

La Eficiencia del Gasto Público en Educación y Salud en El Salvador, 2003 - 2013

Carolina Alas de Franco
Rocío de los Ángeles Méndez Pineda
José Andrés Oliva
Luz María Serpas de Portillo
Álvaro Trigueros Argüello

El Departamento de Países de
Centroamérica, México,
Panamá y la República
Dominicana (CID)

NOTA TÉCNICA N°
IDB-TN-974

La Eficiencia del Gasto Público en Educación y Salud en El Salvador, 2003 - 2013

Carolina Alas de Franco
Rocío de los Ángeles Méndez Pineda
José Andrés Oliva
Luz María Serpas de Portillo
Álvaro Trigueros Argüello

Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES)

Abril 2016

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del

Banco Interamericano de Desarrollo

La eficiencia del gasto público en Educación y Salud en El Salvador, 2003 - 2013 /
Carolina Alas de Franco, Rocío de los Ángeles Méndez Pineda, José Andrés Oliva,
Luz María Serpas de Portillo, Álvaro Trigueros Argüello.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 974)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Government spending policy-El Salvador. 2. Education-El Salvador-Finance. 3.
Public health-El Salvador-Finance. I. Alas de Franco, Carolina. II. Méndez Pineda,
Rocío de los Ángeles. III. Oliva, José Andrés. IV. Serpas de Portillo, Luz María. V.
Trigueros Argüello, Álvaro. VI. Banco Interamericano de Desarrollo. Departamento de
Países de Centro América, México, Panamá y la República Dominicana. VII. Serie.
IDB-TN-974

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2016 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



Abstract

La eficiencia del gasto público constituye un elemento fundamental para alcanzar los objetivos de desarrollo económico y social de los países. Este estudio tiene como objetivo analizar los niveles y tendencias del gasto público en los sectores de educación y salud de El Salvador. De igual forma, este documento da una primera aproximación para evaluar la eficiencia de dicho gasto en relación al desempeño de los principales indicadores de resultados en ambos sectores. El estudio contribuye a la literatura existente al utilizar una nueva base de datos que le permite explorar un enfoque territorial, documentando las disparidades de gasto y resultados sectoriales a nivel nacional y entre las distintas unidades político-administrativas (departamentos) para el periodo 2003-2013. Con base en lo anterior, se identificaron algunos espacios de mejora y se presentan algunas recomendaciones de política a nivel territorial. Dada la limitada información disponible en los países centroamericanos, este análisis se enmarca dentro de un esfuerzo regional de sistematización y homologación de los datos de gasto público e indicadores de insumo y resultados en estos dos sectores.

Clasificación JEL: H11, H51, H52

Palabras claves: Eficiencia, Gasto público, Gasto en Educación, Gasto en Salud, El Salvador

I.	Introducción.....	1
II.	Evolución y estructura del gasto público	1
1.	Organización Institucional	2
2.	Clasificación económica.....	3
3.	Clasificación funcional	5
4.	El gasto en educación en El Salvador.....	10
a.	Organización institucional del sector educación.....	10
b.	Gasto en educación.....	13
c.	Gasto público en educación por clasificación económica.....	14
d.	Gasto público en educación por clasificación funcional	16
5.	El gasto en salud en El Salvador	16
a.	Organización institucional del sector salud.....	16
b.	Gasto en salud.....	20
c.	Gasto público en salud por clasificación económica.....	22
d.	Gasto público en salud por clasificación funcional y por institución	27
III.	Análisis sectorial y territorial del nivel y eficiencia del gasto público	30
1.	Educación	30
a.	Gasto público en educación por territorialidad	30
b.	Cobertura y calidad	32
c.	Matriculación y culminación educación primaria y secundaria	36
d.	Deserción escolar	40
e.	Gasto por niveles de educación y por deciles de ingreso	41
2.	Salud	42
a.	Gasto público en salud por territorialidad	42
b.	Acceso a los servicios de salud	45
c.	Cobertura y Calidad de los servicios de salud	50
d.	Esperanza de vida al nacer y tasa de mortalidad	52
e.	Mortalidad Infantil	53
f.	Mortalidad materna	56
g.	Desnutrición infantil.....	57
h.	Atención integral de la salud a adolescentes	58
i.	Progresividad del gasto público en salud.....	60
IV.	Conclusiones y recomendaciones	60
1.	Conclusiones.....	60
a.	Educación	60
b.	Salud	62
2.	Recomendaciones	65
a.	Educación	65
b.	Salud.....	66
V.	Cuadro conclusiones	68
1.	Educación	68
2.	Salud	69
VI.	Bibliografía	70
VII.	Referencias de información.....	71
VIII.	Documentos oficiales y referencias legales.....	72
IX.	Siglas	72
X.	Anexos.....	73

GRÁFICAS

Gráfica 1 – Estructura del sector público.....	2
Gráfica 2 - Estructura del Sector Público No Financiero.....	3
Gráfica 3 – Incremento por rubros del gasto del SPNF en 2003-2013	4
Gráfica 4 – Incremento del gasto del Gobierno Central por Áreas de Gestión	7
Gráfica 5 – Incremento del gasto en Desarrollo Social por rubros específicos	9
Gráfica 6 - Composición del Gasto Total en Educación	13
Gráfica 7 – Organización SIBASI.....	19
Gráfica 8 – Gasto en remuneraciones sector público de salud, % del PIB.....	23
Gráfica 9 – Porcentaje de gasto público en remuneraciones del sector público (promedio 2007-2013 en us\$ dólares).....	31
Gráfica 10 – Gasto por alumno al año total, urbano y rural (Promedio 2007-2013, Ordenado mayor diferencia, US\$ dólares).....	32
Gráfica 11 – Total de escuelas por sector y nivel.....	33
Gráfica 12 - Tasa bruta de matrícula y población en edad correspondiente (2013)	34
Gráfica 13 - Tasa de matrícula y maestros de primaria y secundaria del Sector Público	36
Gráfica 14 - Tasas brutas de matrícula y estudiantes promedio por sección para 2013	39
Gráfica 15 - Relación pobreza-deserción escolar	41
Gráfica 16 – Relación entre el Gasto Público en salud per cápita y las tasas de mortalidad neonatal e infantil	55
Gráfica 17 – Relación entre el gasto público en salud per cápita y la tasa de mortalidad (de menores a 5 años por cada 1000 nacidos vivos)	55

CUADROS

Cuadro 1 - Gobierno Central: Ejecución presupuestaria de gastos por áreas de gestión y unidades primarias	6
Cuadro 2 - Principales gastos destinados al Desarrollo Social.....	8
Cuadro 3 - El Salvador, Gasto público social en educación por principales instituciones	14
Cuadro 4 – Estructura del gasto público en educación por clasificación económica	14
Cuadro 5 - Clasificación funcional del gasto en educación	16
Cuadro 6 – Gasto en Salud.....	21
Cuadro 7 - Ministerio de Salud (MINSAL): gasto ejecutado por clasificación económica	25
Cuadro 8 - Presupuesto ejecutado consolidado del MINSAL e instituciones adscritas al Ramo de Salud	27
Cuadro 9 - Gasto público en salud por instituciones	28
Cuadro 10 – Gasto según presupuesto de los hospitales del MINSAL.....	44
Cuadro 11 - ECOS y Unidades Comunitarias de Salud Familiar	46
Cuadro 12 - MINSAL: Gasto por nivel de atención	49

I. Introducción

Tras los impactos económicos de la crisis internacional de 2009, en El Salvador se ha observado un deterioro de las cuentas fiscales, manifestado en un déficit fiscal alto y recurrente (alrededor de 4% del PIB desde 2010), lo que conllevó a aumentar significativamente la deuda pública (58.3% del PIB en 2013). Adicionalmente, el país no logra aumentar el ritmo de crecimiento del PIB, situado por debajo de 2% desde 2010. Frente a la fragilidad de las finanzas públicas y el bajo desempeño económico, el país se encuentra ante la disyuntiva de realizar un ajuste fiscal; al mismo tiempo, afronta la necesidad de aumentar el gasto social, principalmente, en educación, salud y protección social, así como para atender un enorme problema de inseguridad ciudadana.

Considerando que el gasto en educación y salud ha aumentado rápidamente en los últimos años, el objetivo de este estudio es evaluar la eficiencia del gasto en ambos sectores. Dada la restricción de recursos fiscales, el buen uso de estos es un elemento clave para asegurar mejoras sustanciales y sostenibles en la salud y educación.

Como parte de la metodología para elaborar este trabajo, se revisó la literatura disponible en relación con la eficiencia del gasto público, principalmente respecto a salud y educación; también se efectuaron entrevistas con especialistas en esta temática. Para el análisis cuantitativo, se ha utilizado la información disponible en las entidades públicas de las áreas de salud y educación, como la Secretaría Técnica de la Presidencia de la República, y los Ministerios de Educación y Salud (STP, MINED y MINSAL). También se ha utilizado información publicada por organismos internacionales basada en fuentes oficiales. Debido a que se trata de un estudio a escala territorial, algunos indicadores fueron obtenidos a partir de los datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, censos de población y otras estadísticas generadas por la Dirección de Estadísticas y Censos (DIGESTYC). Muchos datos no están disponibles por departamento y zona geográfica, por lo que se realizaron algunas estimaciones con base en la información obtenida. Otra limitante ha sido la inexistencia de datos para algunos indicadores requeridos por la metodología aplicada.

El análisis de la eficiencia se aproxima por medio de la desagregación de indicadores de gasto público, de insumos, productos y resultados a escala territorial, principalmente los 14 departamentos del país, y por área rural y urbana, para evaluar cómo se podría reasignar el gasto en estos rubros y así lograr mayor eficiencia. El análisis de los insumos está orientado a identificar si ha habido resultados positivos para la población, a partir del incremento del gasto de los recursos físicos y otros. La eficiencia del gasto se mide tanto por el efecto cuantitativo o producto en relación con los recursos utilizados, como por los impactos en las condiciones de vida de la población.

Dadas las restricciones fiscales que afronta el país, la mejora en la eficiencia del gasto público, particularmente en salud y educación, permitiría producir más o mejores servicios públicos con los recursos disponibles. De allí se desprende la relevancia de estudios como éste, principalmente porque la experiencia internacional muestra que el aumento del gasto en salud y educación no siempre se ha traducido en servicios de mejor calidad.

En la primera parte del estudio se presenta la evolución y estructura del gasto público, su clasificación económica y funcional, así como una primera aproximación al gasto público en educación y salud. Asimismo, se aborda el análisis institucional de ambos sectores. En la segunda parte, se desarrolla el análisis de los indicadores para evaluar la asignación del gasto público y su eficiencia en el ámbito departamental, así como por área rural y urbana. Luego de esto, se derivan conclusiones y recomendaciones.

II. Evolución y estructura del gasto público

Las finanzas públicas en El Salvador enfrentan una situación de deterioro. La tendencia histórica revela un continuo desequilibrio entre gastos e ingresos públicos que ha generado déficits recurrentes; en los últimos años esta brecha se ha ensanchado y ha sido el detonante para generar un crecimiento acelerado de la deuda pública, que escaló más de 20 puntos

del PIB en 2007-2013 hasta alcanzar 58.3% del PIB¹. Examinando las principales tendencias, se observa que en 2003-2013 los ingresos totales como razón del PIB muestran un desempeño positivo, al pasar de 16.2% a 19.3%. Dentro de este total, es notorio el avance de la recaudación tributaria, pues la carga neta ascendió desde 11.5% del PIB en 2003 a 15.4% en 2013, el coeficiente más alto del período (anexo 2). Este incremento se explica principalmente por reformas tributarias que rindieron frutos pese a un lento crecimiento económico durante el decenio (1.8% anual en términos reales). Desde la contracción registrada en 2009, la economía fue impactada sensiblemente por los efectos de la crisis financiera internacional y factores internos, el ritmo de crecimiento en El Salvador no se ha recuperado. Esto contrasta con Centroamérica y Latinoamérica que, en promedio, han retomado el dinamismo después de la crisis.

A pesar del incremento en la carga tributaria, la tendencia de la deuda pública es creciente y, por lo tanto, hay una necesidad urgente de un ajuste fiscal acompañado de medidas para reactivar el crecimiento económico. En este contexto, se complica la aspiración de incrementar el gasto como porcentaje del PIB y, por tanto, es imperativo establecer cuidadosamente las prioridades del gasto público, particularmente del gasto social, a efecto de preservar la estabilidad macroeconómica y al mismo tiempo beneficiar a los sectores que más lo necesitan.

El sector público en El Salvador ha mostrado un incremento relativo de su peso en la economía entre 2003 y 2013. El gasto² del Sector Público No Financiero (SPNF) subió de 19.9% del PIB en 2003 a 23.3% del PIB en 2013 (Anexos 1 y 2), en términos nominales se incrementó 1.9 veces y en términos reales—utilizando el deflactor del PIB—se incrementó 1.4 veces. A continuación se presenta una descripción de la organización institucional del Estado salvadoreño, luego se hace un primer análisis de la clasificación económica del gasto y, finalmente, de la clasificación funcional.

1. Organización Institucional

El sector público está compuesto por el Gobierno General y las Empresas Públicas. Las Empresas Públicas se dividen entre no financieras, que son cuatro, y 14 instituciones financieras. Por su parte, el Gobierno General está compuesto por dos niveles de gobierno, el Gobierno Central, cuyas competencias están establecidas en todo el territorio nacional, y los Gobiernos Locales, constituidos por 262 Alcaldías y Consejos Municipales. El Gobierno Central está compuesto por 28 unidades primarias e instituciones, incluidas en los tres órganos del Estado, que son el Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Dichas instituciones incluyen a la Presidencia de la República y 13 de sus Ministerios con sus dependencias, los órganos Legislativo y Judicial, y 12 unidades primarias adicionales (Gráfica 1). Hay un total de 50 instituciones descentralizadas adscritas a la Presidencia de la República o a los diversos ramos o ministerios, y 30 hospitales y 6 instituciones subvencionadas del sector salud. Todo esto, salvo las instituciones financieras públicas y los 262 municipios, están incluidas en el presupuesto nacional y en los informes financieros de gestión que se publican anualmente, y que se registran con valores devengados.

GRÁFICA 1 – ESTRUCTURA DEL SECTOR PÚBLICO

SECTOR PÚBLICO					
GOBIERNO GENERAL					EMPRESAS PÚBLICAS
GOBIERNO CENTRAL				GOBIERNOS LOCALES	NO FINANCIERAS
EJECUTIVO	LEGISLATIVO	JUDICIAL	OTROS		
Presidencia	Asamblea Legislativa	Corte Suprema de Justicia y Juzgados	FGR, PGR, PDDH, CNJ, CC, TSE, TEG	262 Alcaldías y Consejos Municipales	CEL, CEPA, ANDA, LOTERÍA
13 Ministerios y Dependencias					FINANCIERAS BMI, BFA, FSV, FONAVIPO etc.

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe de la Gestión Financiera del Estado 2013.

¹ Ver FMI (2013) y GTSF (2013).

² En el total de gastos se incluye la erogación para pago de pensiones del antiguo sistema público que realiza anualmente el gobierno y que se financia por medio del fideicomiso de obligaciones previsionales (FOP), representando el costo de transición de un sistema de reparto a uno de capitalización individual. Trigueros (2007) describe la reforma y creación del FOP.

Por otra parte, la información del SPNF se registra a partir del flujo de caja y su información es publicada por el Banco Central de Reserva (BCR) y no se puede comparar con la metodología utilizada en el presupuesto nacional. La cobertura es diferente ya que, además de incluir las instituciones mencionadas en el presupuesto, también incluye como municipios a las cabeceras departamentales y las cabeceras de distritos (Gráfica 2); incluye al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) en su componente de salud, pero no el componente de pensiones, y excluye al Instituto de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP) que es parte de las entidades financieras públicas. Sin embargo, el BCR publica una partida informativa sobre el gasto para cubrir pensiones públicas financiadas por medio de emisión de deuda y que corresponden al pago corriente de pensiones, reflejando el costo de transición por la reforma que entró en vigencia en 1998 dado que a partir de 2001 se agotaron las reservas técnicas del sistema de pensiones público. Cuando este trabajo se refiere al SPNF, incluye el gasto de pensiones por ser un gasto corriente que se agrega al gasto del Gobierno Central.

GRÁFICA 2 - ESTRUCTURA DEL SECTOR PÚBLICO NO FINANCIERO



Fuente: Dirección de Políticas Económica y Fiscal, Ministerio de Hacienda.

2. Clasificación económica

El incremento del gasto se ha dado más que todo en los gastos corrientes, que pasaron de 16.3% a 20.1% del PIB entre 2003 y 2013. En 2013, el gasto del SPNF se divide entre 86% de gastos corrientes y 14% de gastos de capital.

En un primer momento el incremento en el gasto corriente se dio en las transferencias, sobre todo por los subsidios generalizados que comenzaron a elevarse en 2006, lo cual fue una respuesta común en la región³ ante el incremento de los precios de granos básicos y de energía. En los años siguientes, los subsidios se fueron expandiendo paulatinamente, principalmente a través del congelamiento de precios en electricidad, gas licuado, transporte público y agua, lo que implica generalizarlos a todos los estratos de la población⁴, con altos errores de exclusión e inclusión⁵. Desde 2005 se fueron introduciendo programas de protección social, como el de Red Solidaria, con transferencias monetarias condicionadas a acciones en salud y educación, y la entrega de paquetes de semilla mejorada para la siembra de maíz y frijoles a pequeños agricultores. De esta forma las transferencias corrientes se elevaron 1.2 puntos del PIB en el período analizado (Gráfica 3), representando el segundo rubro más grande del incremento del gasto corriente. Destaca que el principal componente de las transferencias corrientes en 2013 corresponde a los subsidios generalizados al consumo de gas licuado, electricidad y

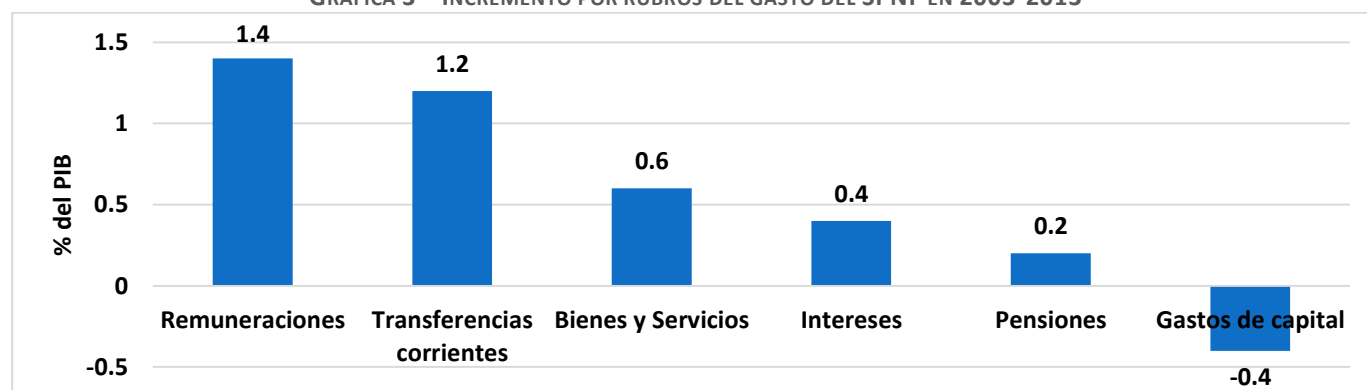
³ Ver por ejemplo BID (2013).

⁴ Ver Navajas, Fernando y Daniel Artana (2008).

⁵ Si el objetivo de los subsidios es destinarlo a un grupo meta, por ejemplo el 40% más pobre de los hogares, el porcentaje de hogares de altos ingresos que reciben el subsidio, sobre el total de hogares es el error de inclusión; por otra parte, el porcentaje de hogares pobres que no recibe el subsidio sobre el total, es el error de exclusión.

transporte público, alcanzando la suma de US\$371 millones que equivale a 56.5%; por su parte, el programa Comunidades Solidarias Rurales⁶, ejecutó US\$45.4 millones el mismo año, equivalente a 6.9% de las transferencias corrientes.

GRÁFICA 3 – INCREMENTO POR RUBROS DEL GASTO DEL SPNF EN 2003-2013



Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo 1.

Pese a que ha habido avance en la forma de entrega de los subsidios-particularmente en el de gas licuado-, aún existe espacio para realizar un uso más eficiente de los recursos mediante la focalización hacia la población más vulnerable, pues los reciben estratos superiores en la distribución de ingresos que no deberían ser el objetivo de este gasto (Tornarolli y Vásquez, 2013).

Una segunda ola de incrementos del gasto corriente comenzó en 2009, coincidiendo con un año de elecciones presidenciales. El gasto en remuneraciones saltó de 7.1% del PIB en 2008 a 8% en 2009, y con saltos considerables en 2011 y 2013 hasta llegar a 8.7% del PIB en 2013. En los diez años analizados el gasto en remuneraciones se elevó en 1.4 puntos del PIB, representando el rubro más grande del incremento en el gasto corriente (Gráfica 3). El gasto en remuneraciones es uno de los rubros que se vuelve rígido hacia la baja y no necesariamente se traduce en mejoras en la calidad de los servicios públicos, si no se acompaña de reformas al servicio civil. La explicación de la expansión de las remuneraciones entre 2008 y 2013 es el crecimiento del número de empleados públicos; por ejemplo, el promedio de cotizantes del sector público al ISSS entre 2008 y 2013 se elevó 24.1%, mientras que en ese mismo período el incremento acumulado del PIB real fue 4% y el crecimiento acumulado del número de cotizantes del sector privado fue 6.2%. En ese mismo período, el salario nominal promedio de los cotizantes del sector público al ISSS creció 12.1%, frente a una inflación acumulada de 9.3%.

Los gastos en bienes y servicios es el tercer rubro de gasto corriente que más incrementó entre 2003 y 2013. De representar 3.8% del PIB en 2003 escaló a 4.4% en 2013, aunque es inferior a los montos canalizados a remuneraciones, el último año mostró un incremento nominal de 17.5% pese a la existencia de un decreto ejecutivo de austeridad. Su tendencia general ha sido hacia el alza, pero no de forma uniforme: subió a 4% en 2005, después bajó a 3.6% en 2007, año en que hubo un congelamiento del presupuesto, pero luego subió por tres años consecutivos hasta llegar a 4.4% del PIB en 2010, los siguientes dos años disminuyó, y en 2013 volvió a subir a 4.4% del PIB. Estos movimientos muestran las dificultades que se han experimentado para controlar el gasto en bienes y servicios.

El pago de intereses aumenta en la medida que incrementa la deuda del país. Desde la crisis financiera internacional en 2008, las tasas de interés se han situado en niveles históricamente bajos y esto ha incidido en una menor erogación por intereses. Por esta razón, el pago de intereses ha experimentado un incremento moderado de 0.4 puntos del PIB entre 2003 y 2013, y en este último año representa 12.2% de los gastos corrientes o 10.5% del gasto total. Hacia adelante, se espera que este rubro se incremente en la medida que se retiren los estímulos monetarios de los bancos centrales de los países desarrollados, particularmente el de Estados Unidos. Ante una recuperación económica mundial las condiciones financieras internacionales tenderán a normalizarse y las tasas de interés internacionales aumentarán, lo que implica un reto importante para las finanzas públicas salvadoreñas dado el creciente saldo de la deuda.

⁶ Incluye bonos de salud y educación, bonos al adulto mayor, programa de apoyo temporal al ingreso (PATI) y veteranos de guerra.

En El Salvador el pago de pensiones es importante, representando un promedio de 1.7% del PIB durante 2003-2013, y 9.1% del gasto corriente o 7.8% del gasto total en 2013. En 2001 el Estado empezó a pagar la deuda de pensiones del antiguo sistema público, luego de haber hecho una reforma en la que a partir de 1998 se transitaba de un sistema de reparto a uno de capitalización individual. En los años venideros, esta erogación aumentará en la medida que más personas que cotizaron al sistema de reparto cumplan los requisitos para jubilarse y en la medida que los beneficios fueron aumentando por medio de varias reformas. Según World Bank y IADB (2010)⁷, en 2008 el déficit actuarial llegaba a 78.4% del PIB⁸. Este gasto continuará presionando las finanzas públicas por varias décadas y requiere de reformas importantes para evitar que se vuelva una carga inmanejable. No obstante, entre 2003 y 2013 el incremento es menor al de los gastos corrientes mencionados anteriormente.

Por su parte, el gasto de capital tuvo una tendencia decreciente en 2003-2013, partiendo de que en 2003 ascendió a 3.7% del PIB, influenciado por la finalización de los trabajos de reconstrucción pos-terremotos de 2001 que implicó gastos extraordinarios en inversión en infraestructura, sobre todo en carreteras y escuelas. Excluyendo ese año, el gasto de capital se estancó alrededor de 3% del PIB por los últimos seis años. Entre 2009 y 2012 buena parte de este promedio logró mantenerse únicamente por la inversión efectuada con los recursos de la donación de la Corporación de Fondos del Milenio (FOMILENIO) por US\$460 millones, la cual ya fue concluida. En los primeros diez meses de 2014 se está experimentando una reducción de 14.2% en el gasto de capital, frente a la presión del gasto corriente de los últimos diez años.

Ante los desafíos económicos y sociales existe la necesidad de aumentar la inversión pública, pero esto no será posible sin una contención del gasto corriente, mayores ingresos tributarios vinculados al crecimiento económico, y apertura para la participación de inversión infraestructura por medio de socios público-privados. Esto último podría ser posible con la aprobación de la nueva Ley de Socios Públicos Privados en El Salvador, aunque la citada ley excluye a los sectores de salud, educación, agua y saneamiento.

Casi 40% de la inversión pública en 2003-2013, o 1.2% del PIB en 2013 (anexos 3 y 4), se destina al desarrollo urbano y comunal, que incluye las inversiones en el sector vivienda, pero sobre todo la realizada por los 262 municipios destinatarios del Fondo para el Desarrollo Económico y Social de los Municipios de El Salvador (FODES), utilizado principalmente para obras viales, 44.9%, y porcentajes significativos para electrificación (8.5%) y educación (18.4%). Del total de la inversión del SPNF, 24% se destinó en este mismo período a transporte y almacenamiento, luego le siguen salud con 7.3% (un promedio de 0.20% del PIB), energía con 6.3%, y educación y cultura con 6.3% (un promedio de 0.18% del PIB).

3. Clasificación funcional

Claramente entre 2003 y 2013 el gasto social ha representado la prioridad principal en el presupuesto público. Tomando como referencia la ejecución del gasto del Gobierno Central⁹ se observa que en áreas de gestión, la que ocupa con creces el

⁷ El Salvador Public Expenditure Review, Enhancing The Efficiency and Targeting of Expenditures, Chapter 5, “The Pension System: Moving toward sustainability and extended coverage”, pp. 101-129.

⁸ Otro estudio señala que el déficit actuarial en 2011, también a una tasa de 4% de descuento, como la citada por World Bank y IADB (2010), fue de 72.1%. Ver Melinsky (2012) y Serpas de Portillo (2014).

⁹ En esta sección se aproxima la clasificación funcional por medio de las áreas de gestión reportadas en la ejecución financiera de los presupuestos de 2003 a 2013 del gobierno central. Sin embargo, para reflejar realísticamente la evolución y clasificación funcional del gasto se han hecho algunas modificaciones. En primer lugar, se ajustaron las cuentas por gasto de pensiones, que no están debidamente computados en los informes de gestión, ya que desde 2001 hay un componente que está a cargo del fondo general debido al agotamiento de las reservas técnicas del sistema de pensiones público; se eliminó el fondo de amortización de pensiones, que equivale a amortización de deuda, y se sustituyó por el déficit de pensiones que se financia anualmente para pago de pensiones corrientes. En segundo lugar, se reclasificó el gasto de subsidios para mantenimiento de las tarifas de gas licuado y transporte público de pasajeros, los cuales aparecen en el área de gestión de desarrollo económico, pero se trasladó al área de gestión de desarrollo social. Igualmente, se reclasificó y completó la serie del subsidio a energía eléctrica por medio del fondo nacional para la energía eléctrica y telecomunicaciones (FINET), ya que en

primer lugar es la del Desarrollo Social, que pasó del 49.2% del gasto total del Gobierno Central en 2003, a 57.5% en 2013, con un incremento de 8.4% en la estructura porcentual. En términos reales dicho gasto creció 72.4%, y como porcentaje del PIB subió de 8.1% a 11.6% (Cuadro 1).

CUADRO 1 - GOBIERNO CENTRAL: EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DE GASTOS POR ÁREAS DE GESTIÓN Y UNIDADES PRIMARIAS (PORCENTAJE DEL PIB Y ESTRUCTURA PORCENTUAL)

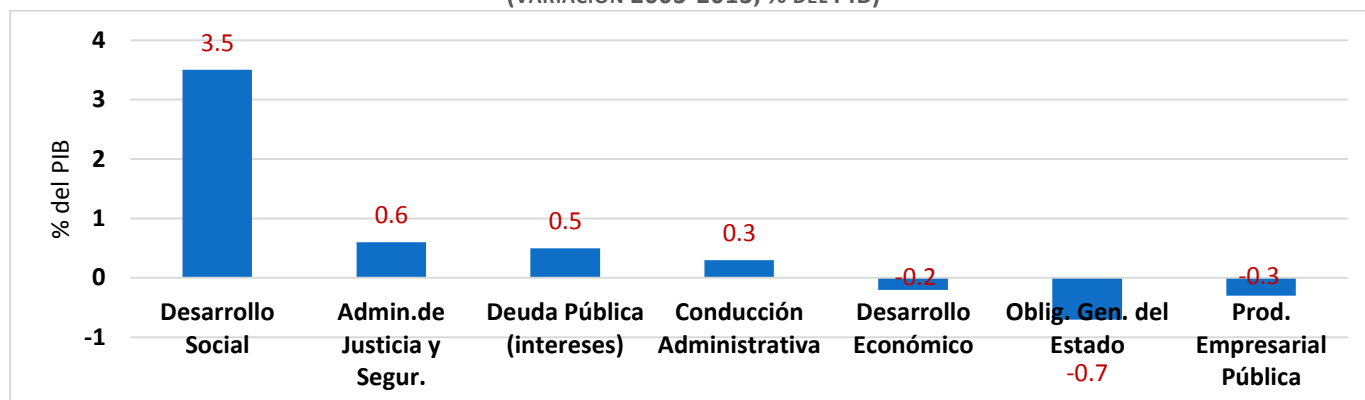
Porcentaje del PIB											
Áreas de Gestión	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Desarrollo Social	8.1	7.9	8.7	8.6	8.4	8.7	10.3	10.2	10.6	11.1	11.6
Administración de Justicia y Seguridad Ciudadana	2.2	2.2	2.3	2.3	2.4	2.7	2.7	2.8	2.7	2.7	2.8
Deuda Pública (intereses)	1.7	2.2	2.1	2.6	2.1	2.0	2.2	2.2	2.1	2.1	2.2
Conducción Administrativa	1.8	1.7	1.8	1.9	1.8	1.8	2.0	2.0	2.0	2.0	2.1
Apoyo al Desarrollo Económico	1.5	1.5	1.6	1.6	1.2	1.1	1.1	1.3	1.3	1.3	1.3
Obligaciones Generales del Estado	0.9	1.1	0.7	0.6	0.3	0.3	1.3	0.3	0.2	0.1	0.2
Producción Empresarial Pública	0.3	0.0	0.0	0.1	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
TOTAL	16.4	16.6	17.0	17.7	16.3	16.8	19.6	18.7	19.0	19.4	20.2
Estructura porcentual											
Áreas de Gestión	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Desarrollo Social	49.2	47.5	51.2	48.7	51.6	51.8	52.8	54.3	56.0	57.5	57.5
Administración de Justicia y Seguridad Ciudadana	13.6	13.3	13.3	13.0	14.5	16.0	13.6	14.9	14.3	13.8	13.9
Deuda Pública (intereses)	10.1	13.2	12.2	14.9	12.9	11.9	11.2	11.8	11.3	10.7	10.7
Conducción Administrativa	10.8	10.5	10.3	10.5	11.0	11.0	10.2	10.6	10.5	10.4	10.3
Apoyo al Desarrollo Económico	9.4	8.9	9.1	9.2	7.6	6.6	5.5	6.9	6.7	6.8	6.6
Obligaciones Generales del Estado	5.4	6.6	3.9	3.2	2.0	1.8	6.7	1.4	1.3	0.8	1.0
Producción Empresarial Pública	1.5	0.0	0.0	0.4	0.5	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Anexo 5.

En total, el gasto del Gobierno Central entre 2003 y 2013 se incrementó en 3.8% del PIB, pasando de 16.4% del PIB a 20.2%. La mayor parte de esta creciente participación del Estado en la economía se ha dado con el gasto en Desarrollo Social, con un incremento de 3.5% del PIB en el mismo período (Gráfica 4), absorbiendo casi todo el incremento relativo del sector público.

algunos años no se reporta, y luego se trasladó todo al desarrollo social, junto con los otros dos subsidios. Al gasto por deuda pública se le omiten las amortizaciones, ya que éstas alteran los porcentajes de acuerdo a los vencimientos de los diversos préstamos. El gasto de salud del ISSS no está comprendido en el gobierno central, pero esto se incluye en el análisis sectorial más adelante.

**GRÁFICA 4 – INCREMENTO DEL GASTO DEL GOBIERNO CENTRAL POR ÁREAS DE GESTIÓN
(VARIACIÓN 2003-2013, % DEL PIB)**



Fuente: Anexo 5.

En segundo lugar destaca el crecimiento del gasto en Administración y Justicia Ciudadana con un incremento de 0.6% del PIB. El tercer lugar lo ocupa el aumento del pago de intereses, el cual ha aumentado en 0.5% del PIB no por la tasa de interés sino por el incremento en el monto de la deuda pública. El cuarto lugar lo ocupa la Conducción Administrativa, que se incrementó en 0.3% del PIB. Destaca la reducción en dos rubros importantes, en primer lugar el apoyo al Desarrollo Económico en 0.2% del PIB, y las Obligaciones Generales del Estado en 0.7% del PIB. Esta última reducción se ha dado por la omisión del registro de las devoluciones del Impuesto al Valor Agregado (IVA) en US\$74.4 millones entre 2003 y 2013, aunque principalmente desde 2007, así como por la eliminación del Drawback a las Exportaciones a partir de 2012, con una reducción de US\$13.5 millones para el mismo período. A continuación se desarrolla cada uno de estos rubros en sus características principales.

El gasto en Desarrollo Social en 2013 se distribuye principalmente en educación (30.5%), salud (20.6%), pensiones pagadas con fondo general (15.7%), subsidios a gas licuado, transporte y electricidad¹⁰ (13.2%), la transferencia a los gobiernos municipales (10.9%), y fondos destinados al Programa Comunidades Solidarias (urbanas y rurales) y Desarrollo Local (3.6%), programas manejados por la Presidencia de la República (2.5%), Programa de Rehabilitación de Lisiados (1.4%), Obras Públicas (0.8%), Trabajo y Previsión Social (0.5%), y lo destinado al Fondo de Inversión para el Desarrollo Local de El Salvador (FISDL) (0.2%) (Cuadro 2 y Anexo 6).

Destaca que de estos rubros el que más creció en términos absolutos entre 2003 y 2013 es educación (US\$392.8 millones), seguido por salud (US\$353.3 millones), los subsidios generalizados (US\$296.3 millones), el gasto de transferencia para los gobiernos municipales (US\$200.4 millones), las pensiones (US\$192.7 millones), y los programas de protección social (US\$101 millones).

¹⁰ El subsidio de agua no está incluido en los Informes de Gestión Financiera Del Estado, por ser un subsidio implícito, y entre carteras del estado se liquida la diferencia entre el costo y el precio al consumidor, principalmente entre CEL y ANDA.

CUADRO 2 - PRINCIPALES GASTOS DESTINADOS AL DESARROLLO SOCIAL
(% DEL PIB Y ESTRUCTURA PORCENTUAL)

Porcentaje del PIB											
Áreas de Gestión	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
DESARROLLO SOCIAL	8.1	7.9	8.7	8.6	8.4	8.7	10.3	10.2	10.6	11.1	11.6
Educación	3.1	2.9	2.9	2.8	2.9	3.0	3.7	3.2	3.3	3.5	3.5
Salud Pública y Asistencia Social	1.5	1.5	1.6	1.7	1.7	1.7	2.0	2.1	2.0	2.1	2.4
Pensiones pagadas con Fondo General	1.7	1.8	1.9	1.9	1.6	1.5	1.7	1.7	1.8	1.8	1.8
Subsidios de Gas, Transporte y Electricidad para mantener tarifas a usuarios residenciales	0.5	0.5	0.7	0.8	0.8	1.0	1.2	1.2	1.5	1.6	1.5
Gobiernos Municipales (FODES)	0.7	0.8	0.8	0.9	0.9	0.9	1.1	1.1	1.2	1.3	1.3
Programa de Comunidades Rurales, Urbanas y Desarrollo Local	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.4	0.4	0.4
Presidencia de la República	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.3	0.3
Programa de Rehabilitación de Lisiados	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.2
Otros	0.3	0.2	0.4	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.1	0.1	0.2
Estructura porcentual											
DESARROLLO SOCIAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Educación	38.4	37.2	33.7	32.9	34.0	33.9	35.4	31.6	31.1	31.1	30.5
Salud Pública y Asistencia Social	18.6	18.8	18.4	19.6	20.3	19.6	19.8	20.3	19.2	18.6	20.6
Pensiones pagadas con Fondo General	20.6	22.2	22.0	21.9	18.9	17.2	16.2	16.4	16.5	15.8	15.7
Subsidios de Gas, Transporte y Electricidad para mantener tarifas a usuarios residenciales	6.1	6.0	8.3	9.4	9.7	11.6	11.5	11.9	14.2	14.5	13.2
Gobiernos Municipales (FODES)	8.7	9.9	9.6	10.1	10.9	10.9	10.7	10.5	11.1	11.4	10.9
Programa Comunidades Solidarias Rurales, Urbanas y Desarrollo Local	0.0	0.0	0.0	0.8	0.8	1.1	1.7	2.3	3.6	3.7	3.6
Presidencia de la República	2.1	2.1	1.9	1.8	1.3	1.2	1.1	2.1	2.5	2.3	2.5
Programa de Rehabilitación de Lisiados	1.0	1.1	0.9	0.8	0.9	0.8	1.0	1.8	0.9	1.3	1.4
Otros	3.6	2.5	4.5	2.4	2.7	3.5	2.5	2.8	0.8	1.2	1.5

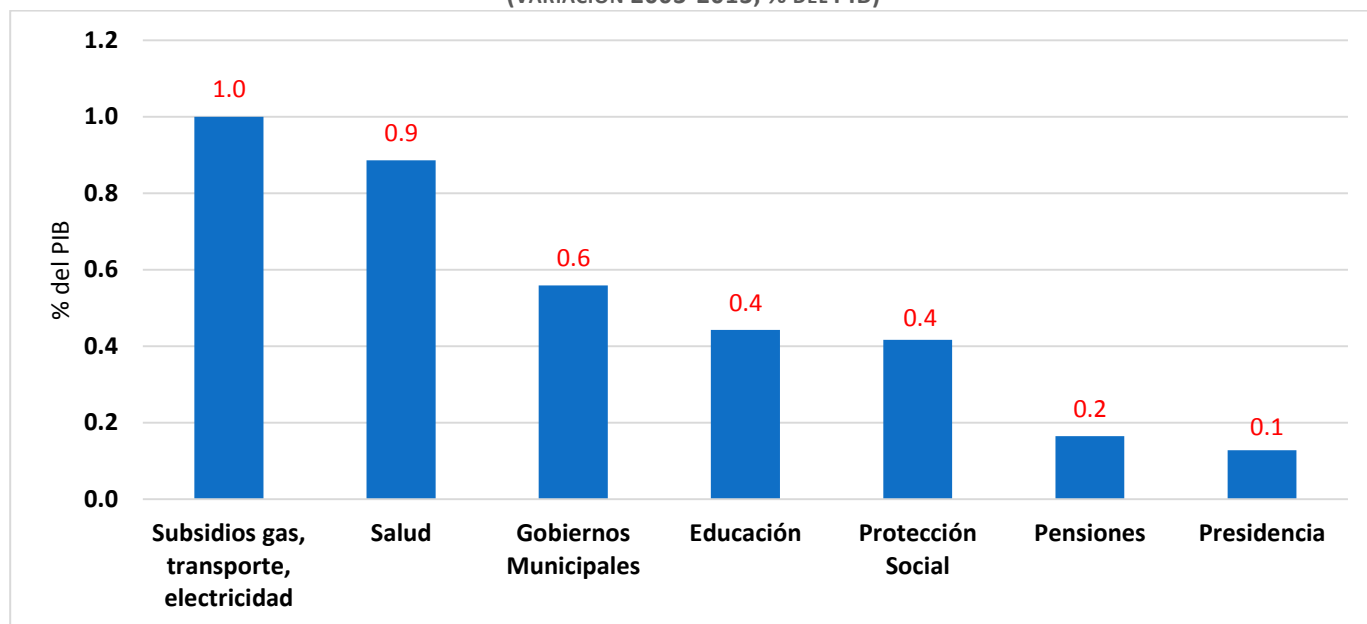
Fuente: Anexo 6

El gasto social se elevó de 8.1% del PIB en 2003 a 11.6% del PIB en 2013, con un incremento de 3.5% del PIB (Cuadro 2). Al examinar en detalle cómo se ha distribuido dicho aumento, destaca que el mayor cambio en la política social se dio con el incremento de los subsidios para mantener tarifas en el consumo de gas licuado, energía eléctrica y transporte público, pasando de 0.5% del PIB en 2003 a 1.5% en 2013, con un incremento de 1% del PIB (Gráfica 5 – Incremento del gasto en Desarrollo Social por rubros específicos

(variación 2003-2013, % del PIB)).¹¹ El gasto en subsidios generalizados tiene el problema de fuertes errores de inclusión y de exclusión, por lo cual se puede lograr una mejora en la eficiencia del gasto público redirigiendo este gasto hacia partidas más efectivas y eficientes, y simultáneamente mejorar la focalización de los mismos a través de comprobación previa de medios de vida (Navajas y Artana (2008), Trigueros Argüello (2008), World Bank and IADB (2010)).

¹¹ Los subsidios no son incluidos plenamente en la información de ejecución financiera del estado y además se clasifican en el rubro de desarrollo económico, no en el rubro de desarrollo social, además que en varios años se omite el registro de tales subsidios. Por ejemplo, a partir de 2012 se trasladó el gasto del subsidio en electricidad a la empresa pública Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa (CEL). Igualmente, en 2011 no aparece en el Informe de Gestión Financiera una parte del subsidio al gas licuado que se adelantó en pago un par de meses a los distribuidores de gas, previo a la liberalización del precio del mismo y para pasar a un mecanismo de subsidio directo a los hogares. Los casos que se conocen a partir de presentaciones del Ministerio de Hacienda que el gasto en subsidios es mayor, no se han incluido en este análisis para no alterar los totales del Informe de Gestión Financiera, se requiere de mayor información para determinar qué es lo que hay que sumar y restar.

**GRÁFICA 5 – INCREMENTO DEL GASTO EN DESARROLLO SOCIAL POR RUBROS ESPECÍFICOS
(VARIACIÓN 2003-2013, % DEL PIB)**



Fuente: Anexo 6.

El segundo lugar en incremento relativo al PIB lo ocupa el gasto en salud pública, referido al gasto que realiza el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MINSAL), el cual pasó de 1.5% del PIB en 2003 a 2.4% en 2013 (Gráfica 5); el incremento se debe en parte a aumentos salariales, número de empleados, incremento en gastos de funcionamiento, y en inversión por la construcción de hospitales.¹² El tercer componente de mayor incremento respecto al PIB es la transferencia del FODES, que hace el Gobierno Central a los 262 municipios del país y se establece por ley como un porcentaje de los ingresos corrientes netos del Estado, con valores que han ido subiendo de 6% hasta el 8% en los últimos años. El FODES pasó de 0.7% del PIB a 1.3% del PIB, acumulando un incremento de 0.6% del PIB (Gráfica 5 – Incremento del gasto en Desarrollo Social por rubros específicos (variación 2003-2013, % del PIB)). El gasto municipal total se financia, además de las transferencias del FODES, con el cobro de tasas e impuestos municipales, y endeudamiento municipal. El cuarto lugar lo ocupa el aumento en educación, que si bien es el rubro más alto en montos absolutos, pasó de 3.1% a 3.5% del PIB entre 2003 y 2013.

El siguiente lugar, lo ocupan los programas de protección social más emblemáticos, que pasaron de 0% del PIB en 2003 a 0.4% en 2013, pero que en 2013 apenas alcanzan un monto de US\$101 millones, a pesar de estar mejor focalizados que los subsidios generalizados. Estos programas se iniciaron en 2005, con la creación del programa Red Solidaria de transferencias monetarias condicionadas (TCM) a la asistencia a la escuela y controles de salud de menores de 12 años y mujeres embarazadas, para familias rurales de los 100 municipios más pobres del país, y que en 2009 se le cambió el nombre a Comunidades Solidarias Rurales. En 2010 se introdujo el Programa de Apoyo Temporal al Ingreso (PATI). Posteriormente se introdujo un programa de pensiones no contributivas para adultos mayores que no reciben beneficios de los sistemas actuales y que viven en áreas rurales de los municipios más pobres del país, con una transferencia de US\$50 por persona al mes.

Como se mencionó en el análisis del gasto por clasificación económica, el gasto en pensiones ocupa una posición importante en el gasto social, pues en 2013 representó 15.7% del gasto social. Las pensiones pasaron de 1.66% en 2003 a 1.82% del PIB en 2013, con un incremento de 0.16% del PIB, lo que revela que no es el incremento más importante durante el período. La preocupación principal con las erogaciones de pensiones que corresponden al costo de transición de la reforma de 1996, es que no se hizo la reforma tributaria complementaria y desde 2001 en su mayor parte se paga con endeudamiento, primero

¹² El gasto público en salud se analiza en mayor detalle en la sección 5.

con la emisión de eurobonos y a partir del último trimestre de 2006 con la creación del Fideicomiso de Obligaciones Previsionales (FOP) que emite deuda con el fin exclusivo de pagar pensiones.

En orden de importancia, entre los gastos por áreas de gestión, el segundo lugar lo ocupan los gastos en Administración de Justicia y Seguridad Ciudadana, que representaban 13.9% del gasto total del Gobierno Central en 2013, equivalente a 2.8% del PIB (Cuadro 1). En 2003 dicho gasto representaba 13.6% del gasto total y 2.2% del PIB, por lo que el incremento se ha dado más que todo en concordancia con el incremento global del tamaño del Estado. Los tres rubros más importantes de esta área de gestión lo representaban en 2013 el Ministerio de Justicia y Seguridad con 1.5% del PIB (53.8%), el Órgano Judicial con 0.9% del PIB (31.9%), y la Fiscalía General de la República con 0.2% del PIB (5.8%) (Ver anexo 7). En términos nominales el gasto prácticamente se duplicó en estos tres rubros entre 2003 y 2013, aunque por razones diferentes. En el caso del Ministerio de Justicia y Seguridad Ciudadana, la presión sobre el gasto ha incrementado notablemente por el aumento de la delincuencia y la violencia, con un alto índice de homicidios y el crecimiento de las pandillas (o maras).

Sobre el gasto del ramo de Justicia y Seguridad Pública, en 2013 el rubro destinado a seguridad solamente, absorbió 74.5% del total, que incluye a la Policía Nacional Civil, 13.3% se destinó al Sistema Penitenciario, y 4.4% financiaba a instituciones adscritas, que incluye a la Academia Nacional de Seguridad Pública (ANSP) donde se forma al cuerpo policial. El gasto en Seguridad y Justicia presenta varias deficiencias que han sido analizadas en World Bank (2012), entre las que se menciona que gran parte del gasto en seguridad se destina a vigilancia y patrullaje policial, dejando poco para la investigación de delitos, con poca asignación de recursos para la cantidad de casos abiertos. El gasto público para el sistema penitenciario ha aumentado, sin embargo el problema es insostenible, con un hacinamiento en las cárceles que supera el 334%. También el número de policías, fiscales y defensores públicos es alto al compararse con la región, por lo que parece que los problemas no están en la cantidad del personal, sino en la calidad del recurso humano y en los procesos para resolver casos.

4. El gasto en educación en El Salvador

a. Organización institucional del sector educación

El marco legal que rige los servicios públicos de educación en El Salvador lo constituyen esencialmente: la Constitución de la República (Cn), donde se consagra la educación y la cultura como un derecho inherente a la persona humana, por lo que es obligación y finalidad primordial del Estado su conservación, fomento y difusión (Título II, Capítulo II, Sección Tercera de la Cn); la Ley General de Educación aprobada en 1996, la cual determina los objetivos generales de la educación, se aplica a todos los niveles y modalidades educativas y regula la prestación del servicio de las instituciones oficiales y privadas; la Ley de Educación Superior (2004) y la Ley de la Carrera Docente.

El Ministerio de Educación (MINED) es el responsable de organizar y administrar el Sistema Educativo Nacional. En tal sentido, le corresponde normar, financiar, promover, evaluar y controlar los recursos disponibles para alcanzar los fines de la educación nacional. Además, el MINED es responsable de proveer servicios de educación pública en todo el territorio. En la alta dirección, además del Ministro, intervienen dos Viceministros, el de Educación y el de Ciencia y Tecnología. Las funciones del MINED en el territorio nacional se canalizan por medio de 14 oficinas departamentales de Educación, las cuales brindan apoyo a los centros educativos.

Según la Ley General de Educación, la administración interna de las instituciones educativas oficiales se desarrolla con la participación organizada de la comunidad educativa, compuesta por maestros, alumnos y padres de familia, quienes se organizan en Consejos Directivos Escolares y toman decisiones colegiadas. Además, en los centros escolares en los cuales la planta de profesores es de tres o más, se debe organizar un Consejo de Profesores, el cual responderá solidariamente del buen funcionamiento de la institución. El financiamiento es con cargo al Presupuesto General de la Nación. El MINED vela por que las instituciones oficiales posean la infraestructura y el mobiliario indispensable para desarrollar el proceso educativo. La supervisión educativa es realizada directamente por el MINED y para áreas específicas, por medio de modalidades que las necesidades demanden.

En 1991 se inició el Programa de educación con participación de la Comunidad (EDUCO) en las áreas rurales. Este programa estaba basado en la participación de las autoridades locales y la comunidad para el funcionamiento de las escuelas. El MINED contribuía con el financiamiento de sueldos, bienes y servicios, realizando transferencias monetarias a la comunidad y proporcionaba orientación curricular para la enseñanza. Sin embargo, a partir de 2011, se eliminó el programa EDUCO. Los maestros que durante la vigencia de éste eran contratados anualmente por la Asociación Comunal para la Educación (ACE) - ente rector de la escuela, en la que tenían representación los padres de familia- pasaron a ser contratados directamente por el MINED a semejanza del resto de docentes. Así, 8472 docentes¹³ pasaron del sistema EDUCO a la planilla del MINED (DL No. 548). En la actualidad las ACES están en proceso de liquidación para transformarse en Consejos Directivos Educativos, como en el sistema tradicional. En términos formales, este cambio reduce la participación de la comunidad en la administración y control de los maestros en las escuelas rurales

Los recursos asignados a los centros oficiales de educación están sujetos a los controles dispuestos en las leyes aplicables y pueden practicarse auditorías financieras y operacionales por el MINED y la Corte de Cuentas de la República. Los recursos provenientes de la cooperación local o internacional, así como los que se obtengan a través de otras fuentes (cafetines, donaciones u otros), son administrados por el Consejo Directivo Escolar correspondiente y deberán invertirse en el centro educativo respectivo. Parte de los recursos de cooperación, provienen de organizaciones no gubernamentales y del sector privado. Dichos recursos se canalizan hacia la construcción, reparación y mejoramiento de centros escolares o para dotarlos de equipo. Por otra parte, el MINED autoriza y regula los centros privados de educación, que son aquéllos que ofrecen educación formal con recursos propios. La autorización se realiza mediante acuerdo ejecutivo, siempre que los interesados reúnan los requerimientos legales y normativos establecidos. Además, las instituciones privadas son evaluadas por el MINED, con base en el cumplimiento de una serie de requisitos en áreas como, organización y planificación institucional, servicios docentes, desarrollo curricular, servicios al estudiante, infraestructura y recursos físicos. Dichos requisitos deben mantenerse en el tiempo.

Según la Ley General de Educación, el Sistema Educativo Nacional se divide en dos modalidades: la educación formal y la educación no formal. La primera corresponde a los niveles inicial, parvulario, básico, medio y superior; se imparte en instituciones autorizadas, en una secuencia regular de años lectivos, con sujeción a pautas curriculares progresivas y conducentes a grados o títulos. En cambio, la segunda, es la que se ofrece con el objeto de completar, actualizar, suplir conocimientos y formar, en aspectos académicos o laborales, sin sujeción al sistema de niveles y grados de la educación formal. El MINED es responsable de establecer las normas y mecanismos necesarios para que el sistema educativo coordine y armonice sus modalidades y niveles. Además norma lo pertinente para asegurar la calidad, eficiencia y cobertura de la educación.

En la educación formal, el nivel inicial es hasta los cuatro años de edad y es de carácter voluntario. El nivel de parvulario tiene una duración de tres años y su acreditación, aunque no es requisito para continuar estudios, autoriza el acceso al siguiente nivel. La educación básica es de carácter obligatorio, inicia normalmente a los siete años de edad, e incluye nueve años de escolaridad (1º a 9º) organizados en tres ciclos de tres años cada uno.. La educación media provee la formación en dos modalidades: general y técnico vocacional., En jornada diurna, la primera modalidad tiene una duración de dos años y de tres la segunda (en jornada nocturna aumentan un año cada una). Ambas modalidades permiten continuar con estudios superiores o incorporarse a la actividad laboral. El nivel medio culmina con el título de bachiller (Anexo 10). De acuerdo con el artículo 56 de la Cn., la educación parvulario, básica, media y especial será gratuita cuando la imparta el Estado.

La educación superior, que se rige por una ley especial, comprende la modalidad tecnológica y la universitaria. La primera, forma y capacita técnicos especializados; y la segunda, se orienta a la formación de carreras con estudios de carácter multidisciplinario en la ciencia, el arte, la cultura y tecnología. La educación superior otorga títulos de técnico (formación durante dos 2 años), profesor (3 años), tecnólogo (4 años), licenciado, ingeniero o arquitecto (5 años), máster (2 años) - especialización posterior al de licenciado-, doctorado (3 años). La educación formal ofrece enseñanza para adultos, orientada hacia personas cuyas edades no comprenden a la población apta para la formación obligatoria. También se tiene educación especial, para personas con capacidades especiales.

¹³ Según el sindicato de maestros (SIMEDUCO)

En el ámbito de las políticas públicas, en 2005 concluyó el período de desarrollo del Plan Decenal de Reforma Educativa (1995-2005). Dicho plan fue ampliamente consultado, se lanzó tras la finalización del conflicto armado e incluía una seria transformación del sistema educativo. Esto solo era posible modernizando la administración del sistema, descentralizando los servicios y reformando la economía de la educación. La continuidad de la reforma fue posible gracias a la relativa estabilidad política y al compromiso de distintos gobiernos de apoyar la educación. Entre los objetivos del plan destacan el mejoramiento del acceso a la educación y el fortalecimiento de la educación cívica; también se buscó mejorar la administración pública del sistema educativo y mayor autonomía de la administración escolar. Una de las estrategias más interesantes fue el Programa Educación con participación de la Comunidad (EDUCO) (Cuéllar, 2008).

Esta reforma educativa produjo múltiples resultados. Se efectuaron cambios importantes en el currículo y en el marco legal que regula la educación, se le dio una prioridad creciente a la inversión en este sector, se expandió la oferta educativa y se consiguió aumentar la matrícula. Así, la tasa bruta de escolaridad de primero a noveno grado aumentó de 89.1% en 1995 a 102% en 2005 (Cuéllar, 2008). Los avances en el área rural se atribuyeron en gran medida al programa EDUCO, el cual permitió una gestión educativa descentralizada, enfoque que posibilitó al gobierno expandir rápidamente la educación primaria en las zonas rurales (BID y BM, 2010). También mejoró la alfabetización de las personas: la tasa de alfabetización de jóvenes entre 15 y 24 años, pasó de 85% en 1992 a 94% en 2007. Sin embargo, los esfuerzos no fueron suficientes para universalizar el acceso y atraer más pobres a la escuela. También era necesario mejorar la eficiencia del sistema educativo y elevar la calidad de los aprendizajes (Cuéllar, 2008).

En marzo de 2005 fue lanzado el “Plan Nacional de Educación 2021: metas y políticas para construir el país que queremos”. El Plan partió de un diagnóstico sobre el sector y fue producto de una amplia consulta. Con visión de largo plazo y metas que incluían el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), este plan pretendía convertirse en política de Estado para cumplir sus objetivos primordiales: la formación integral de las personas en lo físico, intelectual, social y espiritual; once grados de escolaridad para toda la juventud; educación técnica y tecnológica de alto nivel que permita consolidar un recurso humano más productivo y competitivo; y desarrollo de la ciencia y la tecnología para el bienestar de la sociedad. Este plan definía cuatro líneas estratégicas: i) el acceso a la educación formal y no formal para toda la población; ii) la efectividad de la educación básica y media, contando con ambientes físicos adecuados; iii) la competitividad del recurso humano, a través de la diversificación de oportunidades de formación técnica y tecnológica y el fortalecimiento de las instituciones de educación superior en el desarrollo de ciencia y tecnología; iv) buenas prácticas de gestión en las escuelas y las instituciones que apoyan o ejecutan programas educativos (MINED, 2005). Este plan dio continuidad al Plan Decenal de reforma educativa. En 2005-2009, las tasa neta de matrícula en educación secundaria, en el sector público, pasó de 52.6% a 55.1%; el alfabetismo en las personas de edades superiores a 15 años aumentó de 83.4% a 84.1%.

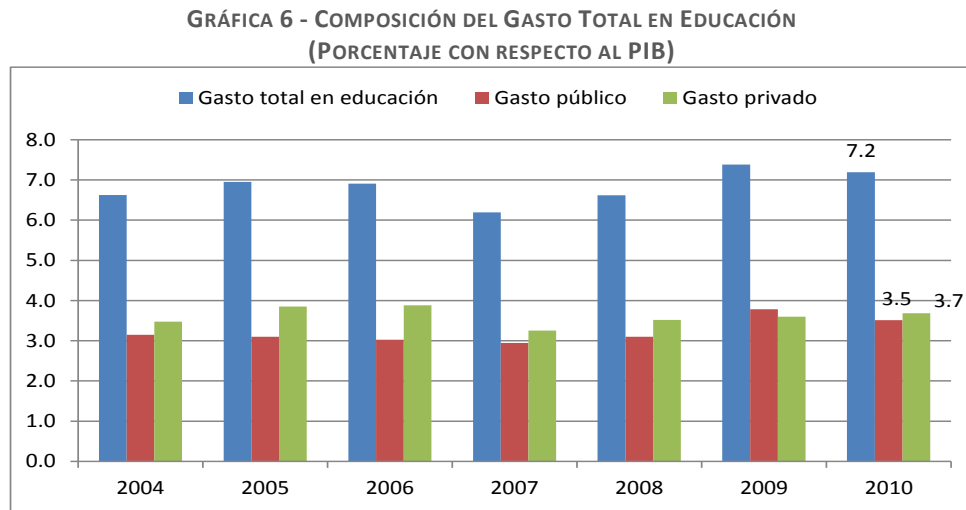
En 2009, luego que tomara posesión el nuevo gobierno en junio, el MINED anunció la revisión del Plan 2021. Sin embargo, algunos meses después se presentó al país el Plan Social Educativo (PSE) “Vamos a la Escuela” 2009-2014. Dicho plan se utilizó para la elaboración del Plan Quinquenal de Desarrollo (PQD) que presentó el gobierno en mayo de 2010. Entre las políticas consignadas en el PQD en el área educativa se mencionan: acceso equitativo y permanencia en el sistema educativo, currículo pertinente y aprendizajes significativos, dignificación y desarrollo profesional de los maestros, educación inclusiva, educación de jóvenes y adultos, infraestructura escolar, educación y desarrollo de la primera infancia, ciencia y tecnología, fortalecimiento de la educación superior, y capacitación para el trabajo. Para estas políticas, se definieron los programas correspondientes, entre los que destacan: dotación de uniformes, zapatos y útiles escolares (desde parvulario a 9º grado); programa de alimentación escolar (parvulario a 9º grado); plan nacional de alfabetización, educación de jóvenes, educación inclusiva, infraestructura escolar, entre otros (MINED, 2009).

El programa de alfabetización para población joven y adulta pretendía disminuir el índice de analfabetismo desde 17.9% hasta 4% durante el período 2009-2015. Los resultados han permitido declarar libres de analfabetismo a varios municipios y disminuirlo en otros. Entre junio 2013 y mayo 2014, se declararon libre de analfabetismo a 7 municipios: California, Jerusalén, El Divisadero, San José la Fuente, Santa Cruz Analquito, San Sebastián y Cinquera (Memoria de Labores MINED, 2013-2014). Este programa ha contado con personas facilitadoras voluntarias, muchos de los cuales son estudiantes. La tasa de analfabetismo en 2013 descendió a 13.2%.

b. Gasto en educación

Para lograr los fines de la educación relativos a desarrollar el potencial de los individuos, mediante el despliegue de sus habilidades y destrezas para desenvolverse exitosamente en la vida y el trabajo, y que tengan la capacidad de contribuir al desarrollo económico y social del país, es necesario se realice una inversión adecuada y efectiva.

En El Salvador, como en otros países, los esfuerzos financieros para apuntalar la educación los realizan entidades de los sectores público y privado. Los recursos públicos provienen principalmente de los fondos que ejecuta el MINED, y del lado privado esencialmente del dinero de los hogares. La Gráfica 6, muestra la tendencia de este gasto como razón del PIB en 2004-2010. Las erogaciones totales por este concepto alcanzaron US\$1,540.9 millones en 2010, equivalentes a 7.2% del PIB, lo que implicó un incremento de 0.6 puntos porcentuales en relación a 2004. En 2010, el gasto privado alcanzó 3.7% del PIB y mientras que el gasto público 3.5%, mostrando así un pequeño aumento en relación con lo observado en 2004.



Nota: el gasto privado corresponde al efectuado por los hogares

Fuente: Cuentas Nacionales de Educación Visión general, MINED (2009) y Cuentas Nacionales de Inversión en Educación MINED (2010).

Dentro de este total, durante todo el período indicado, excepto 2009, las erogaciones realizadas por el sector privado, representaron la mayor proporción del gasto en educación (superior a 50%). En 2009, el mayor gasto registrado por el sector público (51.3%) puede asociarse a las erogaciones realizadas por el MINED por nuevos programas que iniciaron con la gestión del gobierno que tomó posesión ese año, como se comenta más adelante.

El gasto público en educación está integrado principalmente por las erogaciones realizadas por el MINED y la Universidad de El Salvador, y en menor cuantía por gobiernos municipales y otras instituciones de carácter público. Un resumen de éstas erogaciones se presenta en el Cuadro 3. Como porcentaje del PIB, el gasto público total en educación mostró un pequeño incremento de 0.5 puntos porcentuales en 2004-2012, pasando de 3.2% a 3.7%. A partir de 2009 se registró un cambio favorable con respecto a los años previos, ya que estas erogaciones ascendieron a 3.8% del PIB, debido a un mayor gasto realizado por el MINED. Esto es explicado, en parte, por los nuevos programas puestos en marcha por el gobierno que tomó posesión ese año y que estaban relacionados con áreas prioritarias y objetivos definidos en el Plan Social Educativo (PSE) del MINED que se hizo público a finales de 2009, y que fueron retomados en el Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014 (PQD) presentado por el gobierno en mayo de 2010. Entre estos programas resaltan el de dotación de paquetes escolares (uniformes, zapatos y útiles) y el de alimentación escolar.

**CUADRO 3 - EL SALVADOR, GASTO PÚBLICO SOCIAL EN EDUCACIÓN POR PRINCIPALES INSTITUCIONES
(PORCENTAJE DEL PIB)**

Institución	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gasto público	3.2	3.1	3.0	2.9	3.1	3.8	3.5	3.8	3.7
Academia Nacional de Seguridad Pública (ANSP)	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0
Escuela Nacional de Agricultura	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Fondos del Milenio	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
Gobiernos municipales	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Instituto Salvadoreño de Formación Profesional (INSAFORP)	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Ramo de educación	2.6	2.6	2.5	2.4	2.6	3.2	2.9	3.1	3.1
Universidad de El Salvador (UES)	0.2	0.2	0.3	0.3	0.2	0.3	0.3	0.2	0.3
Otras Instituciones (FISDL, EDUCRÉDITO, Presidencia de la República, Consejo Nacional de la Judicatura, ramo de Seguridad pública, entre otros).	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: "El Salvador Medición del gasto público social 2004-2012". Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia de la República (2014) y BCR.

Como se observa, el MINED presenta la mayor incidencia, ya que ejecuta más del 80% del gasto público en el área educativa, seguido por la Universidad de El Salvador y el Instituto Salvadoreño de Formación Profesional (INSAFORP), instituciones que registraron una participación promedio de 7.6% y 3.0%, respectivamente en el total durante 2004-2012. Se observa que, en términos del PIB, los gobiernos municipales y el INSAFORP han tendido a mantener sus erogaciones en educación durante el período.

Este desempeño se compara desfavorablemente a escala regional. El promedio del gasto público en educación como porcentaje del PIB para América Latina y El Caribe ascendió a 5.2% en 2010 desde 4.5% en 2000 aunque existen marcadas disparidades entre países (Bellei, 2013). Además, el gasto público en educación en El Salvador es uno de los más bajos en comparación con países que tienen un PIB similar y otros países de la región (BID y BM, 2010).

c. Gasto público en educación por clasificación económica

Al analizar el gasto público en educación según su clasificación económica, se observa que desde 2004 las erogaciones corrientes por el MINED fueron equivalentes o superiores al 90% del total ejecutado. Por el contrario, el gasto de capital, que incluye la inversión efectuada en activo fijo, registró un porcentaje inferior a 10% durante el período. La presión en el gasto corriente proviene principalmente del aumento en el número de maestros y sus salarios, así como y por los programas de útiles escolares, zapatos y uniformes. En 2003 se registró un comportamiento diferente en el gasto de capital, el cual representó 16% del total (Cuadro 4). Este salto se asocia con la finalización de la reconstrucción de la infraestructura educativa dañada por los terremotos de 2001

**CUADRO 4 – ESTRUCTURA DEL GASTO PÚBLICO EN EDUCACIÓN POR CLASIFICACIÓN ECONÓMICA
(PORCENTAJES DEL GASTO DEL MINED)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gastos corrientes	84.0	93.7	90.8	90.3	90.4	90.5	90.7	91.7	92.4	91.1	91.0
Remuneraciones	59.2	60.6	57.6	59.8	56.5	55.6	52.7	57.7	65.3	65.0	65.0
Adquisiciones de bienes y servicios	14.3	19.6	18.0	17.5	5.4	7.4	8.6	5.7	6.2	5.8	6.8
Gastos financieros y otros	0.1	0.1	0.3	0.1	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2
Transferencias corrientes	10.5	13.4	14.8	12.8	28.2	27.4	29.2	28.1	20.7	20.0	19.0
Gastos de capital	16.0	6.3	9.2	9.7	9.6	9.5	9.3	8.3	7.6	8.9	9.0
Adquisiciones de bienes y servicios	6.1	3.2	3.4	1.6	0.7	0.0	0.0	0.1	0.4	0.3	0.7
Inversiones en activos fijos	6.5	2.2	3.3	2.6	2.3	4.3	3.0	1.3	1.6	2.3	2.0
Transferencias de capital	3.4	1.0	2.5	5.4	6.6	5.2	6.2	6.9	5.7	6.4	6.3

Fuente: 2008-2013: Informe de Gestión Financiera del Estado, Anexo 1 del Gobierno Central, Estado No. I-4

2003-2007: Informe de Gestión Financiera del Estado, Anexo 1 del Gobierno Central, Estado No. I-9

Desglosando los gastos corrientes en sus principales componentes, se observa que las remuneraciones es el rubro que por mucho absorbió la mayor parte de los recursos durante el decenio, ya que su participación osciló entre 52.7% y 65.3% del total del gasto del Ramo. Este desempeño puede asociarse con el aumento de puestos de trabajo registrado en el MINED, así como con los incrementos salariales derivados del escalafón magisterial. De 2003 a 2013, el número de plazas autorizadas según el presupuesto general de la nación incrementó en 11,071, pasando de 35,648 a 46,719 plazas. Los recursos presupuestados para remuneraciones aumentaron en US\$209.4 millones, desde US\$191.7 millones en 2003 hasta US\$401.1 millones en 2013. Hay que aclarar que una parte del incremento de plazas de maestros (8,472)¹⁴ se debió a la incorporación a la planilla del MINED de los maestros que se contrataban descentralizadamente en las escuelas del programa EDUCO hasta 2010, cuya remuneración se cubría con recursos del MINED. Las remuneraciones del programa EDUCO en 2011, según la memoria de labores del MINED de ese año, ascendieron a US\$87.2 millones. Agregando esta suma al gasto en remuneraciones de 2010 del MINED, resulta que el rubro remuneraciones de esta cartera aumentó 15.3% aproximadamente (US\$74.1 millones) durante 2010-2013.

El renglón que ocupa el segundo lugar, son las transferencias corrientes, las cuales casi se duplicaron, pasando de 10.5% a 19.03% del total del gasto en 2003-2010. Este tipo de erogación mostró un marcado incremento en 2009, alcanzando una participación de más de 29%, esto debido a que desarrollaron programas para combatir los impactos de la crisis internacional sobre la población más vulnerable.

Ante la presión del gasto corriente y las restricciones de capital, después de la finalización del programa de reconstrucción de escuelas en 2003, la inversión pública en infraestructura escolar ha disminuido considerablemente (Cuadro 4), representando en 2013 solo el 0.15 del PIB y ocupando el quinto lugar en la inversión pública (Anexos 3 y 4). Si bien la infraestructura de los recintos educativos ha sido tradicionalmente analizada como un factor vinculado sobre todo a la cobertura escolar, algunos estudios recientes¹⁵ han encontrado asociaciones entre las condiciones físicas de las escuelas y logros de los estudiantes. Por ejemplo, en el caso de Estados Unidos, Vandiver (2011) examinó el impacto de la calidad de las instalaciones en el entorno educativo en las escuelas secundarias del noreste de Texas. Sus resultados muestran una relación estadísticamente significativa entre la calidad y adecuación de las instalaciones educativas con el desempeño de los estudiantes y la tasa de rotación de los maestros. En el mismo país Earthman (2002), sobre la base de sus propias investigaciones, otras consultadas y basado en su experiencia propia, concluye que las condiciones de las instalaciones escolares afectan el rendimiento académico de los estudiantes.

En la región latinoamericana, aunque el tema ha sido menos estudiado, con base en la información del Segundo Estudio Regional Comparativo y Explicativo (SERCE)¹⁶, la investigación de Duarte, Bos y Moreno (2010) encontró que la infraestructura física de las escuelas y la conexión de servicios públicos –electricidad, agua potable, alcantarillado y teléfono- resultan altamente asociados con los aprendizajes. Posteriormente, Duarte, Gargiulo y Moreno (2011) analizaron con más profundidad la información sobre infraestructura escolar del estudio SERCE, encontrando que las condiciones de infraestructura educativa y el acceso a servicios básicos - de las escuelas de la región son altamente deficientes, que existe gran disparidad entre países, y entre escuelas privadas urbanas, públicas urbanas y públicas rurales. Además, el análisis de las relaciones entre infraestructura escolar y resultados académicos en las pruebas del SERCE indica que los factores que están más alta y significativamente asociados con los aprendizajes son: la presencia de espacios de apoyo a la docencia (bibliotecas, laboratorios de ciencias y salas de cómputo); la conexión a servicios públicos de electricidad y telefonía; y la existencia de agua potable, desagüe y servicios sanitarios en número adecuado.

Según estos resultados, El Salvador y otros países de la región deberían fortalecer las inversiones orientadas a mejorar la infraestructura escolar para cerrar las grandes brechas existentes que afectan negativamente a las escuelas de las zonas rurales y a las escuelas públicas. Al respecto, el Plan Nacional de Educación 2021, señalaba que la enseñanza y el aprendizaje se ven favorecidos si las condiciones físicas de las instituciones educativas son apropiadas, y que el ambiente físico debe ser

¹⁴ Según el sindicato de maestro (SIMEDUCO)

¹⁵ Vandiver (2011); Earthman (2002); Tanner (2008); Duarte, Bos y Moreno (2010); Duarte, Gargiulo y Moreno. (2011).

¹⁶ Desarrollado entre 2004 y 2008, conducido en 16 países latinoamericanos incluido El Salvador y publicado por la UNESCO.

seguro, funcional, limpio y agradable (MINED, 2005). Además, tanto el PSE como el PQD incorporaron un programa denominado “Infraestructura escolar”, con el que se esperaba mejorar los recintos escolares. Sin embargo, el gasto de capital, que es el que incluye las inversiones en mejoramiento de escuelas, ampliaciones, reparaciones o nuevas escuelas, con excepción de 2003 por las razones ya indicadas, no muestra aumentos significativos en su participación dentro del total

d. Gasto público en educación por clasificación funcional

De acuerdo al Informe de Gestión Financiera del Estado¹⁷, el gasto del MINED se concentra en educación básica (1º a 9º grado). A este nivel educativo se destinó entre 54.6% y 62.3% del gasto total, lo que implica erogaciones de entre US\$254.6 millones y US\$535.6 millones. El gasto en educación media (Bachillerato) en los últimos cuatro años ocupó el segundo lugar, siendo igual o superior a 9% del total, y en 2003-2007 era el tercero en importancia con una participación que rondaba 6%. En cambio en las erogaciones orientadas a la educación Inicial y parvularia, se observa que durante el periodo rondó 7% del total, y en los últimos años ocupaba el tercer lugar. Otros rubros como Dirección y Administración rondaron 3% durante el periodo y mostró una suave tendencia declinante (Cuadro 5).

En los últimos años, el gasto en educación media probablemente se ha visto influenciado por la ejecución de medidas para evitar la deserción escolar y la sobre edad, tales como “Redes Escolares Efectivas” y “Gratuidad de la Educación Media” en el marco del programa Comunidades Solidarias (Presupuesto del MINED 2010-2013).

**CUADRO 5 - CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL GASTO EN EDUCACIÓN
(PORCENTAJES)**

Ramo de Educación	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Dirección y Administración Institucional	3.8	3.7	3.2	3.4	3.3	3.1	3.3	3.2	3.5	3.2	3.0
Educación inicial y parvularia	7.0	7.7	7.3	7.8	7.2	6.4	6.7	7.6	7.9	7.4	7.3
Educación básica	54.6	61.7	58.5	59.7	56.2	49.7	50.3	58.8	61.1	61.8	62.3
Educación media	6.1	6.3	6.1	6.4	6.2	7.6	6.4	9.8	9.4	9.0	9.1
Apoyo a instituciones adscritas y otras entidades	8.2	9.2	11.4	12.7	14.2	13.0	11.4	14.3	13.2	12.7	13.0
Otros	20.3	11.4	13.5	10.1	12.9	20.2	22.0	6.4	4.9	5.8	5.3

Fuente 2008-2013: Informe de Gestión Financiera del Estado, Anexo I de gobierno Central, Estado I-3

Fuente 2003-2007: Informe de Gestión Financiera del Estado, Anexo I de gobierno Central, Estado I-8

5. El gasto en salud en El Salvador

a. Organización institucional del sector salud

El Salvador se ha caracterizado por tener un sistema de salud bastante fragmentado, donde han coexistido distintas entidades tanto públicas como privadas en los temas de financiamiento, institucionalidad y provisión de servicios de salud.

El sector privado atiende a través de clínicas y hospitales privados, por lo general, a los segmentos poblacionales con mayor capacidad económica (a menos del 1% de la población).

De acuerdo con la normativa jurídica el Sistema Nacional de Salud de El Salvador está integrado por: el Ministerio de Salud (MINSAL) y sus dependencias, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), el Ministerio de la Defensa Nacional en lo concerniente a Sanidad Militar (SM), el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI), el Ministerio de Educación, en lo concerniente a Bienestar Magisterial (BM), y desde 2012 la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM). Estas instituciones se financian por medio de los ingresos del Estado, contribuciones de afiliados, contribuciones de patronos, e ingresos propios, según sea el caso..

¹⁷ Este sistema no presenta la información desagregada en pre-primaria, primaria y secundaria

El MINSAL es el principal provisor de servicios de salud, atendiendo a cerca de un 77% de la población, enfocándose, sobre todo, en brindar servicios a la población pobre y de manera gratuita. El ISSS provee atención en salud a personas con empleo formal, tanto del sector público como privado (alrededor del 21% de la población). El Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) atiende al gremio docente del sector público (1.2%) y COSAM asiste a los afiliados de las fuerzas armadas (0.6%)¹⁸. FOSALUD se crea en 2004 para ampliar la cobertura de servicios esenciales en las áreas rurales y urbanas, y atención de emergencias; trabaja a través de programas especiales que desarrolla principalmente en las unidades de salud; este fondo se financia con el 35% de los ingresos por impuestos al alcohol, tabaco, armas de fuego y similares.

Dentro del sector público ha existido desigualdad en el acceso a los servicios de salud, en parte por la descoordinación al interior del sistema público, pero también por el diseño y la normativa legal e institucional que definen los grupos o segmentos a que se atienden. Por lo anterior, existía la urgencia de crear un sistema integral de salud con el objetivo de cumplir con la garantía constitucional de acceso a los servicios de salud. En 2007 se aprobó la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS), en la que se establece que el MINSAL ejercerá la rectoría de este sistema que está integrado por un conjunto de instituciones públicas relacionadas con la salud. En 2010, se aprobó la Política Nacional de Salud 2009-2014 que desarrolla los ejes estratégicos del nuevo SNS.

El enfoque de la Ley y la Política era establecer un marco regulatorio que sustentara la creación de una red integrada de servicios de salud que actuara en forma coordinada para lograr una cobertura nacional de acceso, enfocada en la atención primaria de salud integral, especialmente al grupo familiar y con énfasis en la prevención. Conjuntamente, se buscaba mejorar el abastecimiento de los medicamentos, integrar el ISSS y el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) al MINSAL y crear el Sistema Único de Información.

i. Organización del Sistema de Salud del MINSAL por Niveles

Actualmente, el Ministerio de Salud está organizado un modelo de tres niveles: superior, regional y local. El Nivel Superior está constituido por los titulares del Ramo de Salud, las Direcciones y Unidades Asesoras, quienes tienen la responsabilidad de ejecutar la Política Nacional de Salud y definir los planes, programas, proyectos y estrategias del sector.

El nivel regional está conformado por cinco Direcciones Regionales de Salud: a) Dirección Regional de Salud Occidental, b) Dirección Regional de Salud Central, c) Dirección Regional de Salud Metropolitana, d) Dirección Regional de Salud Paracentral y e) Dirección Regional de Salud Oriental. Estas direcciones tienen a su cargo la gestión y control de los recursos asignados al primer nivel de atención, el control de la gestión del segundo nivel de atención y son responsables de la gestión de sus socios locales. Su enfoque es la implementación y monitoreo de actividades y no la dirección, como lo hace el nivel superior. El nivel regional sirve de vínculo entre el nivel local y el nivel superior.

El nivel local está conformado por los hospitales y por la red operativa de establecimientos de salud integrados en los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI). En 2014, en el nivel local se encuentran 30 hospitales, 708 Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) (antes llamadas Unidades de Salud), 3 Centros de Atención de Emergencias, 161 Casas de Salud, 47 Centros Rurales de Salud y Nutrición (CRN), 2 clínicas y 1 Centro Integral de Salud Materno Infantil y Nutrición (CIAMIN) (Anexo 8). Con esta institucionalidad se busca que existan miembros regionales que sean responsables de la gestión local y además mantengan vínculos con el nivel superior¹⁹.

ii. Niveles de atención

La red de prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud, dentro del cual están los establecimientos de la red local del MINSAL, está clasificada de acuerdo con tres niveles de atención, obedeciendo a criterios de capacidad instalada, capacidad resolutoria, territorio, población, oferta de servicios, entre otros. El primer nivel de atención está orientado a brindar servicios

¹⁸ Herrera Camino, María José (diciembre de 2013).

¹⁹ Bossert, Thomas. 2013

de promoción y educación en salud, prevención del riesgo, así como para el tratamiento ambulatorio y oportuno de las enfermedades más frecuentes. Este nivel de atención tiene un enfoque predominantemente de carácter preventivo y de promoción de la salud.

Los establecimientos del primer nivel tienen una demanda grande de servicios por parte de la población y, como su nombre lo dice, son el primer frente para la atención de enfermedades y problemas de salud de baja complejidad. Estos centros tienen la capacidad de realizar diagnósticos tempranos, brindar tratamientos oportunos y efectuar la referencia al segundo nivel, en aquellos casos que estos establecimientos no tiene la capacidad de atender. En el caso del MINSAL, las instituciones que brindan el primer nivel de atención son las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF), Casas de la Salud, Centros Rurales de Salud y Nutrición (CRN) y Equipos de Salud, que están diseminados en todo el país. Este nivel debe tener relación con la familia y la comunidad, así como con el resto de instituciones del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) al que pertenecen, así como con los hospitales cuando sea necesario.

El segundo nivel de atención abarca las prácticas de mediana complejidad, organizadas en especialidades básicas, tales como: cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría, sus especialidades complementarias y servicios de apoyo. Estos servicios se prestan en las áreas de atención ambulatoria, emergencia, hospitalización y rehabilitación. En este nivel se brindan servicios de atención integral, preventivos, curativos de tipo ambulatorio, pero también atiende emergencias, cuenta con servicios de hospitalización, y se asiste en problemas de salud de un nivel más complejo que los establecimientos del primer nivel de atención, de quienes recibe pacientes referidos. Este nivel tiene, además, la capacidad de realizar referencias de casos más complicados hacia el tercer nivel de atención.

En el MINSAL están comprendidos en el segundo nivel, los Hospitales Nacionales Generales y los Hospitales Nacionales Regionales, los cuales dependen jerárquicamente de la Dirección Regional correspondiente (para un desglose de la red hospitalaria por niveles ver Anexo 9)

Por último, el tercer nivel de atención abarca las prácticas de alta complejidad y especialización, con sus respectivos servicios de apoyo, organizados para brindar atención ambulatoria, emergencia, hospitalización y rehabilitación. Este nivel de atención está conformado por los hospitales especializados de referencia, cuya oferta incluye hospitalización y servicios curativos especializados. En El Salvador únicamente tres nosocomios del MINSAL son considerados de tercer nivel: Hospital Rosales, Hospital Nacional de la Mujer y Hospital Bloom.

iii. Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI)

El SIBASI es la estructura básica operativa del Sistema Nacional de Salud (SNS), fundamentada en la atención primaria de salud, que mediante la provisión de servicios integrales y articulados de salud del primer y segundo nivel de atención, la participación ciudadana consciente y efectiva, y la corresponsabilidad de otros sectores, contribuye a mejorar el nivel de salud de una población definida²⁰.

Los SIBASI dependen en jerarquía de la Dirección Regional correspondiente. Están enfocados en la atención primaria de la salud mediante la provisión integrada de servicios de salud del primer nivel, en coordinación con el segundo y tercer nivel de atención. A través de esta estructura se pretende favorecer las acciones para promover la salud y prevenir enfermedades, con un enfoque hacia al individuo, la familia y la comunidad.

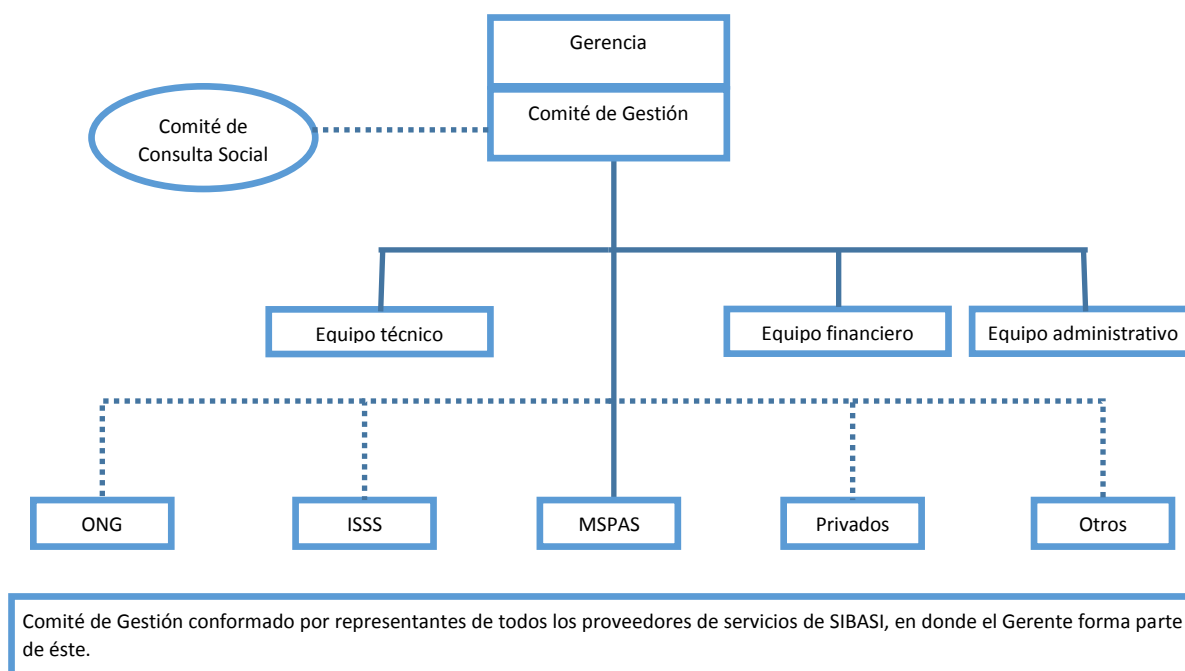
Cada SIBASI tiene funciones gerenciales para planificar, proveer servicios y disponer de sus recursos financieros y humanos. Además, son responsables de los resultados obtenidos en mejorar los indicadores de salud ante el ente rector. Los SIBASI programan, coordinan y supervisan la provisión de los servicios de atención.

Bajo los SIBASI se encuentra una red de proveedores que debe funcionar de manera integrada, armoniosa y complementaria, evitando duplicidades. Los SIBASI están conformados a partir de la división política y administrativa del país, de la distribución

²⁰ Marco conceptual y operativo para el desarrollo del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI), Ministerio de Salud.

de la población por departamento y de las necesidades sanitarias de la población. Actualmente hay 17 SIBASIS en el país. (Gráfica 7)

GRÁFICA 7 – ORGANIZACIÓN SIBASI



Fuente: Marco conceptual y operativo para el desarrollo del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI), Ministerio de Salud (antes Ministerio de Salud y Asistencia Social).

iv. Redes Integrales e Integradas de los servicios de salud (RIIS)

Las RIIS son redes conformadas por las diferentes dependencias de los tres niveles de atención del MINSAL, instituciones del SNS y otros oferentes de servicios de salud. De acuerdo con lo planteado por la reforma de salud, estas redes no sólo están conformadas por las instituciones proveedoras dentro del SNS, sino que se extienden hacia las redes sociales y comunitarias, con el objetivo de garantizar el derecho a la salud de la población en forma integral. De tal manera que estas redes no se limitan a la prestación de servicios de atención de las enfermedades, sino que también comprenden acciones con la comunidad y otros actores de la sociedad para enfrentar de manera conjunta, bajo un concepto de territorialidad, los riesgos y amenazas que ponen en peligro la salud de los habitantes.

Los puntos de conexión de las redes de servicios con las redes sociales se aprecian a través de diferentes instancias y labores²¹:

- Comités de contraloría social en los hospitales.
- Gabinetes de gestión departamental y municipal.
- Actividades de control de epidemias, como el dengue.
- El trabajo con el Sistema Nacional de Protección Civil.
- Instancias específicas de trabajo intersectorial como CISALUD.
- Trabajo con otras instancias organizadas en mesas específicas, como la de salud sexual reproductiva, mortalidad infantil y materna, etc.
- Trabajo del personal de servicios con el Foro Nacional de Salud por objetivos comunes.

²¹ Manual de organización y funciones de las RIIS, MINSAL, septiembre 2013.

v. Equipos Comunitarios de Salud (ECOS)

Hay bastante similitud en los documentos, planes y objetivos formulados entre 2004 y 2014 en torno a resolver los principales problemas del sector salud. Sin embargo, se identifican medidas significativas en tres áreas claves, que pueden justificar que los cambios emprendidos durante 2009-2014 puedan considerarse una reforma de salud²². Estas medidas están relacionados con: a) cambios en el financiamiento con la “política de gratuidad”; b) cambios en el control organizacional, con la introducción de los ECOS especializados dentro de la atención primaria; y c) cambios en la regulación con la Ley de Vacunas (2011) y la Ley de Medicamentos (2012)²³. De esta manera se eliminaron barreras económicas y geográficas que existían en el acceso a los servicios públicos de salud.

En 2010 se inició la primera fase de la reforma de salud que impulsó la administración del Presidente Mauricio Funes. Esta reforma comprende 8 ejes o estrategias: 1) Construir la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud (RIISS), 2) Construir un Sistema Nacional de Emergencias, 3) Crear la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), 4) Crear el Foro Nacional de la Salud, 5) Crear el Instituto Nacional de Salud, 6) Crear el Sistema Único de Información, 7) Garantizar el abastecimiento de medicamentos, insumos y otros, 8) Crear la Política de Desarrollo de Recursos Humanos.

Dentro del primer eje, como parte del RIISS, a mediados de 2010 se instalaron en el primer nivel de atención, los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) Familiares y Especializados, que se espera se conviertan en la puerta de entrada al Sistema de Salud Público. Los ECOS están constituidos por personal capacitado orientados a atender a la población de los municipios más pobres del país. La constitución de estos grupos está basada en reformas anteriores que también se centraban en brigadas de trabajadores sanitarios para llevar los servicios de salud a los distintos territorios y poblaciones, a través de promotores y auxiliares de salud, y, en algunos casos, de médicos generales, brindando continuidad al proceso y a los esfuerzos.

Los ECOS Familiares (ECOS-F) en las áreas rurales están integrados por 7 trabajadores: 1 médico, 1 enfermera, 1 auxiliar de enfermería, 3 promotores de salud y 1 polivalente (colaborador de servicios varios). Los ECOS-F urbanos se diferencian de los ECOS-F rurales en que tienen seis promotores en lugar de tres. En teoría, los ECOS-F tienen la responsabilidad de atender entre 600 y 1,800 familias, dependiendo si es área rural o urbana, respectivamente. Lo anterior significa al menos 3,000 personas en el área rural y 9,000 individuos en el área urbana²⁴.

Los Ecos Especializados (ECOS-E) disponen de 14 personas: 1 pediatra, 1 ginecólogo-obstetra, 1 internista, 1 enfermera, 1 auxiliar de enfermería, 3 odontólogos, 1 fisioterapeuta, 2 laboratoristas, 1 educador para la salud, 1 auxiliar de estadísticas y 1 motorista. Además para cada dos ECOS-E se dispone de 1 psicólogo y 1 nutricionista. Se tiene previsto que estos equipos atiendan cerca de 6,000 familias en las áreas rurales, o aproximadamente 30,000 personas, mientras que en el área urbana la expectativa es de 8,000 familias, que equivalen a un promedio de 40,000 personas²⁵. Puede apreciarse que en el caso de los ECOS-E, aunque el personal más que duplica al de los ECOS-F, estos grupos tienen que atender una población bastante más grande.

b. Gasto en salud

A partir de 1999 se ha observado un descenso en el gasto nacional de salud como porcentaje del PIB. Esta trayectoria mantiene bajo el gasto per cápita en salud, que es inferior al de otros países, como Costa Rica y Cuba por ejemplo. El gasto privado en salud, en términos del PIB, se ha venido reduciendo desde 1999 hasta 2006, estabilizándose en los años posteriores. Mientras que el gasto público en salud ha presentado una tendencia al alza desde 2004, este aumento no ha sido siempre sostenido y ha sido en forma gradual. En 2012, el gasto público en salud era igual a 4.2% del PIB, cifra similar a la que se tenía en 2006, pero 2013 se registra un aumento significativo en, alcanzando 4.6% del PIB.

²² Bossert, Thomas J. (junio 2013)

²³ Ibid.

²⁴ Reforma de modelo de atención integral en salud, MINSAL, 2011.

²⁵ Ibid.

El gasto nacional en salud comprende tanto el gasto privado como público que está relacionado con los servicios de salud. En el primero se encuentra el gasto de bolsillo que realizan las familias para adquirir bienes y servicios de salud, y para la adquisición de seguros médicos privados. Por el lado gubernamental, se incluyen todas las erogaciones efectuadas por las instituciones públicas relacionadas con los servicios públicos de salud que son: el Ministerio de Salud (MINSAL) y sus dependencias, Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), Cruz Roja (CR), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), el Comando de Sanidad Militar (COSAM), el Centro Farmacéutico de las Fuerzas Armadas (CEFAFA), el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y, a partir de 2012, la Dirección General de Medicamentos. Además, son parte del gasto público en salud, los desembolsos destinados específicamente a generar servicios de salud, en que incurren las empresas públicas, otras instituciones públicas y los gobiernos municipales.

El gasto nacional en salud, en términos del PIB, presentó una caída sostenida desde 1999 hasta 2008, pasando de representar 8.2% del PIB al 6.2% en esos años (Cuadro 6). En 2009, el gasto en salud aumentó a 6.8%, pero se ha mantenido estable en los años posteriores, bastante por debajo del valor máximo alcanzado en 1998 (8.2%). En la caída de este gasto en el ámbito nacional, ha incidido la reducción de las erogaciones privadas en salud que pasaron de 4.7% en 1998 a 2.5% del PIB en 2006, estabilizándose alrededor de 2.5-2.6% a partir de ese año.

Por el contrario, el gasto público en salud, en general, ha presentado una tendencia ascendente. En 1998 el gasto público en el sector salud era igual a 3.5% del PIB, llegando a un máximo en 2006 (4.2%), volvió a crecer en 2009 (4.1%), para registrar un incremento similar en 2013 (4.6%). La tendencia creciente del gasto público en salud es positiva. Sin embargo, todavía está por debajo de lo que dedican a salud los gobiernos de Costa Rica y Cuba²⁶ (alrededor del 8%).

CUADRO 6 – GASTO EN SALUD

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (p)
Gasto nacional en salud (millones US\$)	1,100.3	1,152.9	1,229.1	1,238.5	1,269.6	1,331.6	1,411.4	1,480.5	1,575.3	1,596.6	1,684.4
Gasto nacional en salud (% del PIB)	7.3	7.3	7.2	6.7	6.3	6.2	6.8	6.9	6.8	6.7	6.9
Gasto nacional en salud per cápita (US\$)	183.1	191.3	203.2	203.9	208.2	217.6	229.4	239.1	252.5	253.8	265.5
Gasto privado en salud (millones de US\$)	580.2	578.6	577.4	468.1	516.7	537.2	557.3	561.6	573.9	593.9	561.3
Gasto privado en salud (% del PIB)	3.9	3.7	3.4	2.5	2.6	2.5	2.7	2.6	2.5	2.5	2.3
Gasto privado en salud (% gasto nacional en salud)	52.7	50.2	47.0	37.8	40.7	40.3	39.5	37.9	36.4	37.2	33.3
Gasto privado en salud per cápita (US\$)	96.6	96.0	95.4	77.1	84.7	87.8	90.6	90.7	92.7	95.2	89.2
Gasto público en salud (en millones de US\$)	520.1	574.3	651.7	770.4	752.9	794.4	854.1	918.9	1,001.4	1,002.7	1,123.1
Gasto público en salud (% del PIB)	3.5	3.6	3.8	4.2	3.7	3.7	4.1	4.3	4.3	4.2	4.6
Gasto público en salud (% gasto nacional en salud)	47.3	49.8	53.0	62.2	59.3	59.7	60.5	62.1	63.6	62.8	66.7
Gasto público en salud (% gasto total SPNF)	17.4	19.5	19.8	20.6	19.4	18.0	18.7	19.5	19.5	18.8	19.8
Gasto público en salud per cápita (US\$)	86.6	95.3	107.7	126.9	123.5	129.8	138.8	148.4	160.5	159.4	177.0

SPNF: sector público no financiero

Fuente: Estimación de Cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación, Ministerio de Salud y cálculos propios.

El gasto público ha pasado a ocupar el primer lugar en el total desembolsado a nivel nacional en salud. El comportamiento diferente que han tenido las erogaciones públicas y privadas en salud se ha reflejado en una creciente participación del primero dentro del gasto nacional en salud, que pasó de representar el 47.3% en 2003 al 60.5% en 2009, llegando a ser el 66.7% en 2013. Mientras que el gasto privado, por el contrario, ha reducido su participación pasando de 53% a 39.5% y 33.3% del PIB en esos mismos años, respectivamente (Cuadro 6), lo que muestra que lo que gasta el sector público en salud ha adquirido cada vez más importancia dentro del gasto nacional en salud. El mayor uso de la red pública en contraposición

²⁶ World Health Organization (WHO).

con la privada, puede estar asociado con el lento crecimiento de la economía y la insuficiente creación de empleos que ha afectado el presupuesto de las familias, las cuales han tenido que recurrir más a centros públicos²⁷.

También ha incidido en el mayor uso de la red pública la eliminación en 2009 de las llamadas “cuotas voluntarias”, pagos que se hacían en los hospitales públicos antes de ese año. Estas cuotas ayudaban a suplir varias carencias en el sector salud, sin embargo, también en algunos casos pudieron haber tenido un uso más discrecional, y aunque se suponía que eran voluntarias, y que solo la pagaban los que tenían capacidad de hacerlo, no siempre había lineamientos claros al respecto, o, si los había, no siempre se cumplían.

La supresión de estas cuotas fue un hecho positivo, ya que más gente puede haberse abocado al sistema público de salud. Sin embargo, también restó recursos a estos centros que tuvieron que ser compensados con incrementos en sus presupuestos. Finalmente, facilitar el acceso a los servicios de salud a través de los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS)²⁸ también puede ser un factor que esté haciendo que se recurra más a los servicios del sector público, sobre todo en aquellas áreas donde antes era más difícil acceder a atención médica. En términos per cápita ha habido un aumento en el gasto total en salud, que de US\$217.6 en 2008 llegó a US\$265.5 en 2013. Sin embargo, este monto se encuentra por debajo de los US\$943, US\$703 y US\$620 de Costa Rica, Panamá y México, respectivamente²⁹.

Los problemas en las finanzas públicas, con un rápido crecimiento de la deuda y déficits altos (exceso de gastos sobre los ingresos propios del gobierno), hacen difícil poder incrementar más rápidamente el presupuesto público de salud. A pesar de ello, en 2006, 2009 y 2013 se registran aumentos importantes en el gasto público de salud (0.4% del PIB), comparado con los aumentos de otros años.

En las últimas dos décadas ha habido esfuerzos por mejorar el sistema público de salud y se han implementado políticas dirigidas a este fin. Se han logrado avances en distintos indicadores de salud en los últimos años. Sin embargo, el progreso ha sido lento y todavía se tiene un presupuesto bajo, considerando todas las limitaciones que existen actualmente y los retos que deben superarse. Los servicios públicos de salud, en general, todavía adolecen de deficiencias en infraestructura, equipo, medicamentos, número de trabajadores, atención al paciente, entre otros³⁰.

Mejorar los servicios de salud que brinda el sector público requiere de reformas en diferentes áreas, las cuales no sólo implican destinar más recursos a este sector, aunque ciertamente, es una condición necesaria, pero también es imprescindible mejorar la eficiencia en el uso de estos recursos³¹.

c. Gasto público en salud por clasificación económica

i. Sector público de salud. Clasificación económica del gasto

En los últimos años se ha observado un aumento importante en remuneraciones, originado tanto por el mayor número de empleos como por incrementos salariales, reflejando un alto gasto corriente. Mientras que el gasto de capital es bajo, a pesar de que en la última década se ha reconstruido los hospitales que resultaron dañados por los terremotos de enero de 2001.

²⁷ Las capas medias, sobre todo aquellas personas afiliadas al ISSS, han recurrido a la red pública de salud en el caso de hospitalizaciones prolongadas o cirugías mayores, por los precios bastante elevados de los hospitales privados, a pesar de la mejor infraestructura y atención que reciben en los centros privados.

²⁸ La creación de los ECOS corresponde a una de las ocho estrategias de la reforma de salud que, como se explicará más adelante con mayor detalle, están conformados por equipos de profesionales sanitarios que están encargados de llevar los servicios de salud a las zonas más aisladas, con énfasis en la prevención y en la educación para la salud del territorio.

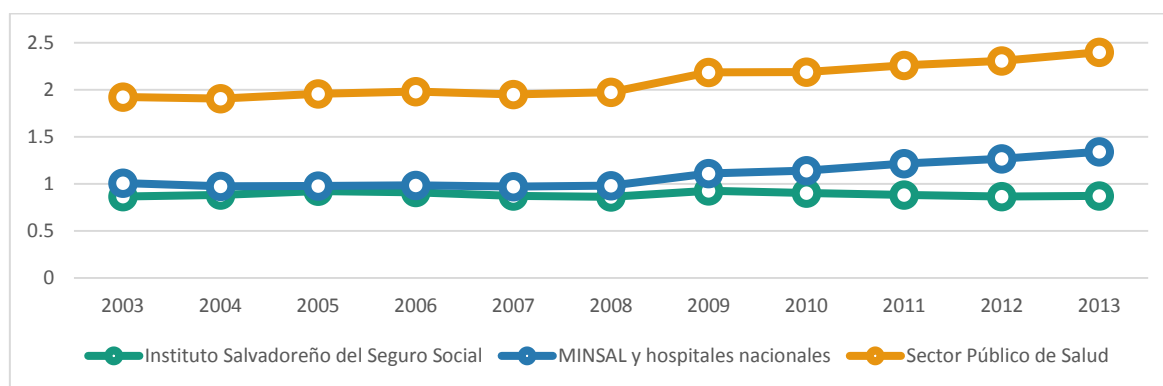
²⁹ Informe de Labores 2013-2014, MINSAL.

³⁰ Bossert, Thomas J. (2013).

³¹ Grigoli, Franceso y Kapsoli, Javier. “Waste Not, Want Not: The Efficiency of Health Expenditure in Emerging and Developing Economies”. (2013)

Por la naturaleza de su giro, el sector público de salud destina una parte importante de sus recursos a salarios, más del 50% en la última década (Anexo 23). En términos del PIB, el gasto en remuneraciones del sector público de salud se mantuvo estable alrededor del 2% durante 2003-2008, hasta que en 2009 experimentó un aumento llegando a 2.2%, y ascendiendo a 2.4% del PIB en 2013 (Gráfica 8). En montos absolutos destaca el incremento de US\$54 millones en 2011 y de US\$33 millones en 2013, aunque este último fue similar al monto de los incrementos en el gasto público de salud registrados en 2005 y 2006 (anexo 24).

GRÁFICA 8 – GASTO EN REMUNERACIONES SECTOR PÚBLICO DE SALUD, % DEL PIB



Fuente: Elaborado con datos del Informe de Gestión Financiera del Estado, varios años y del MINSAL

En 2013, 92.3% del gasto en remuneraciones en el sector público de salud correspondió al MINSAL y al ISSS (anexo 24). El rápido crecimiento en remuneraciones es resultado del incremento en el número de empleados así como de aumentos salariales. En 2009-2013 hubo un incremento sustancial en el número de contrataciones en el ramo de salud. Los empleados del MINSAL y sus hospitales, los adscritos al Ramo de Salud y al ISSS, incrementaron en 12,947 de 2003 al 2013. De esas nuevas plazas, 7,801 se crearon de 2008 al 2013³². Además, el aumento en las remuneraciones está impulsado fuertemente por el escalafón del Ramo de Salud, como se explica más adelante.

El gasto elevado en salarios contrasta con lo invertido en infraestructura, que en 2013 fue igual a solo 5.3% del gasto público en salud, equivalente a 0.2% del PIB. Esta inversión en infraestructura es baja considerando las deficiencias y carencias que todavía se tienen, a pesar de que en los últimos años se han reconstruido y ampliado hospitales, y se han abierto nuevas unidades de salud.

A continuación, se describe con mayor detalle la clasificación económica del gasto del MINSAL, ya que se cuenta con dicha información, y considerando que lo pagado en remuneraciones por el MINSAL representó el 55.9%³³ del gasto total en remuneraciones del sector público de salud en 2013.

ii. Ministerio de Salud. Clasificación económica del gasto³⁴

El MINSAL es la institución del gobierno que maneja la mayor parte de los fondos que conforman el gasto público en salud (48% en 2013³⁵). Estos recursos provienen del fondo general del Estado, así como de préstamos y donaciones destinadas al

³² Datos de presupuestos votados, varios años. El MINSAL y las adscritas a Salud junto con el ISSS son las instituciones que emplean la mayor parte del recurso humano del sector público de salud.

³³ Este porcentaje también comprende el pago de remuneraciones que hacen los hospitales.

³⁴ En este numeral se analiza la clasificación económica del gasto ejecutado por el MINSAL, con base en los datos que aparecen en el Cuadro 7. En estos datos no se incluye el gasto ejecutado por los hospitales ni las instituciones adscritas al Ramo de Salud.

área de salud. La mayor parte de las erogaciones del MINSAL son gasto corriente. En 2013, este gasto fue 90.3% de su presupuesto ejecutado (Cuadro 7), lo que está determinado, en parte, por la naturaleza de sus actividades de proveedor de servicios. Sin embargo, la alta participación del gasto corriente, en contraposición con la del gasto de capital, también se ha debido a la forma en que se aplica el escalafón que presiona al alza las remuneraciones, así como a la falta de recursos para inversión en infraestructura hospitalaria o por problemas de ejecución, lo que frena el gasto de capital.

Dentro de las erogaciones corrientes que efectúa el MINSAL, son las transferencias corrientes el rubro que absorbe la mayor cantidad de recursos de su presupuesto (48.3% en 2013), seguido por el de las remuneraciones (27.2% en 2013, no incluye remuneraciones de hospitales) (Cuadro 7). En las transferencias corrientes se encuentran los fondos que el MINSAL transfiere a los hospitales y otras instituciones adscritas³⁵, y estos fondos son utilizados, en su mayor parte, en el pago de remuneraciones de los empleados de la red hospitalaria. Por ejemplo, en 2013, el MINSAL realizó transferencias corrientes por US\$260.2 millones. De esos fondos, los hospitales de la red del MINSAL recibieron cerca de US\$245.0 millones, que representaron 95.1% del total de ingresos de los hospitales públicos. A su vez, el principal gasto de la red hospitalaria adscrita al MINSAL fue el de remuneraciones que ascendió a US\$178.6 millones en ese año, representando 69.4% del total del gasto de los hospitales.

En conjunto, el MINSAL y su red de hospitales nacionales erogaron en remuneraciones cerca de US\$325.4 millones en 2013. Este gasto aumentó de 1% del PIB en 2008 a 1.3% en 2013 (Anexo 24), resultado de mayores contrataciones y de aumentos salariales. De 2003 a 2013 se registró un aumento de 10,593 trabajadores del MINSAL y sus hospitales junto con las instituciones adscritas al Ramo de Salud, de los cuales, 7,531 plazas nuevas se crearon de 2008 a 2013³⁷.

³⁵ Este porcentaje corresponde al presupuesto ejecutado por el MINSAL, sin incluir el presupuesto ejecutado por los hospitales y adscritas al Ramo de Salud. El presupuesto ejecutado consolidado del MINSAL y sus hospitales e instituciones adscritas al Ramo de Salud, fue aproximadamente el 55.7% del gasto público total en salud, en 2013.

³⁶ Los 30 hospitales de la red del MINSAL y las unidades adscritas al Ramo de Salud que son: el Consejo Superior de Salud Pública, el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), el Hogar de Ancianos “Narcisa Castillo”, Cruz Roja Salvadoreña, Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) y Dirección Nacional de Medicamentos.

³⁷ Datos de presupuestos votados, varios años.

CUADRO 7 - MINISTERIO DE SALUD (MINSAL): GASTO EJECUTADO POR CLASIFICACIÓN ECONÓMICA

Concepto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Estructura porcentual											
Gasto corriente	97.6	97.7	77.9	87.0	86.5	85.2	89.2	91.3	95.2	93.5	90.3
Remuneraciones	3.4	3.3	2.6	3.1	25.4	25.6	24.4	24.9	28.3	28.9	27.2
Adquisiciones de bienes y servicios	4.5	4.8	12.6	13.0	14.2	11.9	17.0	16.3	15.8	12.8	14.5
Gastos financieros y otros	0.1	0.3	0.2	0.3	0.3	0.3	0.5	1.0	0.7	0.5	0.2
Transferencias corrientes	89.6	89.2	62.4	70.6	46.6	47.3	47.3	49.1	50.4	51.3	48.3
Gasto de capital	2.4	2.3	22.1	13.0	13.5	14.8	10.8	8.7	4.8	6.5	9.7
Remuneraciones	0.2	0.1	0.0	0.1	-	-	-	-	0.2	0.6	0.6
Adquisiciones de bienes y servicios	0.7	1.5	21.8	3.8	2.5	2.7	0.9	0.8	0.6	0.6	1.3
Gastos financieros y otros	0.2	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.3
Inversiones en activos fijos	1.3	0.7	0.3	9.1	11.0	12.2	9.9	7.9	4.0	4.9	7.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
% PIB											
Gasto corriente	1.5	1.4	1.5	1.4	1.4	1.4	1.7	1.8	1.8	1.8	2.0
Remuneraciones	0.1	0.0	0.0	0.0	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6
Adquisiciones de bienes y servicios	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.2	0.3
Gastos financieros y otros	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Transferencias corrientes	1.3	1.3	1.2	1.1	0.8	0.8	0.9	1.0	1.0	1.0	1.1
Gasto de capital	0.0	0.0	0.4	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2

Nota: En la ejecución de gastos del MINSAL que se presenta, no se incluyen los gastos de FOSALUD, los gastos de su red hospitalaria, ni los gastos de otras instituciones adscritas al Ramo de Salud

Fuente: elaborado con datos del Informe de Gestión Financiera del Estado (IGFE), varios años.

A pesar del aumento significativo en las contrataciones, de acuerdo con el gremio médico, hay escasez de especialistas para algunas ramas de la salud en algunos hospitales, y el tiempo de espera para recibir atención o programar cirugías continúa siendo largo. No se dispone de tiempos de espera para distintos hospitales por lo que es difícil saber con exactitud si con las nuevas contrataciones se ha reducido el tiempo de espera y en cuanto. Por otra parte, otra interrogante es saber si el incremento en los escalafones ha frenado la contratación de más personal y la mejora del servicio.

El segundo factor importante que ha incrementado el gasto en remuneraciones han sido las modificaciones salariales, en las que se incluye el escalafón que se aplica a los empleados del MINSAL y su red hospitalaria. El aumento del gasto en remuneraciones debido a los escalafones es cada vez mayor. En 2013, el escalafón fue el responsable de cerca de 87% del incremento de las remuneraciones en el MINSAL y los hospitales (anexo 25) y es el escalafón de salud el que más recursos absorbe comparado con el escalafón de otros Ramos (anexo 26).

En 2014, por los problemas fiscales, el escalafón no estaba inicialmente contemplado en el proyecto de presupuesto para ese año. Finalmente por presiones de gremios se asignó US\$21.5 millones para el escalafón del Ramo de Salud, lo que ilustra un dilema al que se enfrenta el MINSAL en la asignación de recursos escasos. Para poder pagar el escalafón de salud se tuvieron que hacer reorientaciones de fondos en el proyecto de presupuesto 2014 del MINSAL, incluyendo un recorte de US\$4.9 millones del rubro de bienes y servicios –dentro del cual está el gasto en medicinas- y de US\$1.1 millones que se tenía para imprevistos³⁸. De acuerdo con declaraciones de funcionarios del Ministerio de Hacienda,³⁹ la forma en cómo se calculan estos aumentos por escalafón hace que estos incrementos salariales no sean sostenibles y debe revisarse el mecanismo.

La Ley de Creación de Escalafón del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, emitida en marzo de 1994, establece que la aplicación del escalafón se hará con base en evaluaciones de mérito al personal bajo tres categorías de desempeño: excelente 5%, muy bueno 4% y bueno 3%. Además, a aquellos empleados que tengan más de 5 años de trabajar en servicios de salud se les otorgará un 3% adicional. Si las excepciones son aquellos empleados que reciben una calificación de muy bueno o bueno, en general los trabajadores del sector salud están recibiendo anualmente aumentos salariales entre 5% (los que tienen menos de 5 años de laborar) y 8%. Al no haber un esquema claro de evaluación de desempeño, los escalafones de salud han resultado en incrementos anuales que superan la inflación⁴⁰, donde se premia más la antigüedad que el desempeño.

Los incrementos fuertes en el gasto en remuneraciones en el Ramo de Salud hacen que sea necesaria una revisión de este sistema de escalafones, especialmente en una situación de fragilidad de las finanzas públicas. Esto no implica que se deje de perseguir el objetivo de tener personal médico idóneo y bien remunerado, pero debe existir, al mismo tiempo, una adecuada evaluación de desempeño, que considere la capacidad financiera del Estado y la situación del mercado laboral de los trabajadores del sector salud, así como la calidad del servicio prestado.

Otro rubro dentro del gasto corriente es el de la adquisición de bienes y servicios, relevante en el Ramo de Salud, entre otras cosas, porque incluye las medicinas y otros insumos médicos. A partir de 2009 el MINSAL ha destinado más fondos para la adquisición de bienes y servicios en términos absolutos. Sin embargo, en términos del PIB, este gasto se ha mantenido constante alrededor de 0.3% a partir de 2009, incluso con una contracción en 2012 que fue revertida al siguiente año.

A diferencia de lo que sucede con las remuneraciones, el gasto en inversión del MINSAL es bajo y no presenta una tendencia ascendente sino que variable, lo que está asociado, en buena parte, con la construcción o reconstrucción de hospitales y otras obras de infraestructura de salud en determinados años. Durante 2003-2013 gran parte de la inversión en infraestructura en el sector público de salud correspondió a la reconstrucción de 7 hospitales –incluida la construcción del nuevo Hospital Nacional de la Mujer- dañados por los terremotos de 2001⁴¹.

En los últimos años se ha invertido en la construcción, reconstrucción o ampliación de las unidades de salud y clínicas, y la reconstrucción de los hospitales dañados por los terremotos de 2001. No obstante, dada la demanda que existe y las carencias en infraestructura y equipo, se necesita aumentar significativamente el gasto de capital para mejorar sustancialmente la infraestructura de la red hospitalariao incluso ampliarla.

³⁸ Alas de Franco, Carolina (julio 2014).

³⁹ Carlos Cáceres, Ministro de Hacienda, declaró en entrevista televisiva que el escalafón de salud es insostenible y debe modificarse, ver en <http://diario1.com/politica/2013/10/hacienda-dice-escalafon-de-salud-debe-modificarse/> (octubre 24, 2013).

⁴⁰ La tasa de inflación (IPC) promedio para el período 2003-2013 fue de 3.6%; para 2012 y 2013, la inflación fue igual a 0.8%.

⁴¹ Los sismos de enero y febrero de 2001 dañaron 23 de los 30 hospitales públicos, pero solo 7 fueron incluidos en el Proyecto de Reconstrucción de Hospitales por Emergencias de los Terremotos y Extensión de Servicios de Salud (PRHESSA).

d. Gasto público en salud por clasificación funcional y por institución

i. Ministerio de Salud e instituciones adscritas al Ramo de Salud. Clasificación funcional del gasto

En general, se observa un esfuerzo por fortalecer al MINSAL de 2008 a 2013, aunque todavía falta bastante. A diferencia de lo que sucede con las remuneraciones, que han aumentado, el gasto en medicamentos del MINSAL y sus hospitales e instituciones adscritas, en términos del PIB, ha permanecido sin mayores cambios en la última década, alrededor de 0.2% del PIB.

CUADRO 8 - PRESUPUESTO EJECUTADO CONSOLIDADO DEL MINSAL E INSTITUCIONES ADSCRITAS AL RAMO DE SALUD

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (p)
Millones US\$										
Remuneraciones	160.0	173.7	196.1	216.2	235.0	253.1	272.2	309.4	339.0	371.6
Medicamentos	35.1	40.0	45.1	38.8	28.6	49.4	57.4	37.7	40.5	42.6
Vacunas				4.6	8.2	8.2	8.6	18.8	14.5	14.5
Insumos Médicos Quirúrgicos	17.7	16.3	19.3	18.9	17.4	30.2	25.0	31.1	34.5	33.1
Otros gastos de funcionamiento	30.4	41.4	35.8	43.1	55.7	67.0	73.2	83.3	81.0	77.4
Inversión	5.2	14.4	38.7	49.8	54.4	51.0	50.0	73.6	51.5	86.3
Total	248.4	285.8	335.0	371.4	399.3	458.9	486.4	553.9	561.0	625.5
Estructura porcentual										
Remuneraciones	64.4	60.8	58.5	58.2	58.9	55.2	56.0	55.9	60.4	59.4
Medicamentos	14.1	14.0	13.5	10.4	7.2	10.8	11.8	6.8	7.2	6.8
Vacunas	-	-	-	1.2	2.1	1.8	1.8	3.4	2.6	2.3
Insumos Médicos Quirúrgicos	7.1	5.7	5.8	5.1	4.4	6.6	5.1	5.6	6.1	5.3
Otros gastos de funcionamiento	12.2	14.5	10.7	11.6	13.9	14.6	15.0	15.0	14.4	12.4
Inversión	2.1	5.0	11.6	13.4	13.6	11.1	10.3	13.3	9.2	13.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
% PIB										
Remuneraciones	1.1	1.1	1.1	1.2	1.2	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6
Medicamentos	0.2	0.3	0.3	0.2	0.1	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2
Vacunas	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1
Insumos Médicos Quirúrgicos	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Otros gastos de funcionamiento	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.3
Inversión	0.0	0.1	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3	0.2	0.4
Total	1.7	1.8	2.0	2.0	2.0	2.1	2.4	2.6	2.4	2.6

1/ Para los años 2004 a 2008 se incluyen gastos con cargo al presupuesto ordinario, excluyéndose los gastos de Fondo de Actividades Especiales y donaciones extrapresupuestarias. Para 2009 y 2010, se incluye gastos con cargo al presupuesto ordinario y extraordinario, sin incluir los Fondos de Actividades Especiales y donaciones Extrapresupuestarias.

2/ Para 2010 el gasto en medicamentos incluye \$3.8 millones que fueron clasificados en las UP 04, 07 y 51 (gastos de Inversión), sin embargo se han incluido dado que se consideran parte del gasto corriente.

Nota: gasto consolidado del MINSAL y sus dependencias, red hospitalaria y sus adscritas, incluye Fosalud.

Fuente: Estimación de Cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud/Dirección de Planificación/MINSAL

A partir de 2011 se ha reducido la participación de los medicamentos dentro del gasto total del MINSAL y sus hospitales e instituciones adscritas. No obstante, hay que tomar en cuenta que ha habido cambios en la adquisición de medicamentos, y que en 2012 se emitió la Ley de Medicamentos que reguló los precios de las medicinas, por lo que no necesariamente menos gasto es igual a menos medicinas.

El gasto en la adquisición de vacunas aumentó significativamente en 2011, sin embargo, presentó una contracción en 2012 y 2013. Esta erogación ha oscilado entre 0.06 y 0.09% del PIB durante 2011-2013, más elevado que el 0.04% del PIB destinado a vacunas durante los años 2008-2010, y del 0.02% del PIB gastado en 2007. Algo similar sucede con la adquisición de insumos médico quirúrgicos, cuyo gasto aumentó en forma importante en 2009, y salvo 2010, se mantiene en más de US\$30 millones en los años posteriores. En la estructura porcentual, la participación de los insumos médicos quirúrgicos cayó en 2010, pero más que todo por el aumento de la proporción que alcanza el gasto en remuneraciones.

Una población en crecimiento que debe ser atendida en el sistema público de salud y un gasto en bienes y servicios que no se expande al mismo ritmo, puede derivar en problemas de escasez de medicamentos y otros materiales, por lo que es

importante identificar la demanda y destinar los recursos necesarios, además, de tener un sistema de adquisición de medicamentos e insumos que facilite la adquisición de los mismos y el control de su calidad.

ii. Gasto público en salud por institución.

El sistema de salud público se encuentra bastante fragmentado, con diferencias importantes en la disponibilidad de recursos por usuario entre las distintas instituciones. Los principales proveedores de servicios de salud son el MINSAL y el ISSS. Este último atiende a los trabajadores del sector formal, sus cónyuges e hijos menores de 12 años, y se financia con las cotizaciones de sus afiliados, y tiene un régimen especial para empleadas domésticas, pero con muy baja participación.

En 2013, el Ministerio de Salud, incluidos sus hospitales⁴², y el ISSS operaban el 55.5% y el 33.2%, respectivamente, del gasto público en salud (Cuadro 9). El MINSAL es el actor más importante en el manejo y distribución de los recursos, y en la provisión de servicios para el segmento que atiende. También desde 2007 tiene el papel de rectoría del sector salud⁴³. La segunda institución más importante, por los montos que maneja y número de beneficiarios, es el ISSS. La participación de las otras instituciones públicas que prestan servicios de salud, es reducida dentro del gasto público en salud (11.4% del gasto total en salud pública en 2013) y por la población que atienden.

CUADRO 9 - GASTO PÚBLICO EN SALUD POR INSTITUCIONES

Instituciones	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (p)
MINSAL (millones US\$) ^{1/}	n.d.	264.4	295.8	346.6	366.4	391.3	449.4	493.6	532.7	522.1	623.3
% gasto público en salud	n.d.	46.0	45.4	45.0	48.7	49.3	52.6	53.7	53.2	52.1	55.4
% del PIB	1.7	1.7	1.7	1.9	1.8	1.8	2.2	2.3	2.3	2.2	2.6
ISSS: (millones US\$)	223.2	243.1	293.0	361.6	321.9	322.9	317.2	333.9	356.1	357.3	373.4
% gasto público en salud	n.d.	42.3	45.0	46.9	42.7	40.7	37.1	36.3	35.6	35.7	33.2
% del PIB	1.5	1.5	1.7	1.9	1.6	1.5	1.5	1.6	1.5	1.5	1.5
Otras instituciones públicas: (millones US\$)	n.d.	66.7	62.8	62.2	64.8	80.0	87.4	91.4	112.8	121.9	128.6
% gasto público en salud	n.d.	11.6	9.6	8.1	8.6	10.1	10.2	9.9	11.3	12.2	11.4
% del PIB	0.3	0.4	0.4	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5
Gasto desglosado otras inst. públicas (millones US\$):											
Bienestar Magisterial	n.d.	27.7	25.3	22.3	22.4	29.1	28.6	34.1	50.1	54.6	51.6
Sanidad Militar	n.d.	17.4	17.8	16.0	15.7	16.3	17.2	19.2	19.2	19.2	23.6
Empresas Públicas	n.d.	n.d.	n.d.	6.4	7.9	8.8	11.4	13.1	14.0	13.3	15.2
Gobiernos Locales 2/	n.d.	1.5	3.8	2.8	3.6	5.3	5.0	8.6	7.7	10.8	14.8
CEFAFA 3/	n.d.	11.8	10.4	6.6	7.4	8.5	8.9	9.1	10.9	13.9	11.5
Otras Entidades Públicas 2/	n.d.	6.5	4.1	6.5	5.9	10.0	14.1	4.8	8.2	5.9	6.6
Dirección Nacional de Medicamentos 4/	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.7	3.4
Consejo Superior de Salud Pública	n.d.	1.8	1.4	1.6	1.9	2.0	2.2	2.5	2.7	2.5	1.9
Total gasto público en salud		574.2	651.6	770.4	753.1	794.2	854.0	918.9	1,001.6	1,001.3	1,125.3

1/ El gasto del MINSAL incluye tanto la ejecución del presupuesto ordinario como de fuentes extrapresupuestarias.

2/ La cifra de 2011 del reporte de gastos de salud de las empresas públicas, como de los gobiernos locales, experimentó cambios respecto a las publicadas en la memoria de labores MINSAL 2011/12, debido a ajustes posteriores en los informes respectivos.

3/ A partir de la revisión del gasto público social, trabajo coordinado con la STP, se ha realizado ajustes en la estimación de todo el gasto social, incluyendo el gasto público en salud, en atención a metodología de medición del gasto social de CEPAL. De ahí que, a partir de 2004 se incluyó en las estadísticas disponibles de cuentas en salud, el Centro Farmacéutico de las Fuerzas Armadas (CEFAFA), como parte del gasto público en salud. Situación que modifica el valor de sus gastos devengados, los reportes de cuentas en salud del país, con el objetivo de mejorar la medición y homologación del gasto en salud en particular.

4/ La Dirección Nacional de Medicamentos (DNM) es una entidad pública creada en el transcurso del 2012, por lo cual sus gastos devengados se ha incorporado a partir de este año, dentro del gasto nacional en salud; y, específicamente, dentro del gasto público en salud. Para los años sucesivos la DNM también formará parte de las estadísticas regulares de cuentas en salud.

Fuente: Principales Indicadores Nacionales de Cuentas en Salud (1996-2009), septiembre 2011; Estimación de cuentas en Salud, Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación; Informe de Labores 2012-2013, del MINSAL y cálculos propios.

⁴² En este literal al referirse al MINSAL están incluidos sus hospitales.

⁴³ En 2007 se aprobó la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud que da esta potestad al MINSAL.

Hasta 2008 el gasto ejecutado por el MINSAL era menor al 2% del PIB, y solo a partir de 2009 se logra superar esta frontera llegando a 2.6% en 2013, año en que se registró un aumento importante de los recursos asignados a este Ministerio. El gasto del MINSAL aumentó 2.4 veces de 2004 a 2013⁴⁴. A diferencia del MINSAL, cuyo gasto ha aumentado, el del ISSS se ha estabilizado partir de 2008, encontrándose en 1.5% del PIB en 2013. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que aunque este gasto se ha mantenido similar en los últimos años, como porcentaje del PIB, y es significativamente menor al del MINSAL, si se considera la población que es atendida por estas dos instituciones⁴⁵ la situación cambia. El ISSS dispone en forma significativa de más recursos por beneficiario que el MINSAL (ver Anexo 27). Esto implica que los fondos públicos en salud no están distribuidos uniformemente entre instituciones al considerar a la población atendida por éstas.

La fragmentación en el sistema público de salud crea una diferenciación en el servicio que prestan las diversas instituciones a sus pacientes. Así, el gasto en medicamentos por persona atendida en el ISSS fue igual a US\$13.5 en 2013, por encima del US\$11.4 que destina el MINSAL. No obstante, la brecha se ha reducido en los últimos años debido al aumento de este gasto por beneficiario en el MINSAL y la reducción del mismo en el ISSS (Anexo 27). Sobresale el gasto per cápita en medicinas de US\$21.4 del ISBM en 2013, que casi duplica la cifra del ISSS en ese año, resultado de aumentos importantes en el gasto erogado en ese rubro a partir de 2007 en el ISBM.

En conclusión, el gasto público en salud ha registrado un crecimiento importante, pasando de representar el 3.7% en 2008 a 4.1% en 2009, cifra alrededor de la cual se mantuvo hasta alcanzar 4.6% en 2013, año en que se registró un aumento importante de los fondos asignados a salud, y también incrementó el gasto términos per cápita. Sin embargo, a pesar de un mayor presupuesto, probablemente no se compensó completamente la supresión de cuotas voluntarias y el aumento de la demanda⁴⁶. Persisten los problemas del sector: escasez de medicamentos e insumos y personal especializado⁴⁷. Lo anterior es señal de que los fondos no son suficientes, aunque también inciden problemas de eficiencia en el uso de los recursos.

Una de las áreas en que se necesita mejorar en el sistema público de salud es la gestión de medicamentos para poder superar el desabastecimiento⁴⁸. Por una parte, hay problemas de efectivo que ocasionan atrasos en los pagos y afectan la cadena de entrega de medicamentos o insumos⁴⁹. Por otra parte, también existen problemas de burocracia en las compras y dificultades en algunas licitaciones que deben ser declaradas desiertas, y, en otras ocasiones, hay demoras en la entrega por parte de los proveedores⁵⁰.

Mejorar el sistema de medicamentos es importante, sobre todo, considerando que el gasto de bolsillo en medicinas es regresivo. El quintil de mayores ingresos dedica el 41.4% del gasto del hogar en salud en medicamentos, mientras que los quintiles del tercero al quinto utilizaron más del 70% del gasto de los hogares en salud en medicamentos (MINSAL, Comisión de Salud, Asamblea Legislativa, 2010)⁵¹.

⁴⁴ El gasto del MINSAL incluye las transferencias que hace a los hospitales y a otras instituciones adscritas al Ramo de Salud.

⁴⁵ La población que se estima atiende el MINSAL es toda aquella que no posee ningún tipo de seguro público o privado.

⁴⁶ Bossert, Thomas J. pg. 22, (junio 2013).

⁴⁷ Ibid, pg. 16.

⁴⁸ Bossert, Thomas J. (junio 2013).

⁴⁹ Como ocurrió con la adquisición de las dosis de vacunas en 2014.

⁵⁰ A mediados de 2013, la Mesa Nacional de la Salud manifestó que el proceso de compra y gestión de medicamentos en el MINSAL era una de las debilidades de la administración de ese entonces, y el Colegio Médico también se pronunció sobre los problemas que existían en ese proceso.

⁵¹ Bossert, Thomas J. (junio 2013)

Otra área que también recibe críticas es la calidad del trato a los usuarios de parte de los trabajadores sanitarios. De acuerdo con la Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud (ASPS), uno de los sectores más denunciados por el mal trato sería el de enfermería. Debe mencionarse que en los últimos años se han implementado medidas para poder mejorar la calidad de los servicios. Por ejemplo, se implementó el Sistema de Gestión del Tiempo y Agendamiento en 43 Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF). Sin embargo, todavía es muy corto el tiempo para conocer los resultados y saber que tanto se ha logrado corregir y mejorar los procesos de atención a pacientes. Además, solo se ha incorporado en un reducido número de UCSF.

La infraestructura hospitalaria ha mejorado en aquellos que han sido reconstruidos y se cuenta además con un nuevo hospital para la mujer, pero en general, la condición de la infraestructura hospitalaria y el equipo necesita de mayor inversión.

III. Análisis sectorial y territorial del nivel y eficiencia del gasto público

En este apartado se consigna el análisis de eficiencia del gasto público territorial de educación y salud. El territorio salvadoreño se divide en 14 departamentos, en los cuales se encuentra diseminada la oferta educativa y de servicios de salud que imparten las instituciones públicas, tanto en el área rural como urbana. Con tal propósito, se realizaron estimaciones del gasto público por departamento en servicios de educación y salud, así como por zona geográfica rural y urbana, usando la información que fue accesible y la metodología que se indica para cada caso.

Utilizando los cálculos del gasto efectuados, y con base en la metodología indicada en la introducción de este documento, se presenta el análisis de la eficiencia del gasto territorial, relacionando el nivel del mismo con los indicadores de producto y de resultado de cada sector. Para educación, dichos indicadores se refieren a cobertura, calidad, matriculación y culminación en educación primaria y secundaria, así como deserción escolar, a escala territorial y por zona geográfica. En el caso de salud, los indicadores están referidos a cobertura y calidad de la atención primaria de salud, mortalidad infantil, mortalidad materna y neonatal, desnutrición infantil y atención integral de la salud a adolescentes.

En general, en el país se toma el criterio de ruralidad que es adoptado por la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC) como aquél territorio que está fuera de cabeceras departamentales o ciudades importantes de cada departamento o municipio, sujeto al límite de población que se establece.

1. Educación

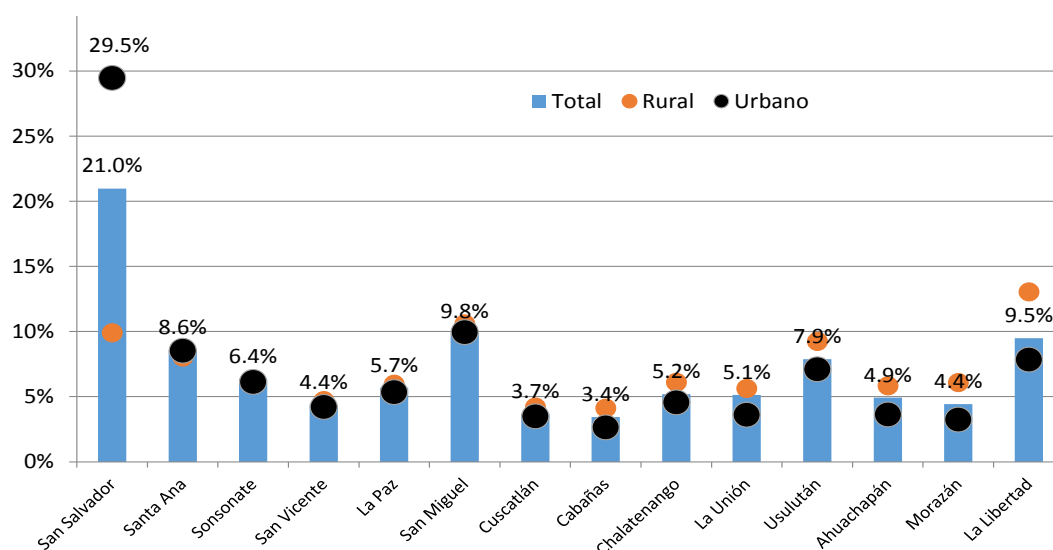
a. Gasto público en educación por territorialidad

Para efectos de aproximar el gasto en educación por departamento así como por zona rural y urbana, en vista que esta información no está disponible, se utilizó la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) para extraer los salarios promedio de profesionales en educación por departamento, ya que este tipo de gasto, en términos relativos, es el que tiene mayor peso en el total de erogaciones corrientes del MINED. En tal sentido, en el presente trabajo el gasto por departamento se refiere a los salarios pagados en este sector⁵².

⁵² Metodología: se identificaron los maestros dentro de la EHPM -cuyos códigos CIIU se refieren a una ocupación de enseñanza de todos los niveles educativos-. Se verificó que la distribución de los maestros del sector público por departamento reflejada en la EHPM, sigue una distribución similar a los registros de los maestros por departamento que tiene el MINED. Sin embargo, la encuesta recoge el lugar de habitación del docente, no el lugar donde ofrece sus servicios, por lo cual se multiplicó el número de maestros que hay en un departamento, en una determinada área, registrado por el MINED, por el promedio de salario que reporta la EHPM, donde se establece si el docente realiza labores para el sector público. Se verificó que el total de remuneraciones con el referido método sigue una trayectoria similar al total de remuneraciones del sector público en el MINED. Finalmente, debido a que los datos de la EHPM provienen de un marco

En la Gráfica 9 se observa que San Salvador, San Miguel y La Libertad concentran el gasto en remuneraciones de los profesionales del sector educación, tanto por departamento como por zona geográfica, con una participación de 21%, 9.8% y 9.5%, respectivamente. Esta distribución está relacionada con la concentración de la población estudiantil en los departamentos indicados (Gráfica 9). Por el contrario, San Vicente, Cuscatlán y Cabañas fueron los departamentos que recibieron menos recursos, su peso relativo en el total erogado en promedio fue 4.4%, 3.7% y 3.4%, respectivamente. Cabañas y San Vicente se encuentran entre los tres departamentos que atendieron menor número de estudiantes en 2013. Por zonas geográficas, en el área urbana, San Salvador registra la mayor concentración del gasto (29.5%), lo que es consistente con la mayor concentración de población estudiantil que se observa en este departamento. En cambio, en la zona rural, es en La Libertad donde se concentra el mayor porcentaje (13%), aunque en San Salvador se observa la mayor población estudiantil en el área rural y la Libertad ocupa el segundo puesto.

GRÁFICA 9 – PORCENTAJE DE GASTO PÚBLICO EN REMUNERACIONES DEL SECTOR PÚBLICO (PROMEDIO 2007-2013 EN US\$ DÓLARES)



Fuente: elaboración propia con datos del MINED y DIGESTYC

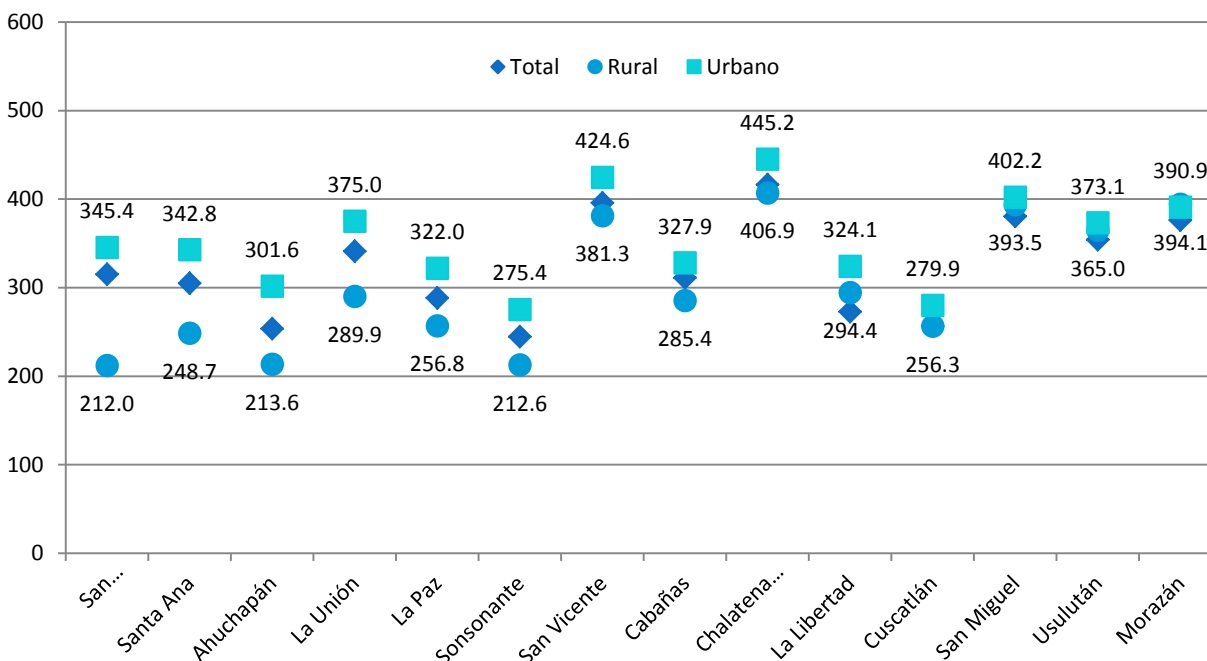
Es importante considerar que las brechas de gasto más amplias entre zonas rural y urbana, se observan en San Salvador (el gasto urbano es 19 puntos porcentuales más alto que el rural) y La Libertad (el gasto rural es 5.2 puntos porcentuales superior al urbano).

Además, en la Gráfica 10 se presenta el cálculo de un indicador de gasto en remuneraciones promedio anual por alumno para el período indicado, por departamento así como por zona urbana y rural. A escala nacional, el promedio del gasto total por alumno ascendió a US\$314 en 2007-2013, en la zona urbana fue de US\$346 y en la rural US\$286 para este período.; Es notable la brecha que hay en este gasto cuando se compara la zona rural y urbana, mostrando una diferencia de US\$60 a favor de la zona urbana. Puede advertirse que en el total, la erogación más alta se registró en los estudiantes de Chalatenango (US\$416.1) y fue 1.7 veces mayor que la erogación más baja observada a nivel departamental, el cual correspondió a Sonsonate (US\$244.7). Es notorio que en todos los departamentos, excepto Morazán, el gasto promedio

muestral, el total no es igual al total de gasto erogado por el MINED en salarios, por lo que se multiplicó la estructura porcentual por departamento, urbano y rural, por el total de remuneraciones del registro del MINED para obtener el promedio de gasto correspondiente a 2007-2013.

por alumno es más alto en la zona urbana que en la rural y las diferencias más significativas se observan en San Salvador, Santa Ana y Ahuachapán (Gráfica 10).

GRÁFICA 10 – GASTO POR ALUMNO AL AÑO TOTAL, URBANO Y RURAL (PROMEDIO 2007-2013 ORDENADO MAYOR DIFERENCIA)



Fuente: elaboración propia con datos del MINED y DIGESTYC.

Durante 2007-2013, la población estudiantil en El Salvador estuvo concentrada en los departamentos de San Salvador (20.8%), La Libertad (10.7%) y Santa Ana (8.7%). En el extremo opuesto, los departamentos que registraban menos estudiantes, fueron Cabañas y San Vicente (3.5%) así como Morazán (3.7%). Por zona geográfica, en el área rural, en San Salvador se concentraba la mayor población de estudiantes (13.5%), seguido de La Libertad (12.8%) y Santa Ana (8.9%). Mientras en el área urbana la población de estudiantes se concentra en San Salvador (29.5%), La Libertad (8.2%) y San Miguel (8.7%).

Por su parte, durante 2007-2013, los centros educativos públicos, se concentraban en los departamentos de San Salvador, Santa Ana y La Libertad, los cuales representaban en promedio el total, 11.4%, 8.9% y 8.7% de total, respectivamente.

b. Cobertura y calidad

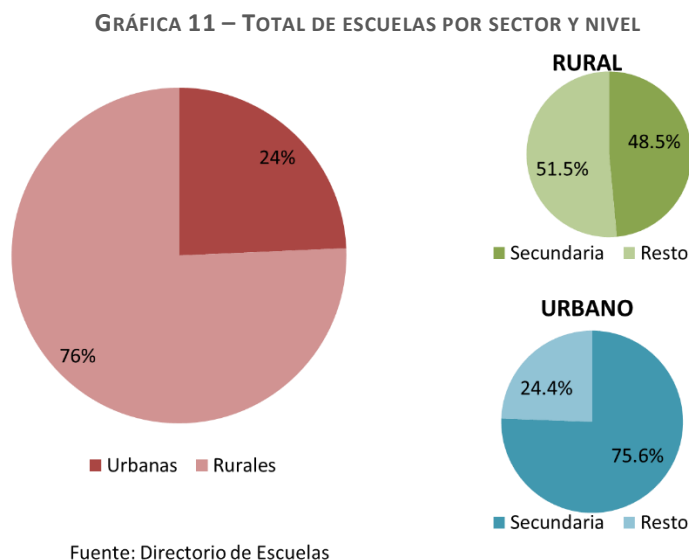
El análisis de la eficiencia del gasto público del presente estudio se circunscribe a parvulario, primaria (1º a 6º) y secundaria (3er. ciclo y bachillerato), aunque la oferta de servicios educativos en el país se brinda en los diferentes niveles indicados en el Anexo 10. Para aproximar la eficiencia del gasto público se utiliza una serie de indicadores cuantitativos o de producto que se relacionan con los recursos usados para alcanzarlos. Además, se consideran indicadores de resultados, en procura de dimensionar el mejoramiento en las condiciones de vida de la población.

Durante 2005-2013 la matrícula total en las escuelas públicas ha disminuido 9% (excluyendo modalidades flexibles y educación superior). Sin embargo, el comportamiento por nivel educativo ha sido diferente, ya que en parvulario la contracción es de 5.3%, en educación primaria es de 22.4% y en secundaria ha incrementado en 17.9%.

Este desempeño podría estar asociado con varias causas. En primer lugar, la transición demográfica que atraviesa el país implica una población con menores tasas de crecimiento, lo que significa que hay menos niños en edad escolar (según los datos de matrícula, cada año ingresan menos niños a primer grado)⁵³. Este fenómeno también se está observando en muchos países latinoamericanos, aunque con diferentes velocidades. En segundo lugar, la violencia e inseguridad continúa afectando a docentes y estudiantes del sistema educativo. Aunque el MINED junto con los cuerpos de seguridad han implementado diferentes acciones para promover escuelas seguras, aún no se logran los resultados esperados (Cuellar, 2014). Finalmente, otro factor que puede haber incidido en la tendencia de la matrícula son las migraciones hacia el exterior, particularmente hacia Estados Unidos. Estas razones podrían estar influyendo para que haya menos estudiantes que asisten a la escuela en parvulario y primaria.

En 2013, según información del MINED, los servicios públicos educativos se ofrecieron a través de 5,172 escuelas diseminadas en todo el territorio nacional. Durante 2006-2013, este total se incrementó en 19 escuelas, concentrándose este aumento en el área rural. Los departamentos que registran más escuelas son: San Salvador (11.4%), San Miguel (9.1%), Santa Ana (8.9%) y Usulután (8.9%). San salvador registró también el mayor gasto en remuneraciones de los profesionales del sector, como se indicó anteriormente. En cambio, los que poseen menos escuelas son Cabañas (5.1%) y Cuscatlán (4%). Además, estos dos departamentos son los que presentan menor gasto en remuneraciones y menos alumnos inscritos.

La información anterior por área geográfica indica que alrededor de 76% de las escuelas están situadas en la zona rural, de las cuales 51.5% solo tiene hasta sexto grado, pero 48.5% tiene hasta bachillerato o educación secundaria. Estos porcentajes se mantienen con poco movimiento durante el período indicado, por lo que estructuralmente solo con la migración de los estudiantes de la zona rural a la urbana es posible que estos sigan avanzando en el sistema educativo (Gráfica 11). Las escuelas del área urbana ronda 24% del total, de éstas 75.6% ofrece educación secundaria y 85.8% posee educación primaria. Las escuelas que ofrecen parvulario ascendían a 4,459 en 2013, de este total 81% estaban situadas en la zona rural y 19% en la zona urbana.



En cuanto a los docentes, que son actores fundamentales y determinantes en el proceso educativo, se observa que según información del MINED, en 2013 las escuelas públicas fueron atendidas por 44,726 docentes, lo que implicó un incremento de 31.4% (10,713) en relación con 2005. Del total de maestros, a primaria correspondían 27,560 equivalente a 61.6%, y a secundaria y parvulario el resto. Sin embargo, algunos docentes atienden varios grados.

⁵³ La tasa global de fecundidad descendió desde 4.2 en 1985-1990 hasta 2.2 en 2010-2015, según proyecciones nacionales de población 1950-2050, publicadas por la DIGESTYC, revisado en mayo de 2010.

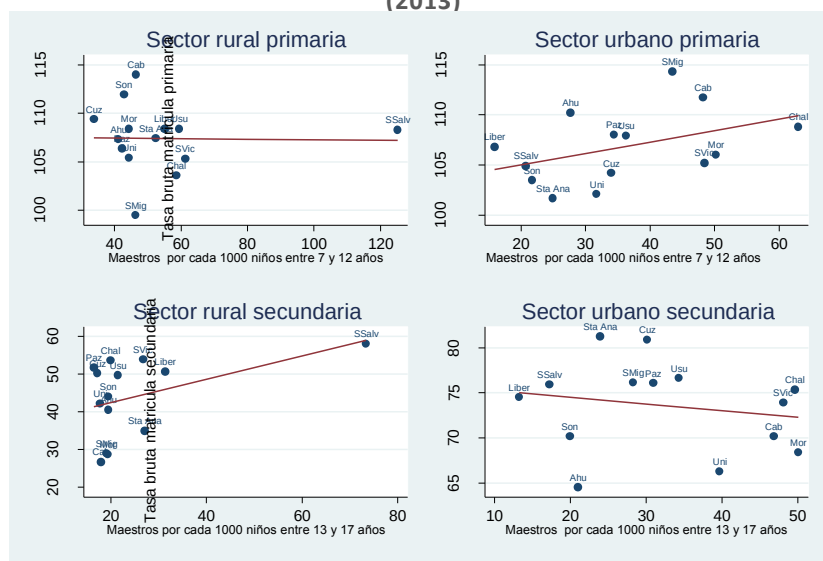
Para poder desempeñar sus funciones, los docentes, además de cumplir con sus estudios –profesorado, licenciatura, maestría o doctorado- en universidades acreditadas por el MINED, deben aprobar la prueba denominada Evaluación de las Competencias Académicas y Pedagógicas (ECAP) que practica el MINED cuando aún son egresados. Esta prueba se realiza anualmente y sirve para certificar las competencias iniciales de los docentes. En tal sentido, en el país prácticamente no se tienen maestros empíricos. Se calculó un indicador para aproximar el nivel de titulación de los docentes, el cual señala el porcentaje de maestros que tienen una formación más elevada -profesorado, licenciatura y maestría-, dejando por fuera los que poseen título de bachiller o bachiller pedagógico en relación con el total de maestros. Los resultados no muestran cambios significativos. En 2013, en primaria, 90.6% de los docentes estarían acreditados con una mejor formación y en 2008 este porcentaje era de 89.2% (lo que podría considerarse un aspecto positivo para el sistema educativo). En secundaria, los maestros mejor formados representaban 91.4% en 2013 y 92.6% en 2008.

Por departamento, en secundaria, se observa que en 2013 el porcentaje más alto de maestros con mayor calificación lo exhibieron Ahuachapán, Cabañas y La Paz. En primaria, los indicadores más altos se situaron en Ahuachapán, Santa Ana, Cabañas y Chalatenango (ver Anexo 11).

Para evaluar si la cantidad de maestros es acorde a la población objetivo en edad teórica para estar en la escuela, se relacionó la tasa bruta de matrícula con la cantidad de maestros por cada mil niños – en los niveles de primaria y secundaria, según edades correspondientes (Gráfica 12). La relación indica que si existe una cantidad alta de maestros por cada mil niños y hay una elevada tasa de matrícula dichos maestros se estarían utilizando intensivamente y si fuera necesario aumentar la población estudiantil, sería importante contar con más maestros. Si por el contrario, se observa una tasa bruta matrícula baja con una cantidad de maestros por cada mil niños, hay posibilidades de suplir un aumento de alumnos con la misma cantidad maestros.

La información reflejada en la Gráfica 12 advierte que, en el caso de educación primaria, la tasa bruta de matrícula es alta (en algunos departamentos supera el 100 por ciento) y la oferta de servicios a través de los maestros asignados es utilizada adecuadamente. Para obtener mejores resultados en el proceso educativo, posiblemente habría que invertir en mejorar las prácticas educativas con los mismos profesores y/o en su preparación, de tal forma que mejore la calidad de la enseñanza. En cambio, la tasa bruta en secundaria es menor, por lo que pareciera que la oferta relativa de maestros también es menor., Por lo tanto sería positivo incrementar los maestros asignados, como opción para alcanzar tasas de matrícula más altas.

GRÁFICA 12 - TASA BRUTA DE MATRÍCULA Y POBLACIÓN EN EDAD CORRESPONDIENTE (2013)



Fuente: Elaboración propia con datos de la EHPM y MINED.

En cuanto a los indicadores de resultado, el sistema educativo salvadoreño muestra un continuo avance en lo relativo al alfabetismo. La tasa de alfabetización de 15 años y más registra una mejora, tanto en el área rural como urbana. A nivel agregado, en 2013 dicha tasa ascendió a 86.7% desde 82.4% en 2003. Los adelantos exhibidos en el sector rural superan a los observados en el sector urbano. En este decenio, la tasa de alfabetismo para mayores de 15 años, ha aumentado de 70.9% a 78.2% en la zona rural, mientras que en la zona urbana pasó de 89.5% a 91.5%. Los datos muestran un ascenso más rápido en la zona rural después de 2010, cuando se ubicaba en 74.8% (Anexo 12). Este resultado muestra los avances acumulados en la educación primaria, así como en la implementación de programas especiales de alfabetización.

Dentro del territorio salvadoreño, las áreas rezagadas muestran los mayores adelantos, sobre todo en el área rural de los departamentos del oriente del país. El ascenso más acelerado de la población rural alfabetizada entre los años 2003 y 2013 proviene, en mayor medida, del departamento de Morazán, donde escaló de 54.1% a 72.8% en este período; Cabañas que mostró un ascenso de 62.4% a 74.9%; y San Miguel, que ascendió de 56.9% a 72.2% (Anexo 12).

. También en el sector urbano de los departamentos de Morazán y Usulután, se observan los ascensos más importantes alfabetización, ya que la tasa de alfabetismo se incrementó hasta 82.4% desde 76.8% y hasta 86.5% desde 81.9%, respectivamente.

Las tasas de alfabetización de 15 a 24 años son más altas que las totales (población de 15 años o más). En 2003, en el área rural, la tasa correspondiente a los jóvenes entre 15 y 24 años era de 87.6%, mientras que la total era 70.9%; diez años más tarde se elevaron a 95.4% y 78.2%, respectivamente. En la zona urbana, se observa que estos porcentajes pasaron de 97.4% en el caso de los jóvenes y 89.5% en la total a 98.4% y 91.5%, respectivamente. Estos resultados muestran que la población más joven avanzó más rápido (ver Anexo 12).

El MINED realiza la Prueba de Aprendizaje y Aptitudes para Egresados de Educación Media (PAES), que es un instrumento homogéneo de cuantificación de los resultados de aprendizaje de los alumnos antes de entrar a la educación superior. En el área de matemática, el puntaje global nacional en 2006-2008 se situó por encima de 5.22, pero descendió en 2009 y se mantuvo sin ascensos durante los años siguientes -aunque en 2013 se percibió una leve mejoría al alcanzar 4.83- lo que denota una desmejora en la calidad del aprendizaje estudiantil. Los resultados del área urbana son superiores que los registrados por el área rural durante el período analizado, mostrando que existe una brecha de aprendizaje entre ambas zonas en el área de matemática para bachillerato. Estos resultados reafirman el desafío en la calidad que afronta el sistema educativo del país. El Anexo 11 muestra los resultados de la PAES por departamento.

Los resultados en la PAES pueden explicarse por una serie de factores externos e internos que comprenden el proceso de enseñanza y aprendizaje. Sin embargo, es posible aproximar algunos elementos que tienen impacto en elevar los resultados de la PAES por departamento observando los datos, tanto en la zona rural como urbana. Por ejemplo, la formación de los docentes parece ser un factor que eleva el resultado en la PAES. Al relacionar las notas de esta prueba en las zonas rural y urbana con el porcentaje docentes que poseen grados de profesorado, licenciatura y maestría, se observa una correlación positiva en 2013 (ver Anexo 13). Además, relacionando los alumnos promedio por docente con las notas de esta prueba, no se observó vinculación.

El Salvador no ha participado en la prueba internacional PISA. Sin embargo, en 2007 estuvo incluido en el Estudio Internacional de Tendencias en Matemática y Ciencias (TIMSS, por sus singlas en inglés), organizado por la *International Association for the Evaluation of Educational Achievement* (IEA). Se evaluó el desempeño académico de los estudiantes de 4º y 8º en las áreas de Matemática y Ciencias, explicando también los contextos de aprendizaje. Participaron 59 países y 8 entidades subnacionales. El estudio comprendía varias fases que se desarrollaron entre 2004 y 2008. Los resultados más altos los ocuparon los países asiáticos y ningún país que no fuera de Asia o Europa llega al promedio internacional. Se concluye que en todos los países, en mayor o menor medida, existen problemas de calidad educativa. Los estudiantes salvadoreños se ubicaron en lugares bajos de desempeño, aunque algunos lograron niveles de suficiencia. La mejor posición que alcanzó El Salvador fue en Ciencias de 4º grado y la más baja en Matemática de 8º. Los resultados confirman

y refuerzan los datos provenientes de pruebas nacionales y ratifican que la calidad es el reto más importante que enfrenta el sistema educativo. El Anexo 14 compara los resultados de El Salvador en Matemática de 8º (MINED, 2009).

Es importante señalar que según el TIMSS existen una serie de factores asociados al desempeño de los alumnos, entre los que se mencionan: el nivel educativo de los padres, el uso de computadoras en casa, clima escolar, actitud positiva de alumnos y maestros, nivel socioeconómico y cultural del estudiante, infraestructura y servicios básicos en la escuela, formación docente, zona rural o urbana, tecnología disponible para el alumno y currículum.

Por otra parte, como se indicó anteriormente, El Salvador también participó en la prueba SERCE en el ámbito latinoamericano y del Caribe (2004-2008). El propósito principal del SERCE es generar conocimientos acerca de los rendimientos de los estudiantes de 3º y 9º grado en América Latina y el Caribe en matemática, lenguaje y ciencias, y al mismo tiempo, explicar dichos logros, identificando las características de los estudiantes, de las aulas y de las escuelas que se asocian a ellos en cada una de las áreas evaluadas. Los estudiantes salvadoreños, en general, mostraron bajo desempeño, aunque en el caso de 3º grado, en el área de lectura, el resultado fue igual a la media regional y a escala centroamericana se obtuvo el segundo lugar, después de Costa Rica⁵⁴.

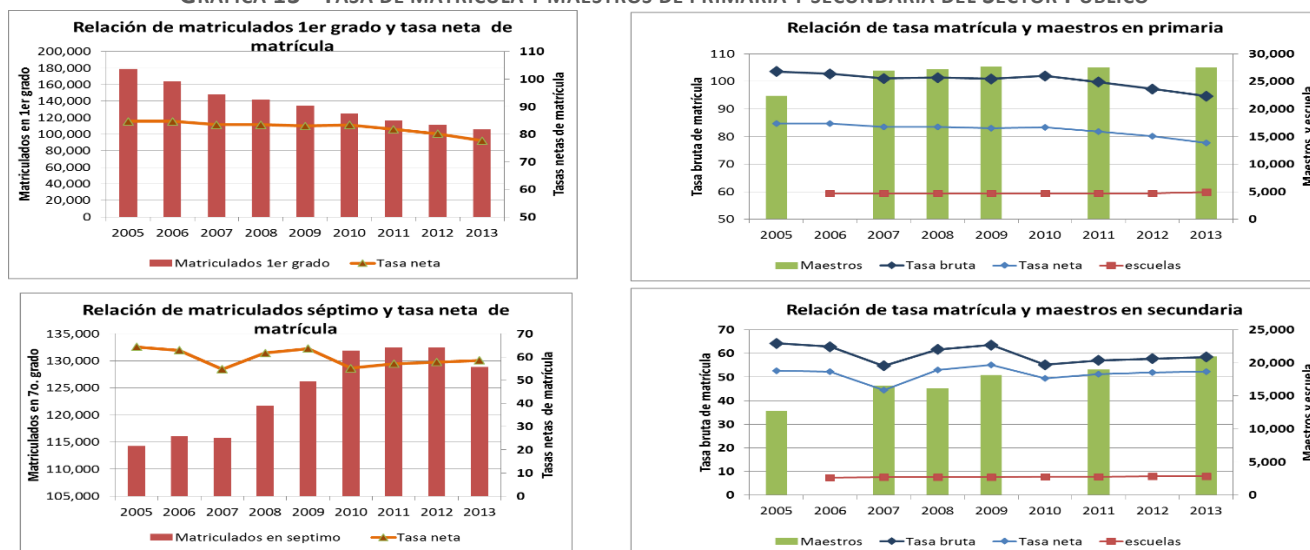
c. Matriculación y culminación educación primaria y secundaria

Como se indicó anteriormente, la educación primaria y secundaria son los niveles hacia donde se canaliza el mayor esfuerzo financiero por parte del MINED. También se observa que dicho gasto se incrementó durante 2003-2013.

Por otra parte, las tendencias de la tasa de matrícula y maestros muestran un comportamiento diferente entre primaria y secundaria. Como se aprecia en Gráfica 13, en el caso de primaria, el número de alumnos matriculados en primer grado está descendiendo, lo que está relacionado con la tendencia a la baja que se observa en las tasas bruta y neta de matrícula en este nivel educativo. sin embargo, el número de maestros muestran una suave tendencia al alza.

En secundaria, hasta 2010 se observa un incremento en el número de alumnos que ingresan (7º. grado) y en los años siguientes se mantienen con una pequeña reducción. Las tasas bruta y neta de matrícula en este nivel educativo muestran una disminución en 2005-2010 y en los últimos años tienden a recuperarse. En el número de maestros se observa un incremento más marcado que en primaria.

GRÁFICA 13 - TASA DE MATRÍCULA Y MAESTROS DE PRIMARIA Y SECUNDARIA DEL SECTOR PÚBLICO



⁵⁴ Presentación. Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de Calidad de la Educación, LLECE

Fuente: Elaborado con datos del MINED.

El número de alumnos promedio por sección en educación primaria, a escala nacional, durante 2005-2013, muestra una tendencia declinante. La misma pauta se observa en el área urbana y rural, en las cuales el promedio disminuyó. Este resultado es consistente con la reducción de la matrícula comentada previamente en el caso de educación primaria y podría relacionarse con los factores también comentados anteriormente. En secundaria, en la zona urbana el promedio de alumnos por sección se mantuvo en 33 durante el período indicado, mientras que en el área rural se registró un leve incremento de 25 en 2005 a 27 en 2013. Este incremento puede asociarse con algunas facilidades de estudio, como becas que proporcionan algunas entidades u otros programas de apoyo a la población (Anexo 15).

La información anterior a escala departamental indica que en educación primaria, rural y urbana, la tendencia ha sido igual que la nacional, ya que en todos los departamentos ha disminuido el número de estudiantes promedio por sección. En el caso de secundaria, en la zona rural el comportamiento fue diferente, ya que en la mayor parte de departamentos ha aumentado el promedio, excepto para San Salvador. En el área urbana, en secundaria, en ocho de los catorce departamentos este promedio disminuyó o se mantuvo sin cambios relevantes, mientras que en seis aumentó.

En lo referente a los indicadores de producto, las tasas de matrícula bruta y neta en primaria, en el sector público, se observa una tendencia declinante en los últimos años. Así, la tasa bruta descendió desde 103.6% en 2005⁵⁵ hasta 94.7% en 2013, y la tasa neta bajó desde 84.7% hasta 77.7% en el período referido. En el caso de secundaria, la tasa bruta de matrícula también se redujo de 64.3% en 2005 hasta 58.5% en 2013, y en la tasa neta la disminución fue más suave, al pasar de 52.6% en 2005 a 52.3% en 2013 (Gráfica 13).

Por otra parte, el Anexo 16 muestra las tasas brutas y netas de todo el sistema educativo (público y privado). Puede observarse un ascenso de la tasa bruta de matrícula en el nivel parvulario y secundario. En 2003-2013, por un lado, en el caso de la educación parvularia aumentó de 52.6% a 65.6% y en el nivel secundario paso de 63.5% a 71.1%. Por otro lado, en la educación primaria, las tasas de matrícula descendieron desde 112.3% a 106.2% en ese mismo período. Igual tendencia registran las tasas netas.

Destaca el descenso de la matrícula primaria, ubicada entre los 7 y los 12 años, donde la población escolar debe realizar un esfuerzo más relevante para finalizar sus estudios, debido a que la tasa de repetición es más alta. Este desempeño puede estar asociado a los factores comentados anteriormente. Por ejemplo, la diferencia entre las tasas brutas y netas de este nivel, aunque ha venido descendiendo, se ubican en 18% para 2013. En cambio, para parvulario y secundaria es menor, alcanzando 9.2% y 7.8%, respectivamente (Anexo 17). Por otra parte, llama la atención que las tasas de matrícula de educación primaria hayan descendido, considerando que existen algunos programas de estímulo a la demanda de servicios educativos en este nivel (dotación de uniformes, zapatos y útiles escolares y alimentación escolar) que han aumentado el gasto público en este nivel⁵⁶.

En relación a la eficiencia del gasto público en educación, un estudio reciente (Grigoli, 2014), encontró evidencia de grandes ganancias potenciales en las tasas de matrícula por mejora de la eficiencia. El autor pretende superar las dificultades de estudios realizados anteriormente usando métodos paramétricos y no paramétricos. Ese trabajo, utiliza un enfoque híbrido para medir la eficiencia del gasto en educación secundaria en las economías emergentes y en desarrollo. El enfoque da cuenta de la repercusión del nivel de desarrollo en los resultados educativos, mediante la construcción de diferentes fronteras de eficiencia para las economías de bajos y altos ingresos. Las ganancias potenciales en las tasas de matrícula son más grandes en las economías de bajos ingresos. La reasignación de gasto para reducir los índices de alumnos por maestro (cuando éstos son altos) y la mejora de la calidad de las instituciones, podría ayudar a mejorar la

⁵⁵ La información de 2003 y 2004 para el cálculo para las tasas de matrícula del sector público no estuvo disponible.

⁵⁶ Grigoli, Francesco. A Hybrid Approach to Estimating the Efficiency of Public Spending on Education in Emerging and Developing Economies. 2014

eficiencia del gasto en educación. Facilitar el acceso a servicios de educación y reducir de la desigualdad de ingresos (medida por el coeficiente de Gini) también podría ayudar a mejorar la eficiencia.

La tasa de repetición, que es un indicador de producto, mide la proporción de alumnos matriculados en un grado o nivel primario durante un año escolar que estudia en el mismo grado el siguiente año escolar. Es un indicador del efecto en la eficiencia del sistema escolar, ya que entre mayor es la tasa de repetición, el costo se eleva tanto para el alumno como para el sistema. La tasa de repetición de acuerdo con el censo escolar muestra que en primaria se registra una pequeña disminución, ya que a escala nacional pasó de 8.1% en 2006 a 7.6% en 2013. En cambio, este mismo indicador en el caso de secundaria, en el mismo período, ha empeorado, desde 4.8% en 2006 hasta 6.8% en 2013, pese al mayor esfuerzo financiero en el sector educación (Anexos 18 y 19).

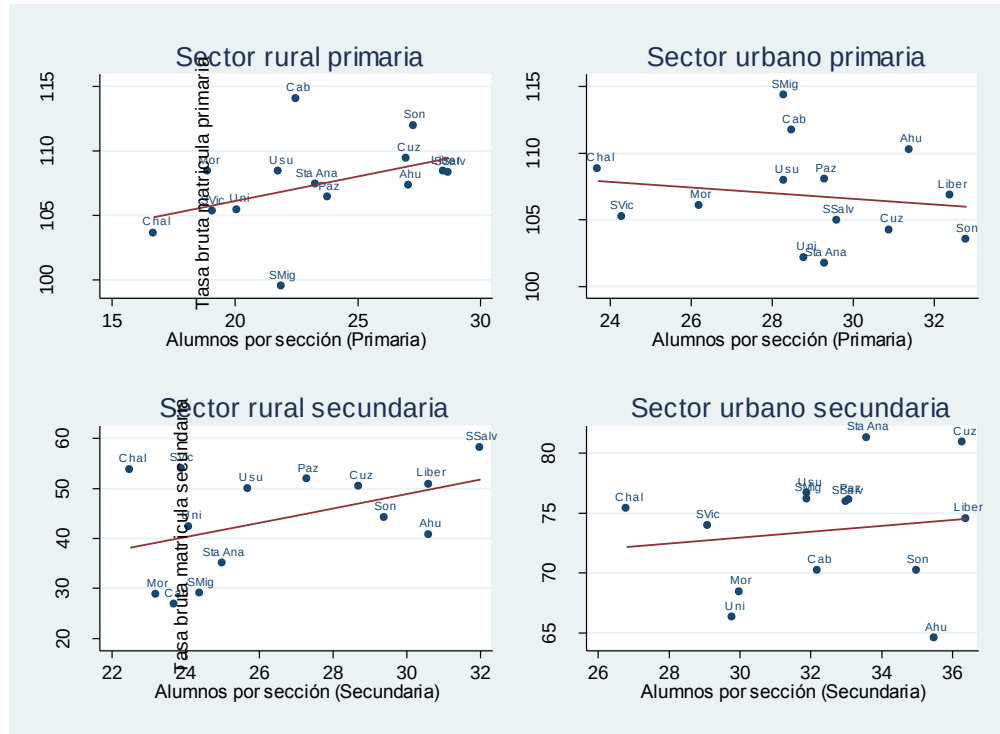
La información anterior a escala departamental muestra que en el caso de primaria, varios departamentos han experimentado tasas de repetición superiores al promedio nacional, como es el caso de Morazán, Usulután, San Vicente, Santa Ana, Chalatenango, Cuscatlán y La Paz. En secundaria, se presenta la misma observación. Entre los departamentos con tasas de repetición más alta que el promedio nacional resaltan Santa Ana, San Salvador, La Paz y San Vicente (ver Anexos 18 y 19). Por zona geográfica, se observa que la repetición en primaria es más alta en la zona rural. Mientras que en 2006 dicha tasa era de 8.6% en la zona rural, en la urbana fue de 7.3%, y en 2013 los porcentajes registrados fueron 8.4% y 6.4%, respectivamente; indicando que en la zona rural el indicador muestra mayor deterioro (Anexo 18).

En el estudio sobre el gasto público del Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo (PER-2010), en relación con las tasas de repetición observadas en 2004-2007 en educación básica, para la población pobre, en extrema pobreza y no pobre, se observa que dichas tasas no muestran cambios significativos, pese al gasto creciente. Esto indica que este patrón es común encontrarlo en sistemas educativos que se expanden a grupos socioeconómicos rurales y menos favorecidos, donde los nuevos inscritos vienen de familias con nivel educativo inferior a la media y entornos difíciles.

La Gráfica 14, presenta una aproximación para evaluar si el tamaño de la infraestructura escolar es acorde con la población objetivo en edad teórica para estar en la escuela, relacionando la tasa bruta de matrícula y la cantidad de alumnos promedio por sección. La relación indica que si existe un promedio alto de alumnos por sección, y hay una elevada tasa de matrícula, dichas aulas se estarían utilizando intensivamente y si fuera necesario aumentar la población estudiantil en las aulas, sería importante ampliar las escuelas con más secciones. Si por el contrario, se observa una tasa bruta matrícula baja con una cantidad de alumnos por sección baja, hay posibilidades de suplir un aumento de alumnos con la misma cantidad de secciones o tamaño por escuela.

La Gráfica 14, corrobora una mayor cobertura en primaria que en secundaria y que las secciones rurales tienen un promedio menor de alumnos por sección. En el nivel de primaria, a pesar que en general se observa una elevada tasa de matrícula, existe dispersión entre los departamentos. Por ejemplo, San Miguel para el sector rural, así como La Unión y Santa Ana en la parte urbana, se encuentran debajo del promedio o tendencia de la tasa bruta de matrícula para el resto de departamentos. En secundaria, la tasa de matrícula es menor e implica que un aumento de estudiantes, en parte, se podría suplir con las secciones con menor promedio de alumnos, como en Chalatenango y La Unión, pero podría aumentar la presión en las secciones que tienen en promedio mayor número de alumnos, como en el sector rural de La Libertad y San Salvador.

GRÁFICA 14 - TASAS BRUTAS DE MATRÍCULA Y ESTUDIANTES PROMEDIO POR SECCIÓN PARA 2013



Fuente: Elaboración propia con datos de la EHPM y MINED.

Por otra parte, se calculó un indicador de esperanza de años de escolaridad para primaria y secundaria para 2013. Este indicador muestra los años de educación que se espera tendrán los alumnos dentro del sistema en los años indicados. De acuerdo a los resultados se espera que los alumnos de educación primaria alcancen entre 5.3 y 5.6 años del plan educativo, lo cual es alto en razón de que el nivel está definido para seis años. Por departamento, los que muestran más rezago son Chalatenango y Usulután (5.3 años). En la mayoría de departamentos los estudiantes lograrían 5.4 años, mientras que los más aventajados son Ahuachapán, La Libertad y San (5.5 años) y en Cuscatlán (5.6 años) (Anexo 18).

En educación secundaria, por el contrario, el indicador de esperanza de años de escolaridad es 3.7 años para 2013, bastante inferior al observado en el caso de primaria. Los departamentos que muestran mayor rezago son Cabañas y La Unión, con 2.9 y 2.8 años, respectivamente. Entre los que presentan mejores resultados se encuentran Cuscatlán, La Libertad y San Salvador, con 3.8, 3.6 y 4.4 años, respectivamente.

En secundaria, para culminar sus estudios a los estudiantes les tomaría cinco años si se trata de bachillerato general o seis si es técnico. En varios departamentos, los datos señalan que ni siquiera iniciarían el bachillerato (educación media). Esto implicaría que en este nivel se pierde eficacia del sistema educativo, ya que muchos estudiantes no logran continuar sus estudios. De acuerdo con el indicador de esperanza de años de escolaridad, se esperaría que la mayoría de estudiantes culminen 9º grado (Anexo 19). Para primaria, entre el área urbana y rural no se advierte mayor diferencia en los indicadores, los cuales alcanzaron 5.5 y 5.4 años, respectivamente. En cambio, en secundaria, en la zona urbana el indicador resultante es 4.1 años, mientras que en la zona rural es 3, lo que denota la brecha existente entre ambas zonas.

Por otra parte, la tasa bruta de graduación de educación primaria es significativamente superior a la observada en secundaria. Por ejemplo, para 2013, con datos calculados a partir de la EHPM, dicha tasa en primaria registró 85.4%; en cambio en secundaria alcanzó 54.7%. Esto estaría mostrando un problema de retención en secundaria, lo cual es consistente con la menor esperanza de años de escolaridad mencionada anteriormente.

d. Deserción escolar

La deserción escolar es un fenómeno que se observa en el sistema educativo salvadoreño. Niños y jóvenes dejan de asistir a la escuela primaria o secundaria interrumpiendo su proceso educativo, lo que puede estar motivado por múltiples razones. Durante 2005-2013, en la zona rural, en primaria, la tasa de deserción ha disminuido desde 7% hasta 5.8%. En cambio, en secundaria, dicha tasa es más alta y se ha mantenido entre 7.1% y 8.2%, mostrando que la deserción escolar es más aguda a este nivel. En el área urbana, se observa que en primaria el desempeño es similar al comentado en la zona rural, la tasa de deserción ha disminuido desde 7.6% en 2005 hasta 4.4% en 2013. En cambio en educación secundaria, hasta 2009 se observó una reducción, para volver a aumentar en los años posteriores, para 2013 se registró 7.7% (Anexo 20).

La deserción más alta en secundaria –rural y urbana- podría relacionarse con varias causas, como el bajo nivel socioeconómico de los estudiantes que no les permite costearse los estudios; dificultades de acceso y permanencia en la escuela por los altos índices delincuenciales que afronta el país, en tanto que es el mismo grupo de edad poblacional vinculado que se ve afectado por este flagelo; las adicciones como la drogadicción y otras que perjudican a los estudiantes.

Dada la limitación de datos y análisis previos de la relación causa-efecto que aborde la deserción en secundaria en el país, este es un aspecto que podría profundizarse en investigaciones posteriores. Adicionalmente, los programas que podrían estimular la demanda de servicios educativos se han orientado, principalmente, a la educación primaria y en menor medida hacia secundaria.

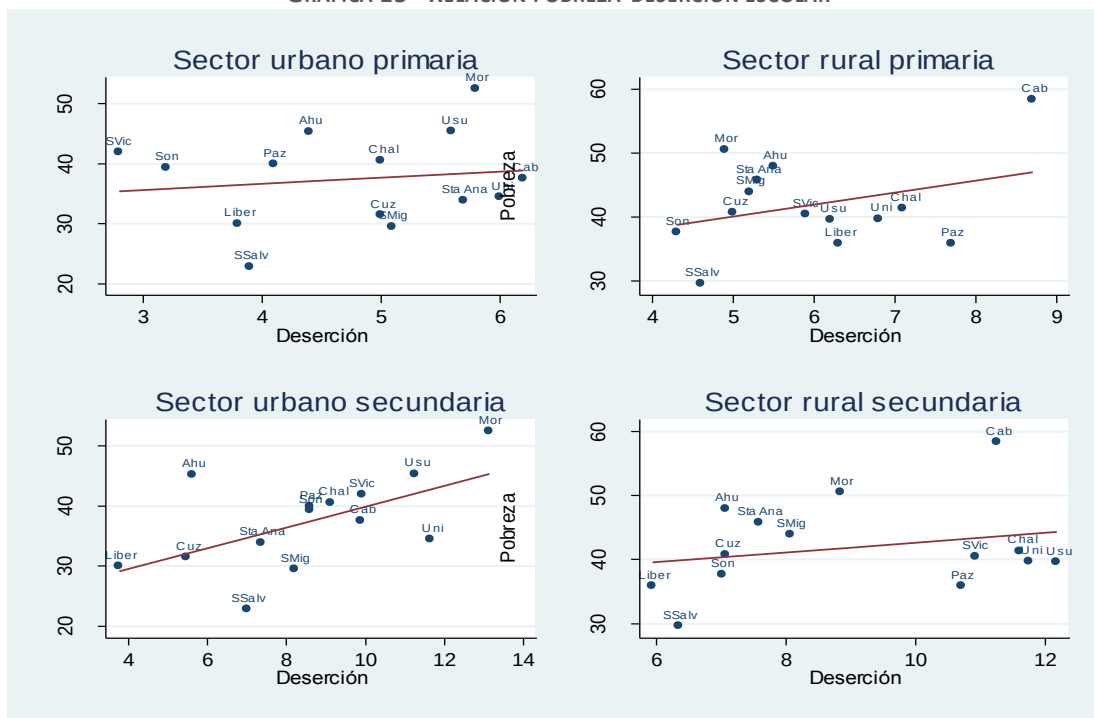
Las tasas de deserción de educación primaria y secundaria por zona geográfica y departamento se presentan en Anexo 20. En el área rural durante 2008-2013, en educación primaria, se observa una disminución, entre otros en San Salvador, Santa Ana y La Unión. En cambio en secundaria, en la misma región, la deserción aumentó más en San Vicente, Sonsonate y Usulután.

En la zona urbana, en primaria se encuentra una mayor disminución en La Unión, San Salvador, Ahuachapán y La Paz. En cambio en secundaria los mayores aumentos se observan en los departamentos de Morazán, La Unión y Sonsonate.

Los datos destacan mayor deserción en secundaria, respecto a la primaria. Asimismo, tanto en primaria como en secundaria la deserción es más alta en el área rural que en la urbana. Existen varios factores que influyen sobre la deserción escolar. Por el lado de la población es posible citar, por ejemplo, la situación económica del hogar, la situación de seguridad y otras condiciones en el territorio específico. Por el lado de la oferta, la calidad de la infraestructura y de la enseñanza son factores que podrían influir.

En este sentido, se percibe que donde la pobreza es más alta, la deserción es mayor (midiendo la pobreza como el porcentaje de personas viviendo debajo de la línea de pobreza). Esta observación es más marcada para la educación primaria en la zona rural, y en la secundaria el área urbana (Gráfica 15).

GRÁFICA 15 - RELACIÓN POBREZA-DESERCIÓN ESCOLAR



Fuente: Elaboración propia, con datos del MINED y DIGESTYC

Con la información que está disponible se calculó el coeficiente de eficacia interna de todo el sistema⁵⁷. El coeficiente expresa el porcentaje de los años alumno que cubre todo el sistema educativo sin repetición y sin deserción, con respecto al total de años alumnos, incluyendo la sobre edad y la deserción. Los resultados muestran que la eficacia interna del sistema educativo disminuye, ya que este indicador en 2009 alcanzó 52% y en 2013 se redujo a 44.4%, lo que significa que los mayores esfuerzos que se realizan en el sistema educativo no se han visto reflejados en graduar más bachilleres en el tiempo teórico esperado deseado (12 o 13 años).

e. Gasto por niveles de educación y por deciles de ingreso

En lo que respecta al gasto público por nivel educativo, particularmente en las erogaciones del MINED, se observa que en 2010 el gasto en educación primaria representó 45.7% del total, secundaria 31.2%, parvulario 8.4%, y al nivel superior y otros le correspondió el 14.7%. Esta distribución se mantuvo sin cambios significativos durante 2005-2010 y es consistente con los registros de la matrícula escolar, los cuales concentran la mayor proporción de alumnos en primaria (63%), secundaria (30.5%) y parvulario (6.5%) (anexo 21).

Los cálculos indican que el gasto público en educación que es absorbido por la población viviendo debajo de la línea de pobreza (tomando como dos veces la línea de pobreza e indigencia) representa un porcentaje alto, ya que alcanzó 52% en 2008, aunque descendió a 41.7% para 2013 (ver Anexo 22).

⁵⁷ Para calcular este coeficiente, en el numerador, para establecer los estudiantes que cursaron todos sus estudios en el sistema educativo sin repetir, se tomaron aquellos que están cursando su último grado de bachillerato, con edades entre 17 y 18 años. Para el denominador, se tomaron los estudiantes que están cursando último año de bachillerato, sin distinguir su edad. Se añadieron la cantidad de desertores al denominador, no así los años de estudio que habían cursado por falta de información. Los años teóricos totales, se establecieron en 12 –seis de primaria y seis de secundaria- .

Además, el gasto público es absorbido en mayor medida por la población en el tramo de ingreso que corresponde a pobres relativos, no la población bajo la línea de pobreza extrema. Al respecto, los datos muestran que en los años analizados el porcentaje que recibe la población en pobreza extrema se redujo, pasando de 21.1% a 13.4% en primaria, y de 12.5% a 7.8% en secundaria. Por su parte, la población en pobreza relativa, en el caso de primaria, absorbió el 37.1% en 2008 pasando a 32.9% en 2013; en secundaria, estos porcentajes disminuyeron desde 32.5% a 28.2% en los años indicados. (Ver Anexo 22).

La separación urbano-rural indica que la absorción del gasto público en educación de los hogares viviendo con ingresos por debajo de la línea de pobreza es mayor en las zonas rurales que en las zonas urbanas. El gasto público en educación primaria que reciben los pobres extremos en el sector rural, alcanzó el 17.7% en 2013, mientras que en la zona urbana este porcentaje ascendió a 10.1% en el mismo año. Sin embargo, ambos porcentajes eran más altos en 2008.

Acorde con estudios realizados para El Salvador y otros países⁵⁸, el gasto público en educación es progresivo. Asimismo, en tanto la matrícula y el acceso de la población a educación secundaria es menor, la progresividad del gasto en relación con el ingreso, es mayor en primaria. Según los datos analizados, el gasto en educación primaria implica 30% del ingreso del decil más pobre del país.; A medida aumenta el ingreso, el porcentaje disminuye hasta ubicarse debajo de 5% después del decil 7. Mientras que el gasto en secundaria representó 10% del ingreso del decil más pobre en 2008. No obstante, el ejercicio realizado indica que en 2013, este porcentaje aumentó a 13.5%, desempeño que es semejante al aumento de las tasas de matrícula (Ver Anexo 22).

Por otro lado, separando la población por quintiles, se observa que el gasto en educación secundaria presenta regresividad para el 40% de la población, en tanto el segundo quintil de la población recibe un porcentaje más alto que el primero, para luego disminuir. En 2013, el gasto público en secundaria representa el 18% para el primer quintil y 22.5% para el segundo (ver Anexo 22).

Por área geográfica, se observa que la regresividad del gasto proviene de lo asignado a la zona urbana (no de la zona rural). Esto se deriva de lo siguiente: i) el porcentaje del gasto en primaria y secundaria representado en la muestra de la EHPM alcanza el 60.7% para el sector urbano; ii) el porcentaje del gasto con respecto al ingreso aumenta, a medida que aumenta el ingreso en todos los quintiles en educación secundaria; iii) y también aumenta para la educación primaria en los quintiles más pobres. En contraste, en la zona rural, en educación primaria, el gasto es progresivo, el porcentaje con respecto al ingreso disminuye en todos los niveles de ingreso (Anexo 22).

2. Salud

a. Gasto público en salud por territorialidad

Para asegurar el buen uso de los recursos es importante que exista una evaluación del manejo de los mismos, para lo cual no solo importa que el dinero se haya gastado de acuerdo con el presupuesto que se tenía, sino también considerar si se alcanzaron los objetivos. A partir de la evaluación del gasto ejecutado y los resultados asociados, se pueden proponer políticas públicas que hagan más eficiente el gasto en salud.

En esta parte se abordará la eficiencia del gasto público en salud examinando los recursos (insumos) utilizados para brindar los productos y servicios de salud (indicadores de producto), e identificando los logros alcanzados (indicadores de resultado), y si se ha cumplido con los objetivos de las políticas.

Además, es importante realizar un análisis territorial para identificar las diferencias por departamento y por área rural y urbana. Este análisis es importante para conocer si se ha avanzado en una distribución territorial más uniforme del gasto

⁵⁸Lustig, Nora, Margarita Béneke de Sanfeliú y José Andrés Oliva: The incidence of social spending and taxes in El Salvador. 2014.

en salud en la última década, si se ha mejorado el acceso a los servicios de salud en aquellos territorios que han estado más excluidos y hacer propuestas más específicas y diferenciadas. Sin embargo, la primera limitante que se enfrentó para realizar este análisis territorial, es la falta de información sobre el gasto en salud desagregado por departamento, siendo aún más difícil obtener datos para el área rural y urbana. Por otro lado, para muy pocos de los indicadores que se analizan en el estudio se tienen datos de acuerdo con estos parámetros de territorialidad.

i. Gasto público en salud por departamento

No se dispone de información sobre el gasto público en salud por departamento ni por área rural y urbana en las cuentas nacionales de salud, por lo que se ha recurrido al manejo de otras variables que pueden servir de proxy sobre la distribución territorial de este gasto. Sin embargo, la estrechez territorial del país, que facilita el desplazamiento de sus habitantes a través de su territorio en poco tiempo, limita la calidad de los resultados sobre el gasto territorial obtenidos indirectamente.

En primer lugar, las personas que acuden a la red de salud pública fácilmente pueden asistir a instalaciones que no necesariamente se encuentran en su lugar de origen. Esta movilidad también es propiciada por el hecho que los tres hospitales de la red del MINSAL del tercer nivel –Hospital Rosales, Hospital Nacional de la Mujer y Hospital Bloom- se encuentran ubicados en San Salvador, y hacia ellos son remitidos los pacientes de los hospitales departamentales en aquellos casos que necesitan de un tratamiento más especializado. Por lo tanto, analizar el gasto público en salud por departamento, considerando como criterio el lugar de residencia de los pacientes, no refleja con precisión la distribución territorial. Otra limitante es que no se dispone de series largas y robustas sobre el domicilio de los pacientes.

En segundo lugar, recurrir al cálculo de las remuneraciones de los trabajadores del sector público por el lugar de residencia, que es el dato que se puede derivar a partir de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM), para poder tener un estimado del gasto público en salud por territorio, tendría siempre la debilidad de que no todos trabajan en donde residen. Más difícil aún es el análisis de este gasto por zona rural y urbana, ya que son escasos los datos que se tienen con esta clasificación. Tampoco puede hacerse este análisis rural y urbano a partir de la ubicación de los ECOS-F y ECOS-E, ya que aquellos que están orientados a atender a la población rural pueden encontrarse en zonas urbanas.

Debido a la falta de información sobre el gasto en salud por departamento, y por los problemas que existen al utilizar los referentes mencionados, se ha recurrido a analizar el gasto de los 30 hospitales de la red pública, agrupándolos por departamento. Estos son los establecimientos proveedores de servicios del MINSAL con el presupuesto más elevado, lo que hace que sea una proxy aceptable de la distribución del gasto en salud en el territorio, sobre todo del primer y segundo nivel. Sin embargo, debe aclararse que este análisis presenta dos limitantes. Por un lado, no hay datos de acceso público sobre el gasto ejecutado por cada uno de los hospitales, por lo que se ha tenido que recurrir al desglose del gasto por hospital que se encuentra en el presupuesto aprobado para cada año.

La otra debilidad se encuentra en el hecho de que los hospitales no solo reciben pacientes que viven en el departamento donde están ubicados. Esto es, sobre todo, importante para el caso de San Salvador, donde se encuentran los tres hospitales de especialidades. A estos centros de salud acuden pacientes de otros departamentos o incluso personas que viven en las zonas fronterizas de los países vecinos, y que muchas veces son remitidos por hospitales del interior. Este hecho explicaría, en parte, que haya una concentración del gasto público de salud en San Salvador.

ii. Gasto Hospitalario

La red hospitalaria de El Salvador está compuesta por 30 hospitales, distribuidos en los 14 departamentos del país, de los cuales, dos son hospitales regionales, doce son departamentales, trece son municipales y tres son hospitales de tercer nivel. De 2008 a 2013 el presupuesto agregado de cada uno de los hospitales del MINSAL aumentó US\$90 millones (51.3%), aunque en términos del PIB solo significó un aumento de 0.28 puntos porcentuales, y una caída de 0.28 puntos

del PIB comparando 2003 con 2013 (anexo 28). Del incremento del presupuesto de los hospitales de 2008 a 2013, US\$58.3 millones fueron por remuneraciones.

Los hospitales que reciben la mayor asignación son el Rosales y el Bloom, ambos en San Salvador, a los cuales correspondió 16.1% y 10.1%, respectivamente, del gasto total presupuestado para todos los hospitales en 2013, seguidos por el Hospital San Juan de Dios de San Miguel que recibe 8.1% y el Santa Gertrudis en San Vicente con 7.7%, el que menos recibe es el de Suchitoto con solo 0.7% del gasto hospitalario total.

En 2013, el Hospital Nacional Monseñor Oscar Arnulfo Romero y Galdámez, de Ciudad Barrios en San Miguel, fue el que dedicó el mayor porcentaje de su presupuesto a remuneraciones (85%). Por el contrario, el Hospital Rosales en San Salvador, fue el que destinó menos a remuneraciones, con 53.2% de su presupuesto total para este rubro. De 2007 a 2013, los hospitales que registraron los mayores incrementos en términos porcentuales, son el San Rafael en La Libertad, el San Juan de Dios en San Miguel y el Hospital Enfermera Angélica Vidal de Najarro en San Bartolo, San Salvador, con incrementos del 124.7, 119.2 y 114.4%, respectivamente.

Gasto hospitalario por departamento

Al agrupar el gasto hospitalario por departamento, como era de esperar, el gasto se concentra en San Salvador, departamento que tiene 7 hospitales. Los hospitales de San Salvador recibieron el 45.7% del gasto total presupuestado de la red pública hospitalaria en 2013, seguido, pero con una gran diferencia, de los departamentos de San Miguel y Santa Ana con 10.3% y 10%, respectivamente. El departamento que en 2013 recibió menos asignación presupuestaria para sus hospitales fue Morazán con apenas 0.4% (Anexo 29).

CUADRO 10 – GASTO SEGÚN PRESUPUESTO DE LOS HOSPITALES DEL MINSAL

Departamentos	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ahuachapán	6.9	7.3	6.9	8.0	4.2	4.7	5.1	5.4	5.7	6.2	6.7
Cabañas	6.0	6.1	6.2	6.8	3.4	3.9	4.3	4.4	4.7	5.6	6.0
Chalatenango	7.8	8.0	8.0	9.3	4.8	5.4	5.9	5.8	6.1	7.1	7.7
Cuscatlán	5.9	6.1	6.0	6.9	3.2	3.7	5.3	5.5	5.7	6.2	6.7
La Libertad	12.2	12.4	12.0	13.7	6.3	7.0	9.7	10.1	10.5	13.1	14.0
La Paz	7.6	7.7	7.6	8.7	4.0	4.3	5.3	5.6	5.8	7.2	7.6
La Unión	7.1	7.4	7.4	8.5	3.8	4.5	5.1	5.0	5.2	5.9	6.2
Morazán	4.7	4.9	4.8	5.8	2.1	2.4	2.7	2.7	2.9	3.5	3.8
San Miguel	18.9	19.3	19.0	20.8	13.5	16.7	20.6	20.5	21.5	25.5	27.3
San Salvador	82.4	82.9	89.2	95.5	74.0	85.1	93.3	96.7	101.3	114.5	121.4
San Vicente	7.5	7.7	7.5	8.2	4.3	5.1	6.1	6.3	6.5	7.9	8.4
Santa Ana	19.8	20.3	20.2	22.5	14.6	16.8	19.1	19.7	20.8	24.9	26.5
Sonsonate	8.6	8.8	8.4	9.7	5.3	6.5	7.3	7.4	7.8	8.7	9.1
Usulután	12.0	12.1	12.1	13.8	8.2	9.4	10.7	10.8	11.2	13.1	14.1
Total	207.3	211.0	215.3	238.1	151.6	175.7	200.5	205.9	215.6	249.5	265.8

Fuente: elaborado con datos del presupuesto votado, varios años

La distribución del gasto total de los hospitales en remuneraciones por departamento, replica la distribución que presenta el gasto total hospitalario departamental (Anexo 29), lo que es lógico, considerando que las remuneraciones son el principal rubro dentro del presupuesto de los hospitales.

San Salvador también fue el departamento que registró el presupuesto per cápita para hospitales más elevado (US\$70 en 2013), en segundo lugar se encontró San Miguel (US\$57) y luego San Vicente (US\$48). Los que tuvieron la menor asignación para los hospitales, con respecto a la población departamental, fueron Ahuachapán, Sonsonate y La Libertad, con US\$19 los dos primeros y US\$18 el último. El gasto hospitalario entre la población tiene una distribución desigual. Es claro que los fondos asignados a los hospitales por departamento presentan una alta concentración en San Salvador, en términos globales y per cápita, lo que puede justificarse, en parte, porque allí se encuentran los tres únicos hospitales de especialización del país, y hacia ellos son referidos, cuando lo amerita, los pacientes de todo el país, incluyendo de las zonas fronterizas de los países vecinos. Lo que se asigna a los hospitales en el resto de departamentos, varía dentro de un rango amplio, tanto en términos absolutos como per cápita.

b. Acceso a los servicios de salud

A pesar de la prioridad que tiene la salud en los planes gubernamentales y de las mejoras ocurridas en los últimos años, todavía persisten desafíos importantes para lograr que todos los salvadoreños reciban los servicios básicos de salud. Reducir la inequidad que aún existe implica acercar estos servicios eliminando barreras económicas y geográficas, que ha sido parte de los objetivos de la reforma de salud.

En esta parte se analizan distintas variables que pueden indicar si se ha mejorado la provisión de los servicios públicos de salud en los últimos años, sobre todo en los sectores más desprotegidos.

i. Los servicios de salud a través de los ECOS

La estrechez territorial del país facilita el desplazamiento de las personas. Sin embargo, la precariedad de las familias de menos ingresos y la falta de infraestructura vial o la deficiencia de la misma, constituyen una barrera al acceso de salud para los más pobres. Uno de los ejes de la reforma de salud consiste en la conformación de los Equipos Comunitarios de Salud Familiares (ECOS-F) y Especializados (ECOS-E) en los 262 municipios del país, con el objetivo de descentralizar la atención de la salud y facilitar a la población de las zonas más inaccesibles y más pobres el acceso a estos servicios. Estos equipos de trabajadores pueden tener una incidencia importante en acercar la asistencia médica a este segmento de la población que históricamente ha tenido dificultades para recibirla. Los equipos de profesionales se desplazan a comunidades que han sido elegidas con base en el mapa de pobreza.

Se considera que las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud⁵⁹, de la que forman parte los ECOS, han posibilitado ampliar la cobertura y facilitar el acceso a los sectores más pobres, mejorando la oferta de servicios y medicamentos. Al mismo tiempo, se ha dado mayor énfasis en lograr un enfoque familiar y comunitario, y de salud preventiva, aunque falta continuar capacitando a los trabajadores sanitarios para crear un vínculo más fuerte con la comunidad y su participación en las actividades en torno a la salud.

Los ECOS se basan en reformas anteriores que establecieron mecanismos y asignaron responsabilidades para atender poblaciones y territorios a través de auxiliares y promotores de salud. Los ECOS también retomaron ciertas labores que realizaban algunas ONG, por lo que parte de este recurso humano pudo haber sido absorbido para la conformación de estos grupos.

En 2010, el proyecto inició con 210 ECOS (196 familiares y 14 especializados) ubicados en 80 municipios. Al año siguiente estos equipos se habían más que duplicado llegando a 450⁶⁰, para luego expandirse más lentamente. Para 2014, el número de ECOS ascendía a 520 (482 familiares y 38 especializados) localizados en 164 municipios, un avance importante

⁵⁹ Las RIIS constituyen el primer eje de la reforma de salud.

⁶⁰ De julio de 2010 a mayo de 2011, la inversión en los ECOS fue de US\$66.8 millones (Bossert, Thomas J., pg. 18), casi la mitad de lo que aumentó el presupuesto para hospitales de 2008 a 2013, según datos del MINSAL.

aunque lejos de la meta trazada por el gobierno del Presidente Mauricio Funes, de conformar 1,598 Ecos familiares y 142 Ecos especializados (Bossert, T. 2013). El proyecto ha estado supeditado a préstamos y donaciones, y la falta de recursos ha imposibilitado que se expanda más rápido (Cuadro 11).

Los ECOS están distribuidos en todo el país siguiendo criterios de pobreza y exclusión, por lo que esta distribución es diferente a la que presentan los hospitales en el territorio nacional. El mayor número de ECOS está en Usulután con 81, seguido de Chalatenango (61) y Morazán (50). En esos 3 departamentos se encuentra ubicado 37.1% de todos los ECOS del país. Además, estos departamentos, junto con Cabañas, son los que más ECOS tienen por cada 10,000 habitantes, distribución que se ha basado en el mapa de pobreza⁶¹. El departamento de La Paz es donde se encuentran menos ECOS, únicamente 22. De acuerdo con el MINSAL, la ampliación de la cobertura de los ECOS en los distintos departamentos tiene una correlación positiva con el número de consultas preventivas por cada 10,000 habitantes (Anexos 30 y 31)

En 2014, los ECOS familiares atendieron a 1,897,078 personas lo que hace un promedio de 3,936 personas atendidas por cada ECO, cifra más elevada que aquella con la que iniciaron en 2010 (3,018 personas en promedio). De manera que con el aumento de los Ecos familiares también se incrementó el número de familias y personas atendidas por cada uno de estos equipos.

CUADRO 11 - ECOS Y UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR

Indicador	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ecos familiares	-	196	422	455	481	482
Ecos especializados	-	14	28	35	36	38
Total ECOS	-	210	450	490	517	520
Municipios con Ecos familiares y especializados	-	80	153	161	164	164
Población cubierta por Ecos familiares	-	591,479	1,651,796	1,805,808	1,894,866	1,897,078
Familias atendidas por Ecos familiares	-	133,983	326,922	358,127	377,483	378,068
Personas promedio atendidas por cada ECO familiar	-	3,018	3,914	3,969	3,939	3,936
Unidades Comunitarias de Salud Familiar (antes de 2010 llamadas Unidades de Salud)	377	483	624	676	692	708
Recurso humano en primer nivel de atención	7,724	9,990	10,300	10,539	10,676	10,718

Fuente: elaborado con datos de la Memoria de Labores 2013-2014, MINSAL.

De 2009 a 2014 se registró un aumento de 2,994 trabajadores⁶² en el primer nivel de atención (Cuadro 11), siendo Morazán el departamento que emplea la mayor proporción de sus médicos en el primer nivel, por un buen margen, seguido de La Unión y La Libertad (Anexo 32). Parte de las nuevas contrataciones para el primer nivel de atención que ha realizado el MINSAL en los últimos años, ha sido para conformar los equipos especializados de trabajadores de la salud, aunque también debe tomarse en cuenta que los auxiliares y promotores de salud o personal de algunas ONG, que realizaban tareas para brindar atención médica en las comunidades antes de 2010, pueden haber sido incorporados a los ECOS.

Como se explicó en detalle anteriormente, los ECOS-F están compuestos por 7 trabajadores, y los Especializados por 14 personas, más un psicólogo y un nutricionista por cada dos ECOS especializados. Si todos los ECOS operan con el personal completo, estos equipos habrían iniciado sus labores con aproximadamente 1,582 personas. Para 2014 este personal habría aumentado aproximadamente a 3,944 personas. En 2014 cerca del 35.5% del personal total que labora en el

⁶¹ De acuerdo con el mapa de pobreza de El Salvador, en los 262 municipios de El Salvador existe pobreza extrema, pero hay 100 municipios donde la pobreza extrema es severa. Estos cien municipios se distribuyen en todos los departamentos, con excepción de San Salvador. Sin embargo, es en Chalatenango, Cabañas, Usulután y Morazán donde más del 50% de sus municipios se encuentra con pobreza extrema severa.

⁶² Datos del MINSAL.

MINSAL⁶³ se encuentra en el primer nivel de atención. Un 36% de este recurso humano que atiende el primer nivel podría estar conformando los ECOS⁶⁴, equivalente a un 13.1% del personal total del MINSAL.

Por la importancia que tienen los ECOS dentro de la reforma de salud, es conveniente disponer de datos sobre el costo-efectividad del programa y asegurar su sostenibilidad. Debido a la fragilidad de las finanzas públicas, este programa no tiene asegurado su financiamiento con fondos propios, y pone presión a los recursos asignados a la red hospitalaria. El programa ha mejorado el acceso de salud a las personas más desprotegidas que han sido beneficiadas. Pero también interesa conocer si se ha logrado controlar con mayor eficiencia las enfermedades contagiosas y si el énfasis en la prevención ha reducido la demanda y el costo de la atención del segundo y tercer nivel.

ii. Centro de salud al que asisten

En esta parte se ha recurrido a los datos de la EHPM para identificar si se percibe una mejoría en el acceso a los servicios de salud en los últimos años. Se examinó la asistencia o no a servicios médicos de aquellas personas que manifestaron haber tenido algún síntoma de cualquier enfermedad en el mes anterior a la encuesta. En primer lugar, en 2013, un porcentaje alto (40%) no consultó a pesar de haber sufrido algún quebranto de salud. Sin embargo, este porcentaje se ha venido reduciendo a través de los años, ya que en 2004 el 43.9%, de los encuestados que habían estado enfermos manifestaron no haber consultado por su enfermedad.

Este mismo comportamiento se ha observado tanto en la zona urbana como la rural. En el área rural, las personas que no buscaron atención médica pasó de 58.4% en 2004 a 45.2% en 2013. En el área urbana el porcentaje se redujo de 48.2% en 2004 a 36.7% en 2013. La marcada diferencia en la búsqueda de ayuda médica ante los síntomas de una enfermedad entre la zona urbana y rural, podría reflejar la menor incidencia de enfermedades, una mejor cultura de cuidado de la salud y/o un mejor acceso a los servicios médicos en las áreas urbanas.

En 2013, de los que se enfermaron, un 37% acudió al MINSAL, siendo el principal proveedor de servicios de salud, sobre todo de la población rural donde 42.3% de aquellos que enfermaron asistieron a un centro del MINSAL, contra 33.4% de la población urbana. De 2009 a 2013, se ha observado una tendencia descendente en el porcentaje de la población que hizo uso de los servicios del MINSAL, tanto rural como urbana (Anexo 33).

En 2013, apenas un 11.9% de los que enfermaron buscaron ayuda en el ISSS o al ISBM, resultado del amplio sector informal. Los asegurados con estas dos instituciones se concentran en el área urbana, donde un 17.8% acudió a estas instituciones, en contraposición con apenas un 3.7% de la zona rural que hicieron lo mismo. Lo anterior muestra la falta de prestaciones que enfrenta la población de las áreas rurales, y dada la brecha de gasto por beneficiario entre el ISSS y el MINSAL, esto indica que la atención en las áreas rurales cuenta con menos recursos.

Por otra parte, existe una diferencia marcada en el porcentaje de personas que acuden a estas dos instituciones (ISSS o ISBM) dependiendo del departamento de que se trate. Durante 2008-2013, en promedio, 15.3% de la población enferma de San Salvador acudió al ISSS o al ISBM, seguido de un 10.7% de la población que hizo lo mismo en La Libertad, mientras que en otros departamentos el porcentaje de las personas que acudió a estas instituciones fue mucho más reducido, menos de 3% en Ahuachapán, Cabañas, Morazán y La Unión. Este comportamiento es debido a las mayores oportunidades de empleo formal en San Salvador, comparado con los otros departamentos.

A pesar de los costos que implican los servicios privados de salud, 11.6% de la población (13.7% en las áreas urbanas y 8.6% en las rurales) que se enfermó recurrió a este sector en 2013. Esto implicaría que hay un sector que no siempre encuentra respuesta a sus problemas de salud en el sector público, que desconfía de la red pública de salud y/o que tiene

⁶³ Incluyendo el personal administrativo.

⁶⁴ Bajo el supuesto de que estos operan con su personal completo.

la capacidad de pago para acudir a los servicios privados. Debe tomarse en cuenta que no todos los servicios de salud brindados por el sector privado tienen la misma calidad, y que frecuentemente la calidad está asociada con el costo.

La alta demanda por los servicios del MINSAL sobre el resto de proveedores se debe a que un porcentaje alto de la población no cuenta con ningún seguro médico, ni público ni privado. En 2003, un 81% de la población no estaba asegurada, ascendiendo a 93% en el área rural y 73% en la zona urbana. Para 2013, la población sin seguro se había reducido a 76% lo que es positivo, pero todavía alto. En el área rural la situación prácticamente no había cambiado, con 91% de la población que no tenía seguro en 2013. Mientras que en el área urbana el porcentaje de los habitantes que no tenía ningún tipo de seguro se redujo a 68% en 2013.

iii. Tiempo que demora llegar al centro de salud más cercano

Otro indicador que muestra las condiciones de acceso a los servicios de salud es el tiempo que tardan las personas en llegar hasta el sitio más cercano de prestación de estos servicios, datos que han sido obtenidos de la EHPM. Esta variable refleja que los centros de salud se encuentran bastante más distantes de la población en las zonas rurales que en las urbanas.

Al comparar la situación en 2008 con la de 2012, únicamente en 8 departamentos se redujo el tiempo promedio, y únicamente en San Vicente se logró una contracción de más de 5 minutos en ese período. La mejoría es más notoria en el área rural, sin embargo, no supera los 7 minutos y no en todos los departamentos se acortó el tiempo. Usulután, a pesar de ser el departamento con el mayor número de ECOS, registró un aumento en el tiempo que, en promedio, una persona tarda en llegar a un centro de salud, tanto para el área rural como urbana. En 2012, el tiempo que demora llegar al centro de salud más cercano continuaba siendo alto, 24.7 minutos en promedio a nivel nacional. Pero, además, persiste una diferencia importante entre la zona urbana y rural, 16.6 minutos y 32.7 minutos, respectivamente.

En ese año, San Salvador era el departamento donde más rápido se accedía a una unidad proveedora de servicios de salud (17.6 minutos promedio) y Ahuachapán era donde se requería más tiempo (31.3 minutos promedio). En la Anexo 35 se muestra el tiempo que se tarda una persona en llegar a un centro asistencial –promedio 2008-2012– por departamento, a nivel nacional, rural y urbano. Este tiempo es más elevado en las zonas rurales que en las urbanas, con diferencias que oscilan entre 9 y 23 minutos, dependiendo del departamento de que se trate, siendo en Morazán donde se encuentra la mayor diferencia (23.2 minutos) entre la zona urbana y rural.

iv. Salud preventiva y curativa

En los últimos años se ha priorizado la salud preventiva con el objetivo de mejorar el bienestar de la población, reducir la tasa de mortalidad e incrementar la esperanza de vida. Además, la prevención de enfermedades contribuye al uso más eficiente de los recursos al bajar los costos que implican las hospitalizaciones, que se reducen con el mejor acceso a los servicios de salud en el primer nivel y con la promoción de la cultura de un mejor cuidado de la salud. Las autoridades han implementado medidas para procurar que los pacientes acudan inicialmente al primer nivel de atención, y que sólo se llegue al segundo y tercer nivel si la condición lo amerita, con lo que se descongestionarían las unidades de los niveles superiores de atención.

El Cuadro 12 presenta el gasto del MINSAL por nivel de atención. Esta clasificación está relacionada con la complejidad de los servicios médicos que se atienden. En cada uno de estos niveles se brindan tanto servicios preventivos como curativos, aunque la participación de las consultas preventivas es mucho más elevada en el primer nivel. Se observa que ha habido una mayor participación del gasto en el primer nivel que ha pasado de representar 37.1% en 2008 a 41.7% en 2011, manteniéndose alrededor de 41% en 2012 y 2013. Al mismo tiempo, sube la proporción del gasto en el tercer nivel de atención, siendo las erogaciones del segundo nivel las que pierden participación. En términos del PIB, es en el primer y tercer nivel de atención donde se registra un aumento del gasto.

CUADRO 12 - MINSAL: GASTO POR NIVEL DE ATENCIÓN

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Var 2008-2013
Descripción	Millones de US\$						%
Primero	140.2	161.2	162.6	217.3	221.1	257.3	83.6
Segundo	166.6	192.2	197.4	181.5	187.3	225.4	35.3
Tercero	70.8	85.1	92.6	122.9	123.0	143.1	102.2
Total	377.6	438.5	452.6	521.7	531.5	625.8	65.7
Estructura %							
Primero	37.1	36.8	35.9	41.7	41.6	41.1	
Segundo	44.1	43.8	43.6	34.8	35.2	36.0	
Tercero	18.7	19.4	20.5	23.6	23.1	22.9	
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
% del PIB							
Primero	0.7	0.8	0.8	0.9	0.9	1.1	
Segundo	0.8	0.9	0.9	0.8	0.8	0.9	
Tercero	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	
Total	1.8	2.1	2.1	2.3	2.2	2.6	

Fuente: Elaborado con datos del MINSAL

En cuanto a la composición de las consultas de salud en preventivas y curativas, las primeras pasaron de representar 18.2% en 2008 a 21.1% en 2013, mientras que las curativas, que en 2008 fueron 81.8%, descendieron a 78.9% del total de consultas del MINSAL (Anexo 36).

Las consultas curativas aumentaron más que las preventivas de 2008 a 2013, en términos absolutos, pero las segundas tuvieron el mayor incremento porcentual. Las consultas preventivas se aceleraron sobre todo a partir de 2011, año en que se crearon más ECOS, mientras que las curativas han mostrado un descenso a partir de ese año. Cuando se analiza la participación que han tenido las consultas preventivas según el nivel de atención, se observa que la participación que tienen en el segundo y tercer nivel es bastante bajo, 3.1% y 1.5% en 2013, respectivamente. Además, de 2008 a 2013, el número de consultas preventivas en estos dos niveles se ha reducido. En el primer nivel de atención, las consultas preventivas tienen mayor participación (26.6% en 2013).

En los últimos años ha habido una tendencia a aumentar las consultas preventivas en relación con las curativas. La extensión del programa de ECOS junto con el aumento de los Hogares de Espera Materna son medidas que promueven la prevención, pero ésta podría potencializarse más cuando el sistema de referencias y contra-referencias comience a funcionar más sistemáticamente. No se tienen los costos operativos directamente asociados con las consultas para poder establecer si ha habido un aumento en el costo promedio. Únicamente se dispone de información del gasto que realiza el MINSAL en cada nivel de atención -que incluye gasto corriente y gasto de capital- y del número de consultas por nivel.

Tomando en cuenta esta limitante, se estableció el gasto promedio por consulta por nivel, para observar cómo ha evolucionado durante 2008-2013. El gasto por consulta se ha elevado significativamente en los últimos años en los tres niveles (Anexo 37). En el primer y segundo nivel ha habido un aumento de 54% y 33.2%, respectivamente, y en el tercer nivel el costo de la consulta casi se ha duplicado. En promedio el gasto total por consulta aumentó de US\$33.6 a US\$48.5, un incremento del 44.5%.

En la última década se ha invertido en la reconstrucción, construcción y ampliación de hospitales, por lo que este gasto de capital puede estar incidiendo en el gasto promedio por consulta, sobre todo en el segundo y tercer nivel de atención. Se trató de aislar el gasto de capital en el aumento del gasto promedio por consulta en el tercer nivel. Debido a que no se tiene el gasto de capital por niveles de atención, se procedió a restar del gasto del MINSAL en el tercer nivel, el total de gasto de capital de este Ministerio, pero esto resultó en un aumento porcentual aún mayor en el gasto promedio por consulta en este nivel.

c. Cobertura y Calidad de los servicios de salud

i. Población con acceso a instalaciones sanitarias

El mayor acceso de la población a instalaciones sanitarias⁶⁵ contribuye a prevenir las enfermedades y a reducir la mortalidad, por lo que los avances en esta área son importantes para mejorar la salud de la población.

El porcentaje de la población con acceso a instalaciones sanitarias ha mejorado en la última década. De acuerdo con datos del Banco Mundial, en 2003 un 64.1 % de la población tenía acceso a instalaciones sanitarias, en 2012 ese porcentaje había subido a 70.5%. Sin embargo, los avances en esta área parecen haberse detenido a partir de 2010 (Anexo 38), y todavía casi un 30% de la población no cuenta con este acceso. De 2003 a 2013, aumentó la población con acceso a instalaciones sanitarias en las zonas rurales de 9.4% a 15.8%, pero este porcentaje es aún bajo. En las zonas urbanas se pasó de 70.3% a 72.1% en esos mismos años⁶⁶, reflejando que las condiciones sanitarias se encuentran bastante mejor en la áreas urbanas que en las rurales, aunque el progreso ha sido más lento.

Las condiciones sanitarias también varían bastante entre los departamentos. En San Salvador, el porcentaje de la población con acceso a instalaciones sanitarias osciló alrededor de 79.7% durante 2003-2013, mientras que en otros departamentos fue bastante menor: Cuscatlán (23.1%), Ahuachapán (23.9%), Usulután (26.8%) y La Paz (26.9%). Sin embargo, es en San Salvador donde se encuentra la mayor diferencia en acceso sanitario entre las zonas rurales y urbanas (77 puntos) (Anexo 39).

El departamento de La Unión es el que mejoró más en cuanto a población con acceso a instalaciones sanitarias (18.1 puntos) de 2003 a 2013, presentado un avance importante en la zona urbana. Mientras que Chalatenango es el que progresó más en el área rural, de 8.6% en 2003 se llegó a 29.6% en 2013, un aumento significativo en 10 años. En ese departamento se construyó la Carretera Longitudinal del Norte como parte del proyecto Fondo del Milenio (Fomilenio), lo que pudo haber favorecido el avance en las condiciones sanitarias de la zona rural de ese departamento.

ii. Recurso humano

En la última década se ha observado un rápido crecimiento en el número de trabajadores del MINSAL y las instituciones adscritas al Ramo de Salud. De 2003 a 2013, se crearon 10,593 nuevas plazas de tiempo completo, de estas nuevas contrataciones 7,531 ocurrieron en el período 2008-2013 (Anexo 40). El mayor número de empleados ha significado un aumento en salarios pagados de US\$134.7 millones de 2003 a 2013, de los cuales, US\$113 millones se registraron de 2008 a 2013.

Dentro del recurso humano del MINSAL y sus hospitales, el personal médico⁶⁷ aumentó en 1,671 plazas nuevas de 2008 a 2013, y el número de enfermeras se incrementó en 1,146 en ese período (MINSAL 2014). Los aumentos de médicos por cada 10,000 habitantes fueron modestos hasta 2011, y solo se aceleraron a partir de 2012 (Anexo 38). En 2003, había 6.8 médicos del MINSAL por cada 10,000 habitantes, y para 2011, el número seguía básicamente sin variar (6.9). Fue en 2012 cuando el aumento fue más notorio, llegando a 7.5 médicos y a 8.2 en 2013.

El número de enfermeras que laboran en la red del MINSAL también ha mejorado. En 2003 se disponía de 3.4 enfermeras por cada 10,000 habitantes, en 2008 esta cifra no había variado mucho con 3.3, pero para 2013 se encontraban 5.1 enfermeras calificadas del MINSAL por cada 10,000 ciudadanos (Anexo 38). No obstante, se está bastante debajo de los 23 trabajadores de la salud (médicos más enfermeras) por cada 10,000 habitantes que recomienda como mínimo la OMS.

⁶⁵ Se considera que una persona tiene acceso a instalaciones sanitarias cuando tiene inodoro con conexión cloacal.

⁶⁶ Cálculos propios con base en la EHPM.

⁶⁷ Incluye médicos generales, residentes y especialistas

Durante 2010-2013, ha aumentado significativamente el número de trabajadores en el sector público de salud⁶⁸, pasando de 40,680 empleados a 47,440, lo que significó un aumento de 18.1 trabajadores por cada 10,000 habitantes a 20.9 por en esos años.

El mayor incremento (por cada 10,000 habitantes) correspondió a los empleados administrativos que pasaron de 20.9 en 2010 a 23.1 en 2013, superando el aumento de médicos (1.5), de enfermeras (1.5), y de promotores de salud (1.3) (Anexo 41).

Los cambios en el recurso humano a nivel del sector público de salud en esos años son básicamente un reflejo de lo que ocurre en el MINSAL, que es la institución en la que laboraba el 63.6% de los empleados públicos del sector salud en 2013. Las otras instituciones gubernamentales del sistema de salud son mucho más reducidas, aunque en términos porcentuales sobresale el aumento de médicos que ha experimentado Sanidad Militar y el ISBM de 2010 a 2013 (anexo 42).

Se analizó también el aumento del recurso humano del MINSAL y el ISSS durante 2010-2013 tomando en cuenta el número de beneficiarios a los que atienden. Se registró un aumento en el número de médicos y enfermeras en el MINSAL por cada 10,000 habitantes, pero el incremento no ha sido sustancial al considerar el número de beneficiarios que atienden. Además, el incremento de los empleados del área administrativa fue mayor que el de los médicos y enfermeras de 2010 a 2013 (Anexo 43). Mientras que el aumento del resto de trabajadores sanitarios⁶⁹ ha superado el incremento observado en médicos y enfermeras.

El caso del ISSS es diferente, ya que se experimentó una ligera reducción de médicos, enfermeras y el resto de trabajadores sanitarios por cada 10,000 beneficiarios, de 2010 a 2013. El aumento en el número de beneficiarios de esta institución no ha estado acompañado de un aumento acorde en el personal de la salud, y únicamente se ha tenido un leve aumento en el personal administrativo. Decisiones institucionales han incrementado el número de beneficiarios del ISSS, como la ampliación de los beneficios a los hijos menores de 12 años de los cotizantes y la posibilidad de incorporar a las empleadas domésticas.

El Anexo 44 muestra la concentración geográfica de los médicos, enfermeras y personal materno infantil del Sistema Nacional de Salud⁷⁰ para los años 2010 y 2012. Como sucede con otros indicadores, la mayor concentración del recurso humano se observa en San Salvador, que se encuentra bastante por arriba del promedio nacional, aunque la concentración se redujo comparando 2010 con 2012. Este departamento es el único que está por arriba de la meta establecida para los países de América: 25 trabajadores de la salud por cada 10,000 habitantes⁷¹. El promedio nacional, 22, es menor.

En casi todos los departamentos ha habido un aumento del recurso humano de 2010 a 2012, destacándose el caso de Chalatenango que de 8.1 en 2010 llegó a 21.83. Pero la mayoría de departamentos continúa por debajo del promedio nacional, siendo La Unión el que tiene menos recurso humano, por cada 10,000 habitantes, con 11.21 en 2012.

iii. Recurso físico

⁶⁸ Los datos del sector público de salud que se presentan en este apartado incluyen MINSAL y sus hospitales, el ISRI, Fosalud, el ISSS, el ISBM y SM. El análisis del recurso humano para las distintas categorías ocupacionales de estas instituciones, se hace para el período 2010-2013 por ser los años para los cuales se dispone de la información con este grado de detalle.

⁶⁹ Excluye personal administrativo, médicos y enfermeras.

⁷⁰ No incluye sector privado.

⁷¹ Memoria de Labores 2012-2013, pg 96, MINSAL.

De 2003 a 2013, ha habido cambios en la oferta de infraestructura de salud, aunque el número de hospitales públicos no ha cambiado, y siguen teniéndose los mismos 30 hospitales, seis de éstos han sido reconstruidos y se construyó en otro lugar el Hospital de Maternidad, hoy llamado Hospital Nacional de la Mujer. Además, han aumentado sustancialmente las Unidades Comunitarias de Salud Familiar -llamadas anteriormente Unidades de Salud-, que de 377 en 2009 ascendieron a 692 en 2013 y a 708 en 2014 (Anexo 8). Los Hogares de Espera Materna se iniciaron en 2009 con 3 establecimientos, y para 2013 se disponía de 16. Tanto las UCSF como los Hogares de Espera Materna corresponden al primer nivel de atención, y las consultas preventivas son parte importante de la labor de estos centros de salud

En cuanto a la disponibilidad de camas del MINSAL, por cada 10,000 habitantes, se ha mantenido prácticamente igual, alrededor de 7.7⁷² (anexo 38). Como referencia, el promedio mundial es de 27 camas por 10,000 habitantes, en los países de ingreso bajo la cifra es de 18 y en los países de ingresos medios se tienen 29 camas por cada 10,000 personas⁷³.

d. Esperanza de vida al nacer y tasa de mortalidad

Después de analizar los aportes que se han tenido en los últimos años en el área de salud en cuanto a gasto público, recursos profesionales y físicos y mejoras en el acceso sanitario de la población, entre otros, interesa conocer si con el aumento de estos recursos se han percibido mejoras en algunos indicadores de salud. Aunque debe tomarse en cuenta que también influyen en los resultados otros elementos como los adelantos tecnológicos, cambios demográficos y mejores prácticas en salud de las familias, entre otros.

El aumento de los recursos financieros físicos y humanos, junto con los avances en los servicios de salud y el mejor acceso a los mismos, un mayor enfoque en la prevención y campañas de vacunación y de educación sobre buenas prácticas en salud, son medidas que deberían reflejarse en mejoras en los indicadores de resultados, entre ellos la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad.

De 2003 a 2013 ha habido un aumento de dos años en la esperanza de vida al nacer (Anexo 38). Este aumento ha sido gradual, uniforme y sostenido durante la década, por lo que no puede ser atribuible principalmente al aumento más acelerado del gasto en salud que se ha registrado a partir de 2010, aunque si hay una relación positiva entre el gasto en salud per cápita y la esperanza de vida. El progreso en este indicador es positivo, sin embargo, en 2012, la esperanza de vida en el país (72 años) estaba 8 años por debajo del promedio para los países con más alto desarrollo humano, de acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)⁷⁴, aunque por encima del promedio de 66 años para los países de renta media⁷⁵. Los avances son menos notorios en la reducción de la tasa de mortalidad global, que se ha mantenido prácticamente igual en la última década, 6.5 en 2013 (Anexo 38). Aunque ha habido un progreso relevante en la tasa de mortalidad infantil y materna, como se explica más adelante.

La tasa bruta de mortalidad de El Salvador ha estado cercana a 6.5 personas por cada 1,000 habitantes en los últimos años. A manera de comparación, otros países de América Latina tienen tasas entre 4 y 8: Brasil (6), Chile (6), Costa Rica (4), Ecuador (5), Guatemala (5), Bolivia (7) y Cuba (8)⁷⁶. En el caso de El Salvador, un factor importante que pone presión al alza a las tasas de mortalidad son los altos índices de violencia y delincuencia que son una causa importante de muertes, sobre todo de la población joven, factor ajeno a la reforma de salud y que, aumenta la demanda de los servicios de salud especialmente los del sistema público. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que una tasa superior a 10 homicidios por cada 100,000 habitantes es una epidemia. En El Salvador la tasa de homicidios fue de 41.2 por cada 100,000 habitantes en 2013, ocupando el cuarto lugar en el mundo.

⁷² De acuerdo a datos del Banco Mundial a nivel nacional se disponía de 11 camas por cada 10000 habitantes en 2012

⁷³ Organización Mundial de la Salud

⁷⁴ Informe sobre Desarrollo Humano El Salvador 2013, PNUD.

⁷⁵ Indicadores de Desarrollo Humano del Banco Mundial.

⁷⁶ Ibíd.

Al analizar la tasa de mortalidad bruta por departamento, se observa que solo en 7 departamentos se logró mejorar levemente este indicador de 2005 a 2013. En el caso de San Salvador, la tasa de mortalidad subió de 6.2 a 6.5 en ese período, mientras que en La Libertad pasó de 5.8 a 6.1, aunque continuó siendo el departamento con la tasa bruta de mortalidad más baja (Anexo 45). Los departamentos donde el indicador es más alto son Santa Ana (7.8), Sonsonate (7.7) y La Unión (7.5).

e. Mortalidad Infantil

Como parte del enfoque preventivo y de las políticas para mejorar la calidad de vida de los salvadoreños, especialmente los más desprotegidos, se han realizado campañas de vacunación acompañadas de una amplia divulgación para promover la asistencia de los padres a las mismas, enfatizando los beneficios futuros que traerán a los niños.

Al mismo tiempo, en el programa de transferencias condicionadas “Comunidades Solidarias” que se desarrolla en el área rural, una de las condiciones para recibir esta ayuda es que se cumpla con los requisitos de salud para los niños: cumplimiento del esquema de vacunación, asistencia a controles de peso y talla, y controles prenatales. Sin embargo, no parece que el programa de Comunidades Solidarias, que se inició en el área rural en 2005 con el nombre de Red Solidaria, haya logrado incidir en la tasa de vacunación a nivel nacional, lo que es lógico por la baja cobertura que tiene este programa, aunque sus efectos son positivos en la población que abarca.

Otro aspecto a considerar es que existe un convenio entre el MINSAL y el ISSS para fortalecer el Programa de Vacunación, con el propósito de lograr la vacunación universal de niños menores de 5 años asegurados con el ISSS.

La tasa de vacunación nacional es alta -más del 90% para las principales vacunas. Sin embargo, en la última década no se han logrado aumentos significativos sostenidos en el tiempo en este indicador, como se hubiera esperado de los planes de vacunación y concientización de los últimos años, aunque también hay que considerar que entre mayor la cobertura los avances pueden tornarse más lentos.

En 2012 y 2013 hubo una mejoría en la cobertura de vacunación de la Pentavalente, comparada con años anteriores, aunque la tasa del 92% alcanzada en 2013, se encuentra por debajo del máximo de 95.7% registrado en 2006 (Anexo 46). En febrero de 2012 se aprobó la Ley de Vacunas donde se estableció que se debía crear un fondo especial dentro del presupuesto anual del MINSAL para comprar vacunas y equipo e insumos necesarios para garantizar la cadena de frío., Este fondo no debía ser menor al 1% del Presupuesto General de la Nación.

Se estima que para la adquisición de vacunas se necesitan más de US\$13 millones anuales. Para 2014 se aprobaron cerca de US\$11.6 millones para la adquisición de dosis de vacunas, lo que representaría una reducción de cerca de US\$6 millones con respecto a lo asignado el año anterior⁷⁷. A mediados de 2014 hubo un pago atrasado de US\$4.4 millones por la compra de vacunas que el MINSAL hizo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁷⁸. En los meses previos hubo escasez de las dosis de Pentavalente, Neumococo y BCG en el MINSAL y el ISSS. El atraso en esta erogación demoró la entrega de las órdenes pendientes de vacunas que se tenían en ese momento, lo que afectó la programación del proceso de vacunación, afectando, además, a los niños que debían recibirla.

Contrario a las limitaciones en el programa de vacunación, otros indicadores muestran que se ha mejorado la atención y cuidado de salud de los niños (Anexo 46). Por ejemplo, la cobertura de inscripción en los menores de un año de edad pasó de 88.7% en 2005 a 95.9% en 2013. No obstante, debe notarse que la mejoría en este indicador no ha sido constante y sostenida en todos los años, y todavía se está debajo del máximo alcanzado en 2009, año cuando se incrementó la cobertura en 18.3 puntos porcentuales.

⁷⁷ Datos de la Oficina de Información y Respuesta (OIR) del MINSAL. .

⁷⁸ Representante OPS, El Diario de Hoy, 31 de julio de 2014.

Pese a las limitantes anteriores, en los indicadores de resultados se observa una reducción importante en la tasa de mortalidad infantil. La tasa de mortalidad al nacer presenta una mejora sustancial: de 12.6 por mil nacidos vivos en 2003 bajó a 7 en 2013. La tasa de mortalidad de menores de 1 año también ha venido cayendo gradualmente, pero la contracción ha sido más modesta. El mayor avance se encuentra en la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años, que pasó de 26.9 fallecidos por cada mil nacidos vivos en 2003 a 15.7 en 2013.; Sin embargo, las reducciones anuales que ha experimentado esta tasa se han venido haciendo más pequeñas a lo largo de la década (anexo 46).

Al analizar la tasa de mortalidad de los menores de un año por departamento, se observa que en todos ha disminuido comparando 2005 con 2013 (Anexo 47), correspondiendo la mayor reducción al departamento de Morazán que, sin embargo, continúa siendo el departamento con la mayor tasa (25.4). En 2013, San Salvador es el que presenta la menor tasa de mortalidad para menores de un año (14.7), seguido de Cabañas (15.7). Este último es uno de los departamentos donde más del 50% de sus municipios presentan pobreza extrema, pero al mismo tiempo, es de los que tienen más ECOS por cada 10,000 habitantes.

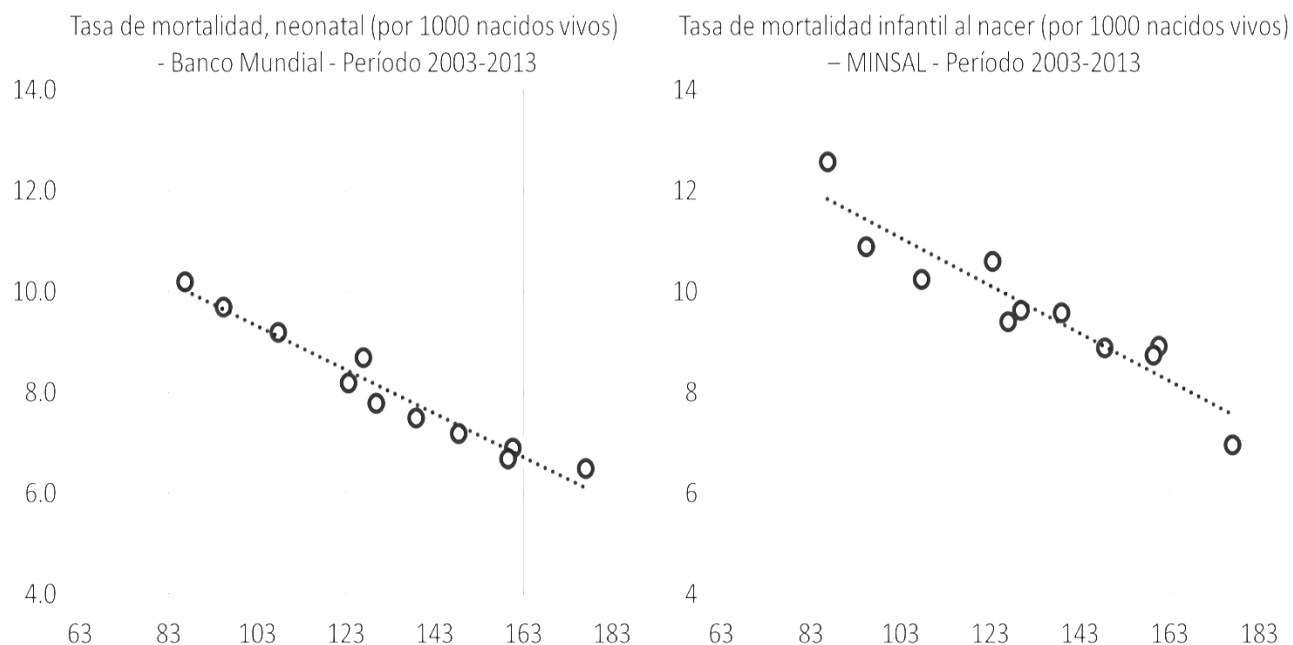
La reducción de la mortalidad al nacer y neonatal está asociada, entre otros factores, con los controles prenatales de las madres y con el hecho de que el parto haya tenido lugar en una instalación sanitaria⁷⁹. Asimismo, los controles de salud de los niños es un factor que incide en la caída de la mortalidad infantil.

A principios de 2014, las autoridades del MINSAL y el ISSS presentaron las estrategias para la Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), llamadas Lineamientos Técnicos para la Atención Integral a niños y niñas menores de cinco años. Con esta política se persigue mejorar la salud infantil y continuar reduciendo la mortalidad infantil.

Las siguientes gráficas muestran que existe una correlación negativa entre el gasto público en salud per cápita y la tasa de mortalidad al nacer, neonatal y en menores de 5 años (Anexos 48 y 49). De acuerdo con el representante de la OPS, se han reducido significativamente las muertes por enfermedades respiratorias, neumonía, entre otras enfermedades, contribuyendo a ello la detección pronta de las enfermedades y el inicio temprano del control del recién nacido.

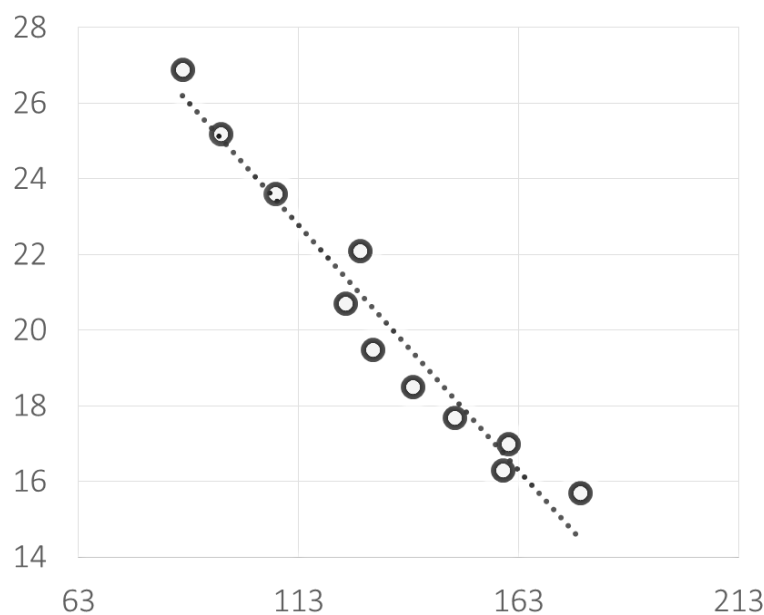
⁷⁹ En la siguiente sección se muestra cómo han mejorado estos indicadores.

GRÁFICA 16 – RELACIÓN ENTRE EL GASTO PÚBLICO EN SALUD PER CÁPITA Y LAS TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL E INFANTIL



GRÁFICA 17 – RELACIÓN ENTRE EL GASTO PÚBLICO EN SALUD PER CÁPITA Y LA TASA DE MORTALIDAD (DE MENORES A 5 AÑOS POR CADA 1000 NACIDOS VIVOS)

Tasa de mortalidad, menor a 5 años (por cada 1,000 nacidos)
- Banco Mundial -



El acceso a agua potable también presenta cierta correlación negativa con la tasa de mortalidad infantil (Anexo 50), mostrando que existen medidas fuera del ámbito de la salud que también deben impulsarse si se quiere mejorar de manera sostenida la salud de los menores. Por ejemplo el departamento de La Paz, con un bajo porcentaje de la

población con acceso al agua y alta tasa de mortalidad, arriba de la línea de tendencia. También, destaca el caso de San Salvador que cuenta con más acceso al agua y menor tasa de mortalidad infantil para menores de 1 año.

Mejorar el acceso al agua potable debe ser una prioridad para elevar las condiciones de salud de la población, no solo por ser un factor que contribuye a reducir la mortalidad infantil sino que también por la relación positiva que se observa con la esperanza de vida (Anexo 50).

Similar situación sucede con el acceso a instalaciones sanitarias. Se observa una relación inversa con la tasa de mortalidad de menores de 1 año, siendo bastante claro el caso de San Vicente y Morazán con un bajo porcentaje de la población con acceso y una mortalidad elevada. En el otro extremo, Santa Ana aunque cuenta con mejor acceso sanitario también registra una tasa de mortalidad infantil alta, mientras que Cabañas y La Unión con deficiencias en las condiciones de salubridad, en comparación con otros departamentos, registran menores tasas de mortalidad para menores de 1 año.

Asimismo, la mejora en el acceso sanitario tiene una relación positiva con la esperanza de vida (Anexo 50), siendo Sonsonate y Santa Ana las excepciones con baja esperanza de vida, mientras que La Libertad ocupa el segundo lugar en esperanza de vida, con condiciones sanitarias bastante más bajas que las de San Salvador, que ocupa el primer lugar.

f. Mortalidad materna

El enfoque preventivo, comunitario y familiar que tiene la reforma de salud, con un papel importante para los ECOS, tiene como uno de sus objetivos mejorar la atención de las mujeres embarazadas y reducir la mortalidad materna. Se procura que las mujeres se pongan en control prenatal en los primeros meses del embarazo y que puedan tener acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Además, se busca que los partos se realicen en instalaciones sanitarias que cuenten con las condiciones necesarias para evitar complicaciones a la hora del nacimiento o que, dado el caso, se pueda reaccionar oportunamente ante cualquier amenaza, o prever cuando se necesite referir al paciente a un hospital de un nivel superior.

A través de las campañas para impulsar el control prenatal se ha buscado atender oportunamente la preclamsia y la hipertensión que son dos de las causas más frecuentes de muerte materna. Una mujer que está bajo control prenatal y que da a luz en instalaciones sanitarias, puede facilitar que también el neonato sea puesto bajo control médico desde el momento de nacimiento, y que siga los controles adecuados durante su niñez, sobre todo, si hay campañas de concientización que incidan efectivamente en las madres.

En los últimos años, ha aumentado la oferta de servicios de planificación familiar y salud materna. Se han contratado más trabajadores para atender esta área, asignados a los ECOS Familiares y Especializados. Además, el MINSAL ha impulsado distintas estrategias como: Plan de Parto, Prevención del embarazo en adolescentes, y los Hogares de Espera Materna.

Los registros de control prenatal muestran una mejoría, sobre todo entre 2008 y 2009 cuando el porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron control prenatal pasó de 53.4% a 93.2%. En 2011, un 90.7% de las embarazadas recibió atención prenatal, porcentaje que se redujo a 85.3% en 2012. Al mismo tiempo, mejoró el control postnatal, con un aumento importante en la cobertura desde 2009 (Anexo 51).

También se han logrado avances significativos en la cobertura de partos en hospitales del sistema nacional de salud, que aumentó sobre todo a partir de 2009, lo que ha estado acompañado de una reducción en el porcentaje de partos atendidos por parteras en esos años. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que el porcentaje de partos atendidos por personal calificado ha venido mejorando en al menos los últimos 10 años, registrándose los aumentos anuales más altos en cobertura en los años anteriores a 2009. Este porcentaje en 2012 llegó a 99.5%.

Las medidas implementadas mencionadas anteriormente, incluyendo las Unidades de Espera Materna, han facilitado el control prenatal y postnatal, políticas que contribuyen a reducir la tasa de mortalidad materna, que es una de las más bajas en la región, comparado con Guatemala (140), Honduras (120) y Nicaragua (100)⁸⁰. Durante 2005-2008 se logró bajar sustancialmente esta tasa de 71.2 a 47.3 muertes por cada 100,000 nacimientos, pero esta tendencia se revirtió en 2009 cuando aumentó a 56. En los años posteriores se logró que continuara descendiendo con reducciones importantes en 2010, pero sobre todo en 2012 cuando se contrajo en 8.8 puntos⁸¹.

Las altas tasas de mortalidad materna en los países en vías de desarrollo están asociadas con el deficiente acceso a los servicios de salud reproductiva, así como a los niveles bajos de educación de la población. Para reducir la mortalidad materna se hace necesario superar estos obstáculos, pero también se necesita mejorar el acceso de servicios de planificación familiar que reduzcan la tasa de fertilidad⁸².

La idea detrás de una menor tasa de fertilidad⁸³ para reducir la mortalidad materna, es que al espaciar los nacimientos, las mujeres tienen menos hijos y, además, se reducen los embarazos en edades extremas ---muy jóvenes o muy viejas---, lo que lleva a una reducción de los embarazos de alto riesgo. En El Salvador la tasa de fertilidad ha venido descendiendo, pasando de 2.6 en 2003 a 2.3 en 2008 y a 2.2 en 2012 (Anexo 51). El aumento del control pre y postnatal, así como la mayor inscripción de los niños en los controles de salud también han impactado positivamente en la reducción de la tasa de mortalidad neonatal que de 10.2, por mil nacidos vivos, en 2003, descendió a 7.5 en 2009, y continuó bajando en los años posteriores, aunque a un ritmo más lento, para llegar a 6.5 en 2012.

g. Desnutrición infantil

Aunque ha habido avances, las tasas de desnutrición infantil en El Salvador siguen altas. La vulnerabilidad a los desastres naturales, incluidas sequías e inundaciones, agravan el problema de desnutrición en los más pobres, especialmente de los niños. Los niños de los quintiles más bajos tienen más probabilidad de sufrir de desnutrición crónica, y los de las zonas rurales aún más. Al perder sus cosechas de subsistencia, las familias de más escasos recursos en las zonas rurales deben recortar sustancialmente su dieta alimenticia.

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar (Fesal 1998 y 2008), señalan que en 1998, 29% de los niños menores de 5 años tenían desnutrición crónica. En 2008 ese porcentaje había caído a 19.2%, lo que es positivo pero insuficiente, considerando que es reflejo de precarias condiciones de salud ante una alimentación que no alcanza los nutrientes mínimos requeridos, problema que no ha logrado ser resuelto o reducido significativamente por las políticas de salud hasta ahora. A manera de comparación, en Costa Rica, el 5.6 %, promedio 2008-2012, de los menores de 5 años tenía desnutrición crónica (UNICEF).

A pesar de haber una tendencia ascendente en el número de mujeres que tienen controles prenatales y acuden a instalaciones de la red del sistema público de salud, se observa un aumento del porcentaje de niños con bajo peso al nacer en los últimos años. Durante 2003-2005, 7.5% de los niños nacidos en la red del MINSAL tenían bajo peso al nacer; en 2013 ese porcentaje había escalado a 9.5% (Anexo 52).

⁸⁰ Datos de World Health Organization (WHO) para 2012.

⁸¹ Los Hogares de Espera Materna iniciaron en 2009 y los ECOS comenzaron a funcionar en 2010, por lo que la reducción de la mortalidad materna antes de esos años no es atribuible a estos programas, pero sí la mejoría que se observa en los últimos años.

⁸² Para ampliar sobre el tema ver Verguet, Stéphane and Dean Jamison, "Estimates of performance in rate of decline of under-five mortality for 113 low-and middle- income countries, 1970-2010", article in Health and Planning, Oxford Journal, January 2013.

⁸³ Número de hijos promedio que una mujer puede dar a luz a lo largo de su vida.

Este resultado adverso amerita ahondar en las causas que pueden haberlo ocasionado, ya que no era lo esperado dado el mayor gasto público en salud per cápita (ver Cuadro 6) y los proyectos para mejorar el acceso de los más pobres y ampliar la cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva. Este resultado tampoco es congruente con la mejoría en los indicadores de control prenatal. Los hogares que viven en extrema pobreza generalmente sufren de inseguridad alimentaria y nutricional. En estos hogares los servicios de consejería y otras medidas implementadas por las UCSF para abordar el tratamiento del retardo de talla no son efectivos por sí solas, por lo que deben ser complementadas con otras acciones que hayan sido probadas como efectivas⁸⁴.

h. Atención integral de la salud a adolescentes

El porcentaje de mujeres adolescentes que tuvo acceso a servicios de consejería estuvo alrededor de 7.4% y 7.7% durante 2005-2008, luego se observa un aumento significativo en 2009, y para 2011-2013 entre 16.7% y 20% de las adolescentes tuvieron acceso a estos servicios. Sin embargo, aunque se ha avanzado esta tasa continúa siendo baja.

La ampliación de la cobertura de las actividades de consejería, no ha estado acompañada de un mayor uso de métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes, a pesar de que hay una tendencia a que los jóvenes comiencen la actividad sexual a más corta edad. En la encuesta FESAL 2002-2003, y 2008, la edad promedio de la primera relación sexual es de 16.4 y 16.3 años, respectivamente. En 2012 un informe señalaba que la edad en la que las adolescentes iniciaban su actividad sexual era 14.8 años⁸⁵, y el 21.3% de los jóvenes en edades entre los 15 y 24 años manifestó haber tenido su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años⁸⁶.

En 2003, apenas 0.06% de las mujeres entre 15 y 19 años usaba métodos anticonceptivos. En 2013 esta tasa había variado poco llegando a 0.08%. No obstante, la tasa de fertilidad de las adolescentes en el ámbito nacional, de acuerdo con datos del Banco Mundial se ha reducido, pasando de 90.1 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años en 2003 a 76 nacimientos en 2012, pero esta tasa sigue siendo demasiado alta. Además, la tasa de fertilidad de los adolescentes atendidas en la red del MINSAL prácticamente se ha mantenido igual en la última década, de 65.3% en 2003 a 63.4% en 2013 (Anexo 53).

De manera que, a pesar de las estrategias del gobierno orientadas a reducir el embarazo en jóvenes, y las campañas educativas, de salud y publicitarias, así como el trabajo de distintas organizaciones, los embarazos en adolescentes continúan siendo un problema serio para las autoridades. En 2012, El Salvador ocupó el segundo lugar en la incidencia de estos casos en América Latina, una de las regiones que a su vez tienen las cifras más altas de embarazos de jóvenes. En ese año, más de 25 mil niñas, entre los 10 y 19 años, fueron madres⁸⁷. Los casos de jóvenes que interrumpen su educación por embarazos son frecuentes.

Algunas de las causas de esta problemática son la poca educación e información sobre la planificación familiar y la actividad reproductiva. También existen factores asociados con familias desintegradas y condiciones de pobreza y violencia, y una cultura de irrespeto hacia las mujeres y los menores de edad, siendo las adolescentes más pobres y menos educadas las que tienen más probabilidad de quedar embarazadas. Estos factores han sido difíciles de revertir sólo a través de políticas de salud. Según FESAL (2008), el porcentaje de mujeres con experiencia sexual se relaciona en forma inversa con el nivel educativo o socioeconómico. Lo anterior se refleja en que la experiencia sexual desciende de 79% entre las adolescentes que tienen menos de 4 años de escolaridad, a 43% entre las que tienen 10 años o más de

⁸⁴ González, Wendy, Informe Brechas en el acceso a los servicios de salud materno-infantil en el primer nivel de atención, Salud Mesoamérica 2015, mayo 2011.

⁸⁵ Salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes en América Latina: incorporando la perspectiva de derechos humanos en las inversiones de salud pública. MINSAL, Banco Mundial, The Nordic Trust Fund, OPS, Real Embajada de Noruega 2013.

⁸⁶ Estado de la Población Mundial del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU).

⁸⁷ Ibíd.

escolaridad. También se observa que a menor quintil de bienestar, mayor es la exposición a la actividad sexual, siendo 54% para el más bajo y 40% para el más alto.

El embarazo en edades tempranas conlleva más riesgos para la madre y el bebé, demandando más servicios de la red pública y, por tanto, más recursos. Además, genera secuelas psicológicas para las jóvenes al no estar preparadas para enfrentar las responsabilidades que implica ser madres, ni tener los recursos para afrontarlas. Dentro de las causas frecuentes del embarazo en adolescentes se encuentran la deserción escolar, la desintegración familiar, los escasos conocimientos sobre fertilidad y su baja autoestima⁸⁸. Además, también es una causa de estos embarazos el abuso sexual, en varios casos relacionados con las pandillas, la desigualdad de género, la pobreza y el poco acceso a la educación sexual y a los anticonceptivos⁸⁹.

Otro problema que enfrentan las adolescentes salvadoreñas, y que también está relacionado con el bajo uso de preservativos, la falta de conocimiento sobre las actividades reproductivas, condiciones de vulnerabilidad y falta de orientación familiar, es el riesgo de ser infectadas de VIH. El Salvador es el tercer país centroamericano con la mayor cantidad de personas infectadas de VIH, las cuales ascendían a 29,778 en 2012. Esta cantidad equivale a 0.5% de la población de El Salvador. No obstante, la incidencia en los segmentos más vulnerables y discriminados por su orientación o actividad sexual, es mucho más elevada. En los últimos años el número de nuevos casos de personas con Sida se ha ido reduciendo, pero preocupa que haya aún mucho desconocimiento sobre la enfermedad dentro de la población, especialmente entre los jóvenes, que son uno de los segmentos expuestos.

En el país, la entidad encargada de atender lo relacionado a esta enfermedad es la Comisión Nacional Contra el SIDA (CONASIDA), y se tiene el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, el Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la Respuesta al VIH-SIDA e ITS 2011-2015, y el Programa Nacional de ITS-VIH/sida del Ministerio de Salud. CONASIDA es el ente rector de la respuesta nacional frente al VIH-Sida y asesora al Ministerio de Salud en la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación de la política de Atención Integral contra el VIH-Sida. Además, propone estrategias que faciliten la coordinación interinstitucional y multisectorial, y divulga la Política de Atención Integral contra el VIH-Sida.

En El Salvador no hay centros de atención especiales para pacientes con VIH, quienes son atendidos al igual que la población en general en los establecimientos de salud, y solamente en 20 hospitales del país se les proporciona la terapia antirretroviral. La única excepción son los niños que son atendidos en el Centro de Excelencia para Niños con Inmunodeficiencias (CENID).

Cada cierto tiempo se lanzan campañas de concientización en lugares estratégicos, incentivando a la población a efectuarse la prueba del Sida que se hace en forma gratuita. En 2011, la prevalencia de Sida en el mundo de la población adulta (15-49 años) se estimaba en 0.8%, y en 0.4% para América Latina. Para El Salvador este porcentaje ascendía a 0.6%⁹⁰.

En ese mismo año, el porcentaje de jóvenes entre 15 y 24 años que viven con el VIH, en la esfera mundial era de 0.6% para las mujeres y 0.3% para los hombres, mientras que para América Latina los porcentajes eran iguales a 0.1% las mujeres y 0.2% los hombres. En el caso de El Salvador, esos porcentajes eran 0.3% tanto para mujeres como para hombres. Existe preocupación de que en el caso de las mujeres jóvenes en el país esta cifra se encuentre por arriba del promedio de América Latina y que, además, se haya equiparado con la de los hombres jóvenes salvadoreños, por lo que deben investigarse más las causas de este resultado para este segmento de mujeres en el país. De acuerdo con datos del MINSAL, la proporción de jóvenes entre 15 y 24 años infectados con VIH se redujo en 2008 y 2009, pero aumentó en los años posteriores, aunque se ha estabilizado (Anexo 53), mostrando que se debe continuar permanentemente con las campañas para controlar el Sida y las pruebas gratuitas, dentro de una estrategia integral.

⁸⁸ Padilla de Gil, Marina (2002)

⁸⁹ Zuñiga, Elena, representante UNFPA (2013).

⁹⁰ Informe de ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de SIDA 2012.

A pesar de las amenazas de propagación de esta enfermedad, la estrechez fiscal también ha afectado el tratamiento de estos pacientes. En el presupuesto de 2014, el MINSAL recortó en 45% el monto destinado a adquirir medicamentos para el tratamiento de los pacientes con VIH, lo que pone en riesgo la vida de estas personas.

i. Progresividad del gasto público en salud

El gasto de bolsillo en salud afecta los presupuestos familiares, especialmente de los de más bajos recursos que deben dejar insatisfechas necesidades esenciales por pagar los servicios de salud y adquirir medicinas.

En 2013, el gasto per cápita del MINSAL en el primer decil fue equivalente a 42.8% del ingreso de las personas del primer decil que no tienen seguro médico privado ni público (Anexo 54). En cambio, en el decil de más altos ingresos, este porcentaje fue apenas de 1%. Esta distribución del gasto del MINSAL por deciles muestra que el gasto de esta institución es progresivo, ya que las personas de los sectores de más bajos ingresos son las principales beneficiarias.

Por el contrario, el gasto del ISSS no es progresivo. En 2013, el gasto per cápita de esta institución en el primer decil fue equivalente a solo 0.8% de los ingresos de sus afiliados que se encuentran en ese decil (Anexo 54). Sin embargo, en el decil 9 y 10, el gasto del ISSS es igual al 3.2% y 1.8%, de los ingresos de sus afiliados que se encuentran en ese segmento de ingresos, respectivamente.

Por otro lado, tanto el MINSAL como el ISSS gastan más en los pobres relativos que en los pobres extremos⁹¹. En 2013, 11.7% del gasto total del MINSAL se dirigió a los pobres extremos, mientras que el ISSS únicamente destinó 0.9% a esta población. Estos porcentajes para el MINSAL y el ISSS se elevan a 30.2% y 12%, respectivamente, en el caso de los pobres relativos (Anexo 55). Un hecho que llama la atención es que de 2009 a 2013, lo que destina tanto el MINSAL como el ISSS a los pobres extremos y relativos se redujo.

IV. Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

a. Educación

- i. Durante el período 2003-2013 el sistema educativo en El Salvador ha mostrado avances importantes en el ámbito de la cobertura -principalmente en el nivel de primaria-, en la alfabetización de adultos, en la administración escolar, así como en la gestión ministerial en cuanto a la aplicación de reformas educativas. No obstante, estos logros han resultado insuficientes para resolver desafíos relevantes como la cobertura en educación secundaria y parvulario, la calidad de la educación, y la mejora de la eficiencia del gasto público en el sector. Es necesario continuar los esfuerzos para alcanzar mejores indicadores educativos, de tal forma que la mayoría de la población se coloque en una buena posición que le permita mejorar sus condiciones de vida.
- ii. El gasto público en educación lo integran esencialmente las erogaciones del MINED (80% del total) y en menor medida participan la Universidad de El Salvador, las municipalidades y otras instituciones públicas. Durante 2004-2012 este gasto pasó de 3.2% a 3.7% del PIB. Desde 2009 se ha observado un gasto más alto respecto a los años previos, explicado por la expansión de las erogaciones del MINED –nuevos programas gubernamentales-. El gasto del Ramo de Educación por clasificación económica muestra que desde 2004 las erogaciones corrientes rondaron el 90% del total

⁹¹ Pobreza extrema se refiere a que el ingreso per cápita de la persona esté debajo del precio de una canasta básica y pobreza relativa se refiere a que el ingreso per cápita de la persona esté por debajo de dos canastas básicas.

ejecutado y el gasto de capital, que incluye la inversión en mejoramiento de escuelas, ampliaciones, reparaciones o nuevas escuelas, fue inferior al 10%. El gasto de capital no ha mostrado aumentos significativos, aunque por estudios realizados con base en la información de la prueba SERCE, es necesario mejorar la infraestructura escolar para cerrar las brechas que afectan negativamente a las escuelas rurales y a las escuelas públicas.

- iii. Los resultados del estudio muestran indicios de que podrían mejorarse los resultados en los departamentos donde el gasto promedio por alumno es más alto, desde la perspectiva de la cuantía de recursos empleados (salarios pagados) en el proceso educativo, ya que en departamentos con un gasto inferior se lograron mejores indicadores de resultado (ver Cuadro conclusiones 1). Aunque este estudio no toma en cuenta otros factores que influyen en los resultados del proceso educativo, tales como la pobreza, la salud, o el nivel educativo de la familia de los estudiantes, sin duda el reto es encontrar qué hacen diferente en los departamentos que obtienen mejor desempeño.

El gasto en remuneraciones promedio anual por alumno para 2007-2013, fue más elevado en Chalatenango (US\$416.1), San Vicente (US\$395.5) y San Miguel (US\$380.2). Sin embargo, estos departamentos no corresponden a los que muestran mejores indicadores de resultado. Por ejemplo, la tasa de alfabetismo de adultos de más de 15 años, fue más alta en San Salvador (92.9%), La Libertad (87.3%) y Cuscatlán (86%). Además, en el caso del coeficiente de eficacia estimado, solo Chalatenango (50.3%) se ubica entre los más altos, grupo donde también se situaron La Libertad (51.8%) y Ahuachapán (51.6%) (Cuadro conclusiones 1).

En el otro extremo, con el gasto promedio por alumno más bajo se ubicaron Cuscatlán (US\$256.5), Ahuachapán (US\$253.7) y Sonsonate (US\$244.7). El primero de estos resultó ser el tercero con la tasa de alfabetismo más alta, como se indicó previamente, y los dos restantes alcanzaron tasas más altas que departamentos donde el gasto promedio fue más elevado. Una situación similar se observó en el coeficiente de eficacia.

En el área urbana se observó una situación similar a la ya comentada. Los departamentos con mayor gasto promedio por alumno nuevamente fueron Chalatenango (US\$445.2), San Vicente (US\$424.6) y San Miguel (US\$402.2). No obstante, las más elevadas tasas de alfabetismo de adultos de más de 15 años se observaron en San Salvador (93.7%), Cuscatlán (91.3%) y La Libertad (90.6%). En cuanto al coeficiente de eficacia, los promedios más altos resultaron en Ahuachapán (58%), La Libertad (57.4%) y Chalatenango (54.4%), notándose que sólo este último se encuentra entre los primeros tres departamentos con alto gasto promedio por alumno en esta zona. Las notas promedio más altas de la PAES durante 2007-2013 se observaron en Cabañas (5.17), San Miguel (5.06) y La Paz (5.05) en el área urbana – únicamente San Miguel se ubicó entre los tres con gasto promedio por alumno más alto (ver Cuadro conclusiones 1).

Por otra parte, los departamentos en los que se observó el menor gasto promedio por alumno en la zona urbana fueron Sonsonate (US\$275.4), Cuscatlán (US\$279.9) y Ahuachapán (US\$301.6). De nuevo se observa que estos departamentos registraron indicadores de resultados en alfabetización, coeficiente de eficacia y notas de PAES, superiores a otros donde el gasto promedio por alumno fue más alto.

En la zona rural, la situación fue semejante. Los departamentos que observaron un gasto promedio por alumno más alto en remuneraciones durante 2007-2013 fueron, Chalatenango (US\$406.9), Morazán (US\$394.1) y San Miguel (US\$393.5). En cambio en esta zona, lograron las más altas tasas de alfabetización La Paz (82.8%), Cuscatlán (82%) y San Salvador (80.5%). Las notas promedio de la PAES fueron más altas en otros departamentos como La Paz (5.05), Sonsonate (4.73) y Usulután (4.71). Mientras que el coeficiente de eficacia fue más elevado en Ahuachapán (40%), La Libertad (39.9%) y Chalatenango (35.8%), sólo este último está incluido entre los tres departamentos con gasto promedio por alumno más alto en la zona rural (Cuadro conclusiones 1).

Los departamentos que promediaron un gasto menor por alumno en la zona rural durante el período indicado fueron San Salvador (US\$212), Sonsonate (US\$212.6) y Ahuachapán (US\$213.6). De este grupo, San Salvador obtuvo una de las tasas de alfabetización más altas como se indicó anteriormente y, en los dos restantes, se observaron tasas más altas que en otros departamentos donde el gasto promedio fue mayor.

- iv. A escala nacional (sistema público y privado) la cobertura en educación primaria, aunque tendió a disminuir durante 2003-2013, es la más alta por nivel educativo; la tasa bruta descendió desde 112.3% a 106.2% y la tasa neta de 90.6% a 88.2%. En cambio, la cobertura en educación parvularia y secundaria mejoró. En el caso de parvulario, la tasa bruta aumentó de 52.6% hasta 65.6% en este período y en secundaria, pasó de 63.5% a 71.1%. La misma tendencia mostraron las tasas netas en ambos niveles educativos; no obstante, el principal desafío en el tema de cobertura sigue siendo en parvulario y secundaria.
- v. El Salvador muestra una tendencia positiva en la tasa de alfabetización de adultos de más de 15 años, es un logro acumulado de la educación primaria y de los programas especiales de alfabetización. Sin embargo, el desempeño aún es desigual por región urbana y rural, mostrándose una brecha que desfavorece a la población rural. En 2013, la tasa de alfabetismo alcanzó 90.3% en el área urbana, mientras en la rural fue 89.9%. Entre los 14 departamentos también se observan diversos grados de avance en este indicador. Al analizar el alfabetismo de la población joven (de 15 a 24 años), el indicador mejora tanto en la zona rural como urbana. En este segmento poblacional, en 2013 el alfabetismo alcanzó 95.4% en la zona rural y 98.4% en la urbana.
- vi. El Salvador enfrenta un desafío importante para mejorar la calidad educativa. El resultado promedio de la prueba PAES, que es obligatoria para graduarse de bachillerato, a escala nacional es insatisfactorio. Las notas, en promedio, son bajas y no se observan mejoras. Por ejemplo, en matemática el promedio pasó de 5.2 en 2006 a 4.8 en 2013. Se percibe una brecha en las calificaciones obtenidas por los alumnos de la zona rural y urbana que desfavorece a los primeros, que son los que obtienen notas más bajas en promedio, aunque las notas de la PAES son resultante de una combinación de factores que influyen en el proceso educativo. Además, cuando el país participó en 2007 en el estudio internacional TIMSS, los estudiantes salvadoreños se ubicaron con bajo desempeño aunque algunos lograron niveles de suficiencia.

b. Salud (ver Cuadro conclusiones 2)

- i. En los últimos años hubo avances importantes en el sistema de salud, pero los retos y desafíos continúan siendo grandes. Con la reforma de salud de 2009 se reforzó la parte preventiva, el acceso a la población de las zonas más pobres y el concepto de salud de la comunidad, y se mejoró el acceso a las instalaciones sanitarias y al agua potable.

Los ECOS constituyen una apuesta estratégica importante dentro de la reforma de salud, como medio para mejorar el acceso a la salud de la población históricamente excluida de estos servicios, y por su papel en impulsar la salud preventiva sobre la curativa y la participación comunitaria en el cuidado de la salud de la persona y su entorno. Se comenzó con 210 ECOS en 80 municipios en 2010, y para 2014 se tenían 520 equipos en 164 municipios. Además, se aumentó el número de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar que de 367 y 377 en 2003 y 2008, respectivamente, llegaron a 708 en 2014. También los Hogares de Espera Materna que iniciaron con 3 en 2009 subieron a 16 en 2013.

La priorización de la salud preventiva sobre la curativa se ha reflejado en un cambio en la composición del tipo del tipo de consultas. En el MINSAL, las consultas preventivas pasaron de representar el 18.2% en 2008 a 21.1% en 2013, mientras que las curativas de ser el 81.8% en 2008 descendieron al 78.9% en 2013. Por otro lado, ha mejorado el acceso a instalaciones sanitarias, en 2003 el 64.1% de la población tenía acceso mientras que en 2012 este porcentaje había subido a 70.5%.

- ii. El aumento del gasto público de salud ha sido fundamentalmente gasto corriente, principalmente a salarios y escalafones, pero sin que haya una evaluación del rendimiento individual, lo que, en cualquier organización genera problemas de eficiencia. Mientras que el gasto de capital ha permanecido bajo, a pesar de las deficiencias en infraestructura.

El gasto público en salud ha tenido un incremento notorio en la última década, sobre todo a partir de 2009, el cual pasó de representar el 3.5% del PIB en 2003 al 4.6% en 2013. Una parte significativa de este aumento se destinó al pago de remuneraciones que de representar el 1.9% del PIB en 2003 ascendió a 2.4% en 2013. No sólo ha influido el incremento sustancial en el número de contrataciones, sino también el escalafón del sector salud.

De 2010 a 2013 los trabajadores (sanitarios y no sanitarios) del sector público de salud aumentaron de 40,600 a 47,440. El número de médicos y enfermeras se incrementó en 2,040, pero fue superado por el aumento de 2,424 plazas administrativas y de 2,296 nuevos puestos para otros trabajadores sanitarios –no médicos ni enfermeras–.

En el caso del MINSAL y las instituciones adscritas al Ramo de Salud, de acuerdo con los presupuestos, de 2003 al 2013 se crearon 10,593 plazas que significaron un aumento de US\$134.7 millones en el pago de salarios en esos años. Por el contrario, en términos del PIB, el gasto del MINSAL en medicamentos ha descendido a partir de 2011, el gasto en vacunas en 2013 fue similar al que se tenía en 2008, y la adquisición de insumos médicos quirúrgicos se ha mantenido estable durante 2010-2013.

- iii. En general, al examinar los resultados y la evolución de algunos indicadores de resultados se observa que se ha avanzado positivamente en la última década, aunque todavía falta bastante por hacer.

La esperanza de vida al nacer (72 años) aumentó en dos años de 2003 a 2013, avance que ha sido gradual, uniforme y sostenido. Sin embargo, está 8 años por debajo del promedio de los países con más alto desarrollo humano. Los avances son menos notorios en la reducción de la tasa de mortalidad global que se ha mantenido prácticamente igual en la última década (6.5 en 2013).

Se ha venido trabajando a través de los ECOS y se han realizado campañas para mejorar la atención materno-infantil, acciones que han tenido resultados positivos. La cobertura de inscripción de los menores de un año pasó de 88.7% en 2005 a 95.9% en 2013, aunque esta mejoría no ha sido constante y sostenida en todos los años. La tasa de mortalidad al nacer es uno de los índices de resultados en los que se observa una mejora sustancial, pasando de 12.6 fallecidos por mil nacidos vivos en 2003 a 6.5 en 2013, con una reducción sustancial ocurrida en 2013. La tasa de mortalidad de menores de 1 año también ha venido descendiendo gradualmente, aunque más lentamente. La evolución de la tasa de mortalidad neonatal también ha sido positiva, de 10.2 muertes por mil nacidos vivos en 2003, se bajó a 7.5 en 2009, y continuó descendiendo, aunque más lentamente, en los años posteriores, encontrándose en 6.5 en 2012.

Los ECOS tienen dentro de sus objetivos mejorar la atención de las mujeres embarazadas y reducir la mortalidad materna, y se han hecho campañas para impulsar el control prenatal; además, se ha ido aumentando la oferta de servicios de planificación familiar y salud materna; y las Unidades de Espera Materna también han facilitado el control pre natal y post natal. Los registros de control prenatal muestran una mejoría, sobre todo en 2009 cuando pasó de 53.4% a 93.2%; sin embargo, debe tomarse en cuenta que en 2012 el porcentaje se reduce a 85.3%. Se ha venido mejorando en el porcentaje de partos atendidos por personal calificado en los últimos 10 años, y también se han logrado avances significativos en la cobertura de partos en hospitales del sistema nacional de salud, que aumentó sobre todo a partir de 2009. Lo anterior ha contribuido a la reducción importante de la tasa de mortalidad materna que de 2005 a 2008 bajó de 71.2% a 47.3%. En 2012, sólo 42 mujeres murieron por cada cien mil nacimientos, siendo de las tasas más bajas en la región.

En otros indicadores de resultados el progreso ha sido más lento. Se han impulsado campañas de vacunación y concientización. La tasa de vacunación nacional es alta, más del 90%. Sin embargo, en la última década no se han logrado aumentos significativos en este indicador y el programa ha tenido problemas por la falta de pagos de las dosis de vacunas, debido a problemas de liquidez del gobierno y por no asignar los fondos suficientes en el presupuesto.

Por otro lado, aunque ha habido avances, la tasa de desnutrición infantil en El Salvador sigue alta. Asimismo, a pesar del aumento del registro prenatal y de partos atendidos por personal especializado, se ha observado un aumento del porcentaje de niños con bajo peso al nacer. Debe tomarse en cuenta que la población más pobre está altamente expuesta a catástrofes naturales, y al alza en el precio de los alimentos por problemas de sequías u otros factores, sobre todo los niños que fácilmente pueden caer en estados de desnutrición, evidenciando la alta vulnerabilidad de este segmento.

Se han realizado acciones para reducir embarazos, el porcentaje de mujeres adolescentes que tuvo acceso a los servicios de consejería aumentó en forma importante, de entre 7.4 y 7.7% durante 2005-2008, se mantuvo alrededor de 16.7 y 20% durante 2011-2013. La tasa de fertilidad de las adolescentes a nivel nacional se ha reducido pasando de 90.1 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años en 2003 a 76 en 2012. No obstante, esta tasa continúa siendo alta, y el embarazo de adolescentes sigue siendo un problema serio en el país, pues en 2012 El Salvador ocupó el segundo lugar en incidencia de estos casos en América Latina.

- iv. En términos de asignación de recursos ha habido un sesgo a favor de las áreas urbanas en contraposición a las rurales, siendo estas últimas las que requieren mayor inversión por las carencias tan grandes que presentan en cuanto a los servicios de salud y condiciones de salubridad. El gasto en salud se ha concentrado en San Salvador y es donde también se tienen algunos indicadores con buenos resultados (anexo cuadro conclusiones de salud), en contraposición al resto de departamentos. Para las futuras inversiones en el Ramo de Salud debe evaluarse cuál es la mejor ubicación.

En 2013 el 45.7% del gasto total presupuestado para los 30 hospitales de la red pública fue asignado a San Salvador. San Miguel y Santa Ana son los otros dos departamentos con la mayor asignación de presupuesto hospitalario en 2013, 10.3% y 10%, respectivamente. En el otro extremo, Morazán fue el departamento que recibió la menor asignación presupuestaria para hospitales (0.4%). San Salvador también fue el que tuvo el presupuesto hospitalario per cápita más alto (US\$70 en 2013), en segundo lugar está San Miguel (US\$57) y luego San Vicente (US\$48). Los que tuvieron la menor asignación per cápita fueron Ahuachapán, Sonsonate y La Libertad, con US\$19 los dos primeros y US\$18 el último.

La mayor concentración del recurso humano por cada 10,000 habitantes también se encuentra en San Salvador, bastante por arriba del promedio nacional, aunque la concentración se ha reducido de 2010 a 2012. En casi todos los departamentos ha habido un aumento del recurso humano de 2010 a 2012, destacándose Chalatenango que de 8.1 en 2010 llegó a 21.83, siendo este departamento el segundo en número de ECOS. La Unión es el que menos recurso humano tiene, con 11.21 en 2012.

Contrario a lo que sucede con el gasto hospitalario a nivel territorial, la distribución de los ECOS siguió los criterios de pobreza y exclusión. En 2013, el mayor número de ECOS está en Usulután (81), Chalatenango (61) y Morazán (50), departamentos donde se localiza el 37.1% de todos los ECOS del país. Además, estos 3 departamentos, junto con Cabañas, son los que más ECOS tienen por cada 10,000 habitantes. La Paz es el departamento donde menos equipos se ubican, con sólo 22.

San Salvador es el departamento con el mejor acceso sanitario (alrededor de 79.7% durante 2003-2013), mientras que en otros departamentos fue bastante menor: Usulután y La Paz (aproximadamente 26.8%) y Cuscatlán y Ahuachapán (cerca del 23%). Tanto en las zonas urbanas como rurales han mejorado las condiciones de acceso, más aceleradamente en las zonas rurales, pero la brecha entre ambas permanece alta. La Unión es el departamento que mejoró más, sobre todo por un avance importante en el acceso sanitario en la zona urbana. Mientras que Chalatenango fue el que más progreso registró en la zona rural.

La tasa de mortalidad de menores de 1 año disminuyó en todos los departamentos de 2005 a 2013, correspondiendo la mayor contracción a Morazán que sigue, sin embargo, con la mayor tasa de mortalidad de menores de 1 año (25.4

en 2013). Este departamento tiene la menor asignación presupuestaria para hospitales, pero es uno de los que tienen el mayor número de ECOS. San Salvador es el departamento que presenta la menor tasa (14.7), seguido de Cabañas (15.7), siendo este último departamento uno de los que registra mayor incidencia de la pobreza extrema en sus municipios, y es de los que más ECOS presenta por cada 10,000 habitantes.

- v. Se han logrado mejorar en la mayoría de indicadores de resultados de salud, con avances importantes en algunos de ellos. Sin embargo, al mismo tiempo, se siguen experimentando problemas y deficiencias, aunque estas deficiencias no son captadas plenamente por los indicadores analizados en este estudio, deben atenderse para poder mejorar sostenida e integralmente el sistema público de salud.

2. Recomendaciones

a. Educación

Sobre la base de los resultados del presente estudio, en el cual se realizó una estimación del gasto en educación por departamento y por zona rural/urbana para 2007-2013, acotándolo al gasto en remuneraciones debido a la disponibilidad de datos; y relacionando este gasto con las tendencias observadas en los principales indicadores de producto y de resultado, a escala nacional, por departamento y por zona geográfica, en procura de atisbar su eficiencia, se formulan las siguientes recomendaciones:

i. Sistemas de información

No obstante los avances logrados en los sistemas de información del MINED, es necesario continuar fortaleciendo la obtención de datos y la generación de las estadísticas en el sector educación, a efecto de realizar estudios a escala territorial, pues mucha de la información requerida no está disponible en forma sistemática. Asimismo, es conveniente continuar profundizando en la recopilación y ordenamiento de indicadores que posibiliten evaluar sistemáticamente la calidad de la educación en el país, así como efectuar otro tipo de investigaciones en el sector.

ii. Instaurar una carrera de Administración Escolar

Establecer requisitos educativos mínimos para quienes asuman el cargo de directores de las escuelas, incluyendo conocimientos de gerencia y administración escolar para que un maestro pueda optar a este cargo, ya que en la actualidad no se requiere ninguna preparación en el área administrativa para nombrar a los directores de las escuelas. Esto ayudaría a mejorar la calidad de la gestión y dirección escolar, elementos necesarios para la efectividad de las instituciones educativas. La estimación realizada del gasto público promedio por alumno en remuneraciones (2007-2013) sugiere que en varios departamentos es necesario realizar mayores esfuerzos para mejorar los indicadores de resultado obtenidos en el proceso educativo -tasa de alfabetización, nota de la PAES y número de graduados en el tiempo formalmente estipulado hasta la secundaria-. Además, se percibe que existen espacios de mejora en la calidad de la educación con los recursos actuales, ya que en varios departamentos donde el gasto promedio por alumno es más alto, los indicadores de resultado muestran un desempeño inferior que otros en los cuales el gasto es menor.

iii. Fortalecer la calidad de la formación y desarrollo profesional de los docentes

Siendo el maestro un recurso esencial en la educación, es relevante seguir trabajando y orientar recursos financieros para fortalecer la calidad de su formación y su desarrollo profesional, de tal suerte que posean las competencias para ofrecer a los estudiantes una experiencia del más alto nivel en las aulas. Por ejemplo, en la educación primaria, donde según las estimaciones realizadas en el presente estudio, existe mayor oferta de servicios a través de los maestros asignados, es

necesario invertir en mejorar las prácticas educativas y en la preparación de los docentes para mejorar la calidad de la enseñanza.

iv. Establecer un sistema de evaluación de la calidad de la educación en diferentes niveles y participar sistemáticamente en pruebas internacionales

Durante el período 2003-2013 según los datos del MINED, el gasto público en educación se ha incrementado en relación con el PIB. Sin embargo, mejorar la calidad sigue siendo un desafío, pues indicadores como la tasa de repetición no muestran mejoría significativa, los resultados promedio de las pruebas PAES no han mejorado en los últimos años, y en la escuela secundaria el sistema educativo pierde eficacia. Por tanto, sería deseable que al tiempo que se canalizan más recursos financieros al sector educativo, se mejore el aprendizaje y la calidad. Para ello, sería conveniente medir los avances en la calidad de la educación. El MINED podría establecer un sistema de evaluación que incluya pruebas de diagnóstico sistemáticas y comparables en el tiempo, en el nivel de primaria y secundaria, en adición a la PAES. Además, es importante comparar el rendimiento académico de los estudiantes salvadoreños con los obtenidos por estudiantes de otros países, ya que las pruebas internacionales proporcionan información sobre áreas en las que puede mejorar la calidad educativa. A partir de los resultados de las pruebas nacionales e internacionales, se podrían ajustar políticas y medidas orientadas a la calidad y a mejorar la eficiencia del gasto.

v. Continuar invirtiendo en infraestructura escolar

Es conveniente realizar un mayor esfuerzo financiero en infraestructura escolar, con el fin de crear y mantener ambientes físicos apropiados que posibiliten el desarrollo de los alumnos y un desempeño favorable a los docentes. Podría evaluarse reorientar gasto corriente, si fuera el caso, pues las erogaciones canalizadas hacia dicha infraestructura no muestran cambios significativos en 2004-2013. Dado que los establecimientos educativos y los servicios que poseen, son elementos de apoyo al proceso educativo, sería conveniente reforzar la inversión en mejoramiento y adecuación de infraestructura escolar.

vi. Aumentar el gasto en educación y mejorar su eficiencia y eficacia

Pese a que el gasto en educación se ha incrementado durante 2003-2013, este esfuerzo financiero no se compara favorablemente con el de otros países en desarrollo; sin embargo, para que este esfuerzo sea efectivo y conlleve a mejorar las capacidades y competencias de los futuros trabajadores del país, deben adoptarse medidas orientadas a mejorar la eficiencia del gasto.

b. Salud

i. Evaluación de los ECOS

El modelo de los ECOS ha sido uno de los proyectos que más énfasis ha recibido en la reforma de salud para lograr la cobertura y equidad, específicamente en áreas rurales, y para tener un enfoque más familiar y comunitario. Indicadores relacionados con la mortalidad infantil y materna indicarían resultados positivos que se deberían, en buena parte, a estos equipos. Sin embargo, los ECOS han significado una mayor necesidad de fondos por lo que, ante recursos escasos, debe haber una evaluación de costo-beneficio. Es necesario poder medir la eficiencia y eficacia del modelo para definir si se debe seguir ampliando y si es sostenible para el MINSAL, y asegurarse que su financiamiento no signifique un desvío de fondos de otras áreas que también son importantes para mejorar el sistema público de salud.

ii. Analizar las causas de la poca mejoría en algunos indicadores

A pesar del aumento de los fondos y recursos humanos en el sector salud, y del funcionamiento de los ECOS y otras políticas relacionadas con la salud preventiva, no se han obtenido los resultados esperados en algunos indicadores. La brecha del acceso a los servicios de salud y la salud de la población entre el área rural y urbana es alta, por lo que debe hacerse una evaluación más profunda de las causas de este resultado e implementar medidas para corregir el rumbo. Por ejemplo, la tasa de mortalidad permanece igual, la tasa de desnutrición infantil es alta y ha aumentado el número de niños con bajo peso al nacer, así como también se continúa con altas tasas de embarazo en las adolescentes y su exposición al VIH. Una de las propuestas es aumentar los fondos para incidir en algunos de estos problemas y mantener campañas permanentes de prevención, pero este incremento debe estar sustentado en estudios técnicos y en evaluaciones de resultados.

iii. Mejorar la calidad de los servicios

Se recomienda que se introduzca el tema de calidad en los servicios de salud. A partir de la revisión bibliográfica se ha encontrado que se reportan serios problemas de calidad, tanto en el primer nivel de atención como en el segundo y tercero. Persisten problemas en el suministro de medicamentos, y problemas en la disponibilidad y colocación de los recursos humanos apropiados y capacitados. La aprobación de la Ley de la Función Pública cuyo anteproyecto promovió la administración 2009-2014, contribuiría a abonar en la dirección de un mejor uso de los recursos, mejores procesos de contratación y asignación, y mayor control de calidad y deducción de responsabilidades.

iv. Financiamiento

El aumento del presupuesto al sector salud debe ir acompañado de mejores procesos de control de la calidad y rendición de cuentas. El financiamiento del sector salud debe ser estable y sostenible, y evitar descansar en préstamos para financiar gasto corriente permanente, o al menos asegurar que se podrá continuar con los programas cuando ya no haya recursos de estos préstamos o de donaciones. Es necesario que se desarrolle una estrategia de financiamiento de largo plazo.

v. Reforma de salud como política de Estado

La reforma de salud debe ser una política de Estado para poder obtener mejoras importantes en el sector. Debe evitarse lo que ha sucedido en el pasado, que con el cambio de administración las nuevas autoridades tratan de desligarse de cualquier esfuerzo anterior y comenzar un nuevo plan. Con esto se desperdician recursos, esfuerzos y experiencias, frenando los avances conseguidos, e incluso retrocediendo en algunas áreas.

vi. Sistemas de información

El desarrollo de este trabajo ha hecho evidente que se requiere de un fortalecimiento en la recopilación y análisis de información por parte del MINSAL. Con la Reforma de Salud se aspiraba a reducir al máximo el número de sistemas de información con los que se contaba. Se ha mejorado en la disponibilidad de información, pero este problema aún persiste, ya que algunos de los datos no son comparables para todos los años, causando que a medida que se da una mejora en la calidad de la información la línea base suele mostrarse inexacta. Por otra parte, la segmentación institucional del sistema de salud público está acompañada de una segmentación similar en los sistemas de información; esto dificulta tener información confiable consolidada de todo el sistema de salud que provenga de una misma fuente. Sería conveniente contar con estadísticas de todo el sistema público de salud en la Internet y poder acceder a bases de datos que puedan ser utilizadas por cualquier ciudadano. Además, deben elaborarse bases de datos con información departamental, por zona rural y urbana, lo que sería un buen insumo para implementar medidas que reduzcan las brechas que existen en salud por territorialidad. La disponibilidad de información es esencial para mejorar la capacidad del gobierno (Angus Deaton).

V. Cuadro conclusiones

1. Educación

CUADRO CONCLUSIONES 1 - GASTO PÚBLICO EN EDUCACIÓN, INDICADORES DE PRODUCTO Y DE RESULTADO POR DEPARTAMENTO
(PROMEDIO 2007-2013)

Departamento	Gasto en remuneraciones por alumno* (US\$)	Alfabetización de adultos de más de 15 años (%)	Tasa Neta de Matricula Primaria	Tasa Neta de Matricula Secundaria	PAES (Matematicas)	Coefficiente de Eficacia (%)
TOTAL	314.0	84.9	89.9	58.4		45.6
Chalatenango	416.1	79.8	90.3	51.9		50.3
San Vicente	395.5	82.2	89.6	56.3		40.2
San Miguel	380.2	79.2	88.0	54.3		43.4
Morazán	376.2	70.4	89.8	50.2		43.0
Usulután	354.2	77.5	87.8	52.5		42.5
La Unión	341.1	72.2	88.4	44.5		40.5
San Salvador	314.8	92.9	90.7	70.4		44.5
Cabañas	310.9	76.4	90.8	45.4		42.1
Santa Ana	304.8	84.7	90.1	55.2		48.2
La Paz	288.4	84.7	90.1	57.8		43.7
La Libertad	272.9	87.3	90.5	58.5		51.8
Cuscatlán	256.5	86.0	90.4	61.4		47.5
Ahuachapán	253.7	80.6	90.1	52.4		51.6
Sonsonate	244.7	83.9	89.3	55.8		43.6
URBANA	346.0	90.2	90.3	67.1	4.9	49.2
Chalatenango	445.2	85.5	87.8	63.8	4.61	54.4
San Vicente	424.6	86.6	89.8	62.0	5.03	43.9
San Miguel	402.2	87.3	88.6	64.4	5.06	47.6
Morazán	390.9	79.1	89.5	65.5	4.59	47.2
La Unión	375.0	81.9	89.6	54.7	4.81	47.2
Usulután	373.1	83.1	89.0	65.6	4.64	45.7
San Salvador	345.4	93.7	90.8	71.7	4.63	46.9
Santa Ana	342.8	89.8	90.6	65.4	4.74	51.8
Cabañas	327.9	84.5	91.0	63.4	5.17	49.6
La Libertad	324.1	90.6	90.9	63.4	5.03	57.4
La Paz	322.0	86.6	90.0	63.1	5.05	47.3
Ahuachapán	301.6	87.1	89.9	63.4	4.94	58.0
Cuscatlán	279.9	91.3	89.8	69.2	5.02	51.2
Sonsonate	275.4	88.0	89.6	65.5	4.69	46.6
RURAL	286.0	75.1	89.9	45.9	4.5	32.5
Chalatenango	406.9	76.7	91.4	46.4	4.38	35.8
Morazán	394.1	66.8	89.9	45.1	4.26	29.5
San Miguel	393.5	69.9	87.5	44.0	4.36	16.1
San Vicente	381.3	77.6	89.6	51.4	4.56	26.5
Usulután	365.0	71.8	86.7	41.7	4.71	29.3
La Libertad	294.4	78.4	89.7	48.7	4.64	39.9
La Unión	289.9	67.7	87.9	40.7	4.31	24.3
Cabañas	285.4	72.0	90.8	37.9	4.43	12.6
La Paz	256.8	82.8	90.1	53.4	5.05	30.1
Cuscatlán	256.3	82.0	90.8	56.5	4.35	27.3
Santa Ana	248.7	74.7	89.3	38.7	4.44	33.6
Ahuachapán	213.6	75.3	90.2	44.7	4.50	40.0
Sonsonate	212.6	77.9	89.1	44.4	4.73	32.5
San Salvador	212.0	80.5	90.4	54.7	4.16	33.1

* Todos los matriculados desde parvularia hasta bachillerato.

** En el caso de Cabañas, el promedio no incluye 2008 ni 2009.

Fuente: Elaborado con datos del MINED

2. Salud

CUADRO CONCLUSIONES 2 - GASTO PÚBLICO EN SALUD, INDICADORES DE PRODUCTO Y DE RESULTADO POR DEPARTAMENTO (PROMEDIO 2007-2013)

Departamento	Profesionales de la salud por cada 10000 habitantes (2012)	% de médicos que trabajan en el primer nivel de atención	Gasto hospitales (millones de US\$)*	Gasto hospitales per cápita (US\$)*	Número de ECOS por departamento (2013)	% de la población con acceso a sanitario (poseé inodoro a alcantarillado y/o fosaséptica, común o privado)**	% de la población que se enfermó y no buscó ayuda médica	Tiempo en minutos en llegar a unidad de salud ***	Esperanza de vida al nacer	Tasa bruta de mortalidad (por mil habitantes)	Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año por mil nacidos vivos)
TOTAL	17.0	56.5	14.9	27.4	36.9	37.1	45.6	25.6	71.5	6.8	21.4
Ahuachapán	11.6	63.6	5.4	16.0	39	25.7	50.0	31.3	71.4	6.2	22.6
Cabañas	15.3	62.6	4.6	29.4	40	31.2	48.0	29.8	71.7	6.4	16.3
Chalatenango	21.8	64.5	6.1	31.0	61	34.0	44.4	25.7	71.9	6.8	21.5
Cuscatlán	12.8	64.3	5.2	21.1	23	23.0	47.5	24.3	70.9	6.7	21.9
La Libertad	11.6	66.7	10.1	13.6	28	52.5	45.5	22.7	73.4	6.0	21.9
La Paz	11.3	59.6	5.7	17.0	13.0	27.1	44.4	23.1	70.5	6.9	22.5
La Unión	11.2	68.2	5.1	19.9	22	30.8	41.2	27.0	70.7	7.5	18.4
Morazán	13.4	80.4	2.9	15.0	50	26.9	43.7	31.1	72.2	6.5	26.5
San Miguel	22.8	46.9	20.8	44.2	33	46.1	45.9	25.4	71.7	6.9	19.7
San Salvador	35.2	33.8	98.0	57.2	36	79.6	40.9	17.6	73.6	6.3	15.3
San Vicente	19.0	51.5	6.4	36.9	30	29.1	48.4	24.7	71.5	6.9	25.1
Santa Ana	20.6	34.0	20.3	36.0	29	47.7	50.0	24.9	69.8	7.8	24.6
Sonsonate	13.9	46.4	7.5	15.6	32	38.7	45.5	25.1	69.7	7.0	23.1
Usulután	17.4	48.8	11.1	31.1	81.0	27.2	43.6	25.9	71.9	7.0	19.5

Fuente:
Elaboración propia con datos de "El Salvador: Estimaciones y proyecciones de población. Nacional 2005-2050 - Departamental 2005-2025. Ministerio de Economía - DIGESTYC - UNFPA - CELADE" y EHPM

*Datos del presupuesto votado, varios años.

** Elaborado con datos de EHPM

*** Promedio datos 2008-2013 de EHPM

VI. Bibliografía

- Alas de Franco Carolina y Serpas de Portillo Luz María. (2014). "Presupuesto aprobado 2014: continúan las fallas y la indisciplina fiscal" – DEC FUSADES.
- Banco Interamericano de Desarrollo y Banco Mundial, 2010. "El Salvador, Public Expenditure Review: Enhancing the Efficiency and Targeting of Expenditures".
- Banco Interamericano de Desarrollo. 2013b. "Hacia la generación de más oportunidades: Fundamentos para una Agenda de Desarrollo Económico y Social en El Salvador."
- Bellei Cristiá. 2013. "Situación Educativa de América Latina y el Caribe: Hacia la educación de calidad para todos al 2015".
- Bellei Cristián – UNESCO. 2013. "Situación Educativa de América Latina y el Caribe: Hacia la educación de calidad para todos al 2015".
- BID. 2013a. "Resistiendo el canto de las sirenas financieras en Centroamérica. Una ruta hacia un gasto eficiente con más crecimiento". Alejandro Izquierdo, Rudy Loo-Kung, Fernando Navajas, Coordinadores.
- Bossert, Thomas J. y Esther E. M. Hill. 2013. Análisis de la política pública de salud en El Salvador – Departamento de Estudios Sociales – FUSADES.
- Cuellar Marchelli Helga (2008) La estrategia educativa de El Salvador y sus desafíos (sin editar). DEES, FUSADES
- Cuéllar Marchelli. 2010. El rumbo de la política educativa para el período 2009-2014. Informe Trimestral de Coyuntura - Segundo Trimestre de 2010 – DEES FUSADES.
- Cuéllar-Marchelli, Helga (2014) Protección de la escuela y la prevención de la violencia: ¿Cuál es la tarea pendiente? Informe de Coyuntura Social, primer semestre de 2014. DES-FUSADES.
- Dirección General de Estadística y Censos de El Salvador. 2003-2012. Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples.
- Duarte Jesus, Gargiulo Carlos, Moreno Martín (2011). Infraestructura Escolar y Aprendizajes en la Educación Básica Latinamericana: Un análisis a partir del SERCE. Nota Técnica # IDB-TN-227, División de Educación, Banco Interamericano de Desarrollo
- Earthman Glen I. (2002) Expert report to Williams v State of California.
- FMI. 1996. El gasto público improductivo: Un enfoque pragmático para el análisis de las medidas de política – Departamento de Finanzas Públicas, Serie de Folletos No. 48-S.
- Fusades. 2014. Informe de Coyuntura Económica. Tercer Trimestre de 2014.
- Grigoli, Francesco. 2014. A Hybrid Approach to Estimating the Efficiency of Public Spending on Education in Emerging and Developing Economies.
- Grigoli, Franceso y Kapsoli, Javier. "Waste Not, Want Not: The Efficiency of Health Expenditure in Emerging and Developing Economies". (2013)
- Grupo Técnico de Sostenibilidad Fiscal (GTSF). 2013. Marco Macroeconómico Fiscal 2013-2017 - El Salvador.
- IMF. 2013. Article IV Consultation. IMF Country Report No. 13/132.
- Lustig, Nora, Margarita Béneke de Sanfeliú y José Andrés Oliva. 2014. The Incidence of Social Spending and Taxes in El Salvador. 2014
- Machado, Roberto – BID 2006. ¿Gastar más o gastar mejor? La Eficiencia del Gasto Público en América Central y República Dominicana.
- Melinsky, Eduardo. 2012. "Valuación Actuarial del SPP y del SAP".
- Ministerio de Educación (2005). La educación como factor clave del desarrollo. Informe de avance en el logro de los objetivos de desarrollo del milenio.
- Ministerio de Educación (2008) "Resultados nacionales. Participación de El Salvador en el Estudio TIMSS 2007" (presentación)
- Ministerio de Educación de El Salvador. 2009. Cuentas Nacionales de Educación, Visión General 2009.
- Ministerio de Educación de El Salvador. 2012. La educación de El Salvador en cifras, período 2004-2011.
- Ministerio de Educación. 2005. Plan Nacional de Educación 2021.
- Ministerio de Educación. 2005. Plan Nacional de Educación 2021. Fundamentos
- Ministerio de Educación. 2009. "Requerimientos financieros para el logro de los objetivos de Desarrollo del Milenio Educativos y de las Metas del Plan Nacional de Educación 2021".

Ministerio de Hacienda de El Salvador. 2003-2013. Informes de Gestión Financiera del Estado.

Ministerio de Salud de El Salvador. 2012-2013, 2009-2010 y 2008-2009. Informe de Labores.

Ministerio de Salud de El Salvador. Estudio de caracterización y análisis de exclusión social en salud 2002-2010. 2010

Navajas, Fernando y Daniel Artana. 2008. “Análisis y rediseño de los subsidios en El Salvador”. Trabajo de apoyo elaborado para la Estrategia Económica Social e Institucional 2009-2013.

Oliva, José Andrés. 2012. El Proceso de recaudación impositiva en El Salvador y reforma a la ley de impuesto sobre la renta, Documento de Trabajo, DEC, Fusades.

Padilla de Gil, Marina. 2002. Aspectos Médicos y Sociales de la Maternidad en la Adolescencia.

Serpas de Portillo, Luz María. 2014. “Sistema de pensiones salvadoreño: diagnóstico y opciones de solución a sus dilemas”. Serie de Investigación 1-2014. Fusades.

Tanner C. Kenneth, Effects of School Design on Student Outcomes. University of Georgia, Athens, Georgia, USA

Tornarolli, Leopoldo y Emmanuel Vásquez. 2013. “Incidencia Distributiva de los Subsidios en El Salvador”. CEDLAS. Trabajo Preparado para el BID.

Trigueros Argüello, Álvaro 2008. Eficiencia del Gasto Público y Sostenibilidad Fiscal en El Salvador. Octubre. DEES. Fusades.

Trigueros Argüello, Álvaro. 2007. Respondiendo a los Desafíos Fiscales en El Salvador – Estudios Estratégicos. Departamento de Estudios Económicos y Sociales, Fusades.

USAID y Ministerio de Educación de El Salvador. 2010. Cuentas Nacionales de Inversión en Educación: Indicadores de inversión en el sistema educativo de El Salvador – Datos 2010.

Vandiver Bert (2011). The Impact of School Facilities on the Learning Environment. A Dissertation Presented in Partial Fulfillment of the requirements for the Degree Doctor of Philosophy. Capella University

Vergara, Rodrigo y Mauricio González Orellana - BID. 2006. Análisis del Gasto Público y Propuestas de Reforma en El Salvador - Serie de Estudios Económicos y Sectoriales.

World Bank and Inter-American Development Bank. 2010. El Salvador Public Expenditure Review, Enhancing The Efficiency and Targeting of Expenditures, Volume I and II.

World Bank. 2004. El Salvador Public Expenditure Review – Report No. 32856-SV.

World Bank. 2012. Estudio Institucional y de Gasto Público en Seguridad y Justicia.

VII. Referencias de información

Banco Mundial (website) Salud: Panorama General: <http://www.bancomundial.org/es/topic/health/overview>

Demographic and Health Surveys (DHS) Encuestas de demografía y salud (EDS) (<http://www.measuredhs.com/>)

Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf

Organización Panamericana de Salud: Situación de salud en las américas. Indicadores Básicos 2012 www.paho.org/rho
<http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf>

Pan American Health Organization (website):
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1245&Itemid=1497&lang=en

Prueba PISA y el estado de la educación en América Latina. PREAL Blog, January 8, 2014 <http://blogdepreal.org/>

UNESCO Institute for Statistics: UNESCO Institute for Statistics <http://www.uis.unesco.org/Pages/default.aspx>

UNICEF (statistics and y MICS): www.childinfo.org/

World Bank (website) Education Data: <http://data.worldbank.org/topic/education>

World Bank (website) Education: <http://www.worldbank.org/en/topic/education>

World Bank (website) Health Data: <http://data.worldbank.org/topic/health>

World Development Indicators | Data <http://data.worldbank.org/products/wdi>

World Health Organization (annual): World Health Report: <http://www.who.int/whr/en/index.html>

World Health Organization (annual): World Health Statistics:
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/index.html

World Health Organization Mortality Database (Base de datos de mortalidad de la OMS <http://www3.who.int/whosis>

VIII. Documentos oficiales y referencias legales

Anteproyecto de la Ley de la Función Pública. 2013. Secretaría para Asuntos Estratégicos, Subsecretaría de Gobernabilidad y Modernización del Estado. Noviembre.

Informe de Gestión Financiera del Estado, Ejercicio Fiscal, varios años. Ministerio de Hacienda.

Constitución de la República de El Salvador, 1983.

Ley General de Educación, 1996.

IX. Siglas

ASPS	Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud
BM	Banco Mundial
BM	Bienestar Magisterial
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BULTAIP	Borrador Único de Ley de Transparencia de Acceso a la Información Pública
CEL	Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa
CFAA	Evaluación de Administración Financiera en el Sector Público, por su siglas en inglés
CIAMIN	Centro Integral de Salud Materno Infantil y Nutrición
CISALUD	Comisión Intersectorial de Salud
CRN	Centros Rurales de Nutrición
DIGESTYC	Dirección General de Estadística y Censo
DGM	Dirección General de Medicamentos
DGP	Dirección General de Presupuesto
ECOS	Equipos Comunitarios de Salud Familiar y Especializados
ESEN	Escuela Superior de Economía y Negocios
FGR	Fiscalía General de la República
FMI o IMF	Fondo Monetario Internacional
FMLN	Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional
FODES	Fondo para el Desarrollo Económico y Social de los Municipios de El Salvador
FUNDE	Fundación Nacional para el Desarrollo
Fusades	Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social
GIZ	Cooperación Alemana para el Desarrollo
IPB	Proyecto Internacional de Presupuesto, por sus siglas en inglés
IAIP	Instituto de Acceso a la Información Pública
IIDC	Instituto Iberoamericano de Derecho Constitucional
INPEP	Instituto de Pensiones de los Empleados Públicos
ISRI	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
MINED	Ministerio de Educación
MINSAL	Ministerio de Salud
MH	Ministerio de Hacienda
PATI	Programa de Apoyo Temporal al Ingreso
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PQD	Plan Quinquenal de Desarrollo 2009-2014
RIAL	Reglamento Interior de la Asamblea Legislativa
SIBASI	Sistemas Básicos de Salud Integral
SM	Dirección General de Sanidad Militar
SPCTA	Secretaría de Participación Ciudadana, Transparencia y Anticorrupción
SPNF	Sector Público no Financiero
TEG	Tribunal de Ética Gubernamental
TIMSS	Estudio Internacional de Tendencias en Matemática y Ciencias (por sus siglas en inglés)
TCM	Transferencias Monetarias Condicionadas

X. Anexos

Anexo 1	Sector Público No Financiero. Ejecución Fiscal
Anexo 2	Sector Público No Financiero. Ejecución Fiscal
Anexo 3	Inversión Pública por Destino Sectorial
Anexo 4	Inversión Pública por Destino Sectorial
Anexo 5	Gobierno Central: Ejecución presupuestaria de gastos por áreas de gestión y unidades primarias
Anexo 6	Gobierno Central: Ejecución presupuestaria de gastos por áreas de gestión y unidades primarias
Anexo 7	Gasto en Administración de Justicia y Seguridad Ciudadana
Anexo 8	Establecimientos de salud del MINSAL
Anexo 9	Detalle de los hospitales del MINSAL clasificados por nivel de atención
Anexo 10	Educación formal en El Salvador
Anexo 11	Cobertura y calidad
Anexo 12	Alfabetismo
Anexo 13	Resultados de la PAES en matemáticas y % de docentes con profesorado o maestría, según urbano-rural.
Anexo 14	Promedio de Rendimiento por dominio de contenido Matemática 8° Grado
Anexo 15	Alumnos promedio por sección en Educación Primaria y Secundaria según departamento, años 2005-2013
Anexo 16	Tasas brutas y netas de matrícula en secundaria y primaria
Anexo 17	Tasas de cobertura por nivel educativo y sexo, años 2003-2013, totales incluyen sector público y sector privado
Anexo 18	Matricula y culminación de primaria
Anexo 19	Matricula y culminación de secundaria
Anexo 20	Deserción Escolar
Anexo 21	Estructura del gasto en educación por niveles
Anexo 22	Gasto en educación
Anexo 23	Clasificación del Gasto Público en Salud (porcentaje del Gasto Público en salud)
Anexo 24	Sector Público de Salud: Remuneraciones por institución
Anexo 25	Incidencia del escalafón de salud en las remuneraciones
Anexo 26	Pago de escalafones
Anexo 27	Gasto en medicamentos por beneficiario
Anexo 28	Gasto según presupuesto de los hospitales del MINSAL
Anexo 29	Gasto según presupuesto de los hospitales del MINSAL. Estructura porcentual
Anexo 30	Distribución territorial de los ECOS Familiares y Especializados
Anexo 31	Consultas preventivas por cada 10000 habitantes
Anexo 32	Porcentaje de médicos que trabajan en el primer nivel de atención por departamento
Anexo 33	Asistencia a proveedores de servicios de salud
Anexo 34	Población que acudió al MINSAL como porcentaje de la población que se enfermó un mes antes del momento en que se realizó la encuesta
Anexo 35	Minutos que demora llegar al centro de salud más cercano
Anexo 36	Consultas preventivas y curativas brindadas por niveles en la red de establecimientos del MINSAL

Anexo 37	MINSAL: Gasto promedio por consulta por nivel de atención
Anexo 38	Salud: Indicadores de cobertura y calidad
Anexo 39	Acceso a instalaciones sanitarias y tasa de mortalidad
Anexo 40	Personal a tiempo completo en el Sector Público de Salud
Anexo 41	Recurso Humano en el Sector Público de Salud por cada 10,000 habitantes
Anexo 42	Recurso Humano en el Sector Público de Salud
Anexo 43	Recurso Humano por cada 10,000 beneficiarios
Anexo 44	Profesionales de la salud por cada 10000 habitantes
Anexo 45	Tasa bruta de mortalidad (por mil habitantes)
Anexo 46	Salud: Mortalidad Infantil
Anexo 47	Tasa de mortalidad infantil por departamento
Anexo 48	Gasto Público en salud per cápita
Anexo 49	Gasto público en salud per cápita
Anexo 50	Acceso al agua potable y tasa de mortalidad infantil
Anexo 51	Salud: Mortalidad materna y neonatal
Anexo 52	Salud: Desnutrición infantil
Anexo 53	Salud: Atención integral de la salud a adolescentes
Anexo 54	Progresividad relativa del gasto en salud
Anexo 55	Incidencia del gasto en salud en los pobres