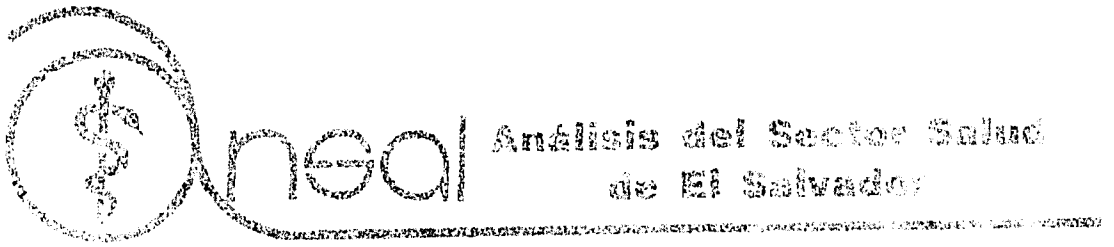
PN ABT-515



INFORME FINAL

Editado y producido por el proyecto "Análisis del Sector Salud", bajo el auspicio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial para la Salud OPS/OMS, el Banco Mundial BM y el Banco Interamericano de Desarrollo BID.

Mayo, 1994

John L. Fiedler

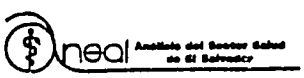
FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD

El Salvador

Análisis del Sector Salud

Mayo, 1994

A



Las opiniones expresadas en este informe son personales del (los) autor (es) y no expresan las opiniones de ls agencias patrocinadoras (AID, BM, OPS/OMS, BID). La mención de marcas comerciales no implica endoso personal o de las agencias que han financiado este proyecto.

Mayo, 1994

INDICE

ACRONIMOS i
AGRADECIMIENTOS iii
RESUMEN EJECUTIVO v
OBJETIVOS Y METODOLOGIA xi

Capítulo I Generalidades del Sector Salud 1

1 Organización y cobertura del Sector/*1*
2 Recursos financieros del Sector Salud/*4*
3 Prestación de servicios de salud en El Salvador/*6*
4 Disparidades en la distribución de recursos de atención y servicios de salud en El Salvador/*12*
4.1 Desigualdades geográficas/*12*
4.2 Organizaciones de membresía y desigualdades subsectoriales/*16*

Capítulo II Una mirada de cerca a los subsectores individuales: estructura y financiamiento 23

1 Bienestar Magisterial/*23*
2 Administración Nacional de Telecomunicaciones/*25*
3 Comisión Ejecutiva del Río Lempa/*29*

4 Instituto Salvadoreño del Seguro Social/*30*
4.1 Cobertura/*31*
4.2 Distribución geográfica de los cotizantes/*34*
4.3 Financiamiento del ISSS/*34*
4.4 Aspectos de eficiencia, haciendo comparaciones internacionales y nacionales/*35*
4.5 Coordinación ISSS-MSPAS/*38*
4.6 Privatización parcial de la atención ambulatoria especializada del ISSS/ *39*
4.7 Satisfacción de los beneficiarios del ISSS/ *40*
5 El Sector Privado/*40*
5.1 El subsector con fines de lucro /*41*
5.2 Hospitales privados/*43*
5.3 Laboratorios clínicos/*45*
5.4 Laboratorios patológicos/*46*
5.5 Radiología/*47*
5.6 Seguros de salud privados/*47*

Capítulo III El financiamiento del Ministerio de Salud 49

1 Generalidades de la organización y estructura/*49*
2 Gastos totales del MSPAS/*53*
2.1 MIPLAN y la asistencia externa/*53*
2.2 El tema de la sostenibilidad: estimando la importancia de la cooperación internacional para el financiamiento de los costos de operación del MSPAS/*54*
3 Gastos del presupuesto ordinario del MSPAS/*58*
3.1 Medidas absolutas del bienestar financiero del MSPAS/*58*
3.1.1 Gastos de fondos del presupuesto ordinario del MSPAS en colones actuales/*58*
3.1.2 Gastos de fondos del presupuesto ordinario del MSPAS en colones constantes/*60*
3.2 Medidas relativas del bienestar financiero del MSPAS/*62*
3.2.1 Proporción de los gastos del Gobierno Central asignados al MSPAS/*63*
3.2.2 Gastos del MSPAS y el tamaño del Sector Público/ *65*
3.2.3 Gastos del MSPAS como porcentaje del PIB/*69*

4 Conclusión y perspectivas de cambio/*71*
5 Aspectos importantes relacionados con el financiamiento del MSPAS/*74*

Capítulo IV Impedimentos estructurales para mejorar la eficiencia operacional y de asignación del MSPAS 81

1 Agencias centralizadas en comparación con las descentralizadas/*81*
2 Fragmentación presupuestaria: inversión en comparación con los presupuestos de operación e implicaciones de los costos recurrentes/*89*
3 Implicaciones de la asignación de recursos en base a presupuestos históricos/ *91*
4 El cambio completo en el desempeño del MSPAS después de 1986 y las perspectivas futuras/*93*
5 Cómo no se debe tratar de solventar los déficits presupuestarios del MSPAS/*94*
6 Otras áreas poblemáticas restantes/*96*
6.1 Asuntos de personal: tendencias de compensación y de productividad/*96*
6.2 El sistema de personal del MSPAS y la responsabilidad de dar cuentas/ *97*
6.3 Visitas de emergencia y horas de consulta: asuntos de eficiencia y acceso/*98*
6.4 Si se llegaran a construir más instalaciones, éstas deberían ser Unidades de Salud/*101*

E

Capítulo V Conclusiones y recomendaciones 103

1 Tres temas generales-Ministerio de Salud/*103*

1.1 La necesidad de prepararse para la salida de los dos proyectos de asistencia internacional claves que sostienen los costos de operación del MSPAS/*103*

1.2 Reforma de la estructura del MSPAS a fin de hacer responsables a los empleados y proporcionarles incentivos incluyendo incentivos financieros y gerenciales/*106*

1.3 El encanto de la descentralización: ¿Pero cómo, hacia dónde y cuándo?/*106*

1.4 La necesidad de aumentar la disponibilidad de recursos efectivos del MSPAS/*110*

2 Mayores elementos específicos para una estrategia financiera del MSPAS/*110*

2.1 Movilización de recursos adicionales/*110*

2.1.1 Revisión del paquete de reformas de las cuotas de usuario actuales/*110*

2.1.2 Cuotas de usuarios e incentivos positivos para los proveedores del MSPAS/*112*

2.1.3 Obtención de ingresos provenientes de impuestos específicos destinados al Ministerio de Salud/*112*

2.2 Mejoramiento de la administración del MSPAS: aumentando la eficiencia/*116*

2.2.1 Uso de recursos/*116*

2.2.2 Mejoramiento de las políticas relacionadas con personal/*117*

2.2.3 Desarrollo de un enfoque basado en las necesidades y en el desempeño para la planificación y asignaciones presupuestarias/*121*

2.2.4 Desarrollo de una fórmula de asignación presupuestaria regionalizada/*122*

2.2.5 Se deben abordar las deficiencias gerenciales inherentes a la existencia continuada de sistemas de información financiera fragmentados y poco sistemáticos/*124*

2.2.6 Articulación de un plan detallado para la descentralización y procuración de la capacitación necesaria para asegurar que las oficinas regionales estén preparadas para asumir sus nuevas responsabilidades/*124*

F

2.2.7 Conducción de estudios de costo-efectividad de
(a) Servicios de apoyo generales y mantenimiento y
(b) Servicios de apoyo técnico especializado y clínicas de algunas instalaciones del MSPAS para determinar si sería menos caro contratar servicios en el Sector Privado/ *125*

2.3 Aumento en la recuperación de costos/*125*

2.3.1 Procuración de asistencia técnica para mejorar el desempeño de los patronatos/*125*

2.3.2 Aumento en la venta de los bienes y servicios del MSPAS y alquiler de espacio de paciente interno del MSPAS al Sector Privado/*126*

ANEXOS 127

1 Proceso de revisión de los informes preliminares/*129*

2 Personas entrevistados/*133*

BIBLIOGRAFIA 135

G

ACRONIMOS

AID	EE.UU. Agencia para el Desarrollo Internacional
ANTEL	Administración Nacional de Telecomunicaciones
APSISA	Apoyo de Sistemas de Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Bienestar Magisterial del Ministerio de Educación
CDD	Consejos Departamentales de Desarrollo
CEE	Comunidad Económica Europea
CEL	Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa
CDM	Consejo Departamental de Municipalidades
COMURES	Corporación de Municipalidades de la República de El Salvador
DAFP	Documento de Avance de Fondos Públicos
DAIP	División de Administración de Inversiones Públicas
DRG	Sistema del Grupo Relacionado de Diagnóstico
FESAL	Encuesta Nacional de Salud Familiar
FUSADES	Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social
GOES	Gobierno de El Salvador
GTZ	Agencia de Desarrollo Alemán
ISDEM	Instituto Salvadoreño de Desarrollo Municipal
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
MEA	Municipalidades en Acción
MIPLAN	Ministerio de Planificación
MSPAS	Ministerio de Salud y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial para la Salud

ONG	Organización no Gubernamental
OPS	Organización Panamericano de Salud
OR	Oficinas Regionales del MSPAS
PL-480	Ley Pública 480
PNUD	Proyecto de las Naciones Unidas de Desarrollo
PRN	Plan Nacional de Reconstrucción
PROSAMI	Proyecto de Salud Materno-Infantil
REACH	Proyecto de Recursos para la Salud Infantil
SCAP	Sistema Computarizado de Administración Presupuestaria
SETEFE	Secretaría Tecnológico de Financiamiento Internacional
SM	Sanidad Militar
SRN	Secretaría de Reconstrucción Nacional
UTMIM	Technical Unit for Medicines and Medical Supplies

AGRADECIMIENTOS

Este informe técnico es el resultado de muchas horas de entrevistas e investigación sobre los aspectos del financiamiento del Sector de Salud de El Salvador. Muchas personas ayudaron en este estudio, y agradecemos a todos por su tiempo y paciencia. Queremos agradecer especialmente al grupo de computo del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

RESUMEN EJECUTIVO

El análisis del Sector Salud de El Salvador incluye a los proveedores más importantes de atención de salud, es decir el Ministerio de Salud (MSPAS), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), las 17 agencias del gobierno central que tienen sus propios servicios de salud o sus presupuestos de atención de salud administrados independientemente -los más importantes son Sanidad Militar (SM), Administración Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL) y la Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa (CEL)- y el Sector Privado.

Según la creencia convencional, el Ministerio de Salud proporciona atención al 80 por ciento de la población, aunque de acuerdo con el estudio basado en la encuesta de hogares de 1989, parece que el MSPAS atiende sólo a cerca del 40 por ciento del total de atención de consulta externa y aproximadamente el 75 por ciento del total de atención hospitalaria, mientras que la cuota del ISSS es del 11 y 15 por ciento, respectivamente. El Sector Privado (con y sin fines de lucro) y otros servicios de salud gubernamentales prestan el resto de los servicios de atención de salud, 49 por ciento de las consultas externas y el 10 por ciento de las hospitalizaciones.

En 1992, los gastos de salud en El Salvador (excluyendo a las ONGs) constituyeron el 3,71 por ciento del PIB, lo que es inadecuado en comparación con otros países latinoamericanos. Los recursos limitados no se están usando para producir la mezcla correcta de servicios de atención de salud (es decir, hay considerables ineficiencias de asignación). Específicamente, se gasta poco en atención primaria de salud y demasiado en atención curativa proporcionada por un médico en un hospital. Lo que es más, la eficiencia con la que la mayoría de servicios y actividades se están produciendo (es decir, eficiencia operacional) es generalmente baja. Por ejemplo, a pesar de la reducción significativa en el número de camas de hospital en El Salvador que ocurrió en los años ochenta, las tasas de ocupación a través del sector permanecen persistentemente bajas, promediando 60-65 por ciento.

Aunque el promedio nacional de la prestación de servicios de salud per capita parece ser adecuado, para la mayoría de salvadoreños no lo es, debido a serias desigualdades en la distribución de recursos y servicios de atención de salud. Por ejemplo, los afiliados del Seguro Social reciben anualmente un promedio de 10 consultas por persona, comparado con el 0,7 para el 80 por ciento de la población que se supone dependen del Ministerio de Salud. Por cada colón que gasta el MSPAS en su clientela por mandato, los sistemas privilegiados de ANTEL y CEL gastan 11 y 18 colones respectivamente.

Los ingresos de la mitad de la población salvadoreña están por debajo de la línea de pobreza y la mitad de estas personas pobres (un cuarto de todos los salvadoreños) tienen ingresos que son inadecuados para comprar aun los requerimientos nutricionales básicos. Mientras que se estima que aproximadamente un cuarto de la población carece de acceso a la atención, el 59 por ciento de las personas que están en el quintilo de ingresos más alto y el 78 por ciento de las personas hospitalizadas que están en el siguiente quintilo más alto son tratadas en hospitales del MSPAS en donde reciben atención a precios altamente subsidiados. La cuenta promedio de un hospital del MSPAS es a penas un 6 por ciento de la cuota promedio del Sector Privado (146 y 2330 colones, respectivamente). En vista de la meta contraída por el Ministerio de brindar atención a todos los indigentes, estos subsidios demasiado generosos constituyen asignaciones desacertadas del presupuesto limitado del Ministerio. El Ministerio debe enfocar mejor sus recursos a los pobres para poder aumentar su acceso a una atención de calidad cobrándole a aquellos que pueden pagar el costo total o más por los servicios que reciben en el MSPAS. Esto hará que las personas con ingresos adecuados busquen proveedores privados y, por lo tanto, estimulará el crecimiento y

desarrollo del Sector Privado el cual ha sido sobrepasado en número por el Sector Público durante largo tiempo.

Los recursos del Sector Salud están concentrados en forma desproporcional en San Salvador. Aunque el MSPAS ha sido el único mecanismo a través del cual se ha equilibrado más la disponibilidad de recursos de atención de salud en El Salvador, actualmente gasta 135 colones per capita en las únicas dos regiones del país que tienen menos de la cuota nacional promedio de pobres, y 99 colones per capita en las tres regiones más pobres. Cuarenta y dos por ciento del total de gastos operacionales del MSPAS ocurren en San Salvador, en donde vive el 29 por ciento de los salvadoreños, dejando un 71 por ciento de la población con una cobertura inadecuada del MSPAS. El nivel de concentración de los recursos y servicios de todos los otros subsectores del Area Metropolitana es sustancialmente mayor que el del MSPAS -72 por ciento de los recursos del ISSS, 80 por ciento de los de ANTEL y 70 por ciento del Sector Privado- lo que resulta en que los dos tercios de los recursos del sector completo están concentrados en el Area Metropolitana.

Tres cuartos (74,6 por ciento) de los gastos de entrega directa de servicios del MSPAS están dedicados a sus 30 hospitales, lo que sólo deja un 25 por ciento para sus 360 instalaciones de atención primaria, que constituyen el tipo más costo-efectivo de atención de salud. Aunque la excesiva concentración de los recursos del MSPAS en atención secundaria y terciaria constituye un uso ineficiente de recursos, la mayor parte de las otras organizaciones no prestan servicios de atención primaria de salud ni preventiva, o acaban de comenzar a desarrollarlos en los últimos 2-3 años.

Recomendaciones generales

1. Desarrollar un fondo de salud único, universal y obligatorio financiado con las contribuciones de todos los patronos y trabajadores y utilizado para comprar un conjunto uniforme de servicios para todos.

2. Implementar un sistema de salud nacional único. Esto podría conllevar un período de instalación gradual de varios años. En ese intervalo deberán implementarse las siguientes reformas al sistema del ISSS: (a) debe desincentivarse el exceso de utilización de los beneficiarios del ISSS requiriendo que los beneficiarios del ISSS efectúen un pago adicional por los servicios de atención curativa; (b) una moratoria en toda la construcción de hospitales; (c) las personas que pagan contribuciones al Seguro Social para atención de salud deberán tener la opción de comprar cobertura de seguro privado con esas mismas sumas; y (d) el esquema de privatización del ISSS para las consultas externas y atención pediátrica se deben abrir a otros proveedores (que no sea el ISSS).

3. Como un paso intermedio en el desarrollo de un sistema de atención de salud nacional, los beneficiarios de ANTEL, CEL, Bienestar Magisterial y otros sistemas de atención de salud casi públicos/paraestatales o esquemas de financiamiento de salud deberán afiliarse al ISSS.

MINISTERIO DE SALUD

Evolución del financiamiento del MSPAS

Los gastos del MSPAS como una porción del PIB subieron de valor cada año a partir de 1975 hasta llegar a su punto máximo en 1981. De ahí en adelante, a excepción de 1984, cayeron cada año hasta llegar a su punto más bajo en 1992 en menos de la mitad del 1 por ciento. En 1993 los gastos del MSPAS como porcentaje del PIB subieron por primera vez en 9 años a 1,1 por ciento del PIB, pero se mantienen aproximadamente un 50 por ciento más bajos que su promedio para el período 1975-1993. Tanto en

términos absolutos como relativos, el financiamiento del Ministerio de Salud de El Salvador resulta inadecuado.

Asuntos administrativos
La administración y planificación en el MSPAS resulta difícil debido a la estructura organizacional fragmentada del Ministerio: los 15 hospitales principales son agencias autónomas de las cuales la oficina central del MSPAS tiene pocos datos financieros y conocimiento en general; la Unidad de Proyectos de Inversión del MSPAS y la Unidad de Planificación Financiera no están integradas (por lo tanto, los costos recurrentes de proyectos que están a punto de iniciarse rara vez se toman en cuenta); y existen seis fuentes diferentes de financiamiento del MSPAS, cada una con su propio sistema de control y supervisión. Como resultado, nadie de dentro del MSPAS tiene conocimiento de todos los recursos financieros del MSPAS.

El criterio para la asignación de recursos basados en presupuestos históricos, en lugar de la asignación de recursos en base a metas organizacionales, situación de salud o algún otro criterio relacionado con la salud pública ha cambiado un poco como resultado de las iniciativas y estipulaciones de los donantes internacionales. Dado el nivel de actividades auspiciadas por donantes en El Salvador, esto ha resultado en la virtual abdicación del MSPAS a su control sobre su presupuesto. Esta situación ha comenzado a cambiar también. El Ministerio negoció un aumento del 29 por ciento en su asignación, marcando así una meta importante en el manejo de sus propios asuntos.

Entre 1975 y 1984 un proyecto auspiciado por donantes internacionales amplió el número de instalaciones del MSPAS en un 41 por ciento, lo que requirió un aumento de más de 2.000 empleados en dicho Ministerio. Los gastos de personal, un 55 por ciento de los gastos totales del MSPAS en 1977, subieron al 92 por ciento en 1984. Al mismo tiempo, la escalada de la guerra y el trastorno económico resultaron en una erosión seria del presupuesto del MSPAS, precipitando una crisis de costos recurrentes. Simultáneamente, todos los demás desembolsos (para medicinas, suministros médico-quirúrgicos, maquinaria, equipo, mantenimiento y reparaciones) se precipitaron del 45 al 7 por ciento de los gastos del MSPAS.

La dependencia originó del crisis al restaurarse la viabilidad del Ministerio mediante la masiva asistencia extranjera en la forma de medicamentos y suministros médicos comprados por el AID en el período 1986-1987. La asistencia extranjera financió entre el 25 y el 30 por ciento del total de costos operacionales anuales del Ministerio. Aunque el nivel de esa dependencia se ha aminorado ligeramente en los últimos años, en 1992 la combinación de recursos provenientes de proyectos de USAID, el Banco Mundial y el Programa Mundial de Alimentos cubrieron el 21 por ciento de los gastos operacionales del MSPAS. Los proyectos de USAID y del Banco Mundial representan por sí solos el 15 por ciento de los gastos de operación del MSPAS, y el Ministerio debe estar preparado para sufragarlos cuando terminen tales proyectos en los próximos 2 años.

Asuntos de eficiencia
La productividad de los proveedores del MSPAS es baja y parece estar decayendo. En 1987-88, los médicos promediaron 1.102 consultas por plaza; en 1990-91, el promedio fue de sólo 852, lo que significa una caída del 23 por ciento. Un estudio efectuado en 1992 encontró que los médicos del MSPAS dan la mitad de las consultas por hora contratada que están supuestos a dar, de acuerdo con las normas del MSPAS, y que son menos de la mitad de productivos que un médico del ISSS.

Una razón para esta caída y decadencia de la productividad de los médicos del MSPAS es que su nivel real promedio de remuneración ha caído en más del 80 por ciento desde 1980. Además, la compresión salarial ha estrechado significativamente los diferenciales salariales entre los diferentes profesionales del

MSPAS, disminuyendo la motivación del personal más altamente calificado. También existen desigualdades regionales bien marcadas en la composición y desempeño del personal, lo que refleja la ausencia de protocolos de tratamiento estandarizados y normas de contratación.

La grave escasez de enfermeras y la relación de enfermera-médico (la relación recíproca de 3 ó 4 a 1 recomendada para los países en desarrollo) ha estimulado demasiada dependencia en los médicos (quienes prestan el 89 por ciento de toda la atención del MSPAS), y ha resultado en costos laborales innecesariamente altos. El 57 por ciento de todos los médicos del MSPAS que trabajan en los centros, unidades y puestos de salud, y tres cuartos de los que trabajan en puestos no administrativos en los hospitales únicamente trabajan 2 horas al día. Además, la composición de los médicos del MSPAS es tal que fracasa en el intento de promover un cuerpo de profesionales identificados con el Ministerio, estimula la baja productividad y genera costos fijos por médico más altos de lo necesario.

Una creciente proporción de todas las visitas de atención ambulatoria del MSPAS que son tratadas como emergencias (33 por ciento de todas las visitas ambulatorias hospitalarias en 1992), manifiestan la inaccesibilidad de la atención de consulta externa (horas restringidas) al mismo tiempo que constituyen un problema económico serio (le cuesta al hospital un 60 por ciento más que brindar una visita ambulatoria que no es de emergencia). El MSPAS pudo haber ahorrado aproximadamente 22 millones de colones, cerca del 10 por ciento de los gastos totales de operación de 1992 de los 14 hospitales más importantes del MSPAS, reduciendo al nivel acostumbrado el número de visitas de atención ambulatoria tratadas como emergencias (15 por ciento).

Recomendaciones

Reformas inmediatas. A fin de consolidar programas y actividades y aumentar la disponibilidad de recursos, el Ministerio debe perseguir simultáneamente cuatro enfoques complementarios: (1) destinar recursos selectivamente para proporcionar servicios de atención primaria de salud a la población subservida; (2) movilizar recursos adicionales aumentando los niveles de cuota de usuario y desarrollando fuentes alternativas de financiamiento; (3) contener costos y mejorar la eficiencia; y (4) mejorar el funcionamiento de los sistemas de cuota de usuario y desarrollar otros mecanismos de recuperación de costos.

1 Mejorar las políticas relacionadas con el personal: (a) aumentando el número de otros proveedores del MSPAS -es decir, enfermeras y enfermeras auxiliares- en relación a los médicos; (b) requiriendo que los médicos trabajen un mínimo de 4 horas y preferiblemente de 6 a 8 horas diarias; (c) estableciendo la atención estandarizada y la asignación de personal base según la necesidad; (d) revirtiendo la tendencia de 10 años de compresión salarial: aumentando los salarios de profesionales en relación a las categorías de menos calificadas para mejorar la moral, productividad y retención de los empleados del MSPAS más calificados; (e) desarrollando y proporcionando incentivos positivos para los proveedores de servicio del MSPAS; y (f) aumentando las horas regulares de consulta para incluir los turnos de la tarde y primeras horas de la noche.

2 Desarrollar un enfoque basado en necesidades y desempeño para la planificación y asignación de presupuestos.

3 Desarrollar una fórmula de asignación de presupuesto específica para municipio y/o departamento.

4 Desarrollar una fórmula de asignación de presupuesto hospitalario accionado por niveles de prestación de servicios incluyendo los controles para una mezcla de casos.

5 Abordar las ineficiencias administrativas inherentes a los sistemas de información financiera fragmentados y poco sistemáticos.

6 Articular un plan detallado de descentralización, incluyendo un plan para la desaparición gradual de las Oficinas Regionales del MSPAS, identificando los papeles, naturaleza y mecanismos de coordinación a nivel departamental (el Departamento de Salud del Consejo Departamental de Desarrollo), y la capacitación necesaria para garantizar que las oficinas departamentales estén preparadas para asumir sus nuevas responsabilidades.

7 Conducir estudios costo-efectivos de algunas de las instalaciones del MSPAS para determinar si sería menos caro contratar estos servicios con el Sector Privado.

8 Proporcionar asistencia técnica para mejorar el desempeño de los sistemas de cuota de usuario, y desarrollar una estructura nacional de cuotas con precios más bajos para los estratos de atención más bajos, para los servicios de atención primaria de salud, y para las áreas rurales.

9 Aumentar la venta de bienes y servicios del MSPAS y la renta de espacio hospitalario del MSPAS al Sector Privado.

Recomendaciones de mediano-largo plazo. Debe evaluarse el desempeño y rendición de cuentas en el Sector Salud en términos del enfoque efectivo de las necesidades de salud de la población, medidos por los cambios en la situación de salud. La Descentralización promete ser capaz de generar mayores incentivos y responsabilidad de dar cuentas. Desafortunadamente, al presente la capacidad local (a nivel de municipio) para administrar una organización del sistema de atención de salud a penas se está gestando. Algunos municipios tienen la capacidad de administrar sus propias instalaciones de salud (ya sea directamente o contratando a una entidad privada), pero son la excepción. Lo más que puede esperarse en este momento es comenzar a trabajar con un puñado de municipios que ya tienen esta capacidad.

La dependencia en el municipio resulta consistente con un esfuerzo actual mucho más amplio del Gobierno Central de El Salvador para desarrollar una sociedad más participativa mediante el desarrollo de los Consejos Departamentales de Desarrollo (CDDs), que son asociaciones a nivel departamental de todos los alcaldes de los municipios dentro de un departamento. El propósito de los CDDs es brindar a los gobiernos locales una masa crítica, mayores economías de escala en desarrollo y administración organizacional y un medio por medio del cual adquirir fuerza en número para garantizar una mejor posicion de negociación frente al Gobierno Central. Uno de los 5 departamentos dentro de un CDD será el departamento de salud. Resulta imperativo que exista una amplia participación en la definición de las estructuras y responsabilidades de este departamento, incluyendo la manera en que se articulará con la Oficina Central del MSPAS y sus municipios miembros.

OBJETIVOS Y METODOLOGIA

Los objetivos de este informe técnico son:

- investigar el Sector de Salud de El Salvador en su totalidad,
- analizar la información recolectada,
- resaltar los logros y problemas restantes de todos los sub-sectores, y
- hacer recomendaciones de acuerdo con los resultados de la investigación.

La metodología usada para recolectar la información incluye: (1) análisis de documentos primario de las instituciones del Sector de Salud, y (2) análisis de los documentos sobre temas del financiamiento. Los métodos usados en los cálculos y análisis se delinean en el texto cuando es necesario.

I GENERALIDADES DEL SECTOR DE SALUD

1 Organización y cobertura del Sector

El Sector de Salud de El Salvador está formado por tres componentes principales, el Ministerio de Salud (MSPAS), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y el Sector Privado. Adicionalmente, existen aproximadamente 17 diferentes agencias del Gobierno Central cada una con sus propios servicios de salud para uso exclusivo de sus empleados. Las más importantes de éstas son la Fuerza Armada (Sanidad Militar, SM), Bienestar Magisterial del Ministerio de Educación (BM), la Administración Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL) y la Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa (CEL).

El mandato constitucional del Ministerio de Salud es proporcionar atención a toda la población y tradicionalmente ha sido visto como el proveedor de atención de salud más importante para el 85 por ciento de la población. El Instituto Salvadoreño del Seguro Social da atención a los trabajadores cotizantes y a los jubilados, sus esposas e hijos hasta la edad de tres años. Tradicionalmente, la cobertura del ISSS ha constituido el 6 ó 7 por ciento de la población, estando el Sector Privado a cargo del resto. Como resultado de una serie de ampliaciones recientes en los criterios de afiliación con el ISSS, el Instituto actualmente (1993) cubre aproximadamente el 11 por ciento de la población salvadoreña.

En 1989 se llevó a cabo un estudio basado en encuesta de hogares acerca de la demanda de atención, el cual fue efectuado bajo los auspicios del Proyecto REACH de AID. En dicha investigación se encontró que estas percepciones tradicionales acerca de la importancia relativa de los subsectores no era exacta. Asimismo se encontró que existen dos mercados distintos de atención médica en El Salvador, uno para la atención ambulatoria y otro para los pacientes internos. En el caso de la hospitalización, la percepción tradicional no estaba muy lejos de la verdad. El MSPAS dio cuenta del 76 por ciento de la atención total, el Seguro Social de un 13 por ciento y el Sector Privado de 9 por ciento. Sin embargo, el mercado para las consultas externas resultó muy diferente de lo esperado. EL MSPAS dio cuenta de únicamente el 40 por ciento, el Seguro Social del 13 por ciento y el Sector Privado del 45 por ciento. En vista de estos resultados, sería más apropiado utilizar la cobertura del Ministerio como un 40 por ciento de la población (2.016.000 personas), en vez de continuar utilizando la cifra tradicional del 85 por ciento. En este informe, ambas cifras serán utilizadas: la primera se denominará los *cotizantes* del Ministerio, mientras que la última se denominará sus *beneficiarios*[1].

Una serie de encuestas de hogares llevadas a cabo más recientemente por MIPLAN, aunque no son completamente comparables (debido a las diferencias en los instrumentos y marcos de la muestra), encontró que el Sector Privado, no era tan importante como había sido indicado por el estudio de demanda,

---

[1] Una parte importante de la discusión en esta sección es acerca de los subsectores de salud del ISSS, ANTEL, CEL, y BM. Un aspecto de esta discusión se refiere a una investigación del grado de igualdad en el Sector Salud, examinando variaciones en el nivel de los gastos en salud y el servicio proporcionado por cada uno de estos subsectores. Los beneficios de cada uno de estas organizaciones se limitan a sus miembros respectivos, integrados en dos clases: (1) los individuos específicos que pagan directamente para la cobertura o son trabajadores o (2) las personas que gozan de los privilegios por ser familiares de los individuos en (1). En este análisis, los individuos que pagan cuotas y los trabajadores serán referidos como cotizantes y las personas que gozan de los privilegios por ser familiares de los cotizantes serán llamados beneficiarios del subsector. Aunque el MSPAS está abierto a todos, no todos lo usan y por eso es importante limitar su población para obtener un perfil más exacto de las tasas de consulta, cobertura y concentración. Por otra parte, cualquier persona puede usar el MSPAS y es importante tomar en cuenta las tasas posibles de consulta, cobertura y concentración si sólo hubiera el MSPAS en el Sector Salud. Por eso, este análisis incluirá las dos poblaciones. En una manera análoga a los otros subsectores, el 40% de la población que fue identificada en la encuesta de hogares de 1989 del AID como usuarios del MSPAS será denominada como *cotizantes* y el 85% de la población será definida como *beneficiarios*.

sin embargo, era significativamente mayor de lo que se pensaba antes del estudio de demanda. La encuesta de MIPLAN 1991-1992 cuantificó la circunscripción del Sector Privado en 37 por ciento de la población (tanto para la atención externa como interna) y el Sector Público total (no se hicieron distinciones institucionales) atendió el 63 por ciento de los salvadoreños. Los estudios de MIPLAN y de REACH fueron consistentes en sus hallazgos en que el Area Metropolitana dependía menos del Sector Público mientras que las áreas rurales dependían más del mismo, con otras áreas urbanas del país en una posición intermedia. Esto sugiere que la alta concentración de las instalaciones del MSPAS y del ISSS, personal y gastos en el Area Metropolitana -donde se estima que están ubicados por lo menos dos tercios de los recursos del Sector Privado, y donde los ingresos de las personas generalmente son más altos, lo que les da mayor capacidad de adquisición de esos servicios- es inapropiada.

Las otras tres organizaciones de atención de salud antes mencionadas, ANTEL, CEL y Bienestar Magisterial, al igual que el ISSS, limitan su cobertura a sus miembros: la compañía telefónica la limita a sus 6.843 empleados y la esposa de cada uno de ellos (incluyendo los compañeros/compañeras de vida), hijos hasta la edad de 18 años, al igual que los padres del empleado. Además, aproximadamente 1.000 trabajadores jubilados de ANTEL mantienen plenos privilegios en el sistema. Aunque ANTEL no tiene información precisa acerca del número de beneficiarios que su programa de salud cubre, las estimaciones obtenidas de las diferentes personas entrevistadas que prestan servicios de salud en ANTEL oscilan entre 30.000 a 45.000. Si se presume que existen aproximadamente 5 beneficiarios por trabajador, el número de beneficiarios del programa de ANTEL se puede estimar en 35.215.

Al igual que el programa de salud de ANTEL, el programa de Bienestar Magisterial no tiene información precisa acerca del número de sus beneficiarios. El personal del programa estima que hay 26.000 beneficiarios directos (cotizantes, incluyendo los maestros jubilados) y que cubre un total de 147.000 personas. Bienestar Magisterial cubre a los maestros, sus esposas o esposos (pero no a los compañeros de vida) y a los hijos hasta la edad de 21 años. Los hijos mayores de 5 años de edad ya no gozan de varios de los beneficios importantes del programa de salud (hospitalización, atención externa por un especialista, exámenes de laboratorio o rayos X). Sin embargo, continúan gozando de cobertura para la atención externa proporcionada por médicos generales y cobertura completa para las medicinas.

En 1992, el programa de salud de CEL cubrió a 3.726 empleados de la compañía. Los beneficiarios del programa incluyen a las 3.094 esposas de los trabajadores y a sus 7.666 hijos menores de 5 años de edad, haciendo un total de 14.486 beneficiarios. En 1993 la fuerza laboral de CEL se redujo en un 8 por ciento y el número total de beneficiarios del programa se contrajo en un 12 por ciento llegando a 12.718.

Los esfuerzos constantes para obtener información acerca de Sanidad Militar fueron infructuosos. Como resultado este subsector permanece fuera del dominio de este estudio. La SM tiene 40 clínicas ubicadas a todo lo largo del país, y acaba de terminar de construir un nuevo hospital en la parte norte de la ciudad de San Salvador. El personal de la SM informa que se permite a las personas no militares utilizar la infraestructura de la SM, aunque no se supo bajo qué circunstancias o frecuencia se practica esto. El número de los usuarios militares y no militares del SM no fue confirmado.

El cuadro No.1 presenta un resumen del número de inscritos en las cuatro organizaciones de atención de salud de membresía más importantes de El Salvador. Estas organizaciones en conjunto tienen 424.717 miembros (cotizantes) y un total de 776.864 beneficiarios. En términos de cobertura, el ISSS es la más importante de las organizaciones de cotizantes, dando cuenta del 91 por ciento de todos los cotizantes y tres cuartos de todos los beneficiarios. El hecho de que la cuota de beneficiarios del ISSS sea sustancialmente menor que su cuota de cotizantes refleja que la membresía de los cotizantes califica a un

número adicional pequeño de beneficiarios. Esto se deriva de la cobertura más restringida de hijos de los cotizantes del ISSS (únicamente hasta los 3 años de edad) en combinación con el hecho de que, a diferencia de ANTEL y Bienestar Magisterial, los padres de los cotizantes no están cubiertos.

En El Salvador, como en la mayoría de países latinoamericanos, la mayor parte de los médicos (63 por ciento) dividen su tiempo entre sus plazas en el Sector Público y su práctica privada: la mayor parte de los médicos están empleados en una base de medio tiempo ya sea por el MSPAS o el ISSS y a veces por ambos (Iunes 1994). La entidad del sector de Salud Privado predominante es el médico individual con consulta privada de medio tiempo. Estando la mayoría de consultas del Sector Público concentrada en las horas de la mañana, especialmente en las instalaciones del MSPAS, el grueso de la práctica privada con base en médicos individuales se proporciona durante los horas de la tarde. Existen aproximadamente 2.100 médicos en El Salvador. Generalmente se piensa que un mínimo de dos tercios de los médicos viven y practican en San Salvador o en las áreas circundantes.

Otro componente del Sector Privado lo integran las organizaciones no gubernamentales (ONGs). Un inventario reciente de ONGs llevado a cabo por el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD) identificó un total de 186 de estas organizaciones, 51 (27 por ciento) de las cuales comenzaron en 1990. El final de la guerra aparentemente ha animado a las ONGs a desarrollar o comenzar trabajo en El Salvador. Un poco más de la mitad de las ONGs identificadas (94) prestan algún tipo de servicio relacionado con salud, y 48 trabajan en el área de salud ambiental (*Directorio de Instituciones Privadas de Desarrollo de El Salvador*, 1992). Las organizaciones que proporcionan servicios relacionados con la salud constituyen un grupo muy disparejo, con servicios que van desde la formación de voluntarios de salud hasta la atención hospitalaria proporcionada en una instalación de 200 camas, aunque la gran mayoría concentra su trabajo en la atención de salud preventiva y depende de paramédicos, tales como los promotores de salud. Se estima que los servicios de atención de salud de las ONGs cubren más de 400.000 salvadoreños.

Cuadro No. 1

AFILIACION SUBSECTORIAL DE SALUD DE LA POBLACION SALVADOREÑA: TAMAÑO DE LA ORGANIZACION DE ATENCION DE SALUD DE MEMBRESIA

Organización	Cotizantes	Beneficiarios
A. Número de personas		
CEL	3.726	14.486
ANTEL	7.843	35.215
Bienestar Magisterial	26.000	147.000
ISSS	387.148	580.613
Total	424.717	776.864
B. Porcentaje de la población de la organización de membresía		
CEL	0,9	1,9
ANTEL	1,8	4,5
Bienestar Magisterial	6,1	18,9
ISSS	91,2	74,7
Total	100,0	100,0
C. Porcentaje de la población salvadoreña total		
CEL	0,07	0,29
ANTEL	0,16	0,70
Bienestar Magisterial	0,52	2,92
ISSS	7,68	11,51
Total	8,43	15,41

2 Recursos financieros del Sector Salud

Las cuentas de ingresos nacionales del Banco Central están en proceso de revisión. La guerra imposibilitó por mucho tiempo la actualización de la información acerca de ingresos y egresos de hogares que sirve de base para algunas de las cuentas más detalladas y específicamente para la que aquí nos interesa: gastos en atención médica. Con este fin, MIPLAN llevó a cabo en 1991 una encuesta de ingresos y egresos de hogares a nivel nacional. Sin embargo, el dominio de la encuesta se limitó a las áreas urbanas. Los hallazgos indican que los gastos en atención médica por hogar promediaron 1.342 colones al año, y constituían un 4,2 por ciento de

los gastos promedios totales anuales de los hogares. La estructura de estos gastos se presentan en el Cuadro No. 2.

Cuadro No.2

GASTOS EN ATENCIÓN MEDICA POR HOGAR

Tipo de gastos	Colones	Porcentaje
Consulta médica	237,60	18%
Anteojos y oftalmología	65,88	5%
Odontología	11,28	1%
Otros servicios médicos	397,44	30%
Medicinas	629,64	47%
Total	1.341,84	100%

Fuente: MIPLAN. *Encuesta de Ingresos y Egresos de Hogares a Nivel Nacional*, 1991.

Con base en los resultados de la encuesta, los hogares urbanos (constituyendo el 40 por ciento de la población total) gastaron 719.963.580 colones en atención médica en 1991. Asumiendo que la distribución de los gastos rurales a urbanos en salud en 1991 fue igual a la encontrada en el estudio REACH de 1989 (31,6 por ciento), se puede estimar que los gastos por atención médica de hogares a nivel nacional en El Salvador ascendieron a un total de 947.472.070 colones en 1991[2]. Si ajustamos estos gastos por la inflación ocurrida a mediados de 1991 y 1992 (según resultados del CPI), obtenemos un estimado de gastos en salud del Sector Privado de 1,09 mil millones de colones para 1992.

Si le sumamos a esta cifra: (1) los gastos netos del MSPAS (el neto de las rentas de cuotas de usuario), 464 millones de colones; (2) los gastos en atención médica del Seguro Social, 405 millones de colones; (3) el total de reclamos privados de seguros de salud pagados, 18 millones de colones; (4) los 40,7 millones de colones de ANTEL, (5) los 35,8 millones de colones de Bienestar Magisterial y (6) los 29,7 millones de colones de CEL, se pueden estimar los gastos de operación del Sector Salud en 2,03 mil millones de colones. Sin embargo, esta cifra todavía subestima el total de gastos; excluye toda la atención subsidiada proporcionada por las ONGs (incluyendo la atención gratuita). No obstante, ésta constituye la mejor estimación de punto disponible. Con base en esta estimación, se puede decir que los gastos en atención de salud en El Salvador para 1992 fueron el equivalente del 3,71 por ciento del PIB. Las dos instituciones de atención de salud más importantes del Sector Público, el MSPAS y el ISSS, juntas dan cuenta del 42 por ciento de este total. No hay análisis disponibles similares de los otros países de Latinoamérica. Sin embargo, en la mayor parte de países latinoamericanos, el Ministerio de Salud por sí solo, tiene un nivel de financiamiento que excede el 1,55 por ciento de la cuota del PIB que el MSPAS y el ISSS gastan conjuntamente en El Salvador. Se debe concluir que los recursos financieros dedicados al Sector Salud en El Salvador son inadecuados.

[2] Estos totales constituyen costos de operación y no incluyen los gastos de inversión del GOES, ni los préstamos, donaciones o asistencia técnica internacionales.

3 Prestación de servicios de salud en El Salvador

Al momento de redactar este informe existía poca información a nivel nacional disponible acerca de la prestación total de servicios de salud en El Salvador. Por lo tanto, esta sección depende principalmente de la información de entrega de servicios de las dos organizaciones más grandes que prestan dichos servicios en El Salvador, el Ministerio de Salud y el Seguro Social. Estas organizaciones juntas controlan un estimado del 42 por ciento del total de recursos financieros del sector y proporcionan un estimado del 50 por ciento de toda la atención. Actualmente se está recopilando en un estudio especial, información más detallada acerca del tamaño, composición y un registro de prestación de servicios del Sector Privado.

En las siguientes figuras se puede apreciar la evolución de las visitas de consulta externa del ISSS y del MSPAS, admisiones hospitalarias y gastos en atención médica. Aunque el nivel de prestación de servicios para ambas instituciones estuvo marcado por irregularidades en la época entre 1980-1986 cuando la guerra civil estaba en su mayor apogeo, las tendencias históricas de una mayor prestación de servicios, especialmente en las consultas externas, fueron restablecidas a partir de 1987. Estas tablas proporcionan evidencia del crecimiento sustancialmente más rápido del sistema del Seguro Social en comparación con el del Ministerio de Salud. En cuanto al MSPAS, cada año a partir de 1987, el ISSS ha dado cuenta de una porción mayor del financiamiento total, una porción mayor de las consultas externas totales y de una mayor fracción del total de admisiones hospitalarias.

Cuadro No. 3

COSTO TOTAL DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

Costo total (En miles de colones)				ISSS como un % del MSPAS
Año	ISSS	MSPAS	Total	
1981	78.203	152.184	230.387	51
1982	74.876	149.823	224.699	50
1983	75.586	143.515	219.102	53
1984	87.022	157.289	244.310	55
1985	94.623	164.445	259.068	58
1986	85.843	216.959	302.803	40
1987	86.504	233.729	320.233	37
1988	124.929	243.318	368.247	51
1989	152.126	274.094	426.220	56
1990	234.056	344.398	578.454	68
1991	319.763	424.204	743.967	75
1992	405.122	463.994	869.116	87

Asume que el 40% de los costos administrativos del Régimen de Salud del ISSS se gasta en prestaciones médicas y el 60% en prestaciones monetarias.
Fuente: ISSS, Estadísticas, Cuadro XIV, varios años.

Cuadro No. 4

LA EVOLUCION DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION DEL ISSS Y DEL MSPAS

Número total de admisiones				ISSS como un % del MSPAS
Año	ISSS	MSPAS	Total	
1981	40.849	209.667	250.516	19
1982	39.389	206.813	246.202	19
1983	38.667	203.450	242.117	19
1984	36.930	195.576	232.506	19
1985	37.866	193.175	231.041	20
1986	35.616	198.512	234.128	18
1987	32.449	201.174	233.623	16
1988	36.707	203.997	240.704	18
1989	40.639	196.094	236.733	21
1990	52.081	197.695	249.776	26
1991	58.379	200.569	258.948	29
1992	60.989	181.915	247.492	34

Cuadro No. 5

LA EVOLUCION DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION DEL ISSS Y DEL MSPAS

Número de días de paciente interno				ISSS como un % del MSPAS
Año	ISSS	MSPAS	Total	
1985	228.761	1.376.873	1.605.634	17
1986	202.886	833.750,4	1.036.636	24
1987	157.916	NHI	157.916	
1988	181.099	1.035.097	1.126.196	17
1989	220.135	980.470	1.200.605	22
1990	275.450	988.475	1.263.925	28
1991	298.813	1.002.845	1.301.658	30
1992	332.885	950.914	1.283.799	35

Cuadro No. 6

LA EVOLUCION DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION DEL ISSS Y EL MSPAS

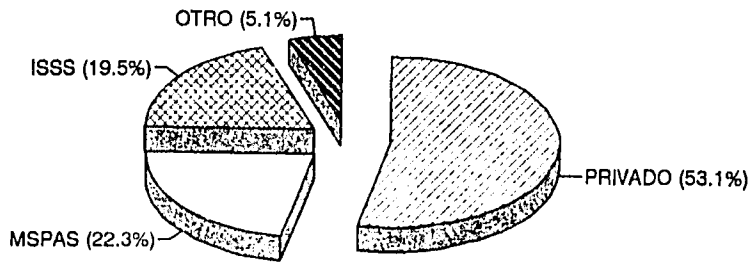
Estadía promedio			EL MSPAS como un % del ISSS
Año	ISSS	MSPAS	
1985	6,04	6,8	112,56
1986	5,70	4,2	73,73
1987	4,87	NHI	
1988	4,93	5	101,35
1989	5,42	5	92,30
1990	5,29	5	94,54
1991	5,12	5	97,68
1992	5,08		

Cuadro No.7

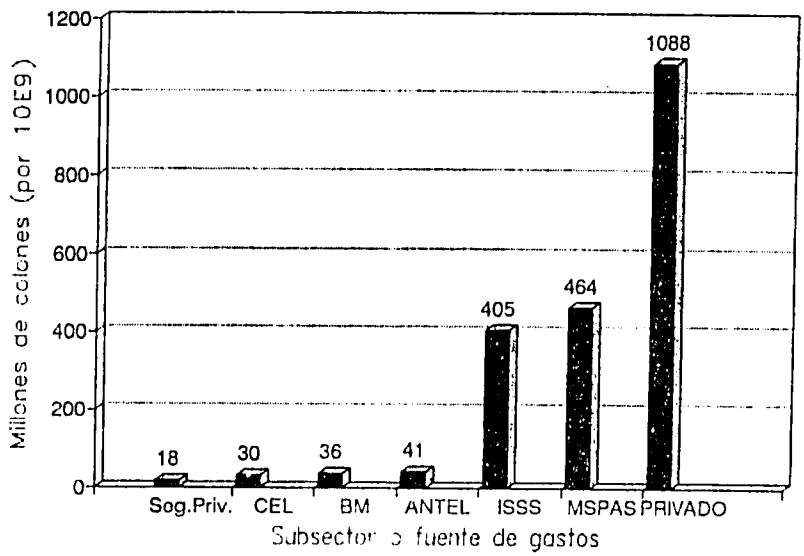
LA EVOLUCION DE LA ATENCION AMBULATORIA DEL ISSS Y EL MSPAS

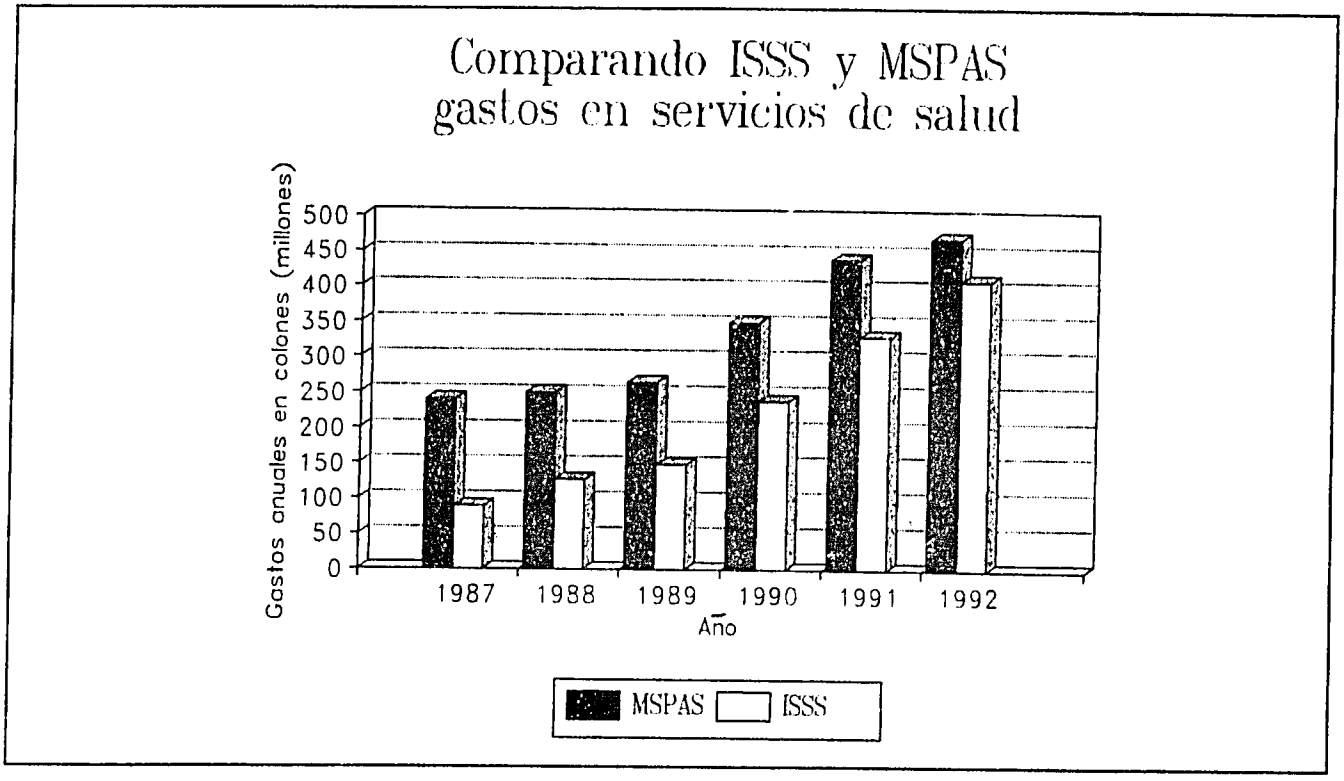
Total de consultas médicas proveídas				El ISSS como un % del MSPAS
Año	ISSS	MSPAS	Total	
1977	898.933	2.127.218	3.026.151	42
1978	1.017.121	2.218.170	3.235.291	46
1979	1.024.591	2.390.980	3.415.571	43
1980	1.084.052	2.234.837	3.318.889	49
1981	1.272.535	0.516.440	3.788.975	51
1982	1.250.559	2.333.318	3.583.877	54
1983	1.330.115	2.195.945	3.526.060	61
1984	1.293.433	2.449.614	3.743.047	53
1985	1.276.053	2.271.978	3.548.031	56
1986	1.239.221	2.455.735	3.694.956	50
1987	4.052.398	2.584.012	3.636.410	41
1988	1.349.705	2.627.145	3.976.850	51
1989	1.577.382	2.468.667	4.046.049	64
1990	1.996.667	2.766.542	4.763.209	72
1991	2.282.348	2.945.825	5.228.173	77
1992	2.433.626	2.905.848	5.339.474	84

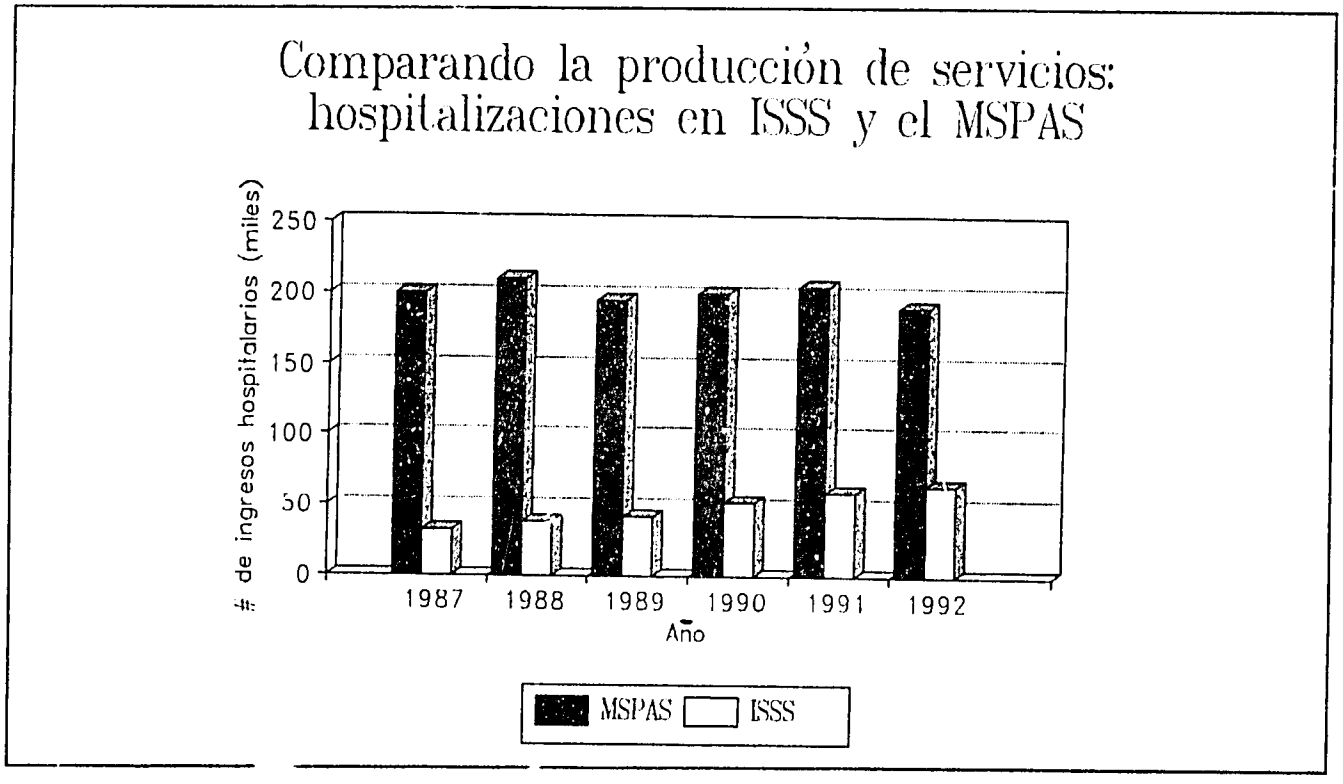
Gastos totales del Sector Salud 1992

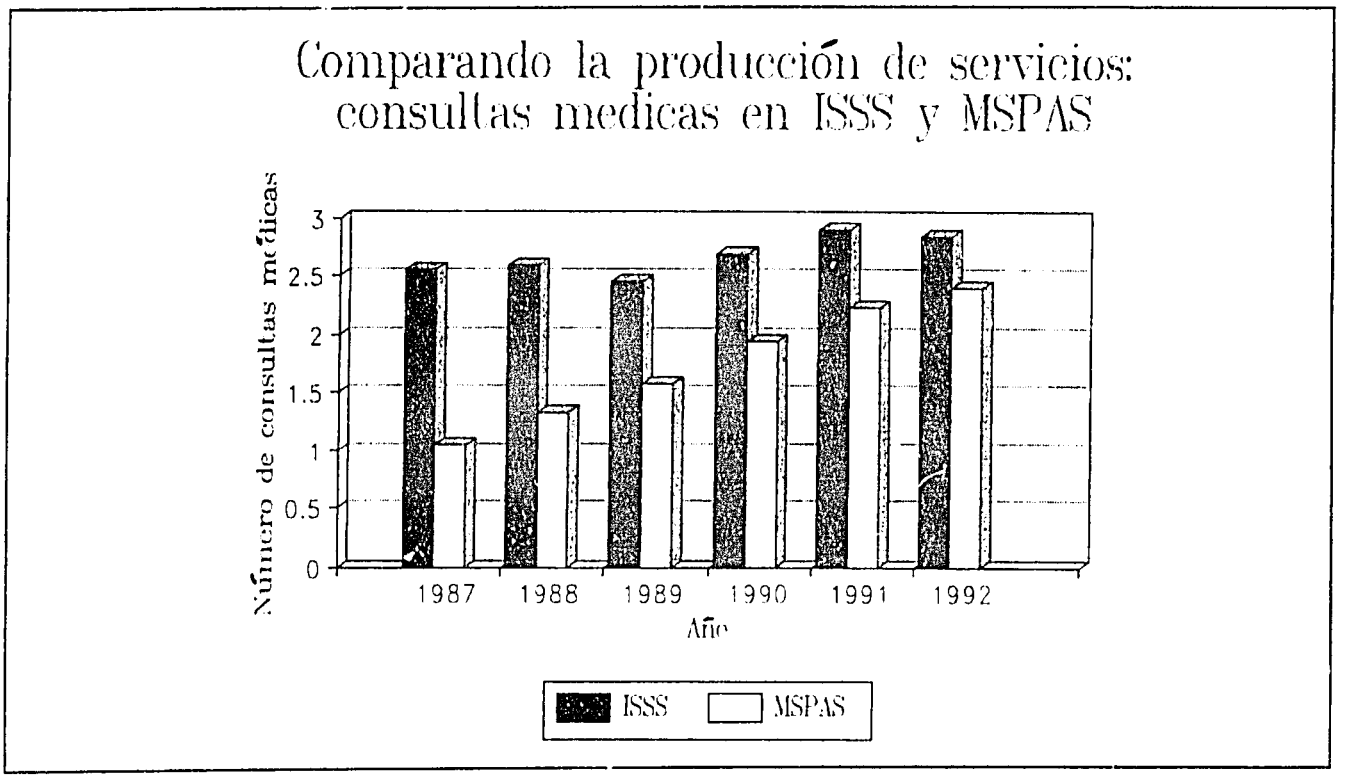


Gastos totales del Sector Salud por subsector/fuente: El Salvador, 1992




Comparando ISSS y MSPAS
gastos en servicios de salud
Gastos anuales en colones (millones)
500
450
400
350
300
250
200
150
100
50
0
1987
1988
1989
1990
1991
1992
Año
MSPAS
ISSS


Comparando la producción de servicios:
hospitalizaciones en ISSS y el MSPAS
de ingresos hospitalarios (miles)
250
200
150
100
50
0
1987
1988
1989
1990
1991
1992
Año
MSPAS
ISSS



Estas dos fuentes de atención juntas proporcionan un promedio anual de un poco más de una consulta externa por salvadoreño. Cuando se recuerda que un 45 por ciento de la población estimada depende del Sector Privado para atención ambulatoria (Gómez, 1990), se puede estimar que en promedio los salvadoreños visitan al médico dos veces al año, aproximadamente 25 por ciento más que el número promedio nacional mínimo recomendado por la Organización Mundial de la Salud de 1,5 por persona. En forma ostensible, el nivel promedio de servicios de atención de salud producidos en El Salvador es adecuado.

4 Disparidades en la distribución de recursos de atención y servicios de salud en El Salvador

Aunque estos promedios nacionales sugieren que el nivel de prestación de servicios de salud en El Salvador es adecuado, un análisis desagregado demuestra que para la mayor parte de los salvadoreños no lo es. La realidad salvadoreña no está bien representada por estos promedios. El Salvador está plagado por problemas graves de la distribución de los recursos de salud y de servicios que incluyen grandes disparidades en las organizaciones, en las áreas geográficas, en las clases socioeconómicas y entre las áreas rurales y urbanas.

4.1 Desigualdades geográficas

Combinando la información del ISSS y del MSPAS, calculamos el promedio nacional de admisiones hospitalarias por cada 1.000 salvadoreños como de 42,6. La mayoría de hospitales y el 56 por ciento de las camas hospitalarias están ubicadas dentro de la Región Metropolitana. El promedio nacional de 11,1 camas por cada 10.000 personas es casi el doble en la Región Metropolitana (21,2 camas) en comparación con el resto del país (6,9 camas por cada 10.000 personas).

La tasa de hospitalización para los 1,5 millones de salvadoreños que viven en la Región Metropolitana, que constituye 29 por ciento de la población nacional (según la definición del MSPAS de la Región) está el 30 por ciento por sobre el promedio nacional, y es del 55,9 por cada 1.000 personas. Contrariamente, el resto de la población nacional tiene una tasa del 13 por ciento por debajo del promedio nacional, 37,1 por 1.000. De manera similar, mientras que el número nacional de días de hospitalización por cada mil personas fue de 270 en el país como un todo en 1992, para la región fuera de la metrópoli fue de 174, que es sólo un 35 por ciento del total de la Región Metropolitana de 501. Este análisis asume que los individuos obtienen su atención hospitalaria en los lugares donde viven, y por lo tanto exagera las diferencias en las tasas de utilización. No obstante, otra información (Kolodin et al. 1994) proporciona evidencia de que la mayor parte de personas sí obtiene atención en la instalación apropiada más cercana, lo que sugiere que no es probable que el nivel de exageración sea pronunciado.

Sin embargo, existen tendencias mucho más serias en dirección contraria. Este análisis implícitamente asume que todos los salvadoreños tienen acceso a los servicios del ISSS; no obstante, dada la naturaleza de la membresía del ISSS, estas consultas no deberían estar incluidas en una evaluación de la adecuación del sistema de entrega de servicios de salud nacional, ya que menos del 12 por ciento de los salvadoreños tienen acceso a este sistema. Por lo tanto, aunque el nivel general de prestación de servicios de salud en El Salvador puede verse adecuado en su conjunto, la distribución de esos servicios es altamente injusta, con el resultado de que grandes segmentos de la población reciben niveles de atención inadecuados, especialmente fuera del área de San Salvador.

Un 61 por ciento de todos los médicos del ISSS y el 77 por ciento de todas las camas del ISSS (1.092 de un total de 1.425) están en la Región Metropolitana. En 1992, el 57 por ciento de todas las consultas externas del ISSS (1.397.060 de un total de 2.433.626) fue proporcionado en estos 9 municipios. En términos de servicios de hospitalización, un 71 por ciento de todas las admisiones del ISSS (43.568 de un total de 60.989) y un 77 por ciento (267.330 de un total de 341.861) de todos los días de hospitalización ocurrieron en la Región Metropolitana en 1992.

Cuadro No. 8

TOTAL DE CAMAS POR INSTITUCION

	% de todos las camas hospitalarios	No. total de camas	% en San Salvador
MSPAS	69	5,544	35
ISSS	14	1,092	37
SM	5	400	50
Privado	9	1,168	77
ANTEL	1	90	100

Source: Wight et al. The Role of Health Hospitals in El Salvador: Current Situation, Alternative Options, and Financial Implications. phase I.

Los datos más recientes disponibles sobre gastos desagregados del ISSS corresponden a 1991. Estos datos revelan que el 86 por ciento de todos los costos relacionados con hospitalización del ISSS (103.796.431 de un total de 119.894.062 colones), el 66 por ciento de los costos de consulta externa del ISSS (61.515.894 de un total de 92.861.567 colones), y un 66 por ciento de los gastos odontológicos, exámenes de laboratorio, rayos X y farmacia (80.282.231 de un total de 122.555.670 colones), o un total de 245.594.556 colones ó el 73 por ciento de los gastos totales de salud del ISSS para 1991 de 335.311.601 colones fueron efectuados en 9 municipios del Area Metropolitana inmediata de San Salvador.

El Sector Privado está también altamente concentrado en San Salvador. Según un inventario de las entidades del Sector Privado efectuado en 1989 (IPM), se estima que un 66 por ciento de los médicos del Sector Privado están ubicados en o en las áreas circundantes inmediatas a San Salvador.

Aunque el Ministerio de Salud está mucho menos concentrado en San Salvador que los otros subsectores ya mencionados (37 por ciento) y ha bajado (del 45 por ciento en 1993), una amplia fracción de sus recursos y servicios totales también se encuentra ahí. Un análisis de 1992 acerca de la distribución de los recursos totales del MSPAS por región, desarrollado por la nueva Unidad de Planificación Financiera del Ministerio de Salud, cuantificó la cuota de la Región Metropolitana como del 42 por ciento del total de gastos de operación (informe sin publicar, 1992). Ese mismo año los 5 hospitales del Ministerio de Salud en San Salvador dieron cuenta del 54 por ciento del total de gastos hospitalarios del MSPAS y del 32 por ciento de todos los gastos de entrega de servicios directos del MSPAS (o sea, el total de costos de operación directos de los hospitales y los servicios de salud regionales). Estos mismos 5 hospitales constituyeron el 36 por ciento de los hospitales del MSPAS y dieron cuenta del 44 por ciento de su complemento de camas. En 1992, éstos dieron cuenta del 54 por ciento de todas las admisiones hospitalarias del MSPAS, proporcionaron un 46 por ciento del total de días de hospital del MSPAS y el 31 por ciento de las consultas externas en base a hospitales.

Como producto de entrevistas con personal de ANTEL se supo que el 80 por ciento de los gastos en salud de ANTEL ocurren en San Salvador. El Cuadro No. 9 resume esta discusión sobre la concentración geográfica de los gastos y servicios del Sector Salud.

Cuadro No. 9

LA CONCENTRACION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS/GASTOS DEL SECTOR SALUD EN SAN SALVADOR

Recursos	MSPAS	ISSS	Casi públicos*	Privados	Total
Porcentaje de recursos propios en San Salvador	42	73	70	70	
Porcentaje de recursos totales del Sector	22	20	5	53	100
Cuota Porcentual Propia del Total de Recursos del Sector en San Salvador	9	15	4	37	65

* "Casi públicos" incluye a ANTEL, CEL, Binestar Magisterial. Se estima que el 80 por ciento de Bienestar Magisterial está en San Salvador.

Un resultado obvio de la cuota desproporcionada de los recursos totales de salud de San Salvador es que el acceso a y la utilización de atención de salud está distribuida injustamente en El Salvador. Esto no pretende sugerir que la meta debe ser una distribución perfectamente justa -incluso de los recursos del MSPAS-. Después de todo, los hospitales de referencia nacionales están ubicados en San Salvador, y éstos son el tipo de instalación con los más altos costos de operación, o por lo menos esto es lo que se cree comúnmente. La idea clásica acerca de los hospitales del MSPAS es que en virtud de ser hospitales nacionales de atención terciaria, los pacientes vienen de todo el país. En el caso de la atención ambulatoria, el 84 por ciento de los pacientes del Hospital de Maternidad, 74 por ciento del Hospital Rosales y 68 por ciento del Hospital Benjamín Bloom son de San Salvador. En el caso de hospitalizaciones la situación no es muy diferente, aunque las proporciones son un poco menores: 83 por ciento para el Hospital de Maternidad, 67 por ciento para el Hospital Rosales y 62 por ciento para el Hospital Bloom. Esto sugiere que una cuota desproporcionada del total de recursos hospitalarios del MSPAS, especialmente de los recursos de hospitalización, está siendo gastada en (1) los habitantes de San Salvador y (2) en estos cinco hospitales (Wight 1994).

Los patrones del lugar de residencia de pacientes y ubicación de las instalaciones de salud utilizados, observados en los 5 hospitales del MSPAS, parece que caracterizan también el comportamiento de los pacientes del Sector Privado. El estudio de 1987 al que se hizo referencia anteriormente acerca de la muestra de los médicos del Sector Privado con práctica en San Salvador (IPM, página 98) también encontró que en el Sector Privado la mayor parte de los recursos de salud ubicados en la capital son utilizados para tratar residentes de la capital (Cuadro No. 10).

Cuadro No. 10

LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS PERSONAS QUE VISITARON MEDICOS PRIVADOS EN EL AREA METROPOLITANA DE SAN SALVADOR EN 1986-1987

Especialidades	Porcentaje de pacientes por residencia			
	AMSS	Otros Urbanos	Rurales	Total
Medicina General	66,5	22,4	11,1	100,0
Cirugía	64,7	23,2	12,1	100,0
Gineco-Obstetricia	72,9	20,0	7,1	100,0
Pediatría	78,6	15,9	5,5	100,0
Total	68,4	21,5	10,1	100,0

Los hospitales del AMSS atraen pacientes de todas partes del país, y tienen que lidiar con los casos más complejos y de recursos intensivos. Sin embargo, una revisión de archivos de datos de morbilidad hospitalaria del MSPAS revela que la mayoría de esos hospitales se parece mucho a los otros del sistema del MSPAS en términos de la proporción de la clientela que son residentes del mismo departamento.

Teniendo estos patrones de flujo de pacientes-uso de instalaciones, la sobreconcentración de los recursos financieros del Sector Salud y servicios en San Salvador es preocupante; la mayoría de esos recursos están

siendo utilizados por los habitantes de San Salvador y no por los tres cuartos de la población que viven fuera del Area Metropolitana. Especialmente cuando se toma en cuenta que el 72 por ciento de los beneficiarios del ISSS viven en un subconjunto de 9 municipios del Area Metropolitana de San Salvador, se debe concluir que el 65 por ciento del total de los recursos financieros del Sector Salud en San Salvador están beneficiando de manera abrumadora a los habitantes de San Salvador, que existen grandes desigualdades en la disponibilidad de recursos y uso dentro de El Salvador, y que una gran proporción de la población salvadoreña tiene un acceso inadecuado a la atención de salud.

En gran parte se debe únicamente a los esfuerzos del Ministerio de Salud que los recursos y servicios de salud estén disponibles en la medida en que lo están fuera de San Salvador. De acuerdo con datos no publicados de la Unidad de Planificación Financiera del MSPAS, en 1992, el 58 por ciento de los gastos directos por servicios de atención de salud (o sea, excluyendo los gastos administrativos de la oficina central del MSPAS) fueron gastados en las regiones Metropolitana y Occidental, las cuales tienen una población combinada de 2,5 millones, 50 por ciento de la población nacional, y que son las únicas dos regiones del país que tienen menos de la proporción promedio nacional de la población que vive en condiciones de pobreza. Los gastos per capita del Ministerio en estas dos regiones, relativamente privilegiadas en términos económicos, promedian 135 colones para el año. En contraste, en las regiones más pobres del país en las cuales por lo menos el 70 por ciento de la población ha sido identificada por las encuestas de MIPLAN como viviendo en condiciones de pobreza, el Ministerio únicamente gastó 99 colones por persona. Estas tres regiones, Oriente, Paracentral y Central, tienen la proporción más baja de beneficiarios del ISSS y de acuerdo con los datos preliminares del estudio del Sector Privado una pequeña porción de proveedores del Sector Privado. Si uno de los objetivos del Ministerio de Salud es garantizar que los pobres tengan acceso a la atención de salud, claramente necesita alterar el actual patrón de gastos geográficos para promover la igualdad.

Dentro de la actual estructura legal y administrativa del sistema, el único mecanismo organizacional mediante el cual la distribución de recursos -y por implicación, acceso a y uso de esos recursos- puede ser más equitativa es el Ministerio de Salud. Aunque los recursos y gastos en atención de salud del MSPAS están mucho más concentrados en San Salvador que los de cualquiera de los otros 3 subsectores de salud principales, una gran proporción de los recursos del MSPAS están ubicados en San Salvador y una proporción sorprendentemente grande de los mismos son utilizados por los residentes del área (Wight 1994). Ha habido un cambio gradual en pacientes de hospitales nacionales a hospitales regionales y desde los 80s los hospitales regionales han incrementado sus actividades (Ibídem). A la luz del hecho de que el 78 por ciento de los recursos totales de los otros 3 subsectores están concentrados en San Salvador, el mejorar la disponibilidad de recursos de salud fuera de San Salvador se debe convertir en un principio orientador del MSPAS al tomar decisiones de asignación de recursos ahora y a lo largo del futuro previsible. El Ministerio entonces no debería estar construyendo y/o aceptando proyectos financiados por donantes -tales como el Hospital de Especialidades o el Hospital Zacamil -que concentran aun más los recursos del sector de salud en San Salvador.

4.2 Organizaciones de membresía y desigualdades subsectoriales

Cualquier perfil del Sector Salud salvadoreño basado en promedios nacionales disfraza la realidad salvadoreña debido al significado numérico del ISSS como un proveedor de atención de salud (dando cuenta de aproximadamente un cuarto de la atención total), y la concentración geográfica de recursos, cobertura y entrega de servicios, de todo el Sector. Debido a que el Seguro Social es un actor tan importante en el sector de salud, con aproximadamente 20 por ciento de los recursos financieros y que proporciona casi un cuarto de todas las consultas y el 20 por ciento de las admisiones hospitalarias, la distribución altamente tergiversada de sus recursos distorsiona el cuadro nacional total. Aunque la cobertura de la población por parte del ISSS se ha ampliado en un 25 por ciento desde 1985, todavía proporciona cobertura a menos del 12 por ciento de

salvadoreños. Lo que es más, una proporción en continuo aumento, aunque en forma lenta, de sus trabajadores asegurados -72 por ciento en 1992- reside en sólo 9 (3 por ciento) de los 262 municipios del país. Estos 9 municipios están en el Area Metropolitana de San Salvador, y juntos constituyen lo que el ISSS denomina la Región Metropolitana. Esta región tiene una población de 1.2 millones de personas, 23,4 por ciento de la población nacional. La Región Metropolitana del ISSS tiene un 20,3 por ciento menos de personas que la Región Metropolitana del MSPAS.

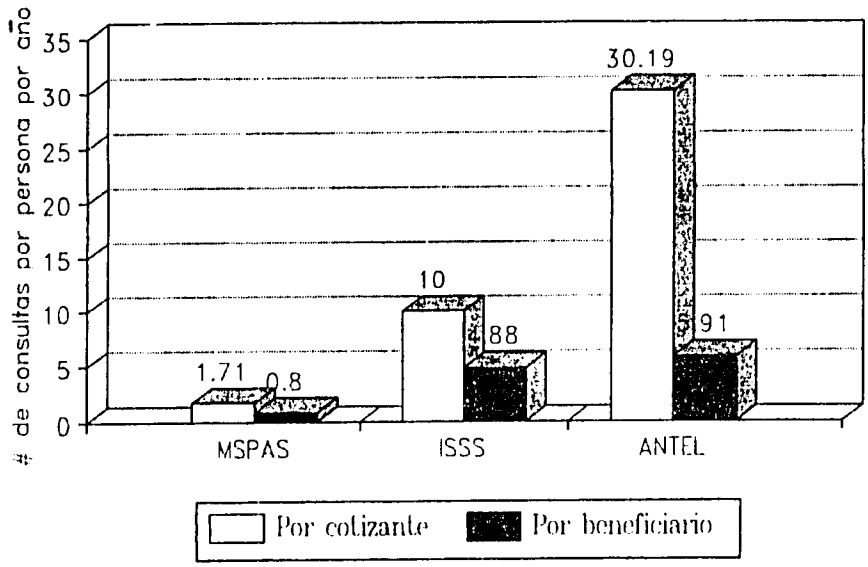
La distribución altamente concentrada de los recursos y servicios del ISSS, tiene un impacto importante en la distribución de los recursos y servicios del Sector Salud como un todo. Sin embargo, el asunto más preocupante acerca del ISSS es que su clientela potencial se limita a menos del 12 por ciento de la población nacional, resultando en vastas desigualdades en el nivel de los recursos de atención de salud gastados en y los servicios proporcionados a sus beneficiarios comparados ya sea con el promedio nacional o con los niveles proporcionados a la clientela de otros agentes institucionales mayores del Sector por el Ministerio de Salud. En 1992, el ISSS proporcionó un promedio de 4,88 consultas médicas por beneficiario, ó 10.00 por asegurado activo (es decir, un trabajador que paga cuotas o cotizante). En total contraste, el Ministerio de Salud proporcionó 0.80 consultas médicas a su clientela por mandato (85 por ciento de la población nacional) o, si restringimos la población del MSPAS al 40 por ciento de la población nacional que informó en la encuesta sobre salud de 1989 que generalmente dependía de la atención del MSPAS, el número promedio de consultas médicas del MSPAS en 1992 fue de 1,71. Utilizando cualquiera de estos números, el ISSS proporcionó 6 veces más consultas médicas por persona que el Ministerio.

En el caso de atención hospitalaria, los beneficiarios y los cotizantes del ISSS tuvieron cerca de 2,4 veces más admisiones hospitalarias que sus contrapartes del MSPAS, 10,5 y 21,5 en comparación con 4,2 y 9,0, respectivamente. En una base ya sea por beneficiario o por cotizante, el ISSS gastó 6 veces más que el MSPAS, 698 y 1.431 colones comparado con 116 y 247 colones, respectivamente.

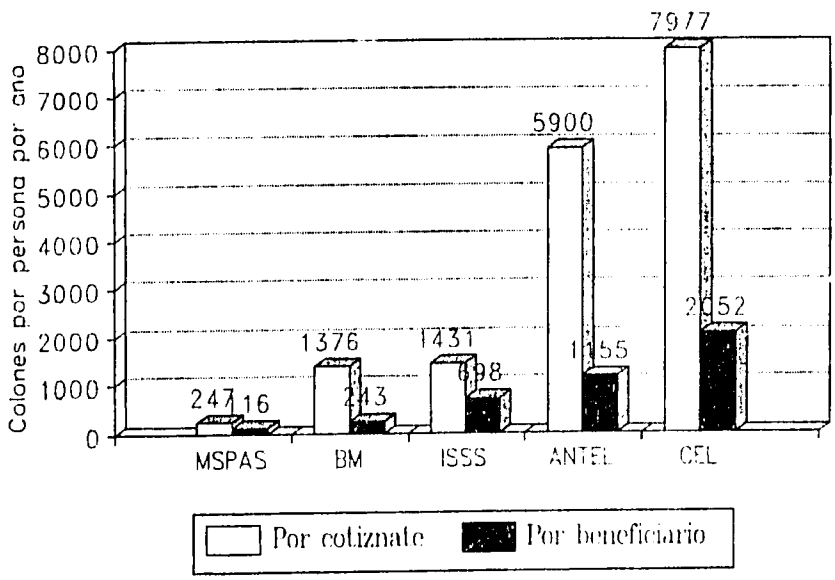
Mientras que los beneficiarios del ISSS parecen estar bien en comparación con los del MSPAS, los beneficiarios de otras organizaciones de membresía casi públicas de atención de salud como un todo resultan mejores. Aunque el Programa de Bienestar Magisterial tiene niveles de gastos por cotizante un poco menores que los del ISSS, los Programas de ANTEL y de CEL son tan ricos como para empequeñecer las diferencias entre el MSPAS y el ISSS, por lo menos en términos de gastos por cotizante, y en menor grado por beneficiario. En 1992, CEL, el programa con mayores recursos, gastó 7.977 colones por trabajador, un gasto de nivel por cotizante cerca de 6 veces el del ISSS. El nivel de gasto por beneficiario de CEL fue más modesto, 2.052, que sin embargo fue el más alto de cualquiera de los subsectores en discusión, 3 veces el del ISSS.

La siguiente serie de gráficos representa las vastas desigualdades en el nivel de recursos y servicios por persona en cada uno de estos subsectores. La figura final de la serie presenta una medida estandarizada de los gastos relativos de cada subsector. Los gastos de cada subsector por cotizante y por beneficiario son medidos en relación al Ministerio de Salud. Al dividir los gastos de todos los otros subsectores entre el promedio del MSPAS, obtenemos una medida relativa de la desigualdad a través de los subsectores. El cuadro muestra que por cada colón gastado por cotizante del MSPAS, el ISSS gasta 6, Bienestar 6, ANTEL 26 y CEL 32 colones. Por cada colón gastado por beneficiario del MSPAS, el ISSS gasta 6, Bienestar gasta 2, ANTEL 11 y CEL 18.

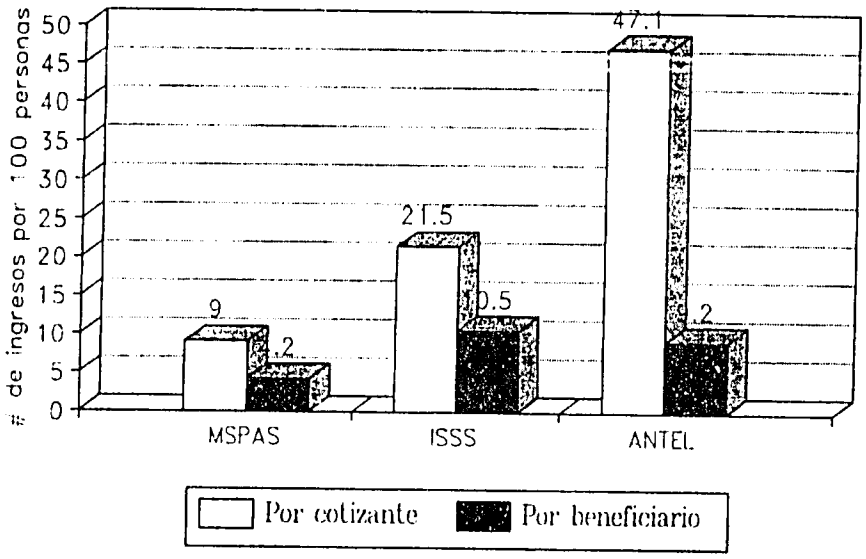
Comparando los subsectores de salud: consultas médicas por persona, 1992



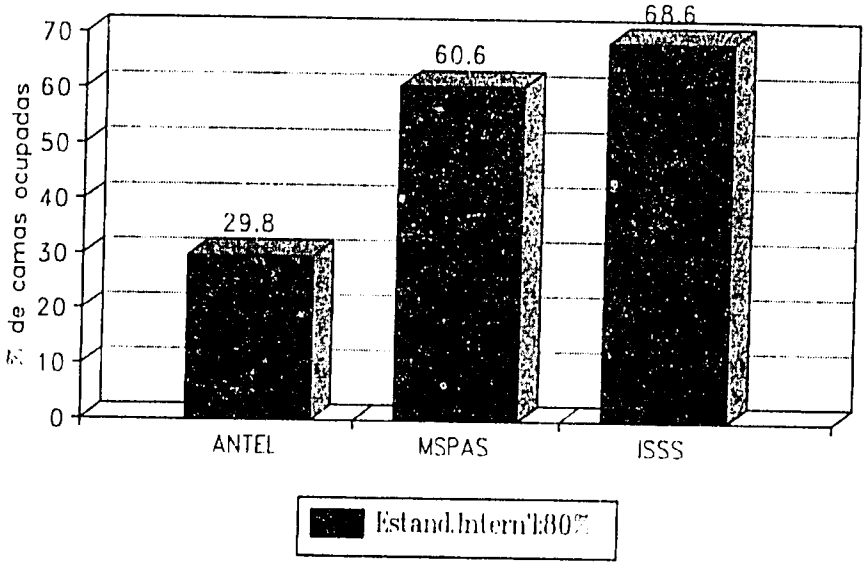
Comparando los gastos en servicios de salud en los varios subsectores, 1992

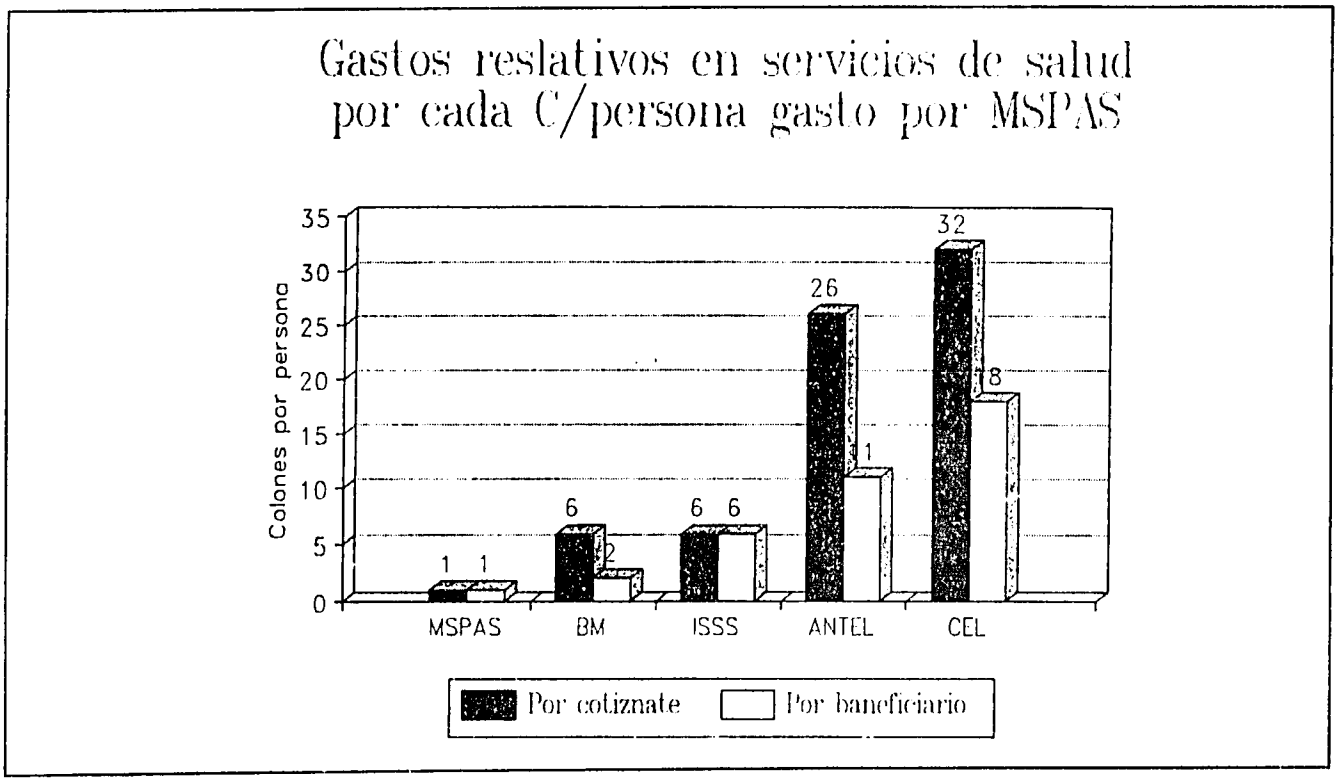


Comparando los subsectores de salud: hospitalizaciones por 100 personas 1992



Comparando los subsectores de salud: tasas de ocupación de los hospitales





Aunque los gastos en atención de salud de ANTEL, CEL y Bienestar Magisterial comprenden una proporción relativamente pequeña del sector total, cerca del 5 por ciento, constituyen un asunto de preocupación debido a cinco razones. Primero, existe cierta evidencia de que los niveles muy altos de gastos en cada uno de los programas no sólo se debe a una cobertura más completa de servicios sofisticados, pero también se debe a deficiencias en la administración y entrega de servicios. Por lo menos algunos de los sistemas parecen tener ricos recursos financieros menos por las necesidades de atención de salud que por la posición política privilegiada de su clientela. Los perfiles epidemiológicos de las enfermedades tratadas por estos sistemas son notablemente similares a los del Ministerio de Salud. En vista de que no se justifican por la necesidad, la mayor disponibilidad de recursos de estos sistemas fomenta el desperdicio, deficiencia, y complacencia administrativa o peor aún tolera la ineptitud administrativa. Esto resulta obviamente más llamativo en el caso del programa del Bienestar Magisterial, pero también se vuelve inmediatamente evidente en el caso de ANTEL, como se discutirá en mayor detalle más adelante.

Una segunda razón para preocuparse acerca de estas desigualdades en los gastos es que parece deberse en parte a niveles innecesariamente altos de utilización. Al no haber absolutamente ningún freno financiero para el consumo de atención de salud, y con el beneficio agregado de pago por incapacidad por enfermedad, estos sistemas están sujetos al abuso por parte de los consumidores, de los cuales se encontró cierta evidencia anecdótica, en el curso de la preparación de este informe. Estos sistemas deberían de introducir algun tipo de cuota proporcional a fin de disminuir la atención médica innecesaria. De la manera en que funcionan actualmente, estos sistemas fomentan la sobreutilización de servicios médicos para los problemas de salud. Estos sistemas fomentan y refuerzan la sobreutilización que constituye un problema generalizado en El Salvador.

La tercera razón de preocupación acerca de las vastas desigualdades que existen entre estos subsectores es que sus beneficiarios son los más privilegiados de la sociedad salvadoreña en términos socioeconómicos. Estos sistemas ocasionan que el sistema de salud salvadoreño preste una cuota de apoyo desproporcionadamente grande a personas que ya están relativamente bien, en comparación con el ciudadano promedio salvadoreño, exacerbando así la desigualdad en El Salvador.

Una cuarta razón de preocupación acerca de la posición privilegiada especialmente de los sistemas de Bienestar Magisterial y ANTEL es que desde 1988, éstos han sido los subsectores de salud que han crecido más rápido en términos de recursos financieros. A pesar del hecho de que el presupuesto del Programa de Bienestar ha aumentado más de 6 veces entre 1988 y 1992, tiene una deuda actual de 20 millones de colones. Los gastos del Programa de Salud de ANTEL se han incrementado en casi 4 veces durante este mismo período. Aunque CEL no ha crecido tan rápido como los otros subsectores, se debe recordar que ya es el subsector más rico del sistema total de atención de salud de El Salvador (ver las figuras de la siguiente página). En pocas palabras, las tendencias en el financiamiento del Sector Salud durante los pasados 5 años sugieren que una proporción siempre mayor de los recursos financieros del sector total de salud está siendo dedicada a estos grupos con una pequeña membresía que ya gozan de una cuota desproporcionadamente grande de los recursos totales del Sector y que incluyen a lo sumo sólo a un número de salvadoreños que crece muy lentamente (debido a las expansiones de elegibilidad del ISSS). En resumen, la distribución altamente desigual de los recursos de salud de El Salvador se ha estado volviendo aun más injusta.

La quinta razón para preocuparse acerca de la posición privilegiada de los subsectores de membresía tiene que ver con el costo de oportunidad de estos recursos. Si estos recursos fueran distribuidos más equitativamente y/o fueran usados para proporcionar más servicios de atención primaria de la salud, éstos podrían tener un impacto mucho mayor en el estado de la salud de El Salvador. Además, en vista de que estos subsectores está acumulando proporciones absolutas y relativas mayores de recursos de salud, al grado de que los subsectores compiten por los recursos, esto sugiere que los otros segmentos, más notablemente el MSPAS, han perdido cuando estos segmentos han ganado (lo que no necesariamente requiere que esto sea un juego de suma cero).

II *UNA MIRADA DE CERCA A LOS SUBSECTORES INDIVIDUALES: ESTRUCTURA Y FINANCIAMIENTO*

1 Bienestar Magisterial

El Programa de Bienestar Magisterial fue establecido en 1968. Inicialmente el programa se diseñó para proporcionar a sus beneficiarios medicinas que se suministraban de las oficinas centrales del Programa en San Salvador. El Programa ha crecido y se ha desarrollado sustancialmente desde aquel humilde comienzo. Ha retenido el servicio de dispensación directa de medicinas en sus oficinas centrales, y ha agregado 3 puestos de distribución de medicinas (uno en Santa Tecla y 2 en Mejicanos). Además, ahora suscribe contratos con farmacias en otras áreas del país donde la densidad de su población beneficiaria lo justifica. Sin embargo, un cambio mucho más importante ha sido la adición de cobertura financiera para la atención ambulatoria, hospitalización, radiología, y exámenes de laboratorio. Estos servicios adicionales que ha incluido Bienestar Magisterial son proporcionados por entidades del Sector Privado. La función de BM ha sido la de un agente administrador y financiero de esos servicios, operando, fundamentalmente, como una agencia autoasegurada.

El Programa no sólo paga por servicios de atención de salud, pero en el caso de la muerte de un maestro, cubre los gastos de funeral y también paga una proporción fija del apoyo de salario del maestro fallecido para los hijos del mismo hasta que cumplan los 21 años y para el sostén del esposo/a que le sobreviva durante el resto de la vida del último.

Los maestros contribuyen mensualmente al Programa de Bienestar con el 3 por ciento de su salario mensual, pero esa contribución no puede exceder de 20 colones al mes, que es lo que todos los maestros contribuyen. Este esquema de financiamiento ha funcionado por casi 20 años sin ser modificado. A medida que los gastos del programa han aumentado, este tope de 20 colones mensuales representa una proporción cada vez menor del financiamiento total del programa. En 1992, el 17 por ciento de los gastos totales del programa fue financiado por la cuota mensual de los maestros, el resto es financiado por los Fondos Generales del GOES. Toda la atención que reciben los beneficiarios de BM es completamente gratis; no hay pagos complementarios, ni deducibles, ni exclusiones ni topes.

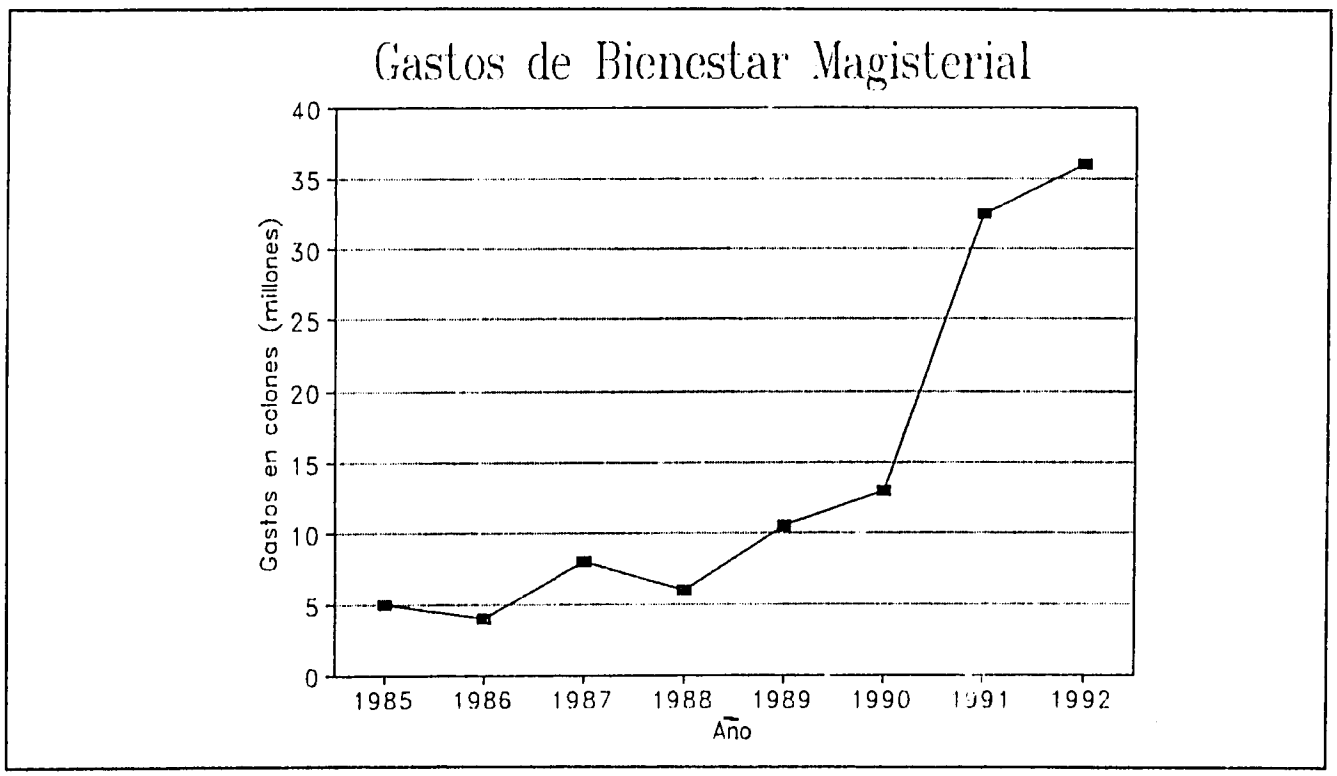
La relación de BM con las entidades del Sector Privado no es de duración indefinida. Sólo los médicos y organizaciones del Sector Privado que tienen contratos con el Programa de Bienestar pueden proporcionar servicios a los beneficiarios de BM y recibir un reembolso por tales servicios. Los beneficiarios del Programa son libres de escoger quién les proporcionará el servicio de entre la lista de los que han sido contratados. Existen cinco tipos diferentes de contratos; un tipo específico para cada tipo de proveedor o institución. En relación a los servicios de médicos que ejercen solos, existen contratos que son diferentes para los médicos generales y para los especialistas. Existen tres tipos de contratos institucionales, uno para hospitales y clínicas con varios médicos, uno para laboratorios, y uno para farmacias. Todos los contratos son para un período de un año (calendario), y cada uno especifica los precios que se pagarán por los servicios prestados, y establece un monto mensual máximo que se le reembolsará al contratista. Los contratistas facturan al Programa BM de acuerdo a los precios especificados en el contrato y no cobran a los beneficiarios de BM por los servicios prestados. Sin embargo, se ha reportado que algunos médicos sí le cobran algo a los pacientes de BM.

Las tasas de reembolso para cada categoría de contrato son uniformes para todos los contratistas dentro de la categoría, pero a menudo varían a través de los tipos de contratos. Los hospitales, por ejemplo, en general tienen mayores tasas de reembolso por el desempeño de diferentes tipos de exámenes de laboratorio que los de los laboratorios independientes. También, los hospitales pueden cargar a BM 25 por ciento más de la cuota

regular que se cobra por medicinas proporcionadas a beneficiarios hospitalizados del BM, así como también por servicios de enfermería.

La administración del Programa de BM es seriamente deficiente. A pesar de un aumento de presupuesto de casi tres veces, de 13,7 a 38,6 millones de colones en los últimos 3 años (1990 a 1993), el Programa de Bienestar Magisterial permanece con una deuda de más de 20 millones de colones. Esto es equivalente a cerca del 60 por ciento de los gastos de 1992 del programa. No sólo se ha sobreextendido seriamente, sino que también la administración del programa es gravemente deficiente en términos de su oportunidad -y más que si solamente se tratara de su endeudamiento. La deuda de Bienestar constituye el valor de aproximadamente 6 meses de servicios, y aún se informa que el Programa está atrasado aproximadamente un año en sus pagos a los proveedores privados. Sin embargo, se debe reconocer que parte del problema descansa en la Corte de Cuentas, que según informes se atrasa 6 meses en la autorización de gastos.

Debido al gran desequilibrio financiero del Programa de BM, no es de sorprender que las cuentas de los beneficiarios del Programa a los que se les da tratamiento de segunda clase están en aumento. No sólo hay informes más frecuentes de que los médicos participantes tratan de sacar pagos adicionales (pagos complementarios) a su clientela de BM, sino que también los beneficiarios han informado que se les trata en forma diferente, en parte, supuestamente por los problemas de atraso en los pagos, pero también se informa que se debe a los precios demasiado bajos que se les reembolsa a los proveedores participantes por la atención financiada por el Programa de BM.



Entre otras deficiencias del programa está la falta de mantenimiento de un listado actualizado de maestros y sus beneficiarios, la total ausencia de información acerca de los tipos de enfermedades para las cuales se da tratamiento a los beneficiarios, la falta de datos sobre la distribución de servicios o gastos por tipo de contrato/-proveedor o geografía, la falta de información acerca de la distribución de gastos por tipo de beneficio del programa (servicios de salud comparados con beneficios de sobreviviente).

2 **Administración Nacional de Telecomunicaciones**

En forma análoga a Bienestar Magisterial, el programa de salud de ANTEL es un beneficio especial relacionado con el empleo. El programa fue iniciado por ANTEL, una institución autónoma/paraestatal, hace 26 años, en 1967. El programa cubre un estimado de 35.000 personas a un costo promedio anual de aproximadamente 5.000 colones por beneficiario. Los trabajadores pagan 2-3 por ciento de su salario como una contribución al programa (si pasar de los 10-20 colones mensuales).

El centro del programa de salud de ANTEL consiste en un hospital de 90 camas ubicado en San Salvador el cual, de acuerdo al director del hospital, da cuenta del 80 por ciento de los costos del sistema total. Sin embargo, el programa también tiene varias clínicas pequeñas ubicadas fuera de la capital. El programa entero es administrado fuera del hospital.

La Junta Directiva de ANTEL (no el hospital) ha autorizado ocasionalmente el envío de un paciente fuera del país para recibir un tratamiento especial de servicio. Aunque esto ocurre raras veces, los costos son grandes.

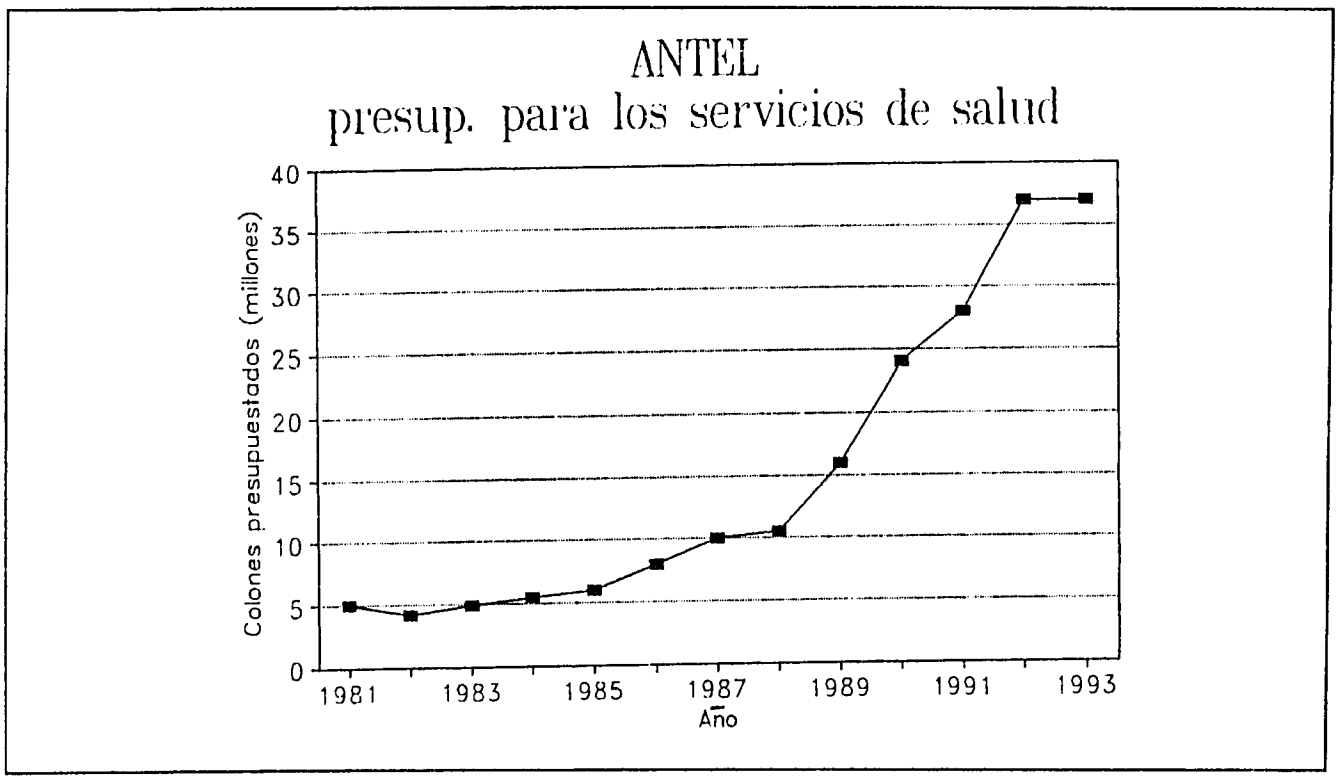
En áreas donde ANTEL no tiene servicios de hospitalización, pero tiene trabajadores, éstos según sea necesario son enviados a las instalaciones del ISSS más cercanas. Al paciente referido se le da una ficha de referencia que ha sido autorizada por un médico de ANTEL. Esto le da derecho al individuo para recibir atención "gratis". Esto, sin embargo, no es un evento común. El último año ANTEL gastó 0,5 por ciento de su presupuesto para reembolsarle al ISSS por la atención proporcionada a trabajadores de ANTEL. ANTEL ha comenzado a negociar un contrato con el nuevo Hospital Militar para el uso de ciertos tipos de equipo y servicios. El nuevo Hospital Militar tiene equipo nuevo de la más alta tecnología, explica el administrador de ANTEL, y tanto el Hospital Militar como el ISSS son preferibles a tener que depender del Sector Privado que es mucho más caro.

La Ley de Presupuesto (una publicación anual del Gobierno Central) contiene un desglose del presupuesto de los servicios de salud de ANTEL dentro del presupuesto general de la institución. Sin embargo, la publicación anual del Ministerio de Hacienda que informa gastos del Gobierno Central no contiene un desglose del presupuesto general de ANTEL que permitiría aislar los gastos en servicios de salud. Durante una entrevista, el Administrador del hospital insistió en que las cifras presupuestarias, que aparecen en la siguiente página, eran datos de gastos reales. Luego continuó explicando que el último año habían gastado un poco más de 40 millones de colones, y tuvieron que solicitar fondos adicionales de la administración central de ANTEL para cubrir la diferencia. Por lo tanto, los datos que se presentan en la siguiente página son montos presupuestados y no gastos reales, y por lo menos para el último año subestiman los gastos reales en cerca del 10 por ciento.

Al ver el desglose presupuestario por clase de gasto que se presenta en la siguiente página, impresiona la gran proporción de los fondos totales que se destinaron para "materiales y suministros". Esta es una indicación de la posición financiera del sistema. En contraste con el MSPAS, que dedicó el 9,9 por ciento de su presupuesto de operaciones a materiales y suministros en 1992, y el ISSS que gastó el 38 por ciento ese mismo año,

ANTEL asignó el 50 por ciento[3]. Esta disponibilidad de financiamiento se refleja en parte en el hecho de que ANTEL tiene el mayor número de exámenes de laboratorio por consulta médica entre los tres subsectores para los cuales tenemos tales datos (Cuadro No. 11). Los médicos de ANTEL ordenaron 3,3 veces más exámenes de laboratorio por consulta que los proveedores ya sea del ISSS o del MSPAS. Estos tienen números promedios de prescripciones por consulta un poquito menores, aunque todavía muy altos (2,59), que los proveedores del ISSS o del MSPAS (2,93 y 3,21, respectivamente).

Finalmente, los proveedores de ANTEL ordenaron rayos X con más frecuencia que los proveedores del ISSS, pero con menos frecuencia que los proveedores del MSPAS, como lo muestran las gráficas de las siguientes páginas. Estas diferencias parecerían reflejar un perfil epidemiológico diferente entre los trabajadores de ANTEL. La institución no mantiene información sobre tipo de enfermedad, impidiendo el llevar a cabo este tipo de análisis. Tomando en cuenta estos hallazgos, no está claro qué es lo que da cuenta de la estructura de costos tan diferente del sistema de salud de ANTEL en comparación con el del MSPAS y del ISSS.



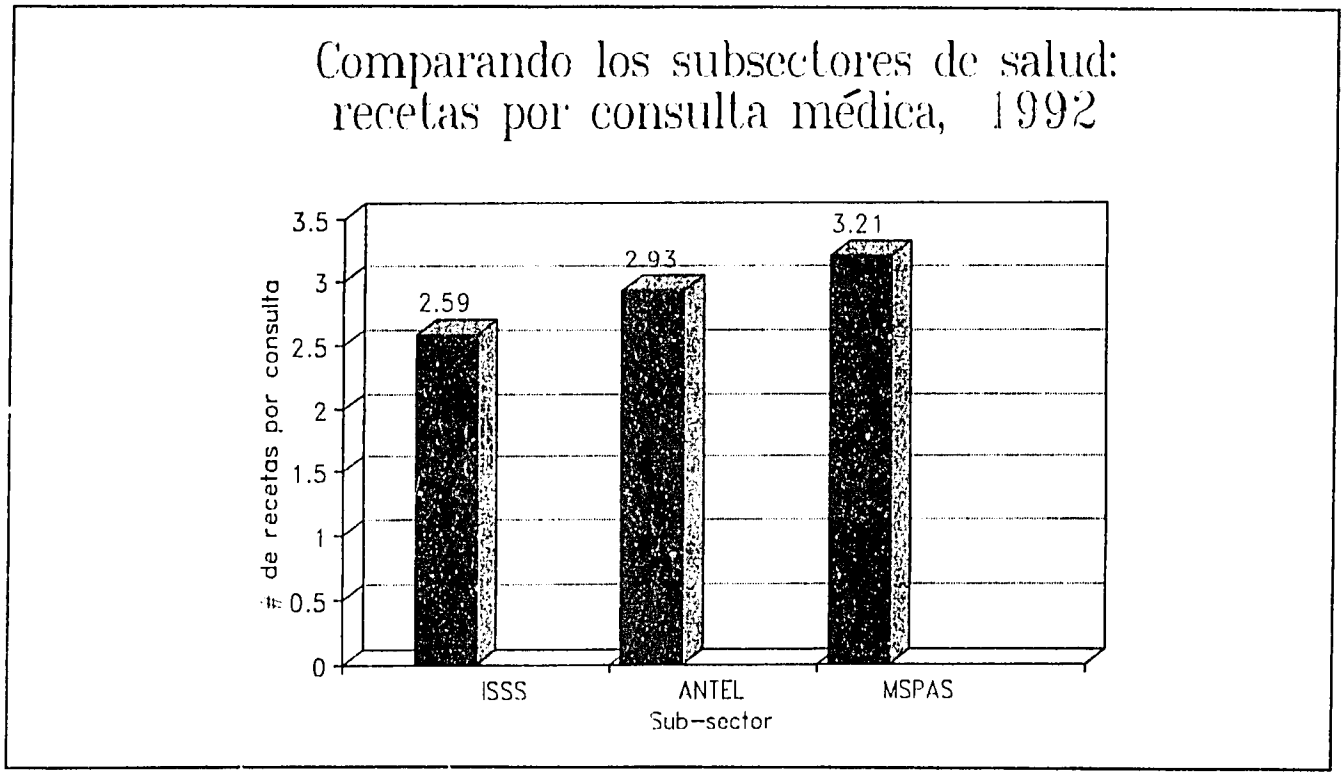
[3] Esta cifra es exclusiva para los hospitales ya que sus presupuestos no son desglosados y por lo tanto impiden llevar a cabo este tipo de análisis.

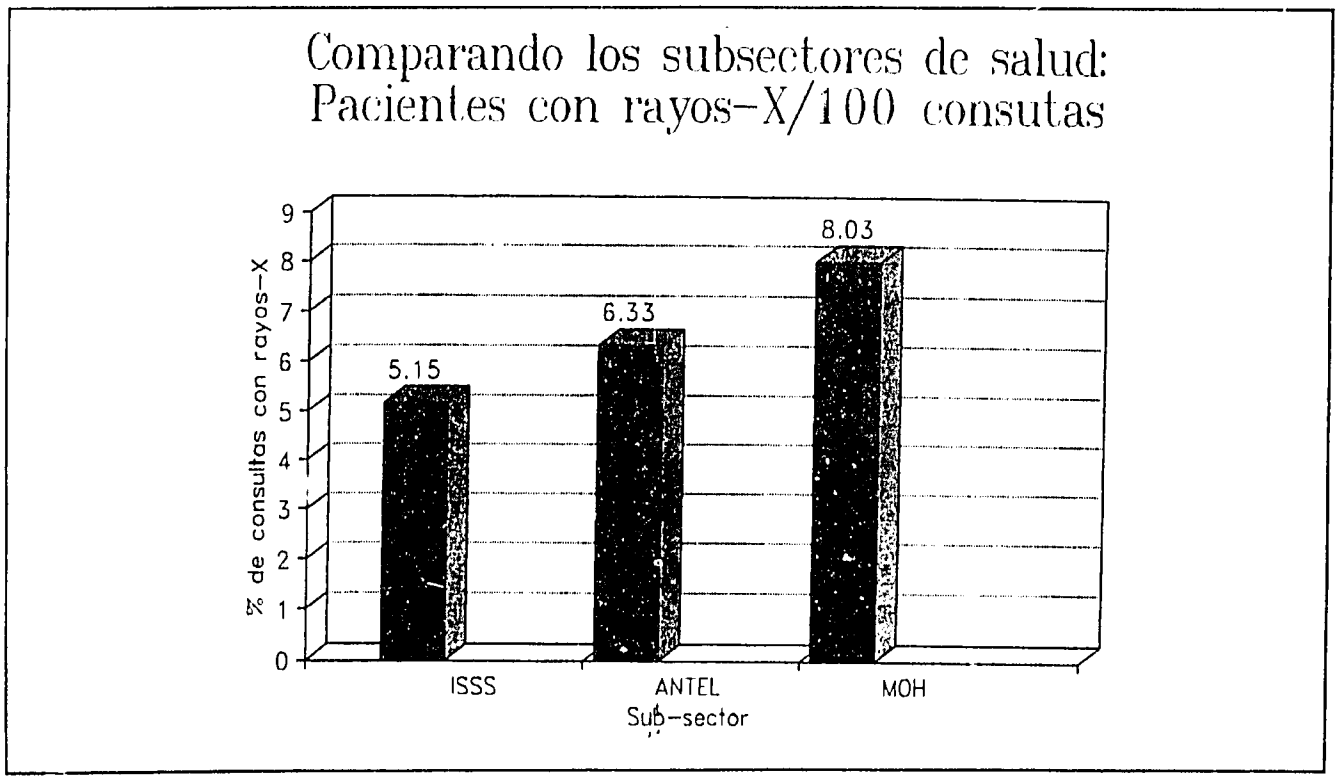
Cuadro No. 1

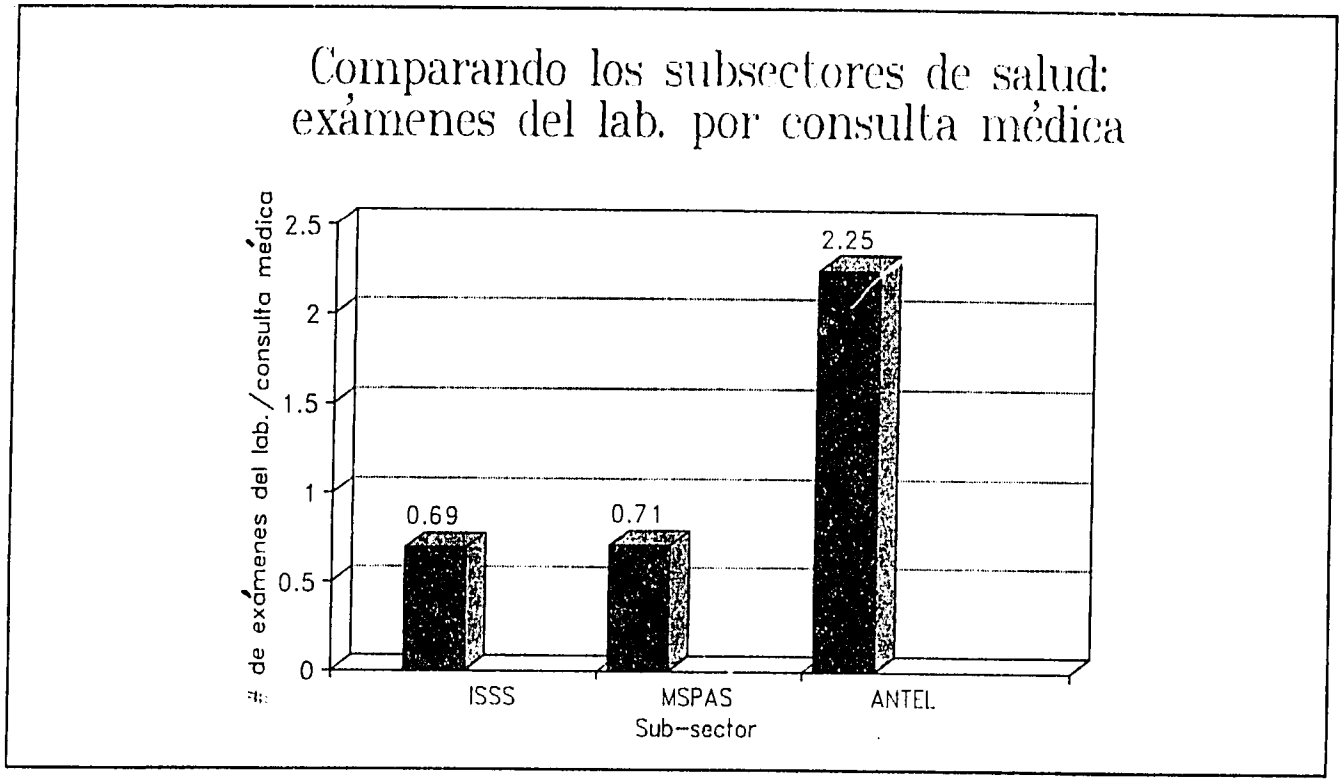
ANTEL: GASTOS DEL HOSPITAL, 1981-1992
(COLONES NOMINALES)
(SOLO SERVICIOS DE SALUD)

Año	Servicios personales	Servicios no personales	Materiales y suministros	Maquinaria y equipo	Transferencias corrientes	Total
1981	2.699.267	120.951	2 157.355	50.370	0	5.027.943
1982	2.812.280	138.951	1.453.875	24.940	0	4.430.046
1983	2.894.499	127.515	1.445.786	260.184	6.300	4.734.284
1984	3.413.534	102.217	1.750.802	190.879	0	5.457.432
1985	3.910.749	222.139	2.034.078	148.908	0	6.315.874
1986	4.171.761	190.128	3.630.632	77.876	1.125	8.071.522
1987	4.613.802	281.254	4.407.294	516.197	0	9.818.547
1988	4.786.120	527.456	4.640.475	700.222	619	10.654.892
1989	6.161.939	273.512	8.395.239	1.372.918	94	16.203.702
1990	7.683.960	577.140	14.213.262	1.354.670	175.000	24.004.032
1991	9.735.000	966.333	13.117.130	3.892.220	60.405	27.771.088
1992	15.084.170	2.535.800	18.459.500	1.194.800	51.000	37.325.270
1993*	15.084.170	2.535.800	18.459.500	1.194.800	51.000	37.325.270

* Gastados


Comparando los subsectores de salud:
recetas por consulta médica, 1992
de recetas por consulta
3.5
3
2.5
2
1.5
1
0.5
0
2.59
2.93
3.21
ISSS
ANTEL
MSPAS
Sub-sector


Comparando los subsectores de salud:
Pacientes con rayos-X/100 consutas
% de consultas con rayos-X
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
5.15
6.33
8.03
ISSS
ANTEL
MOH
Sub-sector



3 Comisión Ejecutiva del Río Lempa

Al igual que los sistemas de Bienestar Magisterial y ANTEL, el sistema de atención de salud de CEL es un beneficio para empleados. En 1992 el Programa cubrió a los 3.726 trabajadores de la empresa eléctrica y a sus familias, haciendo un total de 14.486 personas. Desde comienzos de 1993, los empleados han tenido que contribuir con el 1 por ciento de sus salarios para el programa de salud. Antes de 1993, no se les pedía esta contribución a los empleados. No se hacen deducibles ni pagos complementarios.

El programa de salud de CEL es estructuralmente diferente de los otros sistemas que tienen que ver con trabajadores. El sistema consiste de dos partes diferentes: (1) una red de 15 clínicas pequeñas ubicadas a lo largo del país, en su mayoría con un personal a medio tiempo constituido por un médico general y una enfermera, y (2) una red de más de 500 médicos del Sector Privado, hospitales, farmacias y laboratorios a donde envían a sus trabajadores si tienen necesidad de un especialista. El personal médico consiste de 46 médicos (la mayor parte de los cuales trabajan de 2 a 4 horas diariamente) y un equipo de 23 enfermeras graduadas a tiempo completo. Todos los proveedores privados que participan en el programa de CEL tienen que estar de acuerdo en cobrar y aceptar como pago completo el programa de honorarios desarrollado por CEL. El programa de honorarios está altamente especificado y elaborado en un documento de 82 páginas que contiene más de 1.200 precios. El director del programa informa que los honorarios quirúrgicos en el programa no han cambiado durante tres años, aun cuando todos los demás honorarios se revisan cada seis meses.

El programa de CEL también tiene acuerdos con tres hospitales del MSPAS (San Vicente, San Miguel y Ahuachapán) en donde le pagan a estos hospitales por atención hospitalaria cuando el Sector Privado no tiene

camas disponibles. El director del programa informó que están en el proceso de negociar un contrato con el nuevo Hospital Militar.

Las 15 clínicas mantenidas por CEL dieron cuenta de un tercio del costo del programa en 1992. Los pagos a los médicos privados constituyeron otro 20 por ciento y los pagos a los hospitales privados otro 26 por ciento, y las farmacias representaron un 10 por ciento adicional. El 10 por ciento restante consistió de pagos de honorarios hechos a los laboratorios y dentistas privados y pagos por anteojos.

El año pasado el programa comenzó a recopilar parte de los datos que recibe sobre las causas de enfermedad y del número de consultas, hospitalizaciones y días de hospitalización. Sin embargo, en su mayoría, como en el caso de Bienestar Magisterial y en menor grado de ANTEL, los funcionarios ignoran completamente el contenido del programa de salud.

4 El Instituto Salvadoreño del Seguro Social

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) fue establecido en abril de 1954. El ISSS tiene dos fondos básicos: uno es el fondo para servicios de salud y el otro un fondo de jubilación/pensión. Desde su comienzo, el componente de servicios de salud ha sido financiado por medio de las contribuciones de los empleados, el empleador y el estado (específicamente el Ministerio de Hacienda). El esquema de financiamiento que garantiza el fondo de servicios de salud ha sido alterado tres veces. Los niveles actuales de contribución fueron instituidos el 1o. de junio de 1993. Este fue el primer cambio desde 1978. Las tasas que habían estado en vigencia antes de este cambio reciente fueron establecidas en 1978, y se habían convertido en un conjunto de tasas únicas, si no las más viejas, actualmente en vigencia en Latinoamérica.

El programa de salud consiste realmente de dos regímenes diferentes que tienen tasas de contribución también diferentes. El grueso de los cotizantes del ISSS está en el Régimen General compuesto por los empleadores y empleados del Sector Privado. También está el Régimen Especial que consiste de un subconjunto de empleados del Sector Público del gobierno central. La contribución del esquema del Régimen General, con un 7,50 por ciento adicional contribuido por el empleador y el estado -que antes de 1978 pagaba una fracción fija del salario de los empleados -ahora está supuesto a contribuir aproximadamente con 5 millones de colones anuales (una cifra que al ser adoptada, se acordó que sería ajustada actuarialmente cada cinco años). Las tasas del Régimen General antes del aumento reciente eran del 2,5 por ciento para los empleados y 6,25 por ciento para los empleadores. Aunque los cambios recientes constituyeron un aumento del 20 por ciento en las tasas de contribución, las tasas actuales combinadas suman un 10,5 por ciento, siguiéndole Honduras con un 10,0 por ciento que es la tasa más baja entre los países centroamericanos.

Las tasas del Régimen Especial son 5,57 por ciento para el empleador y 2,23 por ciento para el empleado. Las tasas del Régimen Especial son más bajas que las del Régimen General, lo cual refleja su paquete de beneficios más modesto. Los participantes en el Régimen Especial no tienen derecho a efectivo por causas de salud y (de menor significado) a compensaciones en especie, como los trabajadores cubiertos por el Régimen General. El año pasado (1992), éste beneficio adicional dio cuenta de 156,8 millones de colones, 28 por ciento de los gastos del fondo total de salud (la suma restante se gastó en la prestación o compra de servicios de salud). Esta proporción ha sido relativamente constante a lo largo de los últimos años. Por lo tanto, aunque la contribución del Régimen Especial es únicamente un 11 por ciento menos que el del Régimen General, los participantes del Régimen Especial quedan sistemáticamente excluidos del 28 por ciento de los gastos totales de los Fondos de Salud. Aunque una evaluación completa de la equidad de las tasas diferenciales requeriría un análisis del valor de los beneficios del servicio de salud obtenidos por cada grupo,

parece como si el Régimen Especial podría estar llevando una cantidad inusual de la carga financiera del Fondo de Salud del ISSS.

Tanto las contribuciones porcentuales de los empleados como de los empleadores se pagan únicamente sobre los primeros 6.000 colones de ingreso mensual (aproximadamente U.S.$681). Por lo tanto, un individuo cuyo ingreso es menor de o igual a 6.000 colones mensuales paga 3,0 por ciento de su ingreso al fondo[4]. Aquellos cuyo ingreso es mayor de los 6.000 colones techo pagan al fondo una proporción menor de su ingreso total. Por ejemplo, si un individuo tiene un ingreso mensual de 12.000 colones todavía paga como máximo 3.0 por ciento de su ingreso mensual de hasta 6.000 colones, o un máximo de 180 colones mensuales. Al no pagar nada sobre la segunda porción de su salario -lo que está por sobre el nivel de techo de 6.000 colones- corta a la mitad su tasa de contribución general, que ahora es equivalente al 1,5 por ciento de su ingreso. Por lo tanto, el impuesto de seguro social es en general un impuesto regresivo: ya que para ingresos de hasta 6.000 colones mensuales el impuesto es proporcional -tomando el mismo porcentaje de 3,0 del ingreso de cada trabajador cubierto- para salvadoreños que ganan más de 6.000 colones mensuales, el impuesto es menor que el proporcional. A medida que sus ingresos aumentan, el impuesto del seguro social toma un porcentaje menor de sus ingresos totales, o sea que por definición, éste se convierte en un impuesto regresivo. Vale la pena notar que el jefe de la División Financiera del ISSS estima que únicamente 3-5 por ciento de los cotizantes del ISSS tienen un salario mensual mayor de los 6.000 colones.

En términos de su impacto sobre las empresas, esto también varía y, otra vez, la fuente de variación es el techo más allá del cual no se paga ningún impuesto. Las empresas con una proporción alta de trabajadores con sueldos relativamente bajos tienen que contribuir con una proporción mayor de su cuenta total de salarios en comparación con una compañía con una proporción mayor de trabajadores que ganan más de 6.000 mensuales al mes. Hasta donde se sabe, nunca se ha hecho un estudio en El Salvador acerca del impacto del impuesto/contribución del seguro social en la creación/mantenimiento de empleos o en la intensidad capital relativa de la empresa salvadoreña.

4.1 Cobertura

Inicialmente la cobertura del ISSS se limitaba a establecimientos industriales, comerciales y de servicios en únicamente 9 de los 262 municipios de El Salvador, e incluso ahí se excluía a compañías con menos de 5 ó más de 249 empleados, aquellos con un salario mayor de los 500 colones mensuales y aquellos que trabajaban para el gobierno municipal o para el gobierno central. A partir del siguiente año, 1955, se efectuó una serie de enmiendas al Capítulo III de la Ley del Seguro Social, lo que resultó en la extensión gradual de cobertura del programa. No fue sino hasta noviembre de 1973 que el ISSS cubrió el territorio nacional por completo. Las extensiones recientes de cobertura más importantes se han concentrado en dos periodos, 1979-1980 y 1989 e incluyen lo siguiente:

- El desarrollo de 1979 del Régimen Especial -el mecanismo por medio del cual los trabajadores del Sector Público fueron incorporados, y que es distinto del Régimen General que incluía a trabajadores del Sector Privado- y la incorporación de trabajadores del Sector Público en las zonas occidental y oriental del país en enero de ese mismo año y en septiembre de 1980, respectivamente,

[4] El techo actual de 6.000 colones fue establecido en 1989. La tasa anterior era de 1.500; por lo tanto el impuesto/ contribución del Seguro Social era aun más regresiva antes de 1989.

- La extensión de cobertura de febrero de 1989 para empleados del Sector Público en las regiones central y metropolitana del país,

- La incorporación de viudas y viudos de los jubilados del ISSS en marzo de 1989, y, de gran importancia en términos numéricos, de los hijos menores de dos años de edad de los cotizantes del ISSS (que anteriormente gozaban de cobertura sólo hasta los 6 meses de edad), y

- La adición de cobertura de atención de salud de mayo de 1989 a los esposos de las aseguradas (hasta entonces únicamente las esposas tenían cobertura).

En comparación con los sistemas de seguridad social de los otros 21 países de Latinoamérica, tradicionalmente (por lo menos a partir de 1960), la cobertura del sistema salvadoreño ha sido la más baja o la segunda más baja en términos de cobertura tanto de la proporción de la población económicamente activa como de la población total (McGreevey, Banco Mundial, 1990, p. 57). Sin embargo, debido a las diferentes extensiones de cobertura ha habido una tendencia ascendente distintiva, como se muestra en el Cuadro No. 12. La guerra y el desempeño lento de la economía que primeramente redujo y luego mantuvo el empleo del sector formal a niveles históricamente bajos significó números menores de cotizantes del ISSS a todo lo largo de la mayor parte de los años ochenta. Incluso con las diferentes extensiones de cobertura, la proporción de la población económicamente activa cubierta por el ISSS no regresó a su pico anterior del 15,9 por ciento de 1979, hasta 1989. Desde entonces, con dos extensiones de cobertura adicionales, ha seguido incrementándose cada año, alcanzando el 20,7 por ciento de la población económicamente activa en 1992, y todos los beneficiarios (cotizantes y dependientes) vinieron a constituir el 11,5 por ciento de la población nacional[5].

[5] El porcentaje que aquí se calcula es más bajo que el que aparece en la tabla. La tabla se basa en los documentos oficiales del ISSS que a su vez se basan en una población nacional de 5,51 millones, en donde la cifra del 11,5 por ciento presentada en el texto utiliza los resultados preliminares del Censo de 1992 de 5,4 millones

Cuadro No. 12

EVOLUCION EN LA COBERTURA DEL ISSS

					Tasas de crecimiento anual		
Año	Poblacion nacional	Total de cotizantes de ambos regímenes	Total de beneficiarios	Total de beneficiarios como porcentaje de la población nacional	Cotizantes en el régimen general	Total de cotizantes	Total de Beneficiarios
1975	3.924.095	169.026	243.340	6,2			
1976	4.040.248	182.798	263.223	6,5	8,1	3,1	8,2
1977	4.159.840	206.299	297.449	7,2	12,9	3,1	13,0
1978	4.282.971	219.384	316.326	7,4	6,3	3,1	6,3
1979	4.409.747	232.609	335.600	7,6	2,8	3,1	6,1
1980	4.539.516	210.868	305.045	6,7	-14,9	3,2	-9,1
1981	4.582.638	214.224	306.126	6,7	-5,1	1,7	0,4
1982	4.624.914	214.095	305.941	6,6	1,4	0,9	-0,1
1983	4.662.788	323.800	332.671	7,1	8,5	0,8	8,7
1984	4.706.821	225.354	322.030	6,8	-3,3	0,9	-3,2
1985	4.767.570	226.658	323.894	6,8	2,8	1,3	0,6
1986	4.845.588	237.346	339.168	7,0	4,8	1,6	4,7
1987	4.933.835	240.737	344.013	7,0	1,7	2,4	1,4
1988	5.031.483	255.367	364.919	7,3	6,6	2,2	6,1
1989	5.137.707	311.190	448.336	8,7	-1,8	2,3	22,9
1990	5.251.678	338.233	494.465	9,4	3,7	2,4	10,3
1991	5.375.045	361.954	536.001	10,0	9,7	2,5	8,4
1992	5.508.359	387.148	580.613	10,5	12,0	2,7	8,3

Nota: Total = Cotizantes + Beneficiarios, tanto del Régimen General como del Especial. La aplicación de la cobertura a los hijos agregó 72.405 beneficiarios adicionales.

Fuente: ISSS, *Estadísticas 1992, 1993.*

Hablando en términos numéricos, las dos extensiones de cobertura más importantes fueron las hechas en 1989 La incorporación de los empleados del Sector Público en las regiones central y metropolitana agregaron más de 55.000 cotizantes y sus dependientes a las planillas de beneficiarios del ISSS, y la incorporación de hijos menores de dos años de edad agregaron más de 18.000. Por lo tanto, en 1989, aun cuando el número de cotizantes del ISSS del Régimen General (Sector Privado) cayó en un 2 por ciento, el número total de trabajadores cotizantes creció en un 2 por ciento debido a la expansión significativa (23 por ciento) en el número de cotizantes del Régimen Especial. Lo que es más, el número total de beneficiarios de ese año saltó por sobre el total más alto alcanzado (23 por ciento) a medida que los cotizantes del Sector Público, sus esposos y esposas -y ahora por primera vez- sus hijos hasta los dos años de edad fueron incluidos como beneficiarios del ISSS. Comenzando en 1990, cuando la economía comenzó a mejorar, cada año el número de cotizantes y beneficiarios del ISSS ha alcanzado números récords.

Antes de la guerra, la proporción de la población nacional cubierta por el ISSS oscilaba alrededor del rango del 6 al 7 por ciento. Cuando ocurrieron las diferentes extensiones de cobertura, especialmente las más recientes que han roto el nexo directo entre beneficiarios y empleo -es decir, la incorporación de esposas y

esposos de los cotizantes del ISSS- la tasa de cobertura rompió el rango tradicional de cobertura, y escaló hasta el 8,7 por ciento en 1989, 9,4 por ciento en 1990 y llegó al 10,0 por ciento en 1991. Aun así, según los estándares internacionales la proporción todavía es pequeña. Una de las implicaciones de la extensión de cobertura a los empleados del Sector Público se debe a que como generalmente tienen sus empleos más asegurados y están menos sujetos a contratación y despidos debido a las fluctuaciones en la economía, su incorporación ha servido para ayudar a estabilizar el número de cotizantes y beneficiarios del ISSS. Como se puede ver en la tabla de la página anterior, la tasa de crecimiento anual del total de cotizantes es mucho más estable y regular que aquella de los cotizantes del Régimen General. El incorporar a los empleados del Sector Público al Fondo de Salud del ISSS no sólo ha aumentado el número de cotizantes y beneficiarios del ISSS, sino que también ha hecho al ISSS más insensible a las fluctuaciones económicas porque el gobierno no es tan rápido como el Sector Privado para contratar y despedir cuando suceden cambios en las condiciones generales de la economía.

El cambio más reciente en las regulaciones de cobertura del ISSS ha sido la adopción de una política que extenderá anualmente en forma progresiva el estatus de beneficiario a los hijos mayores de los cotizantes. A partir de 1996, quedarán cubiertos los hijos de los cotizantes hasta la edad de 6 años.

4.2 Distribución geográfica de los cotizantes

Dentro del Régimen General del ISSS (el cual incluye a todos los cotizantes del ISSS del Sector Privado), ha existido una tendencia a largo plazo de que los cotizantes del ISSS estén cada vez más concentrados en los nueve municipios del Area Metropolitana de San Salvador. Estos 9 municipios comprenden lo que el ISSS denomina la Región Metropolitana, sobre la cual es importante destacar, que es un área mucho más pequeña que la Región Metropolitana del Ministerio de Salud que comprende el Departamento completo de San Salvador, 19 municipios y una población de 125 por ciento mayor.

En 1976, el 64 por ciento de los cotizantes del ISSS estaban en el Area Metropolitana. Dieciséis años más tarde, en 1992, esta proporción había aumentado al 72 por ciento. La mayoría de personas que han sido incorporadas al ISSS a medida que se ha extendido su cobertura han estado en el Régimen Especial, ; , al momento de redactar este informe no se tenía información disponible acerca de la distribución regional de este grupo para poder evaluar cómo la extensión de cobertura para este grupo ha afectado la concentración geográfica de los participantes del ISSS. En 1992, estas personas constituyeron el 30 por ciento de los cotizantes del ISSS, y mientras que sus números son tales que no impactarán grandemente el patrón de distribución de beneficiarios del ISSS, siendo trabajadores del Sector Público del gobierno central que están ubicados principalmente en la Región Metropolitana, su incorporación probablemente ha exacerbado la concentración geográfica del ISSS. La cobertura del ISSS está altamente concentrada y se ha vuelto mayor en forma incremental en los años recientes.

4.3 Financiamiento del ISSS

De 1980 a 1985, el Régimen de Salud del ISSS funcionó con un déficit anual, hasta que en 1986 había acumulado una deuda de aproximadamente 50 millones de colones. La guerra, la descapitalización y los niveles descendentes de ingresos habían destruido gran parte de la base industrial que daba empleo al tipo de mano de obra que constituía la médula de los contribuyentes del ISSS. El empleo manufacturero cayó aproximadamente en un 18 por ciento entre 1979 y 1982. Como resultado, el ISSS sufrió una concentración marcada en sus miembros contribuyentes, y consecuentemente en sus ingresos. La reducción anual única más grande, del 15 por ciento, ocurrió en 1980 y fue seguida el siguiente año por una caída de otro 5 por ciento.

Sin la introducción del Régimen Especial en 1979 y su expansión en 1980, éstas caídas habrían sido mucho más marcadas.

Otra razón importante para el mal desempeño financiero del Régimen de Salud del ISSS a principios de los años ochenta fue que (un documento de ISSS, 1992, p. 32) durante 8 años, de 1982 a 1989, el Gobierno no honró su acuerdo de contribuir anualmente con 5 millones de colones como su cuota por los trabajadores del Régimen General. Luego, en 1990 pagó 10 millones de colones, pero en 1991 no pagó nada otra vez. Además, el gobierno pagó sólo una porción de lo que estaba obligado a pagar como el empleador de los cotizantes en el Régimen Especial, y lo que llegó a pagar lo hizo generalmente de manera errática.

El Régimen de Salud del ISSS se mantuvo viable al recibir una transferencia de 41 millones del fondo por vejez y jubilación, para compensar al Régimen de Salud porque éste había pagado los gastos administrativos de la institución a lo largo del período entre 1969-1985. Además, el Ministerio de Hacienda le proporcionó al ISSS un "subsidio" de 22 millones de colones en 1986 para pagar la deuda en que el ISSS había incurrido entre junio de 1984 y abril de 1986. A partir de 1986, el ISSS ha generado anualmente un superávit.

A partir de 1992 comenzó a alquilar el nuevo Hospital de Especialidades del MSPAS. Se están haciendo negociaciones para permitir que el ISSS compre las instalaciones mediante la transformación del pago de alquiler en pago de hipoteca. Además, el Gobierno le otorgó el terreno en que se construyó el Hospital Médico-Quirúrgico después de que el Hospital General fuera destruido por el terremoto de 1986. Existen rumores de que estos terrenos fueron dados y algunos dicen que el Hospital de Especialidades será dado al ISSS como pago "en especies" por el Gobierno Central en compensación por los pagos vencidos de la porción Estatal de la contribución tripartita.

El ISSS acaba de completar y de abrir un nuevo Hospital del Cáncer en San Salvador. Además, actualmente está planeando construir un nuevo Hospital General en los próximos dos años y de cambiar de ubicación el Hospital Médico-Quirúrgico, que tiene una estructura temporal construida después del terremoto de 1986.

4.4 Aspectos de eficiencia, haciendo comparaciones internacionales y nacionales

Un documento, recientemente publicado por el Banco Mundial, presenta un análisis comparativo de la eficiencia administrativa de 21 países latinoamericanos (William McGreevey, *Social Security in Latin America: Issues and Options for the World Bank*, 1990). El Salvador está casi en el promedio entre estos países, según lo clasificó una de estas medidas, que es la proporción de los costos de su sistema de Seguridad Social que se gastan en administración, su 13,7 por ciento lo sitúa en el décimo lugar. Sin embargo, esta información proviene de mediados de los años ochenta, y comenzando en 1986 la proporción de los costos totales de administración ha crecido de manera constante y en 1992 llegó al 19,5 por ciento de los fondos de salud y pensiones combinados, y 22,6 por ciento de los costos totales del Fondo de Salud únicamente. Por medio de la segunda medida de eficiencia del trabajo de McGreevey, es decir los empleados por cada mil asegurados, El Salvador clasificó en ese año (1985) en el penúltimo lugar siguiéndole al país que universalmente se reconoce que tiene el sistema de seguridad social menos eficiente en toda América, o sea la República Dominicana. El número de puestos administrativos por asegurado ha aumentado lentamente desde principios de los años ochenta (Síntesis, ISSS, 1993, p. 35). Se estima que los costos administrativos dan cuenta de aproximadamente un tercio del total de costos (directos e indirectos) de una consulta externa con especialista del ISSS.

En el Cuadro No. 13 se presentan promedios de algunas medidas de productividad del personal del ISSS y del MSPAS. Los médicos y dentistas del ISSS generalmente son una y media a dos veces tan eficientes como

los proveedores del MSPAS. La porción más baja de esa misma tabla contiene los costos unitarios estimados de un número de diferentes tipos de servicios para los cuales había datos comparativos para ambas instituciones. Aunque los resultados específicos dependen del tipo de atención y del tipo de instalación para servicios de hospitalización, el ISSS tiene costos unitarios considerablemente más altos en comparación con los del Ministerio de Salud. Las diferencias van desde atención médica para la cual la atención del ISSS es casi 4 veces más costosa, a ginecología y obstetricia la cual es casi 2 veces más costosa, siendo la atención quirúrgica más mezclada, pero en general más comparable.

La porción inferior del cuadro revela que las visitas externas a las instalaciones del ISSS tienen aproximadamente el mismo costo que una visita a un hospital o centro del MSPAS, pero que es aproximadamente un 30 por ciento más cara que una proporcionada en una unidad o puesto de salud del MSPAS. Los costos unitarios de los hospitales del MSPAS para un examen de laboratorio son aproximadamente la mitad y los centros de salud son dos tercios de los del ISSS. Finalmente, el MSPAS proporciona servicio de rayos X de manera más eficiente que el ISSS.

Nunca se ha hecho un análisis para confirmar las causas de por qué las estructuras de costos de estas dos instituciones son diferentes. Un análisis de esta índole también necesitaría que se examinara y controlara en busca de diferencias de calidad de los servicios prestados. Los datos de costo unitario para el MSPAS estuvieron disponibles hace poco como resultado de un estudio especial efectuado en 1992 por el Proyecto APSISA del AID. Por otra parte, el ISSS ha seguido la pista a los costos unitarios desde 1987. Una posible fuente de la variación en los costos de estas dos instituciones es la estructura salarial sustancialmente más alta de la que gozan los empleados del ISSS. Sin embargo, por lo menos en el caso de los médicos y dentistas podría ser que su productividad promedio más alta compense completamente sus salarios más altos, lo que resultaría en costos laborales casi equivalentes por unidad de rendimiento. Esta y otras fuentes sistemáticas de variación en los costos y técnicas administrativas de las dos instituciones podrían merecer un estudio comparativo de ambas instituciones con el cual ambas saldrían ganando.

Cuadro No. 13

ALGUNAS MEDIDAS DE PRODUCTIVIDAD PROMEDIO DEL ISSS Y EL MSPAS

Institución o establecimiento	Consultas por hora		Productividad del MSPAS como % un del ISSS	
	Médico	Dentista	Médico	Dentista
ISSS: Promedio general	4,4	3,4		
MSPAS en base a: hospitales	2,9		66	
Unidades de Salud	2,6	1,8	59	53
Puestos de Salud	1,8	0,6	41	18

Cuadro No. 14

COMPARACION DE ALGUNOS COSTOS DE SERVICIO DEL ISSS Y EL MSPAS

Hospitalización	Costo por día	MSPAS como un % del ISSS
Médica		
ISSS	568	
Hospital MSPAS	152	27
Centro	146	26
Quirúrgica		
ISSS	194	
Hospital MSPAS	190	98
Centro	81	41
Gin/obs		
ISSS	308	
Hospital MSPAS	208	68
Centro	158	51

Cuadro No. 15

Comparación de otros costos de servicios del ISSS y el MSPAS

Otros bienes y servicios	Costo unitario	MSPAS como un % del ISSS
Consulta externa		
ISSS	42	
Hospital MSPAS	41	98
Centro	43	102
Unidad	26	62
Centro	32	76
Costo promedio de rayos X		
ISSS	47	
Hospital MSPAS	28	60
Centro	33	70
Costo promedio de prueba de laboratorio		
ISSS	14	
Hospital MSPAS	6	43
Centro	9	64

Fuentes: *Adaptaciones de ISSS 1992, Molina 1992, Gómez 1992.*

4.5 Coordinación ISSS-MSPAS

Aunque en El Salvador se ha hablado extensamente acerca de la necesidad de la cooperación, coordinación y posible fusión eventual del MSPAS-ISSS, no ha habido un progreso significativo en esta área desde que ambas instituciones firmaron una carta de acuerdo en 1987. Con este acuerdo, el ISSS puede (a) comprar servicios al MSPAS suministrados directamente a sus pacientes asegurados y (b) rentar el espacio de instalaciones del MSPAS. El ISSS tiene contratos específicos que formalizan este acuerdo con 30 instalaciones del MSPAS. La estructura de cuotas que gobierna estas transacciones fue establecida por el Banco Central de Reserva en 1985 y todavía está en vigencia. Sin embargo, la inflación ha aumentado los costos del MSPAS en aproximadamente un 150 por ciento desde el desarrollo de ese programa, y parece que los precios a los cuales el MSPAS suministra estos servicios al ISSS son ahora tan bajos que el MSPAS está realmente perdiendo dinero como resultado de estos arreglos (porque el costo de la proporción de suministro de estos servicios excede las rentas brutas que generan). Si este fuera realmente el caso, constituiría un subsidio neto del MSPAS al ISSS con una equidad problemática. Actualmente el MSPAS está reevaluando su programa de precios así como éstos contratos. En estos últimos dos años el valor de los 12 contratos más importantes, todos los cuales han sido suscritos con hospitales o centros del MSPAS, han promediado aproximadamente 900.000 colones.

4.6 Privatización parcial de la atención ambulatoria especializada del ISSS

Desde que el terremoto destruyó el hospital principal del ISSS a finales de 1986, el Instituto ha tenido un retraso de citas cada vez mayor. Este retraso, particularmente para las consultas de especialidades, resultó en retrasos de citas de tres meses o más y se convirtió en la fuente de las críticas más ácidas para el Instituto. En respuesta a este exceso de demanda, el ISSS cambió las horas de consulta clínica diaria de las 8 a las 12 del mediodía. Sin embargo, esta medida no fue adecuada. Desde mayo de 1990, el ISSS ha privatizado parcialmente la atención ambulatoria de especialidades. Los médicos -sólo aquellos que trabajan para el ISSS, pero actuando en su capacidad de médicos privados- pueden prestar atención a los pacientes asegurados del ISSS y ser reembolsados por el Instituto por dicha atención. A los médicos se les paga 40 colones por consulta. La tasa no ha sido alterada desde comienzos del programa hace dos años y medio.

En un principio el esquema de privatización se limitaba a la primera visita para un episodio de enfermedad en particular y únicamente en el Area Metropolitana de San Salvador. Casi un año después de iniciado el programa, éste se modificó a fin de incluir la segunda consulta, y en julio de 1991, entró en vigencia en todo el país.

No todo beneficiario del ISSS puede ir directamente a visitar a un médico del Sector Privado y el ISSS le pague por los servicios recibidos. Los individuos primeramente deben visitar a un médico general del ISSS. Si luego son referidos a un especialista y tienen que esperar más de tres días para lograr una cita son elegibles para optar al esquema de privatización. Inicialmente, a las personas que llenaban este requisito y querían una consulta privada, se les asignaba un médico particular. Esta práctica ha sido cambiada durante el último año, ahora los pacientes pueden seleccionar su proveedor privado de entre una lista de médicos participantes.

El programa de privatización cubre el costo de la consulta, pero únicamente los honorarios del médico. Los beneficiarios del ISSS deben obtener del ISSS todos los exámenes de laboratorio, Rayos X o recetas complementarios. La participación en el programa puede ser engorroso y lento, dependiendo de la naturaleza de la consulta.

Los funcionarios del ISSS dicen que si se limita la participación del Sector Privado en el programa a los médicos que trabajan a medio tiempo para el Instituto evita que el mismo tenga que capacitar a los médicos participantes sobre sus estándares y normas de atención y tener que monitorearlos tanto. El 66 por ciento de los 226 médicos del Instituto que trabajan en la Región Metropolitana participan en el programa de privatización.

En los 7 meses de 1991 durante los cuales el programa estuvo en vigencia, se proporcionaron 44.507 consultas privadas de especialidades. En los primeros 10 meses de 1992, se dieron cerca de 55.000 consultas de este tipo. Inicialmente, este esquema de privatización parcial tenía la intención de ser un programa temporal que estaría en vigencia por tiempo limitado, únicamente hasta reducir el retraso de citas hasta un nivel aceptable. Ahora los funcionarios del ISSS expresan que el programa se convertirá en una característica permanente de la entrega de servicios de salud del ISSS.

El esquema también se ha extendido a la atención pediátrica. Como se dijo anteriormente, el ISSS está en el proceso de ampliar su cobertura para los hijos. Ya que históricamente los hijos estaban cubiertos únicamente durante los primeros 6 meses de vida, el Instituto no ha tenido la necesidad de tener un personal grande de pediatras. Para satisfacer la creciente demanda de pediatras, el ISSS ha extendido el esquema de privatización a visitas pediátricas.

Según las estimaciones del ISSS, sus costos totales por consulta de especialidades (incluyendo administración) fueron de 53 colones en 1990 y de 64 colones en 1991. El costo de la consulta privada es de 40 colones. El costo de administrar el esquema de privatización nunca ha sido cuantificado. Si nosotros bajamos los costos administrativos de una consulta dada directamente por el ISSS vemos que el costo de la consulta era de únicamente 33 colones en 1990 y 46 colones en 1991, lo que sugiere que el esquema de privatización podría no ser un trato financiero favorable para el ISSS (como ha sido proclamado universalmente) hasta 1991. No se tienen datos más recientes disponibles.

4.7 Satisfacción de los beneficiarios del ISSS

Las críticas para el ISSS, y particularmente sobre su régimen de servicios de salud, es algo común en todo El Salvador. Debido a los largos retrasos que involucran la obtención de atención y el hecho de que el ISSS no cubre a los hijos más allá de los dos años, un número sustancial (pero indeterminado) de firmas comerciales ha optado por proporcionarle a sus trabajadores seguro privado mientras continúan cumpliendo con su mandato legal de pagar su contribución al ISSS. Esta decisión generalmente se hace sobre bases puramente económicas; el valor del tiempo de trabajo que se ahorra al proporcionarle a los trabajadores una fuente alternativa de atención más rápida vale más que el costo de la prima del seguro. Otras firmas, impulsadas por las mismas consideraciones económicas, han establecido su propia capacidad de servicios de salud, generalmente contratando a uno o más proveedores de atención de salud para que den atención en el lugar de trabajo ya sea a medio tiempo o tiempo completo. Nunca se ha hecho un análisis sistemático para identificar los números y tipos de tales arreglos. Sin embargo, claramente reflejan las deficiencias percibidas en el sistema de entrega de servicios del ISSS, es decir, insatisfacción del consumidor.

5 El subsector privado con fines de lucro

El análisis del Sector Privado es en mucho el análisis más limitado de los tres subsectores debido a las dificultades inherentes para la adquisición de información sistemática de este sector atomístico relativamente desorganizado.

Dos estudios de 1987 y 1993 proporcionan la información más reciente sobre el Sector. Mientras que el de 1987 se centró en los proveedores privados en San Salvador, el estudio de 1993 cubrió todo el país. El Cuadro No. 16 compara los números totales de cada tipo de instalación de salud aunque no todas fueron entrevistadas durante estas dos encuestas. Un total de 15 hospitales, 130 médicos, 37 laboratorios clínicos-patológicos y 2 clínicas de rayos X (todos dentro del Area Metropolitana de San Salvador) participaron en la encuesta de 1987. En la encuesta de 1993 participaron 35 hospitales, 391 médicos, 66 laboratorios clínicos, 8 laboratorios de patología y 13 clínicas de rayos X.

Cuadro No. 16

EL SECTOR SALUD CON FINES DE LUCRO

AREA	1987	1993
HOSPITALES	--	35
MEDICOS	2100	3910
LABORATORIOS CLINICOS	--	330
LABORATORIOS DE PATOLOGIA	--	8
SERVICIOS DE RADIOLOGIA	--	13

Fuentes: Investigaciones de Población y Mercado (IPM). 1987, *Estado actual de la capacidad instalada de servicios y facilidades de salud: Sector Privado e instituciones específicas del Sector Público en el Area Metropolitana de San Salvador*, and Roberto F. Iunes. 1994, Estudio: Evaluación del Sector Privado.

5.1 Médicos

La distribución de los médicos refleja la realidad -concentración donde viven los pacientes que pueden pagar por sus servicios: en 1987, aproximadamente el 80 por ciento de los médicos vivían en el Area Metropolitana de San Salvador-. Aunque la encuesta de 1993 indicó que esto se había reducido al 66 por ciento, si se suma el 9.2 por ciento que vive en Santa Ana, significa que tres cuartos de los médicos sirven al 35 por ciento de la población (Iunes 1994).

El estudio de 1993 encontró que los médicos generalmente trabajaban parte de tiempo para el MSPAS y/o ISSS (18 por ciento trabajan tanto en el ISSS como en el MSPAS, 22 por ciento trabajan sólo en el ISSS, 22 por ciento trabajan sólo en el MSPAS, 37 por ciento no trabaja ni en el MSPAS ni en el ISSS), y parte de tiempo en su propia clínica para un promedio de 26 horas a la semana (en 1993). Los datos de 1987 no tiene información sobre trabajo desempeñado en el Sector Público, pero sí mostraron que un médico privado trabajaba en promedio 28 horas a la semana en su propia clínica y el 25 por ciento de los entrevistados también trabajaban en otras instituciones privadas un promedio de 10 horas por semana (IPM, 1987).

Aproximadamente el 6 por ciento de los médicos entrevistados en 1993 dijeron que tenían contrato con el ISSS para 40 horas a la semana y que todavía trabajaban en su clínica privada por lo menos 10 horas a la semana. Otro 6 por ciento tienen el mismo arreglo en el MSPAS. Es dudoso que estos médicos estén cumpliendo con su contrato con una instalación pública. Esto podría también ser cierto para aquellos médicos que trabajan por lo menos 30 horas en el ISSS y/o MSPAS y que trabajan un total de 45 horas por semana. Si se suma todo esto, se llega a 13,5 por ciento que probablemente no cumplen con su contrato con el MSPAS y otro 16 por ciento que no lo hacen con el ISSS (Iunes 1994).

Un análisis de una muestra de 1987 de 130 clínicas de médicos privados, encontró que en el curso de un mes, el médico promedio (la especialidad pareció no hacer diferencia) atendieron aproximadamente a 116 pacientes. Un factor que sí hizo diferencia en el número de pacientes atendidos fue el número de años que el médico había estado ejerciendo -entre más años, más pacientes tenía el médico-.

La productividad entre médicos en 1993 varió: 27.5 por ciento promedió 0.6 consultas/hora, 13 por ciento atendió 2 consultas/hora. De hecho, el 10 por ciento de los médicos dan el 37 por ciento de las consultas lo que es igual a la productividad del 68 por ciento de aquellos que tenían menos consultas (Iunes 1994). Estos números bajos de consultas podrían reflejar el número limitado de pacientes que pueden pagar clínicas privadas y/o la concentración de médicos en San Salvador. Los médicos privados con clínicas privadas dieron aproximadamente 2.4 millones de consultas en el área de San Salvador en 1987 lo que se elevó a 3.8 millones en 1993. Esto podría reflejar un aumento en el número de médicos y/o pacientes.

Hasta cierto punto los precios reflejan la demanda y pueden ser útiles. Pero los datos de estos estudios son limitados -el estudio de 1987 no miró los precios que los médicos privados cobraban por consulta y los precios que los médicos dijeron que cobraban por consulta en el estudio de 1993 son muy variados y podrían no ser del todo exactos, de 8 a 220 colones (30 veces más)-. El precio promedio es 56.5 colones, siendo los precios más comunes, en orden descendente, de 50, 30 y 70 colones. Esta información no está desglosada por área geográfica o por especialidad, lo que podría ser responsable de la variabilidad. Aunque parece no haber relación entre el precio y el número de consultas, esto no necesariamente significa que el precio no es un factor determinante al escoger a un médico (un factor que tiene ramificaciones importantes para la idea de cuotas de usuario). Podría significar que los precios no son precisos (una posibilidad porque los médicos se han resistido a hablar con el gobierno acerca de sus ganancias), o podría reflejar el hecho de que los médicos más experimentados tienen más pacientes y también cobran más (Iunes 1994).

El tipo de paciente que usa a los médicos privados con fines de lucro no es analizado en detalle en ninguno de los estudios. El estudio de 1987 sí encontró que el 68 por ciento de los pacientes eran del Area Metropolitana de San Salvador, 22 por ciento de otras áreas urbanas y 10 por ciento de las áreas rurales.

El 26 por ciento de los médicos dan consulta para compañías aseguradoras privadas. En general, estos médicos tienden a tener más experiencia y son especialistas (particularmente cardiólogos y cirujanos; y también, pero en menor grado: internistas, ginecólogos/obstetras y médicos generales). Estos generalmente son más productivos -trabajan aproximadamente el mismo número de horas/semana pero dan más consultas- y cobran un promedio de 24 por ciento más. La mayor demanda y un precio más alto se podrían deber a: (1) mejor calidad de los médicos; (2) falta de alternativas; o (3) una combinación de estos dos factores.

Cuadro No. 17

DATOS GENERALES DE MEDICOS PARA 1987 Y 1993

	1987	1993
No. de médicos	2100	3910
Porcentaje en el Area Metropolitana de San Salvador	80	66
No. de horas/semana promedio trabajado en propia clínica	28	26
No. (en millones) de consultas en San Salvador	2,4	3,8
No. promedio de paciente atendidos en un mes/médico	116	123
Porcentaje que dan consulta para seguro	--	26
Promedio del no. total de horas trabajadas	38	45
No. promedio de consultas privadas/semana	29	30
No. de consultas/hora (clínicas propias)	--	1,18

Fuentes: Investigaciones de Población y Mercado (IPM), 1987, *Estado actual de la capacidad instalada de servicios y facilidades de salud: Sector Privado e instituciones específicas del Sector Público en el Area Metropolitana de San Salvador*; and Roberto F. Iunes, 1994, *Estudio: Evaluación del Sector Privado.*

5.2 Hospitales privados

El estudio de 1993 mostró que los hospitales privados también están concentrados en San Salvador (69 por ciento), y 94 por ciento están ubicados en las áreas menos pobres (Iunes 1994).

Cuadro No. 18

DATOS GENERALES DE HOSPITALES PRIVADOS PARA 1987 Y 1993

Datos	1987	1993
Porcentaje de hospitales en el Area Metropolitanas	---	69
Porcentaje de camas en áreas menos pobres	---	98
Porcentaje promedio de ocupación de camas	52,6	53,5
Estadía promedio (días)	---	3,6
Precio diario promedio por cama/hospital	---	66
Costo mínimo por habitación	20	18
Costo máximo por habitación	100	150
Admisión promedio/mes/hospital	152	159
No. total de camas	---	1168
No. promedio de camas/hospital	36	33
No. promedio de enfermeras/hospital	17	25
% de consultas: consulta ext.	78	---

Fuentes: Investigaciones de Población y Mercado (IPM), 1987, *Estado actual de la capacidad instalada de servicios y facilidades de salud: Sector Privado e instituciones específicas del Sector Público en el area metropolitana de San Salvador*; y Roberto F.Iunes, 1994, *Estudio: Evaluación del Sector Privado.*

Existe un nexo limitado entre los hospitales privados y el Sector Privado. Aunque el estudio de 1987 no investigó estos nexos o aquellos con las compañías aseguradoras, en 1993 un 9 por ciento de los hospitales tenían contratos con el ISSS, 49 por ciento con compañías aseguradoras privadas, y 45 por ciento con instituciones autónomas (Iunes 1994).

Los procedimientos y cirugías utilizados con más frecuencia están reflejando sencillamente el perfil epidemiológico del país y posiblemente los bajos ingresos de la mayoría de salvadoreños que no pueden costearse intervenciones complicadas en el Sector Privado (Iunes 1994). Los hospitales tienden a ser pequeños, promediando 33 camas/hospitales (variando de 10 a 128 camas) (Iunes 1994). Esto es un poco menos del promedio de 36 camas/hospital en 1987. Las camas se clasificaron de acuerdo a la especialidad en 1987 (50 por ciento medicina general, 18.7 por ciento cirugía, 20.4 por ciento ginecología y obstetricia y 10.9 por ciento pediatría), pero en 1993 el 80 por ciento de los hospitales no clasificaron las camas.

El costo de la habitación de hospital oscilaba entre 20 y 100 colones en 1987 y en 1993 promedió 66 colones, con un rango de 18 a 150 colones. Estos precios podrían reflejar la ubicación geográfica del hospital y los procedimientos relativamente poco sofisticados de estos hospitales.

El 67 por ciento de los hospitales tenían laboratorios clínicos y el 53 por ciento tenían laboratorios de radiología en 1987. Los datos sobre instalaciones de apoyo de 1993 necesitan ser reanalizados, pero Iunes (1994) concluye que el 20 por ciento de los hospitales encuestados no tenían servicios de apoyo adecuados para poder funcionar adecuadamente como hospitales.

La cantidad de personal parece ser adecuada en algunos hospitales pero no así en otros. Mientras que un promedio de 0.73 enfermera/cama es aceptable, el bajo 0.01 enfermera/cama no lo es. Los hospitales que tienen el número más alto de enfermeras/cama también tienen el número más alto de otros tipos de empleados/pacientes (Iunes, 1994).

La costo-efectividad de estos hospitales con fines de lucro, sus necesidades, metas y su posible inclusión en un sistema de salud a nivel nacional necesitan ser abordados. El mejor uso de los hospitales no es necesariamente la atención de paciente externo; sin embargo, en 1987 el 78 por ciento de las consultas fueron visitas ambulatorias.

5.3 Laboratorios clínicos

La mayoría de laboratorios clínicos trabajan independientemente, lo que refleja las necesidades de atención ambulatoria. La productividad y precios son variables. La concentración de la productividad se refleja en que el 10 por ciento de los laboratorios realizaron el 49 por ciento de exámenes (1987). Los seis exámenes más comunes son los que reflejan el perfil epidemiológico del país tanto en el estudio de 1987 como en el de 1993 (glucosa, orina, heces, hemograma, VDRL y cultivo de orina).

Cuadro No. 19

DATOS GENERALES DE LABORATORIOS CLINICOS PARA 1987 Y 1993

Datos	1987	1993
% en San Salvador	--	62
No. total encuestado	31*	66
% con contratos con instituciones privados	--	15,2
% con contratos con hospitales privados	--	6,1
% con contratos con hospitales públicos	--	6,1
% con contratos con instituciones autónomas	--	40,9
No. de exámenes/mes/lab.	861	1612
Precio promedio/examen (en colones corrientes)	20	25
% sin profesionales calificados	16	--

*Incluye 5 laboratorios clínicos de patología y 2 laboratorios de patología. Fuentes: Investigaciones de Población y Mercado (IPM), 1987, *Estado actual de la capacidad instalada de servicios y facilidades de salud: Sector Privado e instituciones específicas del Sector Público en el area metropolitana de San Salvador*, y Roberto F. Iunes, 1994, *Estudio: Evaluación del Sector Privado*.

5.4 Laboratorios de patología

En 1993 había 8 laboratorios de patología, todos ubicados en el Area Metropolitana de San Salvador a excepción de uno (no ha habido cambio desde 1987). Ninguno tiene contratos con los hospitales públicos. 2 tienen contratos con compañías aseguradoras privadas, 1 con un hospital privado y 62,5 por ciento tienen contratos con las instituciones autónomas. Los precios de los exámenes no varían reflejando la concentración de servicios, en donde 2 laboratorios efectúan el 73 por ciento del trabajo (en 1987).

5.5 Radiología

Caudro No. 20

DATOS GENERALES DE LABORATORIOS DE PATOLOGIA PARA 1993

	1993
% en San Salvador	46
No. promedio horas/radiólogo/semana	54
% radiólogos que trabajan para el MSPAS	61
% radiólogos que trabajan para ISSS	37.5
% clínicas que trabajan para ISSS	31
% clínicas que trabajan para aseguradoras privadas	46
% que trabajan para instituciones privadas	61.5

Fuente: Iunes Roberto F., 1994, Estudio: *Evaluación del Sector Privado.*

Los estudios más comunes son del tórax, ultrasonido abdominal y del área de las vértebras lumbosacras.

5.6 Seguros de salud privados

Aunque el mercado de seguros de salud privados es pequeño, ha crecido sustancialmente a lo largo de la última década. No existen datos acerca del número de personas que ha tomado un seguro de salud privado. El único indicador disponible del tamaño de este mercado es la cantidad total de primas anuales pagadas. De acuerdo con la agencia del Gobierno Central encargada de regular y controlar a las compañías aseguradoras, bancos y otras instituciones financieras, la Superintendencia del Sistema Financiero, los pagos de primas para seguros de salud privados crecieron en una tasa anual promedio del 25.1 por ciento entre 1980 y 1991.

Los planes de seguro de salud privados son casi exclusivamente pólizas colectivas, compradas por los empleadores para todos los trabajadores de su compañía. Los empleadores pagan por estos planes además de tener que contribuir al ISSS. Aproximadamente la mitad de los planes de seguros de salud privados cubren únicamente hospitalización. Estos planes generalmente incluyen un deducible de 500 colones por persona y 20 por ciento por pagos complementarios. Actualmente se estima que 100,000 personas tienen seguros de salud, residiendo la mayoría en San Salvador.

El seguro de salud privado se compra adicionalmente al seguro del ISSS debido a los largos retrasos de las citas de sus citas lo cual resulta en enfermedades largas e interrupciones en los horarios de trabajo bastante

significativas. Otro motivo para la compra de seguros de salud privados es que el ISSS no cubre a los hijos de los asegurados con la excepción de los primeros dos años de vida, aunque esto se va extendiendo para cubrir niños mayores.

A medida que las primas de los seguros de salud privados aumentaron en 11 veces su valor durante la era de 1980-1991, la proporción de primas totales de seguros que ellos constituían aumentaron tres veces. O sea que la salud se convirtió en una parte cada vez más importante de las carteras de las compañías de seguros. Todavía en 1991 las primas de seguros de salud ascendieron a 37 millones de colones y dieron cuenta de aproximadamente el 8 por ciento de las primas totales de seguros, bastante menores que las otras líneas comerciales principales como los seguros contra incendios y de vida. Además, el riesgo mayor involucrado en el establecimiento de primas fijas (la norma industrial) y los costos administrativos relativamente altos de los planes de salud han mantenido conjuntamente la cobertura de seguros de salud en forma bastante conservadora -con un deducible de 500 colones por asegurado, 20 por ciento de coaseguro y la cobertura limitada generalmente a hospitalización (o sea, no hay cobertura de atención ambulatoria)- y ha desanimado a algunas compañías para ofrecerlo. Solamente 6 de las 14 compañías de seguros que funcionan actualmente en El Salvador ofrecen seguros de salud. Dos de estas 6 compañías dominan el mercado con aproximadamente un 80 por ciento del valor total de las primas.

Aunque las dos compañías que dominan el mercado son agresivas en su búsqueda de nuevos clientes, existe por lo menos una razón que sugiere que el crecimiento futuro del mercado estará determinado en gran parte por las condiciones económicas generales. Los pagos por reclamos en proporción con las primas de seguros de salud son más altos que los de cualquier tipo de seguro ofrecido actualmente en El Salvador y están creciendo generalmente tanto en términos absolutos como relativos. En los últimos 5 años, los pagos por reclamos han sido equivalentes a casi el 78 por ciento de los pagos por primas. Ya que los gastos administrativos consumen una porción sustancial (pero no revelada) del restante 22 por ciento del ingreso bruto por seguros de salud de las compañías aseguradoras, las compañías recientemente han buscado comenzar a formar organizaciones preferidas de proveedores de estructura menos estricta, utilizando Escalas de Valor Relativo sofisticadas producidas en los E.U.A. a fin de determinar los niveles relativos razonables de pago por varios servicios, y trabajando estrechamente con los empleadores tanto para monitorear como para exhortar verbalmente a los trabajadores a que vean su cobertura como un tipo de seguro contra catástrofes y que si abusan de ella la perderán.

Un método por medio del cual se puede aumentar el crecimiento del mercado de seguros de salud privados sería diseñando mecanismos adicionales (más allá del lugar de trabajo) para reunir a las personas interesadas para obtener un seguro de salud a fin de que los riesgos puedan ser agrupados, haciendo así que el nivel de sus primas resulte más atractivo.

Una alternativa popular y atractiva para las indemnizaciones de seguros privados para terceros es el arreglo en que un número no determinado pero generalmente mayor de compañías públicas y privadas ha hecho con sus trabajadores. En lugar de pagar a un agente de seguros comerciales, estas compañías pueden contratar sus propios proveedores de salud (ya sea a tiempo completo o a medio tiempo) para que presten atención de salud directa a sus trabajadores o de manera alternativa las compañías pueden enviar a sus trabajadores a los médicos privados y luego pagar por toda o la mayor parte de la atención. Estos dos arreglos pueden verse como tipos de autoseguro.

III EL FINANCIAMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD

1 Generalidades de la organización y estructura

El MSPAS tiene seis diferentes fuentes de financiamiento y un número de sistemas distintos, que algunas veces se traslapan parcialmente, para el control y supervisión de cada una. Las seis fuentes de financiamiento del MSPAS son:

- Los Fondos Generales del GOES y tipos específicos de préstamos externos que juntos constituyen el Presupuesto Ordinario del GOES,
- El Presupuesto Extraordinario del GOES, que consiste de préstamos externos,
- Asistencia Financiera Directa para el MSPAS, que consiste en tipos específicos de préstamos externos y donaciones que de acuerdo a los requerimientos de los donantes externos se deben usar en la implementación de proyectos específicos del MSPAS,
- Asistencia Técnica, que consiste principalmente en asistencia bilateral y multilateral en especies,
- Dos sistemas distintos de cuotas de usuario, uno llamado comúnmente el sistema del patronato (junta de salud de la comunidad), que es un sistema de cuota de usuario basado en servicios de consulta externa, y el otro,
- un sistema de cuota de usuario basado en servicios de hospitalización.

El Presupuesto Ordinario del GOES es la fuente principal de financiamiento del MSPAS. Está constituido por Fondos Generales del GOES y algunos préstamos externos. Generalmente, los préstamos externos incluidos en el presupuesto ordinario son préstamos para proyectos de infraestructura otorgados por el Banco Interamericano de Desarrollo, de los cuales el más importante en los años recientes ha sido el Proyecto Básico de Saneamiento Rural.

El MSPAS tiene control directo sobre sus recursos y monitorea sólo su presupuesto ordinario. Aunque los procesos de preparación y de desembolsos del Presupuesto Ordinario se describen con mayor detalle en la siguiente sección de este informe, es importante establecer desde un principio de esta discusión que la esfera financiera del MSPAS está caracterizada por la fragmentación estructural y de procedimientos debido a una variedad de factores, algunos de los cuales se originan dentro del MSPAS y otros fuera del mismo. Esta fragmentación del control y de la supervisión compromete la habilidad del Ministerio para dar seguimiento a todos sus recursos financieros, y por lo tanto constituye un impedimento importante (aunque de ninguna manera el único) para que el MSPAS pueda mejorar la eficiencia en el uso de sus recursos. Este es un problema importante y propagado que se debe abordar lo más sistemática y rápidamente posible. El mejorar esta situación (aquí no estamos hablando de absolutos) es una condición necesaria, pero no suficiente, para mejorar el desempeño gerencial del MSPAS. Es importante tener en mente este tema del control financiero a través de toda esta sección, que muestra claramente lo grave del problema y el reto que implica el alterar significativamente la situación actual. Es necesario mencionar que el área de financiamiento está actualmente en un período de transición a un sistema moderno de Ejecución Presupuestaria mediante el Documento de Avance de Fondos Públicos (DAFP) y de contabilidad gubernamental para facilitar el proceso.

El Presupuesto Ordinario es autorizado anualmente por la Asamblea Legislativa, es desembolsado por el Ministerio de Hacienda y supervisado por la Corte de Cuentas, la Sección de Contabilidad de la División Financiero Contable del Ministerio de Salud y por el Ministerio de Hacienda. La División Financiero Contable del Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de preparar todas las solicitudes presupuestarios de Fondos Generales, seguirle la pista y auditar todos los gastos y destinaciones de estos fondos, y reportar esta

información a la persona en el Ministerio de Hacienda responsable de supervisar y monitorear el presupuesto del Sector Salud (conocido como el *sectorialista* de salud pública de Hacienda).

Además de la responsabilidad oficial de la División Financiero Contable de administrar y supervisar estos fondos a lo largo del MSPAS, la Unidad de Planificación Financiera del Dirección de Planificación del MSPAS ha proporcionado por mucho tiempo asistencia complementaria a la División Financiero Contable, especialmente en sus actividades anuales relacionadas con la preparación de solicitud de presupuesto. Tradicionalmente (hasta 1992), los recursos del MSPAS fueron asignados con base a patrones históricos con muy poca planificación en sí.

El Presupuesto Extraordinario. La mayor parte de la considerable asistencia internacional que recibe el Ministerio de Salud de El Salvador--particularmente para proyectos de inversión--constituye lo que se llama presupuesto extraordinario. El presupuesto extraordinario es administrado por la Secretaría Técnica de Financiamiento Externo (SETEFE) del Ministerio de Planificación (MIPLAN). La mayoría del presupuesto extraordinario del MSPAS ha consistido en préstamos PL-480, pero ha incluido préstamos menores otorgados por un número de otras agencias bilaterales y multilaterales.

La asistencia financiera directa para el MSPAS ha consistido principalmente, en los últimos años, en el proyecto APSISA de AID y en el componente de salud del Proyecto de Rehabilitación del Sector Social del Banco Mundial. Generalmente, estos fondos son administrados por el donante a través de una oficina local de proyectos y comúnmente se usan para financiar programas verticales. SETEFE se comunica cada mes directamente con la oficina del proyecto o con el Programa del MSPAS que recibe tales fondos. La División Financiero Contable del MSPAS no le sigue la pista a estos fondos.

Asistencia técnica consiste en un número mucho mayor de pequeños proyectos bilaterales y multilaterales, los cuales generalmente tienen un componente en especies considerable. Como lo sugiere el nombre de esta categoría, estos proyectos consisten en asistencia técnica, en oposición a infraestructura, y, como tal, consiste principalmente en operaciones en vez de en inversiones y gastos. Los mayores esfuerzos de asistencia técnica han sido los de la Organización Panamericana de la Salud, los cuales a menudo han sido emprendidos en forma conjunta con otras organizaciones bilaterales y multilaterales.

Ingresos por cuota de usuario por servicios de atención ambulatoria. Una serie de leyes salvadoreñas que datan de 1946 define la estructura y procedimientos de una institución formal por medio de la cual la comunidad puede proporcionar apoyo material y financiero a su instalación de salud local del MSPAS. Estas juntas de salud comunitarias locales se llaman patronatos. Aunque no existe una discusión explícita en la ley acerca de los mecanismos específicos por los cuales un patronato puede andar levantando fondos para contribuir a su instalación de salud afiliada, parece que por varias décadas los métodos principales usados fueron obtener contribuciones filantrópicas para proporcionar asistencia material en especie y mano de obra, y para organizar diferentes actividades para el levantamiento de fondos en la comunidad (por ejemplo, la organización de un carnaval anual). En algún momento entre mediados y finales de los años setenta, algunos patronatos comenzaron la práctica de solicitar una contribución voluntaria de las personas que recibían atención ambulatoria en la instalacion afiliada del patronato. Durante los años ochenta, cuando el MSPAS sufrió una prolongada crisis financiera, la práctica de solicitar contribuciones voluntarias se volvió universal. Aunque generalmente estas contribuciones se llamaban, y todavía se llaman, contribuciones voluntarias, se espera que los usuarios de las instalaciones del MSPAS paguen por la atención que reciben. En casi todos estos sistemas altamente descentralizados, se considera la capacidad de la familia del paciente para pagar, y algunos pacientes son eximidos del pago. Parece que la proporción de pacientes que no paga se ha reducido significativamente durante el curso de los años ochenta, y que actualmente cerca del 75 por ciento de personas pagan. Los datos

del Estudio de Demanda 89 muestran que 80 por ciento de las consultantes médicas y 41 por ciento de las hospitalizados del MSPAS pagan algo (Gómez 1990).

Sin embargo, muchas instalaciones del MSPAS carecen de patronatos. Esta forma de participación comunitaria parece limitarse principalmente a los 15 hospitales principales, los 15 centros de salud y a las unidades de salud más grandes. Parece que en la mayoría de instalaciones del MSPAS, los sistemas de cuota de usuario han evolucionado bajo los auspicios de la instalación, sin ninguna participación de la comunidad en términos de diseño y administración del sistema. Estos sistemas, sin embargo, también se llaman patronatos. No existe información sobre cómo pueden existir patronatos de buena fe.

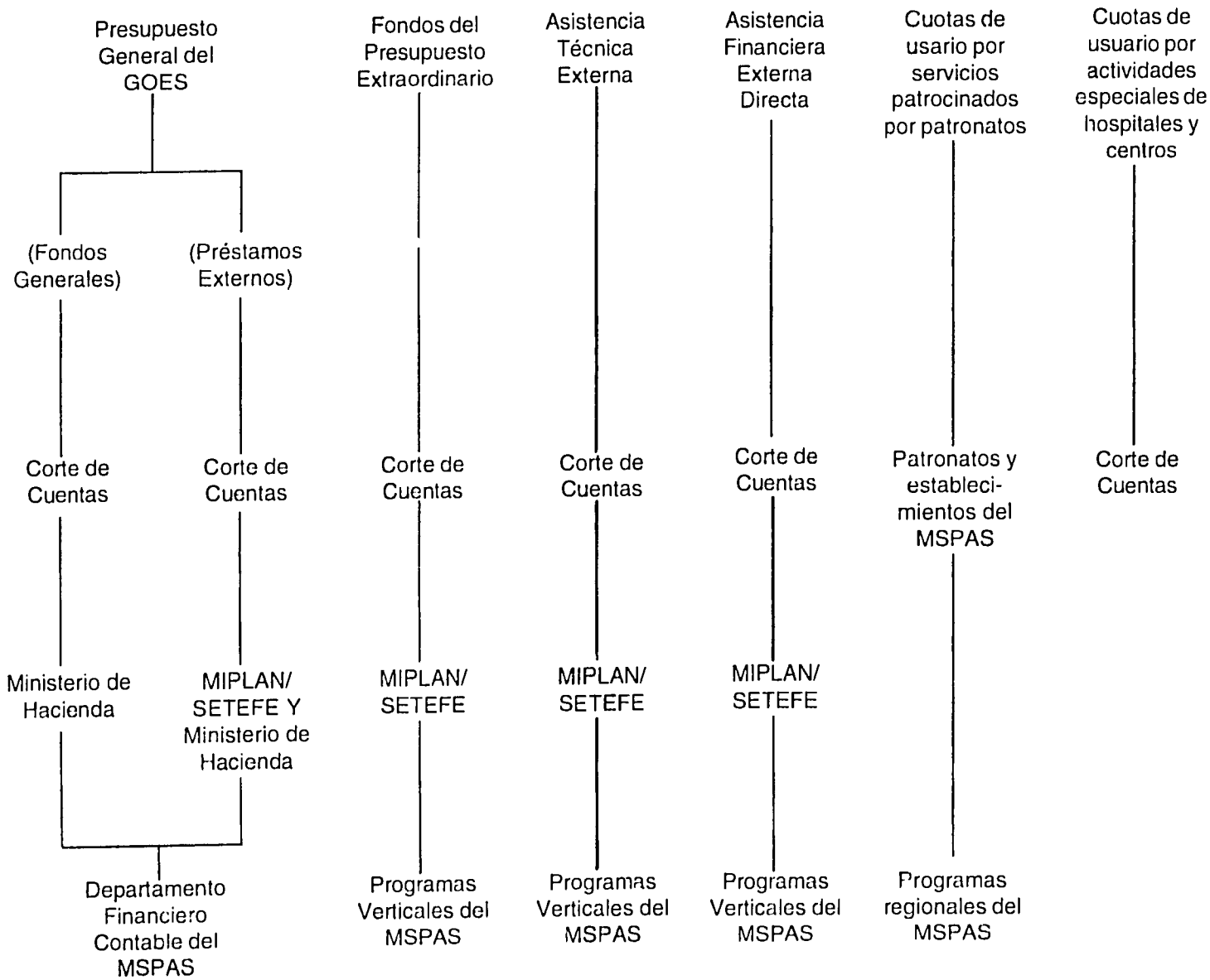
Para ser consistentes con la costumbre local, usaremos el término "patronato" para referirnos a todos los sistemas de cuota de usuario basados en pacientes externos, teniendo presente el hecho de que algunos de estos sistemas son patrocinados y administrados por los patronatos y que algunos son simplemente criaturas de la instalación del MSPAS.

Ingresos por cuota de usuario por servicios de paciente interno (actividades especiales). Los hospitales y centros del MSPAS también tienen cuotas de usuario por servicios relacionados con pacientes internos que siempre han administrado en forma independiente de cualquier sistema de patronato basado en pacientes externos que podrían tener. Financieramente, los servicios más importantes de este tipo han incluido relativamente mejor calidad y/o más servicios de habitación privada y alojamiento, conocidos como pensionados, la venta de ciertos insumos médicos y quirúrgicos, la venta de medicinas, y cargos por exámenes de laboratorio.

Los ingresos por cuota de usuario provenientes de Actividades Especiales generalmente no se informan al MSPAS. Sin embargo, los hospitales deben reportar este ingreso al Ministerio de Hacienda en su solicitud inicial de presupuesto anual para el año subsiguiente. Los centros de salud, sin embargo, no tienen un ejercicio presupuestario similar. Para obtener datos sobre los ingresos por actividades especiales de los Centros de Salud, así como en el caso de los ingresos por patronato de los hospitales, es necesario visitar cada una de las instalaciones.

La figura siguiente proporciona una representación esquemática de los seis sistemas financieros del MSPAS, incluyendo las fuentes de fondos, supervisión y responsabilidad de dar cuenta de cada uno. La realidad es aun más compleja, ya que hay tres diferentes agencias dentro del Ministerio de Planificación (MIPLAN) responsables de tres de estos sistemas.

FINANCIAMIENTO DEL MSPAS:
Supervisión y responsabilidad de dar cuentas por fuente de financiamiento



2 Gastos totales del MSPAS

No existe una sola agencia o persona -dentro o fuera del MSPAS- que sea responsable de integrar toda la información financiera del MSPAS e identificar el presupuesto total y gastos del Ministerio de Salud. Nadie junta la información contenida en los diferentes sistemas financieros segmentados. Habiendo identificado las 6 fuentes de financiamiento y los 7 sistemas financieros potenciales del Ministerio de Salud, parecería ser un ejercicio bastante sencillo simplemente sumar el presupuesto total y los gastos totales de cada subsistema; pero no es ése el caso. No existen datos globales y organizados para la mayoría de estos subsistemas. La información es desembolsada de manera poco sistemática para el componente muy grande de asistencia internacional -que comprende 3 de estos subsistemas. A pesar del esfuerzo considerable, los datos monitoreados por MIPLAN no pudieron ser juntados. A fin de comprender (1) porqué no se pudo, (2) apreciar el nivel de esfuerzo que se requeriría para desarrollar esta información, y (3) entender por qué la fragmentación del sistema de información financiera del MSPAS no es sólo problema del MSPAS, sino que también del GOES, la discusión da un giro para dar un vistazo al Ministerio de Planificación, su organización y monitoreo de la asistencia externa para salud, antes de volver a ciertos estimados de los gastos totales del MSPAS y a un análisis del grado de dependencia del Ministerio de Salud de El Salvador de la asistencia externa.

2.1 MIPLAN y la asistencia externa

Existen tres agencias de MIPLAN responsables de monitorear porciones de los recursos del MSPAS: la División de Administración de Inversiones Públicas (DAIP), la Secretaría Técnica de Financiamiento Externo (SETEFE), y la Dirección de Cooperación Técnica Internacional. Aunque en teoría existe una división mutuamente exclusiva del trabajo entre estas tres entidades, en la práctica hay mucho traslape en sus deberes y esferas de competencia.

La responsabilidad de la DAIP es administrar todos los proyectos de inversión del Sector Público. SETEFE tiene un cargo más estrecho que consiste en administrar y monitorear el presupuesto extraordinario del Gobierno Central. El presupuesto extraordinario contiene todos los préstamos que se le otorgan a El Salvador como asistencia externa. Generalmente, estos fondos están destinados a proyectos de inversión en particular. SETEFE también tiene una división, la Dirección de Operaciones, que maneja fondos de contraparte para los costos de operación de aquellos proyectos de asistencia externa que requieren fondos de contraparte. Sin embargo, en su mayor parte, la asistencia externa para gastos de operación es responsabilidad de otra agencia de MIPLAN, la Dirección de Cooperación Técnica Internacional.

La Dirección de Cooperación Técnica Internacional fue establecida para coordinar y administrar toda la asistencia externa que tomara la forma de asistencia técnica. Sin embargo, de hecho la Dirección sólo maneja fondos donados para otros tipos de asistencia, incluyendo proyectos de inversión de capital.

El tipo de información financiera que se lleva para cada una de estas unidades de MIPLAN varía considerablemente. La Dirección de Cooperación Técnica mantiene sólo el monto de fondos originalmente negociado e inicialmente presupuestado para cada proyecto. Sin importar la duración del proyecto (los proyectos generalmente tienen una duración de 3 o más años), esta simple cifra presupuestaria es usualmente el único dato financiero disponible en la Dirección acerca de la asistencia técnica que maneja. La excepción ocasional a esta regla es cuando los dos sectorialistas que trabajan en el Sector Salud dentro de la Dirección tienen presupuestos de operación anuales. En cualquiera de los casos, sin embargo, los únicos datos financieros disponibles son las asignaciones presupuestarias; no se lleva información sobre los gastos reales.

Por una diversidad de razones (que se detallan a continuación), a menudo hay discrepancias marcadas entre las asignaciones presupuestarias iniciales y los gastos reales. La tarea principal de los dos sectorialistas de salud de la Dirección de Cooperación Técnica Internacional es asistir a las agencias de cooperación internacionales en la identificación de las necesidades del sector y el diseño de proyectos de asistencia. Aunque aparentemente permanecen bien informados acerca del contenido de los proyectos durante la fase de implementación, incluyendo un conocimiento general de su estado financiero, los sectorialistas no le dan seguimiento o desconocen dónde se pueden encontrar los datos sobre los gastos reales, fuera de contactar a la unidad ejecutora de cada proyecto o a las agencias donantes individuales.

Mientras que por un lado existe traslape y duplicación del seguimiento de ciertas formas de asistencia internacional, por otro lado existen algunas formas de ayuda a las que ningún representante del GOES les da seguimiento. El tipo de gastos de asistencia que se "pierden" con más frecuencia son los de la categoría llamada "asistencia financiera directa". Generalmente consisten en gastos hechos por las organizaciones de ayuda internacionales que no pasan a través del Gobierno Central, sino que van directamente al nivel operacional del gobierno, por ejemplo, a una instalación de salud en particular. Aunque algunos de los gastos de este tipo son capturados por el "sistema" del GOES, los funcionarios gubernamentales de estas tres agencias relacionadas con ayuda externa admiten que sólo una porción es "recogida". Por lo tanto, nadie está a cargo de supervisar los cuatro tipos diferentes de ayuda internacional.

Además, los registros de cuentas de estos diferentes sistemas no coinciden en términos de estructura y contenido, y por lo tanto, impiden la comprobación del nivel total de financiamiento del Ministerio Mientras que los datos financieros del Ministerio de Hacienda se reportan en una base acumulativa (es decir, incluye compromisos suscritos), los de MIPLAN se reportan en una base de caja (es decir, sólo incluye los gastos reales). Las diferencias entre estos dos tipos de prácticas contables tal vez pueden ser mejor ilustradas por la manera en que se manejan las compras de medicamentos en cada uno. En el enfoque de base acumulativa usado por Hacienda (y el que se sigue en este informe), los gastos por medicamentos se registran en el año en que se hacen las invitaciones a licitación para órdenes específicas. En el enfoque basado en efectivo usado por MIPLAN, esos mismos gastos posiblemente no aparecerán hasta un año y muy posiblemente dos años más tarde o más. Esto se debe a que la compra de medicamentos de un proveedor nacional generalmente toma de 8 a 10 meses, y cuando involucra una compra internacional, requiere de 22 a 24 meses. Las formas muy diferentes en que los dos métodos contables tratan estos egresos, que han venido a representar cerca del 15 por ciento de los costos totales de operación del MSPAS, pueden brindar cuadros variados de la evolución de los gastos del MSPAS.

Durante la década pasada, más del 90 por ciento de todos los costos de inversión del Ministerio de Salud han sido financiados mediante asistencia internacional. Como se analiza en otra parte de este informe, no existe duda de que los proyectos de inversión tienen un impacto directo en los costos de operación del MSPAS; por ejemplo, más instalaciones requieren más insumos y más personal para que funcionen. No obstante, desde una perspectiva de sostenibilidad, el asunto más fundamental acerca de la asistencia internacional no tiene que ver con los gastos de inversión, sino que en los costos de operación, y la pregunta más importante es: ¿Qué cantidad de los costos de operación del Ministerio de Salud está siendo financiada actualmente mediante asistencia externa?

2.2 El tema de la sostenibilidad: estimando la importancia de la cooperación internacional para el financiamiento de los costos de operación del MSPAS

Un estudio especial del financiamiento del Sector del Ministerio de Salud llevado a cabo en 1990 reunió información concerniente al nivel de asistencia externa proporcionada al MSPAS durante el período 1987 -

1990, obteniendo los datos directamente de cada agencia donante (Miguel Luis Martínez, *Análisis Institucional de los Recursos Presupuestarios Financieros Recibidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el período 1987-1990*).

El tiempo limitado no permitió recopilar datos similares para el período 1991-1993, por lo que se adoptó un enfoque diferente: reconociendo que al analizar la sostenibilidad de los esfuerzos actuales del MSPAS, los costos de operación, en comparación con los costos totales, incluyendo la inversión, son la consideración principal.

El esfuerzo de recolección de datos se enfocó en los pocos esfuerzos de cooperación internacional, cuyos componentes de costos operacionales son muy grandes; se identificaron los proyectos/programas más importantes financiados con asistencia externa y se reunieron datos sobre gastos de éste subconjunto de esfuerzos de ayuda externa.

El Cuadro No. 21 presenta los totales de gastos para los tres proyectos/programas más importantes financiados con asistencia externa: el Proyecto APSISA de USAID, el Proyecto de Rehabilitación de los Sectores Sociales: Salud del Banco Mundial y el Programa Mundial de Alimentos (el cual recibe financiamiento considerable de AID). El Cuadro también incluye otras fuentes de financiamiento del MSPAS, pero no incluye los gastos basados en ingresos por cuota de usuario. Estos se excluyen deliberadamente a fin de poder comparar estas cifras con las que se puedan entresacar del informe de Martínez. De acuerdo con el informe de Martínez, USAID por sí sola tuvo las siguientes participaciones en los gastos de operación totales del MSPAS durante el período 1987 - 1990:

1987	20,5%
1988	18,4%
1989	19,7%
1990	23,1%

Cuadro No. 21

EL SIGNIFICADO FINANCIERO DE LOS TRES PROYECTOS/PROGRAMAS MAS IMPORTANTES CON ASISTENCIA INTERNACIONAL DEL MSPAS

	1991	1992
AID-APSISA	104.130,3	59.388,6
Banco Mundial	408,4	26.848,6
Programa Mundial de Alimentos	33.795,0	33.795,0
Total de los tres proyectos	138.333,7	120.032,2
Gastos de operación financiados por MSPAS GOES (Fondos Generales)	424.204,1	463.993,7
Gastos totales de operación del MSPAS	562.537,8	584.025,9
Participación de los tres proyectos en los gastos totales de operación del MSPAS	24,6%	20,6%

Nota: A fin de que estos datos se puedan comparar con los del estudio de Martínez, los totales del MSPAS no incluyen los gastos de ingresos por cuota de usuario. Los datos del Programa Mundial de Alimentos se basan en un estimado que hizo la Dirección de Cooperación Internacional Técnica de MIPLAN de que el Programa había utilizado el 60 por ciento de su asignación presupuestaria promedio anual.

Los datos del Proyecto del Banco Mundial provienen de informes inéditos sobre gastos de la Unidad de Ejecución de Proyectos. Los datos de USAID provienen de informes inéditos de SETEFE, MIPLAN.

Las cifras desarrolladas para 1991 y 1992 son bastante comparables con las de Martínez en términos de magnitud. El Cuadro No. 22 que sigue incorpora los gastos del sistema de cuota de usuario, y proporciona un estimado de los gastos totales de operación del MSPAS en 1991 y 1992.

Cuadro No. 22

FUENTES DE LOS GASTOS TOTALES DE OPERACION DEL MSPAS
(En miles de colones actuales)

Fuste de financiamiento	1991		1992	
	Total	%	Total	%
Asistencia Internacional: Total de los tres proyectos	138.334	23,5	120.032	19,4
Gastos de operación financiados por MSPAS-GOES (fondos grales.)	424.204	71,9	463.994	75,1
Gastos de los sistemas de cuotas de usuario 1)Patronatos	21.964	3,7	26.901	4,4
2)Actividades especiales	5.163	0,9	6.816	1,1
Total gastos de operación del MSPAS	589.665	100,0	617.743	100,0

Los datos del Programa Mundial de Alimentos se basan en un estimado que hizo la Dirección de Cooperación Internacional Técnica de MIPLAN de que el Programa había utilizado el 60 por ciento de su asignación presupuestaria promedio anual.

Los datos del Proyecto del Banco Mundial provienen de informes inéditos sobre gastos de la Unidad de Ejecución de Proyectos. Los datos de USAID provienen de informes inéditos de SETEFE, MIPLAN.

Los datos de cuota de usuario son ingresos reales, que siempre han coincidido muy de cerca (95-98 por ciento) con los gastos.

Durante el período 1987-1992, la asistencia internacional financió el equivalente aproximado del 20 por ciento de los gastos totales de operación del MSPAS. Esta proporción se ha mantenido relativamente constante durante los últimos 6 años. Se debe concluir, entonces, que el MSPAS depende en gran medida de la asistencia internacional, lo que hace surgir preguntas serias acerca de la sostenibilidad del nivel de esfuerzo actual del Ministerio. Debido a que la asistencia internacional en la forma de proyectos de AID y del Banco Mundial se irá reduciendo rápidamente para 1995, el GOES no será capaz de sostener sus esfuerzos actuales si no adopta uno o una combinación de 3 posibles cursos de acción: (1) encontrar a otros donantes para que llenen este vacío considerable -una empresa poco factible-, (2) aumentar en forma dramática y permanente el nivel de apoyo de los Fondos Generales del GOES para el MSPAS, ó (3) redefinir la función del MSPAS a fin de enfocar sus esfuerzos más estrechamente y/o su población objetivo.

Aunque 1993 se caracterizó por un aumento significativo en la proporción de la contribución de Fondos Generales del GOES para los gastos de operación del MSPAS, basándose en datos preliminares parece que también ha habido aumentos casi igualmente grandes en el nivel de asistencia internacional. Por lo tanto, el grado de dependencia del Ministerio no ha disminuido, o no ha disminuido considerablemente aunque hayan aumentado significativamente los gastos de operación del MSPAS financiados por el GOES. Para reducir el grado de dependencia y que los esfuerzos actuales del MSPAS sean más sostenibles tendrá que haber un aumento mucho mayor y sostenido en los gastos del MSPAS cubiertos con Fondos Generales del GOES.

3 Gastos del presupuesto ordinario del MSPAS

La sección anterior examinó la composición y tendencias recientes de las fuentes mayores de financiamiento del Ministerio de Salud. En esta sección el enfoque se limita al financiamiento del MSPAS mediante Fondos del Presupuesto General del Gobierno Central, conocido como el Presupuesto Ordinario. Los análisis financieros del MSPAS tradicionalmente se han enfocado en esta fuente de financiamiento por las siguientes razones: (1) es el componente más grande de financiamiento del MSPAS; (2) es el componente más significativo de las fuentes principales de financiamiento del MSPAS en términos de que es más indicativa del bienestar financiero a largo plazo (sostenibilidad financiera) del Ministerio; y (3) ya que el MSPAS tiene un mayor grado de control sobre estos fondos, el estudiar cómo se asignan y utilizan resulta particularmente útil para identificar áreas deficientes del MSPAS y saber sobre prácticas y capacidades gerenciales; en resumen, para desarrollar un diagnóstico financiero y gerencial del Ministerio.

El nivel, composición y tendencias de los gastos del Presupuesto Ordinario en salud pública permiten comprender el estado financiero de un Ministerio de Salud. Existe un número de indicadores diferentes del bienestar financiero del Ministerio de Salud. Desafortunadamente, todos tienen puntos débiles. A falta de una mejor medida, examinaremos varios indicadores que se pueden agrupar en dos categorías diferentes y amplias, medidas absolutas y medidas relativas.

3.1 Medidas absolutas del bienestar financiero del MSPAS

3.1.1 Gastos de fondos del presupuesto ordinario del MSPAS en colones actuales

El Cuadro No. 22, presenta los gastos con Fondos del Presupuesto Ordinario del Ministerio de Salud en colones actuales. A excepción de 1993 y 1994, para los cuales los datos no representan gastos sino que montos presupuestados, durante el período de 18 años de 1975 a 1992, la tasa anual de crecimiento fluctuó considerablemente, de una baja del -7,8 por ciento a una alta del 31,6 por ciento, y promedió 11 por ciento. Esta época tuvo tres períodos distintos. El promedio de las tasas de crecimiento anual en el primero de estos tres períodos fue: 1975-1980, 16,1 por ciento; 1980-1985, 0,04 por ciento; y 1985-1992, 15,7 por ciento. En 1993 el Ministerio estuvo en vías de llegar a la tasa de crecimiento anual más alta de todos los tiempos: los gastos serán 50 por ciento mayores que los de 1992. Lo que es más, las asignaciones presupuestarias iniciales que han sido aprobadas por el Ministerio de Hacienda (pero que todavía tienen que ser aprobadas por la Asamblea Legislativa) continuarán en un paso rápido de crecimiento: aumentando 21 por ciento, cerca de la mitad de la tasa del ritmo del año actual.

Cuadro No. 23

GASTOS DEL MSPAS
(En miles de colones actuales)

Año	Gastos nominales	Tasas de crecimiento anual
1975	86.465,4	
1976	110.829,2	28,2
1977	127.060,8	14,6
1978	143.278,8	12,8
1979	142.090,5	-0,8
1980	178.435,7	25,6
1981	167.025,9	-6,4
1982	165.677,1	-0,8
1983	170.395,9	2,8
1984	191.551,2	12,4
1985	176.522,7	-7,8
1986	232.354,5	31,6
1987	252.692,9	8,8
1988	289.477,2	14,6
1989	308.377,6	6,5
1990	377.173,9	22,3
1991	424.240,1	12,5
1992	480.455,7	13,3
1993	730.000,0	51,9
1994	881.905,0	20,8

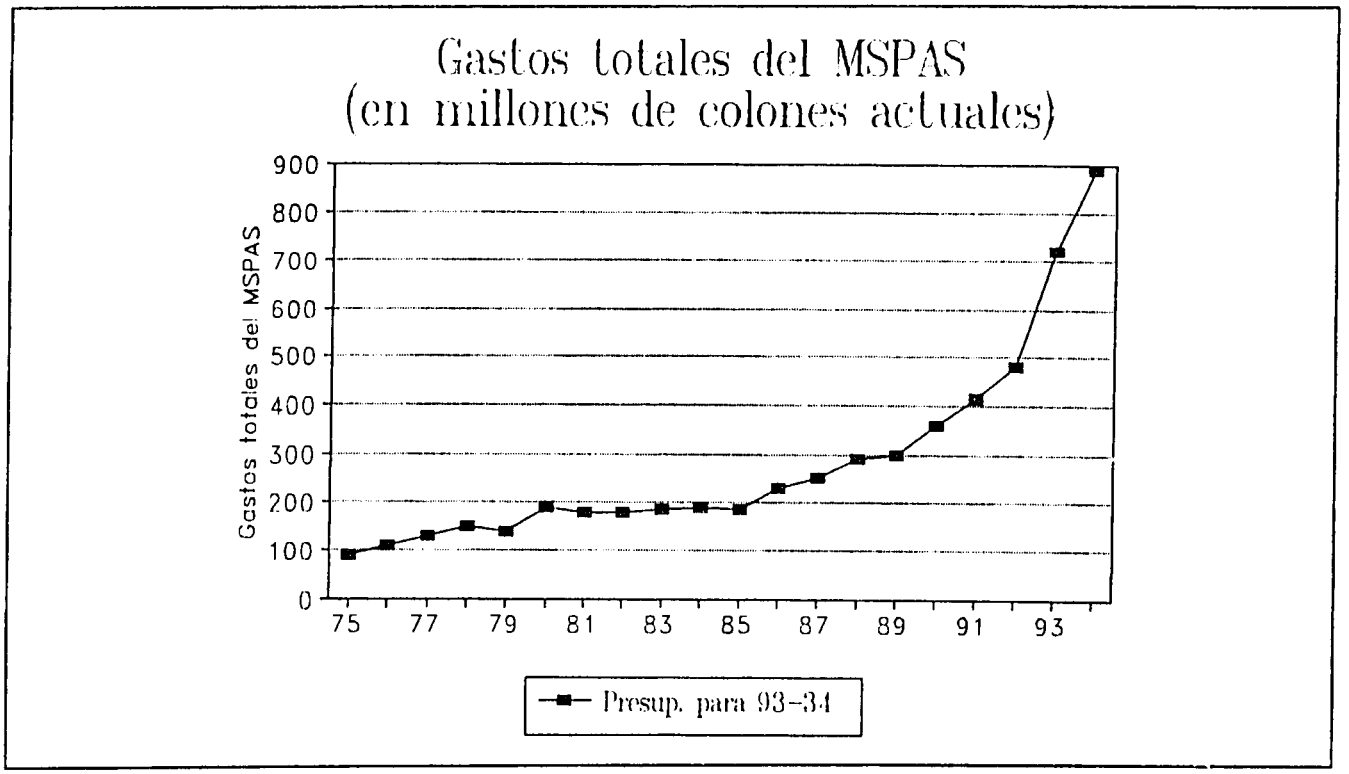
Cuadro No. 24

TASAS PROMEDIO DE CRECIMIENTO ANUAL

1975-1980	16,1
1980-1985	0,04
1985-1992	15,7
1975-1992	11,2

Nota: Gastos son "total utilizado" cuya suma son los *gastos actuales* y *compromisos*. Los gastos de 1993 y 1994 son asignaciones iniciales

Fuente: *Informe Complementario Constitucional/Informe sobre la liquidación del Presupuesto General y situación del Tesoro Público y Patrimonial Fiscal*, Ministerio de Hacienda, varios años.



3.1.2 Gastos de fondos del presupuesto ordinario del MSPAS en colones constantes[6]

Utilizando el deflactor de administración pública implícito en documentos inéditos del Banco Central de Reserva, los datos de gastos nominales del MSPAS se convirtieron en colones de valor constante (1962). En el Cuadro No. 25 se presentan estos totales de gastos reales del MSPAS, sus tasas de crecimiento anual, y los niveles per capita de ambas medidas. Como lo evidencia fácilmente la tabla, después de alcanzar el máximo en 1980, el nivel de gastos reales del MSPAS ha caído de lo que había sido su magnitud y rango tradicional. De 1975 a 1980, el nivel anual de gastos del MSPAS promedió 62,063,000 colones (en colones de 1962). Luego cayó en 16 por ciento, para promediar 53,576,500 en el período 1980-1990. Los gastos reales del MSPAS han estado aumentando en cada uno de los últimos 3 años, y en 1993 parece como si el nivel de gastos reales llegó a su punto más alto de todos los tiempos.

[6] No existe un índice de precios específico para el Ministerio de Salud mediante el cual ajustar los gastos en colones actuales del MSPAS a colones reales (valor constante). Tal índice fue construido en una base única en 1986 (Fiedler, 1986). Ese ejercicio demostró que el deflactor del PIB exageró seriamente el impacto de la inflación en los gastos del MSPAS, y que el deflactor de la administración pública subestimó el impacto. No obstante, el deflactor de administración pública fue la herramienta preferida; éste resultó en una inclinación mucho menor. Debido a limitaciones de tiempo, no se pudo desarrollar un índice de precios específico para el Ministerio durante esta consultoría. En consecuencia, se usó el deflactor de la administración pública al hacer todos los ajustes de inflación en el siguiente análisis.

Cuadro No. 25

GASTOS REALES DEL MSPAS CON FONDOS DEL PRESUPUESTO ORDINARIO Y TASAS DE CRECIMIENTO ANUAL
(En miles de colones de 1962)

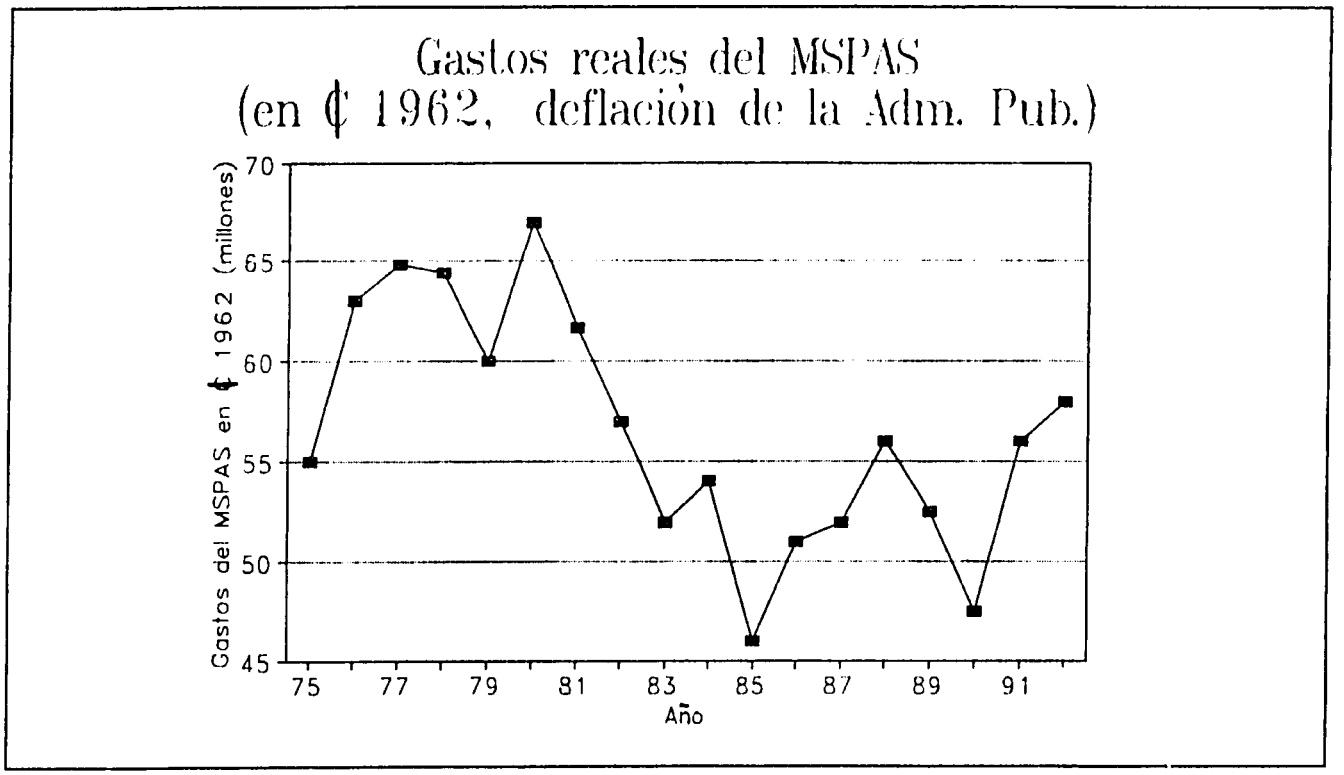
Año	Gastos Reales	Tasas de Crecimiento Anual
1975	54.933,5	
1976	62.580,0	13,9
1977	64.172,1	2,5
1978	63.878,2	-0,5
1979	60.233,4	-5,7
1980	66.586,5	10,5
1981	61.249,0	-8,0
1982	56.916,9	-7,1
1983	52.108,8	-8,4
1984	53.912,5	3,5
1985	45.332,0	-15,9
1986	50.566,8	11,5
1987	51.225,0	1,3
1988	56.318,5	9,9
1989	52.164,4	-7,4
1990	47.923,9	-8,1
1991	56.822,9	18,6
1992	58.685,2	3,3
1993	73.000,0	24,4

Cuadro No. 26

TASAS ANUALES PROMEDIO DE CRECIMIENTO ANUAL

1975-1980	4,1
1980-1985	-7,2
1985-1990	1,6
1990-1993	15,4
1975-1993	2,0

Nota: Deflactados utilizando el deflactor de índice de la administración pública del Banco Central de Reserva. Supone que la inflación de la administración pública en 1993 es del 10,0%.



Ha habido cuatro épocas diferentes: 1975-1980, 1980-1985, 1985-1990 y 1990-1993. El período más temprano se caracterizó por el crecimiento positivo que promedió 4,1 por ciento por año. La época de 1980 a 1985 fue diferente en forma impresionante, ya que los gastos reales del MSPAS se contrajeron severamente durante media década. El MSPAS sufrió una grave dislocación financiera a lo largo de este período, con la tasa de crecimiento anual promediando (-7,2). En el período 1985-1990, el crecimiento fue errático oscilando entre 11,5 y -7,4 por ciento por año, pero promediando un porcentaje más esperanzador del 1,6 por ciento anual. Más recientemente, desde 1990, la tasa de crecimiento promedio real anual ha sido un robusto 15,4 por ciento.

En resumen, aunque la erosión significativa de los niveles de gastos reales del MSPAS sufridos en la primera mitad de los años ochenta ha sido detenida y, particularmente en los últimos 3 años, el crecimiento real ha sido reestablecido, en términos absolutos, fue hasta 1993 que los gastos reales del MSPAS sobrepasaron sus niveles históricos. Además, en una base per capita, todavía permanecen por debajo de sus niveles históricos. Los gastos reales per capita del MSPAS llegaron a su punto máximo en 1976 en 18,1 (colones de 1962), y de ahí en adelante permanecieron relativamente constantes hasta 1980. En 1993, a pesar del crecimiento real considerable de los gastos del MSPAS durante los últimos 3 años, los gastos per capita reales del MSPAS fueron de 14,5 colones (1962), 20 por ciento menos de su nivel de 1976, y 16 por ciento por abajo del promedio 1976-1980 (17,3 colones).

3.2 Medidas relativas del bienestar financiero del MSPAS

Este conjunto de indicadores mide los cambios en los recursos financieros del Ministerio de Salud relativos a cierto tipo de puntos de referencia económicos. El propósito de las medidas relativas es proporcionar un punto de referencia a fin de incorporar en una sola medida absoluta información adicional que es indicativa

del compromiso del país con la salud (es decir, su disposición a utilizar dinero en salud pública) o la habilidad del país para utilizar dinero en salud.

3.2.1 Proporción de los gastos del Gobierno Central asignados al MSPAS

La proporción de los gastos del gobierno central asignados al MSPAS mide los cambios en salud, a la que se le concede una prioridad relativa con relación a otras áreas de actividad gubernamental, a la vez que controla los cambios en la habilidad del Gobierno para asignar y utilizar fondos en salud pública. La proporción de gastos del Gobierno Central que le corresponde al MSPAS cayó constantemente durante el período 1975-1992. En 1993, después de dar un salto enorme del 45 por ciento, ha regresado a niveles que se acercan a los que existían antes de 1981. En la época 1975-1980, anualmente promedió 10,4 por ciento. Entre 1981 y 1985, cayó en más del 20 por ciento a un promedio anual del 8,2 por ciento, y de 1986 a 1992 retrocedió un 10 por ciento adicional hasta un promedio anual del 7,3 por ciento de los gastos totales del Gobierno Central. No obstante, parece que la proporción de asignaciones del Gobierno Central para el MSPAS de 1993 no se mantendrá. El presupuesto todavía sin aprobar para 1994 pide que el MSPAS reciba el 9,2 por ciento de las asignaciones autorizadas del Gobierno Central. Aunque esto está considerablemente por arriba del nivel de los años recientes, es menor que lo de 1993 y menor que su cuota de antes de la guerra. Para las contabilidades de año por año, veamos los cuadros y gráficas de las siguientes páginas.

Cuadro No. 27

EVOLUCION DE LA CUOTA DEL MSPAS
DEL TOTAL DE GASTOS DEL GOBIERNO CENTRAL

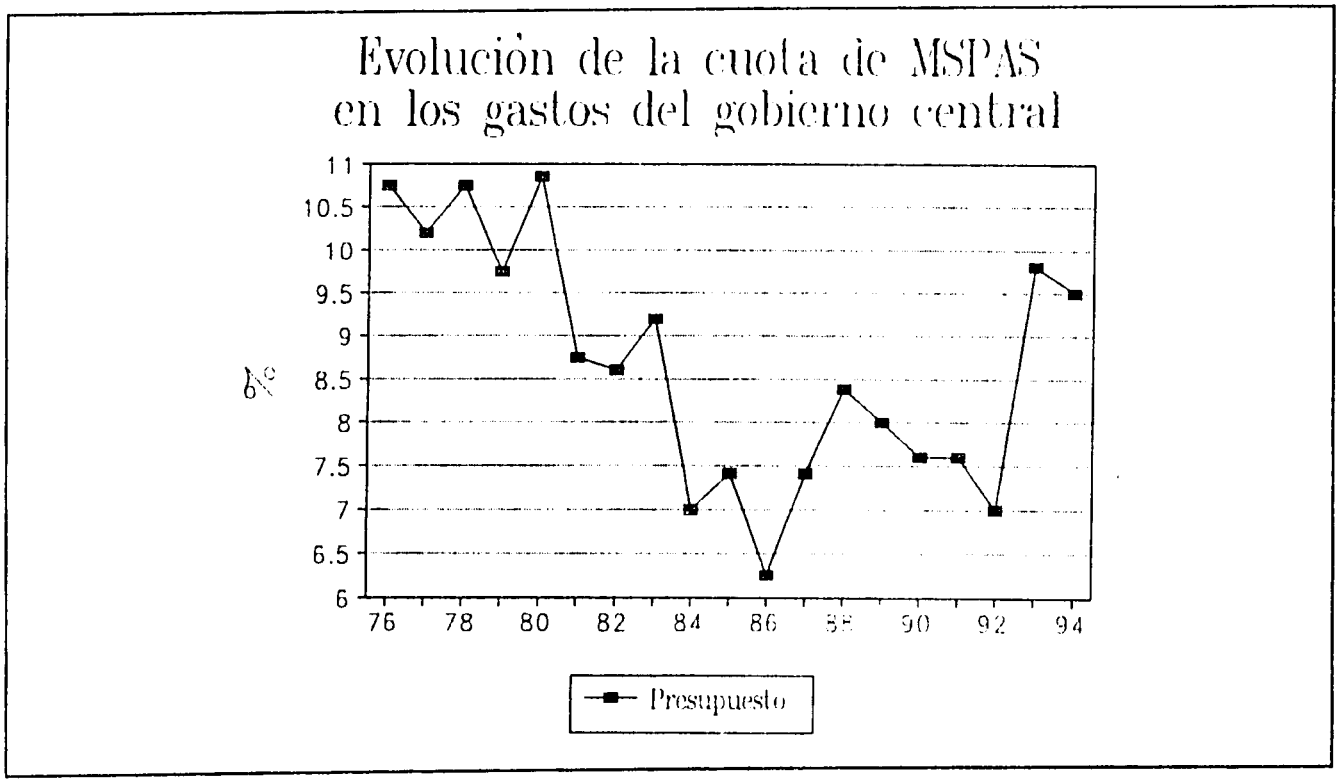
Año	Cuota de gastos del Ministerio de Salud
1976	10,7%
1977	10,2%
1978	10,7%
1979	9,8%
1980	10,8%
1981	8,7%
1982	8,5%
1983	9,2%
1984	7,0%
1985	7,5%
1986	6,2%
1987	7,3%
1988	8,1%
1989	7,9%
1990	7,4%
1991	7,4%
1992	6,6%
1993*	9,6%

Cuadro No. 28

PROMEDIO DE CUOTAS ANUALES

1976-79:	10,4%
1980-84:	8,8%
1985-89:	7,4%
1990-92:	7,1%

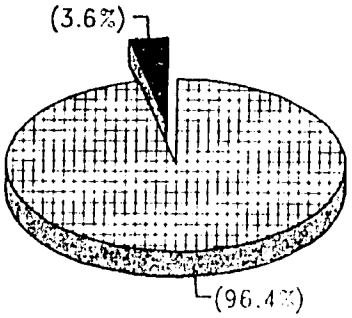
* Asignaciones iniciales, Ley de Presupuesto, 1993.
Nota: Incluye gastos de operacion, transferencia y gastos de capital. Incluye "total utilizado" incluyendo "compromisos".
Fuente: *Informe Complementario Constitucional sobre la Hacienda Pública/Informe Sobre la Liquidación del Presupuesto General y Situación del Tesoro Público y Patrimonio Fiscal*, Ministerio de Hacienda, varios años.



3.2.2 Gastos del MSPAS y el tamaño del Sector Público

La proporción de los gastos del Gobierno Central utilizados es la medida más usada para estimar el bienestar financiero de un Ministerio de Salud, aunque tampoco carece de errores. Aún cuando los cambios en su nivel son tal vez el mejor indicador del compromiso cambiante de un país con el MSPAS, este indicador no toma en cuenta lo que está sucediendo al tamaño del Sector Público en general. Al examinar este punto de referencia, encontramos que existe mayor razón para inquietarse por las tendencias de la década pasada.

El sector de salud como un porcentaje del PIB, El Salvador 1992



El tamaño del Sector Público de El Salvador ha caído rápida y constantemente desde su punto más alto en 1985, como se muestra en el Cuadro No. 29. Alcanzó su punto más bajo en la época posterior a 1975, en 1987, y ha seguido una trayectoria descendente (aunque no monotónicamente) desde entonces. En 1993, el Sector Público de El Salvador será el más pequeño de las dos décadas pasadas, según se mide por los gastos gubernamentales como un porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) en 1990. De 1980 a 1992, la proporción del Ministerio de Salud de los gastos públicos totales ha caído a la vez que ha caido la proporción de los gastos públicos totales en el PIB. En otras palabras, durante 12 de los 13 años pasados, el MSPAS ha sufrido una reducción de su porción de un pastel que cada vez es más pequeño.

Cuadro No. 29

EVOLUCION DEL TAMAÑO DEL SECTOR PUBLICO

Año	Gasto Gubernamentales como Porcentaje del PIB	Millones de colones actuales
1976	18,0	1.035,8
1977	17,3	124,7
1978	17,2	1.187,5
1979	16,5	1.449,9
1980	17,5	1.652,2
1981	22,2	1.919,8
1982	21,7	1.949,1
1983	18,2	1.852,1
1984	23,4	2.731,7
1985	16,5	2.360,3
1986	18,9	3.742,2
1987	15,0	3.473,1
1988	13,0	3.553,0
1989	12,1	3.896,8
1990	12,4	5.101,1
1991	12,0	5.728,5
1992	13,3	7.275,4
1993	11,5	7.636,4

Cuadro No. 30

PORCENTAJE PROMEDIO ANUAL

1976-1980	17,3
1980-1985	20,4
1985-1990	14,4
1990-1992	12,7
1990-1993	12,3*

* Se reporta la asignación presupuestaria inicial para los gastos del Gobierno Central. Proyección del PIB del Banco Central de Reserva. Nota: Incluye compromisos

Fuente: *Informe Complementario Constitucional Informe Sobre la Liquidación del Presupuesto General y Situación del Tesoro Público y patrimonio Fiscal*, Ministerio de Hacienda, varios años

Si un país está creciendo lo suficientemente rápido, es posible que una proporción en caída de un Sector Público en reducción todavía pueda ser consistente con una entidad del Sector Público que mejora su posición

financiera (en un sentido absoluto). En tal caso, una proporción en caída de los gastos totales del Gobierno Central es menos que un problema (ya que su nivel absoluto de fondos está aumentando) y refleja el cambio de prioridades del Gobierno. Sin embargo, este no fue el caso del MSPAS de El Salvador, por lo menos hasta quizás 1991. Como se puede ver en el Cuadro No. 31, desde que alcanzó su punto más bajo en 1982, la tasa de crecimiento real del PIB de El Salvador sólo apuntó lentamente hacia arriba hasta 1989. Cuando se incluye el factor de crecimiento poblacional, se vuelve evidente que la situación a través de los años ochenta fue de un estancamiento económico o peor que eso. No obstante, a partir de 1990, ha habido una recuperación económica significativa. El crecimiento del PIB real desde 1990 ha promediado cerca del 4 por ciento. De esta manera, aunque el tamaño relativo del Sector Público ha continuado encogiéndose, debido a que la economía se ha estado expandiendo a un paso respetable, la contracción en el tamaño absoluto del Sector Público ha sido mucho menor que si el caso hubiera sido diferente. Ciertamente, aunque la proporción del Sector Público utilizada por el Ministerio de Salud cayó en 1991 y la proporción del PIB del Sector Público también cayó, el tamaño absoluto del MSPAS pudo crecer (en términos reales).

Cuadro No. 31

PRODUCTO INTERNO BRUTO (PIB)

Año	PIB Nominal (colones actuales)	PIB Real (colones 1962)
1975	4.477,7	3.122,8
1976	5.705,9	3.247,0
1977	7.167,1	3.443,7
1978	7.692,2	3.664,8
1979	8.607,1	3.601,7
1980	8.916,6	3.289,3
1981	8.646,4	3.016,8
1982	8.966,2	2.847,7
1983	10.151,8	2.870,4
1984	11.657,2	2.935,6
1985	14.330,8	2.993,6
1986	19.762,9	3.012,5
1987	23.140,6	3.093,5
1988	27.365,8	3.143,8
1989	32.230,0	3.177,0
1990	41.057,0	3.285,0
1991	47.792,0	3.400,9
1992	53 887,0	3.545,0

3.2.3 Gastos del MSPAS como porcentaje del PIB

El ver los cambios a nivel absoluto de gastos del MSPAS no da una apreciación real si no tomamos en cuenta al mismo tiempo lo que le está sucediendo a la habilidad del país para utilizar dinero en salud pública. La medida relativa final de la salud financiera del MSPAS intenta hacerlo incluyendo el PIB como el denominador de la medida como un indicador (que se reconoce que es bruto) de la habilidad de un país para utilizar dinero en salud pública. Como se puede ver en el cuadro "Evolución de los Gastos del MSPAS como un Porcentaje del Producto Interno Bruto", en El Salvador esta medida siguió una tendencia generalmente en aumento hasta que alcanzó su punto máximo en 1981.

Cuadro No. 32

EVOLUCION DE LOS GASTOS DEL MSPAS COMO PORCENTAJE DEL PIB
(Millones de colones)

Año	PIB (Colones)	Cuotas del MSPAS del PIB (%)	Cambio en la cuota del MSPAS de años anteriores (%)
1975	4.477,7	1,80	
1976	5.705,9	1,75	-2,8
1977	7.167,1	1,79	2,3
1978	7.692,2	1,93	7,8
1979	8.607,1	1,71	-11,4
1980	8.916,6	2,09	22,2
1981	8.646,4	2,17	3,8
1982	8.966,2	2,01	-7,4
1983	10.151,8	1,76	-12,4
1984	11.657,2	1,87	6,3
1985	14.330,8	1,41	-24,6
1986	19.762,9	1,17	-17,0
1987	23.140,6	1,09	-6,8
1988	27.365,8	1,06	-2,8
1989	32.230,0	0,96	-9,4
1990	41.057,0	0,92	-4,2
1991	47.792,0	0,89	-3,3
1992	54.762,0	0,86	-3,4
1993*	66.638,1	1,10	27,9

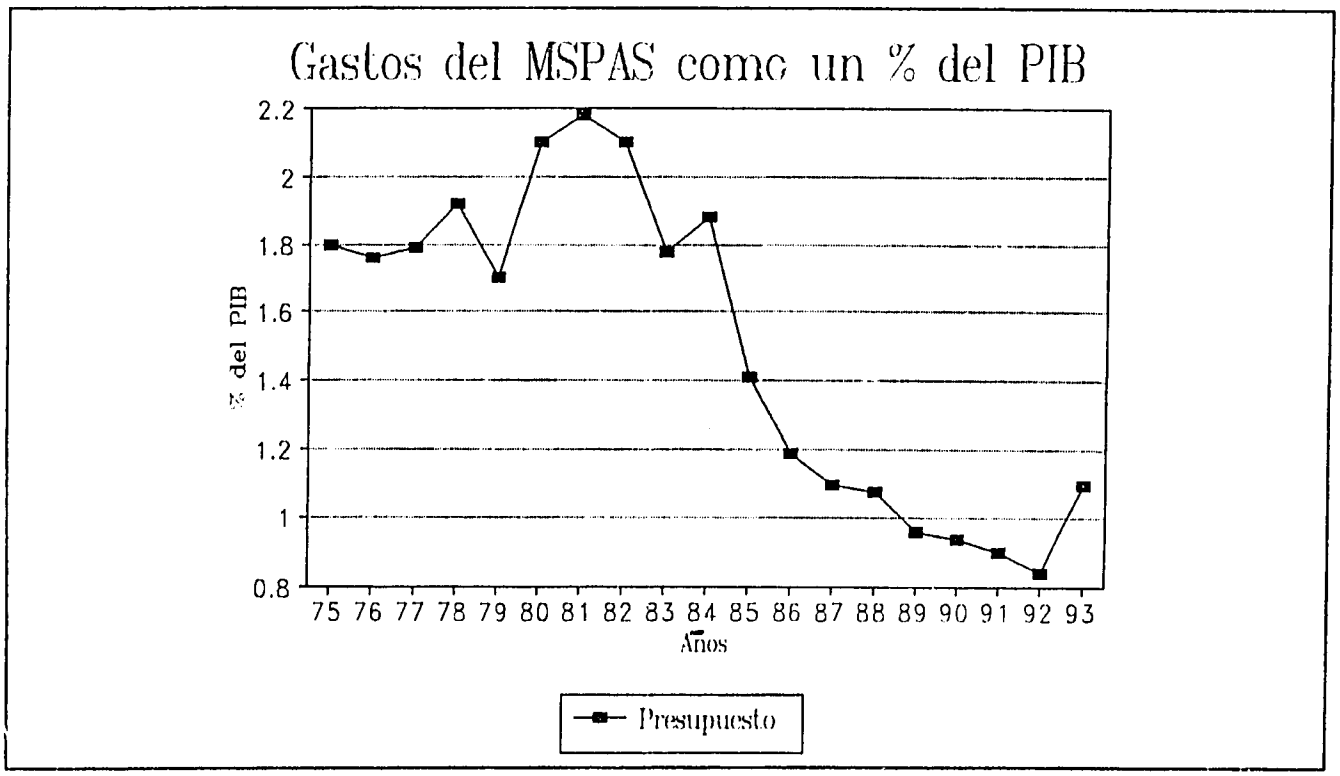
Cuadro No. 33

PROMEDIO DE LA EVOLUCION DE LOS GASTOS DEL MSPAS DE LOS GASTOS DEL MSPAS COMO PORCENTAJE DEL PIB

Año	% promedio anuales	Promedio de cambios anuales del período
1975-1980	1,80	0,65
1980-1985	1,98	2,50
1985-1990	1,10	-10,80
1990-1992	0,89	-3,63
1990-1993*	0,94	4,25

* Proyecciones del PIB del Banco Central de Reserva, *Tendencias Económicas Externas*, agosto de 1993, Embajada Americana; los gastos del MSPAS se basan en asignaciones presupuestarias a noviembre de 1993, proporcionadas por la Unidad de Planificación Financiera, MSPAS.

Fuente: *Informe sobre la Liquidación del Presupuesto General y la Situación del Tesoro Público y Patrimonio Fiscal*, Ministerio de Hacienda, varios años.



Cada año desde 1981 hasta 1992, con sólo una excepción (1984), la proporción del MSPAS del PIB cayó. El último año, los gastos del Ministerio como porcentaje del PIB estuvieron en su nivel más bajo de este período de 18 años, y permanecieron en menos del 40 por ciento de su participación en el "mejor" año del Ministerio, 1981.

Al igual que con muchos de los indicadores que se reportan aquí, 1993 marca una ruptura en las tendencias históricas de largo plazo. Se espera que en 1993 los gastos del MSPAS igualen el 1,1 por ciento del PIB, lo que es un 28 por ciento de aumento por sobre la proporción de 1992, pero un nivel que todavía sólo es un poquito más de la mitad del nivel registrado a lo largo del período 1975-1982.

4 Conclusión y perspectivas de cambio

Una historia consistente surge de esta revisión de indicadores financieros. A lo largo de la década de los años ochenta, el MSPAS sufrió una grave disminución en su base de recursos financieros. Esa declinación llegó a su fondo en 1986. Pero aunque el deterioro del bienestar financiero del Ministerio fue detenido considerablemente para ese tiempo, la situación no mejoró fácilmente después. Por el contrario, el estado financiero absoluto del MSPAS se estancó en gran manera en lo que era de acuerdo a los estándares históricos un nivel menor. El nivel real anual promedio de los gastos del MSPAS se movió de 63,1 millones de colones de 1962 en 1976-1981, a 51,2 millones de colones de 1962 en 1983-1990. En 1991-1993, éste ha promediado 62,8 millones de colones de 1962, todavía un poquito por abajo de su nivel histórico. Además, su estado financiero en el período más reciente, 1991-1993, ha sido influenciado fuertemente por el aumento dramático en 1993.

Esto sugiere que la situación está comenzando a cambiar. ¿Son éstos solamente cambios temporales o hay probabilidad de que sean de una naturaleza más duradera? Tanto la asignación presupuestaria del MSPAS como sus gastos reales se han disparado en cantidades considerables desde 1990. Esto se debe en parte a la disminución de los gastos de servicio de deuda pública y militares sobre los gastos públicos totales. Como se muestra en el Cuadro "Gastos Militares y de Servicio de la Deuda Pública", en 1990 los gastos militares (la suma del Ministerio de Defensa y de Seguridad Pública) aumentaron sólo en 3 por ciento en términos nominales, mientras que los gastos de servicio de la deuda pública cayeron en 23 por ciento. La suma de estas dos clases de gastos como un porcentaje del gasto total del Sector Público cayó de 46,5 por ciento a 33,9 por ciento en 1990. Aunque los montos absolutos de estos 3 tipos de gastos han aumentado considerablemente en 1991 y 1992, éstos han continuado constituyendo cerca de un tercio del gasto total del Sector Público, que es cerca de un tercio menos que su proporción de cerca del 45 por ciento que caracterizó la época de mediados y finales de los años ochenta. Como resultado, el grado en que estas clases de gastos apremiaron los gastos de salud ha caído significativamente desde 1989, permitiendo (pero en ninguna manera garantizando) un aumento considerable en la asignación presupuestaria de Fondos Generales del MSPAS.

Cuadro No. 34

GASTOS MILITARES Y SERVICIO DE LA DEUDA PUBLICA

A. EN NIVELES DE COLONES ACTUALES

Año	Defensa	Seguridad Pública	Servicio de la Deuda Pública
1980	161.485	75.143	69.525
1981	188.598	110.905	158.485
1982	234.031	120.764	252.306
1983	275.780	121.092	269.429
1984	516.216	144.304	708.335
1985	555.887	169.640	313.030
1986	757.905	202.982	741.191
1987	774.303	207.688	580.772
1988	771.404	212.757	546.733
1989	946.422	253.691	613.326
1990	996.085	239.795	195.259
1991	1.019.200	246.100	774.700
1992	1.236.400	Combinado con el Ministerio de Defensa	1.102.805

Cuadro No. 34-A

B. COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL DEL SECTOR PUBLICO

Año	Defensa	Seguridad Pública	Servicio de la Deuda Pública	Suma de estas 3 clases de gasto
1980	9,8	4,6	4,2	18,6
1981	9,8	5,8	8,3	23,9
1982	12,0	6,2	13,0	31,2
1983	14,9	6,5	14,6	36,0
1984	18,9	5,3	25,9	50,1
1985	23,6	7,2	13,3	44,1
1986	20,3	4,4	19,8	45,5
1987	22,3	6,0	16,7	45,0
1988	21,7	6,0	15,4	43,1
1989	24,3	6,5	15,7	46,5
1990	19,5	4,7	9,7	33,9
1991	17,9	4,3	13,5	35,7
1992	17,0		15,2	32,2

Fuente: *Informe Complementario Constitucional*, Dirección de Contabilidad Central, Ministerio de Hacienda, 1980-1986. En 1987 este informe anual fue retitulado *Informe Sobre la Liquidación del Presupuesto General y Situación del Tesoro Público y Patrimonio Fiscal, 1987-1992.*

Las cargas tanto de los gastos militares como de servicio de la deuda se mantendrán en sus niveles presentes que son mucho menores. Aunque el presupuesto de 1994 pide que se mantengan los gastos del Ministerio de Defensa en su nivel de 1993, se espera que el crecimiento económico continúe a un paso enérgico; 4-5 por ciento por año a lo largo del resto de la década según dicen varios fuentes (Banco Central de Reserva). Estos son signos muy positivos, que presagian la habilidad del GOES de continuar su nivel recientemente incrementado de financiamiento del MSPAS durante por lo menos el futuro inmediato o a mediano plazo.

Es imperativo que el Ministerio utilice estos fondos adicionales que reciba en los próximos dos años para desacostumbrarse a su alto nivel de dependencia del financiamiento de AID o de otros donantes, ya que, durante el curso de este mismo período, el financiamiento del MSPAS por parte de AID y del Banco Mundial se reducirá en forma constante y significativa. Estas son las dos fuentes más importantes de financiamiento externo por las que preocuparse; son los únicos proyectos que actualmente están financiando gastos de operaciones. El apoyo de AID para medicamentos e insumos médicos por sí solo dio cuenta de casi 64 millones de colones en 1992 y de 80 millones de colones en 1993, constituyendo 14 y 11 por ciento de los

costos totales de operación del MSPAS y 68 y 46 por ciento del costo total de estos aportes tan cruciales, para cada año respectivamente.

Otros proyectos de asistencia internacional, tales como el Hospital Zacamil construido por la Comunidad Económica Europea, son importantes debido a su impacto derivativo sobre los costos recurrentes. El presupuesto del Hospital Zacamil en 1993 fue de 25 millones de colones, 3.5 por ciento de los costos totales de operación del MSPAS.

Cuando los proyectos del MSPAS de AID, y en menor grado, del Banco Mundial aceleren su ritmo de desfase, el MSPAS tendrá una enorme brecha financiera que llenar simplemente para mantener su nivel actual de actividades. Si el MSPAS no comienza a ir llenando los vacíos que vaya dejando sistemáticamente el financiamiento de AID, del Banco Mundial y de otros donantes, o si el Ministerio no redefine su función en el Sector Salud de El Salvador y modifica como corresponde sus actividades, el Ministerio inevitablemente sufrirá algunas dislocaciones programáticas y financieras graves. Con el afán de mejorar su independencia, eficiencia y efectividad a largo plazo, el Ministerio debe considerar los próximos años como un período crítico de transición durante el cual debe consolidar y/o redefinir sus programas y actividades. La tentación de usar el aumento de fondos internos durante los próximos años para ampliar considerablemente la infraestructura o programas sin alterar el dominio de sus actividades, sería imprudente.

5 Aspectos importantes relacionados con el financiamiento del MSPAS

Una medida muy rudimentaria pero usada comúnmente para evaluar la capacidad administrativa y gerencial y más específicamente la capacidad de absorción de una agencia del Gobierno Central es el grado en que ejecuta (utiliza) sus recursos financieros asignados. Al analizar esta medida es importante diferenciar las asignaciones iniciales de las finales. Las asignaciones iniciales del Ministerio de Salud (así como de todas las otras agencias del Gobierno Central) son establecidas por la Asamblea Legislativa al final de cada año para el siguiente año fiscal. (El año fiscal del GOES coincide con el año calendario.) Generalmente el proceso de preparación de presupuesto de siete meses culmina en diciembre cuando la Asamblea Legislativa aprueba la Ley de Presupuesto, la cual contiene las asignaciones presupuestarias iniciales. (Este documento se publica en la edición final de diciembre del Diario Oficial y también se publica posteriormente bajo cubierta separada.)

Durante el transcurso del año, el Ministerio de Hacienda generalmente hace ajustes relativamente menores a las asignaciones presupuestarias iniciales de cada Ministerio. Estos ajustes pueden ser causados por:

- Discrepancias entre los ingresos gubernamentales estimados y los reales que pueden resultar ya sea en aumentos o reducciones de las asignaciones iniciales,
- Cambios en programas individuales, a nivel ministerial,
- Cambios en el programa del Gobierno Central o en las prioridades del Ministerio, y
- El gasto en exceso de las asignaciones iniciales de los ministerios debido a factores (a) que pueden originarse fuera del Ministerio específico (por ejemplo, un aumento de salarios mediante un cambio en la Ley de Salarios para todo el Gobierno Central), o (b) que pueden originarse dentro del Ministerio (por ejemplo, mala administración) y solicitud y otorgamiento de fondos adicionales por parte del Ministerio de Hacienda.

El Cuadro No. 35 presenta las asignaciones presupuestarias iniciales y finales del Gobierno Central desde 1979 hasta 1992. Durante este período de 14 años, las asignaciones finales anuales promediaron 14 por ciento más de los niveles de asignaciones iniciales. En 1986, ocurrió un salto particularmente grande de la asignación final sobre la inicial. Esto se debió a un terremoto de grado mayor que sacudió a San Salvador el 10 de octubre de ese año. Si este año aberrante se excluye del análisis, el aumento anual medio en las asignaciones finales en comparación con las iniciales cae en cerca del 12 por ciento.

Como una excepción (1984),los 5 años más recientes tienen los cambios mayores, todos aumentos, de la asignación inicial a la final.

Las asignaciones totales presentadas en esa misma tabla se desglosan en sus operaciones y componentes de gastos capitales. Aunque las asignaciones de capital han promediado sólo el 22 por ciento de las asignaciones iniciales totales desde 1979 (y en general tuvieron cada vez menor significado financiero hasta 1992), ha habido cambios en las asignaciones de capital que han originado la mayor parte de la fluctuación anual en las asignaciones totales. El aumento anual medio en las asignaciones para operaciones durante este período de 14 años fue de 8,5 por ciento comparado con 36,1 por ciento para las asignaciones de capital.

Cuadro No. 35

TOTAL DE LA ASIGNACION DEL PRESUPUESTO ORDINARIO DEL GOBIERNO CENTRAL: INICIAL VERSUS FINAL
(En miles de colones actuales)

Asignación	Total	Operaciones	Capital
Inicial (1979)	1.451.925	1.075.635	376.290
Final	1.511.606	1.129.180	382.425
Cambio Porcentual	4,1	5,0	1,6
Inicial (1980)	1.676.064	1.122.964	553.100
Final	1.763.767	1.201.505	562.262
Cambio Porcentual	5,2	7,0	1,7
Inicial (1981)	1.988.518	13408.707	579.811
Final	2.191.022	1.479.367	711.655
Cambio Porcentual	10,2	5,0	22,7
Inicial (1982)	2.111.069	1.411.397	699.672
Final	2.239.564	1.586.254	653.310
Cambio Porcentual	6,1	12,4	-6,6
Inicial (1983)	2.058.803	1.472.374	586.429
Final	2.187.627	1.522.476	665.152
Cambio Porcentual	6,3	3,4	13,4
Inicial (1984)	2.298.442	1.611.465	686.977
Final	2.957.460	1.849.834	1.107.626
Cambio Porcentual	28,7	14,8	61,2
Inicial (1985)	2.427.467	1.885.047	542.420
Final	2.583.114	4.988.264	594.850
Cambio Porcentual	6,4	5,5	9,7
Inicial (1986)	2.631.318	2.076.140	555.178
Final	3.888.077	2.474.548	1.413.529
Cambio Porcentual	47,8	19,2	154,6
Inicial (1987)	3.451.425	2.727.140	724.284
Final	3.605.636	2.731.244	874.392
Cambio Porcentual	4,5	0,2	20,7
Inicial (1988)	3.505.878	2.815.250	690.628
Final	3.777.653	2.852.086	924.566
Cambio Porcentual	7,8	1,3	33,9
Inicial (1989)	3.714.028	2.902.267	811.760
Final	4.203.868	3.333.866	870.760
Cambio Porcentual	13,2	14,9	7,2
Inicial (1990)	4.255.730	3.560.058	695.672
Final	5.305.241	4.040.454	1.264.787
Cambio Porcentual	24,7	13,5	81,8
Inicial (1991)	4.985.884	4.199.474	786.410
Final	5.902,9	4.620,9	1.282,0
Cambio Porcentual	18,4	10,0	63,0
Inicial (1992)	6.757,6	5.407,0	1.350,7
Final	7654,4	5.769,9	1.884,5
Cambio Porcentual	13,3	6,7	39,5

Fuente: Ministerio de Hacienda, *Informe Sobre la Liquidación del Presupuesto General.*

Es importante entender que la naturaleza de los gastos de capital los hace más propensos a fluctuaciones tanto en las asignaciones como en los gastos reales. Los gastos de capital son generalmente egresos grandes para un solo proyecto (por ejemplo, un centro de salud) o un sólo artículo (por ejemplo, una máquina de rayos "X"). Por lo tanto, hasta el grado en que haya cambios en los planes o si por cualquier otra razón (incluyendo malversación administrativa) la compra de un determinado artículo o la ejecución de un sólo proyecto no se lleva a cabo por completo, hay muy poca probabilidad de que haya una gran cantidad de fondos presupuestarios de capital asignados que no se utilicen. También, en el grado en que los cambios ocurran en el monto de fondos presupuestados para gastos de capital en oposición a los gastos de operación, esto aumenta la probabilidad de que ciertos fondos presupuestados no se gasten, que esos fondos sean sustanciales, y que puedan constituir una proporción significativa del presupuesto de capital total. En resumen, la naturaleza de las compras de capital las hacen más propensas a ser volátiles y a que se conviertan en fondos no utilizados. Las regulaciones presupuestarias del Ministerio de Hacienda prohíben la transferencia de fondos presupuestarios de capital no utilizados para pagar operaciones.

El Cuadro titulado "Cambios en la Asignación Presupuestaria del MSPAS: Asignación Inicial Versus la Final" cubre el período 1977-1992. Durante este período de 16 años, la asignación inicial anual del MSPAS ha sido alterada en 5,5 por ciento en términos absolutos. En los pocos años cuando la asignación final fue menor que la inicial, las discrepancias fueron -con una excepción- proporcionadamente pequeñas, y nunca excedieron la mitad de uno por ciento para ningún año. La reducción mayor ocurrió en 1992 cuando la asignación final fue de 3,1 por ciento menos que la inicial.

En contraste, en aquellos años cuando se aumentó la asignación original, la magnitud en que se incrementó fue relativamente sustancial. En la mitad de los últimos 14 años, el aumento en la asignación presupuestaria adicional para el MSPAS excedió 5 por ciento. En los 11 años en que aumentó, ocurrió en un promedio del 9,0 por ciento por año. El aumento anual promedio global fue de 5,1 por ciento. En sólo uno de los 13 años para los cuales hay datos comparables en la tabla sobre las asignaciones iniciales versus las finales del Gobierno Central y la tabla sobre lo mismo del MSPAS (1980), el aumento proporcional en el financiamiento del MSPAS fue mayor que el del Gobierno Central total.

¿Qué cantidad de su asignación final gastó realmente el MSPAS? En vista de la dinámica y de las regulaciones exógenas del proceso presupuestario del Gobierno Central, un punto de referencia relevante contra el cual medir el desempeño del MSPAS es el porcentaje de la asignación final realmente utilizado por el Gobierno Central entero. El Cuadro "Porcentaje Utilizado de la Asignación Presupuestaria Final" contiene el porcentaje de las asignaciones presupuestarias finales totales, de operaciones y de capital, que gastó el Ministerio, así como una relación del porcentaje de las asignaciones finales utilizadas por el MSPAS y el porcentaje utilizado por el Gobierno Central. En cualquier año dado, si utilizaron exactamente la misma proporción de sus asignaciones totales, la relación sería igual a 1.000. Si el MSPAS gastó una proporción relativamente mayor de su presupuesto, la relación sería mayor de 1.000.

Cuadro No. 36

CAMBIOS EN LA ASIGNACION PRESUPUESTARIA DEL MSPAS: ASIGNACION INICIAL VERSUS FINAL

Año	Asignación presupuestaria inicial	Asignación presupuestaria final	Final menos inicial	(Final menos inicial) como un % de la inicial
1977	120.590.720	128.287.862	7.697.142	6,4
1978	148.775.910	148.504.300	-271.610	-0,2
1979	147.617.960	174.155.000	-462.910	-0,3
1980	171.167.680	186.396.000	15.228.320	8,9
1981	178.839.270	187.972.900	9.133.630	5,1
1982	179.168.670	180.546.400	1.377.730	0,8
1983	178.694.550	177.822.600	-871.950	-0,5
1984	200.245.840	213.891.500	13.645.660	6,8
1985	197.534.280	197.532.900	-1.380	-0,0
1986	186.666.180	241.904.600	55.238.420	29,6
1987	287.104.220	305.250.100	18.145.900	6,3
1988	288.996.880	296.554.190	7.557.300	2,6
1989	298.996.880	324.236.800	25.239.900	8,4
1990	377.027.970	385.816.000	8.788.000	2,3
1991	404.820.830	430.207.620	25.386.790	6,3
1992	530.000.000	513.809.022	-16.190.978	-3,1
1993*	720.000.000			

* La asignación inicial incorpora cambios hasta noviembre de 1993.

Cuadro No. 37

PORCENTAJE UTILIZADO DE LA ASIGNACION PRESUPUESTARIA FINAL

Año	Ministerio de Salud			Tasa del MSPAS como % de la tasa general del Gobierno Central		
	Total	Operaciones	Capital	Total	Operaciones	Capital
1977	99,0	99,4	97,9	1,013	1,025	0,989
1978	96,5	96,3	96,9	1,002	1,007	0,992
1979	96,6	98,0	88,2	1,003	1,016	0,921
1980	95,7	97,4	88,6	1,027	1,038	0,963
1981	88,8	94,9	53,7	1,014	1,007	0,727
1982	91,8	98,7	55,2	1,056	1,048	0,797
1983	95,8	98,4	84,0	1,132	1,070	1,239
1984	89,6	99,6	61,3	0,970	1,031	0,719
1985	89,4	99,9	36,7	0,978	1,015	0,489
1986	96,1	99,5	64,3	0,999	1,013	0,703
1987	82,8	99,2	27,2	0,863	1,002	0,309
1988	97,6	99,8	87,4	1,037	1,003	1,131
1989	95,1	99,4	70,6	1,026	1,014	0,978
1990	97,8	99,9	79,8	1,017	1,005	0,929
1991	98,6	99,1	90,5	1,016	0,997	1,018
1992	93,5	98,5	38,7	0,984	1,013	0,441

Con las excepciones de 1984-1987 y 1992, el MSPAS gastó una fracción de su asignación presupuestaria final total mayor que la del Gobierno Central. Con la excepción de 1991, en cada año desde 1977 hasta 1990, el MSPAS se desempeñó mejor que el Gobierno Central en términos del gasto de su presupuesto asignado de *operaciones*. Sin embargo, en relación a los gastos de *capital*, la historia es muy diferente. En todos, a excepción de 3 de los 16 años bajo estudio, el Gobierno Central utilizó relativamente más de su presupuesto asignado de capital. Especialmente de 1981 a 1987 y en 1992, la ejecución del MSPAS de su presupuesto asignado de capital se retrasó significativamente, utilizando en promedio sólo cerca de la mitad (54,6%) de su presupuesto asignado. Por lo tanto, una proporción mayor de los gastos totales del MSPAS, en comparación con sus asignaciones finales totales, consiste en costos de operación. Además, a través del período de 14 años para los cuales tenemos datos comparables sobre el Gobierno Central y el MSPAS (1979-1992), el MSPAS

tiene una proporción significativamente menor de su presupuesto total asignado para proyectos de gastos de capital. Mientras que la proporción del Gobierno Central ha promediado 24 por ciento, la del MSPAS ha sido sólo de un poquito más del 12 por ciento.

En agosto de 1993, el División Financiero Contable del MSPAS, con la asistencia técnica de la OPS, instaló una red de computadoras y un sistema contable computarizado para facilitar y agilizar el pago de cuentas y el mantenimiento de sistemas de cuentas. El nuevo sistema, conocido como el Sistema Computarizado de Administración Presupuestaria, o SCAP, ha reducido según informes el tiempo requerido para procesar facturas de varias semanas a unos pocos días. Aunque esto sin duda ha mejorado la relación del MSPAS con las compañías suministrantes, y ya ha aumentado o con el tiempo probablemente aumentará el número de compañías dispuestas a hacer negocios con el MSPAS, como lo demostró la discusión sobre el desempeño del Ministerio en cuanto a los gastos reales versus las asignaciones, el MSPAS no ha tenido problema para mover dinero. Es decir, por lo menos en relación con sus presupuestos de operación, el Ministerio de Salud ha probado históricamente ser capaz, más capaz que el Gobierno Central en general, de utilizar lo que se le ha asignado. Este sistema ha mejorado la eficiencia del Ministerio como lo evidencia las mejores relaciones comerciales y la menor necesidad de personal de oficina dentro de la Oficina Financiera Contable ahora que se ha sustituido el sistema manual tan engorroso. También, es probable que el nuevo sistema sea mas preciso. Este requiere menos pasos para el procesamiento de facturas, reduciendo así la posibilidad de cometer errores.

Para resumir esta sección, relativa al Gobierno Central , el MSPAS generalmente utiliza una proporción mayor de su presupuesto total asignado. No obstante, el Ministerio tiene una tarea algo más fácil al ejecutar su presupuesto porque generalmente está menos sujeto a cambios durante el curso del año fiscal y generalmente comprende una fracción menor de gastos de capital que de operaciones. Dos factores parecerían dar cuenta de la fracción relativamente grande del presupuesto de capital del MSPAS sin utilizar. Desde mediados de los años setenta, la mayoría de asignaciones presupuestarias de capital del Ministerio han sido asignadas a proyectos de abastecimiento de agua rural. Especialmente entre 1981 y 1987, cuando fue peor el desempeño de ejecución presupuestaria del Ministerio, los calendarios de estos proyectos probablemente estuvieron sujetos a mucha interrupción debido a la guerra civil. Un segundo factor es que las unidades ejecutoras del MSPAS, la Dirección de Ingeniería de Salud y PLANSABAR, parecen estar mal administradas y ser ineficientes. En 1990 no utilizaron el 20 por ciento de los fondos que se les asignó, en 1991, el 10 por ciento y en 1992, el 62 por ciento. La Dirección de Ingeniería de Salud funciona sólo en una capacidad administrativa, contratando fuera los proyectos de construcción de infraestructura. Pero aunque el deterioro del bienestar financiero del Ministerio fue detenido considerablemente para ese tiempo, la situación no mejoró fácilmente después.

IV IMPEDIMENTOS ESTRUCTURALES PARA MEJORAR LA EFICIENCIA OPERACIONAL Y DE ASIGNACION DEL MSPAS

1 Agencias centralizadas en comparación con las descentralizadas

El Ministerio de Salud se caracteriza por la fragmentación organizacional. Se divide en dos categorías generales de entidades organizacionales no integradas. La Secretaría de Estado (Oficina Central) y los Servicios de Salud Regional juntos constituyen lo que se denomina Agencias Centralizadas. La otra "mitad" del Ministerio consiste de las denominadas Agencias Autónomas o Descentralizadas, las que están dominadas (financieramente) en forma abrumadora por los 15 hospitales.

Como su nombre lo sugiere, las Agencias Autónomas planifican independientemente sus propias actividades, desarrollan y ejecutan independientemente sus propios presupuestos y también en gran parte recopilan y entregan independientemente sus propias estadísticas de programas. Son criaturas del MSPAS sólo por nombre. Históricamente, los hospitales existían como entidades independientes totalmente separadas de la estructura del MSPAS hasta mediados de los años sesenta. A mediados de los sesenta, se hizo un esfuerzo para integrar a los hospitales dentro del MSPAS pero no fructificó. En 1969, de nuevo se volvieron en organizaciones completamente independientes, para ser "vueltas a fusionar" con el Ministerio a principios de los años setenta.

A pesar de que la subdirección para hospitales fue desarrollada dentro de la Oficina Central del MSPAS en 1991, en la Oficina Central del MSPAS se conoce muy poco acerca de los presupuestos o actividades de los hospitales. Aunque dos documentos que regularmente son preparados por la Secretaría de Estado incluyen información acerca de los hospitales, la mayor parte de los datos son recopilados y reportados simplemente por la Oficina Central, y en el caso de datos financieros no se efectúa ningún análisis. Los únicos datos financieros acerca de hospitales que se envían a la Oficina Central del MSPAS son los "anteproyectos" que son entregados anualmente al Departamento de Contabilidad Financiera como parte del ejercicio presupuestario anual. Las solicitudes de las Agencias Autónomas se suman aritméticamente a aquellas del resto del Ministerio y el documento resultante se entrega al Ministerio de Hacienda. Los únicos datos hospitalarios entregados a la Oficina Central del MSPAS son los relativos a la provisión de servicios que se envían a la Unidad de Estadísticas cada trimestre o anualmente.

Los datos de gastos más recientes que pueden tenerse en la Oficina Central son de más de año y medio contenidos en los Anteproyectos. El hecho de que esa información basica actual acerca de los hospitales no esté disponible en la Oficina Central del MSPAS prueba tanto la independencia de los hospitales como la falta de interés de la Oficina Central de hacerlo, lo mismo que su inhabilidad para pronosticar, manejar o siquiera influir en el comportamiento de los hospitales del MSPAS.

En parte, este constituye un problema financiero. Los rubros presupuestarios del Ministerio de Salud (centros de costo) que ha utilizado por largo tiempo para desglosar su presupuesto no son útiles para los administradores potenciales del MSPAS: se dividen sin tomar en cuenta programas y tipos de instalaciones y así no son herramientas potencialmente útiles para administradores de programas o instalaciones para poder evaluar la eficiencia u otros aspectos de desempeño.

Regresando al asunto de los hospitales, su nivel marcado de autonomía y la ausencia de apoyos para influenciar su comportamiento, constituye un impedimento importante para la planificación efectiva y significativa del MSPAS. Sin el control de los hospitales -o aún más fundamental, sin siquiera con

conocimiento básico actual acerca de los hospitales- la Oficina Central del MSPAS no puede planificar efectivamente las actividades del MSPAS. Esto no tendría necesariamente que constituir un problema si los hospitales fueran totalmente independientes del MSPAS pero no lo son. Los hospitales reciben una cuota grande del programa presupuestario número 102 Servicios Administrativos Generales (o sea, el número de rubro), subprograma número 29, Suministros y Materiales Departamentales, que contiene la mayor parte de los suministros del Ministerio, incluyendo todo, desde papel hasta medicamentos. La vasta mayoría del valor de estos suministros consiste en medicamentos e implementos medicos y de laboratorio. Estos suministros son de Planificación, lleva esta información. En consecuencia, en el Ministerio de Salud nadie sabe que proporción de los recursos del Ministerio va a parar a los hospitales. Por lógica, nadie en el MSPAS sabe el costo o la proporción de los recursos del MSPAS gastados por los servicios de salud regionales. Claramente, una condición necesaria pero no suficiente para que el Ministerio maneje los hospitales efectivamente, es tener información financiera oportuna y detallada acerca de los hospitales. Este carece de información detallada, oportuna y completa acerca de las finanzas de los hospitales.

El siguiente cuadro presenta los "Gastos de los Hospitales Más Importantes del MSPAS en comparación con los Gastos de Servicios de Salud Regionales".

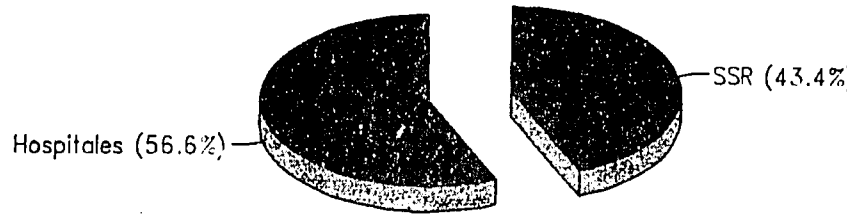
Cuadro No. 38

GASTOS EN LOS HOSPITALES MAS IMPORTANTES DEL MSPAS EN COMPARACION CON LOS GASTOS DE SERVICIOS DE SALUD REGIONALES
(No incluye el suministro de material y equipo del rubro presupuestario 102.029)

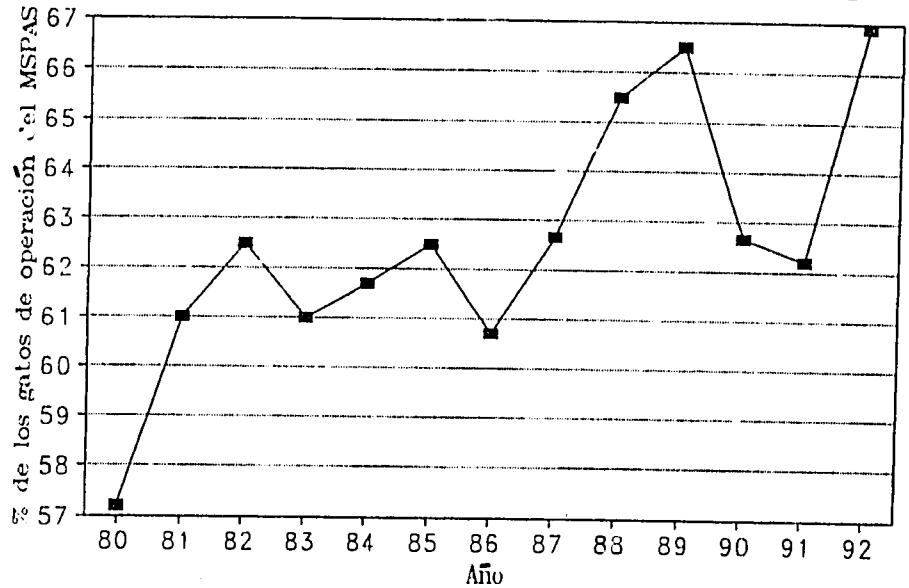
Año	Gastos de servicios de salud regionales (000 colones)	Gastos de los principales servicios hospitalarios del MSPAS	% de los gastos hospitalarios de los servicios regionales de salud
1980	38.228,7	66.750,6	57
1981	42.083,0	69.199,6	61
1982	41.829,2	67.299,1	62
1983	41.063,2	67.430,5	61
1984	46.207,9	74.998,9	62
1985	60.914,2	79.879,1	62
1986	67.720,2	100.819,3	62
1987	72.044,5	108.423,4	62
1988	84.407,3	110.357,8	65
1989	84.407,3	126.805,5	67
1990	101.118,5	162.233,8	62
1991	123.158,1	199.073,3	62
1992	152.942,3	228.555,7	67
1993*	184.330,3	245.498,6	75
1994*	273.391,0	342.091,4	80

* Asignaciones iniciales.
Nota: Incluye el total utilizado para funcionamiento y transferencias corrientes.
Fuente: Informe Complementario Constitucional/Informe Sobre la Liquidación del Presupuesto General, Ministerio de Hacienda, varios años.

Tamaño realtivo de los gastos del MSPAS en los SSR y hospitales más importantes



Gastos en los servicios regionales de salud como % de los hosp. más impor.



Los gastos de los SSR consisten en los gastos de los Fondos Generales del Gobierno Central de los centros, unidades y puestos de salud, así como de las oficinas regionales. Estos datos sobre gastos constituyen el código de programa presupuestario 106, subprograma 019, Total Utilizado, que se reportan anualmente en el Cuadro titulado "Estado de Gastos por Clases Generales del Presupuesto General, Resumen por Categoría de Programas, Unidades Primarias de Organización y Detalle por Programas" contenidos en la publicación anual del Ministerio de Hacienda titulada *Informe sobre la Liquidación del Presupuesto General*. Los totales de los hospitales individuales presentados en la tabla son los Totales Utilizados de los hospitales individuales listados bajo el código de programa presupuestario 201, Transferencias Corrientes, contenidos en la misma tabla de la misma publicación del Ministerio de Hacienda.

De acuerdo a lo que se observa en el Cuadro, durante los primeros ocho años de los 14 años bajo estudio, la separación relativa entre los servicios de salud regionales (SSR) y los hospitales permanecieron relativa y marcadamente constantes desde 1981 a 1987. Ciertamente en 9 de los 11 años desde 1981 hasta 1991 inclusive, la cuota de los SSR de gastos de hospitales fue de 61 ó 62 por ciento.

El Cuadro No. 39 presenta la evolución de la participación de los gastos de operación del MSPAS de los hospitales más importantes desde 1980. Vale la pena notar que hasta 1992 la participación de los hospitales del MSPAS en el presupuesto total generalmente no ha sido determinada por el Ministro ni por el Ministerio de Salud. Tradicionalmente, el Ministerio de Hacienda ha dado pie al comienzo del proceso de desarrollo presupuestario y a la preparación de documentos de Anteproyecto cada año en abril/mayo con una carta dirigida al Ministro de Salud. La carta generalmente informa al Ministro sobre la cantidad de fondos disponible para el MSPAS en el siguiente año fiscal, e incluye asignaciones máximas separadas para cada una de las agencias autónomas del MSPAS. Tradicionalmente, estas cantidades esperadas y las asignaciones máximas sugeridas de los hospitales han sido aceptadas por el MSPAS como las *asignaciones iniciales* y han sido integradas a las solicitudes de asignaciones iniciales del Ministerio.

Es importante notar que en el desarrollo del presupuesto actual de 1993, el MSPAS rompió con la tradición y con su papel pasivo y conformista. Tomó la iniciativa solicitando y sosteniendo su necesidad de 200 millones de colones adicionales, un incremento del 35 por ciento sobre lo que el Ministerio de Hacienda le había informado inicialmente al MSPAS que podría poner a su disposición. El Ministerio de Hacienda estuvo de acuerdo con este incremento masivo que resultó en un rompimiento dramático de las tendencias financieras generalmente descendentes a largo plazo que discutimos anteriormente. Sin embargo, también debe destacarse, que al mismo tiempo, el Gobierno Central se encontraba en una posición bastante diferente: el impuesto del valor agregado había acumulado rentas considerablemente más grandes de las anticipadas. Algunos observadores también han destacado que las próximas elecciones presidenciales podrían ser otra razón para el aumento significativo en la asignación presupuestaria del Ministerio de Salud.

Al revisar los datos de el cuadro sobre la proporción de los gastos totales de operación cubiertos con fondos del presupuesto general incurridos por los hospitales más grandes del MSPAS, es importante tener en mente que estos datos sólo contienen parte de la participación total de los gastos del MSPAS por parte de los hospitales: sólo contienen las "transferencias corrientes" hechas al MSPAS. Como se discutió anteriormente, adicionalmente a estos montos, los hospitales también reciben una gran fracción (46 por ciento en 1990) de los gastos totales del programa presupuestario 102, Servicios Administrativos Generales, subprograma 029, Suministros y Materiales Departamentales, resultando en un informe incompleto de la participación total de los hospitales en los gastos del MSPAS.

Desafortunadamente, existen sólo dos años, 1990 y 1993 (noviembre inclusive) para los cuales hay disponibles estimados preliminares de la participación de los hospitales en esta cuenta. Además, los datos para 1990

cubren sólo tres cuartos del total, sólo el componente de medicamentos. Esta información está disponible porque el componente de medicamentos de esta cuenta fue computarizado en 1990. Previamente a 1993, la única forma en que una cifra similar se podía obtener, y la forma en que la distribución del total de 1990 se obtuvo fue compilando la información de los recibos de cada una y de todas las transacciones de compra individuales y de las distribuciones subsiguientes a través del sistema del MSPAS de esas compras. A partir de enero de 1993, el programa de computación de la UTMIM ha sido revisado para hacer posible este tipo de análisis en una base rutinaria. Así tenemos dos años en los cuales podemos hacer estimaciones más precisas de la participación de los hospitales (combinados) en los gastos de operación del MSPAS, 1990 y 1993.

Cuadro No. 39

PROPORCION DE LOS GASTOS TOTALES DE OPERACION CON FONDOS DEL PRESUPUESTO GENERAL DEL MSPAS HECHOS POR LOS HOSPITALES MAS IMPORTANTES DEL MSPAS (14)
(No incluye Centros de Salud, ni los gastos por suministros del rubro 102.029)

Año	Total de gastos de operación del MSPAS	Gastos de los principales hospitales del MSPAS	
		En 000 colones	Porcentaje
1980	147.491,1	66.750,6	45,3
1981	152.491,1	69.199,8	45,5
1982	149.823,1	67.299,1	44,9
1983	143.515,3	67.435,4	47,0
1984	157.288,5	74.998,9	47,7
1985	164.445,4	79.879,1	48,6
1986	216.959,2	100.819,2	46,6
1987	233.729,3	108.423,4	46,4
1988	243.317,6	110.357,8	45,4
1989	274.094,2	126.805,5	44,2
1990	344.397,9	162.233,8	41,5
1991	424.204,1	199.073,3	46,9
1992	463.993,7	228.555,7	49,3
1993*	716.180,0	245.498,6	34,3
1994**	850.359,6	342.091,4	40,2

* Asignaciones iniciales.
** Según propuesta del Ministerio de Hacienda ante la Asamblea Legislativa en 1993.
Nota: Los gastos de operación incluyen en el total utilizado para funcionamiento y transferencias corrientes.
Fuente: *Informe Complementario Constitucional/Informe Sobre la Liquidación del Presupuesto General*, Ministerio de Hacienda, varios años.

En 1990, los hospitales recibieron el 46,3 por ciento de 20.947.890 colones que era el valor de medicinas compradas por el GOES incluidas en el rubro presupuestario 102.029.[7] Asumimos que los hospitales

[7] Téngase en mente que los hospitales también recibieron fondos directos del GOES en sus transferencias globales para poder comprar medicinas y recibieron también suministros comprados del PL-480 de AID provenientes de la UTMIM. En 1990, los Centros de Salud recibieron un 19,6 por ciento del valor de medicinas distribuidas a través del 102.029, y las Unidades y Puestos recibieron un

recibieron una cuota igual de suministros médico-quirúrgicos comprados con fondos del GOES a través de ese mismo rubro presupuestario. Incluyendo los 10,4 millones de colones en medicinas e implementos médico-quirúrgicos que recibieron los hospitales en 1990 de la cuenta 102.029, los hospitales más importantes por sí solos dieron cuenta de 172.633.800 colones, 50,1 por ciento del total de gastos de operación del MSPAS para 1990. Esto todavía subestima la cuota de los hospitales principales ya que aún no hemos tomado en cuenta (a) el hecho de que recibieron una porción del remanente de fondos de esta cuenta -- que constituyen dos tercios de su valor total, pero acerca de los cuales no poseemos información -- o (b) que a los hospitales se les debe "asignar" una porción de los costos generales de administración del MSPAS.

Una manera de comparar con mayor precisión la distribución de los recursos del MSPAS entre los hospitales más importantes y otras instalaciones sería comparar los gastos directos totales de los hospitales con los gastos de los servicios de salud regionales. Sin embargo, esto es demasiado idealista ya que la manera en que la información financiera acerca de los servicios de salud regionales es llevada no nos permite hurgar los costos administrativos de las oficinas regionales, que son sustanciales (el porcentaje del personal en administración no ha cambiado mucho en los últimos 10 años, con un promedio de 25 por ciento con la excepción que los hospitales regionales han aumentado sus números en un 10 por ciento en comparación los hospitales nacionales solo han aumentado 3.4 por ciento) (Wight et al. 1994).. Por lo tanto este enfoque, a la vez que representa una mejora en comparación al análisis previo, todavía incluye una cantidad grande de los costos indirectos de los centros, unidades y puestos de salud pero no incluye nada sobre hospitales.

Los datos de 1993 sobre la distribución de medicamentos e implementos médico-quirúrgicos revelan en general un patrón similar al de 1990. Los hospitales recibieron 52 por ciento del valor de las medicinas y 69 por ciento del valor de los implementos médico-quirúrgicos, 55 por ciento del valor total combinado de estos dos insumos. La participación que tuvieron los hospitales en las compras del 102.029 asciende a 84,8 millones de colones.

¿Cuáles son los costos relativos de los diferentes tipos de instalaciones del MSPAS? Como parte de este ejercicio se desarrolló una nueva estimación utilizando un informe preparado por el proyecto APSISA del AID (Gómez, 1992, p. 23) como punto de partida, pero haciendo los siguientes ajustes en las estimaciones: (1) la distribución de los gastos 102.029 según se ha descrito aquí (que no fueron tomados en cuenta en el análisis APSISA), (2) la reducción del tamaño de los costos recurrentes del MSPAS en un 15 por ciento, el cual consiste de transferencias del MSPAS a otros lugares que no son hospitales (pero que fueron incluidos en el análisis APSISA), (3) la reducción de las inversiones directas (que en apariencia fueron inadvertidamente incluidas en el análisis), y (4) la inclusión de los costos administrativos de las oficinas regionales como parte del rubro presupuestario 106. Esto rinde las siguientes estimaciones de la estructura de costos de operaciones relativos de las instalaciones del MSPAS de la manera siguiente: Hospitales, 62,3; Centros, 12,3; Unidades, 18,4; Puestos, 6,1; Total, 100,0.

Cuando se recuerda que los centros de salud también son hospitales, vemos que 74,6 por ciento -virtualmente tres cuartos- de los costos de operación de entrega de servicios directos del Ministerio de Salud se designa a 30 hospitales, dejando un parco 25 por ciento para las 360 instalaciones de atención primaria de salud del Ministerio. Debe concluirse que muy pocos de los recursos del Ministerio están asignados a la atención primaria de salud y una cuota desproporcionada de los recursos es asignada a la atención hospitalaria. La distribución actual de recursos del MSPAS restringe severamente la calidad de la atención que se puede

34,1 por ciento (documentos de la UTMIM sin publicar). El financiamiento de medicamentos e implementos será discutido más adelante en este informe.

proporcionar en sus instalaciones de atención primaria de salud de primera línea y consecuentemente restringe el acceso a la atención.

2 **Fragmentación presupuestaria: inversión en comparación con los presupuestos de operación e implicaciones de los costos recurrentes**

Una segunda fuente de fragmentación organizacional que constituye otro impedimento tanto para una planificación efectiva como para mejorar el desempeño del Ministerio es que el desarrollo y supervisión de la inversión y de los presupuestos de operación son actividades distintas, aisladas administrativamente, llevadas a cabo por entidades separadas.

La agencia de inversión, la División de Ingeniería en Salud, es responsable de conceptualizar, evaluar, asegurar fondos para y ejecutar los nuevos proyectos de inversión. La División de Ingeniería en Salud existe y opera independientemente de las secciones encargadas del presupuesto de operación, la recientemente creada Unidad de Planificación Financiera dentro del Dirección de Planificación y la División de Contabilidad Financiera. Aunque la Unidad de Planificación Financiera también trabaja en algunos proyectos de actividades de desarrollo, ninguna de las unidades de planificación ha estado interesada históricamente con los costos de post-ejecución (o sea, recurrentes), que generalmente han sido descuidados.

La división institucional de tareas fomentada por la estructura organizacional fragmentada del Ministerio, estimula la falta de integración entre el presupuesto de inversión y el presupuesto de operacion. El impacto de esta estructura fragmentada es empeorado aun más por la división de tareas entre las unidades de planificación y presupuesto, lo que reduce aun más la posibilidad de un centro de control o supervisión de los costos recurrentes. La unidad presupuestaria mantiene datos presupuestarios (y aun entonces, sólo la porción de los Fondos del Presupuesto General del MSPAS, la cual en años recientes ha estado compuesta únicamente del 60 y 80 por ciento de los recursos totales del MSPAS) mientras que las unidades de planificación planean con poca información acerca de presupuestos y gastos, y por lo tanto, relativamente de poca consideración para los costos recurrentes. En resumen, la estimación y/o monitoreo de los costos recurrentes es, fragmentada en el mejor de los casos; y en el peor de los casos no existen.

Esta estructura fragmentada disfuncional del presupuesto de inversión y recurrente del MSPAS es aun más exacerbada por dos factores adicionales. Primero, como se dijo anteriormente en este informe, los fondos presupuestarios generales (ordinarios) constituyen la única porción del presupuesto del MSPAS supervisada por la División de Contabilidad Financiera del MSPAS. Además, el Presupuesto Ordinario también está fragmentado en más de 15 piezas -existe un presupuesto de operación para la Oficina Central del Ministerio y los Servicios de Salud Regionales, uno para cada uno de los 15 hospitales y uno para cada una de la docena o más de las agencias que reciben transferencias recurrentes del MSPAS-. Lo anterior se combina con la existencia de los siete diferentes subsistemas financieros y otros seis más cuya fuente de financiamiento no proviene de los fondos generales del GOES. Cada subsistema tiene su propio sistema de control y supervisión, algunas veces distintos y a veces traslapados, como ya se ha descrito en el diagrama esquemático "Financiamiento del MSPAS: Supervisión y responsabilidad de dar cuentas por fuente de Financiamiento". Las otras seis fuentes de financiamiento del MSPAS son: (1) Fondos Generales del GOES y tipos específicos de préstamos externos que conjuntamente comprenden el Presupuesto General (Ordinario) del GOES; (2) el Presupuesto Extraordinario que comprende los préstamos y donaciones externos que el GOES ha optado por comprometer para el MSPAS; (3) asistencia financiera directa al MSPAS, consistiendo de tipos específicos de préstamos y donaciones externos cuyos donantes externos requieren que sean utilizados para implantar proyectos específicos del MSPAS; (4) asistencia técnica que consiste principalmente de asistencia multilateral y bilateral en especie, y dos sistemas diferentes de cuotas de usuario, (5) otra consiste de las actividades

auspiciadas por lo que se denomina *patronato*, incluyendo pagos cuotas de usuario por servicios de paciente externo, y otra fuente que consiste de (6) ingresos generados por las cuotas de usuarios (con duplicación de fuentes en las listas) pagadas por servicios relacionados con hospitalización, los llamados fondos de Actividades Especiales.

Cada una de las seis fuentes de financiamiento diferentes del MSPAS tiene un sistema financiero distinto y separado, cada uno con su propio sistema de control y supervisión. El hecho de que el MSPAS tenga seis sistemas financieros diferentes no sería causa de preocupación si no fuera cierto que ninguna unidad del MSPAS tiene la responsabilidad de supervisar y administrar el sistema financiero completo del Ministerio. El "sistema" financiero fragmentado constituye un impedimento estructural para mejorar su desempeño porque segmenta el conocimiento y comprensión de los procesos financieros del Ministerio y su situación financiera general, lo que consecuentemente impide una planificación efectiva.

Mientras que mucha de la información está disponible en diferentes partes de la Oficina Central del Ministerio, no existe una entidad organizacional única encargada del desarrollo, implantación, supervisión o monitoreo del presupuesto completo del MSPAS. Como resultado, el Ministerio de Salud no sabe cuánto dinero se gasta en las actividades del mismo.

Ha habido dos esfuerzos notables para enfocar esta situación. Hace tres años la OPS comenzó, y luego el Banco Mundial, a desarrollar un sistema contable automatizado que iba a dar seguimiento y monitoreo por lo menos a tres de las fuentes de financiamiento del Ministerio: los Fondos Generales del GOES, ingresos y egresos por cuotas de usuarios del patronato e ingresos y egresos por actividades especiales. La OPS ha completado la instalación del sistema computarizado pero éste contiene información acerca de los Fondos Generales del GOES únicamente. Los programas y procedimientos para incorporar los datos de los dos sistemas de cuotas de usuario nunca fueron desarrollados y la base de datos nunca ha incluido información acerca de estos fondos. Además, actualmente no existen planes para incorporarlos. Esto ciertamente vendrá a complicar las cosas cuando el gobierno anuncie oficialmente el establecimiento de una política de cuotas de usuarios nacional uniforme. Una preocupación mayor que el Ministerio de Hacienda ha tenido acerca del establecimiento de un sistema de este tipo es que los sistemas administrativos vigentes son inadecuados para monitorear y darle seguimiento a esos fondos (es decir, mediante estándares del Ministerio de Hacienda, el sistema administrativo inadecuado impedirá la "fiscalización" de los fondos).

La segunda reforma en el área de sistematización de la información y mejora de la comprensión de las finanzas del MSPAS fue el establecimiento de una nueva unidad en marzo de 1993, la Unidad de Planificación Financiera, dentro del Dirección de Planificación del MSPAS. Esta unidad comprende personas que antes eran parte de la Unidad de Desarrollo Institucional. Estas personas trabajan en el mismo espacio de oficina dentro del Ministerio pero sus salarios están siendo pagados con fondos de proyectos del Banco Mundial. Ya que estos puestos estaban siendo pagados con fondos generales del GOES, este dinero en remuneraciones hubiera sido gastado de mejor manera en la compra de una o más computadoras para facilitarle a estas personas el desempeño de sus nuevas tareas que son más analíticas. La Unidad está a punto de publicar su primer informe que se convertirá en un informe trimestral o semestral regular sobre los indicadores financieros del MSPAS. La publicación del informe se ha atrasado varias semanas debido en parte a que cualquier cambio en los documentos preparados a mano requiere bastante tiempo para su revisión. Aunque el personal de la unidad ha sido provisto con calculadoras de escritorio, este equipo es sumamente inadecuado para las tareas importantes que tienen que llevarse a cabo.

Desde 1981, el Ministerio ha tenido una Oficina de Cooperación Internacional para coordinar la información y actividades en este entorno. Desafortunadamente, a la fecha esta Oficina solamente tiene información acerca

de la asistencia técnica extranjera, la forma menos importante de los tres tipos de cooperación internacional (las otras dos son la asistencia financiera externa y préstamos extranjeros que entran en el presupuesto extraordinario del GOES). ¿Ayudará el desarrollo de una nueva unidad a resolver el problema? Tal vez. Con base en el primer borrador del informe sobre los indicadores financieros del MSPAS que ha sido preparado por la nueva Unidad de Planificación Financiera, no hay duda que hay razón para sentirse optimistas acerca del resultado de esta reforma, por lo menos en cuanto a la recolección de datos y el desarrollo de una mayor comprensión de la situación financiera del ministerio. El hecho de que esto a su vez se traduzca en un mejor desempeño gerencial del Ministerio, es otro asunto. Los mecanismos vigentes y los planes para introducir nuevas herramientas de planificación financiera no han sido bien ideados y no son viables y ahora hay un nuevo Sistema de Información de Planificación Financiera. Regresaremos a este punto después de haber completado la discusión acerca de la Unidad de Planificación Financiera.

Una revisión de los datos recopilados por la Unidad en su informe todavía no oficial revela algunos asuntos inadecuados, particularmente en el área de cooperación internacional. La información que ha sido recogida tiene ya dos años y varía considerablemente de los informes recogidos por los proyectos del Banco Mundial, SETEFE y la Dirección de Cooperación Técnica Internacional de MIPLAN. Esto es de esperarse por ser la primera experiencia. Sin embargo, si el informe habrá de ser una herramienta gerencial útil, la información contenida en el mismo debe ser oportuna, consistente y exacta. La mejor manera de garantizar esto es estableciendo e institucionalizando una red entre todas las agencias relevantes que producen y o recopilan datos. A la fecha, la identificación de y el contacto con agencias importantes todavía no ha comenzado Las agencias que tienen que ser contactadas en el caso de cooperación internacional incluyen las agencias de cooperación multilaterales y bilaterales, el PNUD que recibe actualizaciones trimestrales de todas las agencias internacionales y que semestralmente publica un informe titulado *Cooperación Financiera y Técnica con El Salvador Según los Informes de los Donantes*, MIPLAN, que anualmente publica un informe altamente acumulativo que documenta toda la cooperación técnica internacional, préstamos internacionales y varias unidades dentro de MIPLAN para datos más desagregados sobre donaciones internacionales -la Dirección de Administración de Inversiones Públicas (DAIP) de SETEFE y su Dirección de Operaciones, y la Dirección de Cooperación Técnica de MIPLAN-.

Además, para obtener datos sobre el Sector Privado la Superintendencia del Sistema Financiero publica un informe anual titulado *Anuario Estadístico, Seguros-Finanzas-Bancos* que contiene información detallada acerca de las compras de seguros de salud y de accidentes, junto con los pagos hechos por las compañías de seguros privadas para los servicios de salud del Sector Privado prestados a los beneficiarios del seguro.

3 Implicaciones de la asignación de recursos en base a presupuestos históricos

El enfoque que el MSPAS le ha dado a la planificación y preparación de presupuestos ha sido tradicionalmente seguir lo que se conoce como criterios de asignación de recursos en base a presupuestos históricos. Esta es una herramienta de asignación de recursos muy sencilla: los fondos totales presupuestados del MSPAS se asignan a lo largo de los programas del Ministerio en base a las cuotas relativas que recibieron el año anterior. Los aumentos en el presupuesto total del MSPAS resultan en aumentos proporcionales en la cuota de presupuesto de los diferentes programas del Ministerio y las reducciones en el presupuesto resultan en reducciones proporcionales en los presupuestos de programas. Por ejemplo, mientras que el nivel de gastos de todo el MSPAS ha variado grandemente desde 1975, la separación entre hospitales y el resto del sistema de atención pública (por lo menos hasta 1990) permaneció sorprendentemente constante, al igual que la separación de porcentajes del presupuesto de hospitales del MSPAS entre los hospitales del MSPAS como puede verse en el Cuadro siguiente.

Cuadro No. 40

DISTRIBUCION DE LOS GASTOS HOSPITALARIOS DEL MSPAS POR INSTALACION

Hospital	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Rosales	19	19	19	19	19	19	18	18	18	18	19	18	17
Bloom	12	12	13	13	12	12	12	12	12	11	11	13	22
Maternidad	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8
Psiquiátrico	6	6	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	5
Neumología	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
SJDD Santa Ana	12	12	11	12	12	12	11	11	11	12	11	11	10
Méndez, Ahuachapán	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4
Sonsonate	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3
Vásquez, Chalatenango	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
San Rafael, Nueva SS	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Santa Gertrudis, San Vicente	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3
Santa Teresa, Zacatecoluca	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
SJDD, San Miguel	7	6	6	6	6	7	9	9	9	9	9	9	8
San Pedro, Usulután	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Dada la naturaleza de la planificación en base a presupuestos históricos, los cambios ocurridos en la estructura de los gastos del MSPAS que se han limitado principalmente a cambios en la composición de los gastos (o sea, en los sujetos de gasto tales como personal, materiales, equipo, etc.) y estos cambios han sido en gran parte respuestas y o acomodaciones ante iniciativas introducidas por las agencias internacionales donantes. Dado el nivel de actividades auspiciadas por donantes en El Salvador, adherirse a una planificación basada

en un presupuesto histórico, particularmente en un momento en que el financiamiento nacional se está contrayendo dramáticamente, por implicación viene a constituir una abdicación total del control del presupuesto y en forma concomitante del control de la dirección y estructura del sistema de entrega de atención de salud pública.

Esta abdicación, el papel de las agencias donantes y la composición cambiante del presupuesto de las Agencias Centralizadas son claramente evidentes en el Proyecto de Construcción de Instalaciones de Salud del Banco Interamericano de Desarrollo que duró 12 años (1974-1986) y bajo el cual se llevó a cabo la mayor parte de la expansión considerable en infraestructura del Ministerio. La expansión continua en la infraestructura significó que también era necesario ampliar los gastos de personal para dotar de personal estas nuevas instalaciones, lo que a su vez significaba que cuando el financiamiento del MSPAS comenzó a desfasarse, todas las demás categorías de gastos tuvieron que contraerse con esa misma rapidez. Con base en las relaciones promedio de dotación de personal, se ha estimado que las nuevas instalaciones construidas o terminadas entre 1975 y 1980 -el Hospital San Juan de Dios de 450 camas en San Miguel, 3 centros de salud, 35 unidades de salud y 46 puestos de salud- que juntas constituyen un incremento del 41 por ciento en el número de instalaciones del MSPAS -requirieron un mínimo de 2.000 empleados del Ministerio para dotarlos de personal-. Esto representa el grueso del aumento sustancial en el personal total del MSPAS que el Ministerio experimentó durante este período. El suministrar los implementos médicos necesarios así como las instalaciones y el personal, por supuesto incrementó aún más los costos recurrentes. El impacto sobre la estructura de gastos del MSPAS fue dramático. La cuota de gastos de personal creció del 55 por ciento de los gastos de las Agencias Centralizadas en 1977 al 92 por ciento en 1984. El alto proporción de personal administrativa del total de personal (especialmente en hospitales regionales), en algunos casos mas de 1/3 es también el resultado del exceso construcción de facilidades, bajas tasas de ocupación, pero tasas fijas de personal administrativa (Wight et al. 1994). En forma concurrente, los gastos por todo otro tipo de suministro - medicamentos, materiales, implementos médicos, maquinaria, equipo, mantenimiento y reparaciones- han caído del 45 al 7 por ciento durante el mismo período. La continuación del proyecto de infraestructura en vista de que los fondos del MSPAS estaban disminuyendo precipitó una crisis de costos recurrentes de gran importancia.

Y todavía continúa la expansión de la infraestructura del MSPAS. Los episodios finales de mayor importancia han sido la inauguración de 3 nuevos centros de salud en 1989 (financiados por los holandeses), el Hospital de Especialidades (financiado por los franceses y los E.U.A.), y el Hospital Zacamil (financiado por la CEE).

4 El cambio completo en el desempeño del MSPAS después de 1986 y las perspectivas futuras

La guerra, el terremoto de 1986 y la Ofensiva de noviembre de 1989 interrumpieron las operaciones del MSPAS, aunque sólo por un período limitado de tiempo: el impacto de los mismos se disipó eventualmente. Las condiciones fundamentales que dieron lugar al nivel y patrón alterados de la provisión/utilización de servicios del MSPAS en la era de 1982 a 1986, que fueron una combinación de (1) factores relacionados con la guerra, (2) el momento financiero decisivo grave que precipitó una crisis de costo recurrente diferido, y (3) lo inadecuado del financiamiento, organización y funcionamiento de varios sistemas logísticos claves del MSPAS, han disminuido. Aun cuando los factores causales más establecidos y arraigados organizacionalmente no "desaparecieron", sus impactos más visibles fueron atenuados por las condiciones cambiantes -en mayor grado por el impacto decreciente de la guerra y la asistencia extranjera masiva-. En gran parte las actividades incrementadas de los donantes han jugado un papel importante para darle vuelta a la situación. El Proyecto APSISA de AID, en especial, parece ser el responsable de aliviar lo que desde el punto de vista de los consumidores del MSPAS eran las manifestaciones más degradantes de la crisis de costos recurrentes -es decir,

la escasez de medicamentos y de implementos médicos- y para mejorar la organización y funcionamiento de los sistemas logísticos más importantes del MSPAS.

Es imperativo que el MSPAS no sea adormecido en una falsa complacencia por estas mejoras recientes. Aunque el desempeño del MSPAS rebotó a finales de los años ochenta, dado al crecimiento poblacional ocurrido entre los años de 1975-76 y 1991-92, la tasa de crecimiento relativamente más lenta en la producción de servicios durante el período completo implica que una proporción más pequeña de la población salvadoreña tiene ahora acceso a la atención de salud y/o que un mayor número de personas se vuelcan al MSPAS en busca de atención. Aunque hoy en día se siente menos esta necesidad o tiene menos urgencia, por las diversas reformas actualmente en marcha -que se derivan en gran parte por la finalización de la guerra, la recuperación económica (desde 1990), el compromiso mayor y renovado por parte del Gobierno para financiar al sector de salud y a los niveles continuamente altos de asistencia internacional- las causas fundamentales de la mayor parte de los problemas críticos experimentados en la década pasada persisten. Todavía existe un potencial muy real de una nueva crisis de costo recurrente.

Esta no es una preocupación infundamentada o exagerada. La proporción de los gastos de operación apoyados en el presupuesto ordinario de las funciones no hospitalarias del MSPAS dedicada exclusivamente al personal promedió un 91 por ciento. La construcción de nuevas instalaciones por parte de los donantes -los 3 centros de salud construidos por los holandeses inaugurados en 1989, el Hospital de Especialidades construido por los franceses que fuera inaugurado en 1990, y el Hospital Zacamil recientemente construido por la Comunidad Económica Europea- todas han requerido que se les dote de personal y han generado mayores costos de personal. En 1993 el nuevo Hospital Zacamil tuvo un presupuesto de 25 millones. Mientras que los servicios de salud regional del MSPAS habían aumentado únicamente en 4,0 por ciento desde 1981 hasta 1988, de 1988 a 1991 saltaron a 13,8 por ciento. Las implicaciones por suministros se evidencian por si solos: una proporción abrumadoramente inadecuada del presupuesto ordinario continúa dedicándose a medicamentos e implementos médicos, sin mencionar maquinaria y equipo. El AID continúa financiado más o menos la mitad de las compras de medicamentos e implementos médicos del Ministerio y cerca del 11 por ciento de los costos totales de operación del MSPAS. ¿Que sucederá después de 1996 que es el año programado para que la asistencia del AID se reduzca significativamente si no totalmente? A menos que un donante alternativo de importancia tome el lugar del AID (lo que parece poco probable) la crisis de costos recurrentes regresará, aunque, debido a incrementos muy significativos en el tamaño de las asignaciones del presupuesto ordinario en 1993 y 1994 la situación no será tan terrible como la experiencia de la era de 1981-1986.

5 Cómo no se debe tratar de solventar los déficits presupuestarios del MSPAS

Actualmente el Ministerio planea comenzar a incorporar la planificación financiera a nivel local como la base para desarrollar estimaciones de sus requerimientos financieros. Este enfoque de abajo hacia arriba podría ser útil pero principalmente por razones fuera de la planificación financiera a nivel macro del MSPAS. No es aconsejable perseguir este enfoque, si se usará solo. Un enfoque de arriba hacia abajo debe por lo menos ser la herramienta principal para asumir la planificación financiera del MSPAS por varias razones.

Primero, a la fecha, las evaluaciones que se han hecho de los esfuerzos de programación local del Ministerio han demostrado que el ejercicio de programación anual produce resultados abismales en términos de desarrollar metas realistas y en términos de desempeño, según se mide mediante el logro de las metas establecidas (ver informes del Dr. Rodrigo Bustamante, Clapp & Mayne, 1991-1992, y la "Evaluación de Metas Asistenciales y Análisis de Actividades de Consulta Externa, Servicios de Apoyo y Hospitalización" del Dr. Fabio Molina,

1992). Además, las respuestas del Ministerio ante estos informes críticos no han sido positivas por no decir lo peor: han reflejado una organización que no tolera bien las críticas aun cuando éstas sean autocríticas.

Segundo, aun si el MSPAS pudiera mejorar dramáticamente la calidad de su programación local todavía sería aconsejable para el Ministerio que desarrollara un enfoque de arriba hacia abajo para el proceso de desarrollo y asignación presupuestarios debido a los plazos incompatibles de las actividades de programación y desarrollo presupuestario locales. Como ya lo señalamos, el Ministerio de Hacienda comienza el proceso de desarrollo presupuestario a principios de mayo del año anterior. El MSPAS debe entregar su solicitud de presupuesto para el próximo año al Ministerio de Hacienda a más tardar en julio. En contraste, la actividad de programación local no comienza sino hasta noviembre. En la manera como la programación local está estructurada y programada actualmente generaría información acerca de los requerimientos de recursos locales de cuatro a cinco meses después de la fecha límite del Ministerio de Hacienda. Para hacer que el desarrollo de esa información sea útil sería necesario emprender la actividad siete u ocho meses antes de lo que se está haciendo actualmente; en marzo o abril del año anterior para poder tener los resultados listos para responder a la iniciación del proceso por parte del Ministerio de Hacienda. ¿Es realista esperar que la planificación que actualmente se basa en las experiencias del año en curso y que al presente es muy inadecuada se vuelva aceptable si se tuviera que emprender después de solamente tres o cuatro meses de comenzado el año -ocho a nueve meses en comparación al presente-?.

Tercero, el basar las decisiones de asignación de recursos en las necesidades identificadas localmente ignora uno de los problemas más serios que fastidia al MSPAS, como se refleja en su registro de eficiencia y desempeño de provisión de servicios; es decir, incentivos. Si el Ministerio va a asignar más recursos a aquellos que dicen necesitar más -como lo hace actualmente en muchas ocasiones la UTMIM siendo un caso en cuestión- fomenta la estimación excesiva de las necesidades de recursos, desperdicio y acumulación; todo lo cual deteriora la eficiencia de la organización.

La planificación financiera a nivel local es una actividad importante y una que debe ser fomentada. Estimula el desarrollo de destrezas gerenciales, invita a los médicos a estudiar los datos existentes, y por lo tanto proporciona un incentivo para mantener la buena calidad de los datos y en general fuerza a los médicos a ser más conocedores del mercado de atención de salud, de su clientela, su organización y la eficiencia y efectividad con que ellos y sus compañeros de trabajo usan sus recursos. Pero el grado en que la planificación financiera local fomenta estos procesos y fines deseables depende de la motivación de las personas involucradas. La planificación y la planificación financiera específica se parece más a los sistemas de información en este respecto: ambas son condiciones necesarias pero no suficientes como para mejorar el desempeño gerencial de una organización. El otro ingrediente indispensable que podría transformar estas condiciones que van de necesarias a suficientes es la motivación. Si los administradores y doctores pueden ser motivados por más que el simple deseo de hacer las cosas "bien", hay más probabilidad de que sean más diligentes en su planificación y, en general, administradores y proveedores de atención más efectivos y eficientes. La asignación de recursos a nivel total del sistema se debe basar en un criterio diferente más que sólo la suma de las necesidades expresadas de las instalaciones de salud. (La discusión regresa más adelante a los criterios de asignación de recursos.)

La nueva Unidad de Planificación Financiera no puede y no se debe esperar que haga todo. Los planes actuales necesitan que el Ministerio construya y actualice anualmente el índice de precios de atención médica específica del Ministerio. El propósito de esto es proporcionar un mecanismo para actualizar anualmente la tabla nacional uniforme de cuotas de usuario que se espera sea emitida un poco después de las elecciones presidenciales a efectuarse el 20 de marzo de 1994.

Esta no es una actividad que debe ser ejecutada por la Unidad, por dos razones: Primero, el desarrollo de un índice de esta naturaleza no es algo que deba tomarse a la ligera; es una tarea relativamente compleja. No hay razón para que se les pida a las personas de la Unidad de Planificación Financiera que aprendan cómo construir ese índice, cuando esta actividad podría fácilmente ser realizada por el Banco Central, quien ya cuenta con el personal que genera rutinariamente este tipo de información. Segundo, sería mejor aislar al MSPAS del resultado político negativo al ser identificados con el desarrollo de o tener que anunciar anualmente el nuevo programa de precios incrementados. Esta tarea desagradable podría y debería convertirse en la responsabilidad del Banco Central. Si el Banco Central emite estos decretos, es más probable que sean vistos como técnicamente precisos y por lo tanto aceptables.

Los problemas estructurales y gerenciales claves del MSPAS continúan caracterizando al Ministerio, pero han sido identificados como problemas que necesitan ser, y que actualmente están siendo, abordados. Ha existido una variedad de diferentes reformas y muchos esfuerzos no se han seguido adecuadamente hasta el fin, por ejemplo, la integración de los sistemas financieros. Una prioridad importante ahora debe ser integrar las estrategias cada vez más diversas y poco metódicas, y desarrollar un plan a largo plazo y un plan de acción que especifique las funciones y responsabilidades de todos los donantes y de todos los departamentos y divisiones del Ministerio involucrados.

Todavía queda una cantidad considerable de trabajo por hacer en cada una de las áreas importantes donde ha habido progreso: el desarrollo de un sistema financiero integrado, el desarrollo de una oficina institucional y capacidad para emprender planificación financiera, el desarrollo de un sistema administrativo de cuotas de usuario y estructura tarifaria, y el desarrollo de un plan financiero a largo plazo no sólo para el MSPAS, sino que también para el sector de salud como un todo.

Además, éstos no son los únicos problemas del Ministerio. Existe un número de asuntos críticos de eficiencia que también necesitan ser tratados. Entre estos están: (1) la dominación financiera continuada del MSPAS por sus hospitales (ahora 15) y en menor grado por sus 15 centros de salud (que realmente son hospitales de 65 camas) a costa de atención primaria de salud, mientras que las camas de hospital continúan siendo ocupadas en niveles muy por debajo de los estándares internacionales aceptables (55-60 por ciento en oposición del 80-85 por ciento); (2) el bajo nivel de productividad de los proveedores de servicios del MSPAS; y (3) la proporción creciente de toda la atención ambulatoria de hospitales y de centros de salud que es proporcionada por sus departamentos de emergencia. Estos últimos dos asuntos merecen mayor discusión.

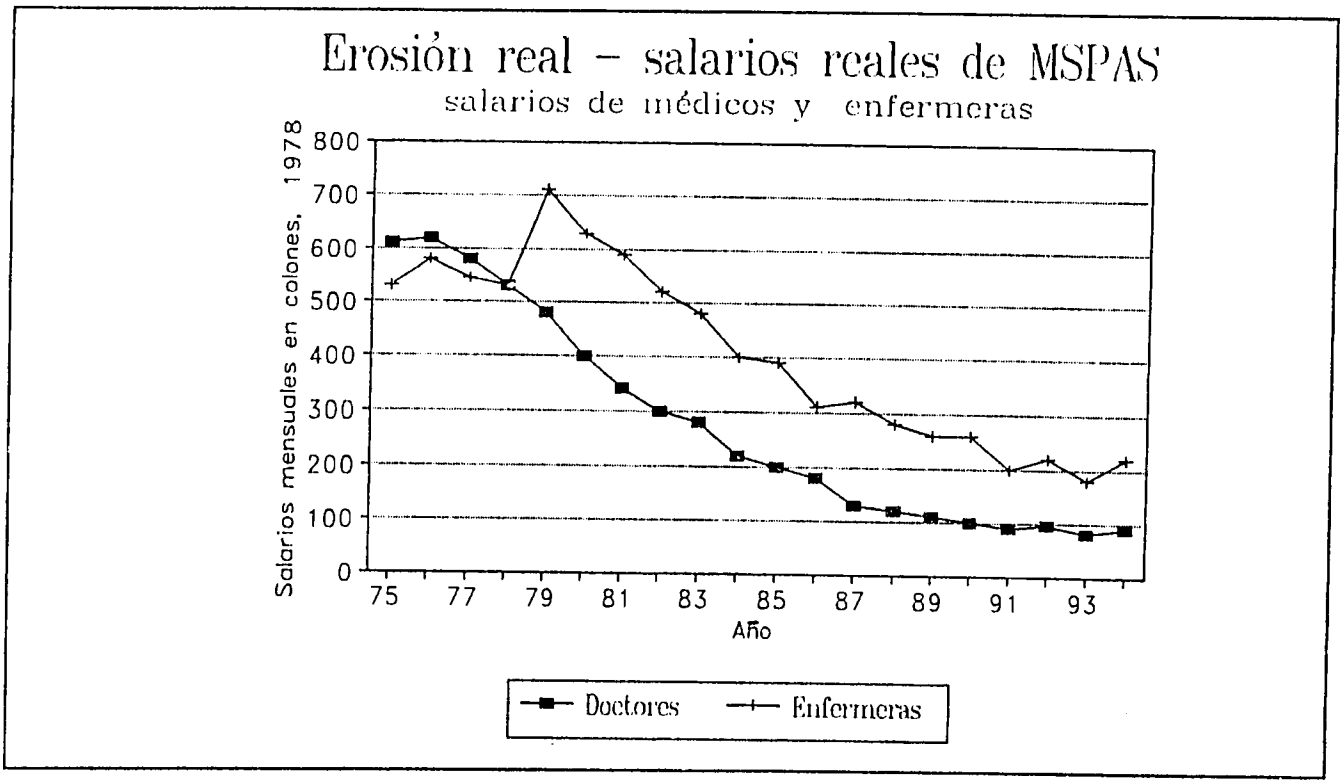
6 Otras áreas problemáticas restantes

6.1 Asuntos de personal: tendencias de compensación y de productividad

La productividad promedio de los proveedores del MSPAS es baja y parece estar cayendo. Aunque los médicos anualmente promediaron 1,102 consultas por plaza en 1987-88, éstas sólo promediaron 852 en 1990-91, que representa una caída del 23 por ciento[8]. Un estudio reciente de la Unidad de Estadísticas del MSPAS (Molina, 1992), encontró que los médicos proporcionan menos de la mitad de las consultas por hora contratada que están supuestos a prestar, de acuerdo con las normas del MSPAS, y menos de la mitad de la productividad promedio de un médico del ISSS.

[8] Una advertencia concerniente a esta medida de productividad. Nótese que el denominador es el número de plazas de médico en vez de la medida preferida; es decir, el número de horas trabajadas. La medida que aquí se presenta no refleja ningún cambio en el número promedio de horas por plaza que podría haber ocurrido durante este período de 5 años.

Una razón para esta reducción de la productividad de los proveedores del MSPAS ha sido el hecho de que los niveles de remuneración real de los médicos del MSPAS han si devastados en los años recientes. De 1980 a 1992, el poder adquisitivo real del salario de un doctor del Ministerio de Salud ha caído en más del 80 por ciento. Esto es casi dos veces la reducción que ha sufrido el país como un todo durante este período. Otro factor que posiblemente haya socavado más la productividad de los médicos del MSPAS es el grado marcado en que los diferenciales de salarios entre los diferentes profesionales del MSPAS han sido reducidos cada vez más desde 1976; un fenómeno que se conoce como compresión de salarios (ver la siguiente gráfica). Uno esperaría que aquellos que han perdido mayor terreno en relación a sus compañeros de trabajo -especialmente los médicos y en menor grado las enfermeras con relación a las enfermeras auxiliares e inspectores sanitarios- resentiría la erosión relativa de su posición y estatura monetaria, reduciendo más su motivación y productividad.



Un análisis sobre cómo usa su tiempo el personal del MSPAS -ya sea un estudio de movimiento de tiempo o un estudio de flujo de pacientes- es un punto inicial fundamental al valorar la magnitud de este problema y lo que se puede hacer acerca del mismo.

6.2 El sistema de personal del MSPAS y la responsabilidad de dar cuentas

Según los informes, muchos trabajadores del MSPAS están nombrados en una región o instalación pero trabajan en otra. El examinar las características de un sistema que permite que ocurra este tipo de situación trae nuevas perspectivas. Pueden hacerlo porque las decisiones de asignación de personal (o de otros recursos) se hacen en el centro y el sistema de seguimiento del personal es deficiente. Pueden hacerlo porque los

gerentes de nivel regional y de instalaciones tienen poco incentivo (fuera de la dedicación profesional), y pocos mecanismos (fuera de la persuasión moral) mediante los cuales controlar a sus empleados ya que: (1) no existen procedimientos para evaluar el desempeño de trabajo de ningún empleado, y debido a que (2) la mayoría de empleados del MSPAS son miembros del sistema del servicio civil (Ley de Salarios) que virtualmente les garantiza la tenencia del empleo[9].

La estructura del sistema actual y sus deficiencias gerenciales son razones importantes del por qué la productividad del MSPAS es baja. Estas son adicionales a aquellas que ya se citaron; es decir (1) el impacto del nivel de caída drástica de la remuneración real y (2) la escasez inducida por la crisis de costos recurrentes a largo plazo de medicamentos e implementos que han impedido que los proveedores de atención de salud del MSPAS puedan desempeñar sus obligaciones.

En el grado en que el MSPAS gaste más en personal en la próxima década, debe hacerlo mejorando los niveles salariales y no aumentando el número de sus empleados. A la luz de las tendencias de los pasados 10 años, el elevar la moral y motivación del personal contribuirá a mejoras en la productividad, así como a estimular la provisión de atención de mejor calidad por parte de los empleados del MSPAS. Sin embargo, no es probable que lo hagan automáticamente. Será necesario introducir simultáneamente un nuevo esquema administrativo que desarrolle mecanismos mediante los cuales hacer que la gente sea responsable de dar cuentas. Se debe prestar consideración a la posibilidad de introducir algunos nuevos métodos mediante los cuales remunerar al personal del MSPAS, tales como compartir una porción de los ingresos por cuotas de usuario, fomentar una atención de mejor calidad y una mayor productividad.

6.3 Visitas de emergencia y heras de consulta: asuntos de eficiencia y acceso

De 1985 a 1992, ha existido una tendencia distinta de números cada vez mayores de visitas de emergencia en hospitales y centros de salud del MSPAS (Ver el Cuadro No. 42). Los promedios de movimiento de dos años del número de visitas de emergencia proporcionadas en hospitales han crecido anualmente en un promedio del 2,0 por ciento y las de los centros de salud en 4,5 por ciento. Estos incrementos son especialmente notable en los hospitales regionales -la porción de visitas de emergencia a consulta externa era .31 en 1981; que subió a .59 in 1992-. Hospitales individuales mostraron incrementos aún más dramáticos. Por ejemplo, por cada consulta externa había 1.35 visitas de emergencia en el hospital en Sonsonate en 1992 (Wight et al. 1994). No sólo ha habido un crecimiento sustancial en sus números absolutos, sino que también las visitas de emergencia han aumentado como una proporción de todas las visitas ambulatorias atendidas en los hospitales y centros del MSPAS, promediando el 30 por ciento en los últimos dos años. Generalmente las emergencias constituyen aproximadamente el 15 por ciento de las consultas del departamento de paciente externo de un hospital (la cifra para el ISSS durante este período ha promediado anualmente el 16 por ciento).

Esta situación y estas tendencias son causa de preocupación por dos razones. Primero, es probable que sólo una fracción de todos estos casos sean realmente emergencias. La mayoría probablemente son promovidas por servicios relativamente inaccesibles. Las instalaciones del MSPAS tradicionalmente han proporcionado atención sólo por las mañanas, y los consiguientes largos tiempos de espera y las horas inconvenientes de servicio son considerados dos aspectos importantes de la calidad de los servicios del MSPAS que tienen insatisfechos a los pacientes y que los están empujando hacia el Sector Privado. La restricción de los servicios

[9] A partir de octubre de 1990, algunas decisiones relacionadas con personal han sido regionalizadas. Aunque los problemas básicos de mecanismos de control y estructuras de incentivos no han cambiado, la regionalización de la contratación significa que el lugar de control y supervisión está cerca del trabajador individual que probablemente hace que el mecanismo de control de persuasión moral sea más personal y por lo tanto marginalmente más efectivo.

de paciente externo a unas pocas horas en la mañana parece constituir un cuello de botella importante en la entrega de los servicios del MSPAS y es una barrera importante para mejorar el acceso a la atención.

Segundo, el estudio de costos que se terminó recientemente (Gómez, 1992) encontró que una visita de emergencia en un centro de salud cuesta un 67 por ciento más que si se proporciona una consulta de paciente externo. En un hospital la diferencia es aun mayor; una visita de emergencia cuesta 85 por ciento más. En resumen, el uso innecesario de los servicios de emergencia es ineficiente; éste aumenta los costos y reduce el nivel de recursos disponibles para todos los otros tipos de actividades. La mayoría de las visitas de emergencia en los hospitales regionales fueron atendidos por médicos, aumentando los costos. En los hospitales nacionales no es tan dramático y en 1992 39 por ciento de las visitas fueron atendidos por enfermeras or enfermeras auxiliares (Wight et al. 1994). Al mismo tiempo, el uso innecesario de servicios de emergencia compromete la entrega oportuna de la atención para casos verdaderamente urgentes. Esta situación delicada necesita una investigación para determinar cómo mejorar la eficiencia y uso apropiado de estos recursos del MSPAS.

La forma de pensar tradicional del Ministerio de equiparar el creciente acceso a la atención con el número cada vez mayor de instalaciones, o, en forma menos común, con el número creciente de proveedores del MSPAS, debe ser alterado. El Salvador es un país pequeño con un buen sistema de transporte y una infraestructura de salud adecuada. El método más eficiente y costo efectivo mediante el cual mejorar el acceso a la atención- que se declaró como la pieza clave del Plan Nacional de Salud de 1990-1994- no consiste en construir más instalaciones subutilizadas, sino que usar en una forma más racional las instalaciones existentes; proporcionando servicios de consulta durante más horas al día en horas que sean más sensibles a los horarios de los posibles pacientes. Esta debe ser la estrategia principal para mejorar el acceso a la atención del MSPAS y debería constituir una prioridad de política inmediata del MSPAS.

Cuadro No. 41

VISITAS DE EMERGENCIA COMO UNA PROPORCION DE TODAS LAS VISITAS AMBULATORIAS A LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DEL MSPAS

Instalación de Salud	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Hospital Ahuachapán	29	33	44	45	37	31	26	34
Hospital Santa Ana	27	26	30	30	35	36	34	36
Hospital Sonsonate	33	39	31	32	36	47	55	57
Hospital San Rafael	29	27	32	33	29	30	27	30
Hospital Dr. Vásquez	9	19	22	22	21	25	21	40
Hospital Rosales	24	21	19	15	15	11	14	12
Hospital Bloom	19	25	19	18	19	15	17	15
Hospital Maternidad	43	40	39	40	42	42	39	49
Hospital Psiquiátrico	14	14	15	16	22	17	14	18
Hospital Neumológico	--	--	--	--	0	0	0	0
Hospital Zacatecoluca	15	38	53	47	53	64	57	50
Hospital Sta. Gertrudis	28	23	24	27	30	32	31	30
Hospital San Pedro	24	20	19	26	18	12	14	28
Hospital San Miguel	39	32	29	35	33	31	32	32
Promedio de Hospitales	**27**	**27**	**29**	**30**	**30**	**30**	**29**	**32**
C.d.s. Metapán	20	19	18	17	21	16	16	
C.d.s. Chalchuapa	24	21	20	24	33	39	36	34
C.d.s. Nueva Concepción	20	17	16	22	25	18	17	19
C.d.s. San Bartolo	33	35	41	45	40	39	40	39
C.d.s. Suchitoto	9	20	12	12	10	10	8	9
C.d.s. Cojutepeque	29	31	28	25	28	26	25	30
C.d.s. Sensuntepeque	23	24	25	25	27	26	27	27
C.d.s. Hobasco	--	--	--	14	22	22	20	22
C.d.s. Santiago de María	18	20	20	17	17	18	16	21
C.d.s. Jiquilisco	--	--	--	29	47	49	49	52
C.d.s. Ciudad Barrios	29	27	31	24	27	22	27	
C.d.s. Nueva Guadalupe	--	--	--	17	18	31	30	26
C.d.s. San Fco. Gotera	30	28	27	29	31	27	26	
C.d.s. La Unión	13	13	13	15	12	10	14	25
C.d.s. Santa Rosa	31	23	31	36	34	33	41	42
Promedio C.d.s.	25	24	25	26	28	27	28	31 34*
Promedio Total	26	27	28	29	29	29	29	32 32*

* Los totales del año anterior fueron sustituidos debido a falta de información en el cálculo de los mismos.

6.4 Si se llegaran a construir más instalaciones, estas deberían ser Unidades de Salud

Reiterando, no se debe ampliar la infraestructura del MSPAS. Sin embargo, si se van a construir instalaciones adicionales, éstas no deben ser los centros y hospitales que han sido el foco de los proyectos más recientes. El MSPAS no necesita capacidad adicional de camas. Las tasas de ocupación promedios han estado por mucho tiempo muy por debajo de las normas aceptadas, especialmente en los centros de salud donde han promediado menos del 50 por ciento desde por lo menos 1985 y han estado en descenso. El MSPAS no se puede dar el lujo de construir más camas de hospitales. Por lo tanto, la infraestructura adicional sólo podría ser justificada por la necesidad de mayor capacidad de pacientes externos, en cuyo caso el tipo de instalación preferido es la unidad de salud. Las unidades de salud generalmente han sido bien utilizadas (reflejando su aceptabilidad), y el estudio de costo encontró que eran los proveedores de instalaciones más eficientes de atención ambulatoria.

V *CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES*

1 Tres temas generales-Ministerio de Salud

1.1 La necesidad de prepararse para la salida de los dos proyectos de asistencia internacional claves que sostienen los costos de operación del MSPAS

Desde principios de los años ochenta, el MSPAS sufrió una grave reducción en su base de recursos financieros que en su mayoría alcanzó su nivel más bajo en 1985-1986. Pero aunque el deterioro del bienestar financiero del Ministerio fue detenido considerablemente para ese tiempo, la situación no mejoró fácilmente. Por el contrario, el estado financiero absoluto del MSPAS se estancó en gran medida en este nivel históricamente más bajo.

No obstante, muy recientemente las cosas han comenzando a cambiar. Es probable que la carga tanto de los gastos militares como de servicio de la deuda se mantendrán en sus niveles presentes que son mucho menores. Este es un signo muy positivo, que presagia la habilidad del GOES de continuar incrementando su financiamiento del MSPAS, lo que de hecho comenzó a hacer a partir de 1993. Es imperativo que el Ministerio utilice estos fondos adicionales para desacostumbrarse a su alto nivel de dependencia del financiamiento de la asistencia internacional, ya que, para finales de 1995, los dos proveedores mayores de asistencia internacional que financian los costos de operación del MSPAS desaparecerán gradualmente, y el MSPAS tendrá una enorme brecha financiera que llenar simplemente para mantener su nivel actual de actividades. Si para 1994, el MSPAS no ha comenzado a ir llenando los vacíos que vaya dejando la reducción de este financiamiento, el Ministerio inevitablemente sufrirá algunas dislocaciones programáticas y financieras graves.

Con el afán de mejorar su independencia, eficiencia y efectividad a largo plazo, el Ministerio debe considerar los próximos tres años como un período crítico de transición durante el cual debe consolidar sus programas y actividades. Se debe buscar la descentralización, pero se debe volver a remoldear para que cambie de una estrategia para aumentar el acceso a los servicios de atención, a una que se dirija principalmente a mejorar la efectividad y la eficiencia de la prestación de servicios del MSPAS mediante mejoras en la organización de recursos y en la generación y uso de información de alta calidad para la asignación de recursos y toma de decisiones gerenciales.

La descentralización, si es ejecutada de una forma efectiva, mejorará el acceso a la atención, pero debe lograrlo mediante la mejora de la efectividad, la eficiencia y la calidad de los servicios del MSPAS, y, por consiguiente, haciéndolos más aceptables para una mayor número de salvadoreños. Esta es la estrategia a largo plazo preferida y sostenible para mejorar el acceso a la atención que se debe convertir en la piedra angular de la regionalización. En contraste, la construcción de más infraestructura con el objeto de reducir la distancia que los salvadoreños deben viajar para llegar a la instalación del MSPAS más cercana es un enfoque simplista para mejorar el acceso a la atención, a la vez que no es sostenible. Los aumentos concomitantes en costos recurrentes significan que a la larga, una mayor infraestructura reduce la disponibilidad de medicamentos y de otros insumos médicos, y por lo tanto transa con la calidad y aceptabilidad de la atención del MSPAS y empuja a la gente al Sector Privado o los saca completamente del Sector Salud. Esa no es la solución al problema del acceso a la atención.

Además, aunque el nivel de medicamentos disponibles en el MSPAS ha estado aumentado, disparándose en 84 por ciento en 1993, todavía existe escasez de medicamentos dentro del sistema del MSPAS. De acuerdo

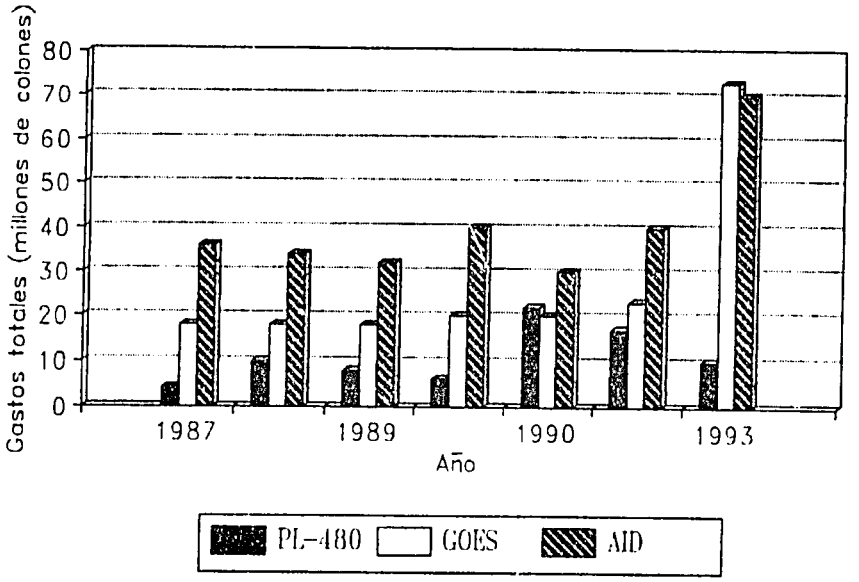
con estimaciones del Proyecto APSISA, las compras de medicamentos del MSPAS en 1993 (incluyendo todas las fuentes de financiamiento) fueron el equivalente del 80 por ciento de los requerimientos del MSPAS. El hecho de que los insumos de ingredientes claves permanezcan siendo menos que adecuados, mientras que la restauración de los niveles salariales reales del MSPAS a penas ha comenzado, subraya el hecho de que el Ministerio no ha terminado la lucha contra la crisis de costos recurrentes. En efecto, en vista de que las causas estructurales principales de esa crisis todavía no se han abordado en su mayor parte, lo mejor que se puede decir es que hasta ahora sólo se ha ganado una batalla pero no la guerra. Esto es enfatizado cuando se da una mirada a la fuente de financiamiento de compras de medicamentos del MSPAS en 1993: menos de la mitad fueron financiados con Fondos Generales del GOES. Por lo tanto, después de haber más que triplicado su nivel de gastos en 1993, los Fondos Generales del MSPAS financian la compra de sólo cerca del 40 por ciento de los requerimientos estimados de medicamentos e insumos médicos del Ministerio de Salud (Ver las siguientes figuras).

Cuadro No. 42

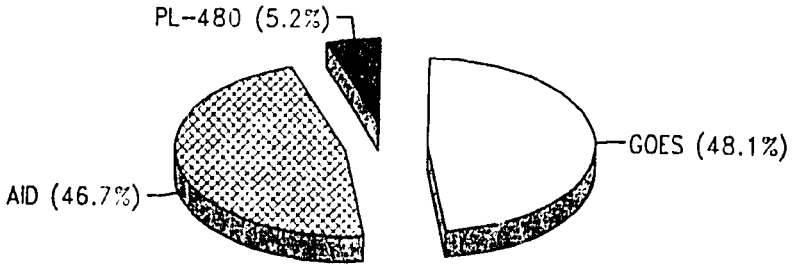
EL FINANCIAMIENTO DE LAS COMPRAS DE MEDICAMENTOS DEL MSPAS

Año	GOES	PL/480	AID	TOTAL
Colones nominales				
1987	18.208.490	3.193.126	35.000.000	56.401.616
1988	18.208.490	10.000.000	31.500.000	59.708.490
1989	18.208.490	7.875.000	28.000.000	54.083.490
1990	20.947.890	5.000.000	39.780.000	65.727.890
1991	20.947.890	24.055.709	32.000.000	77.003.599
1992	25.392.210	14.000.000	40.500.000	79.892.210
1993	70.884.480	7.656.250	68.733.000	147.273.730
Porcentajes				
1987	32	6	62	100
1988	30	17	53	100
1989	34	15	52	100
1990	32	8	61	100
1991	27	31	42	100
1992	32	18	51	100
1993	48	5	47	100

El financiamiento de los medicamentos del Ministerio de Salud, 1987-1993



El financiamiento de los medicamentos del Ministerio de Salud, 1993



1.2 Reforma de la estructura del MSPAS a fin de hacer responsables los empleados y proporcionarles incentivos positivos incluyendo incentivos financieros y gerenciales

A la larga, a fin de abordar los puntos débiles gerenciales del Ministerio de Salud será necesario reestructurar el sistema para proporcionarle a los gerentes incentivos para usar información y hacerlo en forma efectiva. La procuración de información gerencial se debe considerar importante, pero sólo como un paso intermedio para lograr la meta real: un sistema de salud integrado que funcione en forma efectiva. La parte difícil al moverse hacia un sistema de este tipo reside en el desarrollo de (a) incentivos para desempeñarse, y (b) responsabilidad de dar cuentas, donde ambos sean medidos en términos que no sólo se limiten a colones, y en niveles que incluyan no sólo a la administración central. El desempeño y la responsabilidad de dar cuentas en el Sector Salud se debe analizar en términos de abordar en forma efectiva las necesidades de salud de la población, según se mide por los cambios en estado de salud, así como en la cantidad y calidad de los aportes intermedios usados para producir estos resultados (por ejemplo, consultas, exámenes de laboratorio, etc.). Esto requerirá un cambio fundamental en la relación de los trabajadores del MSPAS con el MSPAS así como con los pacientes del MSPAS a fin de crear incentivos de desempeño.

Actualmente, existen sólo incentivos negativos para que los empleados del MSPAS hagan bien su trabajo. En el grado en que los empleados del MSPAS sean motivados a hacer bien su trabajo, esa motivación dependerá principalmente de su sentido de responsabilidad individual; por ejemplo, que los proveedores de salud cumplan con la norma de 6 consultas por hora. El actual sistema de incentivos del MSPAS es inadecuado: los empleados reciben su salario -- el mismo salario -- sin importar si hacen un buen o mal trabajo. Un sistema como éste estimula la mediocridad y la transformación de las normas para niveles mínimos de esfuerzo en normas para niveles máximos de esfuerzo. La norma de 6 consultas por hora es un ejemplo primordial. Aunque no sea posible o deseable introducir incentivos negativos (por ejemplo, sanciones por mal desempeño en el empleo), existe la necesidad de diseñar e introducir algunos incentivos positivos para estimular a los trabajadores a hacer bien su trabajo. Al presente, no existen incentivos positivos dentro del sistema del MSPAS: por ejemplo, a los empleados no se les premia (fuera de sentirse bien por su trabajo, o de recibir un elogio verbal) por hacer un "buen trabajo".

Actualmente, dentro de las Oficinas Centrales del MSPAS se están dedicando demasiada atención y energía y demasiados recursos a simplemente seguirle la pista a los recursos, sin usar esa y otra información para administrar esos recursos en una forma proactiva. La estructura y procesos actuales de administración financiera del MSPAS son de naturaleza bizantina. La división del trabajo es innecesariamente compleja. Al presente no hay un punto específico para ejercer la supervisión y control gerenciales de las finanzas del Ministerio. Este tipo de supervisión y control está ausente en el actual sistema debido a la naturaleza altamente fragmentada y seccionada de todas las actividades presupuestarias y de gastos, junto con el hecho de que las decisiones para la asignación de recursos se basan, en una forma abrumadora, en patrones históricos. Actualmente, muchos empleados del MSPAS son responsables de dar cuenta de fondos que son utilizados, pero pocos son responsables de dar cuenta del costo de los servicios proporcionados.

1.3 El Encanto de la descentralización: ¿Pero cómo, hacia dónde y cuándo?

Para poder construir sistemas de salud más responsables, eficientes y mejor integrados a mediano y largo plazo será esencial desarrollar (a) incentivos de desempeño y (b) rendición de cuentas, en donde ambos sean medidos no sólo en términos de colones y a niveles que no sólo involucren la oficina administrativa central. El desempeño y rendición de cuentas en el Sector Salud se deben evaluar en términos de la efectividad en la atención de las necesidades de salud de la población, según se miden por los cambios en el estado de salud así como por la cantidad y calidad de aportes intermedios usados para producir estos resultados (es decir, consultas, exámenes de laboratorio, etc.).

La descentralización promete ser capaz de generar mayores incentivos y responsabilidad de dar cuentas, pero éstas no necesariamente tienen que ser características de un sistema descentralizado a menos que se hayan planificado para ese propósito y que hayan sido diseñadas e implementadas cuidadosamente. Al principio la regionalización se veía como un paso hacia la descentralización. Sin embargo, después de casi veinte años, la regionalización ha probado ser un vehículo ineficiente para promover la descentralización. En el contexto salvadoreño, regionalización únicamente ha significado una desconcentración. A la larga será necesario un sistema de entrega de atención de salud mejor orientado y controlado localmente.

Desafortunadamente, al presente la capacidad local para administrar una organización de un sistema de atención de salud está a penas gestándose. No es aconsejable ir demasiado rápido para delegar la propiedad y/o control al nivel local: fácilmente podría resultar en que el sistema se vuelva caótico, disfuncional y aun destruir el sistema.

La descentralización será un proceso lento que tomará varios años o más dependiendo de la naturaleza exacta del esquema que se adopte. Es difícil determinar en este momento cómo se debe diseñar e implementar la descentralización, tanto por la falta de capacidad a nivel local como por las dinámicas de la situación. Existe un número de esfuerzos importantes encaminados hacia la construcción de la capacidad municipal que sugieren que después de los próximos 3 a 5 años la perspectiva de que más y más gobiernos locales estén capacitados para administrar sus propias instalaciones de salud mejorarán significativamente. Sin embargo, debe reconocerse que este proceso será lento y acumulativo.

¿Hasta qué nivel debe descentralizarse el sistema? Aunque al presente existen muchos municipios con la capacidad de administrar sus propias instalaciones de salud, éstos son una excepción. Lo más que se puede esperar al presente es comenzar a trabajar con un puñado de municipios que ya tienen esta capacidad. Sería aconsejable no ir más abajo del nivel de municipio por tres razones: (1) la carga administrativa adicional que esto representaría para las oficinas centrales del MSPAS en términos de administración y monitoreo de fondos, (2) la escasez de capacidad administrativa a nivel de municipio significa que tal capacidad será aun más escasa a nivel de submunicipio, y (3) la dependencia en los municipios es consistente con un esfuerzo actual mucho más amplio realizado por el Gobierno Central de El Salvador para desarrollar una sociedad más participativa a través del desarrollo de los Consejos Departamentales de Desarrollo (CDD). Más adelante se vuelven a discutir los CDD.

Se puede lograr mayor comprensión acerca de las capacidades locales y algunas perspectivas sobre cuán lento puede llegar a ser un proceso de descentralización al revisar los tipos de actividades de formación institucional que se han estado realizando a nivel local durante los últimos 8 años. Desde 1986 ha estado funcionando un número de esfuerzos importantes y sistemáticos a largo plazo para construir instituciones gubernamentales locales y participativas y para nutrir la capacidad administrativa y gerencial de esas instituciones. El primero y mejor conocido de estos esfuerzos es el Proyecto Municipalidades en Acción (MEA) financiado por USAID.

El Proyecto MEA ha estimulado el desarrollo y apoyo de las alcaldías a nivel municipal en todo el país. El proyecto ha proporcionado capacitación y dinero para emprender proyectos a nivel municipio/comunidad identificados por el municipio. Todos los proyectos son identificados y seleccionados mediante el consenso de la comunidad en los cabildos abiertos. Aproximadamente 2.000 proyectos son financiados en el país cada año. Una buena porción de los proyectos hasta la fecha han involucrado la construcción de carreteras o sistemas de agua, pero la rehabilitación de los puestos de salud y la compra de equipo nuevo y la reparación de equipo viejo en los puestos de salud también ha sido práctica común. De septiembre de 1990 a octubre de 1993 ha habido 103 proyectos relacionados con puestos de salud, incluyendo la ampliación de 22 puestos de salud, puestos de salud nuevos y 74 reparaciones y/o compras de equipo.

Los municipios han demostrado que no sólo pueden ejecutar proyectos de construcción, sino que también lo pueden hacer de manera costo-efectiva en comparación con el Gobierno Central. De acuerdo con una evaluación reciente del Proyecto MEA, los municipios han podido construir edificios, por ejemplo escuelas, a un costo que está 30-40% por debajo del costo del Gobierno Central. Por lo tanto, si se necesita construir unidades o puestos de salud, como parte del plan de descentralización, el dinero para ejecutar estos proyectos debe ser canalizado a los municipios ya que requerirán menos recursos; los recursos irán directamente a la comunidad y contribuirán a la mejora de la capacidad administrativa local, lo que les llenará de orgullo y otorgará propiedad de la instalación nueva o reconstruida.

Uno de los mecanismos de implementación del Proyecto MEA ha sido el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Municipal (ISDEM). Esta agencia recibe anualmente un presupuesto operativo igual al 0,25 por ciento del presupuesto del Gobierno Central. El presupuesto del ISDEM se asigna directamente a los municipios con base en una fórmula que depende grandemente del número de habitantes. A lo sumo el 20 por ciento de la asignación del ISDEM para los municipios puede ser utilizado para pagar los costos administrativos de ese municipio (o sea de la alcaldía). El 80 por ciento restante se debe utilizar para financiar proyectos municipales. Actualmente se está realizando un esfuerzo por aumentar la asignación presupuestaria del ISDEM a 2,5 por ciento del presupuesto del Gobierno Central. (Guatemala tiene una asignación similar que constituye el 8 por ciento del presupuesto del Gobierno Central.)

También se está haciendo un esfuerzo por transferir el control del impuesto sobre el patrimonio (o sustituirlo por un tipo más estandarizado de impuesto de propiedad y delegar la autoridad sobre ese impuesto) a los municipios. Se intenta proporcionarles una fuente de ingresos para que se vuelvan más independientes, más viables e importantes.

Estos diferentes proyectos y otras medidas para multiplicar y nutrir los gobiernos locales participativos gozan actualmente del apoyo de varias agencias de cooperación internacional, incluyendo USAID, PNUD, GTZ, la Agencia de Asistencia Técnica Española y el BID.

En octubre de 1993 se preparó el borrador de un documento que fue circulado por el Consejo Departamental de Municipalidades (CDM) que está compuesto por representantes de MIPLAN, Ministerio de Hacienda, COMURES, la SRN y el ISDEM. Este documento propuso el desarrollo de agencias nuevas a nivel departamental que deberán proporcionar a los municipios vehículos organizacionales. Esto les dará asociaciones para lograr economías de escala para la asistencia técnica y al mismo tiempo les otorgará voz más potente para presentar sus necesidades en las discusiones con el Gobierno Central. Estas organizaciones propuestas se llaman Consejos Departamentales de Desarrollo (CDD).

Los CDD's son asociaciones de todos los alcaldes de los municipios de un Departamento. Al contrario del enfoque de desconcentración de la estructura de la oficina regional, de la que existen más de 20 distintas configuraciones, los CDD's son entidades con una configuración uniforme (cada una coincide con uno de los 14 Departamentos) que están formados de abajo hacia arriba. El propósito de los CDD's es proporcionarle a los gobiernos locales una masa crítica, mayores economías de escala en desarrollo organizacional y administración, así como un medio por el cual ganar fuerza en números para garantizar una posición negociadora mejor que la del Gobierno Central.

Uno de los 5 departamentos propuestos en el Consejo es el Departamento de Salud. Actualmente se propone que el Departamento de Salud tenga 3 unidades operativas: la contratación de un médico y una enfermera, material y equipo, y coordinación y supervisión. También se entreven responsabilidades específicas del (en efecto, una división propuesta del trabajo entre el) Gobierno Central y el Gobierno Local. El CDD se

presentará como una base de proyecto piloto en Usulután y Sonsonate. Se hará todo esfuerzo por diseñar y montar un proyecto piloto de descentralización del MSPAS sobre este esfuerzo más general.

En resumen, durante el curso de los últimos siete años ha habido un esfuerzo sustancial para cultivar y nutrir el crecimiento y desarrollo de gobiernos participativos a nivel de municipio por todo el país. Aunque mucho se ha logrado, todavía quedan problemas significativos en las estructuras que han sido desarrollados hasta la fecha, pero se continúa con los esfuerzos y ciertamente se ha progresado en la atención permanente de algunos de los problemas estructurales más orgánicos.

Existe un número de asuntos de importancia obviamente crítica que necesitan abordarse al diseñar un esquema de descentralización del MSPAS. Dado que muchos de estos asuntos no son exclusivos del Sector Salud, se puede aprender mucho de los debates y experiencias de otros sectores sociales a medida que ellos también intentan diseñar sus paquetes de descentralización. Pero mientras que el Sector Salud puede aprender de otros sectores, debe reconocerse que el Sector Salud constituye un problema más complejo. La naturaleza más técnica de la atención de salud significa que en relación con otros sectores, el Gobierno Central debe continuar jugando un papel relativamente importante en el Sector Salud descentralizado. Por ejemplo, debe continuar desarrollando y aplicando normas, garantizando la calidad de la atención, medicamentos y otros insumos esenciales, y manteniendo normas mínimas para los proveedores de atención.

Otro asunto crítico se relaciona con el papel de las ONGs. Se deben realizar esfuerzos para facilitar la participación de las ONGs en el sistema descentralizado. Las ONGs juegan un papel importante en la provisión de servicios de atención de salud y especialmente de atención primaria de salud en El Salvador, particularmente en las partes del país menos accesibles y devastadas por la guerra, quienes tradicionalmente han sido subservidas por el MSPAS. Sin embargo, debe tenerse precaución al desarrollar los mecanismos por medio de los cuales las ONGs podrían ser contratadas como parte del sistema de entrega de servicios de atención primaria de salud. No sería prudente devolver la autoridad y presupuesto a entidades que podrían ser criaturas de corta vida de organizaciones caprichosas nacionales o internacionales, voluntarias privadas o sin fines de lucro. Los peligros potenciales a ser evitados dependen en gran manera de los tipos específicos de posibles arreglos contractuales que deben ser incluidos en el esquema de descentralización.

Otro asunto crítico tiene que ver con lo que debe hacerse con las instalaciones actuales del MSPAS y, más importante aun, con los empleados de ese Ministerio. En los municipios que tienen una instalación del MSPAS, el gobierno local podría tomar control y también posesión de la instalación. Los ex-empleados del MSPAS podrían continuar siendo pagados, pero ahora por el gobierno local o alternativamente el gobierno local podría querer contratar a una entidad del Sector Privado para dirigir la misma instalación. En este último caso, el personal del MSPAS tiene mayor probabilidad de verse como un pasivo y, de no ser protegido por alguna estipulación en el sistema de descentralización, estaría probablemente en mayor riesgo de ser sencillamente despedido. De manera alterna, se podría estipular que la entidad privada tiene que trabajar con el personal existente hasta que los empleados decidan retirarse. Estos son asuntos altamente políticos e importantes que se deberán abordar cuidadosamente.

1.4 La necesidad de aumentar la disponibilidad de recursos efectivos del MSPAS

Desde una perspectiva de la factibilidad y sostenibilidad financieras a largo plazo, la estrategia del Ministerio de Salud a través de los próximos 3 a 5 años se debe enfocar en (a) consolidar sus programas y actividades y (b) aumentar la disponibilidad de recursos efectivos del MSPAS. La estrategia del Ministerio de mejorar su disponibilidad de recursos efectivos debe consistir en la búsqueda simultánea de tres enfoques complementarios:

- Movilización de recursos adicionales incrementando los niveles de cuota de usuario y desarrollando, institucionalizando y aumentando el significado de fuentes alternativas de financiamiento,
- Contención de costos y mejoramiento de la eficiencia con que el Ministerio utiliza sus recursos,
- Mejoramiento del funcionamiento de sistemas de cuota de usuario, y tratando de desarrollar otros mecanismos de recuperación de costos, y al mismo tiempo continuar protegiendo financieramente a aquellos salvadoreños que necesitan atención del MSPAS pero que son médicamente indigentes.

2 Mayores elementos específicos para una estrategia financiera del MSPAS

2.1 Movilización de recursos adicionales

Los sellos de marca de la asignación presupuestaria del Gobierno Central para el Ministerio de Salud durante la década pasada han sido lo inadecuado de tal asignación a largo plazo y las marcadas fluctuaciones. Se necesitan esfuerzos de movilización de recursos tanto para aislar al MSPAS de estas vicisitudes a fin de que pueda planificar sus actividades más efectivamente, así como para generar mayores fondos y poder asegurar que el MSPAS cuenta con un nivel más adecuado de recursos con los cuales prestar servicios.

2.1.1 Revisión del paquete de reformas de las cuotas de usuario actuales

La inadecuada asignación del presupuesto ordinario del Gobierno Central para el MSPAS durante largo tiempo, subraya la creciente importancia de los sistemas ya tradicionales de financiamiento comunitario y la aplicación ya casi universal de cuotas de usuario en las instalaciones del Ministerio. Los años ochenta fueron testigos del crecimiento muy rápido del sistema de cuota de usuario conocido como patronato y, en menor grado, los sistemas de cuota de usuario de Actividades Especiales. Este crecimiento no fue planificado, orquestado y ni siquiera reconocido ampliamente por las Oficinas Centrales del MSPAS. Se atribuye a la iniciativa local.

Sin embargo, debido principalmente a la manera *ad hoc* en que se desarrollaron, hay ganancias notables que ahora se pueden lograr al estandarizar los aspectos de procedimientos y administrativos de los sistemas de cuota de usuario, e institucionalizar tales cambios. Ya se ha trabajado mucho en esta área. Se ha desarrollado un paquete de reformas de las cuotas de usuario con la asistencia técnica del AID, y según informes será promulgado dentro de poco después de las elecciones presidenciales. No obstante, este paquete tiene sus fallas y se debe revisar antes de que se convierta en ley. Estas fallas incluyen:

a) Cambios recomendados en las cuotas que se han desarrollado sin analizar la elasticidad de precios de la demanda o la elasticidad de ingresos de la demanda; es decir, sin un análisis del impacto de esos cambios de precios sobre la cantidad de servicios demandados, y particularmente la demanda por parte de personas de bajos recursos;

b) consideración y preparación inadecuadas para desarrollar un sistema administrativo nacional uniforme para el sistema de cuota de usuario (que debe incluir un manual y un programa de capacitación) a fin de ejecutar con éxito el sistema y obviar objeciones del Ministerio de Hacienda de que el sistema no es lo suficientemente adecuado para garantizar que se considere oficialmente como "fiscalizador" de los ingresos y egresos.

c) No consideró cómo levantar fondos para desarrollar incentivos positivos para que el personal del MSPAS proporcione mayor atención y de mejor calidad. Se está llevando a cabo un estudio piloto en varios hospitales pero a la fecha no ha habido ningún esfuerzo para asegurar su compatibilidad con los rangos más bajos de los servicios de salud adonde la capacidad administrativa es mucho más limitada y no ha habido ningún esfuerzo para asegurar que el Ministerio de Hacienda altera su posición en la forma de manejar estos fondos. Si el Ministerio de Hacienda no cambia de parecer, no vale la pena seguir con estos esfuerzos.

d) Esfuerzos inadecuados para asegurar que la manera en que el Ministerio de Hacienda trata los ingresos por cuota de usuario en el proceso de desarrollo presupuestario sea reformada a fin de eliminar los actuales desincentivos para reportar en forma precisa este ingreso (lo que amenaza la integridad del sistema y socava la efectividad potencial del sistema administrativo);

e) La reforma actual se centra sólo en hospitales y centros de salud, excluyendo las unidades de salud adonde el 80 por ciento de los ingresos por cuota de paciente externo del MSPAS se han cobrado durante la década pasada. Según el Estudio de Demanda del 1989, 41% de los pacientes hospitalizados en el MSPAS estaban pagando algo (un promedio de 146 colones; 16 veces más bajo que el promedio pagado en el Sector Privado). Un 68 por ciento de los hospitalizados de MSPAS son the ingresos medios o altos, beneficiándose del alto subsidio.

f) La reforma establece la total recuperación de costos como la base para el nivel de cuota más alta; pero el nivel de cuota más alta -la cual se podría cobrar sólo a personas con ingresos relativamente altos- debe ser tal que genere ingresos positivos netos (es decir, ganancias), proporcionando así fondos y/o recursos adicionales para brindar subvención cruzada a los pobres, mejorar el acceso a la atención, etc..[10]

g) La tabla de precios también debe reflejar una estrategia de establecimiento de precios que tome en cuenta los costos fijos del Ministerio de Salud y sus costos marginales de la prestación de servicios; la tabla propuesta no los tomó en cuenta.

Dónde se deben establecer los niveles de cuotas del MSPAS es una decisión importante que no se debe hacer por fuerza ni tampoco con base en otra cosa que no sea el método e información más acertados en términos científicos y el método más riguroso en términos analíticos que estén disponibles. Aunque algunos de estos problemas ya están sido corregidos o están bajo discusión para ser considerados dentro del próximo año, es importante señalar que muchos fueron identificados hace más de 3 años. La mayoría de los cambios en la administración financiera que ha ocurrido hasta la fecha se basan en metodología idiosincrásica. Algunos de estos cambios (por ejemplo, la regionalización del presupuesto, o la forma de cuantificar los requerimientos financieros del MSPAS, o la publicación de la primera reporte anual de los indicadores financieros) no se

[10] En la medida en que los altos precios saquen a las personas de ingresos relativamente altos fuera del mercado del MSPAS y las empujen hacia el mercado privado, se liberarán recursos que pueden ser usados para servir mejor a la clientela que el MSPAS tiene que servir bajo mandato, los menos favorecidos en términos económicos, y/o para proporcionar más servicios de atención primaria de la salud.

consideran como permanentes ni institucionalizadas por la combinación de documentación inadecuada y la falta de una metodología formalizada. El resultado es que muchos de los logros en el area financiero están en peligro de perderse.

Además, sería recomendable formalizar las funciones de supervisión y control de forma que aseguren el mantenimiento y promoción tanto de incentivos dentro de la comunidad para pagar como de incentivos positivos para el personal de la instalación del MSPAS para cobrar las cuotas a manera de promover la confianza continua en estos sistemas importantes.

2.1.2 Cuotas de usuario y incentivos positivos para los proveedores del MSPAS

Se debe prestar consideración a la introducción de arreglos de compartimiento de cuotas por los cuales el personal del MSPAS que trabaja en una instalación en particular reciba cierta porción de los ingresos por cuota de usuario que hayan cobrado como un aumento de salario. Se debe retener cierto nivel mínimo requerido de servicio (tal vez el actual, de 6 consultas por hora) sin remuneración adicional por proporcionar ese número total de consultas y cierto nivel mínimo asociado de ingresos por cuota de usuario. Sin embargo, más allá de ese nivel de prestación de servicios, se podría usar un porcentaje dado de los ingresos generados -excluyendo las ventas de medicamentos, rayos "X" y exámenes de laboratorio- para recompensar a los proveedores por sus esfuerzos extras, y el resto -tal vez algo que se aproxime a la mitad o tres cuartos de los ingresos- se continuaría usando al igual que al presente. Sería recomendable excluir los ingresos generados por la venta de medicamentos y rayos "X" y exámenes de laboratorio de los ingresos conjuntos en que se basaría la remuneración adicional a fin de no proporcionar un incentivo para la prescripción excesiva de medicamentos o uso excesivo de exámenes complementarios.

Ya que las consultas adicionales significan más trabajo para todo el personal de la instalación, y a fin de estimular el desarrollo de una mentalidad de equipo y de esfuerzo de equipo dentro de la instalación de salud, todo el personal en la instalación debe recibir cierta porción de los fondos de incentivo. Una posibilidad sería distribuir estos fondos de incentivo para el personal en proporción directa a sus niveles salariales establecidos por el MSPAS. La distribución podría ser un bono trimestral que se pagaría al mismo tiempo que el desempeño general del personal de la instalación sea revisado y conducido por funcionarios de la Oficina Regional. El representante(s) de la Oficina Regional podría traer los cheques de los bonos en una base trimestral (o semestral) regular, y la revisión del desempeño serviría simultáneamente para institucionalizar un programa de visitas de supervisión mínimas a todas las instalaciones que comprende la Región.

2.1.3 Obtención de ingresos provenientes de impuestos específicos destinados al Ministerio de Salud

La movilización de recursos del MSPAS se incrementaría al asegurar una fuente de ingresos regular y mínima mediante la destinación de impuestos especiales para el Ministerio. El consumo de alcohol y de cigarrillos es perjudicial para la salud y es responsable de que los gastos del MSPAS sean mayores de lo que serían sin ese problema. Por lo tanto, con base en lo que los economistas de las finanzas públicas llaman la filosofía de "beneficios recibidos" del sistema tributario, los fumadores y bebedores deben contribuir más y deben contribuir directamente al MSPAS para la prestación de los servicios del MSPAS. Además, estos impuestos y los aumentos de los mismos, actúan para aumentar los precios de estos artículos, reduciendo así la cantidad que se consume de los mismos, lo que a su vez, reduce la magnitud de su impacto adverso en la salud y en los costos y prestación de servicios por parte del MSPAS.

Los Cuadros de las siguientes páginas presentan datos sobre los ingresos del Gobierno Central provenientes de los impuestos sobre los productos de alcohol y tabaco, respectivamente, durante los 17 años pasados. Según muestran los cuadros, ha habido un crecimiento constante de los ingresos provenientes de ambas fuentes, aunque como una proporción de los impuestos totales cada una ha significado cada vez menos. En la columna de la izquierda de ambas tablas, se calculan los ingresos por impuestos como un porcentaje de los gastos de operación totales del MSPAS. Durante los últimos diez años, estas proporciones han sido relativamente estables para el alcohol y tabaco combinados, fluctuando en un nivel de alrededor del 85 al 95 por ciento. En 1992, el Gobierno Central recaudó 218.4 millones de colones como ingresos por impuestos al alcohol (47 por ciento de los gastos del MSPAS durante ese año) y 146 millones de colones en ingresos provenientes del impuesto al tabaco (31 por ciento de los gastos del MSPAS durante ese año). Por lo tanto, si se destinaran estos impuestos para el MSPAS se lograría un nivel mínimo asegurado de ingresos que ayudarían a estabilizar las asignaciones del MSPAS, y, si se suma a asignaciones presupuestarias discrecionales adicionales, se movilizarían recursos adicionales para el Ministerio.

Otra posibilidad sería gravar con un impuesto suplementario permanente las cuotas de registro anual de vehículos automotores. Basándose en el hecho de que las víctimas de accidentes de tránsito generalmente son tratadas en los hospitales del MSPAS, esta propuesta también puede ser vista como inclusiva de un tipo de seguro público junto con el enfoque de "beneficios recibidos". En 1990, se registraron 151.356 vehículos automotores en El Salvador (MIPLAN, 1992, página 97). Desde entonces ha habido un gran incremento en el número de vehículos en el país. Basándose en el estimado de que existen actualmente 200.000 vehículos en El Salvador, un impuesto suplementario de 50 colones por vehículo le produciría al MSPAS 10 millones de colones.

Cuadro No. 43

TASAS DE IMPUESTOS DEL GOBIERNO CENTRAL DE EL SALVADOR SOBRE PRODUCTOS DE TABACO Y CIGARRILLOS

Año	Total completo	% del total de impuestos	% de gastos operativos del MSPAS
1976	24.583.695		29,2
1977	27.818.956	2,46	28,3
1978	30.517.736		28,0
1979	38.142.065	3,28	30,9
1980	43.988.461	4,44	29,8
1981	45.399.998		29,8
1982	48.694.575	5,11	32,5
1983	51.744.044	4,79	36,0
1984	55.066.201	4,08	35,0
1985	62.591.397	3,77	38,1
1986	78.610.297	2,91	36,2
1987	94.110.013	3,73	40,2
1988	113.571.358	4,47	46,7
1989	101.499.998	4,13	39,6
1990	121.221.318	3,79	37,5
1991	166.769.811	4,11	39,3
1992	146.013.737	2,99	31,4

Fuente: Cuadro No. 1-2 del Informe Complementario Constitucional, Ministerio de Hacienda, varios años. En 1987, este reporte fue retitulado como *Informe Sobre la Liquidación del Presupuesto General y Situación del Tesoro Público y Patrimonio Fiscal.*

Cuadro No. 44

TASAS DE IMPUESTOS DEL GOBIERNO CENTRAL DE EL SALVADOR PARA EL ALCOHOL

Año	Total completo	% del total de impuestos	% de gastos operativos del MSPAS
1976	60.901.983		72,3
1977	73.275.213	6,48	74,6
1978	73.746.966		67,8
1979	76.626.163	6,59	62,2
1980	77.537.876	7,83	52,6
1981	82.691.786		54,3
1982	78.894.707	8,29	52,7
1983	81.608.180	7,56	56,9
1984	87.175.756	6,46	55,2
1985	97.917.928	5,90	59,5
1986	108.580.893	4,02	57,1
1987	123.123.246	4,89	58,9
1988	123.290.871	4,90	50,7
1989	141.191.508	5,74	45,8
1990	175.395.074	5,48	50,9
1991	216.879.484	5,35	51,1
1992	218.350.007	4,47	47,1

* Los gastos operativos se definen aquí como la suma total de los fondos utilizados para funcionamiento y transferencias. Los fondos totales utilizados por el MSPAS son la suma de éstos dos componentes más la inversión directa.

La inversión directa ha oscilado entre 3-8% de los gastos totales del MSPAS en los últimos 15 años.

Fuente: Cuadro No. I-2 del *Informe Complementario Constitucional*, Ministerio de Hacienda, varios años. En 1987 este reporte fue retitulado *Informe Sobre la Liquidación y el Presupuesto General y Situación del Tesoro Público y Patrimonio Fiscal.*

La destinación de estas fuentes específicas de ingresos gubernamentales no es una idea original. Muchos otros países, incluyendo varios latinoamericanos, ya tienen en práctica este enfoque para financiar sus sectores de salud pública.

Hay que señalar que, desde la perspectiva financiera pública, impuestos específicos se consideran generalmente indeseables por dos razones. Primeramente, este tipo de impuesto incrementaría los costos administrativos. Segundo, teóricamente, estos gastos del Sector Público idealmente deberían ser asignados para beneficios sociales con un monto fijo de fondos públicos. Impuestos específicos rompe este calculo, al grado que este ideal se implementa sin consideraciones políticas. En tercer lugar, no hay ninguna seguridad que los fondos serían suficientes. Los impuestos son solo el 85% del presupuesto del Ministerio. Así que uno de los razones principales para usar impuestos específicos, de evitar una lucha política cada año para recursos escasos, no se evita. Aunque, lo que se necesita es poco en comparación, y la batalla política menos intensivo, el Ministerio tendría la obligación de justificar su presupuesto entero para adquirir fondos adicionales.

2.2 Mejoramiento de la administración del MSPAS: aumentando la eficiencia

2.2.1 Uso de recursos

Tipo de servicio

Tres cuartos (74,6 por ciento) de los gastos en servicios proveídos por el MSPAS son dedicados a sus 30 hospitales, dejando solo un 25 por ciento a sus 360 centros de atención primaria. La atención primaria de salud, en general, es uno de los más efectivos. La concentración de los recursos del MSPAS en niveles secundarias y terciarias constituye un uso ineficiente de recursos. Dado al nivel inadecuado de prestación de servicios de atención en El Salvador, restringen innecesariamente el acceso a los servicios y limita la calidad de los mismos.

De acuerdo con la encuesta de hogares de 1989, el Ministerio provee aproximadamente 40 por ciento de los servicios ambulatorias y 75 por ciento del servicios hospitalarias. La eficiencia de los servicios y actividades (la eficiencia operacional) es generalmente baja. Por ejemplo, aun con la reducción en el número de camas hospitalarias en El Salvador durante los 80s, la taza de ocupación a través del sector sigue baja (en un promedio de 60-65 por ciento). La ocupación de camas es bajo -hospitales nacionales, en general, tienen una tasa de ocupación más alta que los hospitales regionales, en los cuales la tasa de ocupación es baja y cayendo-. En 1993 la tasa de ocupación de 53 por ciento resultó en que la cama promedio pasaba más tiempo desocupada que ocupada; 65 por ciento de los hospitales tenían un 50 por ciento menos de sus camas ocupadas. Es el resultado de la disminución de egresos en los hospitales nacionales -en los 1980s tenía un promedio de 60,000-70,000 que bajó en 1990 a solamente 48,000 (en 1992 subió a 57,000)-. Los hospitales regionales, más estables, tuvieron 103,000 a 109,000 egresos en los 1980s, hasta 115,000 en 1992. La baja ocupación también es el resultado de la reducción en tiempo promedio de estancia de 9,7 en 1986 a 8,0 en 1991 (Wight et al. 1994).

Tipo de cliente

El Ministerio debe hacer un mejor trabajo dirigiendo sus recursos a aquellos más necesitados. El ingreso de la mitad de la población de El Salvador está por debajo de la línea de pobreza, y la mitad de esos pobres (un cuarto de los salvadoreños) tienen ingresos que son insuficiente para comprar hasta los requerimientos nutricionales básicos; mientras se estima que la cuarta parte de la población no tiene acceso al servicio, el 59 por ciento de las personas ubicadas en los ingresos más altos y el 78 por ciento de las personas ubicadas en el grupo de aquellos más próximos a los ingresos más altos, son hospitalizados y tratados en Hospitales del MSPAS donde reciben cuidados a precios altamente subsidiados. El promedio de los cobros por los servicios

es del MSPAS es el 6 por ciento del promedio de cobro del Sector Privado (¢146.00 colones y 2,330.00 respectivamente).

La meta del Ministerio de dar cuidado a todos los indigentes se convirtió en un generoso subsidio que constituye un mal uso de sus recursos limitados. El MSPAS debe dirigir sus recursos a los pobres para así incrementar su acceso a los servicios de calidad del Ministerio, y cobrar la totalidad de los servicios que reciben del MSPAS a aquellos que pueden solventarlos, esto estimulará a las personas con ingresos adecuados a pagar según el servicio, estimulando el crecimiento y desarrollo del Sector Privado, el cual ha sido relegado por el Sector Público.

Servicio de salud por distribución geográfica
Otro aspecto del problema de la distribución de servicios es de naturaleza geográfica: los recursos del Sector Salud están concentrados desproporcionalmente en San Salvador, haciendo problemático el acceso a un 70 por ciento de salvadoreños que viven fuera del Area Metropolitana. El 42 por ciento de los gastos operativos del MSPAS son de San Salvador, donde vive el 29 por ciento de los salvadoreños. Esto deja al 71 por ciento restante de la población sin una adecuada cobertura del MSPAS.

El MSPAS ha sido el único mecanismo por medio de la cual la disponibilidad de los servicios de salud ha sido más equitativa en el Salvador. Aún así el Ministerio podría funcionar mucho mejor, actualmente el MSPAS gasta 135 colones per capita solamente en las únicas regiones (dos) del país que tienen menos del promedio nacional de pobreza y 99 colones per capita en las tres regiones más pobres. El Ministerio puede y debe mejorar la accesibilidad de los servicios de salud, especialmente la atención primaria de salud, no solo a los pobres si no a todo el país

2.2.2 Mejoramiento de las políticas relacionadas con personal

Aumentar el número de proveedores no médicos, es decir, enfermeras y auxiliares de enfermería
Por muchos años, la mezcla de proveedores de salud del MSPAS ha sido deficiente y, por lo tanto, desmesuradamente cara. El MSPAS emplea a muchos más médicos de lo necesario en relación a las enfermeras y auxiliares de enfermería (y el número de médicos ha incrementado en los últimos 10 años de 171 a 195, especialmente en hospitales regionales) (Wight et al. 1994). Los estándares internacionales establecidos -que combinan consideraciones de lo adecuado de la atención y eficiencia- mantienen que el Ministerio debe emplear cerca de 4 enfermeras y 8 auxiliares de enfermería por médico. La relación enfermera-médico del MSPAS es de aproximadamente el 0,85, menos de un quinto del estándar internacional, y la relación auxiliar-médico es de 1,71, cerca de un cuarto de lo que debería ser. En resumen, el MSPAS depende más de lo necesario de una mezcla de personal muy diestro, y, por lo tanto, está gastando considerablemente más en personal por paciente, siendo otras cosas iguales. Este desequilibrio puede ser principalmente el resultado de la forma en que el Ministerio reeluta y/o paga los diferentes tipos de personal, y/o se puede deber a la división de trabajo de hecho o de derecho del MSPAS dentro del equipo de proveedores de salud (es decir, entre médicos, enfermeras y auxiliares), o podría ser causado por alguna combinación de estas 3 consideraciones.

Reducir las disparidades regionales marcadas en la prestación de servicios por los diferentes tipos de proveedores del MSPAS, estableciendo responsabilidades por tipo de proveedor estandarizadas y basando la asignación de personal en la necesidad
Durante los pasados 15 años persistentemente ha habido niveles diferentes de servicios de paciente externo proporcionados por enfermeras y auxiliares en comparación con los médicos a través de las cinco regiones de salud del MSPAS. Aunque los médicos proporcionan el grueso de la atención a lo largo del país, una enfermera que trabaja fuera de la Región Metropolitana proporciona dos o tres veces la atención de visita de

pacientes que brinda una de esa Región. Las diferencias espaciales en esta medida bruta de productividad son aun más pronunciadas en el caso de las auxiliares. Parece que estas diferencias se deben en gran manera a variaciones en el suministro de proveedores, sugiriendo que las deficiencias asociadas con la prestación de atención extremadamente intensiva en médicos son particularmente agudas en la Región Metropolitana. El análisis de las variaciones regionales en los patrones de procuración de personal tomando en cuenta las variaciones en los tipos de instalación es un primer paso esencial para cambiar las políticas de contratación y diseñar otras políticas para mejorar esta deficiencia. Dependiendo de lo que recomiende el estudio sobre necesidades de personal, también podría ser útil considerar el pagar bonos que compensen las dificultades que enfrenta el personal que trabaja en áreas particularmente aisladas a fin de reducir la resistencia a ser reasignado.

Revertir la tendencia de dos décadas de compresión salarial: aumentar los salarios de las categorías con mayores destrezas en relación a las categorías con las menores destrezas a fin de elevar la moral, productividad y retener a los empleados más diestros del MSPAS.

Entre 1975 y 1993, el nivel real de remuneración de los médicos del MSPAS cayó en 90 por ciento. (Ver los cuadros de las siguientes páginas.) En contrates, los salarios reales del Sector Privado cayeron en un poquito más de la mitad de esta cantidad durante el mismo período. La política pública durante la epoca posterior a 1978 actuó para aumentar los niveles salariales (nominales) de los empleados que ganaban menos en relación con los que recibían mayores salarios. El resultado ha sido una comprensión de la estructura salarial del MSPAS. Por ejemplo, mientras que las auxiliares ganaban 15 por ciento del salario de un médico que prestaba servicios en un promedio de dos horas por día en 1976, para 1994 la proporción habrá aumentado a 53 por ciento.

El análisis de las encuestas de ingresos y egresos familiares llevadas a cabo por MIPLAN en 1990 y 1991 proporciona evidencia adicional de la estructura salarial comprimida del MSPAS. Las encuestas revelan que los escalones más bajos de empleados del Ministerio de Salud reciben salarios que son aproximadamente 30 por ciento mayores que los recibidos por personas con niveles similares de educación y responsabilidades en el Sector Privado. Sin embargo, a medida que uno se mueve hacia arriba en la escalera de destreza/ocupacional, el Sector Privado fácil y rápidamente deja atrás al MSPAS en términos del nivel de salarios

La estructura y evolución de los salarios del MSPAS han socavado los incentivos para proporcionar atención de calidad y por lo menos son responsables en parte de problemas para retener a las personas con mayores niveles de destrezas. El desarrollo de incentivos positivos para los proveedores del MSPAS debe constituir una prioridad. Se deben llevar a cabo estudios de investigación de operaciones para explorar métodos alternativos y/o complementarios para pagar a los médicos (y a otros proveedores de atencion del MSPAS), a fin de identificar nuevos métodos para mejorar su productividad y retención.

Cuadro No. 45

COMPRESION DE SALARIOS NO MEDICOS DEL MSPAS COMO UNA PROPORCION DE SALARIOS MEDICOS

Ocupación	1976	1980	1985	1990	1994
Enfermera	0,23	0,36	0,42	0,53	0,59
Auxiliar de Enfermería	0,15	0,24	0,34	0,46	0,53
Inspector Sanitario	0,20	0,25	0,31	0,48	0,54
ARS/Inspector de Promotores de Salud		*0,26	0,31	0,43	0,54

* Observación de 1981.

Cuadro No. 46

PORCENTAJE DE LO MAS BAJO A LO MAS ALTO EN PROPORCION

1976	(0,15)/(0,23) = 0,65
1980	(0,24)/(0,36) = 0,67
1985	(0,31)/(0,42) = 0,74
1990	(0,43)/(0,53) = 0,81
1994	(0,54)/(0,59) = 0,92

Cuadro No. 47

REMUNERACION DEL PERSONAL EN SERVICIOS REGIONALES DE SALUD: SALARIOS MENSUALES
(EN COLONES DE 1978)

Año	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Médicos (2hs/dia)	615.4	626.6	584.1	536,1	478.4	423.2	368.9	330.1	291.7	261.2	225.8	170,8	142.6	123.9	105.3	97.6	75.3	74.6	61.8	76.0
Enfermeras	531.5	574.4	543.2	530.9	713.0	607.4	570.4	510.4	451.1	404.0	382.3	289.2	295.3	243.5	207.0	206.8	159.5	177.4	146.9	180.8
Auxiliar de Enfermeria	349.7	378.6	379.7	376.3	483.0	411.4	358.6	397.3	351.2	314.5	309.0	233.8	223.3	206.5	175.5	179.7	138.7	157.1	130.1	160,1
Inspector Sanitario	433.6	489,6	455.6	469,1	464.6	419.3	365.4	348.4	307.9	275.8	277,3	247.3	234.1	215.5	183.2	179.0	143.7	162.2	134,3	165.2
Inspector de Prom. de Salud								348.4	307.9	275.9	277.3	269.8	252.1	230.5	195.9	197.3	129.7	161.7	133.9	164.7

Fuente del CPI es la Dirección General de Estadistica y Censos. Fuente de los datos sobre los salario nominales es el Ley de Salarios, varios años.

Cuadro No. 48

SALARIOS MENSUALES DEL PERSONAL MEDICO
(EN COLONES CORRIENTES)

Año	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Médico (2hs/dia)	440	480	500	520	520	540	540	540	540	540	570	570	594	618	618	668	668	736	736	905
Enfermera	380	440	465	515	775	775	835	835	835	835	965	965	1.230	1.215	1.215	1.415	1.415	1.750	1.750	2,153
Auxiliar de Enfermeria	250	290	325	365	525	525	650	650	650	650	780	780	930	1.030	1.030	1.230	1.230	1.550	1.550	1.907
Inspector Sanitario	310	375	390	455	505	535	575	575	575	575	705	825	975	1.075	1.075	1.275	1.275	1600	1600	1.968
Inspector del ARS						N/A	N/A	570	570	570	700	900	1.050	900	900	1.150	1.150			

Fuente: Ley de Salarios, varios años.

Cambiar las horas de trabajo de los proveedores del MSPAS: aumentar las horas regulares en que se da consulta para incluir turnos de la tarde y de la noche.
El estudio de demanda basado en una encuesta de entrevistas de hogares llevada a cabo por el Proyecto REACH de AID en 1988 reveló que dos de las razones principales por las que la gente se dirigía al Sector Privado en vez de al MSPAS eran el aprovechar la conveniencia de citas programadas (que requieren menos tiempo de espera en el consultorio) y por sus horas más convenientes de funcionamiento. Las prácticas tradicionales del MSPAS de no tener citas programadas y dar consulta sólo por la mañana, en otras palabras, ha cobrado un alto precio en términos de reducción del acceso a la atención del MSPAS. Esto tal vez es mejor evidenciado por el hecho de que el 32 por ciento de todas las consultas médicas proporcionadas por los hospitales del MSPAS y cerca del 34 por ciento de las proporcionadas en centros de salud en 1992 fueron dadas en servicios de emergencia de 24 horas.

Al alterar ambas prácticas tradicionales del MSPAS se aumentará la demanda y utilización de los servicios del MSPAS (lo que reduciría su costo promedio). De acuerdo con estimaciones de costos desarrolladas por APSISA (Gómez, 1992), una consulta médica ambulatoria regular proporcionada en un hospital del MSPAS cuesta 41 colones, sólo 54 por ciento del costo promedio de 76 colones de una consulta de emergencia. Las cifras comparables para los centros de salud son 43 colones (60 por ciento) y 72 colones, respectivamente. Si el MSPAS pudiera reducir a la mitad la proporción de sus consultas dadas en servicios de emergencia que son más costosos, de tal manera que su proporción de atención total de paciente externo proporcionada en escenarios de emergencia fuera igual al promedio de la mayoría de sistemas de prestación de servicios de salud (incluyendo el del ISSS), y que la atención de emergencia reducida se proporcionara en escenarios que no fueran de emergencia, el Ministerio anualmente ahorraría cerca de 22 millones de colones; 16 millones de colones en hospitales y cerca de 6 millones de colones en centros de salud. Esto es el 9.6 por ciento del presupuesto total de 1992 (el mismo año del cual se calculó la estimación de los gastos) de los hospitales del MSPAS -una posible fuente importante para ahorrar-. La posibilidad de cobrar más por los servicios de atención que no son de emergencia prestados en horas no tradicionales proporcionaría un mecanismo para efectuar esta transferencia. La introducción de horas regulares adicionales, en la tarde y en la noche -como lo ha hecho el ISSS recientemente- también ayudaría a lograr estos ahorros considerables.

2.2.3 Desarrollo de un enfoque basado en las necesidades y en el desempeño para la planificación y asignaciones presupuestarias

Los criterios de planificación del MSPAS al determinar cómo va a gastar su dinero, por mucho tiempo se han basado en lo que se llama un proceso de asignación de recursos basado en presupuestos históricos, aunque esto ya ha comenzado a cambiar. El enfoque de presupuesto histórico para planificar simplemente asigna el presupuesto del Ministerio con base en el patrón de distribución presupuestaria histórica en vez de en base a las necesidades de salud, prioridades de programas o desempeño. Este enfoque desestimula las nuevas iniciativas y, al no basar las asignaciones de recursos en la necesidad o desempeño, hace que el seguimiento y análisis epidemiológico, así como la evaluación del desempeño del personal e instalaciones del MSPAS sean empresas con casi ningún valor, y por lo tanto disipa la motivación para hacer bien estas tareas. Este mecanismo de preparación de presupuesto también estimula la mediocridad; las regiones, instalaciones y el personal continúan recibiendo su porción histórica del pastel del MSPAS, sin importar su desempeño. La introducción de métodos de planificación y de asignación presupuestaria basados en las necesidades y en el desempeño brinda la oportunidad de mejorar la eficiencia del MSPAS al distribuir recursos donde más se necesiten y, por lo tanto, puede lograr un mayor impacto, y al otorgar incentivos proporcionar mayor atención de mejor calidad.

Una de las metas intermedias establecidas por AID en la Enmienda al Proyecto APSISA es que las asignaciones presupuestarias de los hospitales se basen en la mezcla de enfermedades, medicamentos despachados y el nivel de prestación de servicios. Tal mecanismo sería el análogo salvadoreño del Sistema del Grupo Relacionado de Diagnóstico de la Administración Financiera de Atención de Salud de los E.U.A. (*U.S. Health Care Financing Administration's Diagnosis Related Group, DRG System*). Se desarrollaría usando datos de costos hospitalarios empíricos para identificar cómo las variaciones en estos factores afectan los gastos reales de los hospitales, manteniendo constantes otras cosas. Esta información se podría obtener de un segmento más profundo del estudio econométrico de costos hospitalarios (ver reporte) usando datos de gastos junto con datos provenientes de los sistemas de información sobre morbilidad, insumos y personal. En el transcurso de unos pocos años, a medida que se redefina la herramienta de asignación presupuestaria resultante y que los gerentes se acostumbren a ella, y si el proceso de asignación presupuestaria y desembolsos del gobierno central se reforma adecuadamente (mediante la Modernización del Proyecto de Estado), eventualmente se podría transformar fácilmente en un mecanismo de pago (en una forma paralela a como se usan los Sistemas de Grupo Relacionado de Diagnóstico en los E.U.A. para pagar por servicios de atención médica [*Medicare*]).

Aunque AID no ha declarado expresamente que se deben utilizar criterios similares para asignar presupuestos que no sean los de los hospitales, es lógico, y por lo menos igualmente importante, extender también el mismo tipo de criterio al proceso de asignación presupuestaria de los Servicios de Salud Regionales.

2.2.4 Desarrollo de una fórmula de asignación presupuestaria regionalizada

El objetivo de establecer el financiamiento de fórmula es ayudar a aislar al MSPAS del impacto a menudo caprichoso de la política, dar a conocer la base del financiamiento, a fin de permitir que las regiones planifiquen mejor sus actividades a largo plazo y proporcionar un método objetivo mediante la cual incorporar simultáneamente diferentes consideraciones relevantes (tales como el nivel de las necesidades de prestación de servicios de salud, la habilidad para comprar servicios de atención de salud del Sector Privado -como se refleja, por ejemplo, en los niveles de ingreso y riqueza junto con la disponibilidad de fuentes alternativas de atención, la habilidad de las regiones individuales para obtener fondos para financiar su propia atención de salud pública, y proporcionar incentivos a las regiones para que utilicen sus propios fondos en atención de salud pública-.

Es importante notar que una fórmula de este tipo no necesita ser definitiva al identificar las asignaciones de los fondos presupuestarios del MSPAS para cada región. Por ejemplo, la fórmula probablemente se aplicaría mejor a los costos recurrentes (excluyendo los costos de capital -especialmente aquellos que surjan de nuevos proyectos de construcción- o tal vez asignados con base en otra fórmula). O, la fórmula se podría usar para identificar un monto mínimo o máximo de fondos que recibiría una región.

Los componentes de la fórmula y sus pesos relativos (es decir, la ecuación de fórmula real) serían determinados por un comité nacional de expertos en atención de salud pública y privada. Sería importante tener una variedad de expertos en atención de salud en el comité: médicos, enfermeras, epidemiologistas, y expertos en la demanda de atención de salud, preparación de presupuestos y financiamiento de la atención de salud. En el curso de su trabajo serían forzados a considerar e identificar las prioridades del MSPAS y el papel del MSPAS en la sociedad salvadoreña, lo que sería un ejercicio muy útil, estimulante y controversial.

Los tipos de variables que se podrían incluir en la fórmula son:

a) Nivel de presupuesto pasado (proporción promedio del presupuesto regional del MSPAS de los 3 años pasados)

b) Población de la región

c) Diversos indicadores de la condición de salud

d) Nivel de prestación de servicios del último año (o el promedio de los 2 años pasados)

e) Indicadores del nivel y distribución de ingresos y riqueza dentro de la región

f) Medidas de los ingresos o riqueza de la región que sirvan como indicadores de la habilidad de la región para utilizar sus propios fondos (patronato) en la atención de salud

g) Los gastos reales con sus propios fondos (a través de patronatos) para la prestación de servicios de salud

La justificación para incluir el nivel de presupuesto pasado es que uno no desearía alterar mucho el funcionamiento del sistema -por lo menos al inicio- como resultado de la introducción del financiamiento de fórmula. La importancia de esta variable se podría disminuir lentamente con el correr del tiempo al reducir su peso en comparación con otras variables de la fórmula, y eventualmente desaparecería.

La población de la región proporcionaría un primer representativo del mercado potencial de los servicios del MSPAS. Aquí también se podrían introducir refinamientos. Por ejemplo, el número de niños menores de 5 años o menores de 15 años podrían ser pesados con el doble del peso del resto de la población.

Se podría usar una variedad de indicadores de la condición de salud para representar la necesidad y el nivel de intensidad necesario de los servicios del MSPAS. La determinación sobre cuáles medidas de condición de salud se van a incluir requeriría el establecimiento de prioridades de servicios de salud del MSPAS, pero podría incluir la tasa de mortalidad infantil, morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas (una enfermedad específica o una combinación de enfermedades).

El registro de la prestación de servicios del último año proporcionaría información más específica acerca de la proporción de la población que depende de la atención de salud del MSPAS, así como el nivel anticipado de uso del MSPAS. La información sobre distribución de riqueza e ingresos brinda conocimiento sobre el número de personas que tienen mayor probabilidad de dirigirse al MSPAS para obtener sus servicios sin costo alguno. También proporcionaría información acerca de la habilidad de la población regional para pagar por los servicios del MSPAS -una posibilidad a la que ahora se debe prestar consideración más seria y que, según parece, será cada vez más importante de considerar en los años venideros-.

Es importante incorporar en la ecuación la información acerca de los ingresos y riqueza de la región porque refleja la habilidad de la región para participar en el financiamiento de su sistema de atención de salud pública. Esta consideración podría ser introducida en la ecuación de tal manera que otorgue mayores sumas de fondos a las regiones más pobres y menos a las que cuentan con mayores recursos económicos (siendo otras cosas iguales). Tal mecanismo de asignación sería consistente con la responsabilidad del MSPAS de que todos los segmentos de la población tengan acceso a la atención.

Además, los gastos regionales de salud con sus propios recursos son también una consideración importante porque miden directamente el compromiso regional con y el nivel de esfuerzo para el Sector Salud. Uno desearía estimular ese tipo de gastos. Esto se podría lograr incorporando esta variable en la fórmula de financiamiento de tal manera que recompense a aquellas instalaciones que usen más recursos locales (patronato) (como una proporción de la habilidad local para levantar y utilizar fondos según lo reflejado en las medidas de ingresos y/o riqueza regional), proporcionándoles fondos de contrapartida hasta cierto monto máximo.

En un inicio, para asistir en el desarrollo de la fórmula mejor y más aceptable, se deberían construir varias fórmulas diferentes y se podrían simular las asignaciones presupuestarias asociadas con cada una.

2.2.5 Se deben abordar las deficiencias gerenciales inherentes a la existencia continuada de sistemas de información financiera fragmentados y poco sistemáticos

Una prioridad inmediata del MSPAS debe ser desarrollar un sistema financiero unificado con información más completa de manera que el Ministerio pueda entender mejor cómo está usando todos sus recursos, y para que pueda entender qué opciones tiene al utilizar sus recursos. Esto es básico para que el Ministerio mejore su capacidad de planificar efectivamente el uso de sus recursos limitados.

2.2.6 Articulación de un plan detallado para la descentralización y procuración de la capacitación necesaria para asegurar que las oficinas regionales estén preparadas para asumir sus nuevas responsabilidades

Tal vez la estrategia simple más importante para mejorar la eficiencia de las operaciones del MSPAS es la regionalización. Al moverse hacia una estructura administrativa menos centralizada y más flexible, la regionalización promete reducir la burocracia y mejorar los incentivos al introducir un mayor grado de responsabilidad de dar cuentas en el sistema. Pero éstos no son resultados inevitables de la regionalización. Por el contrario, se deben planificar y cultivar asiduamente diseñando y ejecutando reformas apropiadas. Para que la regionalización tenga éxito, ésta debe suponer el desarrollo de un plan del MSPAS a largo plazo (10 o más años), incluyendo la identificación de cuáles son su misión y función presentes y futuras, cuáles son sus prioridades críticas, y qué lugar tendrán las Oficinas Regionales (OR's) en este esquema. Será necesario elaborar por completo este plan trabajando estrechamente con el MSPAS durante los primeros meses del Proyecto.

Pero eso no es suficiente. La regionalización exitosa también requerirá que la gerencia de las Oficinas Regionales y las estructuras de apoyo sean cualitativamente adecuadas, y lo suficientemente fuertes y flexibles a manera de poder responder a las diversas tareas cada vez más importantes que deberán desempeñar y hacerlo de una forma oportuna. Además, requerirá que el personal de las Oficinas Regionales tenga capacidades adecuadas de planificación y gerenciales a fin de poder cumplir con las nuevas responsabilidades que involucren sus nuevas funciones.

Las actuales estructuras y actividades varían en forma marcada a través de las 5 OR's (cada una tiene un organigrama diferente), reflejando su desarrollo institucional idiosincrásico. Una regionalización exitosa debe comenzar con la identificación y evaluación de las estructuras y capacidades existentes. Este análisis se debe llevar a cabo con criterios de evaluación basados no sólo en las necesidades y desempeño organizacionales existentes, sino que también en los tipos probables de nuevas actividades y destrezas que requerirá el esquema de regionalización (como se identifica en el plan a largo plazo). Al construir con base en los resultados de este estudio, será esencial diseñar y ejecutar programas para mejorar los sistemas de apoyo y/o programas de

capacitación para remediar la planificación o capacidades gerenciales deficientes. La capacitación se centrará en abordar áreas deficientes y se basará en un marco de planificación de salud regional general y práctico.

Ya ha comenzado la capacitación de las regiones para asumir la responsibilidad de ejecución de sus presupuestos de 1994. El problema es que la forma en que ha sido regionalizado no ha sido documentado y está en peligro de no ser institucionalizado. Depende ahora en una sola persona de la Unidad de Planificación Financiera, que lo ha hecho anteriormente. Claramente esto es un mejoramiento pero es preciso que el proceso y criterio sea formalizado, documentado y discutido ampliamente.

2.2.7 Conducción de estudios de costo-efectividad de (a) Servicios de apoyo generales y de mantenimiento y (b) Servicios de apoyo técnico especializado y clínicas de algunas instalaciones del MSPAS para determinar si sería menos caro contratar servicios en el Sector Privado

Muchos países alrededor del mundo han encontrado que sus departamentos de salud pública han ahorrado dinero y el escaso talento gerencial al contratar entidades del Sector Privado para que lleven a cabo algunas de las tareas que tradicionalmente han sido desempeñadas por el departamento de salud pública mismo. Esta posibilidad también debe ser examinada en El Salvador, comenzando con los 15 hospitales principales y siguiendo con los centros de salud.

Generalmente, los servicios más fáciles de privatizar han sido los servicios de apoyo generales y de mantenimiento tales como lavandería, dietéticos/alimentos, ingeniería biomédica/ mantenimiento y reparación de equipo, y mantenimiento de instalaciones. Los tipos más comunes de apoyo técnico y servicios clínicos que se han visto involucrados en estos arreglos han sido tipos específicos de exámenes de laboratorio clínico, o todos los servicios de laboratorio, servicios de radiología, servicios de farmacia, servicios de terapia respiratoria y de rehabilitación. Un estudio de prefactibilidad de los posibles ahorros al contratar fuera estos tipos de servicios comenzaría con un análisis de los gastos de los hospitales en cada uno de estos servicios y sostener discusiones con los administradores de hospitales y su personal de oficina financiera así como con representantes del Sector Privado. Un diseño detallado para una investigación sobre esta tema fue preparado por el Banco Mundial en 1991. Este diseño debería ser implementado lo más pronto posible.

2.3 Aumento en la recuperación de costos

2.3.1 Procuración de asistencia técnica para mejorar el desempeño de los patronatos

A fin de asegurar que los patronatos sean lo más efectivos posible como generadores de ingresos, se deben hacer esfuerzos para facilitarles foros regulares en los que puedan compartir experiencias, estrategias y metodologías, y proporcionarles vehículos con los que puedan mejorar su desempeño. Esto debe incluir como mínimo, el desarrollo de un manual del patronato y el desarrollo de una serie de reuniones en la forma de talleres nacionales.

El manual combinaría la presentación de lecciones sacadas de la experiencia salvadoreña en cada tipo de instalación del MSPAS y dentro de cada una de las cinco regiones de salud, con discusiones teóricas de los asuntos y principios involucrados, y la presentación de alternativas sencillas de enfoques metodológicos para diseñar y ejecutar sistemas de cuota de usuario efectivos y sostenibles. El manual contendría ejercicios sencillos para ilustrar las discusiones teóricas y proporcionar experiencia práctica y de adquisición de conocimientos.

2.3.2 Aumento en la venta de los bienes y servicios del MSPAS y alquiler de espacio de paciente interno del MSPAS al Sector Privado

El MSPAS debe examinar la posibilidad de aumentar las ventas de sus diferentes bienes y servicios al Sector Privado, de una forma similar a la que utiliza actualmente al vender bienes, servicios y alquilar espacio al Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Existen unos pocos ejemplos de entidades del MSPAS que ya están haciendo negocios con el Sector Privado. El Hospital Bloom, por ejemplo, ha vendido servicios de laboratorio al Sector Privado por varios años. Se debería llevar a cabo un estudio de casos, corto y sencillo, como una incursión exploratoria en esta área.

Similarmente, y de forma paralela a los arreglos entre el MSPAS y el ISSS, el MSPAS debe considerar el alquilar espacio en hospitales y centros de salud al Sector Privado subutilizados. Los hospitales del MSPAS están usando sólo cerca del 60-65 por ciento de su capacidad de día-cama y los centros de salud sólo un 40-45 por ciento. Ya que el costo fijo de los hospitales es alto y el costo recurrente para el MSPAS de mantener estas camas subutilizadas no es tan grande, tales camas podrían ser arrendadas a precios que podrían de una vez ser generadores de ingresos netos considerables para el MSPAS, a la vez que prueba ser (financieramente) atractivo y competitivo con los hospitales del Sector Privado. Los resultados del análisis de paciente externo han cobrado durante la década pasada;costos proporcionarían puntos de referencia para los precios que se podrían cobrar por tales arreglos y se podría realizar un estudio breve, sencillo y barato del interés del Sector Privado en este enfoque usando un método de informante clave. De acuerdo con el Presidente del Patronato del Hospital Rosales, hace seis años el Sector Privado estaba muy interesado en cultivar esta relación hasta que el MSPAS la declaró inaceptable. El tiempo para resucitar esa propuesta está cercano.

ANEXOS

ANEXO 1

PROCESO DE REVISION DE LOS INFORMES PRELIMINARES

Introducción

El "Análisis del Sector Salud de El Salvador" (ANSAL) fue concebido como parte de los esfuerzos tendientes a acelerar el desarrollo económico y social del país. El análisis de la organización y funcionamiento de las instituciones del sector debe desembocar en la identificación de obstáculos que, de ser superados, posibiliten el mejoramiento del sector y de las condiciones de salud y bienestar de la población.

Generalmente los proyectos tendientes a acelerar el desarrollo social y económico son concebidos y diseñados por expertos del área temática abarcada por el proyecto. Estos aportan sus conocimientos profesionales y su experiencia para identificar el problema, seleccionar las posibles soluciones y diseñar los componentes del proyecto. En este proceso el intercambio de opiniones generalmente queda restringido a personas que ocupan posiciones de liderazgo en el Sector y en la sociedad. El usuario potencial y el personal involucrado directamente en la producción del bien o del servicio analizado no son frecuentemente incluidos en este proceso de consulta. Los proyectos resultantes no se benefician de las percepciones culturales y de la experiencia acumulada por quienes están en la primera línea de batalla y en consecuencia, pueden ser vistos como ajenos por la propia comunidad beneficiaria.

Procedimiento

Los términos de referencia de ANSAL establecieron un amplio proceso de consulta que evitara la limitación señalada en la introducción. En los mismos se establece que el proceso participativo tiene trascendencia similar al contenido del análisis. Para lograrlo se indicó que los resultados preliminares del trabajo de ANSAL, recogidos en nueve borradores de Informes Técnicos, fueran ampliamente difundidos entre instituciones y personas del Sector Salud para que fueran revisados y comentados. Este enfoque forma parte de un encare "participativo" de los esfuerzos de desarrollo. Para cumplir con este mandato se diseñó una estrategia que comprende los siguientes componentes:

1. *Comentarios escritos*. Se invitó a unas 100 instituciones y personas con experiencia en el funcionamiento de los servicios de salud a que formularan comentarios por escrito sobre:
   - la veracidad e integridad de los datos presentados;
   - la lógica del análisis utilizado;
   - la factibilidad de las recomendaciones formuladas.

2. *Reuniones con personal de salud e integrantes de la comunidad*. Se realizaron diez reuniones en distintos puntos del país, de forma de cubrir la mayor parte de su territorio, en las que se invitó a participar a personal de salud con diferentes niveles de capacitación 0(promotores, parteras empíricas, médicos y farmacéuticos), líderes de las comunidades servidas (Alcaldes, miembros de comisiones de apoyo de establecimientos del MSPAS o patronatos, miembros de las asociaciones comunitarias de educación o escuelas EDUCO y líderes comunitarios locales) y a funcionarios y autoridades regionales y locales del Ministerio de Salud.

3. *Jornadas con líderes del Sector.* Se efectuaron jornadas durante dos días con líderes de organismos públicos vinculados a los sectores sociales y a salud (MSPAS, MIPLAN E ISSS), con directivos de ONGs activas en salud y del Colegio Médico y dirigentes del área de salud de varios partidos políticos. Fue invitado a participar pero no se hizo presente el Decano de la Facultad de Medicina de la UES.

Resultados

La participación fue intensa y útil para validar o descartar los resultados preliminares de ANSAL. Enviaron comentarios escritos unas 30 instituciones, encontrándose entre éstas las principales organizaciones del Sector Público (MSPAS y MIPLAN) y las ONGs más importantes.

En las reuniones comunitarias participaron aproximadamente una 250 personas representando a los tres componentes mencionados anteriormente. De los tres grupos, los líderes de las comunidades fueron quienes tuvieron una tasa de participación más baja.

Doce de los trece líderes invitados a las Jornadas participaron; quienes así lo hicieron permanecieron durante la totalidad del tiempo que duró el ejercicio.

Salvo las opiniones de las jerarquías técnicas centrales del MSPAS (Directores de Programas y Departamentos y Directores Regionales), quienes expresaron objeciones ante algunos de los hallazgos de ANSAL, los comentarios fueron coincidentes en relación a los principales problemas del sector y a las formas más efectivas para enfrentarlos. Los comentarios específicos se resumen en cada uno de los Informes Técnicos.

Comentarios escritos recibidos

Como se mencionó en el acápite sobre procedimiento, el borrador de este informe, lo mismo que los otros informes técnicos de ANSAL[11] tuvo amplia distribución con miras a recabar reacciones con fecha límite 18 de febrero, 1994. Como resultado se recibieron comentarios escritos tanto de personas como de instituciones de los sectores público y privado. De las diferentes comunicaciones recibidas por ANSAL, las siguientes tienen relación más directa con el tema **Financiamiento del Sector Salud**:

COMENTARIOS ESCRITOS

Estos comentarios se incorporaron como fue posible como correcciones, modificaciones y adiciones. Por falta de tiempo aquellas sugerencias que implicaban cambio en la estructura e más investigaciones no fueron posibles. En algunos casos había dificultades en obtener información.

Las hallazgos, conclusiones y recomendaciones que fueron el resultado de este proceso fueron discutidas en el seminario, mencionado anteriormente, que contó con la participación de líderes del Sector Salud a nivel nacional (representantes de instituciones públicos, donantes internacionales, ONGs, organizaciones profesionales, fundaciones, proyectos de USAID, y organizaciones privadas) a finales de febrero.

[11] Estos son: Situación de Salud; Situación Materno Infantil; Productos Farmacéuticos; Organización y Funcionamiento del Sistema de Salud; Financiamiento de los Servicios de Salud; recursos humanos en Salud; Infra-estructura e Inversión del Sector Salud; Demanda y Percepción Comunitaria de la Salud; Salud del Medio Ambiente.

REUNIONES CON PERSONAL DE SALUD Y REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD

Las 10 reuniones con personal de salud y representantes de la comunidad ocurrieron durante el mes de febrero de 1994 en los siguientes lugares: San Salvador, Chalatenango, Sensuntepeque, San Miguel, San Francisco Gotera, Sonsonate, Usulután, y Santa Ana. Personas de los siguientes grupos fueron invitados a participar: alcaldes, EDUCO, promotores de salud, parteras empíricas (de MSPAS y ONGs), médicos del área (de MSPAS, ONGs y médicos en ejercicio privado de la profesión), autoridades del MSPAS (de direcciones regionales de salud, hospitales, y centros de salud ubicados en el área), autoridades de las ONGs que proporcionan servicios de salud, representantes de iglesias con actividades en salud, miembros de patronatos, líderes comunitarios, y otros profesionales. Se dividieron las reuniones en presentaciones, discusiones y que giraron alrededor de tres tema, los cuales fueron elegidos por los participantes (la situación de salud, servicios de salud, y personal de salud y financiamiento).

Los comentarios y recomendaciones prioritarios según los participantes son los siguientes:

Recuperación de costos:
Comentarios
a) La oficina central del MSPAS puede comprar materiales a menos costo que en la comunidad.
b) Durante la guerra, los patronatos tuvieron un rol importante en los centros que el MSPAS no pudo atender--una indicación de la habilidad de estas instituciones para trabajar al nivel de la comunidad.

Recomendaciones
a) Establecer cuotas de usuario de acuerdo con la habilidad de cada individuo.
b) Desarrollar una sistema para recuperar costos. Por ejemplo, cada comunidad podría desarrollar una sistema de cuota de usuario; se clasicarían individuos de acuerdo con su habilidad de pagar, usando las fichas de los promotores de salud. Esto debe ocurrir al nivel de la comunidad--sería imposible a nivel nacional. Una de las razones que dieron los participantes de la importancia de las cuotas de usuario es la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud.
c) Es necesario establecer un paquete mínimo de servicio de salud--servicios adicionales (por ejemplo, servicios curativos) tendrían una cuota.
d) Crear patronatos legales en cada establecimiento para recolectar y administrar fondos.
e) Permitir que los unidades de salud reciben ayuda económica de otros fondos o pedir fondos de los usuarios
f) La comunidad debería asignar cuotas de acuerdo con la posición socio-económico de cada individuo

Presupuesto
Comentarios
a) GOES esta reduciendo el déficit con fondos del MSPAS

Recomendaciones
a) Por lo menos 8 por ciento del PIB debería ser para salud
b) Incrementar los presupuestos de salud, y también los de educación, agricultura, y ganadería
c) Las comunidades y el MSPAS juntos deberían administrar el presupuesto
d) Incrementar los recursos de las instituciones que son capaces de resolucionar las problemas más importantes
e) Aumentar el presupuesto para salud especialmente para medicina preventiva
f) Trasladar fondos de atención curativa a atención preventiva
g) Transferir fondos del Area Metropolitana al resto de la nación
h) La comunidad debería participar en la planificación y administración del presupuesto

i) Entregar el presupuesto a los alcaldes para administrar las programas bajo su responsabilidad (por ejemplo, recolección de basura y provisión de agua potable)
j) Establecer un fondo comunitario de la cual fondos podria ser entregados con necesidad de medicina o comida
k) Capacitación administrativa
l) Crear una sistema mezclada de autoridad sobre el presupuesto: estableciendo cuotas, salarios, etc.
m) Proporcionar incentivos financieros, capacitación, educación, recursos técnicos, supervisión, y evaluación para el personal de salud

Ayuda externa:
Comentarios
a) La ayuda externa está disminuyendo

Recomendaciones
a) Asegurar que se usan los fondos que quedan para asegurar que los que tienen necesidad reciben servicios de salud
b) Los fondos externos debe ser coordinados para asegurar suficientes fondos para las necesidades de las comunidades
c) El MSPAS debería solicitar ayuda externa

Eficiencia:
Comentarios
a) Problemas de coordinación y comunicación, falta de incentivos económicos, falta de capacitación y incentivos profesionales, falta de educación continua, falta de recursos técnicos, y mal supervisión y evaluación resultan en baja eficiencia en servicios de salud.
b) Individuos pagan para servicios si los perciben de buena calidad

Recomendaciones
a) Asignar recursos a salud materno-infantil
b) Pedir espacios en los medios de comunicación para educación sobre higiene
c) Incrementar salarios

ANEXO 2

PERSONAS ENTREVISTADAS

Mauricio Allyns, MIPLAN
Dr. Santiago Almedia, Jefe, Unidad de Epidemiología, MSPAS
Dr. Angulo, Director, CEL
Lic. Elmer Arturo Amaya Q., Jefe División Financiera, ISSS
Lic. Danilo Bonilla, Departamento de Estadísticas, ISSS
Lic. José Pablo Bonilla, MSPAS
Dr. Elizabeth Burleigh, Director, PROSAMI
Ing. Carlos Castaño, Jefe de Grupo y Asesor de Logística de Clapp & Mayne
Lic. David Castro, Planificación, MSPAS
Dr. Herbert Leonel Diaz Orellana, Subdirector, Estadísticas, MSPAS
Dr. Rolando Espinosa Hernández, Subdirector, Hospital Bloom
Lic. Carolina Franco, Servicios Médicos, CEL
Dr. Rogel Fuentes Amanzor, Director, Hospital Rosales
Dr. Mark Gallagher, Economista, USAID/El Salvador
Dra. Ana María de Gamera, Jefe, Departamento Médico, ISSS
Lic. Manuel de Jesús Gómez Benítez, Director, Bienestar Magisterial
Lic. Carlos Abraham León, Jefe de Planificación, Bienestar Magisterial
Lic. Milagro de Lemus, Jefe, Depto. Financiero Contable, MSPAS
Dra. Leonora de Linares, MSPAS
Dr. Edgar A. Martinez, Jefe, Estadísticas, MSPAS
Dra. Sonia E. Mancia de Melchor, Director, Departamento de Salud Comunitaria, MSPAS
Dr. Daniel R. Méndez Hernández, Director, Departamento de Ginecología y Obstetría, Hospital de ANTEL
Ing. Aldo Miranda Sol, Deputy Coordinator, Officina de Desarrollo Urbana y Rural, USAID/El Salvador
Srta. Ana Hilda Molina, Dept. de Estadísticas, Hospital de ANTEL
Dr. Fabio Molina Vaquerano, Planificación, MSPAS
Lic. Regina de Molina, Chief, Oficina de Planificación Financiero, MSPAS
Sr. José Antonio Ocón, tecnólogo, Estadísticas, MSPAS
Dr. José Antonio Perreira, Director, Planificación, MSPAS
Lic. Miriam Elizabeth Rivera Meres, Jefe, Computo, Dept. de Estadísticas, MSPAS
Capitán Luis Roberto Solís, Jefe, Sección 4, Ministerio de Defensa
Lic. Marco Trujillo Henríquez, Administrador, ANTEL Hospital
Dr. Juan R. Umaña Cerros, Director, Hospital, ANTEL
Dr. Humberto Alcides Urbina, Sub-director MSPAS
Lic. Juan Carlos Valdés, MIPLAN
Dr. Valle Martinez, Jefe del Departamento de Salud, CEL
Dr. Luis Antonio Villatorio, Hospital Bloom

BIBLIOGRAFIA

Banco Central de Reserva, 1993, *Tendencias económicas externas*. San Salvador: Embajada Americana.

Fiedler, J. L., 1991, *An Instutional Analysis of the Ministry of Health's User Fee Systems and the Development of a Handbook/Manual Focussing on the Design, Implementation and Management of User Fee Systems in El Salvador*. San Salvador: Clapp Mayne, Inc.

1992, *A Financial Analysis of El Salvador Ministry of Health's User Fee Systems*. San Salvador: Clapp & Mayne.

Fiedler, J., L. C. Gómez and W. Bertrand, 1993, *Antecedentes y situación actual del Sector Salud de El Salvador: Documento informativo para la evaluacion propuesta del Sector Salud*. San Salvador: Clapp and Mayne, Inc.

Gómez, L. C., 1990, *Household Demand for Health Care in El Salvador*. Arlington, VA: The Resources for Child Health Project.

1992, *Proyecto apoyo a los sistemas de salud "APSISA": El costo de los servicios del Ministerio de Salud de El Salvador*. 3 vols. San Salvador: Clapp and Mayne, Inc.

Investigaciones de Población y Mercado (IPM), 1987, *Estado actual de la capacidad instalada de servicios y facilidades de salud: Sector Privado e instituciones específicas del Sector Público en el area metropolitana de San Salvador*. San Salvador.

Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) *Estadísticas de salud*. Varios años. San Salvador: ISSS.

1993, *Síntesis*. San Salvador: ISSS.

Iunes, Roberto F., 1994, *Estudio: Evaluación del Sector Privado*. ANSAL. San Salvador.

Kolodin, S., and Ii, Masako, 1994, *Community Perceptions and the Demand for Health Services in El Salvador*. ANSAL. San Salvador.

Martínez, M. L. *Análisis institucional de los recursos presupuestarios financieros recibidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el período 1987-1990*.

McGreevey, W., 1990, *Social Security in Latin America: Issues and Options for the World Bank*.

Ministerio de Hacienda, 1980-86, *Informe complementario constitucional*. San Salvador: Dirección de Contabilidad, Ministerio de Hacienda.

1987- *Informe complementario constitucional/Informe sobre la liquidación del Presupuesto General* 1992 *y situación del Tesoro Público y Patrimonial Fiscal*. San Salvador.

Ley de Salarios. Varios años.

Ley del Presupuesto. Varios años.

MIPLAN, 1991, *Encuesta de ingresos y egresos de hogares a nivel nacional*. San Salvador.

Molina, Fabio, 1992, *Evaluación de metas asistenciales y análisis de actividades de consulta externa, servicios de apoyo y hospitalización*. San Salvador.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 1992, *Directorio de Instituciones Privadas de Desarrollo de El Salvador, 1992*. San Salvador: PNUD.

Cooperación financiera y técnica con El Salvador según los informes de los donantes. San Salvador.

Wight, J. B., Schmidt, R. M., & Fiedler, J. L., 1993, *The Role of Ministry of Health Hospitals in El Salvador: Current Situation, Alternative Options, and Financial Implications: Phase I*. Inter-Development Bank Report.