

10) Ministerio de Vivienda (MIVI)

- a) Dirección de Desarrollo Urbano: tiene a su cargo la planificación y zonificación de las áreas destinadas al establecimiento de asentamientos humanos, comerciales e industriales.

Proyecto en gestión:

- Proyecto de rezonificación del área metropolitana y del área rural.

11) Dirección Metropolitana de Aseo (DIMA): Debe evaluar la población expuesta en las áreas laborales y circundantes a éstas.

Proyecto en gestión:

- Proyecto sobre la evaluación de riesgo de la población expuesta.

Fondo de Emergencia Social (FES). La base legal del Fondo de Emergencia Social está constituida por el Decreto N° 146 del 30 de mayo de 1990, por el cual se establece el Programa de Acción Social (PAS), se crea el Fondo de Emergencia Social (FES) y se define su estructura como una entidad de mandato temporal adscrita al Ministerio de la Presidencia. (Gaceta Oficial N° 21554 del 8 de junio de 1990). El objetivo básico de la institución es mejorar los niveles de vida de la población desocupada y subempleada, ofreciéndole la oportunidad de obtener un empleo o ingreso temporal mientras es incorporada permanentemente por el proceso de desarrollo económico social. El Fondo está administrado por la Dirección Ejecutiva bajo la dirección de la Junta Directiva cuyos miembros, con excepción del Director Ejecutivo, pertenecen al sector privado. A la Dirección Ejecutiva le compete elaborar los planes, programas y presupuesto del Fondo; administrar los recursos obtenidos para su operación, sea que se trate de fondos donados u obtenidos en préstamo, así como analizar, procesar y dar seguimiento a los proyectos que financie conjuntamente con los organismos administradores de los mismos.

La institución mantiene un inventario de proyectos en el ámbito de salud y ambiente a nivel comunitario, con base en la demanda que recibe a través de las comunidades organizadas o por conducto de organizaciones no gubernamentales (ONGs), que son los usuarios que califican como beneficiarias de la institución. En principio, se entiende que el FES en su concepción original no es generador de proyectos; sin embargo, en la actualidad y como resultado de una segunda etapa en su esquema de desarrollo, se orienta a una transformación hacia un modelo de fondo de inversiones sociales permanente, siendo partícipe del proceso de diseño y formulación de proyectos.

De conformidad con lo indicado, el Fondo de Emergencia Social ha venido trabajando, en coordinación con la Dirección General para el Desarrollo de la Comunidad (DIGEDECUM), en un plan de acción tendiente a reactivar un préstamo para la ejecución de proyectos a nivel comunitario pactado en años anteriores con el BID; para ello, el Banco ha requerido una evaluación de la capacidad institucional del FES y de la DIGEDECUM para actuar como

ejecutores del proyecto. Por otro lado, en el marco del diseño de un programa de desarrollo humano y con el apoyo de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), también se ha identificado al FES como eventual organismo ejecutor y el BID, en su programa a mediano plazo en el país, conceptúa en primera instancia que el FES podría ser el ejecutor de un programa financiado por ellos para obras de carácter social, sujeto a un programa de fortalecimiento institucional.

En materia de proyectos vinculados con el sector salud y ambiente, cabe observar que el FES ha mantenido una comunicación y coordinación adecuada con el Ministerio de Salud, en particular durante la última vigencia fiscal, a los efectos de que las especificaciones de diseño y construcción de proyectos de letrinación, pozos, acueductos rurales y puestos de salud, entre otros, sean las apropiadas; además, ha solicitado que el Ministerio se exprese sobre la validez de la demanda y la viabilidad de los proyectos según su naturaleza, en función de sus eventuales costos recurrentes.

4.2 Políticas de inversión en ambiente y salud

El Programa de Desarrollo y Modernización de la Economía, adoptado por el Gobierno Nacional mediante Decreto N° 71-A del 14 de mayo de 1991, enuncia en su introducción algunos elementos relativos al mejoramiento de las condiciones de bienestar y calidad de vida de todos los panameños, indicando que la mejoría requiere el desarrollo integral del país, no sólo de ingresos más elevados, incluyendo factores tales como mejor educación, una vida cultural más rica, mejores niveles de nutrición y salud, reducción del grado de pobreza, un medio ambiente sano, igualdad de oportunidades y amplia libertad para el individuo. De igual forma, señala que el desarrollo integral del país va mucho más allá de la modernización de su sistema económico: necesariamente, requiere el pleno desarrollo de la capacidad productiva nacional por medio de un proceso de transformación profunda de las estructuras vigentes. Todo ello lleva a plantear que un proceso de desarrollo económico y social autosostenido se fundamenta en varios principios, entre los que se destaca la creación de una economía de mercado. Con ese marco de referencia, las acciones contempladas en el Programa se concentrarían en aspectos de política económica vinculados al perfeccionamiento de una economía de mercado, a la modernización de la operaciones del Estado, a la orientación de la economía hacia afuera y al sector privado como responsable de la actividad productiva.

Referido a políticas sectoriales, el Programa no profundizaría en aspectos particulares a nivel de los sectores salvo en aquellos que se consideraran dentro del Programa en materia de medidas de política económica. No obstante lo anterior, en el documento del Programa se planteaba que bajo el mismo se consideraría un programa social de gasto público, destinado a asegurar niveles mínimos de alimentación, salud, vivienda y educación, otorgando prioridad y focalizando los esfuerzos y recursos del Estado hacia aquellos grupos que históricamente se mantenían en situación de rezago, planteándose "acciones concretas que se ejecutarán con miras a alcanzar el nivel de vida que todo panameño aspira". Como uno de los componentes del Programa, se destacaba que se daría énfasis a la inversión pública aumentando su participación en el gasto público; para ello, se ejecutaría un programa de inversiones para un período de tres

años (1991-1993), señalando la importancia que tendrían proyectos en los sectores sociales de salud y vivienda y en los sectores de infraestructura para la producción y créditos para pequeñas y microempresas, además de pequeños proyectos orientados a fortalecer proyectos cooperativos y comunitarios.

En el marco del Préstamo de Recuperación Económica acordado con el Banco Mundial en marzo de 1992, se encuentra una referencia a la composición sectorial del gasto para los años 1991-1993, con indicación de los montos a invertirse por año y su relación porcentual respecto al PIB estimado para cada año, que se presenta a continuación.

Programa de inversiones públicas del sector público no financiero, 1991-1993
(Cifras en millones de balboas panameños)

Sectores	1991	1992	1993	1991	1992	1993
	(B/.)			(% del Total)		
Agricultura	7,2	15,0	17,2	5,7	6,8	6,8
Comercio e industria	1,3	0,4	0,2	1,0	0,2	0,1
Educación	6,1	19,6	22,5	4,8	8,9	8,9
Energía	20,0	49,9	84,5	15,8	22,5	33,4
Salud	11,3	27,5	34,0	8,9	12,4	13,5
Telecomunicaciones	21,0	18,0	...	16,6	8,1	...
Transporte	29,5	42,6	43,1	23,3	19,2	17,1
Turismo	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Vivienda	6,0	14,2	15,6	19,0	15,4	14,0
Total	126,7	221,4	252,5	100,0	100,0	100,0
Porcentaje del PIB	2,5	4,1	4,4			
PIB (millones de B/.)	5.039	5.370	5.723			

Fuente: Estimaciones de MIPPE, FMI y Banco Mundial.

Los montos y relaciones porcentuales establecidos en el cuadro anterior deberían servir al propio Gobierno y al Banco Mundial para monitorear el cumplimiento de un programa cuyo propósito, además de atender necesidades de la población, era orientar el crecimiento de la inversión pública respecto al PIB hasta 4,4%, luego de haber disminuido de 4,7% en 1986 hasta 0,7% en 1990. Los montos acordados con el Banco Mundial como metas en materia de inversiones públicas serían los mismos que los acordados con el FMI en el marco del Programa de Estabilización *Stand By Arrangement* acordado con la República de Panamá en 1992.

Vinculado a la política gubernamental en materia de inversiones públicas, tanto en Panamá como en distintos países de la región, la estrategia operativa de las IFI discutida con los respectivos gobiernos define una buena parte del marco de referencia de cada programa nacional al constituir las mismas una importante fuente de financiamiento de los gastos de capital. En

ese sentido, Panamá ha venido discutiendo la orientación de los respectivos programas tanto con el BID como con el Banco Mundial. Se observa que en función de las vocaciones de cada ente financiero (que en ocasiones se complementan entre sí) y con horizontes que se proyectan a mediano plazo, las prioridades se concentran en iniciativas en los sectores sociales para expandir y desarrollar los recursos humanos y reducir la pobreza (proyectos en los sectores salud, medio ambiente, educación y desarrollo humano); en programas para la expansión, mejoramiento y rehabilitación de la infraestructura económica para la diversificación de fuentes de crecimiento de la producción y servicios para aumento del empleo (proyectos para los sectores transporte, energía y desarrollo de la región interoceánica); en proyectos sectoriales con medidas de reforma para el desarrollo, modernización, fortalecimiento y expansión de los mismos (sector agropecuario, transporte y turismo). Si bien los elementos señalados no constituyen un programa nacional de inversiones en términos reales toda vez que no se indican en detalle los programas y proyectos específicos, su distribución regional y el impacto esperado como resultado de la ejecución de cada uno, han servido en la práctica como instrumentos indicativos sobre la orientación y énfasis que se brinda al gasto de inversión pública a nivel sectorial.

En relación con la vigencia de un plan sectorial en salud, previamente se ha hecho referencia la formulación de una política nacional de salud y al Plan de Salud en el año 1990 como instrumento de mediano plazo. Con posterioridad, en el documento *Panamá: Plan de Acción para el Desarrollo Humano, la Infancia y la Juventud 1992-2000* presentado por la República de Panamá en ocasión de la Cumbre Presidencial del Istmo Centroamericano en noviembre de 1991, además de un diagnóstico sobre la situación de bienestar del panameño, se hace un recorrido sobre la situación a nivel de los diferentes sectores, se plantean metas programáticas e identifican las áreas de acción, programas y proyectos con indicación de la población objetivo, meta, costo total estimado de los mismos y montos a invertir entre 1992-1994 y 1995-2000. Más recientemente, en la última Memoria que presentó el Ministro de Salud al Señor Presidente de la República y a la Asamblea Legislativa (junio de 1992), se observa un capítulo específico sobre política de salud y estrategias para su implementación en el cual, después de informar sobre la situación de salud en Panamá, se desarrollan los aspectos fundamentales de la política de salud en el país, las estrategias y algunos programas del Ministerio orientados al cumplimiento de tales acciones programáticas.

Sobre la existencia de un plan sectorial en ambiente, el documento preparado en 1989 por la Comisión Nacional de Medio Ambiente (CONAMA) denominado *Plan Nacional de Protección y Mejoramiento Ambiental- Primera Parte: Estrategia Nacional de Conservación*, si bien carece de vigencia como instrumento formalmente acogido por el Ejecutivo, esboza algunos elementos básicos de un plan. Es necesario profundizar la elaboración de un documento formal, entendiéndose que se está gestionando un proyecto de asistencia técnica para tal propósito con el PNUD.

Los instrumentos citados han servido como instrumentos indicativos en cuanto a la orientación y naturaleza de las inversiones públicas por su vinculación con planes de desarrollo sectorial en salud y ambiente; sin embargo, se considera imprescindible su revisión en el corto plazo, con miras a profundizar los aspectos relativos a las políticas, programas y proyectos en materia de inversión con enfoques integrales que, partiendo de diagnósticos documentados

existentes, permitan establecer metas específicas con base en una visión de conjunto y un plan de acción en cuanto a las inversiones estratégicas que deberán irse adelantando para el logro de los objetivos sectoriales.

El Gabinete Social del Órgano Ejecutivo con el apoyo de su Secretaría Técnica, del Comité Interinstitucional de Agua, Saneamiento y Medio Ambiente, del Ministerio de Salud, como rector del sector, y del Ministerio de Planificación y Política Económica, deberá retomar la política de revisar, actualizar y fortalecer los planes sectoriales y los instrumentos indicativos existentes, así como establecer políticas de inversiones en ambiente y salud claramente definidas en función de los objetivos estratégicos nacionales, sectoriales y regionales.

4.3 Evolución y composición de las inversiones en ambiente y salud^{1/}

La información que en materia de inversiones en ambiente y salud se pudo obtener de forma bastante homogénea, se encontró a nivel de ejecución presupuestaria, particularmente de "compromiso presupuestario"; éste renglón es utilizado para registrar los montos del presupuesto asignado que se han logrado comprometer a través de la realización de licitaciones y concursos de precios cuando se trata de obras o bienes que proveen contratistas particulares y que han derivado en la formalización de un contrato o, cuando se trata de obras que se ejecutan por administración, se ha cumplido con el proceso de compra de los materiales correspondientes para la ejecución de las mismas. Si bien no se pudo obtener información sobre lo "ejecutado" o "pagado", el dato obtenido constituye de por sí un buen indicador al respecto.

La información sobre los montos de la inversión pública total (IPT) fue obtenida de diferentes series preparadas por el FMI con base en información proporcionada por la Contraloría General de la República y la Dirección de Presupuesto de la Nación. Dicha información se refiere al sector público no financiero de manera particular, salvo que se indique lo contrario. El estudio del comportamiento histórico de los presupuestos de inversiones asignados y ejecutados dentro del sector salud y ambiente, así como también de algunas variables y sus interrelaciones que permiten identificar las tendencias y composición de la inversión, permite resaltar que la crisis de los años 1987-1989, incluso de 1990 como año inicial del proceso de recuperación, incide claramente en el comportamiento de diferentes variables, como se indicara en el capítulo 2.

Analizando el comportamiento de la IPT y la inversión pública en ambiente y salud, observamos que 1982 marca el año de mayor IPT dentro del período analizado (cuadros 19, 20 y 21). La situación anterior es el resultado de dos eventos particulares: en 1982, se produce el

^{1/} Es importante destacar que se confrontaron dificultades para completar las correspondientes series históricas desde el año 1982 durante el proceso de recolectar información sobre las inversiones en ambiente y en salud ejecutadas por las diferentes instituciones vinculadas con el tema en estudio. También, se presentó igual dificultad para desagregar o distinguir las inversiones en ambiente de las realizadas en salud debido a que ni en el nivel central referido al MIPPE ni a nivel de algunas de las entidades ejecutoras, se disponía de la información, debiendo hacerse un levantamiento recurriendo a diferentes fuentes.

mayor gasto de capital vinculado a la ejecución del Proyecto Hidroeléctrico de Fortuna en la Provincia de Chiriquí que demandó un gasto total de inversión de B/. 527,3 millones hasta 1994, año en que concluyó su ejecución; por otro lado, en ese período se produjeron importantes desembolsos de organismos financieros internacionales y de la banca comercial vinculados a la ejecución del programa de inversiones públicas. En 1982, el gasto de IPT representó 12% del PIB. El nivel de participación de la IPT respecto al PIB disminuye paulatinamente hasta representar 3,9% en 1987, disminuir durante la crisis de forma dramática a 1,3% en 1988, 1,2% en 1989 y 0,7% en 1990. A partir de 1991, se inicia un proceso de recuperación vinculado a la recuperación de la economía y a los acuerdos con las IFI, representando la inversión en ese año a 2,2% del PIB y en 1992 a 3,5%, con perspectivas de alcanzar alrededor de 4,5% en 1993, aproximándose así a los niveles de los años 1984-1985 como resultado de la puesta en marcha del programa de inversiones señalado más arriba en el presente capítulo (sección 4.2). Se estima que la inversión pública en ambiente y salud representa 11,8% de la IPT para 1992, luego de algunas fluctuaciones que mostraron una participación de 12,3% en 1985 y alguna disminución en el período de la crisis.

Con respecto a la relación entre el gasto público y la inversión pública, se observa que la IPT representó 30% del gasto público en 1982 (excluida la amortización de la deuda); con similar tendencia a la observada en cuanto a su participación respecto al PIB, se produce una disminución paulatina hasta alcanzar 2,4% en 1990 e inicia su recuperación con 6,9% del PIB a partir de 1991, y con 11,1% en 1992. Cabe señalar que la inversión pública se realiza sin endeudamiento durante esos años, lo que refleja una mejoría en la situación de las finanzas públicas y en la composición estructural del gasto público (cuadro 23).

La relación entre el gasto del sector público en los sectores sociales (salud, educación, vivienda, trabajo y seguridad social) con el gasto total del sector público (incluido el sector público financiero y la amortización de la deuda), así como con el PIB exhibe los siguientes resultados: los gastos totales respecto al PIB representaron 45,6% en 1989, 42,7% en 1990, 53,8% en 1991 y 63% en 1992; los gastos de los sectores sociales (incluidos los de inversión) respecto al gasto total significaron 43,2% en 1989, 42,2% en 1990, 40% en 1991 y 36,2% en 1992; los gastos sociales en relación al PIB representaron 19,7% en 1989, 18% en 1990, 21,5% en 1991 y 22,8% en 1992 (cuadros 30, 31 y 32).

El incremento del indicador de gastos totales/PBI en términos porcentuales guarda relación con el reinicio del pago del servicio de la deuda corriente a las IFI, a partir de 1991, y el pago de atrasos a las mismas en 1992. La disminución de la relación porcentual entre gasto de los sectores sociales y gasto total es producto de la misma circunstancia; el gasto social en relación al PIB muestra una tendencia creciente aunque lenta. Dentro del gasto público, considerando de forma más focalizada la relación entre la IPT y la inversión pública social (de la cual solo fue posible obtener información completa para el período 1990-1992), que incluye la inversión del sector público financiero (préstamos hipotecarios para vivienda y crédito educativo), se observa que varió de 19,7% a 30,1% y 31,1% del PIB en 1990, 1991 y 1992 respectivamente, reflejando los dos últimos años la posible tendencia a futuro de este tipo de gasto respecto a la inversión pública total (incluida la financiera), toda vez que el año 1990 no

tuvo una dinámica al menos parecida a la de los años subsiguientes en materia de créditos hipotecarios y educativos (cuadro 24).

Iniciando un análisis sobre la evolución de las inversiones públicas programadas y ejecutadas por las instituciones del sector salud y ambiente y teniendo en cuenta las características más relevantes de los programas proyectos en ejecución, se considera a continuación el caso del Ministerio de Salud (cuadro 25).

Entre 1981 y 1985, el Ministerio tuvo un presupuesto ley modificado en el orden de B/. 7,2 millones por año y una ejecución presupuestaria a nivel de compromiso por el monto promedio anual de B/. 5,8 millones para tener una ejecución de 81% promedio anual. Los referidos porcentajes de ejecución comparados con los del resto del sector público se podrían calificar de satisfactorios desde un punto de vista relativo, ya que el promedio del sector público para ese período era del orden de 70%. A partir de 1986 y durante la crisis del final de la década, los niveles de compromiso presupuestario respecto al presupuesto modificado disminuyen desde 51,6% en 1986 hasta 3,7% en 1989. Los bajos niveles de inversión durante este período contribuyen al grado de deterioro de la infraestructura de servicios de salud de una manera significativa, sobre todo si se considera que las inversiones en años precedentes habían sido básicamente de rehabilitación y mantenimiento de la capacidad instalada en materia de hospitales y de creación, remodelación y ampliación de centros y puestos de salud a nivel nacional. Esta situación se corrobora al observar los resultados del Plan Maestro Hospitalario en el cual se ponía de manifiesto el estado de la referida infraestructura a mediados de la década.

Comenzando la presente administración e iniciándose el proceso de recuperación post-crisis política y financiera de los años ochenta, se fortalecen los niveles de las asignaciones presupuestarias y se observa una mejora en los niveles de ejecución presupuestaria en 1990 y 1991, aunque sin asemejarse a los de la primera mitad de la década pasada. Para 1992, se alcanza apenas 18,6% de ejecución sobre el presupuesto ley modificado, observándose que parte de la situación es producto de la incorporación en el presupuesto de la institución de la construcción de dos hospitales, uno en San Miguelito en la Provincia de Panamá y otro en Santiago en la Provincia de Veraguas con asignación de B/. 18,7 millones entre ambos, sin que existan en ese momento planos finales y documentos de licitación para poder convocar al acto público correspondiente en el curso de la vigencia. Además, se incorporan B/. 10,9 millones en el presupuesto para adquisición de equipo, con cargo a financiamiento de proveedores, que posteriormente se desestiman. Excluyendo tales asignaciones, la ejecución presupuestaria habría sido del orden de 60%, es decir bastante parecida a la de 1991 -lo que dice del nivel de preparación de los proyectos o de la capacidad institucional de ejecutar los mismos-.

Respecto al esquema de presupuestación utilizado por el Ministerio para su programa de inversiones de la vigencia fiscal de 1992, se observa que está dividido básicamente en cuatro categorías de inversiones o programas presupuestarios propiamente dichos.

1) Programa de Remodelación y Construcción de Hospitales:

Partiendo de un presupuesto ley modificado de B/. 20,8 millones, apenas se logró comprometer B/. 1,2 m millones (5,8%), toda vez que se incluyó en dicho programa la construcción de los dos hospitales mencionados más arriba, que no contaban con planos finales de construcción ni especificaciones para una convocatoria a licitación al iniciarse el año.

2) Programa de Rehabilitación de Centros, Sub-Centros y Puestos de Salud

Se ejecutó 50% de una asignación de B/. 883,2 miles, no contándose en muchos casos con planos para los trabajos correspondientes; ello significó en algunos casos una convocatoria de acto público ya avanzado el año, en otros, significó la conclusión de planos y especificaciones técnicas durante la vigencia y el consiguiente traslado de fondos para la vigencia siguiente y, por último, las mejoras realizadas en otros fueron por montos menores a los consignados en el presupuesto.

3) Programa de Salud Ambiental y Programa de Salud Nutricional

El Programa de Salud Ambiental, con una reducida asignación de B/. 1.036,8 miles destinados fundamentalmente para la construcción de acueductos rurales y 10% para construcción de letrinas, ejecutó B/. 435,3 miles a nivel de compromiso, representado 42% del total asignado. El Programa de Salud Nutricional, con una asignación de B/. 1.110,0 miles, ejecuta 31% a nivel de compromiso. Bajo este programa se ejecuta un proyecto de producción de alimentos (Panacrema) como parte de un Plan Piloto de Nutrición, que debía servir como muestra para la eventual consecución de un préstamo del Banco Mundial para la ejecución de un Plan Nacional de Nutrición.

4) Programa de Adquisición y Mantenimiento de Equipos

Este programa, conjuntamente con otros componentes menores del plan de inversiones del Ministerio, ejecuta 28,6%, del total asignado porque desiste de la utilización de un crédito de proveedores garantizado por la suma de B/. 10,9 millones, como ya fuera mencionado.

En relación con el IDAAN, se observa que la institución, contando con un importante respaldo financiero BID, tuvo un presupuesto ley modificado anual con un nivel promedio del orden de B/. 16,3 millones, así como una ejecución que alcanzó 87% en promedio entre 1981 y 1987 inclusive. El nivel de ejecución anterior estuvo vinculado a la calidad de los proyectos que requerían un alto nivel de evaluación, estudio y diseños durante el proceso de negociación de los créditos para su ejecución, en razón de su principal fuente de financiamiento. Después de 1987, dicho nivel disminuye hasta alcanzar 27,3% del presupuesto ley, iniciándose un proceso de recuperación a partir de 1990, siendo la ejecución de 1992 de 40,5% del presupuesto modificado para dicho año (cuadro 26). El nivel de ejecución presupuestaria del IDAAN en los años recientes, está vinculada al hecho de que se han consignado proyectos con financiamiento proveniente del crédito externo, sin que el mismo estuviese debidamente garantizado en su

momento: cuando el financiamiento no se produce, la situación influye en forma negativa en el resultado de ejecución.

El Programa de Inversiones del IDAAN para 1992 se ejecutó respondiendo a una estructura compuesta por tres programas presupuestarios: Programa de Construcción de Acueductos, Programa de Alcantarillados y Otros Proyectos a Nivel Nacional. Al igual que en el caso del Ministerio de Salud, el componente de impacto ambiental recibe una reducida asignación, B/. 2.007,0 miles sobre un presupuesto total de B/. 21.459,1 miles, la cual representa apenas 9% del presupuesto anual de la institución.

La Caja de Seguro Social (CSS), institución que se financia en su totalidad con recursos propios, presenta altos niveles de ejecución presupuestaria, con fluctuaciones fuertes entre 1986 y 1990, observándose el nivel más bajo en 1989 con 2,6% del presupuesto ley asignado. A partir de 1990, se recuperan los niveles de ejecución: alcanza 86,7% y 88,9% de los presupuestos ley modificados asignados 1991 y 1992 (cuadro 27). El programa presupuestario para 1992 se concentró en la remodelación de hospitales, construcción y remodelación de policlínicas y la mejora de instalaciones complementarias, así como en la adquisición de equipo, para lo cual contó con planos, diseños y especificaciones con oportunidad suficiente para adelantar los procesos al iniciarse el año fiscal.

El Instituto Nacional de Recursos Naturales Renovables (INRENARE) no recibe asignación presupuestaria para inversiones en el Presupuesto General del Estado para la vigencia fiscal de 1987, 1988 y 1989; al no aprobarse las leyes correspondientes para dichos años a nivel de la Asamblea Legislativa, quedó vigente el último presupuesto aprobado (1987), en atención a la disposición constitucional pertinente. A partir de 1990, la institución recibe asignaciones presupuestarias para inversiones, considerando posibles recursos provenientes de donaciones externas destinados a la ejecución, entre otros, del Plan de Acción Forestal formulado por la institución con apoyo de cooperación técnica no reembolsable (cuadro 28). Para 1992, el nivel de ejecución presupuestaria representará 31,9% del presupuesto ley modificado; se esperan para años posteriores mayores niveles de asignación presupuestaria y de ejecución real, en virtud de la satisfacción de necesidades que requiere adelantar la institución en materia de conservación de recursos naturales y medio ambiente.

La Dirección Metropolitana de Aseo (DIMA) ha recibido asignaciones presupuestarias que, desde 1985, han estado orientadas fundamentalmente a la reposición de equipo para la recolección de desechos sólidos y al financiamiento de la ejecución de algunas obras físicas tales como muros de contención, canales de desvíos de agua y nuevas áreas de depósito en el Relleno Sanitario de Cerro Patacón en la Ciudad de Panamá, considerando las necesidades de expansión que deben desarrollarse en el sitio. Con respecto a la adquisición de equipo, en algunos de sus presupuestos se consignó financiamiento de proveedores por contratar para tal propósito, situación que no prosperó. Llama la atención el bajo y casi nulo nivel de inversiones a partir de 1987 hasta 1992 inclusive ante la grave situación del servicio de recolección de basura en el Distrito Capital, en el Distrito de San Miguelito y áreas aledañas. Terminando la vigencia 1992, se habían tomado las provisiones del caso para licitar en el curso del año la adquisición de vehículos compactadores y volquetes para atenuar las dificultades existentes, luego del intento

fallido de concesionar el sistema de recolección, y suspender la onerosa carga al erario público en concepto de arrendamiento de equipo que brinda ineficientemente el servicio hasta el presente.

4.4 Características del proceso de inversiones en ambiente y salud y sus limitantes

Las características del proceso global de inversiones públicas en Panamá son aplicables también al proceso de inversiones en ambiente y salud. Las situaciones particulares que se observan entre las instituciones que participan en la prestación de servicios e inversiones en ambiente y salud, sumadas a las características del proceso global, permiten resumir los problemas y limitaciones identificados en cada uno de los niveles donde se ubican los principales actores en el proceso de inversiones bajo análisis.

Un elemento común que afecta a todos los partícipes del proceso de inversiones en ambiente y salud, así como al resto de las entidades en los diferentes sectores, se presenta en el nivel central: no existe un plan nacional de desarrollo que defina las políticas, planes y objetivos de carácter general y específicos que se propone alcanzar el Estado panameño en un determinado tiempo, especialmente para los sectores sociales. De alguna forma, a partir de 1990 se ha tratado de solventar el problema a través de los diferentes instrumentos que ha preparado el Ministerio de Planificación y Política Económica, en cuanto a planes estratégicos generales para el desarrollo, entre otros: el Programa Económico con su particular énfasis en medidas de política económica a la luz del momento y situación de la economía panameña cuando se diseña, el Plan de Acción para el Desarrollo Humano y otros instrumentos indicativos tales como el Programa de Inversiones 1990-1993 acordado a nivel de sectores (sin contener detalle de proyectos) en el marco del Préstamo de Recuperación Económica acordado con el Banco Mundial.

4.4.1 *Proceso de inversión en salud*

Además del problema a nivel de la planificación y definición de políticas, planes y objetivos de carácter general y específicos previamente indicado, que se presenta en el nivel central, se confrontan problemas en el nivel de competencia y capacidad institucional a lo interno y también problemas en relación a la coordinación interinstitucional entre las agencias e instituciones que intervienen en el proceso.

Con relación al nivel de competencia y capacidad institucional en el caso del Ministerio de Salud y las instituciones que participan en el sector, se presentan las siguientes situaciones:

- Si bien la estructura orgánica del Ministerio de Salud reúne desde el punto de vista legal y organizacional condiciones apropiadas para desarrollar un adecuado proceso de programación y preparación de proyectos en salud, se presentan deficiencias en cuanto a la dotación de personal técnico calificado a nivel de planta o de las oficinas centrales, tanto en el Departamento de Planificación y Evaluación de Hospitales como en el de

Planificación, Monitoreo y Evaluación de Programas y Proyectos que tienen las responsabilidad primaria de evaluar, establecer prioridades, preparar y programar los proyectos.

- La Dirección Nacional de Ingeniería e Infraestructura del Ministerio de Salud adolece de la misma falla indicada en el punto anterior, en cuanto a la falta de una dotación de personal técnico en cantidad y calidad para el desempeño de sus funciones, que incluyen desde el levantamiento de información sobre el estado de la infraestructura física de servicios a nivel nacional hasta el diseño arquitectónico y de ingeniería de los proyectos, así como el seguimiento de los mismos durante su proceso de ejecución. Esta situación se presenta en menor grado en el IDAAN, no siendo así el caso de la CSS.
- Casi a nivel de denominador común, se puede señalar que no existen procesos debidamente estructurados para las distintas etapas del ciclo de proyectos ni niveles de competencia, partiendo desde el nivel operativo ejecutor en las diferentes regiones de salud y sus correspondientes unidades de servicio, hasta el nivel central en el que se incluye a la Dirección Nacional de Planificación y a las unidades operativas de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud y al resto de las instituciones del sector.
- La organización de unidades ejecutoras de proyectos, como las requeridas por el BID para asegurar la ejecución de programas como el recién contratado, ha conducido a la contratación de personal calificado en el mercado y a reclutar, dentro de la propia institución, a una parte del escaso personal calificado de otras unidades administrativas restándole capacidad operativa a las mismas. En el caso del Ministerio de Salud, así como en el resto de las instituciones públicas, debe tratarse que sean sus estructuras permanentes las que atiendan estas tareas en el futuro; ello sólo se logrará a través de programas apropiados de desarrollo y fortalecimiento institucional.
- La falta de una adecuada evaluación y programación de las inversiones en salud pueden conllevar, si no lo ha hecho ya, a la ejecución de proyectos no prioritarios que se traduce en la asignación de recursos para cubrir costos operativos o recurrentes con los consiguientes perjuicios en las finanzas públicas.
- El Ministerio de Salud no cuenta con una adecuada dotación de equipo, programas y sistemas de proyectos para mantener actualizado el estado de la infraestructura de servicios de salud, llevar un inventario de proyectos y hacer los estudios y las programaciones correspondientes de los mismos; además, se observa una dotación mínima de vehículos de campo para las labores correspondientes a la Dirección de Ingeniería e Infraestructura.

Coordinación interinstitucional

- La coordinación efectiva entre el Ministerio de Salud y la CSS continúa adoleciendo de fallas, aun cuando ambas entidades suscribieron en 1991 el Convenio de Coordinación

Funcional para la Prestación de Servicios por el que acuerdan complementar la capacidad instalada de la red para evitar la costosa duplicación de servicios entre otros aspectos.

- Se han llevado a cabo acciones tendientes a procurar mayores niveles de coordinación entre las instituciones vinculadas al proceso de inversiones, entre ellas, la creación en 1990 del Comité Interinstitucional de Agua, Saneamiento y Medio Ambiente que tiene entre sus funciones coordinar las gestiones institucionales para planificar integralmente los planes, programas, proyectos y actividades del subsector agua, saneamiento y medio ambiente; sin embargo, los presupuestos no reflejan favorablemente los resultados de esa posible gestión.
- Existe conciencia sobre la necesidad y conveniencia de realizar esfuerzos de coordinación interinstitucional, reflejada en la aprobación de una resolución creando en 1993 una comisión entre el Ministerio de Salud y la CSS, la Comisión Nacional de Ingeniería y Mantenimiento de Apoyo a los Servicios de Salud. No obstante, se considera que el Ministerio puede hacer poco al contar en la Dirección de Ingeniería con un solo ingeniero y cinco arquitectos con nombramientos permanente para atender un plantel físico extendido a todo lo largo y ancho del país.
- Así como no se da una coordinación interinstitucional efectiva en el proceso de planificación y asignación de recursos a través del presupuesto, no existe a nivel central una evaluación de los resultados de la gestión de inversiones a nivel de sector entre el MIPPE y el Ministerio de Salud (como rector del sector) y, como consecuencia, tampoco se produce la introducción de medidas correctivas que permitan orientar el gasto hacia el logro de determinados objetivos.

4.4.2 *Proceso de inversión en ambiente*

La ausencia de un plan nacional de desarrollo de mediano plazo con sus elementos estratégicos sectoriales y de un plan de inversiones Públicas que pueda ir actualizándose anualmente, constituye una limitante al igual que en el proceso de inversión en salud.

La Comisión Nacional del Medio Ambiente ha ido perdiendo paulatinamente jerarquía y capacidad técnica para servir como organismo normativo y coordinador de la labor institucional en materia del medio ambiente nacional. Ello debe haber incidido en el hecho de que con posterioridad a la formulación en 1989 del documento *Plan Nacional de Protección y Mejoramiento Ambiental* (no reconocido oficialmente), no se haya podido estructurar con propiedad un plan de gobierno sobre el particular y, mucho menos, un plan de inversiones en ambiente.

Competencia y capacidad institucional

- La situación de debilitamiento de la Comisión Nacional del Medio Ambiente (CONAMA), dotada de una mínima e insuficiente cantidad de personal calificado, limita

de manera muy particular su capacidad para el asesoramiento y orientación primaria que debe brindar a las instituciones que participan del proceso de inversiones en ambiente.

- Aun cuando en fechas recientes la Asamblea Legislativa ha venido debatiendo diferentes proyectos de instrumentos legales vinculados con el tema ambiente, como es el caso de la Legislación Forestal aprobada por dicho órgano del Estado el 28 de diciembre de 1993, es obvio que ninguna estructura institucional ni política de coordinación interinstitucional podrá ser eficiente si no se provee a los actores del proceso con los recursos humanos calificados y los insumos apropiados para el desempeño de sus tareas.
- Con respecto a la dotación de personal, es importante destacar como una grave limitante al desarrollo del proceso de inversiones en ambiente el hecho de que CONAMA y otras instituciones, como el IDAAN y la DIMA, presentan problemas en su nivel técnico de planificación y ejecución de proyectos. Por su parte, el INRENARE cuenta con un mejor plantel técnico; esta situación le ha permitido adelantar en la puesta en marcha de un importante proyecto de manejo de recursos naturales con financiamiento de la AID, aunque la institución todavía no impacta en cuanto a sus niveles de ejecución.
- Además de la ausencia de un plan nacional sectorial en ambiente de mediano y largo plazo, se observa la falta de procedimientos bien definidos respecto al ciclo de proyectos en ambiente desde la etapa de formulación hasta la de ejecución, así como respecto al proceso de gestión de asignaciones de recursos apropiadas para el sector; todo ello conduce al nivel de debilidad observado, no tan solo en cuanto al limitado presupuesto autorizado para el desarrollo de inversiones en ambiente sino, también, en relación con los reducidos niveles de ejecución que se alcanzan posteriormente, lo que aún más delicado.
- La instituciones vinculadas a los procesos para la identificación de proyectos en ambiente, con la posible excepción del IDAAN en cuanto a sus proyectos de alcantarillados, concentran en el nivel central todas las etapas del ciclo de inversión, desde la identificación y formulación hasta el diseño y ejecución, porque la disponibilidad de personal con niveles apropiados de calificación para tal propósito es mucho más limitada a nivel de las regiones.

Coordinación interinstitucional

- Desde su creación, el Comité Interinstitucional de Agua, Saneamiento y Medio Ambiente (CIASMA) ha concentrado gran parte de sus esfuerzos en las áreas de saneamiento y medio ambiente, en especial en la conceptualización de un proyecto para detener y reducir el deterioro ambiental de la bahía y de la Ciudad de Panamá; sin embargo, el Comité no cuenta con la capacidad adecuada para cumplir medianamente con las funciones que le asignó el instrumento legal que lo crea, una comisión de carácter *ad hoc* y no una institución con personal permanente.

- La creación del CIASMA posiblemente ha contribuido al proceso de debilitamiento de la CONAMA como entidad coordinadora de las acciones en materia de medio ambiente a nivel interinstitucional: las funciones que se le asignaron al Comité estarían duplicando los esfuerzos de la Comisión en la medida que ésta tuviese la capacidad de cumplir con sus responsabilidades.
- La concentración particular del CIASMA en el proyecto de saneamiento de la bahía de la Ciudad de Panamá, se explica por el hecho de que el Comité ha sido de aceptado por el BID como interlocutor en el nivel técnico en la fase de diseño del proyecto. Esta situación confirma que los organismos internacionales de financiamiento buscan instituciones que le aseguren el cumplimiento de sus objetivos en materia de formulación y diseño de los proyectos que eventualmente habrán de financiar. A su vez, esa situación también ha contribuido indirectamente al debilitamiento de la capacidad de las estructuras permanentes que son las que deben ejercer la función de coordinación interinstitucional en primera instancia.
- Al carecerse de un plan sectorial en ambiente, el resto de las acciones de coordinación se producen de manera focalizadas en proyectos específicos.