desarrollo". (5)

Deuda por donación

Esta técnica de conversión permite a los bancos comerciales o a otros acreedores donar una deuda a una organización cuya situación fiscal corresponda a la de una organización de carácter benéfico. Esto también puede significar que un donante haga una contribución para adquirir una deuda que luego es transformada por el país deudor en moneda local que será empleada por una organización sin fines de lucro en la realización de proyectos. Los bancos comerciales de muchos países acreedores rara vez convierten los préstamos en donaciones, porque las exenciones fiscales derivadas de este tipo de conversión, en general, no superan las ventajas de vender un préstamo.

Por ejemplo:

Uno de los numerosos donantes que ayudó a financiar las conversiones de deuda por naturaleza en Costa Rica, en 1987, fue el Fleet National Bank (Rhode Island, Estados Unidos), el cual entregó su parte de la deuda costarricense, que ascendía a 254.000, a la organización Nature Conservancy para dotar de fondos al Parque Nacional Braulio Carillo. (6)

Intercambios de deuda

Mediante este tipo de conversión, se intercambian los instrumentos de la deuda existentes por nuevos instrumentos. El valor de la nueva acreencia puede mejorarse o reflejar un descuento sobre el valor nominal de la acreencia anterior.

Por ejemplo:

En 1988, México intercambió 3.700 millones de dólares de deuda bancaria pendiente por 2.600 millones de dólares en una nueva emisión de bonos a 20 años. El capital de dichos bonos estaba garantizado por valores sin cupón del Tesoro de Estados Unidos, no comercializables, mientras que los intereses no tenían garantía. Como resultado, la deuda mexicana quedó reducida en 1.100 millones de dólares, pero al mismo tiempo fue necesario gastar 530 millones de las reservas en divisas para comprar los valores sin cupón emitidos por el Tesoro de Estados Unidos. (7)

Recompras de la deuda

Mediante esta técnica, un país deudor puede volver a comprar su deuda a los bancos comerciales, a un precio descontado, pagando con dinero en efectivo. Los recursos pueden provenir, ya sea de las reservas internacionales del país, o de las divisas recibidas como donación o solicitadas en préstamo de fuentes oficiales o privadas. Las operaciones de recompra normalmente requieren que los bancos acreedores renuncien a ciertas disposiciones establecidas en los convenios de préstamo o de reestructuración. Cabe señalar que al emplear las reservas para comprar la deuda, puede quedar obstaculizada la capacidad del deudor para pagar el resto de su deuda. Los bancos han aprobado este tipo de transacciones en Chile, Bolivia y México.

Por ejemplo:

En 1988, Chile y los bancos comerciales acreedores de ese país acordaron enmendar el convenio existente de reprogramación para permitir las operaciones de recompra. Luego de ese convenio, Chile recompró 300 millones de dólares de su deuda por 167 millones de dólares. Con relación a futuras operaciones de reacompra, Chile tiene derecho de emplear 330 millones de dólares en fondos y reservas de organismos internacionales para recomprar su deuda. (8)

2.3 Posibles fuentes de financiamiento

Hay varios inversionistas que posiblemente estarían interesados en la adquisición de la deuda externa pendiente de un país beneficiario. En el documento "*Guía para la Deuda por Desarrollo*", la Agencia para el Desarrollo Internacional (Estados Unidos) (USAID) identificó a varios de ellos. Entre ellos e encuentran empresas multinacionales, en particular si los fondos de la deuda convertida van a asignarse a un proyecto de salud que incluye la compra de

productos que ellas a su vez fabrican. Los inversionistas posibles también incluyen empresas del sector privado de los países deudores. Su posibles poder adquisitivo proviene principalmente de su capacidad para suministrar recursos financieros o no financieros adicionales, como por ejemplo, la mano de obra.

Entre otros inversionistas posibles se incluyen los bancos multilaterales de desarrollo como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial, el FMI y entidades donantes bilaterales dispuestas a emplear fondos de ayuda para el desarrollo o recursos no adjudicados para adquirir la deuda externa pendiente de países deudores. Por ejemplo, mediante la conversión de los fondos de asistencia para el desarrollo, la Agencia de Desarrollo Internacional del Canadá (CIDA) financió un proyecto de vivienda en Jamaica por 1 millón de dólares, mientras que el organismo de ayuda holandesa financió un proyecto de preservación de los bosques tropicales de Costa Rica. (9)

Finalmente, los inversionistas posibles incluyen a las organizaciones sin fines de lucro las cuales cada vez tienen mayor acceso a los fondos destinados a los esquemas de conversión de deudas. Por ejemplo, según una declaración de política emitida el 15 de febrero de 1989, las organizaciones sin fines de lucro de Estados Unidos tienen acceso a los fondos de la USAID para comprar cantidades adeudadas a los acreedores extranjeros y convertirlas en moneda local (mediante bonos que devengan intereses a largo plazo) para financiar proyectos de desarrollo y programas aprobados por la USAID. Posteriormente, esta política fue reforzada por la legislación aprobada por el Congreso de Estados Unidos en noviembre de 1989, que establece que los intereses percibidos sobre dichos bonos y adquiridos mediante concesiones de la USAID ya no deben ser devueltos al Tesoro de Estados Unidos. Por el contrario, los intereses pueden ser retenidos por los adjudicatarios para utilizarlos como recursos para la ejecución de programas.

2.4 Propiedad de la deuda

La conversión de las sumas adeudadas a los bancos comerciales es sólo una de las numerosas fuentes posibles de generación de recursos adicionales para las actividades de salud. La deuda que poseen los organismos de desarrollo bilateral y el Club de París también ofrece la posibilidad de ser convertida en actividades para la salud.

Algunos organismos de desarrollo bilateral como USAID y CIDA están en capacidad de desempeñar una doble función en las conversiones de deuda. Tal como se ha indicado en la sección anterior, estos organismos podrían, por una parte, actuar como posibles inversionistas, empleando sus fondos de asistencia para el desarrollo como capital para comprar la deuda a los bancos comerciales o a otros acreedores. Por otra parte, también podrían transformar su propia deuda bilateral en recursos en moneda local para las organizaciones internacionales y otros organismos gubernamentales interesados en la salud. Mediante esa estrategia, los organismos bilaterales tienen la posibilidad, no sólo de usar la deuda para fomentar actividades adicionales en el campo de la salud, sino también de permitir a los gobiernos acreedores enfrentar el

problema de la deuda sin tener que emplear dinero adicional de los contribuyentes para comprar la deuda de los bancos comerciales. (10) Aunque otras estrategias de reducción de deudas, como por ejemplo, la condonación de la deuda, también han tenido una repercusión favorable en los países abrumados por la deuda, ninguna de ellas ofrece la posibilidad de generar servicios y actividades adicionales en salud.

Un economista de Estados Unidos asesor de varios países latinoamericanos con respecto a la crisis de la deuda, también propuso generar recursos adicionales para la salud mediante la conversión de una parte de la deuda pública contraída con el Club de París. (11) Según este esquema, los países industrializados pertenecientes al Club de París convendrían en lo siguiente: 1) reducir las tasas de interés sobre la deuda pública de los países de América Latina y el Caribe, si a cambio de ello los gobiernos de dichos países aceptan invertir en moneda local, el equivalente de esa reducción en actividades de salud; o 2) crear un fondo de inversiones en salud, financiado por un porcentaje de los pagos del servicio de la deuda pública hechos por los países de esa Región. El proceso de conversión sería administrado por el Club de París, mientras que la OPS u otras organizaciones internacionales o no gubernamentales pertenecientes al campo de la salud, en cooperación con los países deudores, identificarían las áreas de salud prioritarias para la inversión y proporcionarían asistencia técnica.

Cabe señalar que el Club de París ha negociado en anteriores oportunidades numerosos acuerdos para la reprogramación de la deuda, lo cual incluye usualmente la modificación de los vencimientos y de las tasas de interés de tal modo que puedan diferirse los reintegros. Por lo tanto, el Club no sólo tiene experiencia en la reestructuración de los préstamos oficiales, sino que también cuenta con los mecanismos de negociación necesarios, los cuales, a su vez, podrían facilitar las transacciones de deuda por salud.

Son dos las ventajas de canjear la deuda bilateral en comparación con la deuda comercial privada: en primer lugar, se reduce la deuda contraída con los gobiernos, y en segundo lugar, se supera un obstáculo importante en la conversión de la deuda comercial privada; es decir, la renuencia de los bancos comerciales a negociar con descuentos considerables, las deudas que actualmente están en sus manos, por el temor de tener que reajustar el valor de su cartera de préstamos en base al precio de venta de dicha deuda.

2.5 Métodos alternativos para efectuar conversiones de deuda por salud

Por lo general, las operaciones de conversión de deuda se han efectuado luego de estudiar cada caso individualmente en lugar de hacerlo mediante un enfoque integral y coordinado.

Planificación caso a caso

Si bien la mayoría de los esquemas de conversión de deudas se han centrado en la protección del medio ambiente y no se planificaron ni se ejecutaron con relación a un modelo universalmente aceptado, ellos representan puntos de referencia y una valiosa ayuda para las

futuras conversiones de deuda en sectores que no pertenecen al medio ambiente. Reconociendo esta situación, la USAID publicó en 1989, en cooperación con otras organizaciones que tenían experiencia en este campo, una "*Guía de la Deuda por Desarrollo*," para difundir información no técnica sobre las conversiones de la deuda por proyectos de desarrollo a las organizaciones sin fines de lucro de Estados Unidos. (12) Cabe señalar que debido a que este documento esboza esencialmente lo que se ha convertido en técnicas normalizadas de conversión de deudas, su aplicación también puede ser de utilidad a las entidades estadounidenses. En consecuencia, al emprender un proyecto de conversión de deuda por salud, deben considerarse los siguientes pasos:

1. *Deben sostenerse conversaciones preliminares con varios interlocutores de los distintos sectores de cada país para determinar la factibilidad de una conversión de deuda por salud.*

Por ejemplo, deben realizarse discusiones informales con los ministerios de salud para determinar las acciones de salud más apropiadas y de mayor prioridad. También deben mantenerse discusiones informales con los bancos centrales, para determinar si es posible adquirir la deuda de un país escogido como destinatario y a qué costo. En ese caso, deben considerarse los siguientes aspectos: el control de cambios del país, las políticas de repatriación de capitales, y la estrategia de renegociación de la deuda externa.

Es probable que los bancos centrales demuestran interés en un proyecto de deuda por salud, solamente si es compatible con las prioridades de sus respectivos países. Los proyectos de salud también tienen mayores posibilidades de ser aprobados si representan una inversión suficientemente grande. La cantidad mínima de deuda que suele ser considerada por los bancos comerciales para su conversión, oscila entre 500.000 y 1 millón de dólares. Esto se debe a que sus costos de funcionamiento les impiden convertir una deuda por menos de esa suma. Para asegurar una inversión sustancial, podrían consolidarse los recursos de varias organizaciones. (13)

2. *En base a la información obtenida durante las discusiones preliminares, se preparará un perfil de proyecto para el programa propuesto de salud con el objeto de presentarlo a los posibles bancos acreedores y a los inversionistas, para que ellos puedan analizar la viabilidad.*

En base a las normas de la USAID, un perfil del proyecto deberá incluir los siguientes elementos:

- el programa de salud propuesto;
- antecedentes de la organización y, si fuese el caso, su experiencia en el país beneficiario;

- antecedentes de la contraparte local de la organización en el país beneficiario y, si fuese el caso, la relación entre ambas entidades;

- un resumen de la prioridad del proyecto con relación a las prioridades económicas y de salud del país beneficiario;

- una descripción del programa propuesto de salud incluyendo un esquema del presupuesto y proyecciones de la corriente de fondos (deben incluirse las contribuciones extranjeras y locales);

- riesgos inherentes al proyecto, relacionados con la salud o con el aspecto financiero;

3. *Una vez determinada la viabilidad del proyecto de salud, la organización debe dedicarse al proceso concreto de convertir la deuda.*

Para facilitar y acelerar el proceso, la organización puede solicitar los servicios de un intermediario o corredor comercial. (14) El procedimiento a seguir, que ahora se ha convertido en el más usual al iniciar una transacción de conversión de deuda, incluye los siguientes pasos. (15)

1) La organización obtiene la aprobación para el proyecto del banco central del país beneficiario, del ministerio de salud y de otros funcionarios apropiados (estos trámites podrían ser organizados por el intermediario, la oficina local o la contraparte local).

2) La organización examina con el agente comercial o intermediario los detalles financieros del proyecto de salud aprobado y prepara una carta de intención.

3) El agente comercial o intermediario identifica a un vendedor.

4) El agente comercial o intermediario comprueba con el banco central si la deuda reúne los requisitos para la conversión.

5) La organización transfiere los fondos al agente comercial o al intermediario para adquirir la deuda.

6) El agente comercial o el intermediario notifica al banco central que se ha concluido la transacción y solicita al banco central que transfiera el equivalente en moneda local a una cuenta bancaria local destinada a la contraparte local del país beneficiario.

7) Los fondos en moneda local están disponibles para el programa de salud acordado.

Planificación integral

Los proponentes de una solución más integral y coordinada, consideran que debe llevarse aún más allá la iniciativa basada en cada caso individual. Entre las propuestas más discutidas está la de crear una autoridad internacional para la gestión de la deuda. (16) La finalidad de crear tal entidad sería esencialmente la de comprar parte de la deuda del Tercer Mundo con cierto descuento a los bancos comerciales u otros acreedores. Esa deuda se entregaría luego a los países deudores mediante la reestructuración de sus préstamos de modo que, su servicio de la deuda quedaría reducido, principalmente gracias a: la condonación de una porción de la deuda original; la extensión de los vencimientos; la reducción de las tasas de interés, o una combinación de todas estas posibilidades. Además, dicho organismo también podría emitir bonos, canjear las deudas por capital para salud o para otros fines y tener la deuda en sus manos como si fuese una parte acreedora. A cambio, se esperaría que los países deudores aplicaran los programas de ajuste estructural en general, y convenios de conversión de deuda, en particular.

Los recursos para comprar los préstamos soberanos de los bancos acreedores podrían ser proporcionados por los depósitos en oro del FMI, y los recursos de préstamos no comprometidos del Banco Mundial. Los recursos también podrían ser proporcionados por los países que tienen un excedente de capital como Japón o por otros donantes bilaterales. Se podría establecer una autoridad de gestión de la deuda dentro del BID, el Banco Mundial, el FMI, o dentro de una entidad conjunta FMI-Banco Mundial.

En lo que se refiere a la salud, se ha discutido una propuesta similar a la indicada anteriormente destinada a generar recursos adicionales para esas actividades. En pocas palabras, se trata de intercambiar un porcentaje de la deuda comercial de los países de América Latina y el Caribe por bonos garantizados por el Banco Interamericano de Desarrollo o el Banco Mundial, a cambio de un compromiso por parte de los gobiernos de dichos países de invertir en programas prioritarios de salud una cantidad equivalente a la deuda convertida. Una alternativa sería la creación de un fondo específico para las conversiones de deuda por salud destinado a financiar los proyectos en salud. Los fondos podrían provenir de donantes multilaterales o bilaterales o de instituciones privadas. (ver Anexo 2)

Anexo 1

ANALISIS COMPARATIVO DE UNA CONVERSION DE DEUDA POR SALUD

1. Conversión de deuda por salud:

   - El país X tiene una deuda de 1 millón de dólares con un banco comercial que es adquirida, (por organizaciones sin fines de lucro en la mayoría de los casos) con descuento, por 600.000 dólares;

   - el préstamo es donado al país X;

   - el Banco Central del país X transforma la deuda donada en moneda local a su valor nominal total - a una tasa de cambio de 20 pesos por dólar, 1 millón de dólares de deuda es equivalente a 18.000.000 pesos - que se transfieren a una organización local sin fines de lucro para ser invertidos en un proyecto prioritairo de salud.

2. Intercambio simple de moneda:

   - Una organización sin fines de lucro dona 600.000 dólares al Banco Central del país X para su conversión en moneda local - a una tasa de cambio de 20 pesos por dólar, 600.000 dólares es equivalente a 12.000.000 pesos;

   - el Banco Central transfiere los fondos convertidos a una organización local sin fines de lucro, responsable de la canalización de los fondos para un proyecto de salud prioritario.

3. Rendimientos comparativos:

Conversión de la Deuda por Salud	18.000.000 pesos
Intercambio Simple de Moneda	12.000.000 pesos
Ganancia Neta usando la Conversión de la Deuda	6.000.000 pesos

Fuente: Basado en un análisis comparativo de una conversión de deuda detallada en el documento de la USAID, "Guía para Conversión de Deuda por Desarrollo", Washington D.C.,1989, p.12.

Anexo 2

MODELO PROPUESTO DE UNA SOLUCION INTEGRAL

1. Los países miembros industrializados o los observadores del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) convienen en contribuir con un monto adicional de 312,5 millones de dólares para esta institución, a ser desembolsados de la siguiente manera: 1) 125 millones de dólares (40%) para la creación de un fondo común; 2) 62,5 millones (20%) para la compra de bonos de la deuda comercial de América Latina y el Caribe en el mercado secundario; y 3) 125 millones (40%) para cubrir el pago de los bonos garantizados por el BID.

2. Los bancos comerciales venden 2,5 mil millones de dólares de la deuda de América Latina y el Caribe (que representa aproximadamente 0,5% de la deuda total de los países de esa región) en bonos al BID por un valor descontado de 1,25 mil millones de dólares. Deberá ofrecerse al BID un paquete de bonos en el cual exista una proporcionalidad definida entre la magnitud de la deuda de cada país y la deuda total de América Latina y el Caribe.

3. El BID paga los bonos con: 1) 62,5 millones dólares en efectivo; y 2) 1.187,5 mil millones de dólares en bonos garantizados por el BID, para lo cual los países miembros industrializados contribuirán con 125 millones - deberá estudiarse un mecanismo para generar ingresos suficientes que permitan pagar el saldo de los bonos garantizados.

4. El BID y la OPS crean un "Fondo para Programas Prioritarios en Salud". Los recursos para dicho fondo incluyen 125 millones de dólares en efectivo, proporcionados por los países miembros industrializados, y 1,25 mil millones en bonos de la deuda convertida de los países de América Latina y el Caribe. El fondo será administrado por el BID. La OPS proporcionará asistencia técnica y, en cooperación con los países, definirá las áreas prioritarias para la formulación y ejecución de los programas.

5. El BID transfiere los recursos del fondo a los bancos centrales de los países de América Latina y el Caribe para su conversión en moneda local. A cambio de ello, los gobiernos aceptan invertir dichos recursos en programas de salud prioritarios, en cantidades equivalentes al valor de la deuda pagada por el BID en el mercado secundario; es decir, 1,25 mil millones de dólares, además de cantidades específicas a ser proporcionadas por el fondo como subvenciones. Dichos recursos financiarán programas específicos en las siguientes áreas: alimentación, agua y saneamiento, salud ambiental y ocupacional, y desarrollo de sistemas locales de salud incluyendo el desarrollo institucional y el adiestramiento del personal de salud.

6. Los bancos centrales transfieren los recursos de los bonos convertidos a los ministerios responsables de los programas específicos.

La propuesta anterior fue presentada en septiembre de 1988, por Patricio Marques y Ulysses Panisset, ambos residentes durante el desarrollo del Programa de Salud Internacional.

3. PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE CON PROGRAMAS Y DISPOSICIONES LEGALES RELACIONADOS CON LA CONVERSION DE LA DEUDA

A comienzos de la década de los ochenta, no existían en América Latina y el Caribe, ni la legislación ni las normas para la ejecución de conversiones de deuda por salud. Fue debido a la creciente popularidad alcanzada por las conversiones de deuda por capital durante los años ochenta, que muchos gobiernos adoptaran leyes dirigidas específicamente a este tipo de conversión. Aunque varios países de la región todavía no tienen legislación sobre conversiones de deuda por salud, experiencias anteriores señalan que en los casos donde se propone una conversión de deuda por salud, las disposiciones legales que rigen el programa de conversión de deuda por capital, también servirían como marco legal. Algunos casos precedentes también sugieren que incluso cuando no existe legislación sobre deuda por salud, los gobiernos pueden estar dispuestos a considerar ese tipo de conversiones estudiando cada caso individualmente por medio de autoridades gubernamentales no especializadas. Las tendencias recientes indican que en la actualidad un número creciente de países está aprobando leyes específicas para los programas de conversión de deudas relacionados con actividades de bienestar social como por ejemplo, la salud.

3.1 Países que tienen leyes aprobadas para las conversiones de deuda por capital

En base a la información obtenida del Departamento de Comercio de Estados Unidos y de la Coalición de la Deuda por Desarrollo, existiría o habría existido una legislación autorizando los canjes de la deuda por salud dentro del contexto de conversión de deuda por capital o la conversión de deudas en general, en los nueve países de América Latina y el Caribe que se citan a continuación.

Argentina. Debido a las condiciones hiperinflacionarias, en 1989 se suspendió el programa de conversión de de deuda por capital en Argentina. A pesar de dicha suspensión, el banco central puede estar dispuesto a considerar, casos individuales de conversiones de deudas pequeñas por salud, siempre que no generen presiones inflacionarias.

Bolivia. En enero de 1990, el gobierno boliviano reiteró su interés en los programas de conversión de deuda por proyectos de desarrollo, lo cual indica que las conversiones de deuda por salud también podrían considerarse favorablemente.

Brasil. En enero de 1989, debido a las presiones monetarias, el gobierno de Brasil suspendió su programa de conversión de deudas, con el propósito de reanudarlo después de un acuerdo global de reprogramación de la deuda externa que la nueva administración brasileña está negociando actualmente con sus acreedores de la banca comercial. Parecería que dicha suspensión temporal del programa de conversión de deudas no ha tenido repercusión en otros esquemas de conversión, dado que Conservation International culminó recientemente un canje de deuda por naturaleza. De allí la posibilidad de que los esquemas de conversión de deuda por

salud tampoco se vean afectados por la suspensión del programa de conversión de deudas.

Chile. De conformidad con la legislación vigente que rige el programa de conversiones de deuda por capital en Chile, los inversionistas tanto extranjeros como del país pueden optar a las conversiones y el valor de la deuda a intercambiar es determinado mediante un sistema de subasta dentro de los parámetros establecidos por la política monetaria. Mediante dicho sistema de subasta, se dice que Chile puede haber eliminado posiblemente la mayor parte de su deuda externa privada, que estaba en manos de los bancos comerciales. En aquellos casos en que el producto de la conversión de deudas se emplee para capital y no para gastos corrientes, el gobierno chileno ha autorizado algunas conversiones de deuda por proyectos de desarrollo, lo cual constituye una indicación de que las conversiones de la deuda por salud también podrían emprenderse con esas mismas condiciones.

Guatemala. Según las disposiciones actuales que rigen el programa de conversión, las conversiones de deuda por salud son autorizadas si son útiles para la construcción, modernización y equipamiento de las instalaciones médicas, actividades consideradas en dichas reglamentaciones como inversiones prioritarias. Los inversionistas tanto nacionales como extranjeros pueden participar en una conversión de deuda por salud siempre que operen a través de un representante local.

Honduras. En 1989, el gobierno de Honduras emitió disposiciones legales para las conversiones de deudas. Entre los tipos de inversión aptos para la conversión de la deuda están las inversiones en proyectos de bienestar social desarrolladas por instituciones educativas y benéficas. Los inversionistas tanto nacionales como extranjeros pueden participar como inversionistas. El Banco Central aprobará las conversiones de deuda estudiando cada caso individualmente y serán intercambiadas por bonos en moneda local a un descuento que oscila entre el 10 y el 20% del valor nominal de la acreencia. La deuda apta para la conversión está limitada a las obligaciones del gobierno y de las empresas privadas que recibieron garantías por parte del gobierno.

Jamaica. Las disposiciones legales vigentes que rigen el programa de conversión de la deuda de Jamaica, que entraron en vigencia en julio de 1987, estipulan que sólo la deuda comercial pública sea intercambiada por bonos internos. Tanto los inversionistas extranjeros como los nacionales pueden participar. No pueden hacerse remesas al exterior de las ganancias durante tres años. El gobierno de Jamaica indicó que las conversiones de la deuda que apoyen actividades de las organizaciones sin fines de lucro, serán convertidas al valor nominal en moneda local según el mismo programa de vencimientos usado para la deuda bancaria comercial.

México. Se ha suspendido hasta nuevo aviso el programa de deuda por capital en México. El nuevo acuerdo de reprogramación de la deuda externa que el gobierno de México ha concluido recientemente con sus acreedores de la banca comercial, incluye disposiciones para las conversiones de deuda por capital. Sin embargo, las disposiciones legales en lo referente a otros tipos de esquemas de conversión de deudas como la deuda por salud aún necesitan ser especificadas en forma más detallada.

Venezuela. Desde setiembre de 1989, el programa de conversiones de deuda por capital en Venezuela se rige por un sistema de subastas. Según esta nueva reglamentación, los inversionistas extranjeros y venezolanos de cualquier sector deben presentar en subastas sus ofertas con la tasa de descuento sobre el valor nominal de la deuda que están dispuestos a ofrecer al Banco Central. Con la excepción del sistema de subasta, la técnica básica del programa de conversión de deudas permanece inalterada; es decir, los inversionistas compran la deuda externa pública en el mercado secundario, vendiéndola luego al Banco Central de Venezuela en subastas. Sólo puede emplearse para su conversión la deuda externa reestructurada del sector público que totaliza aproximadamente 19 mil millones de dólares. Para limitar los efectos inflacionarios de los esquemas de conversión, el gobierno ha presupuestado 600 millones de dólares anuales para las conversiones.

3.2 Países con disposiciones legales específicas para las conversiones de la deuda filantrópica

Hasta la fecha, tres países de América Latina y el Caribe han elaborado reglamentaciones específicas referentes a las conversiones de la deuda que generan recursos adicionales para actividades de bienestar social como las de salud.

Costa Rica. El gobierno costarricense restableció su programa de conversión de deudas mediante la iniciación de un programa de deuda por naturaleza en 1988 y un programa de deuda por proyectos de desarrollo en 1989. Se está considerando una nueva ampliación del programa de conversión de deudas en otras áreas de bienestar social. Las disposiciones legales según las cuales se ha establecido el programa de conversión de deudas, limitan el volumen de conversiones a 15 millones de dólares anuales, durante tres años. Los inversionistas deben trabajar a través de fundaciones locales aprobadas y no pueden emplearse agentes comerciales o intermediarios. El instrumento de la deuda costarricense se intercambia por bonos con un período de vencimiento de 20 años e intereses del 3% por bonos denominados en dólares (emitido al 80% del valor original) y del 8% para los bonos denominados en colones (emitidos al 100% del valor original). Las ganancias son exoneradas de impuestos a condición de que sean reinvertidas en los proyectos.

Ecuador. Simultáneamente con la reintroducción hacia fines de 1989 de su programa de conversión de deuda por capital, el gobierno ecuatoriano incorporó al código de disposiciones legales sobre los canjes de deuda por capital, normas específicas para las conversiones de deuda relacionadas con las actividades de bienestar social, como las actividades de salud. El volumen de conversiones de la deuda está restringido a 50 millones de dólares en valor nominal de la deuda externa, hasta el 30 de junio de 1990. El Banco Central está autorizado para adquirir fondos relacionados con la deuda de las entidades o fundaciones sin fines de lucro establecidas en Ecuador, dedicadas a actividades de bienestar social. Estos fondos deben provenir única y exclusivamente de las donaciones extranjeras. La deuda debe convertirse en bonos en moneda local (emitidos por un valor mínimo de 500.000 dólares), y el interés ganado sobre los mismos deberá canalizarse hacia proyectos. El Banco Central emitirá bonos a favor de las entidades

beneficiarias, equivalentes al 50 por ciento del valor nominal de la deuda convertida, en una cuenta especial administrada conjuntamente con las entidades beneficiarias.

Perú. En 1989, el gobierno del Perú estableció un programa de conversión de deuda por desarrollo, el cual incluye conversiones de deuda por salud. Las disposiciones legales estipulan que la única deuda disponible para la conversión es la que se vaya a donar a las entidades peruanas sin fines de lucro, dedicadas a actividades de bienestar social. El valor del instrumento de la deuda a ser intercambiado será determinado mediante una subasta y no superará en su volumen total los 120 millones de dólares (hasta el 31 de diciembre de 1990). Se permite la participación de los inversionistas, tanto extranjeros como nacionales.

Debe observarse que la información es incompleta en cuanto a la situación legal de las conversiones de la deuda en el resto de los países de América Latina y el Caribe que no se han enumerados aquí.

Anexo 1

CUADRO DE LA LEGISLACION SOBRE ESQUEMAS DE CONVERSION DE DEUDA EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

País	Deuda por Capital(1)	Deuda por Salud (2)	(2) Incluida en (1)	No-existente	Desconocida
América Latina:					
Argentina	*suspendida*	X	*desconocida*		
Bolivia	X	X	X		
Brasil	*suspendida*	*suspendida*	*desconocida*		
Colombia				X	
Costa Rica	*suspendida*				
Chile	X	X	X		
Ecuador	X	X	X		
El Salvador					X
Guatemala	X	X	X		
Guyana					X
Honduras	X	X	X		
México	*suspendida*		*desconocida*		
Nicaragua					X
Panamá					X
Paraguay				X	
Perú		X			
Uruguay				X	
Venezuela	X				
el Caribe:					
Barbados				X	
República Dominicana					X
Este del Caribe				X	
Jamaica	X	X	X		

Fuentes: Departamento de Comercio de Estados Unidos; y Documento de Trabajo: "Debt for Development: Recents Developments and Propects for the Future", escrito por la Coalición de Deuda por el Desarrollo. Enero de 1990.

4. TEMAS CLAVE RELACIONADOS CON LAS CONVERSIONES DE DEUDA POR SALUD

Antes de participar en una transacción de deuda por salud, deben analizarse ciertos temas clave. Estos son: 1) la inflación, 2) el desembolso de los fondos y 3) el régimen fiscal de las donaciones y las reservas por préstamos irrecuperables. Los primeros dos temas se abordan teniendo en cuenta las experiencias del World Wildlife Fund (WWF) y de Conservation International, las cuales, hasta la fecha, han sido dos de las organizaciones más activas en la aplicación de programas de conversiones de la deuda.

4.1 Inflación

Los bancos centrales y los gobiernos de los países abrumados por la deuda, así como otros críticos, expresan a menudo su inquietud acerca de las posibles repercusiones inflacionarias de los programas de conversión de deudas en las economías internas. En efecto, su preocupación sobre la inflación se basa principalmente en tener que pagar la deuda externa mediante la emisión de nuevas monedas locales en condiciones en que ya imperan elevadas tasas de inflación. Si el hecho de inyectar liquidez en el sistema monetario es inflacionario o no, constituye un tema que Joel Bergsman y Wayne Edisis tratan en un estudio del Banco Mundial. Al hacerlo, se refieren a si la inversión es o no "adicional".

Según ambos autores, cuando un programa de conversión de deuda incluye una inversión adicional, es decir, cuando el gobierno del país anfitrión no habría hecho la inversión en ausencia de un programa de conversión, hay mayor probabilidad de que la repercusión consista en un aumento de la inflación. Esto se debe a que la deuda externa se elimina con moneda local no prevista, produciendo así una deuda interna adicional. Por otro lado, cuando un programa de conversión incluye una inversión considerada "no adicional" (es decir, el gobierno del país anfitrión habría hecho la inversión independientemente de que el programa de conversión de la deuda existiera o no), Bergsman y Edisis afirman que es menos probable que su repercusión produzca aumentos de la presión inflacionaria. En ese caso, el gobierno paga la deuda externa con divisas, dejando así intacto el capital social del país. El único costo ocasionado es un agotamiento de las reservas de divisas, en contraposición con un aumento de la deuda interna.

En consecuencia, una transacción de conversión de deuda le costará al gobierno sus divisas o lo "obligará a buscar moneda interna". En consecuencia, Bergsman y Edisis sugieren que "las dos críticas que se formulan a menudo a los programas de conversiones -- falta de "carácter suplementario y no substitutivo" y repercusión inflacionaria -lógicamente no pueden suceder en forma simultánea". (17)

De todas maneras, a fin de mitigar la posibilidad de cualquier consecuencia inflacionaria de una conversión de deuda por salud, deberán estudiarse soluciones financieras alternativas, diferentes al dinero en efectivo.

Por ejemplo, los gobiernos podrían emitir bonos en moneda local. Debido a que por lo general tienen un vencimiento a largo plazo, estos pueden mitigar la repercusión inflacionaria de los programas de conversión de deudas. Además, ahora resulta evidente que los donantes extranjeros mediante los bonos pueden no sólo aumentar el valor de sus inversiones, sino que también los programas a largo plazo pueden ejecutarse sin el temor constante de que se agoten los fondos. (18) Las posibles consecuencias inflacionarias también podrían atenuarse fijándose un tope en la cantidad de la deuda a convertirse. Por ejemplo, en Venezuela, la cantidad presupuestada para canjes de la deuda se limita a 600 millones de dólares anuales. Aunque menos atrayente, existe una tercera alternativa financiera, orientada a reducir la repercusión inflacionaria de los programas de conversiones de la deuda, que consistiría en reducir el gasto público en otro sector del presupuesto global. Por último, la inflación podría mantenerse bajo control, mediante la reprogramación de los pagos de intereses; específicamente, a través del Club de París. En consecuencia, mediante el pago de menos intereses, los gobiernos aseguran, subsiguientemente, la disponibilidad de los recursos de contraparte. Si bien podría argumentarse que la mayoría de las soluciones financieras aquí mencionadas tienen, a su vez, el potencial de aumentar el servicio de la deuda interna, cabe señalar que los gobiernos de los países anfitriones están por lo general más dispuestos a emitir moneda local para pagar la deuda interna y no dedicar divisas para pagar la deuda externa.

Aunque no debe subestimarse la repercusión inflacionaria potencial de los programas de conversión de deuda por salud, sin embargo, ésta tampoco debe exagerarse. La experiencia lograda hasta la fecha demuestra que la emisión de moneda local en relación con los programas de conversión de la deuda, no han sido lo suficientemente altas como para ocasionar un aumento de la inflación. También cabe observar que esta tendencia debería mantenerse en el futuro cercano, dado que sólo 1% de la deuda del Tercer Mundo se negocia actualmente en el mercado secundario. (19)

4.2 Desembolso de fondos

Además de la repercusión de la inflación en los programas de conversión de deuda por salud, el otro tema clave que suele mencionarse es el desembolso de fondos. Es un aspecto que requiere minuciosa consideración, dadas las consecuencias políticas y económicas en juego.

En lo que se refiere a las consecuencias políticas, puesto que las conversiones de la deuda incluyen las mismas cuestiones sobre la soberanía nacional que la ayuda bilateral, los gobiernos deben asegurarse de que las actividades locales de salud correspondan a las prioridades nacionales. Los donantes también pueden opinar sobre la forma en que se usarán los fondos que están generando. Sin embargo, en este proceso de negociación, la prioridad de la salud tiene que ser el factor determinante clave de cuáles actividades merecen financiación adicional. Las instituciones intermediarias, como las organizaciones u organismos no gubernamentales internacionales, pueden desempeñar funciones útiles en estos casos, proporcionando ayuda al gobierno anfitrión y a la organización no gubernamental del país en la planificación, ejecución y seguimiento de los canjes de la deuda.

En cuanto a las ramificaciones económicas, se han planteado varios puntos. Primero, se deberá tener cuidado en no permitir a la organización beneficiaria que se vuelva dependiente de los fondos proporcionados mediante una conversión de deuda por salud - no siempre habrá fondos disponibles. Segundo, debe evaluarse si los recursos financieros proporcionados por dichas conversiones ejercen un efecto perjudicial sobre la organización no gubernamental en el país beneficiario. Por ejemplo, si los fondos implicarán una pérdida de iniciativa, una interrupción de las actividades de la organización, enraizadas en la cultura y las necesidades locales, etc. Tercero, el riesgo de que el gobierno del país deudor no proporcione moneda local es un punto que no debe pasarse por alto y debe ser abordado desde el principio. Por ejemplo, la Coalición de la Deuda por Desarrollo sugiere obtener cobertura de seguro político a través de la Agencia para la Garantía de Inversiones Multilaterales (MIGA), establecida por el Banco Mundial, que también ofrece protección a largo plazo (tres a veinte años) contra las transferencias de moneda y los incumplimientos de los contratos. MIGA proporcionará cobertura sobre el valor descontado de la deuda convertida. El seguro para las transacciones de conversiones de deuda también puede obtenerse de una variedad de otros grupos. (20)

4.3 Régimen fiscal de las donaciones y reservas por préstamos irrecuperables

Un tercer tema a considerar en cuanto a las conversiones de deuda por salud se relaciona con el régimen fiscal aplicado a las donaciones y a las reservas por préstamos irrecuperables pueden influir en la decisión de los bancos acreedores, en particular, de participar o no en dichos esquemas.

Régimen fiscal de las donaciones

Cuando se lo compara con el régimen fiscal aplicable a la "venta" de una deuda soberana, se ha dicho que los beneficios fiscales de donar una acreencia quizás no repesenten incentivos suficientes para hacer que los bancos comerciales acreedores participen en conversiones de deuda por salud. En muchos países acreedores, cuando un banco dona un préstamo, la donación está sujeta al mismo régimen fiscal que las condonaciones de préstamos, mientras que un banco que vende un préstamo no sólo tiene derecho a deducciones fiscales sobre la diferencia entre el valor nominal del préstamo y la cantidad que recibe por él, sino que también recibe el producto de la venta concreta. Aun cuando las donaciones estén sujetas a "regímenes fiscales" más "liberales", los beneficios fiscales de vender una acreencia aparentemente son mayores. Por ejemplo, en noviembre de 1987, el Departamento de Impuesto sobre la Renta de Estados Unidos emitió una disposición, la 87-124, que permite a los bancos de Estados Unidos anular el valor nominal total de un préstamo donado a organizaciones sin fines de lucro que tuvieran un estatus fiscal 501(c)(3). Antes de dicho fallo, las leyes fiscales limitaban las deducciones benéficas al valor del mercado de un préstamo, colocando en desventaja a los bancos que donaban un préstamo, en comparación con los bancos que primero vendían un préstamo y luego donaban el producto de la venta. A pesar de esta ventaja adicional, el fallo 87-124 no compensa las ganancias globales derivadas de la venta de una acreencia; es decir, las deducciones fiscales más el dinero en efectivo. (21)

Sin embargo, se observó en algunos países que donar los intereses de mora de una acreencia de deudas soberanas podría, al fin y al cabo, resultar beneficioso. (22) Por ejemplo, aunque los principios de contabilidad financiera pública no permiten que los bancos comerciales de Estados Unidos acumulen como ingresos los pagos de intereses que tienen 90 días de atraso, para los fines contables fiscales, los bancos continúan acumulando el ingreso de intereses y en consecuencia se requiere que paguen impuestos sobre dichos ingresos devengados pero menoscabados. (23) Si los bancos donaran la mora de los intereses a organizaciones sin fines de lucro que tengan un estatus fiscal 501(c)3, no sólo estarían eliminando un obstáculo a un acuerdo de reprogramación - intereses moratorios - sino que también tendrían una vez más un flujo de fondos positivo proveniente del reembolso de los impuestos pagados por adelantado. (24)

Régimen fiscal de las reservas por préstamos irrecuperables

A comienzos de la década de 1980, para compensar la incapacidad de muchos países abrumados por el servicio de la deuda, se instó a los bancos comerciales acreedores, mediante políticas fiscales (ver Anexo 1) a aumentar sus reservas por préstamos irrecuperables. La naturaleza de los beneficios fiscales que acompañan la creación de esas reservas representan ya sea un un incentivo o un obstáculo, para que los bancos participen en los esquemas de conversión de deuda por salud.

Partidas deducibles de los impuestos e incluidas en el capital: Los bancos que tienen menos probabilidades de otorgar concesiones sobre préstamos soberanos son probablemente aquellos a los que se les permite incluir en el capital bancario, partidas para préstamos irrecuperables sujetas a deducción del impuesto, como sucede con los bancos franceses. En este caso, los beneficios fiscales recibidos por participar en conversiones de deuda por salud, no tienen el potencial de superar la alta "deductibilidad" fiscal de establecer esas reservas. Además, si una pérdida probara ser menor que el nivel de la reserva, lo que permanece en la reserva ya no se excluiría del ingreso gravable. (25)

Partidas deducibles de los impuestos y excluidas del capital: En el Reino Unido, Europa continental, y Canadá, los bancos comerciales acreedores también tienen la opción de obtener beneficios fiscales mediante la creación de reservas por préstamos soberanos irrecuperables. Como resultado, es posible que los bancos no se interesen por participar en las conversiones de la deuda. Sin embargo, ya que dichos bancos no reciben a priori beneficios fiscales tan altos como los que reciben los bancos de la categoría anterior, finalmente podrían ser más receptivos a las conversiones de deuda por salud.

Reservas no deducibles de los impuestos e incluidas en el capital: Tanto en los Estados Unidos como en Japón, los bancos comerciales acreedores no tienen derecho a recibir ningún beneficio fiscal al crear tales reservas contra pérdidas derivadas de los préstamos soberanos. Como tal, los beneficios fiscales relacionados con las conversiones de deuda por salud, representan, en este caso, un incentivo adicional para los bancos para que participen en tales operaciones de conversión.

Anexo 1

REGIMEN IMPOSITIVO Y CONTABLE DE LAS RESERVAS POR PRESTAMOS IRRECUPERABLES
(Mediados de 1989)

País	Nivel de reserva (porcentaje)	Deductibilidad de los impuestos	Inclusión de capital
Francia	53*	sí	sí
Bélgica	45	no	no
Canadá	45	sí **	no
Alemania	55	sí	no
Japón	15	no (sólo 1%)	hasta 14%
Holanda	45	sí	no
Suiza	55	sí	no
Reino Unido	55	hasta nivel matriz	no
Estados Unidos			
Centro de dinero	58	no	sí
Regionales	65	no	sí

* bancos grandes
** hasta el 45% de préstamos en la canasta

Fuente: Bouchet, Michel y Hay, Jonathan. "El Impuesto, la Contabilidad, y el Régimen Reglamentario de la Deuda Soberana". Washington, D.C., Banco Mundial, 1989, p.9.

5. BENEFICIOS DERIVADOS DE LAS CONVERSIONES DE DEUDA

Las conversiones de deuda por salud ofrecen la posibilidad de beneficiar a todas las partes interesadas. Los países deudores, los acreedores y los posibles inversionistas, puede beneficiarse con este tipo de transacción.

Para los países beneficiarios, el atributo más importante de una conversión de deuda por salud es la capacidad que tiene esta operación de reducir el monto de la deuda externa mediante la emisión de moneda local en lugar de divisas. Además, mediante la canalización de los fondos convertidos hacia proyectos de salud prioritarios, los países beneficiarios pueden mejorar la situación de la salud de su población que, según se indica desde un principio, constituye uno de los factores determinantes para la recuperación económica.

Para los bancos comerciales y otros poseedores de la deuda, una conversión de deuda por salud aumenta ante todo la tasa esperada de retorno sobre los demás pagos pendientes de la deuda e intereses, de los cuales el país deudor es todavía responsable, y por la misma razón reduce la cantidad de deuda arriesgada. A pesar de esta ventaja comparativa, los bancos negocian una porción muy pequeña de sus deudas pendientes mediante los esquemas de conversión de deudas. Aunque se han ofrecido diversas razones que expliquen esta situación, el argumento que con mayor frecuencia se emplea contra la reducción de deudas es que los bancos se muestran renuentes, tanto a vender como a donar parte de un préstamo soberano porque preven que las deudas se pagarán de alguna manera, una vez que finalice la crisis de la deuda y que, a esa altura, podrán reanudar sus negocios en la forma usual. En respuesta, se podría contra-argumentar que la combinación preferida del riesgo y el retorno, mediante la cual la deuda se reduce a niveles que pueden atenderse más normalmente, por el contrario restablecerá la posibilidad de nuevos préstamos y de perpetuar los negocios en los países deudores. (27)

Además de beneficiarse con las ganancias continuadas de los pagos de la deuda pendiente, los poseedores de la deuda que donen un préstamo, podrán evitar las incertidumbres del mercado secundario y mejorar el buen nombre empresarial.

Como participante en un esquema de conversión de deuda por salud, el comprador de la deuda podrá recibir una tasa alta de ganancias con fondos limitados. Por ejemplo, cuando el comprador es una organización internacional o gubernamental, los retornos son generalmente proporcionales a la diferencia entre el precio de una deuda en el mercado secundario y el precio al cual ésta se rescata en la moneda local. Por ejemplo, si una deuda por el valor de 1 millón de dólares es adquirida en el mercado secundario por una organización internacional o gubernamental por 100.000 dólares, y es redimida luego a 50 centavos el dólar por el gobierno del país deudor, la organización recibirá un monto cinco veces mayor en moneda local del que gastó inicialmente, para ser usado en actividades específicas. Por lo tanto, mediante los esquemas de conversión de deuda por salud, los fondos que estuvieron a priori limitados para actividades de salud en los países beneficiarios, registran un aumento sustancial. Por otro lado,

cuando el comprador es una empresa multinacional de productos farmacéuticas u otros relacionados con la salud, las ganancias incluyen un ingreso a largo plazo en el mercado del país anfitrión; en dicho caso, las ganancias también incluyen la posibilidad de suministrar productos a emplearse en las actividades de salud que se emprenderán.

Las operaciones de conversión de deuda por salud no constituyen una solución integral ni definitiva al problema de la deuda. Se trata, sin embargo, de un enfoque innovador que podría aliviar la crisis de la deuda y proporcionar fondos adicionales para las actividades prioritarias en salud. Mediante el uso de instrumentos alternativos disponibles por las conversiones de deuda por salud, (bonos a largo plazo), los recursos para actividades prioritarias en el ámbito de la salud pueden obtenerse sin desembolsos presupuestarios adicionales.

6. FUNCIONES PARA LA OPS

Las funciones que la OPS podría desempeñar con relación a las conversiones de deuda por salud varían considerablemente, incluyendo la movilización técnica, consultora, política, financiera y de recursos.

Técnica: La función más tradicional sería el de confirmar la función de la OPS de ayudar a los Países Miembros a establecer prioridades para las inversiones en salud, definir esas actividades prioritarias en términos de proyectos y ayudarlos en la ejecución o en el seguimiento de la ejecución de las actividades específicas en el ámbito de la salud, financiadas mediante conversiones de deuda por salud.

Consultora: La OPS también podría proporcionar a los Gobiernos Miembros la información pertinente sobre cómo actuar para generar una conversión de deuda por salud, incluyendo la identificación de posibles inversionistas, así como de agentes comerciales financieros o intermediarios que podrían interesarse en el diseño concreto de la transacción y negociación de una conversión de deuda. En ese caso, el Gobierno Miembro tendría una mayor responsabilidad en llevar a cabo el seguimiento de todos los aspectos del proceso.

Política: La OPS podría tomar la delantera, respondiendo a la decisión de los Cuerpos Directivos, de promover las conversiones de deuda por salud. Tal decisión incluiría transmitir a otras instituciones, tanto nacionales como regionales, los beneficios de las conversiones de deuda por salud. A nivel nacional, también incluiría abogar, en conjunción con los Ministerios de Salud, por la adopción de leyes que permitan la realización de dichas conversiones. También incluiría ayudar a los Países Miembros a definir el procedimiento adecuado para manejar el proceso de la transacción y administrar el desembolso de los fondos y la ejecución de las actividades de salud. Finalmente, a nivel internacional, incluiría defender la inclusión del concepto de deuda por salud dentro de los diversos planes de reducción de deudas utilizados actualmente por la comunidad financiera internacional.

Financiera: La OPS también podría participar más activamente en los diferentes pasos del proceso de conversión en sí, en nombre de los Países Miembros. En ese caso, la OPS identificaría a los inversionistas posibles para la adquisición de la deuda, e identificaría a los poseedores de la deuda, así como la deuda apta para la conversión. Debido a la complejidad de estos temas, es más probable que para dicho fin la OPS tenga que contratar a especialistas financieros, banqueros experimentados o agentes comerciales financieros, o utilizar, en base a un contrato, las entidades sin fines de lucro, como por ejemplo, la Coalición de Deuda por Desarrollo. La única alternativa sería contratar personal asesor financiero interno, cuya función primaria, si no única, consistiría en identificar, negociar y concluir las conversiones de deuda por salud en nombre de los Países Miembros. Aunque esta acción aliviaría a los Países Miembros de dicha tarea, constituiría una responsabilidad adicional para la Organización.

Otra función financiera puede surgir si se creara un organismo para la conversión de deudas. La OPS podría participar en el manejo del sector dedicado a la salud en ese organismo. En ese caso, la OPS estaría operando con el equivalente de un fondo fiduciario con uno o más donantes y luego utilizaría dichos fondos, de acuerdo con el País Miembro específico cuya deuda se está negociando y el donante, para organizar una conversión de deuda por salud. El gerente general del organismo -- el BID, u otra institución financiera -- sería con toda probabilidad el responsable de negociar la conversión concreta de la deuda con los poseedoresde la misma. En caso extremo, si el organismo constituyera exclusivamente un fondo de deuda por salud, la OPS podría, tentativamente, administrar todos los aspectos del organismo. El hacerlo, sin embargo, representaría una nueva responsabilidad para la cual se requeriría nuevo personal.

Movilización de recursos: La OPS también puede extender su función tradicional de movilización de recursos al área de las conversiones de deuda por salud. Primero, puede procurar convencer a los acreedores sobre los méritos de donar los instrumentos de la deuda descontada, a cambio de la financiación de actividades en el ámbito de la salud. Segundo, puede buscar entidades privadas que podrían, en beneficio de sus propios intereses, estar dispuestas a proporcionar fondos para la compra de la deuda a la tasa descontada del mercado, a cambio de la realización de actividades en el ámbito de la salud. Tercero, puede buscar el apoyo extrapresupuestario de donantes bilaterales y multilaterales para financiar la adquisición de la deuda con el fin de generar actividades de salud adicionales. Esta última actividad es, en la actualidad, complementaria de las actividades de movilización de recursos de la OPS. Esto puede realizarse ya sea para cada caso por separado o en relación con la creación de un fondo fiduciario general de conversiones de deuda por salud.

NOTAS

(1) Dado que el World Mercy Fund es considerado, según las leyes norteamericanas, como una organización sin fines de lucro 501(c)3, el banco tiene derecho a reclamar una deducción fiscal de carácter benéfico por la donación de la deuda.

(2) Documento de trabajo: *Debt for Development - Recent Developments and Prospects for the Future*, por The Debt for Development Coalition. Washington, D.C., enero de 1990, p.10.

(3) Documento de trabajo: *Recents developments and Prospects for the Future* por The Debt for Development Coalition. Washington, D.C., enero de 1990, y los "Debt-for-Nature Swaps in Developing Countries", por Betsy Cody. U.S. Congressional Research Service. Informe N° 88-647 ENR. Washington, D.C., 1988.

(4) Por ejemplo, a los bancos canadienses sólo se les permite adquirir una empresa comercial por un período de dos años, si las acciones de la empresa son adquiridas mediante la realización de un préstamo hecho por el banco. Ver Sección 193(12) de la Ley Bancaria Canadiense. En Estados Unidos, sin embargo, los bancos se rigen por reglamentaciones más liberales que les permiten poseer hasta 40% del capital en una empresa no financiera de un sector privado, y hasta el 100% de capital en un firma privatizada mediante la conversión de deuda por patrimonio. Ver "Una Guía para la Deuda por Desarrollo", por USAID. Washington, D.C., septiembre de 1989, p. 14.

(5) USAID. *Una Guía para la Deuda por Desarrollo*. Washington D.C., 1989, p.14.

(6) Cody, Betsy. *Debt-for-Nature Swaps in Developing Countries*, por Betsy Cody. U.S. Library of Congress. Congressional Research Service. Informe N° 88-647 ENR. Washington, D.C., 1988.

(7) *Dealing with the Debt Crisis*. Simposio del Banco Mundial, 1989, p.271.

(8) Ver *Rundt Weekly Intelligence* , publicado por S.J. Rundt & Associates. N° 1.727. Nueva York, N.Y., 9 de noviembre de 1989, p.8.

(9) USAID. *Una Guía para la Deuda por Desarrollo*. Washington D.C., 1989, pp. 24-25.

(10) Esta discusión a favor de la conversión de deudas bilaterales fue propuesta por Randy Curtis de The Nature Conservancy en una entrevista publicada en *SWAPS: The Newsletter of New Financial Instruments*. Volumen 3, N° 10, octubre de 1989.

(11) El cuadro de la deuda por la salud a través del Club de París fue elaborado por el Dr. Jeffrey Sachs, en conjunción con Patricio Marques y Ulysses Panisset, durante una entrevista celebrada el 17 de mayo de 1988.

(12) Las organizaciones que ayudaron a la USAID a publicar este documento son U.S. Overseas Cooperative Development Committee, Volunteers in Overseas Cooperative Assistance y Coalición de la Deuda por Desarrollo.

(13) Diversas entidades privadas se especializan en consolidar los recursos de diferentes organizaciones interesadas en llevar a cabo las conversiones de la deuda.

(14) Los corredores o intermediairos comerciales, como las empresas de contabilidad, suelen cobrar honorarios considerables por las conversiones de deuda. Un intermediario, como por ejemplo, una organización sin fines de lucro, podría resultar menos costoso.

(15) Los pasos aquí descritos se basan en los que se incluyen en el documento de la USAID, *Una Guía para la Deuda por Desarrollo*. Washington D.C., 1989, pp.28-29)

(16) Esta idea se ha esbozado en varias propuestas del Congreso; véase *The International Debt Problema: Congressional Proposals*, por Patricia Wertman. Library of Congress Congressional Research Service. Informe N° 7177. Washington D.C., 1989.

(17) Bergsman, Joel y Edisis, Wayne. *Debt Equity Swaps and Foreign Debt Investments in Latin America*. Washington, D.C., Banco Mundial.

(18) Fuller, Kathryn S. y Williamson, Douglas F. "Debt-for-Natures Swaps: A New Means of Funding Conservation in Developing Nation's". *International Environment Reporter*. Washington, D.C., 1988, p.303.

(19) Cody, Betsy. "Debt-for-Nature Swaps in Developing Countries". U.S. Library of Congress. Congressional Research Service. Informe N° 88-647 ENR. Washington, D.C., 1988. p.5.

(20) Otras fuentes de cobertura de seguro incluyen a la U.S.Overseas Private Investment Corporation, American International underwriters (AIU), Lloyd's de Londres y los organismos oficiales de promoción de exportaciones y entidades de garantía - la empresa francesa "Compagnie Francaise d'Assurance pour le Commerce Extérieur (Coface)", el British Export Credit Guarantee (Reino Unido) y la Treuarbeit de Alemania. Por ejemplo, la AIU cubre la confiscación, expropiación y nacionalización por un período máximo de tres años, con la posibilidad de renovar a 90% de la inversión expuesta hasta 25.000.000 de dólares por cada país asegurado. En base a su investigación relativa a la disponibilidad de cobertura de seguro para la deuda para casos de conversiones de deuda por desarrollo, la Coalición de la Deuda por el Desarrollo indica que es posible diseñar la cobertura en relación con casos específicos. (Coalición

de la Deuda por Desarrollo. Documento de trabajo: "Debt for Development - Recent Developments and Prospects for the Future", por The Debt for Development Coalition. Washington, D.C., enero de 1988, pp 8-9).

(21) A título de ilustración, el siguiente ejemplo de conversiones de deuda por educación fue propuesto en un informe enviado al Secretario de Comercio de Estados Unidos:

1. Un banco vende un préstamo de 1 millón de dólares con un descuento del 58% y recibe tanto el 42% del valor nominal del préstamo, es decir 420.000 dólares, como una pérdida deducible de los impuestos de un 58%, es decir 580.000 dólares. El banco luego dona el producto de la venta y reclama una deducción fiscal por una contribución caritativa de 420.000 dólares, beneficiándose, por lo tanto, de una deducción fiscal sobre el valor nominal total del préstamo, es decir 1.000.000 dólares. Dada una tasa fiscal del 40%, el banco, en efecto, ahorra 400.000 dólares.

2. Un banco vende un préstamo de 1 millón de dólares a un descuento del 58% por 420.000 dólares y reclama una pérdida deducible de los impuestos de 580.000 dólares. Dada una tasa fiscal del 40%, el banco puede reducir su cuenta fiscal a 232.000 dólares y recibir 420.000 dólares de la venta del préstamo. Por lo tanto, mediante la venta del préstamo, el banco gana 652.000 dólares, en contraposición con la ganancia antes indicada de 400.000 dólares. (Czinkota, Michael R. "Improving U.S.Competitiveness: Swapping Debt For Education". Informe al Secretario de Comercio. Washington D.C., 1988, p.9-10)

(22) Documento de trabajo: *Accounting for Interest Arrears: Tax and Public Accounting Differences*, por la Coalición de Deuda por Desarrollo, 1989.

(23) Debe observarse que las disposiciones legales del International Revenue Service de Estados Unidos en contadas pocasiones, permiten a los bancos de Estados Unidos crear reservas específicas (ATTR) que sean a la vez deducibles de los impuestos como excluidas del capital bancario, cuando un préstamo ha sido considerado como "menoscabado en su valor" por un Comité Interinstitucional de Análisis del Riesgo, es decir, si los pagos de los intereses tienen 6 meses de mora, no se ha cumplido con los programas del FMI y las perspectivas para la restauración del servicio de la deuda son negativas. (*Tax, Accounting, and Regulatory Treatment of Sovereign Debt*, por J.Hay y M.Bouchet, Banco Mundial, Washington D.C., 1989).

(24) Documento de trabajo: *Accounting for Interest Arrears: Tax and Public Financial Accounting Difference*" por la Coalición de la Deuda por Desarrollo.

(25) En países como Alemania y Suiza, donde el nivel de reservas es muy alto, es probable que los bancos incluso tengan que declarar una ganancia de capital si las acreencias se venden en los mercados secundarios. (*Tax, Accounting, and Regulatory Treatment of Sovereign Debt*, por J.Hay y M.Bouchet, Banco Mundial, Washington D.C., 1989). p.59.)

(26) Otras de las razones que explican por qué los bancos se han mostrado renuentes a vender o donar las deudas que poseen, incluyen las siguientes: 1) la venta de una porción de la deuda bancaria puede "contaminar" la cartera restante de sus deudas en un país dado; 2) ciertos convenios de reprogramación entre los bancos y el país deudor no permiten la reasignación de los préstamos a entidades no bancarias; 3) dado que la "cláusula de distribución de la carga pari/passu" que suele incluirse en la reprogramación de los convenios, estipula que tanto las desventajas como las ventajas deben compartirse por igual, los términos de una conversión de deudas tendrían que ser equivalentes a los de la reprogramación de los convenios.

(27) Esta discusión fue propuesta por Graham Bird en "Debt Swapping in Developing Countries: A Preliminary Investigation." *The Journal of Development Studies*. 1988, Vol. 24, No. 3, p.30.

DOCUMENTO 3

CONVERSION DE DEUDA PARA LA SALUD: UNA REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS TEMAS INCLUIDOS

Antonio Campino
Carol Collado
Chantal Labelle

Organización Panamericana de la Salud
Mayo, 1991

RECONOCIMIENTOS

Los autores desean agradecer el trabajo de Monica Bolis quien investigó y redactó la sección referente al marco legal de las conversiones de la deuda en América Latina. Igualmente desean reconocer el apoyo prestado por Matilde Pinto De la Piedra.

CONTENIDO

Antecedentes		1
Capítulo I	Mecánica de las conversiones de deuda por salud	3
1.1	Tipos de conversiones de deuda	3
1.2	Ejecución de una conversión de deuda por salud	6
1.3	Fuentes de financiación	8
1.4	Propiedad de la deuda	9
1.5	Beneficios y riesgos de las conversiones de deuda por salud	10
Capítulo II	Consecuencias macroeconómicas y legales	12
2.1	Los costos de las conversiones de la deuda	12
2.2	Consecuencias en los costos de las conversiones de deuda por salud	14
2.3	Estrategias de alivio de la deuda	16
2.4	Consecuencias legales	18
Capítulo III	Temas	21
3.1	Etica	22
3.2	Continuidad	23
3.3	Carácter complementario y no substitutivo	24
3.4	Repercusión social de las conversiones de deuda por salud	25
3.5	Determinación de políticas	26
3.6	Condicionalidad	26
3.7	Vigilancia, supervisión y evaluación	31
Capítulo IV	Funciones de la OPS en las conversiones de deuda por salud	28
4.1	Experiencias de otros organismos internacionales	28
4.2	Funciones y actividades posibles para la OPS	30
4.3	Recomendaciones	36
Anexo 1	Estrategias de alivio de la deuda	38
Anexo 2	Legislación latinoamericana sobre conversiones de la deuda	40
Glosario		49
Bibliografía		50

ANTECEDENTES

Según cifras recientes del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo, el producto interno bruto real per cápita en 20 de los 25 países de América Latina y el Caribe fue más bajo a finales que al comienzo del último decenio. La crisis de la deuda externa fue el obstáculo más visible al crecimiento y al desarrollo de la Región. La deuda subió vertiginosamente a más de US$400 mil millones hacia el final de la década de los 80 y se ha mantenido cerca de esa cantidad durante casi cuatro años. La deuda representa actualmente más de tres veces el valor de las exportaciones latinoamericanas y casi el 40% del producto nacional total. Los países han estado destinando al servicio de la deuda hasta un 40% de lo que ganan por concepto de exportaciones. Como resultado, una gran proporción del producto nacional bruto debe dedicarse a pagar los intereses de la deuda y no a financiar las inversiones productivas o a satisfacer las necesidades sociales urgentes.

Uno de los principales obstáculos encontrados por los países para pagar el servicio de su deuda es que los pagos deben hacerse en divisas. La mayoría de estos países no pueden satisfacer este requisito lo cual depende de un aumento de la producción de bienes y exportaciones, capacidad que se ha visto seriamente limitada debido a una disminución en los precios de exportación de los productos básicos y a las elevadas tasas de interés. Aunque las conversiones (swaps) de deuda por proyectos en salud no van a corregir totalmente la situación, sí, pueden ayudar a aliviar la presión al convertir los pagos internacionales de divisas en pagos en moneda local empleando las ganancias para ejercer un esfuerzo multiplicador en cuanto a recursos para la salud en los países de la Región.

La idea del empleo de conversiones de deuda para ejercer un esfuerzo multiplicador para obtener recursos en salud se basa en un modelo de deuda por naturaleza conceptualizado por primera vez en 1984 por Thomas E. Lovejoy, quien para esa fecha era Vicepresidente del World Wildlife Fund. La transacción fundamental incluye la adquisición de deuda por parte de organizaciones conservacionistas a una tasa rebajada para ser rescatada en moneda local para fines de conservación. Hasta marzo de 1991, se habían realizado más de 16 conversiones de deuda por naturaleza por varios grupos conservacionistas principalmente en América del Sur y Asia, incluyendo Costa Rica, la República Dominicana, Ecuador y Bolivia.

En base a dos documentos anteriores producidos por la OPS sobre el tema[1], este documento examina la mecánica, las consecuencias macroeconómicas y legales, así como los principales aspectos relacionados con las conversiones de deuda por salud, antes de analizar las

---

[1] El primer documento fue presentado en septiembre de 1988 por Ulysses Panicet y Patricio Marquez, ambos residentes para ese momento en el Programa de Salud Internacional trabajando con HSP. El segundo documento fue preparado Chantal Labelle para la décimocuarta reunión del Subcomité de Planificación y Programación de la Organización Panamericana de la Salud en abril de 1990.

actividades y las posibles funciones de la OPS al tomar parte en actividades relacionadas con conversiones de deuda. Se formulan sugerencias en cuanto a las actividades más prometedoras que podría emprender la Organización para fomentar las acciones relacionadas con la salud en los países miembros.

CAPITULO I

MECANICA DE LAS CONVERSIONES DEUDA POR SALUD

Después de un breve examen de los diversos tipos de conversiones de deuda para poner de manifiesto las ventajas comparativas de las conversiones de deuda por salud, este capítulo aborda la forma en que se ejecutan y financian las conversiones de deuda por salud, así como los diversos riesgos y beneficios inherentes a la ejecución de una transacción de este tipo.

1.1 Tipos de conversiones de deuda

A pesar de las numerosas variantes del concepto de conversión de deuda, la transacción básica sigue siendo la misma: el intercambio de parte de la deuda externa que un país tiene con un banco, un gobierno u otra entidad, con la finalidad de destinar recursos a actividades que se financiarán con moneda local. Los "debt swaps" o conversiones de deuda pueden tomar muchas formas. Las que se utilizas más frecuentemente incluyen:

deuda por patrimonio, es una conversión mediante la cual un país deudor permite a sus acreedores rescatar parte de su deuda externa pública por capital social o por una participación en una de sus empresas nuevas o existentes;

intercambio de deuda, operación mediante la cual los instrumentos existentes de la deuda se intercambian por nuevos instrumentos de deuda con alguna forma de mejoramiento del crédito;

recompra de la deuda, operación mediante la cual un país deudor efectúa una operación de recompra de su deuda con algún banco comercial, a precio descontado, utilizando para tal fín dinero en efectivo, donado o solicitado en préstamo de fuentes oficiales o privadas;

deuda por donación, operación mediante la cual un prestamista hace una donación de un título de deuda, o bien condonando la deuda o donando el préstamo a otra institución o individuo;

deuda por desarrollo, operación mediante la cual se adquiere la deuda a un precio descontado y se convierte en moneda local para generar financiamiento para proyectos, es decir fondos que no habrían estado disponibles sin una conversión de este tipo.

Dentro de esta última categoría entran las operaciones de *deuda por* recursos para *salud*. Otras oportunidades incluidas en lo que se conoce como deuda por proyectos de desarrollo incluyen deuda por naturaleza, deuda por educación y deuda por desarrollo humano.

A pesar de que las conversiones de deuda por patrimonio favorecen la creación de empleo y las exportaciones, y las operaciones de recompra de la deuda permiten la reducción de la deuda externa, la mayoría de las transacciones de conversión, con excepción de las conversiones relacionadas con el desarrollo, no van más allá de la capacidad de prepagar con moneda local los compromisos contraidos en divisas antes de la fecha de vencimiento estipulada en el contrato. Aunque las conversiones relacionadas con proyectos de desarrollo intercambian de forma similar la deuda externa por deuda interna, tienen además la capacidad de generar fondos internos para sectores prioritarios, tales como la salud, que de otra manera no se habrían obtenido. En consecuencia, una de las principales ventajas de las conversiones de deuda por salud es que el comprador de la deuda generará en el país recursos financieros adicionales para los proyectos de salud.

Las transacciones relacionadas con proyectos de desarrollo también tienen otra ventaja que es la de favorecer la generación de mayor cantidad de moneda local por cada dólar, en comparación con la que podría obtenerse si los fondos se convirtieran directamente mediante una transacción ordinaria en divisas. Dependiendo del precio de la deuda en el mercado secundario, los fondos de trabajo pueden aumentarse sustancialmente mediante operaciones de compra y conversión de la deuda. Consideremos por ejemplo la primera conversión de deuda por recursos para salud efectuada en las Américas y que se emprendió en Ecuador en enero de 1990. La transacción que sirvió de base para esta conversión incluyó el intercambio de una porción de la deuda externa de Ecuador, a cambio del compromiso del gobierno ecuatoriano de invertir el equivalente en moneda local de esa parte de la deuda en un programa prioritario de atención a la salud, para el control de la cistercircosis cerebral. Los pasos que se dieron fueron los siguientes:

1. Un donante adquirió parte de la deuda ecuatoriana por un valor de $5 millones en el mercado secundario a precio descontado de $750.000.

2. El banco comercial que recibió los $750.000 como pago por la deuda donó a su vez el instrumento de la deuda ecuatoriana de $5 millones a una organización sin fines de lucro de Estados Unidos llamada World Mercy Fund. Debido a que que este Fondo estaba calificado según la legislación estadounidense como una organización sin fines de lucro 501(c)3, el banco tuvo derecho a reclamar una exención fiscal por haber hecho una donación a una institución caritativa.

3. El World Mercy Fund donó el instrumento de la deuda de $5 millones al Rotary Club de Quito, Ecuador, el cual presentó luego una solicitud ante la Junta Monetaria (Banco Central) para la conversión de la deuda en moneda local.

4. El Banco Central emitió bonos de estabilización denominados en sucres por una cantidad equivalente a $2,5 millones en una cuenta conjunta especial manejada por el Ministerio de Salud y el Rotary Club. Las ganancias generadas por los intereses sobre los bonos se destinan directamente al financiamiento de programas de salud que también son administrados conjuntamente por el Ministerio de Salud y el Rotary Club. La cantidad remanente en sucres, equivalente a $2,5 millones, se emplea para reducir aún más la deuda.

A pesar de que en este caso el World Mercy Fund no recibió del Banco Central la cantidad total equivalente al valor nominal de la deuda fue capaz de lograr un efecto multiplicador sobre sus fondos operativos en moneda local que pasaron de $750.000 a $2,5 millones, los cuales a la tasa de cambio del momento que era de 650 sucres por dólar, ascendían a 1.625.000.000 sucres. Si, por otra parte, la organización hubiera donado $750.000 directamente a Ecuador solo habría recibido el equivalente de 487.500.000 sucres lo cual representa una cantidad considerablemente menor con respecto a la recibida luego del proceso de conversión de deuda. Desde entonces, se han realizado en Ecuador los trámites para llevar a cabo otras dos conversiones de deuda por recursos para salud.[2] Otra conversión de deuda por salud también se está discutiendo en México (ver sección 1.3 de este capítulo) lo que lleva el número total de conversiones de deuda en la categoría de salud, a cuatro.

En el proceso de conversión de deuda por salud hay varias partes interesadas, por ejemplo: 1) una organización que busque fondos para financiar una actividad de salud; 2) un banco u organización poseedor de la deuda de un país y 3) el banco central y el Ministerio de Salud de los países deudores. El banco central es probablemente el organismo más importante a nivel de decisión en una conversión de deuda. Aunque las actividades de los bancos centrales en todo el mundo se caracterizan por una gran diversidad, la mayoría tiene la responsabilidad primordial de dirigir la política monetaria. La dirección de la política monetaria permite que los bancos centrales tengan una participación significativa en una variedad general de políticas macroeconómicas que incluyen el empleo, la inflación, las tasas de interés, las tasas de cambio y la balanza de pagos. Puesto que las transacciones de conversión pueden repercutir en la situación económica de un país, en particular si no fueron diseñadas apropiadamente o si el país beneficiario no cuenta con mecanismos de reglamentación que mitiguen los efectos de algunos de los riesgos inherentes a estas transacciones, las autoridades de los bancos centrales se convierten en una fuerza dominante en el proceso de conversión de deuda. No solo emiten las disposiciones legales que rigen las conversiones, sino que también suelen aprobar cada transacción dependiendo de si consideran las actividades a ser financiadas por la conversión como prioritarias, lo que en la mayoría de los países incluye generalmente a empresas comerciales tradicionales y en pequeña escala, en contraposición con el sector de la salud.

---

[2] Las dos conversiones más recientes a ser discutidas en Ecuador guardan relación con los programas de salud bucodental y nutrición. Se emprendieron estudios y se efectuaron conversaciones con autoridades ecuatorianas pertinentes. Según la información disponible, la finalización de ambas conversiones todavía está pendiente.

1.2 Ejecución de una conversión de deuda por salud

En una transacción usual de deuda por salud, una porción de la deuda externa de un país se dona o se adquiere a un precio rebajado y se cambia por moneda local mediante un convenio con el gobierno del país deudor. Las ganancias en moneda local resultantes de la conversión se emplean luego para financiar los programas prioritarios de atención a la salud. Para el gobierno que proporciona la moneda local, se cancela la obligación de la deuda del país. La transacciones de deuda por salud, en general, suelen ser posibles cuando predominan las siguientes ***condiciones***:

a. *La deuda debe ser objeto de descuento y estar disponible para la conversión.* El organismo o banco que posee la deuda debe estar de acuerdo en facilitar la conversión ofreciendo la deuda mediante donación o compra. En el último caso, la deuda además debe ser comercializada a un descuento sustancial en el mercado secundario, es decir por debajo de su valor nominal.

b. *La deuda debe reunir los requisitos necesarios para la conversión.* Aunque una deuda puede descontarse y estar disponible para la compra en el mercado secundario, quizás no siempre reuna los requisitos para la conversión según las leyes y reglamentos del país acreedor o de acuerdo a los convenios de crédito que rigen esa deuda.

c. *El gobierno beneficiario debe estar dispuesto a convertir la deuda.* Por ejemplo, las autoridades del país pueden considerar que la salud no es un sector prioritario para el gasto o quizás no tengan intención de pagar el servicio de su deuda, aunque el precio de la deuda en el mercado secundario debería instarlas a actuar de manera diferente. Al reducir la cantidad de su deuda externa pendiente los gobiernos beneficiarios quizás tengan temor de que las conversiones de deuda por salud puedan determinar el precio de su deuda en el mercado secundario, lo que, a su vez, la haría menos interesante para los inversionistas quienes luego tendrían que rescatar la deuda a un precio mayor. Sin embargo, un alza en el precio no debe considerarse como un resultado totalmente negativo, ya que una de las metas de los esquemas de reducción de deudas, como las conversiones de deuda, constituyen un retorno eventual de los países deudores a la solvencia.

d. *Deben evaluarse los beneficios y los riesgos.* Antes de emprender una conversión de deuda, deben evaluarse plenamente los beneficios así como los costos y los riesgos incluidos en la transacción. En algunos casos, el tiempo y el gasto de emprender una transacción pueden superar los beneficios.

e. *Una organización local de contrapartes, es decir una organización no gubernamental (ONG), debe estar interesada en obtener la deuda.* En varios países beneficiarios, una de las partes, diferente del acreedor de la deuda o del gobierno del país deudor, debe estar interesada en la obtención de fondos locales facilitados por el banco central

mediante el intercambio del instrumento de la deuda. Por lo tanto, la cooperación con la entidad local debe ser establecida desde el principio, en particular en el momento de determinar la factibilidad de la transacción, así como las áreas de responsabilidad.

Al emprender una conversión de deuda, no hay un curso fijo para actuar. Cada país que autoriza las conversiones de deuda tiene su manera propia y única de enfocar la mecánica de la transacción. En la mayoría de los casos, sin embargo, los siguientes ***pasos*** y la información son pertinentes y es necesario seguirlos:

a. Debería llevarse a cabo *discusiones preliminares para determinar la factibilidad de una conversión de deuda.* Deberán sostenerse discusiones informales con ministerios de salud para determinar las acciones prioritarias en el sector salud, y con los bancos centrales para determinar si la deuda puede convertirse.

b. *Debería formularse un perfil del proyecto para que los posibles acreedores o los inversionistas puedan explorar su viabilidad.* Los bancos u otros organismos que poseen la deuda pueden estar en capacidad de efectuar una evaluación de la factibilidad fiscal del proyecto o de comprender mejor la información requerida.

c. *Debe desarrollarse una propuesta completa del proyecto en cooperación con una organización local que actúe como contraparte.* Puesto que los proyectos financiados mediante conversiones de deuda siempre tendrán que ser revisados y aprobados por el gobierno, los proyectos deben ser compatibles con prioridades económicas y de salud del país y merecedores del apoyo local.

d. *Obtención de financiamiento.* Es necesario que haya seguridad de contar con los recursos financieros para adquirir la deuda antes de realizar cualquier otra acción destinada al proceso de conversión.

e. *Obtención de la aprobación del gobierno del país beneficiario.* En la mayoría de los casos, la organización local contraparte debe presentar la solicitud de conversión de deuda al organismo nacional apropiado que es en general, el banco central, y una entidad sectorial específica, que en el caso de un conversión de deuda por salud tiene probabilidad de ser el ministerio de salud.

f. *Adquisición de la deuda.* Una vez que se recibe del gobierno la aprobación escrita para una conversión de deuda, la organización debe proceder a cerrar la transacción: conprometiendo a un vendedor; fijando un precio para la deuda; verificando la convertibilidad de la deuda con el gobierno o los acreedores del gobierno; comprando la deuda y recibiendo un título por ella; presentando el instrumento de la deuda al gobierno, que luego procede a transferir el equivalente en moneda local a una cuenta bancaria en el país designada para el uso de la organización contraparte local.

1.3 Fuentes de financiamiento

Hay varios inversionistas posibles que podrían estar interesados en la adquisición de la deuda externa pendiente de un país destinatario. Entre ellos se incluyen:

- *Empresas multinacionales.* Hay mayores probabilidades de que las empresas multinacionales participen en una operación de conversión de deuda por salud, si los fondos de la deuda convertida van a asignarse a un proyecto de salud que incluye la compra de los productos que ellas a su vez manufacturan.

- *Bancos multilaterales de desarrollo.* Los bancos multilaterales de desarrollo, como el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, pueden estar dispuestos a emplear recursos no asignados o fondos para asistencia al desarrollo para adquirir la deuda externa de un país, con la finalidad de multiplicar la cantidad total de fondos en moneda local que puede emplearse para las actividades propuestas de desarrollo en salud.

- *Organizaciones sin fines de lucro.* Las organizaciones sin fines de lucro cada vez con mayor frecuencia tienen acceso a los fondos para esquemas de conversión de deuda mediante donaciones de fundaciones o de organizaciones internacionales. La experiencia de FUNSALUD en México es un ejemplo interesante. En esa transacción, el Ministerio de Hacienda (Tesorería Mexicana) intercambió parte de la deuda de México mediante el Plan Brady, y luego permitió que una organización local sin fines de lucro, FUNSALUD, abriera una cuenta fiduciaria en dólares de Estados Unidos en un banco mexicano, depositando el dinero que habían obtenido mediante subvenciones y otros mecanismos. Luego se permitió a la fundación comprar deuda mexicana en el mercado secundario a través de la Tesorería y el Banco Central, ejerciendo de ese modo un efecto multiplicador sobre sus recursos en las mismas condiciones que los donantes externos. En este caso, FUNSALUD se convirtió tanto en donante o en comprador de la deuda, como en adjudicatario o beneficiario.[3]

- *Organismos donantes bilaterales.* Por ejemplo, de conformidad con una política aprobada el 15 de febrero de 1989, la Agencia para el Desarrollo Internacional de los EUA permite a las organizaciones sin fines de lucro de ese país comprar deuda contraída con acreedores extranjeros con fondos de la AID para la conversión en moneda local destinada a financiar los proyectos de desarrollo aprobados por AID.

---

[3] Un mecanismo de este tipo permite a la organización local con acceso a las divisas multiplicar sus recursos o unirse con otras organizaciones orientadas al bienestar de la sociedad en un grupo con las mismas intenciones si sus recursos en capital extranjero no bastan para entrar en el ámbito de las conversiones de deuda.

1.4 Propiedad de la deuda

La conversión de la deuda se ha emprendido mayormente en lo que se refiere a la deuda contraída con los bancos comerciales o con las instituciones de crédito público. La práctica generalizada en este caso es la de vender los títulos de las acreencias de los países deudores en el mercado secundario a una tasa descontada. Aunque los préstamos también podrían ser transformados por los bancos en donaciones, rara vez lo son porque las exenciones fiscales relacionadas con este tipo particular de transacción en varios países acreedores, principalmente en Estados Unidos, en general no compensan los beneficios de vender un préstamo.

Otra forma, aunque hasta la fecha menos usual, de efectuar conversiones de deuda por salud sería la de estudiar las posibilidades existentes dentro del ámbito de la deuda bilateral. Por ejemplo, la Casa Blanca anunció recientemente que canalizará miles de millones de dólares que los gobiernos latinoamericanos deben a Washington, destinando el producto de la venta de préstamos concesionarios hacia proyectos locales de conservación de la Naturaleza. Se prevé que el Presidente solicite que las conversiones de deuda se extiendan a los préstamos hechos por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, así como por el Export-Import Bank y la Commodity Credit Corporation usados originalmente para subsidiar las exportaciones de los Estados Unidos. En un momento en que la mayoría de los gobiernos donantes están preocupados por las consecuencias de la guerra en el Golfo Pérsico, de la reconstrucción económica de la Europa del Este, y de la recesión interna, los vientos políticos parecen soplar repentinamente a favor de los mecanismos de conversión de la deuda, y el anuncio hecho por el Gobierno del Presidente Bush quizás sea el primero de muchos que vendrán. Las ventajas de negociar la deuda bilateral son numerosas. Incluyen:

a. La deuda contraída con gobiernos acreedores queda reducida.

b. Se superan los impedimentos principales para la conversión de la deuda comercial privada, a saber:

   - la renuencia de los bancos comerciales a negociar las deudas que ellos poseen a descuentos muy grandes por el temor de tener que reajustar el valor de sus carteras al precio al cual fue vendida la deuda, y por las perspectivas de que las deudas sean pagadas una vez superada la crisis económica;

   - la naturaleza restrictiva de algunos convenios de reestructuracion entre los bancos y el país deudor que no permiten que los préstamos se reasignen a organismos no bancarios.

c. Los gobiernos acreedores tienen la oportunidad de abordar el problema de la deuda sin tener que emplear dinero adicional de los contribuyentes para obtener fondos complementarios para ayuda al desarrollo.

1.5 Beneficios y riesgos de las conversiones de deuda por salud

Las conversiones de deuda por salud ofrecen la posibilidad de ***beneficiar a*** cada una de las partes interesadas. Para los *países beneficiarios*, el atributo más importante de una conversión de deuda por salud es la capacidad de reducir la cantidad de deuda externa y de lograr ese resultado mediante la moneda local y no empelando divisas. Además, mediante la canalización de los fondos convertidos hacia proyectos prioritarios de salud, los países beneficiarios pueden mejorar la situación de salud de su población.

Para los bancos comerciales y otros *que poseen deudas*, puesto que, por una parte, la cantidad de deuda cuyos intereses hay que pagar queda reducida como resultado de una conversión de deuda por salud, y por la otra, aumentan, tanto la tasa prevista de beneficios sobre los restantes pagos de la deuda pendiente como sobre los pagos de intereses a los cuales el país deudor todavía está sujeto. Para quienes poseen una deuda, el título de una acreencia vendido en el mercado secundario también produce beneficios fiscales. En cuanto a aquellos que donan un préstamo, lo hacen para evitar las incertidumbres del mercado secundario y porque favorecen una buena imagen institucional.

En tanto que participante en un esquema de conversión de deuda por salud, el *comprador de la deuda* quiere recibir una tasa alta de ganancias con fondos limitados. Las ganancias generalmente son proporcionales a la diferencia entre el precio de una deuda en el mercado secundario y el precio al cual se rescata en la moneda local. Por ejemplo, si una deuda de $1 millones se adquiere en el mercado secundario por $100.000 y luego es negociada en $.50 del valor nominal por el gobierno del país deudor, el comprador recibirá cinco veces más en equivalencias en moneda local que lo gastado inicialmente. Por lo tanto, los fondos del proyecto aumentan sustancialmente.

La conversiones de deuda por salud no dejan de presentar ***riesgos*** que pueden retrasar o detener la transacción. Aunque los riesgos no siempre pueden preverse ni eliminarse enteramente, la transacción puede diseñarse de tal forma que evite los siguientes riesgos.

a. Antes del momento de la compra definitiva de la deuda el gobierno de un país deudor o que posee la deuda puede decidir que ya no desea participar en la transacción lo que da como resultado una pérdida de tiempo y de dinero gastado para formular la transacción y el proyecto de deuda por salud.

b. Una vez cancelada la deuda, el gobierno de un país deudor puede decidir que no puede, o que ya no quiere convertir la deuda en moneda local. Las vías legales para hacer que un gobierno cumpla con ese convenio suelen ser limitadas.

c. Los precios de la deuda en el mercado secundario no son estables y fluctúan según las expectativas de los acreedores en cuanto a las capacidades que tenga el deudor de pagar el servicio de su deuda. El riesgo en este caso es que el valor de la deuda de un país puede aumentar a una cantidad mayor que la prevista originalmente, por lo tanto, anula

la justificación de emprender una conversión de deuda bajo la premisa de lograr economías.

d. Dado que puede pasar mucho tiempo entre el momento de adquirir la deuda y su conversión en moneda local, quizás ocurrió un cambio político, económico, o legal en el país deudor lo que impide al gobierno reconocer la deuda al valor inicialmente acordado. Por ejemplo, las autoridades del país quizás ya no consideren la salud como un sector prioritario para la deuda que está canjeando o la situación económica puede haberse deteriorado aún más. El riesgo, si tales cambios fueran a ocurrir, es que el precio al cual la deuda se rescata puede ser tan bajo que ya no habrá fondos suficientes para emprender los proyectos de salud acordados.

e. Si la cantidad de deuda rescatada en moneda local es relativamente considerable, la transacción puede ser causa de inflación en el país deudor. Para evitar consecuencias potencialmente inflacionarias, los gobiernos tienen acceso a una serie de medidas preventivas que se examinan, a su vez, en el próximo capítulo.

f. Los proyectos de salud a veces requieren divisas para adquirir en el exterior medicamentos o materiales pertinentes que no están disponibles en el país. Dado que las conversiones de deuda por salud generan principalmente recursos en moneda local, toda la operación puede verse amenazada como resultado de la falta de disponibilidad de recursos en divisas.

g. Las organizaciones no gubernamentales en los países tanto beneficiarios como acreedores, quizás no siempre posean las capacidades técnicas y de gestión para participar en las conversiones de deuda por salud. En particular, pueden carecer de la experiencia y los conocimientos técnicos requeridos para asegurar el éxito de los proyectos.

En caso de que el gobierno del país deudor deje de rescatar el instrumento de la deuda en la moneda local, o el valor al cual se intercambia la deuda es significativamente inferior a lo esperado originalmente, puede obtenerse la cobertura de un seguro. Además es posible obtener protección contra el incumplimiento de contrato y valor descontado de la deuda convertida, por ejemplo, de la Multilateral Investment Guarantee Agency, creada por el Banco Mundial, que también ofrece protección a largo plazo (tres a veinte años) contra la transferencia de divisas. Otras fuentes de cobertura de seguro incluyen la U.S. Overseas Private Investment Corporation, American International Underwriters, Lloyd de Londres y los organismos oficiales de promoción de exportaciones y las entidades de garantía. Debe observarse que es también posible diseñar la cobertura de una transacción en relación con los otros riesgos mencionados anteriormente.

CAPITULO II

CONSECUENCIAS MACROECONOMICAS Y LEGALES

Según lo indicado hacia el final del capítulo I, las conversiones de deuda por recursos para la salud no dejan de tener consecuencias macroeconómicas. Al tratar estas consecuencias, este capítulo primero abordará los costos posibles de las conversiones mediante la consideración de tres variables principales: el nivel general de los precios, la tasa de interés y la tasa de cambio.[4] Luego, se resumirán algunos de los esquemas de reducción propuestos por la comunidad internacional en respuesta a la crisis de la deuda, para destacar los factores políticos y económicos que despertaron el interés actual en las conversiones de deuda. Puesto que las conversiones de deuda por recursos para la salud plantean nuevas situaciones, este capítulo finalmente abordará el marco legal de de la deuda en los países de América Latina y el Caribe.

2.1 Los costos de las conversiones de deuda

Joel Bergsman y Wayne Edisis se refieren a tres costos principales de estas operaciones para los países deudores: 1) el costo de un posible "sobrepago" en el rescate de la deuda, 2) los costos monetarios y 3) los posibles costos en divisas. Estos costos se explicarán luego aplicados a conversiones de deuda por recursos para la salud en la siguiente sección.

Los costos de sobrepago ocurrirían si el país paga más para rescatar su deuda que el valor actual de los pagos que espera hacer para atender el servicio de la deuda (Bergsman y Edisis, pág. 4). Este costo solo puede evaluarse caso por caso.

Los posibles costos en *divisas* ocurrirían si la inversión no es adicional, es decir si un inversionista hubiese financiado un proyecto, independientemente de la existencia o no de un acuerdo de conversión. En este caso, las conversiones, en efecto, costarían al gobierno las divisas que habrían sido traídas al país por este inversionista para financiar el proyecto si no se hubieran hecho las conversiones.

Los *costos monetarios*, es decir la repercusión de en la situación monetaria de un país son quizás el costo más importante. Como el país deudor tiene que rescatar la deuda con moneda local, debe permitir que el suministro de dinero aumente o estabilice esta repercusión expansionista mediante la restricción del crédito, cuyo resultado sería la inflación o una reducción de otras actividades que podrían haberse estimulado en el país por el crédito ahora restringido.

---

[4] El cuarto "precio" importante considerado en macroeconomía, los sueldos, no se aborda aquí puesto que no se ve afectado por las operaciones de canje de deuda.

Las consecuencias monetarias de las conversiones de deuda en general dependen del volumen de recursos que se inyectarían en una economía a través de este mecanismo en un momento específico en el tiempo. En el caso de deuda con bancos comerciales, por ejemplo, el límite de tales operaciones sería equivalente al volumen total de la deuda contraída con los bancos[5]. En el cuadro 1 se presenta la deuda pendiente total de los principales países deudores de América Latina y el Caribe (incluyendo la deuda con prestamistas privados, gobiernos e instituciones multilaterales).

Para los 12 países de la región, clasificados por el Banco Mundial como "gravemente endeudados", la deuda total con fuentes privadas como proporción del PNB varió entre 13,5% (Honduras) y 110,4% (Nicaragua), con un promedio de 51%.[6] En cinco de estos países, la deuda con fuentes privadas era superior al 50% del PNB total (Argentina, Chile, Ecuador, Nicaragua, Venezuela), y en tres de éstos (Argentina, México y Venezuela) superior al 70%. La magnitud de la deuda pendiente con fuentes privadas es, por lo tanto, significativa, aun en el país en que representa el menor valor con relación al PNB (Honduras) y las conversiones de la deuda tienen el potencial de tener consecuencias inflacionarias importantes si se emitieron grandes cantidades de moneda local para rescatar la deuda.

Las autoridades monetarias tienen estrategias para contrarrestar la inflación. Una de ellas es dividir las ganancias en moneda local que corresponden a la diferencia entre el valor nominal del título de la deuda y su valor en el mercado; esta diferencia se divide entre el país deudor y el inversionista, ya sea mediante negociación directa con las autoridades monetarias o mediante un mecanismo de subasta. Una segunda estrategia es establecer un tope para limitar la cantidad de deuda convertida.

Una tercera estrategia para controlar las consecuencias inflacionarias es armonizar la distribución de la moneda local con el flujo de dinero en efectivo del proyecto de inversión, si la conversión de deuda por capital va acompañada por un proyecto de inversión.[7] Una de las estrategias específicas adaptada con ese fin ha sido la emisión de bonos, con vencimiento a largo plazo, en moneda local. En el caso de varias conversiones de deuda por protección a la naturaleza que se llevaron a cabo a través de grupos de conservación de la naturaleza, por ejemplo, los pagos regulares de intereses sobre los bonos se destinan a financiar proyectos mientras que el capital se convierte en una donación al final del período de vencimiento.

---

[5] Es importante considerar el tipo de deudor ya que tiene relación con el valor de mercado del título de la deuda. El mercado secundario no es homogéneo. Cuando se dice que la deuda argentina está valorada en 11 centavos de dólar, puede ser cierto en lo que respecta a cierta deuda pública, pero no elimina la posibilidad de que proyectos factibles financiados por bancos privados internacionales puedan tener un valor de mercado muy elevado, digamos de 80 cetavos por dólar.

[6] Hubo gran dispersión sobre este promedio, ya que la desviación estándar fue de 31,4.

[7] En el caso de un canje puro de deuda por participaciones de capital, no es necesario emitir moneda local.

Mediante la adopción de diferentes combinaciones de estos mecanismos de control, las autoridades monetarias en los países de la Región han podido mantener la inflación bajo control al emprender operaciones de conversión de la deuda, que hasta la fecha ascienden a US$11.341 millones (véase Cuadro 2). Chile es un caso ilustrativo; es el único país en el que estas operaciones representaron una proporción significativa de su PNB (11,98%). No obstante, su tasa de inflación fue considerablemente inferior a la de Brasil o México, países en los que las operaciones de conversión de deuda representaron aproximadamente 1% de su PNB (1,03 en Brasil y 1,36 en México).[8]

2.2 Consecuencias en los costos de las conversiones de deuda por salud

Al realizar conversiones de deuda por recursos en salud, no es probable que los países se enfrenten al riesgo de sobrepago al rescatar su deuda, ya que la mayoría de los donantes serían fundaciones filantrópicas o entidades gubernamentales, como la USAID o la CIDA.

Tampoco es probable que las consecuencias inflacionarias potenciales sean significativas por varias razones. Primero, la mayoría de los proyectos de salud tienen un período lento de maduración que casi siempre supera el año. Como resultado, la repercusión inflacionaria de las conversiones de deuda por protección a la salud puede diluirse con el transcurso del tiempo.

Segundo, la pequeña cantidad de recursos incluidos en los proyectos de salud ejerce un efecto mínimo sobre la inflación. El volumen de recursos que se presentan para el cambio en moneda local suele estar limitado por la capacidad del sector salud de generar proyectos financiables a través de este mecanismo y por la prioridad que el Banco Central le otorga al sector. Aunque la dinámica de las ONG podría eludir esta restricción de la oferta, los mecanismos ya identificados por algunos gobiernos de la región y que se mencionaron en la sección anterior mitigarían cualquier consecuencia inflacionaria. Considerando que para 13 países de América Latina el gasto en salud pública como porcentaje del PNB total varió en 1986 entre un 0,4% (Costa Rica y Paraguay) y un 6,6% (Nicaragua), se comprende fácilmente que, aunque el presupuesto de los ministerios de salud fuera a duplicarse, la repercusión inflacionaria seguiría siendo mínima (véase el Cuadro 3).

Esto puede ilustrarse por dos de los proyectos de salud negociados hasta la fecha mediante canjes de deuda en el Ecuador. En ambos casos, el gobierno ecuatoriano acordó rescatar la deuda en bonos en moneda local por valor de $5 millones (véase el Capítulo 1). Aunque el volumen de recursos es algo significativo, la repercusión macroeconómica es bastante pequeña; ambos proyectos representan solamente el 0,097% de PIB.

---

[8] Cabe señalar que fue en Brasil y Argentina, no en Chile, que las operaciones de conversiones de deuda se redujeron en 1989 y 1990 puesto que se plantearon dudas sobre el posible efecto inflacionista del consiguiente aumento en la oferta de dinero cuando la deuda se cambia por moneda local. (Banco Mundial, World Debt Tables, 1990-1991, pág. 64).

El volumen sumamente pequeño de recursos incluidos en los proyectos de salud trae a consideración un aspecto operativo importante, es decir, la mayoría de las operaciones en el mercado secundario se realizan a una escala que está muy por encima de la escala de los proyectos de salud. Por lo tanto, la mayoría de los proyectos de salud ni siquiera cumplirían el requisito de recursos que haría que la operación fuera valiosa para un banco. Esta es la razón de la aparición de instituciones como la *Debt for Development Coalition* (Coalición de la Deuda para el Desarrollo), un grupo global de organizaciones sin fines de lucro que busca utilizar canjes de deuda para proyectos en áreas de desarrollo. La agrupación de varios proyectos en un país específico permite obtener recursos y, por lo tanto, interesar a los bancos.

Los proyectos de conversiones de deuda por recursos para la salud podrían tener una repercusión adversa, aunque no significativa, en las necesidades de divisas. Esto ocurre porque la ejecución de muchos proyectos de salud requiere desde el principio insumos importados (por ejemplo, quinina para proyectos de malaria, o ambulancias) que no pueden ser financiados por conversiones de deuda por recursos para salud, puesto que no generan nuevas divisas sino más bien una demanda de una cantidad adicional de éstas. Dada la cantidad limitada de recursos comprendidos en los proyectos de salud, esto no constituye un problema importante desde el punto de vista macroeconómico, pero bien podría ser un impedimento para la obtención de apoyo de las autoridades monetarias de los países. Por este motivo, el Fondo Fiduciario establecido por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Banco Interamericano de Desarrollo especifican que un 10% de sus recursos quedarían en divisas para satisfacer la demanda derivada de los proyectos. Esta solución tiene la ventaja de hacer que ceirtos proyectos sean factibles, que de otro modo no lo serían debido a la dificultad de generar recursos extranjeros.[9]

Como el aumento de la oferta monetaria promovida por las conversiones de deuda por protección a la salud es insignificante, su repercusión en las tasas de interés también lo es. Por el mismo motivo, las consecuencias sobre las reservas del país y sobre el volumen de la deuda externa también serían mínimas.

Otro argumento económico que podría surgir contra las conversiones de deuda es que son instrumentos solo para ayudar a los bancos, y como tal no deberían ser promovidos por organizaciones orientadas hacia la política social, como la OPS y el UNICEF. Algunos de los bancos americanos más importantes apenas tienen 4% de su activo total invertido en préstamos otorgados a países en desarrollo, mientras el promedio de la industria no excede un 8% a 9%. Considerando que los préstamos a países latinoamericanos constituyen apenas una fracción de ese porcentaje y la pequeña cantidad de recursos comprendidos en conversiones de deuda por recursos para la salud, está claro que este argumento no tiene fundamento.

---

9 Véanse los ejemplos mencionados por G. A. Cornia y F. Stewart en Adjustment with a Human Face, 1990, 1990, pág. 127.

Para resumir, considerando lo tratado anteriormente, se torna significativamente claro que las consecuencias macroeconómicas de las transacciones de deuda por salud son mínimas. Aunque el volumen de operaciones aumentara al punto en que tendría un efecto dañino, los países de la región ya han identificado diversos mecanismos que pueden prevenir cualquiera de los costos posibles. Por lo tanto, las conversiones de deuda por recursos en salud deben considerarse como otra fuente potencial de financiamiento de proyectos en salud con la ventaja comparativa de aliviar algunas limitaciones en divisas que suelen plantearse a proyectos de esta especie.

2.3 Estrategias de alivio de la deuda

Las operaciones de conversiones de la deuda no surgieron en un vacío. Se pusieron en funcionamiento como parte de una serie de iniciativas encaminadas a encontrar una solución a los problemas creados por la incapacidad de los países fuertemente endeudados para atender el servicio de su deuda. Uno de los primeros paquetes de rescate que se formó se originó en el gobierno de EUA, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y los bancos en un esfuerzo colaborativo, seguido por el Plan Baker y el enfoque de "opciones de menú", que incluía conversiones de deuda en participaciones de capital y conversiones de deuda por bonos. Sin embargo, como resultado de pago continuo de los intereses de la deuda y de los bajos ingresos de exportación, estas respuestas resultaron inadecuadas para la reanudación del crecimiento económico. Para más detalles sobre cada una de estas estrategias véase el Anexo 1.

La experiencia de la iniciativa Brady

Una de las estrategias más recientes para el alivio de la deuda, el Plan Brady, presentado en marzo de 1989, contiene los siguientes elementos:

- Dentro del marco del "menú de opciones" los bancos voluntariamente deben condonar sus acreencias en forma duradera u otorgar nuevos préstamos.

- El FMI y el Banco Mundial deben apoyar financieramente este proceso de alivio de la deuda como parte de sus préstamos para programas; debe considerarse una financiación (parcial) de las recompras de la deuda y la protección del servicio de la deuda en el caso de una conversión de las deudas bancarias a valores.

- Los gobiernos de los países acreedores deben facilitar la reducción de la deuda a los bancos mediante la eliminación de impuestos, leyes contables y otros obstáculos legales; deben buscar la reprogramación de sus propios préstamos dentro del marco del Club de París y otorgar garantías de exportación a los países que emprenden sólidos programas de reforma.

- Los paquetes de financiación y de alivio de la deuda deben negociarse caso por caso y deben vincularse a serios esfuerzos de reforma según los lineamientos del "ajuste

estructural orientado al crecimiento", y deben estipularse exigencias específicas para la repatriación del capital que haya salido del país.

Durante las reuniones anuales del FMI y del Banco Mundial en 1988, Estados Unidos principalmente siguió adoptando el criterio de que el mercado básicamente es capaz de ampliar las formas existentes de reducciones voluntarias de la deuda, y por lo tanto, de permitir gradualmente la eliminación de la deuda pendiente en los países fuertemente endeudados. Si bien la mayoría de los participantes apoyó el Plan Brady, varios sugirieron algunos cambios. Francia propuso establecer un fondo de garantía para apoyar medidas de alivio de la deuda mediante la emisión de nuevos derechos especiales de giro en el FMI, mientras Japón presentó un plan de alivio de la deuda que contemplaba una combinación del "enfoque de menú de opciones" con condonación de intereses y préstamos públicos. Al final, prevadominó la posición de Estados Unidos.

Hay diversas razones que explican el cambio en la posición adoptada por el gobierno de Estados Unidos: el fracaso rotundo del concepto Baker, la inquietud ante el resurgimiento de las fuerzas antiamericanas en América Latina y el deterioro de la situación de los deudores principales de esta Región, como Argentina, Brasil y Venezuela. Por otra parte, los temores acerca de la estabilidad del sistema financiero internacional habían pasado a segundo plano, y la participación tanto del FMI como del Banco Mundial, llevó automáticamente a una "participación" con los otros miembros de estas instituciones.

La iniciativa Brady fue recibida con beneplácito por los restantes países industrializados; el FMI y el Banco Mundial declararon su voluntad de proporcionar un cierto porcentaje, que se fijaría caso a caso (25% aproximadamente), de sus préstamos condicionados para programas de reducción de la deuda y del servicio de la misma, siempre que un país llevara a cabo un programa adecuado de ajuste y pudiera esperarse que el alivio de la deuda efectuara una contribución sustancial al reestablecimiento del crecimiento y la solvencia internacionales. Un cambio importante es la decisión tomada por el FMI de proporcionar préstamos en el futuro antes de que un país haya llegado a un acuerdo con los bancos si esto fuera esencial para el éxito del programa de reforma y si pareciera probable llegar a un acuerdo con los bancos.

Para empezar, los bancos respondieron cautelosamente a la iniciativa Brady, ya que se conformaba a su interés en una mayor participación de los acreedores públicos. Se exigieron más garantías públicas para la reducción de la deuda, como nuevos créditos, y mejor tratamiento fiscal y legal de los bancos cooperativos. Varios bancos grandes respondieron a la iniciativa Brady con una nueva ronda de aumentos de reservas con el fin de asegurar mayor independencia frente a los países deudores y a sus propios gobiernos.

Una pregunta clave es si los fondos públicos contemplados por la iniciativa Brady proporcionarían el alivio adecuado a los países fuertemente endeudados. El efecto de alivio del servicio de la deuda se estima en solo 5% de las exportaciones y la mitad de las transferencia netas, si la iniciativa Brady ha de beneficiar a todos los países fuertemente endeudados.

Según World Debt Tables 1990-1991, del Banco Mundial, cuatro países se han beneficiado de las operaciones apoyadas por la Iniciativa Brady: Costa Rica, Filipinas, México y Venezuela. En total estas operaciones redujeron el valor nominal de las acreencias en US$11.500 millones. El país que se ha beneficiado de la operación más grande fue México. La reducción del total de acreencias de los bancos comerciales fue de US$6.900 millones y, un aspecto muy importante, la reducción neta en el servicio total de la deuda para el promedio de 1990-94 fue de US$1.800 millones. Pero esta reducción de la deuda privada fue compensada en parte por un aumento de las operaciones crediticias oficiales, que ascendió a US$6.400 millones para Costa Rica, México y Filipinas (en comparación con una reducción de US$9.500 millones de la deuda privada); estas operaciones crediticias oficiales se utilizaron para servir de garantía para el capital y mejorar algunos pagos de intereses, así como para ayudar en las recompras (Banco Mundial, 1990, págs.33 y 35).

El Plan Bush

La "Iniciativa para las Américas" presentada por el Presidente Bush el 27 de junio de 1990 declara que, si bien el Brady Plan había ayudado a los países a reducir su deuda con los bancos comerciales, la carga continúa siendo pesada para los países con altos niveles de deuda oficial; la deuda oficial de los países latinoamericanos con el Gobierno de Estados Unidos es de alrededor US$12.000 millones, de los cuales US$7.000 millones son créditos en condiciones concesionarias.

La iniciativa Bush propone reducciones sustanciales de la deuda concesionaria de los países fuertemente endeudados y la venta de una parte de los créditos de los Estados Unidos con el fin de facilitar las conversiones de deuda por participaciones en capital y/o las conversiones de deuda por protección a la naturaleza.[10]

2.4 Consecuencias legales

La conversión de la deuda en América Latina ha adoptado muchas formas y en consecuencia la legislación que reglamenta el tema ha variado significativamente de un país a otro. En términos generales, la legislación va desde la creación de comisiones orientadas a la definición, evaluación y desarrollo de estrategias para la conversión de la deuda, hasta el aval estatal, la generación de condiciones necesarias para estimular las inversiones de capital a largo plazo en el país para aumentar su capacidad productiva.

La legislación sobre las conversiones de deuda se ha identificado en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y

10 Véase JUNAC/SELA, 1990, pág. 21.

Venezuela.[11] (véase el Anexo 2). De estos países, solo algunos tienen legislación sobre la conversión de la deuda orientada a promover las inversiones nacionales y extranjeras en proyectos que contribuyen no solo al desarrollo económico sino también al desarrollo social del país en términos de la salud, la nutrición, el bienestar familiar, la educación, la vivienda y las comunicaciones rurales.

Del perfil legal de los países latinoamericanos sobre los que se contaba con información, es posible llegar a la conclusión de que la legislación sobre la conversión de la deuda ha tenido, en diferentes momentos, los siguientes objetivos:

1. Facilitar la importación de los bienes de capital necesarios para el desarrollo económico de los países (Argentina).

2. Crear comisiones asesoras para la definición, la evaluación y el desarrollo de estrategias para la conversión de la deuda externa (Argentina, Brasil, Venezuela).

3. Establecer el aval del estado en la reprogramación de la deuda externa (Colombia, Costa Rica, Chile, Guatemala).

4. Condicionar el refinanciamiento de la inversión en el país de los recursos y bienes que son objeto de la deuda externa (Ecuador).

5. Estímular las inversiones de capital a largo plazo por parte de inversionistas nacionales y extranjeros, y aumento de la capacidad productiva del país, en especial su capacidad de exportación (Guatemala, Honduras).

6. Determinar que los tipos prioritarios de inversión de la deuda refinanciada están en las instituciones educativas y de beneficencia (Ecuador, Honduras, Perú y Venezuela).

7. Determinar que el pago de la deuda externa se ajustará a la disponibilidad de divisas en la nación (Paraguay).

8. Fomentar la inversión para apoyar la infraestructura de producción, el impulso de tipos específicos de industrias, y el fomento de la sustitución de importaciones (Venezuela).

9. Fomentar la inversión en proyectos y programas sociales relacionados con la salud, la eliminación de desechos y la construcción de viviendas y comunicaciones rurales (Venezuela).

Para resumir, la legislación sobre la conversión de la deuda específicamente orientada

---

11 No había información disponible sobre los restantes países de América Latina ni de los países del Caribe.

Para resumir, la legislación sobre la conversión de la deuda específicamente orientada a programas sociales en general, incluyendo la posibilidad de inversión en la salud y en cuestiones relacionados con la salud, solo existe en cuatro países latinoamericanos (Ecuador, Honduras, Perú y Venezuela).

CAPITULO III

TEMAS

En las discusiones que tienen lugar sobre la deuda, sus consecuencias macroeconómicas y legales, y las posibilidades de conversiones de la deuda, incluido el mecanismo de canje de la deuda por recursos en salud, han salido a la luz varios temas que merecen discusión adicional. Este capítulo considerará cuestiones de ética, continuidad, carácter complementario y no susbtitutivo, condicionalidad, repercusión social, determinación de políticas, y el monitoreo, la supervisión y la evaluación como cuestiones destacadas del proceso de conversiones de la deuda.

3.1 Etica

Hay un grupo de pensadores que consideran de mal gusto, si no poco ético, cualquier actividad de conversión de la deuda. Estas personas postulan que emprender un intercambio de este tipo es realizar un reconocimiento formal de la validez moral de la deuda externa, premisa que niegan. En este caso, su intención es incentivar a todos los países a incurrir en el incumplimiento de sus obligaciones de pago, argumentando que la mayoría de la deuda se ha pagado con creces ya sea con intereses o en equivalencias en capital. Dada esa premisa, su posición es rehusarse al pago. Se supone que lo que sigue es la condonación general de la deuda o la cancelación de la misma en los libros. Otro dilema ético para algunas personas es que la participación de algunas de las entidades donantes bilaterales en el mecanismo de las conversiones de la deuda puede tener motivación política, y por lo tanto es de mal gusto para los que rechazan las influencias externas en la política interna.

La creencia de que participar en un mecanismo de conversión de la deuda puede reducir las posibilidades de que el país simplemente pueda cancelar ese préstamo o condonarlo es algo teórico, puesto que pocos gobiernos o bancos han incentivado este mecanismo hasta la fecha. Parecería valioso, en consecuencia, evaluar estas posibilidades. Por ejemplo, si un país donante cancela un préstamo a través de una cancelación en libros ("write-off"), ¿significaría eso que las puertas se cerrarían entonces al correspondiente país deudor en lo que respecta a nuevo dinero? En ese caso, valdría la pena seguir el camino de las conversiones de deuda, en los que las posibilidades de inyecciones de nuevo capital no están totalmente cerradas al país deudor.

Otra cuestión ética que a menudo se debate tiene que ver con la moralidad fundamental de un país que utiliza una entrada de capital extranjero para el crecimiento y el desarrollo. Algunos ideólogos, especialmente aquellos con inclinaciones marxistas o izquierdistas, ven el aumento de la dependencia de este mecanismo como un medio de acelerar tanto la dependencia como la dominación en la esfera de acción internacional, y proponen en cambio que el país desarrolle la autosuficiencia. En el otro lado están los que creen que en el umbral del siglo XXI, las economías de todos los países están estrechamente entrelazadas y que la independencia

es imposible para cualquier país. Creen que solo mediante la inserción de nuevo capital puede haber crecimiento y desarrollo y, en consecuencia, la mejor táctica es acelerar el proceso.

Como transacción que comprende grandes sumas de dinero, existe siempre la posibilidad de que haya comportamientos no ético por parte de los individuos o de las instituciones. Ha habido algunos ejemplos destacados en los que los individuos han buscado sus propios intereses en detrimento de los programas.

Las visiones filosóficas básicas en cuanto a lo bueno y lo malo, las fluctuaciones del mercado, la disponibilidad de grandes sumas en divisas y en moneda blanda, la pericia en gestión, la falta de precedentes y los aspectos legales poco claros son factores que hacen que la ética sea un tema importante de tratar al participar en transacciones de tipo conversión de la deuda. Es posible diseñar ciertas medidas preventivas y sistemas para mantener el comportamiento no ético a un mínimo, si se prevé desde el comienzo.

3.2 Continuidad

El tema de la continuidad es quizás uno de los más cruciales en el desarrollo de los esfuerzos por realizar conversiones de deuda por recursos para salud. Se refiere a la capacidad del país de mantener los programas, las actividades y los niveles de los beneficios a la población y su salud una vez que el proyecto haya concluido. Para examinar la continuidad de cualquier proyecto, se necesita contar con un sistema de análisis que pueda examinar, en cada caso específico, cuestiones financieras, técnicas y de política, así como de diseño, extensión, nivel de participación social, gestión y costo.

Como las cuestiones financieras son las más evidentes, se examinarán primero. Suponiendo que estos proyectos sean de carácter complementario y no susbtitutivo a lo que ya se habría hecho en el país en el campo de la salud sin el programa de las conversiones de deuda, se crea de ese modo una situación en la que una organización con sede en el país recibe por lo general dinero para desarrollar y realizar un programa nuevo o ampliado en atención de la salud. Como esos fondos que financian el proyecto son finitos y tienen un final visible, es importante que se hagan planes a largo plazo para proporcionar apoyo al programa a la terminación de los fondos. Las alternativas son la terminación del programa o el desarrollo de una situación de dependencia de mecanismos externos de recursos financieros para los servicios de salud proporcionados. Si la existencia de un programa depende solo del apoyo financiero, técnico y/o administrativo disponible, proveniente de fuentes externas, puede ser difícil demostrar que las metas proyectadas fueron importantes. Los efectos a corto plazo tienden a desaparecer con los proyectos y, a menudo, el vacío que deja el haber tenido servicios y luego hacerlos desaparecer crea una situación peor que la situación original para cuyo alivio se concibió el proyecto.

Las cuestiones técnicas y de política están relacionadas con los aspectos de diseño, manejo y metodología del proyecto, entre los cuales figuran si los servicios establecidos en el marco del proyecto son verticales, que tratan solo un problema específico de salud, u

horizontales, con una amplia gama de servicios. Según el alcance y el tamaño de la población destinataria, puede ser más fácil absorber estos servicios horizontales que tener que sustituir un programa vertical más grande. Los niveles de los servicios que se han diseñado para incluir participación social pueden encontrar partidarios en la comunidad, que pueden ayudar a encontrar maneras de continuar los servicios. Si, por ejemplo, el proyecto ha requerido el establecimiento o desarrollo de una infraestructura extensa tanto en términos de personal como en función de otros recursos, ¿qué sucederá con todos éstos a la terminación del apoyo de origen externo? El personal que se ha capacitado para actividades muy específicas dentro de un programa de diseño vertical puede tener dificultades en encontrar empleo o en adaptarse a otros sistemas.

Por lo tanto, el momento de pensar en la continuidad no es cuando el proyecto está finalizando, sino cuando se realiza el diseño original. La absorción gradual por parte del sector público (Ministerio, etc.) puede ser una estrategia, utilizando algunos de los fondos originales para crear una dotación de recursos que podría proporcionar cierta seguridad financiera o la absorción de la responsabilidad fiscal por parte de la comunidad son también alternativas que pueden considerarse.

3.3 Carácter complementario y no substitutivo

El carácter complementario y no substitutivo es una cuestión que se refiere a la cantidad de dinero dedicado al programa y si este dinero se habría dedicado a dicho fin si no existieran las conversiones de la deuda. Por ejemplo, desde 1987, ha habido 16 conversiones en la categoría de conversiones de deuda por protección a la naturaleza. Un valor nominal de US$9,7 millones en instrumentos de la deuda se adquirió por US$16 millones. La ganancia total en el dinero local obtenido después de pagar todos los gastos fue US$60 millones. Dentro de ese marco, hay tres niveles diferentes a los cuales se puede examinar el fenómeno.

El primer nivel es el macroeconómico, en el cual se considera el dinero que se proporciona a través de proyectos de conversiones de deuda por protección a la salud. Si estos fondos no se hubieran destinado al proyecto sin las conversiones de deuda, pueden considerarse adicionales o de carácter complementario y no substitutivo.

En el segundo nivel, se consideran las funciones más amplias de planificación social o general del gobierno, así como sus decisiones en materia de políticas en términos de la asignación de recursos presupuestarios. Si en el marco de las políticas fiscales de los países, al presupuesto total se le ha fijado un tope rígido, la movilización de dinero mediante las conversiones de deuda por recursos para salud significa utilizar los fondos de otro sector, y el Banco Central utiliza las divisas para otros fines, como la cancelación de deudas. En términos de la repercusión general para el desarrollo, el dinero que se pasa de las actividades militares, por ejemplo, a la salud podría ser muy positivo. Sin embargo, si la competencia viene de otros sectores sociales como el bienestar o la educación, las ganancias bien pueden ser limitadas y a menudo dudosas, especialmente en los proyectos con repercusión social limitada debido a

poblaciones destinatarias pequeñas o al ámbito geográfico restringido. Si los fondos proporcionados mediante conversiones de la deuda no son de carácter complementario y no substitutivos de lo que se habría proporcionado al sector en la planificación inicial de los gobiernos, la cuestión es más bien qué criterios prioritarios, o de quién, están dirigiendo la toma de decisiones en lo referente al sector.

El tercer nivel refleja el mismo acontecimiento pero dentro del sector salud. Si, por ejemplo, al programa acordado como base para las conversiones de deuda no se le da dinero adicional con el cual proceder, estos fondos deben sacarse del presupuesto operativo ordinario del sector salud. El dinero para los programas establecidos por las conversiones no solo no es adicional, sino que el resultado puede ser adverso, como sería el caso si se destinara un porcentaje indebido del presupuesto del sector salud a este proyecto específico, dejando desamparadas a otras áreas que tienen prioridades mayores o una mayor repercusión social.

La conclusión general, por lo tanto, en términos de carácter complementario y no substitutivo, es que si los fondos suministrados por el país son adicionales al los que se contemplaron inicialmente para el sector, y si la repercusión social del proyecto se considera eficaz en función de los costos y de alta prioridad, las conversiones tienen el potencial de ser positivo. Si hay dudas, sería aconsejable estudiar las consecuencias a fondo antes de negociar las conversiones.

3.4 Repercusión social de las conversiones de deuda por salud

La cuestión de la repercusión social de los proyectos creados en el marco de las conversiones de deuda se torna importante cuando se considera que éste es uno de los criterios principales que deben emplearse para la valoración de la justificación y el mérito del proyecto. En general, la repercusión social se examina mediante juicios formulados sobre la población objeto del proyecto, la cantidad y el uso de los recursos, y los grados y tipos de cambios en la salud que pueden atribuirse a la intervención del proyecto. En lo que respecta a la población, el tamaño de la población destinataria, su relación con la población problema global, la prioridad de este problema y la población destinataria son también factores usados como criterios de evaluación.[12] Por consiguiente, idealmente los proyectos seleccionados deben ser aquellos que puedan llegar a un grupo con necesidades identificadas de salud que se ajustan a las prioridades de salud del país y, al mismo tiempo, llegar al número máximo de personas con intervenciones eficaces al mismo tiempo que se logra la eficacia en función de los costos.

Hay varios elementos que caracterizan un proyecto de salud que son capaces de afectar su repercusión social; entre ellos, su diseño, la proyección y la selección de la población

---

12 La expresión población destinataria se refiere a los que se benefician del proyecto en consideración, mientras que la expresión población problema se refiere a todos los que tienen problemas de salud similares en el país en cuestión, incluida la población destinataria.

destinataria.

La práctica de escoger grupos de población a los que se destinarán los proyectos, resulta útil en la distribución de los recursos cuando éstos son escasos, y en consecuencia, es necesaria en estos momentos de crisis financiera. Puede, sin embargo, presentar un problema. Cuando, mediante un proyecto que cuenta con fondos adicionales se elaboran modelos que ejercen solo efectos muy limitados, en los que el grupo de población o la cobertura geográfica plantea un nivel de intervención no accesible a la población problema general, la relación de beneficios en función de los costos es muy alta.

Otra cuestión relacionada con la repercusión social y la elección de la población está relacionada con la filosofía general de la prestación de los servicios de atención de la salud. Uno de los principios básicos de la Atención Primaria de Salud es un enfoque integrado al desarrollo de servicios. Hay ocasiones en que las conversiones de la deuda proporcionan fondos para el establecimiento de programas verticales de alcance limitado, restándole importancia de este modo a los servicios integrados.

3.5 Determinación de políticas

Como base de una discusión sobre la determinación de políticas figura el concepto de la responsabilidad de la salud de la población. La declaración de Alma-Ata colocó claramente la responsabilidad general en los gobiernos. Para realizar esto, deben darse los poderes apropiados en las esferas de planificación y de coordinación al Ministerio de Salud y a otras entidades rectoras de la política de salud, no importa qué mecanismo se emplee para el financiamiento.

Se puede llevar aún más lejos la cuestión de las responsabilidades, contemplando las funciones que cada participante debe desempeñar --el Ministerio, el Donante y el Beneficiario-- y analizando el efecto de la corriente de dinero nuevo y cómo esto afectaría los sistemas y los servicios establecidos en el sector. El análisis debe incluir no solo el sector salud, sino también las decisiones políticas en lo que respecta a qué organizaciones y qué sub-sectores o problemas de salud reúnen los requisitos para incluirse como posibles beneficiarios, sus relaciones con los Bancos Centrales, el Ministerio, otros en el sector salud y la población.

La propiedad del proyecto y la fijación de normas en el proceso de las conversiones de la deuda pueden convertirse en temas significativos. El potencial de obtener un bien es extraordinario, pero hay también una posibilidad de emplear estos fondos para aprobar actividades paralelas o aun contrarias a las del Ministerio, si no se coordina bien.

Debido a la naturaleza de muchas de las ONG con potencial para participar en conversiones de deuda, surgen algunas preguntas. Muchos han circunscrito las esferas de la acción y tienden a tener un grupo pequeño al que prestan servicio y limitada experiencia en el manejo de sumas considerables de dinero y/o proyectos con una gran población destinataria. Como resultado de ello, su infraestructura y su capacidad instalada a menudo son puestas a

prueba por estos proyectos. Esta situación, si bien puede ser una oportunidad destacada para el crecimiento positivo, también puede tener otras consecuencias. Un ejemplo serían los donantes que toman cierts decisiones, desde el exterior del país, que influyen en las políticas de salud sin aportes del ministerio corerspondiente, y que es concebible que puedan entrar en conflicto con las políticas del ministerio. Si uno supone que, independientemente del cuerpo de ejecución de proyectos, el gobierno tiene el derecho y la obligación de fijar las normas y las pautas para el sector salud, se ha creado un problema. Es importante, en consecuencia, contar con los mecanismos que aseguren tanto la propiedad en el país como la función del gobierno en la fijación de normas.

3.6 Condicionalidad

Este tema se refiere a las condiciones básicas que los donantes requieren de los beneficiarios para celebrar un convenio. En la mayoría de los casos, el donante establece las condiciones para proteger la donación/inversión y para asegurar que se emplee para los fines concebidos. Sin embargo, hay una distinción tenue que puede hacerse entre estas intenciones y la de coerción, para "asegurar que ciertas cosas sucedan". Huelga decir que este tipo de presión puede alterar las prioridades así como forzar a los beneficiarios a alterar su filosofía, sus métodos y sus prioridades usuales.

Como las conversiones de deuda por protección a la salud han sido relativamente pocas, no es fácil identificar ejemplos concretos. No es, sin embargo, difícil imaginar una situación mediante la cual, por ejemplo, un donante podría instar a la organización beneficiaria a emplear píldoras de control de la natalidad dentro del proyecto, las cuales se conoce que producen anemia cuando la población destinataria ya padece de esta dolencia. En otro ejemplo, algunas organizaciones pueden estar dispuestas, por ejemplo, a implantar el pago de cuotas de usuarios para sus servicios, lo que puede poner en riesgo el principio de la equidad de la Atención Primaria de Salud en algunas sociedades.

El establecimiento de relaciones de larga duración entre todos los participantes, donantes, el gobierno, las ONG u otros beneficiarios, así como la planificación y el diseño apropiados del proyecto, pueden reducir el riesgo.

3.7 Vigilancia, supervisión y evaluación

Las cuestiones técnicas de vigilancia, supervisión y evaluación no son muy diferentes de estas cuestiones aplicadas a la realización de los proyectos de salud en general. Sin embargo, habrá otra oportunidad de demostrar los principios éticos comprendidos, así como de reforzar la intención original en la que se basa el proyecto.

Las actividades de vigilancia y de supervisión son esenciales para la valoración continua de la repercusión de las actividades del proyecto, identificando las necesidades de capacitación

del personal, previendo los problemas potenciales así como facilitando la solución de los que ya se han desarrollado. Generalmente, en proyectos basados en conversiones de deuda, estas actividades aportan datos a los informes que luego se emplean como justificación para el desembolso adicional de los fondos. A menudo, cuando la vigilancia y la supervisión están vinculadas a las actividades de desembolso se plantea la cuestión de la condicionalidad, y existen oportunidades para la coerción.

Está claro entonces cuán importante puede ser desarrollar criterios y metodologías para estas actividades que proporcionarán, en cuanto sea posible, información objetiva y actividades que apoyan, en lugar de obstaculizar, el desarrollo de proyectos. El establecimiento de criterios con los cuales evaluar un proyecto siempre requiere atención, ya que hay muchas maneras de mirar la realidad según los criterios elegidos. Existe la tendencia de hacer lucir lo mejor posible las actividades de desarrollo de proyectos, a menudo recalcando criterios altamente visibles y fácilmente cuantificables. Este enfoque, si bien satisface la necesidad de datos objetivos, a menudo obliga a que las actividades se desarrollen mediante un enfoque vertical en vez de integrado. También tiende a predisponer las actividades del proyecto hacia resultados cuantificables a corto plazo, descuidando a menudo cambios más duraderos de actitud y de conducta.

Por ejemplo, una organización puede informar haber logrado el 90% en la cobertura de una comunidad en lo que se refiere a la construcción de letrinas, dejando de decir que la comunidad es pequeña y que el coeficiente de tiempo y eficacia en función de los costos fue muy alto con relación a otras comunidades en las que solo se logró éxito en 70% u 80%, y que están empleándose como bases para la comparación. Este proyecto puede haberse concentrado solo en la construcción de estos elementos, sin un enfoque integrado adecuado a la educación en salud y a la promoción de los cambios de estilo de vida y de actitud que promueven la salud.

En este ejemplo, también se debería considerar la repercusión relativa de la población destinataria frente a la repercusión global en el sector, la utilización que se da a las letrinas recién construidas y la incidencia de las infecciones gastrointestinales, así como el coeficiente de tiempo y eficacia en función de los costos para realizar una evaluación más completa.

Debe tenerse cuidado en asegurar que la repercusión social y las cuestiones de carácter complementario y no substitutivo, así como los principios básicos de la Atención Primaria de la Salud, se aborden en la evaluación y en el diseño de los proyectos.

CAPITULO IV

FUNCIONES PARA LA OPS EN LAS CONVERSIONES DE DEUDA POR SALUD

Este documento ha examinado los mecanismos de conversión de la deuda, sus consecuencias macroeconómicas, legales, económicas y algunos de los aspectos en cuestión. La finalidad de este capítulo es examinar las experiencias de otras organizaciones internacionales, identificar las funciones y actividades posibles para la OPS y finalmente formular varias recomendaciones en cuanto a las acciones posibles por parte de esta organización.

4.1 Experiencias de otros organismos internacionales

La *Organización Mundial de la Salud (OMS)* ha demostrado interés en disponer de recursos adicionales para las actividades de salud mediante la aplicación del mecanismo de conversión de deuda por salud. Aunque en un informe para la gerencia de la OMS (WHO, Recent Economic Developments Report #4, Sept. 1990) se identificaron varias funciones posibles parecería que hasta ahora, la OMS ha limitado su función a la de promotora del mecanismo, tanto frente a los donantes como dentro de los países beneficiarios potenciales.

El *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)*, entre todos los organismos de las Naciones Unidas es quizás el que tiene mayor experiencia. En 1988, fue adjudicatario de un instrumento de la deuda para Sudán, donado por un banco comercial; ha diseñado con el BID un fondo permanente de préstamos para América Latina y el Caribe para la inversión social empleando el mecanismo de conversión de deuda para ejercer un efecto multiplicador sobre los recursos y se encuentra en proceso de solicitar fondos para esta empresa, así como para establecer políticas que regirán su funcionamiento.

En este último sentido, UNICEF ha adoptado la decisión de que no se usarán fondos del presupuesto ordinario para las actividades de conversión de deuda, y de que solo estarán disponibles aquellos clasificados como complementarios. La justificación de esta decisión comporta dos aspectos. En primer lugar, los recursos que una organización internacional lleva a un país ya quizás se hayan incluido en la planificación de ingresos hecha por su banco central. La segunda razón depende de varias peculiaridades tanto del UNICEF como de las actividades de conversión de deuda. Hay algunos que creen que un efecto secundario o posiblemente hasta primario, que se obtiene al liquidar estas deudas, aunque se adquieran a un precio descontado, es el de rescatar a los bancos acreedores, que se encuentran principalmente en Estados Unidos, de sus inversiones irrecuperables. Los donantes potenciales que sostienen esta opinión, en consecuencia, se muestran renuentes a participar en las operaciones de conversión.

Una segunda consideración relacionada con esto tiene que ver con los métodos del UNICEF para obtener ingresos. En la mayoría de los países, hay comités nacionales que apoyan los esfuerzos de UNICEF y contribuyen enormemente a la obtención de fondos, a menudo a través de mecanismos en los que participan los niños mismos como "Salvar a los Niños". Si luego se fuesen a solicitar fondos para UNICEF y se llegara a interpretar que esos fondos se destinan a "rescatar" a los bancos de Estados Unidos, habría menos probabilidades de que las personas contribuyeran y quizás hasta el propósito y la imagen del UNICEF podrían ser interpretados erróneamente. Fue debido a este razonamiento que UNICEF consolidó su decisión de política relacionada con fondos para conversiones de deuda.

En 1988, el Midland Bank donó a UNICEF, un instrumento de la deuda para Sudán a ser empleado para un proyecto de agua. Esto fue posible gracias a esfuerzos de su parte, tanto con el banco acreedor como con el banco central de Sudán. UNICEF tenía un proyecto en curso para el desarrollo de bombas manuales y este intercambio proporcionaba fondos para la ampliación del área geográfica cubierta. Su función fue entonces la de adjudicatario.

Como resultado de esto, surgió la idea del fondo fiduciario UNICEF-BID, aunque con la variación de que los fondos no iban a darse al país a cambio de parte de su deuda externa, sino a proporcionarse como préstamos de bajo costo. En el desarrollo de la propuesta, se estipularon varios aspectos, uno de los cuales "Criterios para la Selección de Proyectos" (Alivio de la Deuda para Inversión Social UNICEF-BID, julio de 1989) se recomienda, con insistencia, como referencia. Lamentablemente, hasta el momento de redactar este documento los esfuerzos por obtener el dinero para hacer operativo el fondo fiduciario no han sido exitosos.

En este momento, parecería que UNICEF está concentrándose en dos funciones, la de identificación de proyectos y la de ser garante de la calidad. El UNICEF ha acumulado alguna experiencia en el área y ha identificado varios puntos críticos para el éxito de las actividades de conversión de deuda, siendo el primero de ellos la presencia en el país de un representante de campo versado y activo que pueda estimular y vigilar el proceso. El segundo elemento observado es el de poder contar con los conocimientos técnicos sobre las operaciones bancarias para elaborar la conversión, aunque no necesariamente dentro del mismo organismo.

La *Cooperativa de Auxilio Estadounidense a Cualquier Parte del Mundo (CARE)*, la organización de ayuda y desarrollo internacional, en asociación con la Empresa de Ayuda a la Pequeña Empresa dependiente de CARE, firmó una conversión de deuda por US$ 3,5 millones, en abril de 1990, con el gobierno ecuatoriano para financiar proyectos que protegerán el ambiente a la vez que mejoran las vidas de los agricultores empobrecidos quienes dependen de la naturaleza.

La deuda está diseñada para comprar $3,5 millones en préstamos bancarios no pagados por Ecuador a un precio reducido de aproximadamente $500.000. La Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, mediante su iniciativa de deuda para el desarrollo, le dará a la CARE una subvención por la mitad del precio de compra. A cambio de liberarse de $3,5 millones de deuda externa, Ecuador proporcionará $2 millones en moneda local a la CARE para

gastar en sus proyectos agrícolas.

En 1990, la CARE creó una filial, la Empresa de Ayuda a la Pequeña Empresa (CARESBAC), que asesoró a la CARE en el diseño de la conversión de esa parte de la deuda ecuatoriana. La función principal de CARESBAC, sin embargo, es la de emplear las técnicas de capitales de riesgo para invertir en pequeñas empresas en los países en desarrollo. La empresa empleará los intercambios de la deuda, las transacciones bloqueadas en divisas y otras fuentes de financiamiento para generar ingresos para los programas de CARE.

Hasta la fecha, una de las únicas agencias donantes que apoya activamente el concepto de conversiones de la deuda es la *Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (AID).*

En febrero de 1989, la AID inició un mecanismo de deuda para el desarrollo para financiar mediante fondos externos de ayuda la compra de parte de la deuda de los países en desarrollo a los acreedores extranjeros para su conversión en bonos en moneda local. Esta iniciativa de intercambio de la deuda se ha reforzado luego de haber sido aprobada la legislación por el Congreso de Estados Unidos en noviembre de 1989, que estipula que los intereses ganados en tales bonos y adquiridos mediante subsidios de la AID ya no tienen que devolverse al Tesoro de los Estados Unidos. Por el contrario, los intereses pueden ser retenidos por los adjudicatarios para su uso como recursos del programa.

AID financiará todas las transacciones de intercambios de la deuda mediante las organizaciones intermediarias, tales como las organizaciones voluntarias privadas (OVP), las cooperativas y las universidades que no sean instrumentos del gobierno del país beneficiario. Los intermediarios posteriormente convertirán esta deuda en el activo local que emplearán para los proyectos de desarrollo o bien recién iniciados o en curso, aprobados por AID.

En su apoyo a las transacciones de conversión de deuda, la AID también financió la creación de la Coalición de Deuda por Desarrollo en 1998 que sirve como un centro de distribución de información sobre políticas y programas de organizaciones interesadas en la promoción y ejecución de conversiones de la deuda para ejercer un efecto multiplicador sobre sus limitados recursos. La coalición también ayuda a los países deudores a diseñar mecanismos para conversión de deuda en recursos para el desarrollo.

4.2 Funciones y actividades posibles para la OPS

Después de examinar el campo de las conversiones de deuda así como de la incursion de otros organismos internacionales en este escenario, es evidente que hay varias funciones y actividades posibles en las cuales la OPS puede participar. En base a las funciones tratadas en un documento preparado por la OPS para la décimocuarta reunión del Subcomité de Planificación y Programación titulado "Conversión de Deuda por Recursos en Salud", esta sección intenta identificar una serie de funciones y actividades que la OPS podría asumir

posiblemente durante la totalidad del proceso de conversión de deudas. Se presenta además un diagrama de flujo que vuelve a indicar los pasos descritos en la sección 1.2 con relación a la negociación de intercambios de deuda, situando cada función en cuanto a las etapas del proceso en el cual participaría la OPS.

Actividades:

(1) Actuar como corredor o intermediario.
(2) Ayudar a los países a iniciar la conversión.
(3) Funcionar como organización beneficiaria en las operaciones de canje de la deuda.
(4) Ayudar en la identificación de los proyectos que serían buenos candidatos para las conversiones de deuda.
(5) Buscar el compromiso político de los funcionarios a nivel de decisión, tanto fiscales como de salud, para que respalden las conversiones de deuda.
(6) Solicitar donaciones para las conversiones de deuda, como por ejemplo fondos que pueden estar disponibles por medio de los "fondos inconvertibles".
(7) Trabajar intersectorialmente para promover la salud como una prioridad para las actividades de intercambios de la deuda.
(8) Preparar a las partes interesadas para la participación en las conversiones de deuda.
(9) Garantizar el control de calidad de los aspectos técnicos del proyecto tanto para el donante como para el beneficiario.
(10) Suministrar la gestión del proyecto: desembolso, monitoría y supervisión.
(11) Realizar una labor de consolidación con diversos organismos de la ONU en los países tanto donantes como deudores para mancomunar sumas en divisas que se usarán en las conversiones de deuda por salud y desarrollo.
(12) Trabajar con otros grupos en las áreas programáticas del proyecto para establecer la coordinación, las normas y las políticas.
(13) Proteger los intereses del país deudor.
(14) Reunir en un solo grupo a las organizaciones ubicadas en el país para el desarrollo de conversiones de la deuda.
(15) Proporcionar oportunidades para vincular a las ONG y a las instituciones gubernamentales (enlace).
(16) Consolidar las capacidades de las ONG.
(17) Proporcionar nexos sostenibles a largo plazo y la estabilidad en un ambiente político cambiante.
(18) Proporcionar apoyo técnico para la redacción de la legislación sobre conversiones de deuda.

Funciones: *(ver Figura 1)*

Corredor

En tanto que corredor (1), la OPS participaría activamente en los diferentes pasos del proceso concreto de conversión. Las tareas incluidas son numerosas e incluirían ayuda a los

Figure N° 1

	ANTES DE LA CONVERSION DE DEUDA		CONVERSION		DESPUES DE LA CONVERSION DE DEUDA	
PASOS	1	2 3	4	5 6	7	8
	Discusiones preliminares Perfil del proyecto--propuesta		Asegurar fondos Negociar la propuesta	Formalizar el acuerdo	Realización de la conversión de deuda	Monitoreo Supervisión	Evaluación
ACTORES	MS Banco Central Donante Organización beneficiaria Banco acreedeor		Donante Beneficiario Banco acreedor MS	Beneficiario Banco Central Donante	Banco Central Beneficiario Donante MS Banco acreedor	Beneficiario MS Donante	Beneficiario MS Donante

FUNCIONES PARA LA OPS *

Agente (1, 2)	———	———	———	———	———	
Beneficiario (3, 6)	———	———	———	———	———	———
Promotor (4, 5, 6, 7, 8)	———	———	- - - -	- - - -	- - - - (Información)	
Asegurador del control de calidad (9)	———	———	- - - -	- - - -	- - - -	———
Administrador/ Gerente (10)				———	——— (Información)	———
Coordinador (11, 12)	———	———	———	- - - -	———	———
Asistencia técnica/ Salud (13, 14, 15) (16, 17)	———	———	———	- - - -	- - - -	———
Asistencia técnica/ Legislación (18)	- - - -	- - - -	- - - -	———	———	———

* Los números en paréntesis se refieren a la lista adjunta de las actividades potenciales.

——— participación activa
- - - - participación limitada

países (2) en: el desarrollo de un proyecto de salud viable; la identificación de los inversionistas potenciales para la adquisición de la deuda; la comprobación de la elegibilidad de la conversión específica de deuda; selección de un acreedor que detenta una deuda y discutir los detalles financieros de la transacción; solicitar el pago de la cantidad en dólares y adquirir la deuda; notificar al banco central que la transacción fue efectuada y solicitar al banco central que transfiera la cantidad equivalente en moneda local a una cuenta designada. En algunos casos, puede solicitarse al corredor a que ayude a los países miembros en la redacción de la legislación sobre las conversiones. Aunque esta última función aliviaría a los países miembros de la carga de emprender una transacción por sí mismos, constituiría una responsabilidad adicional para la organización.

Debido a la complejidad de las tareas anteriores, la OPS tendrá que contratar a especialistas legales y financieros. Una alternativa sería la de establecer un grupo interno de funcionarios asesores cuya única función sería la de identificar, negociar y concluir conversiones de deuda por salud en nombre de los países miembros.

Adjudicatario

Actuando como adjudicatario (3), la organización buscaría inversionistas potenciales privados o donantes bilaterales y multilaterales que podrían estar dispuestos a proporcionar a la OPS los fondos para la compra de la deuda a cambio de actividades de salud que se estén llevando a cabo. Otra opción en este caso sería que la OPS recibiera el instrumento de la deuda como una donación del comprador de la deuda (6). En ambos casos, debe observarse que lo más probable es que PAHEF fuese la organización beneficiaria, ya que los inversionistas potenciales requieren en general que los adjudicatarios califiquen como organizaciones sin fines de lucro para recibir concesiones fiscales derivadas de la donación de los fondos o de los instrumentos de la deuda.

Coordinador

En tanto que coordinador, la OPS combinaría sus propios recursos con otros grupos que trabajan en el área de las conversiones de deuda, como la Coalición de Deuda por Desarrollo, para establecer redes de trabajo tanto en los países deudores como acreedores entre los diversos participantes en el proceso, incluyendo los bancos centrales, las ONG y los ministerios de salud. La finalidad de hacer esto sería principalmente facilitar el intercambio de información y evitar la competencia intrasectorial, por ejemplo entre UNICEF o la Fundación Rockefeller y la OPS, por lo tanto, asegurando que las normas y políticas establecidas en las diversas instituciones y organizaciones interesadas sean complementarias y coherentes (12).

En tanto que coordinador, la OPS también proporcionaría ayuda para mancomunar recursos financieros en los países tanto donantes como beneficiarios entre los compradores potenciales (1) para aumentar el valor nominal de los fondos adquisitivos y, por lo tanto aumentar la cantidad de deuda adquirida.

Aunque la OPS proporcionaría a los Países Miembros la asistencia requerida en cuanto al asesoramiento durante todo el proceso de conversión, nunca en realidad realizaría ninguna transacción. En este caso, el Gobierno Miembro tendría mayor responsabilidad de monitorear por sí mismo todos los aspectos del proceso.

Asegurador del control de calidad

La responsabilidad primaria de la OPS al asumir esta función sería la de asegurar la calidad en la atención y en los servicios de salud desarrollados como resultado del intercambio de la deuda (9).

Como asegurador del control de calidad, la OPS esencialmente vigilaría cualquier intento de coerción por parte de los inversionistas para manipular las ONG y así favorecer sus propias necesidades, además ofrecería garantías a los inversionistas de que los fondos en moneda local provenientes del intercambio, en realidad se emplearán para los proyectos de salud acordados. Al adoptar esta línea de acción, la OPS tendría que participar en el monitoreo, la planificación y la ejecución, así como en las etapas de evaluación de los proyectos de salud.

Esta función no requiere la creación de nueva capacidad técnica dentro de la OPS, ya que las estructuras técnicas existentes ya tienen el mandato para vigilar la calidad de los proyectos de salud. Varios grupos, como la Fundación PEW, que también estudió recientemente el tema de los intercambios de la deuda en nombre del Banco Mundial y la Fundación Rockefeller, ya han contemplado la función de garante del control de calidad para la OPS en su conceptualización de las conversiones de deuda.

Administrador/gerente

En esta función, la OPS esencialmente proporcionaría la infraestructura administrativa para supervisar el desembolso de los fondos del proyecto por una parte, y el monitoreo y la supervisión de la ejecución del proyecto por la otra (10). La tarea de la formulación del proyecto y la negociación de la conversión no correspondería a la OPS.

Promotor

Esta es la función que actualmente parecería ser la más adecuada para la OMS. Hay varios tipos diferentes de actividades contenidas dentro de esa función.

En el campo de salud, sería una extensión natural de sus actividades actuales, si la OPS desarrollara y aplicara criterios a las diferentes áreas dentro del sector y ayudara a las autoridades en la selección de aquellos proyectos que serían buenos candidatos para las conversiones de deuda. (4)

Ya que se ha hecho evidente que tanto las autoridades fiscales como sus contrapartes de salud deben participar en las diferentes fases de las conversiones de deuda por recursos para la

salud, será importante que estas autoridades de país vean los proyectos de salud como viables dentro de las posibilidades para la conversión de deuda, y al mismo tiempo queden convencidas de los beneficios potenciales que pueden derivarse de allí. (5) La OPS, gracias a su posibilidad de tener acceso a los niveles de decisión, podría desempeñar una función importante de sensibilización en este sentido.

Aunque la OPS ya tiene una función que incluye la generación de recursos para proyectos de salud esto tiende a hacerse a nivel regional o subregional. Trabajar con el proceso de conversiones de deuda significaría una descentralización adicional de esta función a nivel de país, volviéndose así más conocedora de las posibilidades para generar apoyo financiero, tanto desde el interior del país mismo entre la industria, las empresas multinacionales, etc., como desde los donantes externos. (6) Un ejemplo de un donante potencial dentro de los países son aquellas empresas que, debido a las restricciones legislativas, no pueden movilizar parte de su dinero al exterior. Estos fondos quedan entonces en los bancos de países y a menudo se devalúan rápidamente. Se conocen como fondos inconvertibles o bloqueados. Puede ser posible convencer a quienes poseen estos fondos de que los donen para proyectos locales de salud.

A medida que el mecanismo de conversión de deuda se utilice cada vez más, habrá cierta competencia por los fondos. La OPS podría ayudar a convencer a las autoridades sanitarias gubernamentales de que el desarrollo social está estrechamente vinculado con la salud, y por ser una condición necesaria para el desarrollo económico, el sector debe considerarse como prioritario. (7) Esto ejercería una influencia favorable en la división hecha internamente por las autoridades en cuanto a los sectores que participan en el proceso de conversión de deuda.

Para que las conversiones de deuda por salud se hagan realidad en muchos países, debe llevarse a cabo un esfuerzo educativo intenso, que incluya a los ministerios y al personal de las ONG, a los PWR de la OPS, así como a algunos elementos de la banca y del mundo financiero. La OPS podría desempeñar una función primordial en este esfuerzo. (8)

Asistencia técnica (salud)

Este es quizás el conjunto de actividades más similar a la función tradicional de la OPS. En lo relacionado con la protección de los intereses de los países (13), las actividades incluirían ayudar a formular criterios de selección, asegurando que se protejan las prioridades del país miembro, ayudar en la elaboración de proyectos, evaluar y fortalecer las organizaciones locales interesadas, así como conocer el clima sutil y los factores internacionales que rodean la ejecución de este tipo de actividad.

En el ámbito de las conversiones de deuda por salud, suele surgir un problema en cuanto a las capacidades instaladas y a las capacidades de gestión de las organizaciones ejecutoras que en los países son significativamente menores que las sumas disponibles mediante el proceso de conversión. El paso lógico entonces sería asociar a varias de estas organizaciones en un proyecto multifacético el cual posteriormente distribuiría una parte de las sumas en moneda local a cada participante. La OPS, en este caso podría ejercer su influencia para reunir a estos grupos

y ayudarlos en el desarrollo del proyecto (14).

En la misma línea, a menudo hay un distanciamiento tácito entre las ONG de los países y el sector salud del gobierno. En el caso de que esto fuese cierto, la OPS podría proporcionar el enlace o la excusa que quizás necesiten para empezar a trabajar juntos (15).

El trabajo con las ONG del país (16) para consolidar sus capacidades técnicas y de gestión sería una contribución al éxito general del proyecto al mejorar su efectividad y eficiencia. Ya que muchas de las ONG del país suelen ser pequeñas y con experiencia y personal limitados, esta actividad podría ser significativa en el éxito del proyecto.

Debido a la naturaleza económica político-técnica del funcionamiento del sector salud en los países, hay a menudo cambios en las posiciones de liderazgo, que pueden ocurrir muy bruscamente. La OPS en este contexto podría servir como ancla, asegurando la estabilidad a largo plazo necesaria para el desarrollo de un proyecto (17).

Asistencia técnica (legislación)

Los estatutos ya existentes, las reglamentaciones y las decisiones administrativas del banco central y del gobierno del país en las transacciones de deuda facilitan generalmente emprender los intercambios de deuda y aseguran en último término una mayor tasa de éxito en la ejecución de las actividades de salud a ser financiadas mediante la transacción. Una función posible para la OPS sería la de proporcionar asistencia técnica a los países miembros en la redacción de la legislación sobre conversiones de deuda (18).

Aunque la OPS no cuenta actualmente entre sus funcionarios con un especialista en asuntos legales de esta naturaleza, sin embargo tiene acceso a los conocimientos técnicos de los países que ya han elaborado la legislación sobre canjes de la deuda así como a los centros de información tales como la Biblioteca del Congreso cuyo banco de datos está actualizado en la legislación de los países de todo el mundo. Dado el contenido financiero-legal sumamente especializado de la legislación relacionada con las conversiones de deuda, la OPS necesitaría contratar por lo menos a un abogado especializado en legislación fiscal comparativa y a un banquero internacional experto en la actividad bancaria internacional. Sin embargo, es mejor considerar si se emprende tal curso de la acción, una vez que se haya adquirido más experiencia en conversiones de deuda por salud.

4.3 Recomendaciones

Las conversiones de deuda por salud tienen el potencial de ejercer un efecto multiplicador sobre los recursos para proyectos que de lo contrario no estarían disponibles. La OPS podría dar un paso importante al participar más en las actividades de conversión de deuda, especialmente en las áreas afines a aquellas funciones que la OPS ya desempeña en los países. Específicamente, se sugiere que la OPS se torne activa mediante lo siguiente:

1. Preparar un paquete de documentos que facilite información básica en términos sencillos que cubra las necesidades de información del personal de la OPS tanto central como a nivel de país y de los representantes en cada país de entidades que pudieran estar interesadas en adoptar esta idea.

2. Desarrollar talleres de formación continua que se realizarían en diferentes entornos, por ejemplo reuniones de gerentes o para un grupo seleccionado dentro de un país.

3. Preparar un expediente (informe financiero) de la región, identificando los países con mayores probabilidades de beneficiarse de este mecanismo.

4. Estudiar las posibilidades del establecimiento de una relación de trabajo con entidades que están ya comprometidas en ayudar a los países miembros en los aspectos financieros y legales de los intercambios de deuda como la Fundación de Deuda para Desarrollo.

5. Empezar el proceso de desarrollo de relaciones en los países miembros con aquellos funcionarios a nivel de decisión que determinan las políticas fiscales para facilitar la entrada del sector salud en el proceso de conversión de deuda.

6. Quizás una de las promociones más innovadoras en las cuales la OPS podría tener una función fundamental sería el desarrollo de proyectos conjuntos con otras organizaciones no relacionadas con la salud o la inclusión de componentes de salud en proyectos de otros sectores. Uno podría imaginar, por ejemplo, un proyecto de conservación de naturaleza que incluiría disposiciones para el control de la malaria que es endémica en el área. El área ambiental parecería estar madura para este tipo de negociaciones debido al estímulo hacia estas inquietudes derivado de la iniciativa Bush. Esta actividad, en efecto va más allá de las conversiones de deuda por salud y se aplica a cualquier tipo de conversión: deuda por patrimonio, deuda para el desarrollo, etc.

ANEXO 1

ESTRATEGIAS DE ALIVIO DE LA DEUDA

"Estrategia de alivio cooperativo de la deuda" del FMI

Entre 1980 y 1992, la razón de deuda/exportaciones de América Latina excedió el "techo" de 200% considerado como el límite para la solvencia internacional. Los bancos reaccionaron negándose a otorgar préstamos adicionales. Esta medida no solo redujo las posibilidades objetivas de pagar el servicio de la deuda, sino que también movió una de las palancas más eficaces para sancionar económicamente a los acreedores, la exclusión de los deudores de los mercados de crédito.

El FMI fue exhortado por los países industrializados para ayudar en el manejo de la crisis. El FMI tenía intereses creados en desempeñar una función activa en el manejo de la deuda internacional, ya que después del colapso, en 1973, del sistema de tasas fijas de cambio, el Instituto ha sufrido una pérdida de influencia. Bajo la supervisión del FMI, se formularon convenios "cooperativos" entre los países deudores individuales y sus acreedores públicos y privados. El FMI trató de asegurar una recuperación de la balanza de pagos de los países deudores tan rápido como fuese posible, a través de los préstamos vinculados a las condiciones de la política económica.

A pesar de que se dijo que el manejo de la crisis efectuado por el FMI había tenido éxito en lo que se refiere a la estabilización del sistema financiero internacional, todavía no ha proporcionado el impulso necesario para que los países más fuertemente endeudados, "salgan" de sus problemas de deuda y recuperen su solvencia internacional. La brecha financiera, creada por el hecho de que los bancos estaban dispuestos a acordar refinanciamiento pero no a proporcionar nuevos préstamos adecuados, fue colmada en cierta forma por el FMI junto con la financiación para el desarrollo, tanto bilateral como multilateral. Sin embargo, al hacer esto, el FMI socavó el principio de estrategia de la deuda proclamado por los gobiernos de los países industrializados, es decir un cambio en el riesgo de crédito de los préstamos bancarios no debe trasladarse a los contribuyentes.

Durante los primeros años de la crisis, la mayoría de los países deudores y acreedores supusieron que estaban experimentando solo una crisis temporal de liquidez que pronto se superaría gracias al resurgimiento económico en los países industrializados. Desafortunadamente, la crisis económica no era exclusivamente un problema temporal de liquidez, y los países deudores no pudieron recuperarse.

El Plan Baker

Durante el período 1983-1988, los países deudores hicieron enormes esfuerzos para pagar el servicio de su deuda y cancelar parte del capital. Para ello, transfirieron aproximadamente

US$135 mil millones a los países acreedores, correspondiente a casi 50% de su deuda externa a largo plazo en 1982 y a casi 5% de su PNB; en varios países latinoamericanos la transferencia neta ascendió a más de 10% de su PNB.[13] Para reducir la carga de los países fuertemente endeudados Estados Unidos presentó en 1985 el Plan Baker. El Plan contemplaba una reducción duradera de la salida de recursos de aquellos países muy endeudados dispuestos a hacer ajustes, a través de préstamos bancarios adicionales y una mayor participación del Banco Mundial en el manejo internacional de la deuda.

Sin embargo, el Plan fracasó como resultado de una disminución brusca en el volumen de préstamos después de 1983-84. La única explicación para esta disminución es el hecho de que los bancos ya no supusieron que los préstamos conducirían a algún aumento de la cantidad esperada de pagos futuros del servicio de la deuda. Este comportamiento bien puede haber sido incentivado por el FMI, según Buttner, quién señala que, "el hecho de que la adjudicación de los préstamos del FMI se hacía condicionada al convenio previo entre los países deudores y acreedores hizo que el FMI se convirtiera en un "cobrador de deuda" de facto para los bancos".[14]

El enfoque de "menú de opciones"

Desde el fracaso del Plan Baker, se ha desarrollado una variedad de opciones que se ajustan al mercado. La mayoría de ellas se originaron a partir de la creencia de que las fuerzas del mercado podrían superar el problema de la deuda.

Este enfoque de "menú de opciones" tiene el objetivo de ofrecer a los países deudores la posibilidad dentro de un marco limitado de reducir voluntariamente la deuda o el servicio de su deuda. La opción más común empleada hasta el presente es la conversión de las acreencias del banco en participaciones en el patrimonio. Hasta 1988, Chile convirtió un 37% de sus préstamos bancarios de esta manera, México y Brasil, 14% y 10%, respectivamente. El instrumento de conversiones de deuda por patrimonio, tiende a ser considerado como crítico puesto que incentiva la inflación, limita los efectos de incentivo para inversiones directas adicionales por encima y más allá del nivel ya planificado y discrimina a los inversionistas nacionales. Buttner indica que esas formas de alivio de la deuda que se "ajustan al mercado" permitieron, entre 1985 y 1988, una disminución de la deuda de 10% en términos de los préstamos totales del banco hechos en 1984.

---

[13] CF. Buttner destaca a título de comparación que "aun los pagos externos brutos efectuados por el Reich aleman entre 1924 y 1932, que se consideraron como insostenibles en ese momento, solo representaban el 2,5% del producto nacional". (Buttner, p.198)

[14] Buttner, CF., p.199.

ANEXO 2

LEGISLACION LATINOAMERICANA SOBRE CONVERSIONES DE DEUDA

El período abarcado por la siguiente legislación abarca desde 1985 a 1991 y presenta el siguiente modelo.[15]

Argentina

La resolución del 25 de mayo de 1990 creó la Comisión para la Estrategia de la Deuda Externa que definiría las normas generales para la negociación de la deuda externa nacional. Esta Resolución, sin embargo, es solo instrumental y no va más allá de determinar la estructura y nombrar a los miembros de la Comisión.

Antes de esta disposición, el Decreto No. 269 del 23 de febrero de 1989 aprobó el Convenio y el Protocolo con Suiza sobre la reorganización de la deuda externa de la nación, firmado dentro del marco de la Ley de París. En el mismo orden de ideas, el Decreto No. 467 del 31 de marzo de 1986 aprobaba los textos del convenio con los Estados Unidos de América sobre la consolidación y reprogramación de deudas específicas contraídas con el gobierno de Estados Unidos o garantizadas o aseguradas por dicho gobierno, sus dependencias y el Banco de Exportación-Importación. Ambas disposiciones se basan en la idea de que la renegociación de la deuda pública facilitaría la importación de bienes de capital que el país necesita para su desarrollo económico.

Bolivia

El Decreto Supremo No. 21.501 del 30 de diciembre de 1986 fue creado dentro de la jurisdicción de la Consejo Nacional de Estabilización y Reactivación Económica, la Comisión de la Deuda Externa, para renegociar la deuda pública extranjera bilateral dentro del marco del convenio con el Club de París. Los objetivos de la Comisión son evaluar, analizar y desarrollar políticas, proponer estrategias y servir como apoyo en el proceso de negociación de la deuda pública.

Brasil

El Decreto No. 94.192 del 6 de abril de 1987 creaba dentro de la jurisdicción del Ministerio de Fondos Públicos, la Junta Asesora al Presidente para la Renegociación de la Deuda Externa Brasileña ("Comissao de Assessoramento Presidencial para Negociaçao da Divida Externa Brasilena"). Esta disposición, sin embargo, se limita a nombrar a los miembros a la

---

[15] La legislación incluida aquí se extrajo del Indice a la Legislación Latinoamericana, preparado por la Hispanic Law Division de la Biblioteca del Congreso de los Estados Unidos de América. La información sobre une legislación afin en el Caribe no se encontró en la Biblioteca.

Comisión y a definir la función del Banco Central de Brasil en el proceso de renegociación.

Colombia

La Ley No. 87 del 29 de diciembre de 1988 autoriza al gobierno nacional para reordenar, reestructurar y/o renegociar su deuda pública externa. Permite al gobierno nacional firmar con gobiernos extranjeros, con instituciones internacionales bilaterales o multilaterales y los bancos comerciales, los contratos necesarios para formalizar convenios entre ellos. La Ley le asigna al presidente de la República poderes extraordinarios durante seis meses para realizar diversas tareas afines entre las cuales se incluyen la continuación del crédito extranjero a Colombia.

Según esta disposición, el gobierno nacional está facultado para renegociar total o parcialmente, directamente o mediante una agencia financiera nacional o extranjera, y a adquirir con descuento, los títulos o las obligaciones que representan la deuda externa de colombianos. El gobierno nacional asume el pago a la deuda de los organismos territoriales y descentralizados y, en consecuencia, se convierte en deudor ante los acreedores extranjeros. Los organismos territoriales y descentralizados, a su vez, se convierten en deudores al gobierno nacional.

Chile

La ley No. 18.624 del 10 de junio de 1987 autoriza la renegociación de los créditos extranjeros y establece el aval del Estado en la reprogramación de la deuda externa. La cantidad de la deuda externa asumida por el estado a favor de los acreedores externos no debe exceder US$200.000.000 ó su equivalente en otra moneda más los intereses, comisiones y otro costo típico de esta clase de operación.

Costa Rica

La ley No. 7.143 del 30 de marzo de 1990 sanciona la Ley sobre la deuda externa comercial para el sector público referente a la autorización otorgada al poder ejecutivo para garantizar los préstamos que incluyen al Banco Central de Costa Rica con organismos multilaterales y bilaterales. Establece la renegociación de la deuda, y las tasas de interés aplicables.

La Ley autoriza al Banco Central de Costa Rica para otorgar préstamos al gobierno nacional, a los organismos del sector público y a las empresas estatales o sus dependencias y para determinar qué deuda se renegocia, por las cantidades correspondientes no reestructuradas anteriormente.

Ecuador

El Decreto No. 953 del 2 de noviembre de 1989 establece que aquellas agencias del sector público cuyas deudas externas han sido objeto del proceso de refinanciamiento con bancos extranjeros privados, seguirán estrictamente las disposiciones aprobadas por el gobierno nacional

por intermedio del Ministerio de Finanzas y Crédito Público.

La reglamentación No.637-89 de la Junta Monetaria del 31 de octubre de 1989, está orientada a promover las actividades de servicio y de bienestar social de las organizaciones caritativas existentes en el país. La Reglamentación agrega el siguiente título a la Codificación de Regulaciones de la Junta Monetaria, Título Décimo Tercero: Conversión de la Deuda Externa Ecuatoriana para Entidades de Beneficio Social. La Reglamentación autoriza al Banco Central del Ecuador para adquirir las cuentas de las organizaciones caritativas existentes en el país, cuando están dedicadas a actividades sociales y educativas, a la promoción de los deportes y la protección del ambiente. Las cuentas empleadas para este fin deben provenir solamente de donaciones extranjeras. Los recursos generados mediante la conversión se emplearán para la financiación de los proyectos de las organizaciones de bienestar. En consecuencia, las organizaciones deben incluir en la solicitud el plan de inversiones y la cantidad requerida para su ejecución. También se les solicitan que presenten a la Junta Monetaria una declaración periódica de las inversiones de los fondos otorgados.

La reglamentación No. 371-86 de la Junta Monetaria del 11 de agosto de 1986 reemplaza las disposiciones de la Codificación de Regulaciones de la Junta Monetaria en cuanto al refinanciamiento de la deuda externa. Establece los requisitos y las condiciones de refinanciamiento, los créditos de estabilización, refinanciamiento de la deuda externa pública y privada con los gobiernos y los proveedores a través del Club de París y la facilidad de obtener financiación comercial extranjera. Una de las condiciones del refinanciamiento es que los recursos o bienes objeto de la deuda externa estén invertidos en Ecuador. Para asegurar esto, el Banco Central del Ecuador requiere que el deudor incluya en la solicitud una declaración con ese fin,.

Guatemala

La Resolución No. JM-177-88 de la Junta Monetaria del 10 de octubre de 1987 autoriza la renegociación de los créditos extranjeros específicos y establece el aval de la reprogramación estatal de la deuda externa. La disposición tiene dos objetivos. El primero, estimular las inversiones de capital a largo plazo por los inversionistas guatemaltecos y extranjeros, para aumentar la capacidad productiva del país, principalmente la de exportación. El segundo, reducir la deuda externa guatemalteca de acuerdo a la política monetaria del país.

Honduras

El Decreto No. 149-88 del 12 de diciembre de 1988 sanciona la Ley de Conversión de Deuda Externa de Honduras. El Decreto autoriza al poder ejecutivo para llevar a cabo las operaciones destinadas a convertir la cantidad de deuda externa nacional en un nuevo instrumento negociable en moneda nacional (lempiras). El objetivo de la reglamentación es doble. Reducir la cantidad de deuda externa y promover la inversión en actividades de producción que generan recursos adicionales orientados a crear nuevas fuentes de empleo y a estimular las actividades económicas. Está concebido también para la promoción de la inversión

privada. La renegociación de la deuda incluye créditos asumidos por el gobierno central, los organismos descentralizados y las empresas privadas garantizadas por el estado. Las deudas deben ser anteriores al 30 de noviembre de 1982, e incluir su refinanciamiento.

El Decreto autoriza a las autoridades ejecutivas para transformar la deuda externa en documentos expedidos en lempiras y conocidos como Bonos de la Deuda Externa. Estos bonos deben ser legalizados por el ejecutivo a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. La solicitud de la conversión de deuda debe negociarse con la Comisión Especial para la Conversión de la Deuda. Sin embargo, el poder ejecutivo, a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, expide la resolución definitiva aprobando o negando la solicitud. Entre los tipos prioritarios de inversiones establecidas por el Decreto se encuentran las inversiones que generan exportaciones de productos y/o servicios y las inversiones en organizaciones educativas y caritativas.

El Acuerdo No.479 del 20 de junio de 1989 aprueba el Reglamento a la Ley de Conversión de la Deuda Externa en Honduras. La finalidad del Acuerdo es estimular la inversión privada en las áreas de interés nacional, el aumento de las exportaciones de productos y servicios, así como de los productos no tradicionales y reducir el servicio de la deuda externa. Los documentos sujetos a renegociación son los citados en el Decreto No. 149-88. Entre los tipos prioritarios de inversiones se encuentran los conocidos como proyectos de organizaciones caritativas.

Paraguay

El Decreto No. 216-89 del Ministerio de Hacienda del 27 de febrero de 1989 establece el Sistema de Cambio Libre Fluctuante para las importaciones y las exportaciones de bienes y servicios y el movimiento de capitales, incluyendo los pagos financieros públicos y privados. El Decreto establece que el Sistema de Cambio Libre Fluctuante debe ser reglamentado por el Banco Central de Paraguay. También establece que los pagos de la deuda externa se ajustarán a la disponibilidad de divisas en la nación.

Perú

El Decreto Supremo No. 126-90-EF del 30 de abril de 1991 aprueba el Reglamento de la Ley No. 25.159, Ley de Endeudamiento Público Externo para 1990. Este Decreto se refiere a las operaciones de la deuda externa, establece los objetivos y la estructura del programa y fija las operaciones no convencionales de los pagos de la deuda.

El Decreto Supremo No. 080-89-EF del 20 de abril de 1989 aprueba el Sistema de Conversión de Deuda Pública Externa en Donación para Proyectos de Desarrollo Económico y Social, CDD. El objetivo de este Decreto Supremo es desarrollar la política del gobierno dirigida a la promoción de la inversión nacional y extranjera en proyectos que contribuyen al desarrollo económico y social del país. El Decreto establece los siguientes documentos para la renegociación: a) las deudas del gobierno a mediano y a largo plazo; b) las deudas del gobierno

a corto plazo y las de capital de trabajo; y c) otras deudas no garantizadas que han sido autorizadas por la Dirección General de Crédito Público, del Ministerio de Economía y Finanzas.

Los programas y los proyectos presentados para el CDD deben destinarse a las áreas del desarrollo agrario, los alimentos, la conservación de los recursos naturales y el patrimonio arqueológico, la salud, la nutrición, el bienestar familiar, la educación y la investigación, la ciencia y la tecnología, la asistencia humanitaria y el desarrollo de industrias pequeñas. El organismo encargado de administrar del CCD es la Dirección General de Crédito Público.

Venezuela

La ley del 30 de julio de 1990 aprueba la Ley Programa para el financiamiento del plan de inversiones en infraestructura social y en infraestructura de apoyo a la producción, del programa de desarrollo social, del programa de preinversión, supervisión y asistencia técnica, del plan de inversiones de entes del sector público y de operaciones de reducción de la deuda pública externa, que se ejecutará durante el período 1991-1994.

La Ley autoriza al poder ejecutivo para negociar las operaciones de crédito público con acreedores, instituciones financieras, privadas, públicas, nacionales y extranjeras, bilaterales y multilaterales, hasta por un límite de Bs.135.720.510,oo. La operación debe orientarse a financiar el plan de inversiones en infraestructura social y de producción. El plan incluye proyectos y programas relacionados con la salud (hospitales, equipos, atención ambulatoria, atención de salud maternoinfantil), la eliminación de desechos y la construcción de vías de comunicación y vivienda rural.

El Decreto No. 993 del 29 de junio de 1990 aprueba el Programa especial de conversión de deuda pública externa para megaproyectos de inversión. El Decreto está destinado a impulsar las industrias petroquímicas, del aluminio, de pulpa y papel, de turismo así como las de infraestructura.

El Decreto No. 503 del 25 de septiembre de 1989 exonera del pago del impuesto sobre la renta a las ganancias resultantes del capital obtenido de préstamos a corto plazo, efectuados por los bancos y otras instituciones de crédito formadas y domiciliadas fuera del país, a las organizaciones públicas. La finalidad de esta medida es permitir que las organizaciones públicas indicadas anteriormente administren los recursos que derivan de estos préstamos a Venezuela, y que las empresas del Estado paguen los intereses sobre la deuda externa originada de los préstamos que estaban destinados a financiar la inversión en la industria, la tierra, industria pesquera y la construcción de viviendas, de edificios educativos y asistenciales, hoteles y centros turísticos y recreativos. El período de exoneración es de 180 días desde la fecha de la promulgación del Decreto.

La ley del 14 de septiembre de 1989 autoriza al poder ejecutivo para llevar a cabo las operaciones públicas destinadas a la financiación parcial de los programas que apoyan la reforma

comercial propuesta para 1989 y 1991 y para reducir la deuda externa nacional.

Entre los programas del plan para empleo e inversión social hasta por una cantidad de Bs.20.000.000,oo, los planes para el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social son: vivienda rural nacional, drenaje rural, las instalaciones adjuntas (especialmente servicios ambulatorios) y el abastecimiento de agua en zonas rurales y la eliminación de desechos.

El Decreto No. 86 del 15 de marzo de 1989 aprueba el Régimen para la conversión de deuda externa en inversión. Crea una comisión de ministros a cargo de autorizar la conversión de la deuda externa en inversiones cuando está dirigida hacia los productos de sustitución de importaciones, las exportaciones orientadas a evitar cierres de empresas, o hacia sectores como construcción de vivienda social, la producción de bienes de capital y la biotecnología.

El Decreto No. 255 del 31 de mayo de 1989 contempla los medios para convertir la deuda pública externa de la nación y se aplica a importadores de productos específicos.

El Decreto No. 68 del 14 de marzo de 1989 aprueba el Reglamento sobre el régimen de funcionamiento de los gabinetes sectoriales. Estas oficinas están a cargo del apoyo del trabajo del Presidente de la República y del Consejo de Ministros. Los sectores cubiertos por estas oficinas son: política interior y seguridad, asuntos internacionales, política económica y social, infraestructura y servicios físicos y la coordinación sobre la deuda externa.

Referencias

Argentina

- Decreto No. 1.021 del 25 de mayo de 1990, Boletín Oficial de la República Argentina del 5 de junio de 1990.

- Decreto No. 269 del 23 de febrero 1989, Boletín Oficial de la República Argentina del 8 de marzo de 1989.

- Decreto No. 467 del 31 marzo de 1986, Boletín Oficial de la República Argentina del 8 de abril de 1986.

Bolivia

- Decreto Supremo No. 21.501 del 30 diciembre de 1986, Gaceta Oficial de Bolivia del 9 marzo de 1987.

Brasil

- Decreto No. 94.192 del 6 de abril de 1987, Diario Oficial del 7 de abril de 1987.

Colombia

- Ley No. 87 del 29 de diciembre de 1988, Diario Oficial del 29 de diciembre de 1988.

Chile

- Ley No. 18.624 del 10 de junio de 1987, Diario Oficial de la República de Chile del 12 de junio de 1987.

Costa Rica

- Ley No. 7.143 del 30 de marzo de 1990, La Gaceta del 2 de mayo de 1990.

- Ley No. 7.010 del 25 octubre de 1985, La Gaceta del 14 de enero de 1986.

- Ley No. 6.947 del 27 de enero de 1984, La Gaceta del 27 de enero de 1984.

Ecuador

- Decreto No. 953 del 2 octubre de 1989, Registro Oficial del 6 de octubre 1989.

- Disposición No. 637 (Junta Monetaria) del 31 de octubre de 1989, Registro Oficial del 17 de noviembre de 1989.

- Regulación No. 371-86 (Junta Monetaria) del 11 de agosto de 1986, Registro Oficial del 25 agosto de 1986.

Guatemala

- Resolución No. JM-177-88, Diario de Centro América del 21 de septiembre de 1988.

Honduras

- Acuerdo No. 470 del 20 de junio de 1989, La Gaceta del 29 de junio de 1989.

- Decreto No. 149-88 del 12 de diciembre de 1988, La Gaceta del 26 de diciembre 1988.

Paraguay

- Decreto No. 216 del 27 de febrero de 1989, Gaceta Oficial del 28 de febrero de 1989.

Perú

- Decreto Supremo No. 126-90-EF del 30 de abril de 1990, El Peruano de mayo 1 1990.

- Decreto Supremo No. 114-89- EF del 30 de junio de 1989, El Peruano del 1 de julio de 1989.

- Decreto Supremo No. 080-89-EF del 20 de abril de 1989, El Peruano del 21 de abril de 1989.

- Resolución Ministerial No. 305-88-EF/75 del 2 de diciembre de 1988, El Peruano del 3 de diciembre de 1988.
- Decreto Legislativo No. 405 del 3 de febrero de 1987, El Peruano del 4 de febrero de 1987.

Venezuela

- Ley del 30 de julio de 1990, "Ley programa para el financiamiento del plan de inversiones en infraestructura social y en infraestructura de apoyo a la producción del programa de desarollo social, del programa de preinversión, supervisión y asistencia técnica, del plan de inversiones de entes del sector público y de operaciones de reducción de la deuda pública externa, que se ejecutará durante el período 1990-1994", Gaceta Oficial de la República de Venezuela del 30 de julio de 1990.

- Decreto No. 503 del 25 de septiembre 1989, Gaceta Oficial de la República de Venezuela del 25 de septiembre de 1989.

- Ley del 14 de septiembre de 1989, "Ley que autoriza al Ejecutivo Nacional para celebrar operaciones de crédito público destinadas al financiamiento del plan de empleo e inversión social y asistencia técnica como apoyo al programa de ajuste macroeconómico, y de operaciones de reducción de la deuda pública externa, hasta por la cantidad de veintitres mil novecientos millones de bolívares (Bs. 23.900.000,oo)", Gaceta Oficial de la República de Venezuela del 14 de septiembre de 1989.

- Decreto No. 255 del 31 de mayo de 1989, Gaceta Oficial de la República de Venezuela del 6 de junio de 1989.

- Decreto No. 86 del 15 de marzo de 1989, Gaceta Oficial de la República de Venezuela del 15 de marzo de 1989.

- Decreto No. 68 del 8 de marzo de 1989, Gaceta Oficial de la República de Venezuela del 14 marzo 1989.

GLOSARIO

Carácter complementario y no substitutivo de una inversión (Adicionalidad): Es una inversión que no habría sido posible de no haber existido una operación de conversión de deuda.

Subasta de una deuda: Es una presentación de ofertas para subastas que hacen los inversionistas al Banco Central donde especifican el descuento al cual están dispuestos a vender la deuda que compraron en el mercado secundario.

Instrumento de una deuda: Es un compromiso escrito de pagar una deuda e incluye facturas, pagarés y bonos.

Servicio de la deuda: Es la suma de los pagos de capital y de intereses efectuados realmente.

Título de una deuda: Es un documento legal que prueba que un individuo es dueño de una deuda.

Fuga de capitales: Es una transferencia considerable de dinero de un país a otro para evadir condiciones económicas o políticas desfavorables.

Convertibilidad: Es la facilidad de cambiar una moneda por la de otro país o por oro.

Moneda fuerte: Es la divisa cuyo valor se prevé que permanecerá estable o aumentará en términos de otras divisas; alternativamente, una divisa de libre convertibilidad puede ser calificada de moneda fuerte.

Bonos vencidos: Son los bonos que han alcanzado o superado su fecha de vencimiento, pero todavía no están pagados.

Acreedores oficiales: La deuda de los acreedores oficiales incluye los créditos de organismos internacionales (créditos multilaterales) o créditos de gobiernos (créditos bilaterales).

Acreedores privados: La deuda de acreedores privados incluye: bonos que son emitidos públicamente o colocados en el sector privado; créditos de bancos privados y otras instituciones financieras; créditos de fabricantes, exportadores y otros proveedores de bienes y los créditos bancarios cubiertos por una garantía de un organismo de créditos para la exportación.

Mercado secundario: Este es un mercado donde es posible comprar y vender títulos de la banca comercial sobre la deuda de países en desarrollo a un precio inferior al valor nominal de la deuda. Este precio suele cotizarse como un porcentaje del valor nominal.

Anulación, cancelación contable: Cuando un banco reconoce para fines contables y legales que un activo carece de valor o ha perdido parte de su valor, retira de sus libros la parte del activo que ya no tiene valor y reconoce la pérdida correspondiente en su base de capital.

BIBLIOGRAFIA

Bergsman, Joel and Edisis, Wayne. Debt-Equity Swaps and Foreign Direct Investment in Latin America. El Banco Mundial - Corporación Financiera Internacional. Documento para discusión No.2. Washington, D.C.

Buttner, Veronika. "Resolving the Debt Crisis in Latin America: Perspectives and New Initiatives," Aussenpolitik. 2o Trimestre, 1990.

Cornia, Giovanni Andrea and Stewart, Frances. "Country Experience with Adjustment," Adjustment with a Human Face. Un estudio por UNICEF. Oxford University Press, New York, 1990.

Junta del Acuerdo de Cartagena/Sistema Economico Latinoamericano. Evolución Reciente de la Deuda Externa de América Latina y el Caribe. Lima/Perú: Junac/Sela. Primer Semestre de 1990.

Labelle, Chantal. "Debt for Health Conversion," Organización Panamericana de la Salud - Analysis and Strategic Planning Coordination Briefing Paper. marzo 1990, Washington, D.C.

Panisset, Ulysses y Marquez, Patricio. Deuda Externa y Salud: Esquemas de Conversión de un Porcentaje de la Deuda Externa de los Países de América Latina y el Caribe en Recursos Adicionales Para Salud. Programa de Salud Internacional, Desarrollo de Politicas de salud, OPS, Washington, D.C., septiembre 1988.

Passel, Peter. "Washington Offers Mountain of Debt to Save Forests, "The New York Times. enero 22, 1991.

El Banco Mundial. The World Bank Debt Tables 1990-1991. El Banco Mundial, Washington, DC. 1991.

DOCUMENTO 4

DEUDA EXTERNA Y SALUD: ESQUEMAS DE CONVERSION DE UN PORCENTAJE DE LA DEUDA EXTERNA DE LOS PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE EN RECURSOS ADICIONALES PARA SALUD

Patricio V. Marquez
Ulysses B. Panisset
Residentes
Programa de Salud Internacional,
Desarrollo de Politicas de Salud

Organizacion Panamericana de la Salud
Septiembre, 1988

CONTENIDO

I.	Deuda externa y desarrollo: un esquema de conversión de un porcentaje de la deuda externa de los países de América Latina y el Caribe en un fondo para actividades prioritarias	1
II.	Conversión a través del Club de Paris	7
III.	Propuesta de UNICEF	9
IV.	Informe: grupo de consulta sobre la economía de América Latina y el Caribe y la deuda externa	13

I. DEUDA EXTERNA Y DESARROLLO: UN ESQUEMA DE CONVERSION DE UN PORCENTAJE DE LA DEUDA EXTERNA DE LOS PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE EN UN FONDO PARA ACTIVIDADES PRIORITARIAS EN SALUD

Modelo propuesto a raíz de las discusiones sostenidas con el Dr. Albert Fishlow, de la Universidad de California, Berkeley, 5 de febrero, 1988

ANTECEDENTES

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, la primera mitad de la década de los ochenta se ha caracterizado por un alto endeudamiento externo y la necesidad de las economIas de ajustarse a la disminución continua y marcada del ingreso neto de capitales (1,2,3). La disponibilidad de recursos financieros en la Región fue afectada grandemente por la desaceleración del crecimiento económico mundial, por el derrumbe de los precios de los productos de exportación, por el pago del servicio de la deuda y por las dificultades de acceso creciente de los países a los mercados de capitales (4).

La verdadera magnitud de la actual crisis no puede ser apreciada sólo en su dimensión financiera. Más importante que sus aspectos financieros son sus efectos en la producción económica y en las condiciones sociales y políticas de los países (5). Desde 1982, de acuerdo a información del Banco Mundial, los niveles de inversión y de crecimiento económico se han contraído severamente, y las condiciones de vida de la población han sufrido un gran deterioro (4,6,7). La disminución del consumo total por persona no sólo ha implicado una reducción de las importaciones de bienes y servicios de los paIses industrializados, por ende, contribuyendo a la lenta recuperación del crecimiento de la economía mundial, sino también ha agravado las tensiones sociales y los conflictos políticos prevalencientes en las sociedades latinoamericanas. Esto último es de gran importancia ya que la legitimación, consolidación y el futuro de los procesos de democratización en la Región va a depender en gran medida de la capacidad de los Gobiernos para mejorar las condiciones de vida de grandes capas de la población actualmente marginadas (8). Los prospectos de una mejoría de las condiciones económicas y financieras en los países, tanto en el corto como en el mediano plazo, son poco prometedoras, particularmente si se tiene en cuenta el bajo crecimiento de las economías de los países miembros de la OECD(4), y la magnitud del peso de la deuda externa.

En lo relacionado a las consecuencias de la actual crisis para la salud, la recesión económica puede afectar la salud directamente al incrementar el riesgo de enfermar y morir o, indirectamente, al limitar la capacidad para abordar los problemas de salud o sus determinantes debido a disminución de los recursos financieros disponibles(9, p.423). En varios países de América Latina y el Caribe estos fenómenos se han manifestado de la siguiente manera: i) efectos fuertes e inmediatos en condiciones como la malnutrición; y, ii) decremento o estancamiento de la tasa de crecimiento de los recursos gastados en salud (9,10,11). Esta situación de deterioro en salud afecta el bienestar general de la población.

Varios analistas han planteado que la actual crisis económica y financiera debe ser vista como parte y producto de una profunda y larga crisis de crecimiento y desarrollo en los países de la Región (12,13). Frente a esta situación, es de gran importancia que en los organismos internacionales se definan nuevas modalidades de cooperación técnica y financiera para apoyar a los países en la redefinición de sus políticas y estrategias de desarrollo, y en la implementación de programas que permitan una utilización eficiente de los recursos disponibles con el fin de reactivar la producción económica, dar respuesta a las necesidades básicas de la población, y solventar las obligaciones contraídas con las instituciones crediticias.

Al empezar a abordar el tema de estrategias o estilos alternativos de desarrollo, es necesario tener en cuenta que la agravación de la crisis económica y financiera en la Región ha implicado que el efecto de los programas de ajuste estructural emprendidos por numerosos países no haya sido el esperado, ya que éstos no han podido ser puestos en marcha adecuadamente debido a la carencia de recursos financieros(14). Esto se debe principalmente a que el servicio de la deuda absorbe una cantidad desproporcionada de los ingresos por concepto de las exportaciones--a pesar de la depreciación del dólar, la relación deuda-ingreso de los países más adeudados pasó de 34% en 1985 a 37% en 1986--, y también al abandono de los esfuerzos nacionales tendientes a la formulación de nuevas políticas y estrategias de desarrollo para el largo plazo debido a las preocupaciones diarias con la falta de crecimiento económico, la generalización de los procesos inflacionarios, y las continuas renegociaciones de la deuda externa.

Lo señalado anteriormente lleva a plantear que los países y los organismos internacionales tienen ante sí el reto de buscar formas que permitan disminuir el flujo masivo de capitales de los países en la Región hacia los centros acreedores15. De acuerdo a cifras de la CEPAL, en los últimos dos años aumentó marcadamente la ya cuantiosa transferencia de recursos desde América Latina hacia el exterior. Dicha transferencia fué cerca de 29,000 millones de dólares, lo que significó una reducción de la capacidad para importar equivalente a 27% del valor de las exportaciones de pl bienes y servicios. Con ello, la transferencia de recursos acumulados en el período 1982-1985 ascendió a casi 105,000 millones de dólares(2, p.55). El revertir este flujo de capitales podría significar una mayor disponibilidad de recursos para incrementar la tasa de inversión, tanto en bienes de capital como en capital humano. Esto es de suma importancia, ya que la inversión sirve de nexo entre el presente y el futuro, y determina el crecimiento económico al mediano y largo plazo.

A su vez, junto a un mayor incremento de la tasa de inversión, es necesario que en los paIses se tenga una idea clara de cómo y en qué se van a invertir los recursos disponibles. Esto puede ayudar a controlar la utilización ineficiente de los recursos disponibles.(14)

La validez de los planteamientos anteriores radica en la percepción, no solamente de los Gobiernos de América Latina y el Caribe, sino incluso de expertos del mayor país acreedor, Estados Unidos, de que la estrategia seguida hasta el momento para confrontar el problema de la deuda externa no ha dado resultado(16). Los programas de ajuste estructural que se han venido aplicando desde 1982 y los acuerdos de reestructuración de la deuda sólo han conducido

a una masiva transferencia de recursos de los países deudores hacia los acreedores quienes, sin embargo, no han restablecido sus líneas de crédito a la Región. En general, esta estrategia solo ha servido para preservar la solvencia de los bancos comerciales al costo de retroceder una década los ingresos per cápita de la mayoría de los países deudores(17). Esto hace pensar que la deuda es un obstAculo mayor que debe ser confrontado para permitir la realización de progresos de los sectores económicos y sociales de los países de la Región(4,p.17).

Asimismo se debe tener claro que el crecimiento latinoamericano es necesario no sólo para superar el problema de la deuda, sino tambiEn para estimular la economía internacional con el aumento de las importaciones. Este hecho ha provocado que propuestas como las del Senador norteamericano Brill Bradley (S-N.J.) tomen actualidad. En esta propuesta se plantea una ayuda de US$57 mil millones para los próximos tres años. Los intereses se reducirían en 3% y los bancos condonarían 9 de la deuda, mientras que los países tendrían la responsabilidad de introducir reformas económicas(18). Otras recomendaciones ya conocidas, como las de los profesionales Albert Fishlow y Jeffrey Sachs, han cobrado nuevo vigor. En éstas se propone, por ejemplo, que los Gobiernos de los países desarrollados asuman parte de la deuda comercial; que se transforme la deuda en bonos garantizados por el Banco Mundial; que se establezcan mecanismos para proteger a las economías en desarrollo de la baja en los precios de sus exportaciones y el aumento brusco de las tasas de interés; o que los bancos se sometan a las reglas del mercado libre, y disminuyan la deuda en un porcentaje igual al que las descuenta el mercado secundario (16,17,18). Estas y otras propuestas similares no hacen sino reconocer que la deuda externa es un fenómeno estructural, de largo plazo, que no será superado fácilmente.

Teniendo en cuenta la necesidad imperante de apoyar a los países de la Región a confrontar las extremas desigualdades sociales que se han producido a lo largo de las últimas décadas y que se han agudizado con la crisis actual; que este fenómeno se manifiesta dramáticamente en los perfiles de salud de las poblaciones; y a su vez, el deterioro sufrido en la infraestructura de los servicios de salud, a continuación se presenta un modelo tendiente a movilizar recursos adicionales para acciones prioritarias en salud. En este modelo se esboza la idea de intercambiar un porcentaje de la deuda comercial de los países en bonos garantizados por el Banco Interamericano de Desarrollo o el Banco Mundial, la creación de un Fondo de Emergencia para financiar proyectos en áreas prioritarias en salud, y un compromiso de los Gobiernos de los países de la Región para invertir el equivalente de una parte de la deuda condonada que resulte de esta conversión en programas prioritarios en salud. Esta propuesta se basa en el entendimiento de que la salud es uno de los pilares del bienestar social y un elemento contribuyente para el fortalecimiento de la capacidad productiva de una sociedad. A su vez, se debe pensar que los esfuerzos tendientes a satisfacer las necesidades básicas de la población pueden ayudar a legitimizar y consolidar el proceso de democratización que todavía se encuentra en una fase incipiente en la Región. La lucha contra la pobreza crítica, uno de cuyos componentes fundamentales es la poca accesibilidad a los servicios de salud, es una "tarea urgente y posible", que requiere respuestas rápidas y que sean factibles desde el punto de vista social, político y económico(19).

EXPLICACION DEL MODELO PROPUESTO

Los países industrializados, miembros permanentes u observadores del Banco Interamericano de Desarrollo, acuerdan contribuir a esta institución fondos adicionales por el valor de US$312,5 millones. Estos recursos son utilizados por el BID de la siguiente manera: i) US%40$312,5 millones (40%) para la creación de un fondo comUn; ii) 62,5 millones (20%) para la compra de bonos de deuda comercial de los países latinoamericanos en el mercado secundario; y iii) US$125 millones (40%) para cubrir el pago de los bonos garantizados por el BID.

Los bancos comerciales venden al BID bonos de la deuda. Estos bonos son vendidos al BID a un valor descontado; o sea, el precio corriente en el mercado secundario, de una forma similar que en las transacciones de conversión de la deuda conocido como "Debt-Equity Swap". En este modelo se propone que un total de US$2.5 billones, cerca de 0.5% de la deuda de los países latinoamericanos, una fracción pequeña para permitir la viabilidad de esta propuesta, sea vendido al BID por un valor descontado de UD40S0$1,25 billones. Es necesario, sin embargo, encontrar formas o mecanismos que permitan ofrecer al BID un paquete de bonos de deuda en el que haya cierta proporcionalidad entre la magnitud de la deuda de cada país y la deuda total de la América Latina y el Caribe, además de proporcionar a los países la posibilidad de definir el porcentaje de su deuda a ser negociada dentro de límites pre-establecidos.

El BID paga los bonos de de deuda con bonos garantizados. Los bonos de deuda son comprados al valor del mercado secundario; esto es, descontado en un promedio de 50%, y pagados de la siguiente manera: i) US$1.187,5 billones con bonos garantizados por el BID; y ii) US$62.5 millones en efectivo, una cantidad que representa cerca del 5% del valor total de la compra. Se debe tener en cuenta que debido a que el BID tendrá que generar los ingresos para pagar el valor de estos bonos, se deberá buscar un mecanismo para resolver este problema.

El BID y la OPS crean un Fondo para Programas Prioritarios en Salud. El fondo será formado con un capital inicial de US$125 millones, suministrado por los países industrializados, y US$2,5 billones en bonos de deuda de los países latinoamericanos. El fondo será administrado por el BID, mientras que la OPS definirá, junto con los países, las áreas prioritarias para la formulación y ejecución de los programas, y proveerá asistencia técnica.

El BID transfiere los bonos de la deuda a cada uno de los países, y éstos adquieren el compromiso de invertir recursos adicionales en programas de salud. El BID transfiere "paquetes nacionales" de bonos de deuda a los bancos centrales de cada país para que se los convierta en moneda local. Los países tienen la responsibilidad de invertir en salud una parte del valor equivalente a lo pagado por el BID en el mercado secundario; o sea, un total de US$1,25 billones. Estos recursos adicionales financiarán programas específicos en las siguientes áreas: i) nutrición; ii) agua y saneamiento; iii) saneamiento ambiental, y iv) en el desarrollo de los sistemas locales de salud. En relación a este punto, se debe considerar la necesidad de diseñar y administrar proyectos de inversión en las áreas prioritarias y en programas que permitan la transformación de las actuales estructuras de los servicios de salud.

Los bancos centrales de los países latinoamericanos convierten el valor de los bonos de la deuda (US$1,25 billones) en moneda local, y transfieren estos recursos adicionales a los ministerios a cargo de los programas específicos.

VENTAJAS PARA CADA PARTE INVOLUCRADA EN LA CONVERSION DEUDA-BONOS

1. Bancos comerciales

Conversión de una parte de la deuda de alto reisgo en bonos garantizados por el BID y 5% de su valor descontado en efectivo.

2. Países industrializados

2.1 Ayuda a disminuir las presiones sobre el sistema bancario internacional.

2.2 Libera recursos empleados por los países latinoamericanos en el pago del servicio de la deuda para: 1) financiar actividades de desarrollo social, y ii) incrementar su capacidad de importar, por ende, ayuda a fomentar el comercio exterior.

2.3 Ayuda a reforzar las democracias latinoamericanas a través de la implementación de programas sociales.

2.4 Incrementa la ayuda financiera a los países de América Latina y el Caribe en un período caracterizado por disminuciones en el gasto público en las áreas sociales y bajo crecimiento económico.

2.5 Experimenta en un contexto regional formas o modalidades alternativas para confrontar el problema de la deuda externa de los países del Tercer Mundo, y movilizar recursos adicionales para salud.

2.6 Se experimenta nuevas formas de cooperación bilateral y multilateral.

3. Paises Latinoamericanos

3.1 Puede ayudar a mejorar la situación de salud de las poblaciones y la acesibilidad a los servicios de salud, y puede impulsar procesos de cambio en el sector salud.

3.2 Convierte un porcentaje del total de la deuda externa en recursos adicionales para financiar proyectos de inversión en salud.

3.3 Fortalece el proceso de democratización al explorar la calidad de la vida de las poblaciones.

3.4 Disminuye las presiones financieras a corto plazo y libera energía concentrada en la renegociación de la deuda para empezar a redefinir las políticas y las estrategias de desarrollo económico y social a largo plazo.

4. Banco Interamericano de Desarrollo

4.1 Posibilita la canalización de recursos adicionales para desarrollo social, que no provienen de los fondos regulares de la institución.

4.2 Puede ayudar a vislumbrar al nuevo Presidente del BID estrategias alternativas para confrontar el problema de la deuda externa de los países de la Región.

4.3 Experimenta en una escala reducida la factibilidad de nuevas formas o modalidades para confrontar el problema de la deuda externa, que puede servir de modelo para desarrollar otras iniciativas a una escala más amplia.

5. Oficina Sanitaria Panamericana

5.1 Puede ayudar a movilizar recursos adicionales para actividades prioritarias en salud, concordantes con la meta de Salud para Todos en el Año 2000.

5.2 Fortalece el trabajo inter-agencial y con los países.

II. CONVERSION A TRAVES DEL CLUB DE PARIS

Entrevista con el Dr. Jeffrey Sachs, Departmento de Economía, Universidad de Harvard, Boston

El objetivo principal de la reunión de trabajo con el Dr. Jeffrey Sachs, profesor del Departamento de Economía de la Universidad de Harvard, e Investigador del National Bureau of Economic Research, fue discutir la viabilidad del esquema de conversión de un porcentaje de la deuda externa de los países de América Latina y el Caribe en recursos adicionales para financiar actividades prioritarias en salud, que fue presentado para consideración del Coordinador de HSP.

El Dr. Sachs consideró que la idea central de la propuesta - el asumir que la deuda externa de los países de la Región pueda convertirse en un mecanismo alternativo de movilización de recursos adicionales para salud - era de gran interés y relevancia. Sin embargo, planteó que pensaba que existen problemas en tratar de realizar esta conversión utilizando los títulos de deuda de los bancos comerciales.

El Dr. Sachs señaló que el problema básico del esquema de conversión propuesto es que diversos países de la América atina no están pagando los intereses de sus deudas con los bancos comerciales, como es el caso de Bolivia, Ecuador, o la República Dominicana. Indicó que debido a esta situación, no se puede asumir que existan recursos que, en una forma regional, puedan ser liberados del pago del servicio o del principal de la deuda para ser invertidos en salud. También planteó que a pesar de que los países más desarrollados de la Región siguen pagando los intereses de sus deudas, los gobiernos de estos países no estarían interesados en reducir solo un pequeño porcentaje del total del principal de sus deudas, ya que esto implicaría una reducción insignificante del monto de los pagos del servicio de la deuda o del total del principal de la deuda. En relación al canje de títulos de deuda por el establecimiento de parques nacionales para la protección de la flora y de la fauna ("Debt-for-Ecology Swap") efectuado en Bolivia, Costa Rica y Ecuador, el Dr. Sachs comentó que el principal efecto de esta conversión no fue en la reducción del total del principal o del servicio de la deuda sino la gran publicidad que lograron las instituciones que promueven la protección ecológica.

El Dr. Sachs propuso que una alternativa a la movilización de recursos adicionales para salud a través de la conversión de la deuda con los bancos comerciales, es buscar formas que permitan utilizar una parte de los recursos que están siendo canalizados por los países de la Región para el pago del servicio de la deuda pública manejada por el Club de Paris. La viabilidad de esta propuesta está basada en el hecho que, en general, los países latinoamericanos han cumplido con sus compromisos de deuda pública con los gobiernos de los países industrializados, o han logrado reestructurar más fácilmente el pago de sus deudas a través de negociaciones. En la mayoría de casos, los intereses sobre la deuda pública que no han podido ser pagados por los países de la Región han sido añadidos al principal de sus deudas, generando un nuevo total de deuda que continúa devengando intereses. Una limitación de esta propuesta,

al darle un carácter regional, es la práctica del Club de Paris de renegociar los términos del pago de la deuda con cada gobierno en una forma individual. Esto implica que habría que identificar mecanismos que permitan una negociación colectiva involucrando varios países para: i) intercambiar una reducción de las tasas de interés sobre la deuda pública por un compromiso de los países para invertir el equivalente de esa reducción en proyectos de desarrollo en salud, o ii) canalizar un porcentaje del total del servicio de la deuda pública a un fondo de inversión en salud.

EXPLICACION DEL MODELO PROPUESTO

Los países industrializados, miembros del Club de Paris, acuerdan: i) reducir las tasas de interés de la deuda pública de los países latinoamericanos al obtener un compromiso de los gobiernos de estos países para invertir el equivalente de esa reducción de actividades prioritarias en salud; o, ii) crean un fondo de inversión en salud financiado por un porcentaje del pago del servicio de la deuda pública de los países de la Región.

El proceso de conversión sería administrado por el Club de Paris, mientras que la OPS definiría, junto con los países, las áreas prioritarias de inversión y proveería asistencia técnica.

Los recursos liberados del pago del servicio de la deuda financiarían programas específicos en las siguientes áreas: i) nutriciOn, ii) agua y saneamiento, y iii) desarrollo de los sistemas locales de salud. En relación a este punto, se debe considerar que sería de extrema importancia diseñar una estrategia tendiente a fortalecer la capacidad delos países para formular y administrar proyectos de inversión en las áreas prioritarias. También se debe pensar que el mecanismo de conversión puede convertirse en un instrumento para ayudar a transformar la organización de los servicios de salud en la Región al condicionar la otorgación de los beneficios de la conversión a la formulación de estrategias de cambio en la infraestructura de los servicios de salud por parte de los países.

III. PROPUESTA DE UNICEF

Entrevista con Eduardo Bustelo, Asesor Planificación y Evaluación de Proyectos UNICEF y Argentina, Buenos Aires, mayo 31 de 1988

La Junta Directiva de UNICEF aprobó el documento Debt Relief for Child Survival, con el objeto de iniciar a nivel internacional un proceso tendiente a: i) lograr la condonación de una fracción del monto total de la deuda externa comercial; y ii) utilizar esa fracción condonada de deuda comercial para financiar programas de desarrollo infantil. Copias de este documento serán obtenidas a través del Sr. Orlando Lugo, Oficial de Proyectos de UNICEF, en la sede de esa institución en Nueva York.

La Representación de UNICEF en el Perú, trabajando conjuntamente con las autoridades nacionales de se país, está tratando de avanzar en estos esquemas. Con este fin, se han iniciado una serie de estudios para conocer las características de la deuda comercial del Perú con diferentes bancos, y la factibilidad política y técnica de esta propuesta. También se ha estado conversando con representantes de algunos de los bancos deudores. Todo esto se está haciendo debido al convencimiento que se tiene de que esta propuesta requiere llevar a cabo negociaciones con cada uno de los bancos en una forma individual a nivel de cada uno de los países. El Sr. Bustelo ha estado colaborando con este esfuerzo.

Considera de gran relevancia la idea de crear un fondo de emergencia para financiar acciones de salud con carácter intersectorial. Señaló que sería de interés estudiar las características, el funcionamiento, logros y limitaciones del Fondo Social de Emergencia de Bolivia, que luego de haber establecido un listado de prioridades, ha empezado a financiar las operaciones de pequeñas empresas y organizaciones comunitarias en los sectores sociales, incluyendo salud.

En cuanto al efecto y al impacto en los países de empezar a canalizar el equivalente de una fracción condonada de deuda externa comercial en actividades prioritarias en salud,el Sr. Bustelo planteó que hay que tener claro que dentro de un contexto de crisis económica y financiera, aún pequeñas cantidades de recursos adicionales pueden tener un gran impacto. Sin embargo, es necesario ligar estos esfuerzos de movilización de recursos adicionales para salud con estrategias tendientes a hacer más eficiente y equitativa la utilización de los recursos que actualmente son canalizados para salud. Esto último reviste gran importancia debido a que en la mauyoría de países de la Región la organización y el funcionamiento de los servicios de salud se caracteriza por una gran duplicación de esfuerzos y un alto costo de las prestaciones brindadas que, en general, no corresponde a la calidad de los servicios y a los logros alcanzados en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Entonces, se debe pensar que hay una gran necesidad de ligar esta propuesta a estrategias tendientes a transformar substancialmente la organización de los servicios de salud en los países, y modernizar la gerencia de la actividad pública, incluyendo el desarrollo de instrumentos de control de gestión.

Añadió también que se debe considerar que el compromiso que adquieran los Gobiernos para invertir en salud utilizando moneda local dentro de los esquemas de conversión deuda-salud, no debería implicar un incremento de la emisión de moneda que sólo nutriría el proceso inflacionario en los países, sino más bien un mejor rendimiento del gasto público. Naturalmente, esto debe ser visto como parte de uin proceso de redefinición del rol del Estado en la sociedad, particularmente en salud, que resulte en una mejora de la estructura distributiva del gasto público.

Indicó que la viabilidad de estos esquemas depende de la capacidad de mobilización y convocatoria de los Directores de la OPS y de UNICEF para lograr el aval político necesario, especialmente en lo concerniente al apoyo que puedan brindar los gobiernos de los países de la Región a este tipo de iniciativa.

Informó que UNICEF está activamente involucrada en discusiones tendientes a incluir lo social en el programa de ajuste estructural que va a implementar el Gobierno del residente-Electo del Ecuador, Rodrigo Borja. No concuerda con que las autoridades ecuatorianas consulten con effrey Sachs de Harvard University, ya que considera que este economista es un proponente de programas de ajuste que son regresivos en lo concerniente a lo social.

También informó que durante el período comprendido entre el 20 y el 24 de junio participará en un seminario en Santiago de Chile que estA siendo patrocinado conjuntamente por el Banco Mundial, UNICEF, e ILPES. El tema del seminario es Políticas Sociales y Crisis Económica y Financiera. Los temas del seminario son: i) políticas de empleo e ingresos, ii) cuestiones fiscales, iii) formulación de políticas sociales dentro de contextos recesivos y de crisis financiera, y iv estrategias para proteger a los grupos más vulnerables de los efectos de la crisis económica y financiera. Próximamente enviará una copia del trabajo que presentará en este seminario.

Señaló que tiene disponibilidad y un gran interés en poder participar en el seminario sobre esquemas de conversión deuda-salud que está siendo organizado por HSP a finales de julio. Sería de gran importancia que el Sr. Bustelo pueda participar en el seminario, ya que sus aportes reflejarían el pensamiento latinoamericano en torno al problema de la deuda, además de presentar opiniones basadas en experiencias concretas en los países, incluyendo los esfuerzos realizados en el Perú.

El Dr. Sachs indicó que podría participar en el seminario, junto con el Dr. Albert Fishlow, durante las dos últimas semanas de julio. Esto implica que hay la necesidad de organizar el seminario en una fecha que permita la participación de estas dos personas, que son consideradas expertas en el tema de la conversión de la deuda externa de los países de América Latina.

REFERENCIAS

1. González, N. "Reactivation and Development: The Great Commitment of Latin America and the Caribbean." CEPAL Review 30 (1986):7-16.

2. CEPAL. "Estudio Económico de América Latina y El Caribe, 1985." Santiago, Naciones Unidas, 1987.

3. Farnsworth, C. H. "3rd World's Prospects Called Poor," in "The New York Times," January 19, 1988, pp. Dl-D2.

4. World Bank. "The World Bank Annual Report, 1987." Washington, D.C., 1987.

5. Le Guay, F. "The International Crisis and Latin American Development: Objectives and Instruments." CEPAL Review 26 (1985):127-137.

6. World Bank. "Poverty in Latin America: The Impact of Depression." Washington, D. C., 1986.

7. Lewis, P. "3rd World Funds: Wrong-Way Flow," in "The New York Times," February 11, 1988, pp. Dl-D9.

8. Fishlow, A. "Coming to Terms with the Latin Debt," in "The New York Times," January 4, 1988, p.A19.

9. Musgrove, P. "The Economic Crisis and its Impact on Health and Health Care in Latin America and the Caribbean." Int. J. Health Serv. 17 (1987):411-441.

10. UNICEF. "The State of the World's Children." New York, 1984.

11. Macedo, R. "Brazilian Children and the Economic Crisis: The Evidence from the State of Sao Paulo Revised." FIPE, Univ. de Sao Paulo, June 1985.

12. Griffith-Jones, S., and Sunkel, 0. "Debt and Development Crisis in Latin America/The End of an Illusion." Oxford, Clarendon Press, 1986.

13. Fishlow, A. "Coping with the Creeping Crisis of Debt," in Miguel Wioncze, ed., "Politics and Economics of External Debt Crisis." Boulder, Colorado, Westview Press, 1985, pp. 97-143.

14. Personal interview with Albert Fishlow, Department of Economics, Univ. of California, Berkeley, February 5, 1988.

15. Fishlow, A. "From Crisis to Problem to Potential Solution: Latin America Debt, 1982-87," mimeo., 1988.

16. EUROMONEY. "Global Debt/The Equity Solution." London, 1988.

17. Fishlow, A. "Alternative Approaches and Solutions to Developing Country Debt," mimeo., 1988.

18. Cline, W. R. "Mobilizing Bank Lending to Debtor Countries." Washington, D. C., Institute for International Economics, 1987.

19. CEPAL/PNUD/UNICEF. "La Superaci/n de la Pobreza: Una Tarea Urgente y Posible." Naciones Unidas, 1984.

IV. INFORME: GRUPO DE CONSULTA SOBRE LA ECONOMIA DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE Y DEUDA EXTERNA

Mesa redonda sobre la economía en América Latina y el Caribe, Washington, D.C., 27 de julio de 1988

PRIMERIOS PRINCIPIOS

Un punto de partida en todo trabajo que se haga por atraer una mayor atención sobre la influencia de la crisis actual en los gastos destinados a la salud es la demostración cuidadosa de sus repercusiones. Hay que demostrar que se ha producido un efecto desproporcionado, tanto a nivel de las asignaciones públicas como de las estructuras del gasto privado. La consecuencia es una repercusión de gran alcance en el futuro. A falta de una demostración de este tipo, el argumento será que se han eliminado las pérdidas, no los programas esenciales con efectos importantes. No es sólo al ajuste, sino a la propia magnitud de la crisis a la que hay que culpar.

También se debe demostrar la existencia de un número pequeño de intervenciones concretas que conllevan gastos marginales capaces de hacer que los resultados actuales cambien radicalmente. Estas deben incluir grupos meta, fácilmente identificables, que hayan sufrido los efectos adversos de la crisis o de los recortes experimentados en los programas.

Por otra parte, lo ideal sería que estos recursos adicionales de todo programa especial tuvieran un componente armonizador interno que se traduzca en un efecto multiplicador. Esto entraña un fuerte compromiso nacional con dichos objetivos en el que se pueda confiar para asegurar la provisión de recursos reales en moneda nacional mediante una reasignación de los mismos y un cambio de prioridades, además de todo lo que se derive de los nuevos acuerdos especiales asociados a las operaciones con la deuda.

OBTENCION DE LOS RECURSOS REALES

Es importante subrayar desde el principio que éste es el problema crucial. Las operaciones ordinarias de canje de deuda generan normalmente muy pocos recursos. Esta es la razón por la que encuentran resistencia al considerárselos inflacionarios. Una deuda de $100 por la que se pagan unos intereses de $8 y que se presente para amortización ahorra sólo los $8, mientras que dentro del país se han de proporcionar alrededor de $100, una vez considerado el descuento. La justificación lógica de las operaciones de capitalización de la deuda está en la subvención que ofrecen a la inversión extranjera y en el incentivo para reducir otros gastos que permita hacerles sitio.

Al considerar las operaciones con la deuda como una posible fuente de recursos, hay que diferenciar entre no pagadores (pobres) y no pagadores (ricos). Para los primeros, ninguna conversión de deuda genera ahorro actual de recursos; las ventajas radican en la reducción de

futuros compromisos y en la eliminación de los efectos de incentivo negativos que conlleva un exceso de deuda. Obsérvese, además, que en los acuerdos de conversión de deuda en recursos para la naturaleza, lo normal es que la condonación de la deuda no esté vinculada a ningún desembolso actual, sino que se condiciona más bien a la preservación de áreas inexplotadas y a posibles promesas futuras en materia de gastos.

Por esta razón, una posibilidad más atractiva cuando se vincula la deuda con la salud, es la que ofrecen los debates del Club de París en relación con la deuda bilateral oficial. El objetivo explícito es el de aliviar la deuda oficial reasignándola a un programa especial orientado a la salud. La fuente principal de alivio, dado que se reprograman en principal y los intereses, es el interés que se debe por la porción reprogramada. Habida cuenta de que al alivio dela deuda se le considera ahora como algo apropiado para los países pobres y que la solicitud específica se vincula a un programa de gastos en salud bien estructurado, creemos que este nuevo enfoque merece ser tenido en cuenta.

Las perspectivas de emplear préstamos de bancos privados, de fuerte descuento, como un medio para incrementar los gastos destinados a la salud dependen mucho más del efecto de ese tipo de recompras en las donaciones sobre las prioridades internas. No se facilitan recursos nuevos puesto que no se están atendiendo. Si bien las consideraciones de tipo fiscal pueden hacer que las donaciones sean una posibilidad, las consecuencias en materia de reglamentación y tributación son muy complicadas.

Si, además, se hicieran donaciones, cabría esperar que fuesen pequeñas y que se encauzaran a través de los ONG en lugar de los organismos públicos. Solicitar donaciones resultaría costoso desde el punto de vista administrativo y, por lo tanto, es el tipo de actividad que probablemente sea mejor dejar en manos de los ONG.

Para los pagadores más ricos, como Argentina, Brasil y México, cuya deuda bilateral oficial es limitada, los recursos que podrían obtener posiblemente a través del Club de París son mucho menores. La fuente más atractiva en potencia son las ventajas que se desprenderían de la sustitución de recursos de intermediación más eficientes.

Los títulos se venden a fuerte descuento en los mercados secundarios porque se les considera inseguros. Un activo más seguro rendiría mucho menos. La diferencia de rendimiento es un aumento neto de recursos reales. Esta modalidad de alivio de la deuda requiere la creación de un servicio con unos activos a los que se considere más seguros y exigiría también alguna contribución en forma de recursos reales para constituir su capital inicial.

Un arreglo de esta clase ejerce un efecto multiplicador sobre la aportación de capital inicial y, con los descuentos que ofrecen ahora los mercados secundarios, se convierten en un fuerte atractivo de recursos adicionales a través de las recompras de deuda. La forma de alivio que podría obtenerse de un servicio de estas características se podría estructurar para que resultara más ventajosa a corto plazo, como la reducción de intereses del plan Brady, si bien se

mantiene el pago íntegro del principal original a un plazo más largo.

Los requisitos clave son mantener los valores actuales y contar con financiación intermedia. En este caso, quedan aun más recursos reales disponibles que dedicar a la salud, recursos que, de otro modo, se habrían destinado a atender el servicio de la deuda.

Un enfoque como éste tiene sus limitaciones: la férrea oposición del Tesoro de Estados Unidos que hace que dicha iniciativa sea muy inviable desde el punto de vista político en estos momentos, la magnitud de los gastos que conlleva un servicio de ese tipo dedicado a una pequeña parte de la deuda en vez de a un total más grande, la inquietud por saber si los países continuarían o no cumpliendo sus obligaciones para con ese servicio puesto que, el alivio que reciben sería pequeño si se volvieran a captar los recursos para dedicarlos a las necesidades de la salud. Si los países no prosperan económicamente, no mejorarán sus perspectivas de futuro.

Una posibilidad alternativa para los países que cumplen sus obligaciones de pago es hacer de dicho fondo de salud un componente de las negociaciones bilaterales entre los países y los bancos en materia de diferenciales. Pequeñas reducciones de los diferenciales podrían generar grandes volúmenes de recursos. El hecho de que los países eligieran hacer del fondo de salud un elemento crucial de las negociaciones o utilizar los recursos para este fin dependería de las decisiones nacionales en las cuales cabría esperar que la POS tuviera poca influencia. Mientras que el Club de París cuenta por lo menos con algún tipo de estructura institucional con la que negociar, en las negociaciones entre los países y los bancos no se da la misma oportunidad.

CONDICIONALIDAD/SUPERVISION

Los nuevos recursos adicionales, aplicados al campo de la salud, especialmente si son de gran magnitud, entrañarán probablemente otros requisitos de supervisión. La condicionalidad no es popular en América Latina ni en las mejores circunstancias y, en estos momentos en los que la intervención es cada vez mayor, seguramente se la verá con peores ojos. Si los países están aportando recursos en moneda nacional por un monto igual o superior al que reciben, el resentimiento será aún mayor.

Si los programas no cuentan con indicadores disponibles sobre el desempeño, la supervisión será difícil y la insistencia en la misma puede convertirse en un factor de sesgo que favorezca a los programas con indicadores específicos aún cuando no sean los mejores posibles.

Por otra parte, mezclar los recursos con otros préstamos y programas equivale a perder la identidad especial del fondo para emergencias, vinculado a la crisis económica actual y a privarlo de una parte de su atractivo.

En la medida en que, sobre todo en los países más grandes, el compromiso interno es esencial, se diluye el carácter regional de la propuesta, con lo que la supervisión se convierte en una empresa más dudosa.

CONCLUSIONES PROVISIONALES/MEDIDAS A ADOPTAR

La idea de tratar de servirse de las transacciones de deuda para abordar los graves problemas de salud que afectan actualmente a la región es, sin lugar a dudas, atractiva. No sólo se aborda la cuestión de la provisión de recursos, sino también el tema de la percepción del problema de la deuda por parte del público. Con todo, como hemos visto, es necesario proceder a una calificación y a una diferenciación para que la idea en cuestión resulte viable.

En estas circunstancias hay que ponderar las posibilidades de éxito frente a la eventualidad de contar con un nuevo conjunto de préstamos oficiales de emergencia orientados directamente al mismo fin o a la movilización de los sentimientos nacionales (y de las prioridades nacionales), o ambas cosas a la vez, para conseguir los recursos reales necesarios en moneda nacional. Se da el caso de que la gran mayoría de los desembolsos se realizan en la moneda nacional y no en divisas.

Cualquiera que sea el camino elegido, la conclusión clara es que es necesario presentar argumentos cuidadosamente documentados que vinculen la crisis económica con sus repercusiones sobre la salud y que, igualmente prioritario, es indicar con el mismo grado de documentación qué recursos serían los apropiados.

Segundo, deben hacerse más consultas con los países para determinar hasta qué punto apoyan la idea del fondo para emergencias, aún a expensas de otros gastos nacionales. A falta de ese consenso es improbable que se llegue a conseguir algo importante.

Tercero, se deben examinar los enfoques comunes con otros organismos como UNICEF y otros, especializados en este campo, que pudieran ofrecer un mayor grado de apoyo y de coherencia.

Cuarto, se debe incorporar la posibilidad de crear un fondo para emergencias de esas características al marco de las actuales deliberaciones del ICARD. Los países de América Central se cuentan entre los más pobres de la región y el argumento en favor del alivio de la deuda tiene un componente político adicional que lo hace más atractivo.

Finalmente, y sólo después de haber cumplido las etapas anteriores, cabe considerar una aproximación al Club de París para ver cómo reaccionan ante la puesta en marcha de un fondo de salud para emergencias, al menos para los países más pobres.

LISTA DE PARTICIPANTES

Eduardo Bustelo
Asesor, UNICEF
Argentina

Richard Feinberg
Overseas Development Council
Washington, D.C.

Albert Fishlow
Department of Economics
University of California-Berkeley

Donald Lessard
Sloan School of Management
Massachusetts Institute of Technology

Jeffrey Sachs
Department of Economics
Harvard University

Carlyle Guerra de Macedo
Director
OPS/OMS
Washington, D.C.

Cesar Vieira
Coordinador, HSP
OPS/OMS
Washington, D.C.

Patricio V. Márquez
Ulysses B. Panisset
Residentes
Programa de Salud Internacional
OPS/OMS
Washington, D.C.

José Romero Teruel
Philip Musgrove
Rubén Suárez
Jorge Castellanos

Roberto Capote
OPS/OMS
Washington, D.C.

Si desea ordenar publicaciones favor dirigirse al:

Programa de Desarrollo de Políticas de Salud
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd Street, NW
Washington, D.C. 20037

FAX (202)861-2647