

## El perjuicio de la disminución de la inversión pública en servicios

DR. HASSAN ABDEL ATI

DR. GALAL EL DIN EL TAYEB



Las políticas de liberalización y privatización y los nuevos términos del comercio internacional han impactado negativamente en la economía nacional y la situación socioeconómica de la población. La disminución de la inversión pública en los servicios deterioró el desarrollo humano, como lo indican el descenso del consumo de calorías y el incremento de la población bajo la línea de pobreza. También se expresó en la incapacidad prácticamente total del gobierno para realizar sus objetivos en los ámbitos de la salud, la educación, el agua potable y el saneamiento.

### Factores que afectan el desarrollo humano

En 1996, la población bajo la línea de pobreza en el norte de Sudán ascendía al 84,6% del total en las zonas urbanas y al 93,3% de la población rural. Ningún estado tenía un porcentaje de pobreza inferior al 76% para los centros urbanos y al 80% para las zonas rurales. Se estima que las tasas de pobreza y deficiencia nutricional son muy superiores en Sudán meridional, devastado por la guerra y para el cual no existen cifras confiables. La guerra civil, que se extendió geográficamente y aumentó su intensidad, tuvo altísimos costos en términos de vidas humanas, con unos 2,9 millones de muertos desde 1983. La guerra ha destruido los recursos naturales y financieros y generó inestabilidad social y política. La degradación ambiental causada por el conflicto bélico, la sequía y la mala administración de los recursos también provocó una bioproductividad inferior.

Las políticas de liberalización y privatización y los nuevos términos del comercio internacional ejercieron un impacto negativo en la economía nacional y la situación socioeconómica de la población. Ese impacto se refleja especialmente en el colapso de las empresas de la industria nacional, que no pueden competir con los productos importados. El embargo económico declarado y no declarado que sufrió Sudán durante gran parte de la década de 1990 limitó la ayuda extranjera para el desarrollo, los préstamos y las inversiones. Esto ha sido consecuencia de la política exterior del régimen gobernante.

La Asistencia Oficial al Desarrollo (AOD) por habitante cayó de USD 32 en 1989 a USD 3 en 1995, y a menos de USD 0,50 en 1997. La suspensión de la AOD y el flujo limitado de Inversión Directa Extranjera en el sector productivo también contribuyeron con la salida de capitales y ahorros (destinados a la compra de importaciones), a un ritmo mucho mayor que los ingresos generados por las exportaciones. Los créditos extranjeros, en lugar de resolver los problemas económicos, se convirtieron en un problema más al reducir el gasto público. La deuda externa de Sudán ascendía a USD 24 mil millones a fines de 1999, un incremento del 77,4% en 10 años que implica un pago anual por servicio de la deuda de USD 1.300 millones.<sup>1</sup>

### Empleo, salarios, trabajo y mendicidad infantil

Según estadísticas del Ministerio de Recursos Humanos (1990), la tasa nacional de desempleo constituye 16,5%, discriminada en 13,0% para los hombres y en 28,0% para las mujeres, y en 15,5% en el medio rural y en 19,6% en el urbano. Paradójicamente, el desempleo es mayor en los estados donde el Estado es la principal fuente de trabajo, principalmente por los despidos de trabajadores, junto con las condiciones impuestas por los Programas de Ajuste Estructural y las políticas de privatización.

Que el ingreso per cápita haya aumentado del equivalente de USD 284 en 1996 a USD 288 en 1999 puede causar confusión, ya que el poder adquisitivo se ha deteriorado seriamente debido a la inflación. El alza de precios y el congelamiento de los salarios son indicadores de la mala situación de los empleados del sector público y los asalariados en general, y explican el éxodo que afecta al sector público.

Los niños que trabajan constituyen el 10% de la fuerza laboral y el 24% de la población infantil en general. Otro fenómeno social, estrechamente vinculado al trabajo infantil, es el de los niños de la calle dedicados a pedir limosna. Las cifras existentes sugieren que 66 mil niños viven en la calle en Sudán, con un incremento del 5,4% entre 1996 y 1999. Se calcula que esta cifra habrá aumentado a 13,9% en 2002.

### Indicadores sanitarios

#### Morbilidad y mortalidad subregistradas

Las cinco enfermedades principales (malaria, neumonía, diarrea, deficiencia nutricional y septicemia) tienen en conjunto una tasa de morbilidad 20,2% superior a la tasa nacional y más del 64% por encima de la tasa general. Sin embargo, estas cifras sólo reflejan a los pacientes internados y registrados en hospitales. Gran cantidad de los casos de enfermedades no se reportan por imposibilidad de acceder geográficamente a los centros de salud y por la falta de información sanitaria. Muchos carecen de acceso a las instituciones sanitarias, sobre todo después de la incorporación del programa de recuperación de costos con el paquete de ajuste estructural que fue aplicado energicamente entre 1996 y 1998.

Se calcula que en 1997 el 98% de los niños menores de cinco años y el 81% de las madres en Darfur del Norte padecían anemia.<sup>2</sup> La tasa de mortandad infantil muestra una tendencia a la baja en las regiones del norte en el período de 1993 a 1999, pero aumentó para la región austral del país. La tasa más baja se registra en Khartoum, lo cual indica una concentración urbana de los servicios. La tasa de mortandad materna aumentó considerablemente, de 365 muertes cada 100 mil nacimientos vivos en 1995 a 504 en 1999, un incremento del 38% en cuatro años.<sup>3</sup>

#### SIDA

Según estadísticas oficiales, los casos diagnosticados con SIDA pasaron de dos en 1986 a 2.607 en 1999, a 8.222 (4.190 casos confirmados de SIDA, 4.032 portadores de VIH) en abril de 2002.<sup>4</sup> La tasa promedio anual de

1 H. A. Abdel Ati, Ed. «International Commitments and Developments Since 1992 and their Implications for the Implementation of Agenda 21», *Sustainable Development in Sudan Ten Years After Rio Summit: a Civil Society Perspective*, Khartoum, 2002.

2 UNICEF, *Situation Analysis of Women and Children in the Sudan*, Oficina de Sudán, Khartoum, 1999.

3 A. Ali, *The Role of Population Education in the Process of Family Welfare in the Sudan*, Tesis de Ph.D., Departamento de Geografía, Facultad de Artes, Universidad de Khartoum, 2001.

4 Ver el Informe Ockenden en Abdel Ati, *op. cit.*

incremento entre 1996 y 1999 llegó a ser del 27%, y la tasa actual es del 1,6%. Más del 71% de los casos diagnosticados son hombres, de los cuales el 93% pertenecen a la franja etaria de 15 a 49 años. En los últimos dos años se reconoció oficialmente la propagación del SIDA, antes negada, y más recientemente el gobierno formó un consejo encargado de tomar las medidas necesarias para combatir la enfermedad. La promoción de conductas de sexo seguro, información y educación parece ser el medio más efectivo de combatir la enfermedad, aunque hasta el momento se ha hecho muy poco en este sentido.

### Educación básica: abandono y ausentismo

El abandono y el ausentismo escolar son problemas graves. La tasa de conclusión anual promedio para el periodo 1996-1999 fue del 53,6% para ambos sexos, 50,8% para los varones y 57,2% para las niñas. Las instalaciones de la enseñanza (como edificios y materiales de enseñanza) y la capacitación de maestros, que afectan directamente el desempeño académico y la eficacia educativa, son pésimas en la gran mayoría de las escuelas. El porcentaje de maestros capacitados en el norte de Sudán, que ascendía al 75% en 1991, cayó al 68,3% en 1996 y al 54,7% en 1999.<sup>5</sup> Las variaciones regionales son enormes, por ejemplo, el 86% en Darfur Occidental, el 67,1% en Kordofan del Norte y el 50% en el estado de Gezira.

### Agua: 90% de epidemias por falta de agua potable

La situación general con respecto al agua es sombría. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) respecto a las necesidades por habitante, el consumo actual constituye respectivamente 58,2%, 24,4% y 35,9% del total de las necesidades urbanas, rurales y totales del agua.<sup>6</sup> Según la OMS, aproximadamente el 90% de las epidemias en Sudán son transmitidas por el agua y derivadas de ella, lo cual provoca la muerte del 40% de los niños menores de cinco años.<sup>7</sup> El gobierno de Sudán se fijó la meta del acceso universal al agua potable y al saneamiento. Para conseguirla, la Estrategia Nacional Integral (ENI) (1992-2002) otorga prioridad a las estrategias siguientes: protección del agua de la contaminación, una mayor participación comunitaria, tecnología apropiada de bajo costo, y la disponibilidad de 18 litros por habitante por día (l/h/d) en las zonas rurales y de 90 l/h/d en los centros urbanos.<sup>8</sup>

### Suministro de agua rural

El volumen total del suministro rural de agua en todos los estados de Sudán se calcula en 528,336 metros cúbicos, lo cual equivale a un suministro promedio diario por habitante de 0,025 metros cúbicos para la población rural. Una parte considerable del recurso se pierde por evaporación y derroche. La contribución de los pozos de agua al suministro total es importante y representa el 69,2%, seguido por las bombas manuales (12,1%), el sistema de recolección de agua de lluvia conocido como *hafir* (11,8%), los filtros de arena (6,4%) y los manantiales (0,5%).<sup>9</sup>

Algunas regiones, especialmente en el medio rural, padecen grave escasez. El consumo promedio diario por habitante varía entre un máximo de 35,3 litros en Khartoum y un mínimo de 2,3 litros en el estado de Darfur Occidental. Las cifras máximas y mínimas de consumo de agua potable en Sudán comprenden 35,4 y 1,5 l/h/d respectivamente.

El sector rural del agua ha dependido de fondos extranjeros, con cierta participación comunitaria local. La caída de la inversión pública perjudicó el avance de los programas rurales de abastecimiento de agua. El programa de tres años realizado con la ENI tuvo tasas muy bajas de consecución en el periodo 1992-1995. Las tasas más elevadas de consecución logradas por el programa de bombas manuales son, principalmente, resultado del fuerte apoyo de UNICEF, de la participación efectiva de la comunidad y de la utilización de tecnologías apropiadas y eficaces en función de los costos.

5 UNICEF, 1999, *op. cit.*

6 Proyecto de Agua y Saneamiento 2000: Cuadros 28 y 34.

7 UNICEF, 1999, *op. cit.*

8 La OMS indica que la necesidad asciende a 20 l/h/d en el medio rural, a 100 en Khartoum y a 80 en otros centros urbanos.

9 UNICEF, 1999, *op. cit.*

### Suministro de agua urbano

En la última década se experimentó un crecimiento en la migración del medio rural al urbano. La población urbana creció de 6,8 millones en 1993 a 10,3 millones en 1999 (un incremento del 51,5%). Esto generó una mayor presión sobre los limitados servicios hídricos urbanos. El objetivo del gobierno es proporcionar conexiones al suministro de agua por cañería al 85% de la población urbana para el año 2002, y el 15% restante será abastecido por grifos públicos.

El objetivo del consumo de agua en el sector urbano (90 l/h/d) no se había logrado en 1999 en ninguno de los 26 estados del país. La tasa de consecución fue del 56,8% para toda la población urbana. La tasa más alta se logró en Khartoum (81%) y la menor en la región de Bahr El Ghazal (13,6%). En cuanto al tipo de abastecimiento, aproximadamente el 30% de la población urbana poseía conexiones a cañería en 1999 (35,1% del objetivo) y en ningún estado la proporción de población urbana con conexión en su vivienda superaba el 40%. Se calcula que ninguno de los objetivos de la ENI con respecto a la disponibilidad, el tipo y la calidad del abastecimiento del agua urbana se alcanzarán para fines del periodo de la ENI (2002). Tampoco se atendió el problema de la desigualdad entre las regiones.

### Conclusión

La caída de inversión pública en los servicios se refleja negativamente en el desarrollo humano. Esto se indica por la caída en el consumo de calorías por habitante y en el incremento del porcentaje de la población bajo la línea de pobreza, de por sí elevado. También se refleja en la imposibilidad de cumplir ninguna de las metas fijadas por la ENI en los campos de la salud, la educación, el agua potable y el saneamiento. Varias tendencias merecen una atención especial:

- A pesar del crecimiento del PBI, la balanza comercial positiva y el incremento de la deuda externa, el presupuesto para el desarrollo y el gasto social han descendido. Posibles explicaciones son el elevado gasto destinado a la guerra (defensa y seguridad) y el cese de la AOD y las sanciones comerciales a las que fue sometido el país en gran parte del decenio de 1990.
- Aunque disminuyó la incidencia de enfermedades, la mortalidad infantil y materna se agravaron, lo cual sólo puede atribuirse a la pobreza y los malos servicios.
- El fuerte crecimiento en el número de niños de la calle está muy vinculado al descenso en las inscripciones escolares y a las elevadas tasas de abandono. El creciente número de niñas en la calle también representa una amenaza para la propagación del SIDA.
- Todos los indicadores empleados confirman que persisten grandes disparidades regionales. ■

### Referencias

- Ali Abdalla Ali, *Inversión Extranjera Directa en Sudán 1990-1999*, informe inédito, Banco de Inversiones Financieras, agosto de 2000.
- Banco Mundial, *Sudán at a Glance*, 2000.
- Centro de Estudios Estratégicos (Sudán), *Informe Estratégico de Sudán*, 1998, 1999 y 2000, Khartoum (en árabe)
- Corporación Nacional del Agua, *Informe Anual 1999*, Khartoum.
- Gobierno de Sudán, *Cuarto Censo de Población de Sudán 1993*, Departamento de Estadística, Khartoum, 1995.
- Gobierno de Sudán, *Enciclopedia de los Estados 2000*, Khartoum, 2000.
- Gobierno de Sudán, *Encuesta Económica*, 1994 y 1995, Departamento de Estadística, Khartoum, 1994.
- Gobierno de Sudán, *Estrategia Nacional Integral 1992-2002*, Informes del Subgrupo de Desarrollo de Recursos Humanos, 1995-1998, Khartoum.
- Gobierno de Sudán, *Estrategia Nacional Integral 1992-2002*, Khartoum, KUP, 1992.
- Gobierno de Sudán, *Informe Estratégico del País*, 1997 y 1999, Khartoum.
- Ministerio de Recursos Humanos, *Informe Estadístico Anual*, 1996 y 1999, Khartoum.
- Ministerio Federal de Educación, *Anuario Estadístico*, 1996 y 1999, Khartoum.
- Ministerio Federal de Salud, E.P.I., *Informe Estadístico Anual*, 1996 y 1999, Khartoum.
- UNFPA, *Informe Anual*, 1996 y 1999, Khartoum.
- UNICEF, *Situation Analysis of Women and Children in the Sudan*, Oficina de Sudán, Khartoum, 1996.