

**OPERACIÓN PILOTO  
SÍNTESIS EJECUTIVA**

**PRESUPUESTO POR  
RESULTADOS  
2011**

**MINISTERIO DE SALUD  
PÚBLICA Y ASISTENCIA  
SOCIAL**

**Alcance**

Garantizar la salud de los habitantes de 102 municipios prioritarios a nivel nacional a través de la reforma del sector salud en el Primer Nivel de Atención.

**Diagnóstico**

Bajo nivel de cobertura de servicios en los municipios más pobres de El Salvador



**MINISTRO DE HACIENDA**  
Juan Ramón Carlos Enrique Cáceres Chávez

**VICEMINISTRO DE HACIENDA**  
Roberto de Jesús Solórzano Castro

**DIRECTOR GENERAL DEL PRESUPUESTO**  
Carlos Gustavo Salazar Alvarado

**SUBDIRECTOR GENERAL DEL PRESUPUESTO**  
Mario Leonel Villatoro Reyes

**MINISTERIO DE HACIENDA**  
Bulevar “Los Héroes”, Edificio Ministerio de Hacienda No. 1231  
San Salvador, El Salvador, Centroamérica  
Teléfono: (503)2244-3000, Fax (503) 2244-6408

**DIRECCIÓN GENERAL DEL PRESUPUESTO**  
15 Calle Poniente No. 300, Centro de Gobierno  
San Salvador, El Salvador, Centroamérica  
Teléfono: (503) 2244-4000, Fax (503) 2244-4004

# ÍNDICE

I. Introducción .....	3
II. Entorno Económico y Social .....	4
III. Prioridades en el Marco del Plan Quinquenal de Desarrollo .....	7
IV. Población Beneficiaria.....	7
V. Componentes de la Operación Piloto de Presupuesto por Resultados.....	9
VI. Resultados y Productos Esperados .....	10
VII. Esquema de Financiamiento .....	11
III. Monitoreo de la OP-PPR.....	13
Anexo 1: Municipios Incluidos en la Operación Piloto – Presupuesto por Resultados.....	14
Anexo 2: Matriz de Indicadores de Desempeño a Nivel de Resultados y Productos.....	15

## I. Introducción

Al igual que en la mayoría de los países de la Región, hoy en día, las restricciones a la expansión del financiamiento público y las crecientes demandas ciudadanas por una mayor efectividad de la acción gubernamental, han motivado que el Gobierno de El Salvador, a través del Ministerio de Hacienda (MH), inicie la implementación del Presupuesto por Resultados (PPR), que implica pasar de un proceso presupuestario centrado en la ejecución de insumos a otro donde el foco de atención es el logro de resultados valorados por el ciudadano, particularmente por los más pobres y en el contexto de un escenario de programación que trascienda el ejercicio fiscal anual.

En efecto, el PPR es un conjunto de metodologías, procesos de trabajo e instrumentos que permiten incorporar de manera sistemática, explícita y transparente la información sobre desempeño institucional en los años n-1, año n y año n+1, en cada uno de los procesos de toma de decisiones durante cada fase del ciclo presupuestario y generar un cambio en la estructura de incentivos que gobierna el comportamiento de los actores. De esta manera, se busca fortalecer la capacidad efectiva del Estado para generar valor público, a través de un complejo pero eficiente y transparente proceso de transformación de insumos en productos y resultados que impacten positivamente en el bienestar de la población.

En este sentido, el Ministerio de Hacienda a través de la Dirección General del Presupuesto (DGP), pone en marcha una Operación Piloto de Presupuesto por Resultados (OP-PPR) para el proceso de formulación del presupuesto para el año financiero y fiscal 2011 en 2 instituciones del Gobierno Central (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS y Ministerio de Agricultura y Ganadería – MAG), la cual tiene como fin último concretar un proceso hacia una nueva cultura presupuestaria en la administración pública salvadoreña, que permita la mejora de la calidad del gasto público, la satisfacción de las necesidades ciudadanas, la consolidación del proceso de desarrollo económico y el fortalecimiento de la confianza ciudadana y del régimen democrático que impera en el país.

En esta Operación Piloto el MSPAS, a través de la Dirección del Primer Nivel de Atención, se enfocará en el tema de “Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en Salud en 102 municipios pobres”, proceso que básicamente consiste en la creación de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS-F) y los Equipos Comunitarios Especializados (ECOS-E), cuyo objetivo central será la de acercar la oferta de servicios a la población que, por razones geográficas, económicas o de otro tipo, no ha podido acceder a las atenciones preventivas y/o curativas en salud, de manera de impactar positivamente en el estado de la salud de la población, especialmente la de menores recursos; y promover la equidad en la provisión de los servicios.

Esta OP-PPR se ha desarrollado siguiendo los lineamientos metodológicos establecidos en el marco de la ejecución del Proyecto de Fortalecimiento de la Administración Fiscal y Transparencia del Sector Público FDI No. GRANT- TF092367, que se desarrolla con el apoyo técnico y financiero del Banco Mundial; el presente anexo es una síntesis ejecutiva del documento técnico que el equipo de trabajo conformado por funcionarios de la Dirección General del Presupuesto (DGP) y la Dirección Nacional de Administración Financiera Integrada e Innovación (DINAFI) y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, elaboraron en el marco del proceso de formulación del Presupuesto para el Ejercicio Financiero y Fiscal 2011.

## II. Entorno Económico y Social

La población salvadoreña es de aproximadamente 6 millones 122 habitantes y con una extensión territorial de 21.040 km<sup>2</sup>, siendo la tercera economía de la región con un producto interno bruto (PIB) de US\$ 21,796.10 millones (2010), con lo cual en el concierto internacional, se categoriza como un país de renta media. Sin embargo, aún la pobreza afecta a más de 25.8% de hogares que viven en condiciones de pobreza relativa; y, el 12% de hogares en extrema pobreza, según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, EHPM 2008.

En términos generales, uno de los problemas centrales en materia de salud pública es el bajo nivel de cobertura de servicios de salud del MSPAS, únicos proveedores públicos que brindan servicios de salud a población abierta (población asegurada y no asegurada, con o sin recursos económicos, sector formal e informal). De hecho, la información disponible de la EHPM 2008, indica que del total de población que se enfermó o accidentó en el 2008, el 66% de los mismos acudieron a establecimientos del MSPAS (un 11% a hospitales; y un 55% a la red del primer nivel de atención); el resto acudieron a instalaciones del Instituto Salvadoreño del Seguro Social ISSS (13%), a hospitales o clínicas particulares (17%); o a otros establecimientos (4%) -organizaciones no gubernamentales, farmacias, etc.-, para resolver su problema de salud. La misma fuente da cuenta que específicamente en lo que se refiere a la población que se enfermó o accidentó y acudió a establecimientos del primer nivel de atención del MSPAS (unidades o casas de salud), el 61% era población cuya condición socioeconómica la coloca bajo la línea de pobreza. Es importante señalar que el bajo nivel de aseguramiento de la población, en especial la de menores recursos económicos (97% de la población salvadoreña en pobreza extrema; y 89% de la población en pobreza relativa, no posee ningún tipo de aseguramiento en salud).

Por otra parte, al consultar a la población que se enfermó o accidentó, las razones de no consulta en establecimientos del MSPAS e ISSS, la mayoría (21%) - descontando aquella que no lo consideró necesario asistir -, indicó que no acudía a dichos establecimientos por la “falta de atención”, mientras que un 19% indicó que no lo hacía debido a que “no hay medicinas”; y un 15% porque es “muy caro” . Ello, indica, por un lado, la percepción ciudadana de los servicios de salud de carácter público; y por otro, la situación de desabastecimiento y la carencia de condiciones adecuadas para la provisión de los servicios.

De hecho, en términos generales, la situación encontrada en 2009 en la red de establecimientos del primer nivel de atención, denotó, entre otras, las siguientes condiciones: (i) limitaciones en la accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población, sea por condiciones geográficas, culturales y/o económicas; y en la organización de los servicios de salud; (ii) problemas de detección temprana o diagnóstico precoz de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, etc.) en la red de establecimientos del primer nivel de atención; (iii) deterioro de las condiciones de infraestructura y equipamiento de la red de unidades de salud del MSPAS; (iv) déficit en recursos humanos y otros rubros críticos, especialmente sensibles en el primer nivel de atención (medicamentos e insumos médico-quirúrgicos y de laboratorio); (v) desarticulación entre los establecimientos públicos del sector salud (MSPAS-ISSS) y paralelismo de programas verticales de atención; (vi) baja participación social e intersectorial en materia de salud; (vii) alta prevalencia de enfermedades infecciosas que pudieran ser resueltas y/o prevenidas de manera más efectiva en los establecimientos del primer nivel de atención; (viii) alta demanda de servicios de salud de carácter curativo en la red del primer nivel de atención, lo que, sumado a la escasez de recursos humanos en las unidades de salud, presiona sobre la oferta de servicios; y dificulta las labores de prevención y/o detección activa de

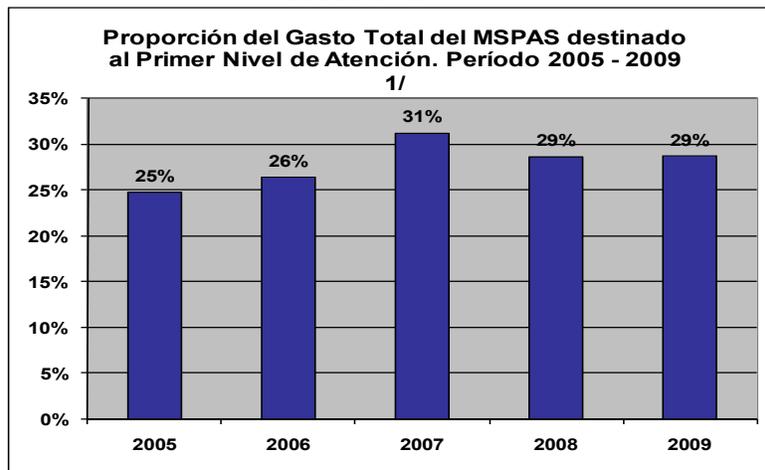
riesgos en la salud de la población; y (ix) duplicación de la mortalidad hospitalaria por causas prevenibles en el nivel primario de atención.

Si bien se ha intentado dar respuesta a la alta demanda de servicios de salud de la población, especialmente en el primer nivel de atención, ya sea contratando servicios complementarios a diversas organizaciones no gubernamentales, y/o ampliando los horarios de atención de las unidades de salud (FOSALUD), ciertamente, dado que la capacidad instalada institucional del MSPAS no fue fortalecida de manera paralela, no se logró el impacto esperado en la salud de la población.

El gasto del MSPAS ejercido para fortalecer el primer nivel de atención (incluyendo FOSALUD) - salvo en 2007- no pasó de un tercio del gasto total de la institución durante el período 2005 – 2009 (Ilustración N° 1), en total sintonía a la tendencia observada en años anteriores, centrándose el mayor esfuerzo institucional en la red hospitalaria.

### **Ilustración N° 1**

#### **Gasto en el PNA**



Fuente: Cuentas en Salud/Unidad de Economía de la Salud/MSPAS

Tal como señala la Organización Mundial de la Salud en su informe “La Atención Primaria en Salud: Más Necesaria que Nunca” : “El gasto público en servicios de salud suele beneficiar más a los ricos que a los pobres en todos los países, ya sean de ingresos altos o bajos”; y “las personas no pobres son las que más atención consumen y las personas pobres con más problemas de salud son las que menos consumen”.

En El Salvador, los municipios que concentran más porcentaje de gasto en salud del MSPAS son San Salvador, Santa Ana y San Miguel, seguidos de Apopa, Soyapango y Mejicanos.

Cabe destacar que el 23% de las consultas efectuadas en los establecimientos del primer nivel de atención del MSPAS (Unidades y Casas de Salud), fueron relacionadas a la atención de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores; mientras un 9% fue para atender faringitis y amigdalitis aguda; y, un 6% para tratar pacientes con hipertensión arterial. El resto de consultas tuvieron su origen ya sea en la atención de enfermedades de la piel, diarrea, enfermedades del sistema urinario, micosis y otras.

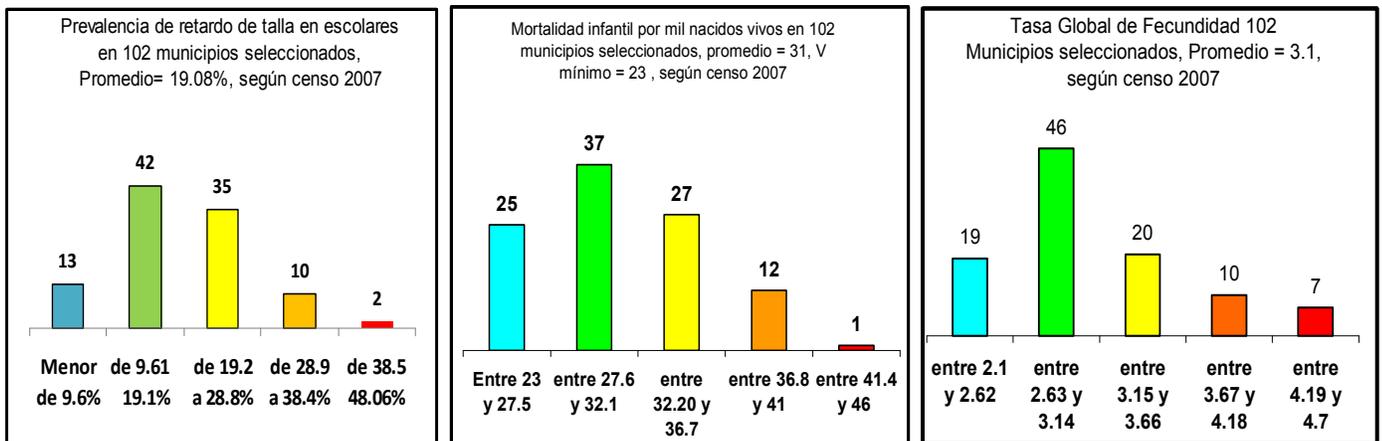
Como resultado de esta situación, según el último Censo de Talla en Escolares de Primer Grado (2007), todos los municipios considerados en la OP-PPR tienen población con prevalencia de retardo en la talla (desnutrición crónica) de escolares (47 de los 102 municipios presentan prevalencia arriba del 19%).

Por otra parte, de acuerdo al VI Censo de Población y V de Vivienda realizado en 2007, la mortalidad infantil a nivel nacional fue de 21.5 por mil nacidos vivos. En el caso de los 102 municipios seleccionados, el promedio es de 31 por mil nacidos vivos, y presentan mortalidades arriba de 23, llegando incluso a 46 por mil nacidos vivos en el caso del municipio de San Fernando (Chalatenango).

En resumen, las condiciones de vida en los 102 municipios seleccionados, determina la alta prevalencia de enfermedades infecciosas en la niñez y las altas tasas de fecundidad en los más pobres, lo cual genera mayores riesgos en la salud de la familia, principalmente en las mujeres y su bebé desde su concepción, el embarazo, el parto y el puerperio. Por ello, la prevención de las enfermedades transmisibles y no transmisibles debe realizarse tempranamente en el hogar y en la comunidad; y tratarse oportunamente en el nivel primario de atención (Ver Ilustración N° 2).

### **Ilustración N° 2**

#### **Indicadores Sociales**



En tal sentido, en el marco de esta OP-PPR se propone fortalecer y reorganizar toda la red de establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención, de manera de mejorar tanto las condiciones de salud de la población considerando los diferentes ciclos de vida, especialmente la de menores recursos económicos; aumentar la inversión en salud dirigida a este nivel de complejidad; y mejorar la equidad en el acceso a los servicios.

### III. Prioridades en el Marco del Plan Quinquenal de Desarrollo

Cabe destacar que esta OP-PPR es consistente con las prioridades gubernamentales y sectoriales vigentes. De hecho, el MSPAS como rector del sector y en armonía con las prioridades del Gobierno de la República, definió en la Política Nacional de Salud<sup>1</sup> la reorientación del Sistema Nacional de Salud en función de la estrategia de atención primaria en salud integral, a través del cual se persigue que la población como parte de sus derechos humanos fundamentales, tenga acceso con equidad a los servicios de salud.

Una de las estrategias centrales de la Política Nacional de Salud, establece explícitamente en sus líneas de acción, entre otras, “Reorientar el Sistema Nacional de Salud a la Atención Primaria de Salud Integral, reajustando los servicios de salud para priorizar la promoción y la prevención”; y “la reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar un modelo de atención que favorezca la promoción de la salud”<sup>2</sup>.

Por su parte, dentro de las estrategias de prestaciones de la red de servicios, la Política Nacional de Salud establece que “En el conjunto del sistema público, la atención tendrá carácter integral y universal, con actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud, con base en la estrategia de Atención Primaria en Salud Integral”.

Asimismo, en concordancia con la Política Nacional de Salud, en el Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014, se establece la necesidad de “diseñar y construir un Sistema Nacional Integrado de Salud que permita a todos los habitantes del país acceder de manera oportuna a servicios de salud equitativos, universales y de alta calidad”<sup>3</sup>. En ese sentido, la definición del modelo comunitario de salud familiar y de redes integrales e integradas de servicios de salud, con énfasis en el fortalecimiento y reorganización del primer nivel de atención del MSPAS, responde a la necesidad de ampliar la cobertura con equidad de las prestaciones que son la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud; siendo ésta por tanto, una de las prioridades centrales que desde luego, forma parte del eje del Sistema de Protección Social Universal impulsado por el Gobierno en la presente gestión.

### IV. Población Beneficiaria

La OP-PPR se desarrollará en el ejercicio 2011 a nivel nacional en los 14 departamentos<sup>4</sup> del país, dentro de los cuales se han seleccionado 102 municipios (ver Anexo I) que se encuentran catalogados dentro del mapa de pobreza extrema y pobreza relativa del Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local (FISDL), dichos municipios suman una población total que asciende a 1,136,813 habitantes de los cuales 939,290 habitantes no cuentan con cobertura de servicios de salud.

<sup>1</sup> Acuerdo No. 126, publicado en Diario Oficial No. 33, Tomo No. 386 del 17 de febrero de 2010.

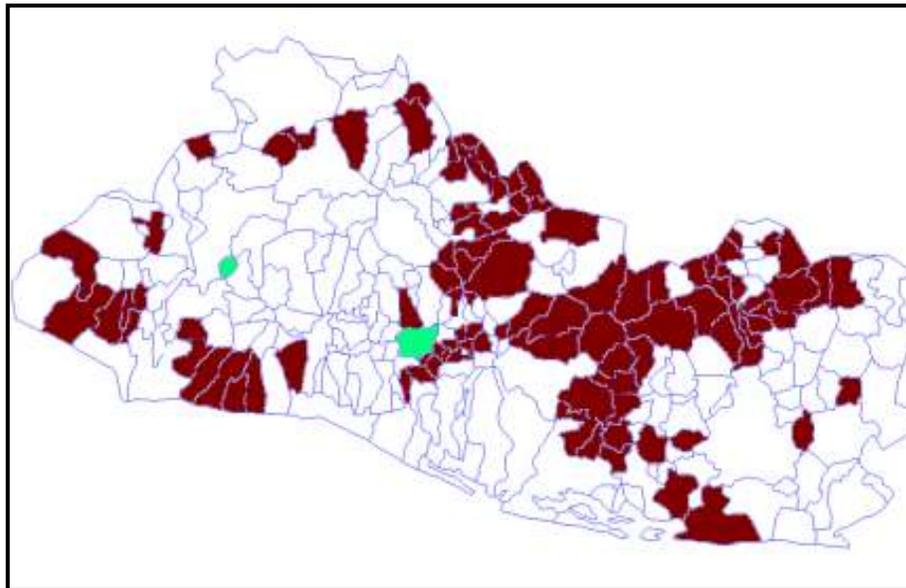
<sup>2</sup> Idem.

<sup>3</sup> Plan Quinquenal de Desarrollo, 2010-2014. Pág. 73.

<sup>4</sup> Ahuachapán, Sonsonate, La Libertad, San Salvador, Cuscatlán, La Paz, Cabañas, San Vicente, Usulután, San Miguel, Morazán, La Unión, Chalatenango, Santa Ana.

**Ilustración N° 3**

**Municipios Focalizados en El Salvador**



En concordancia con lo antes indicado, la población objetivo para la atención de servicios de salud se centralizará precisamente en los 939,290 habitantes sin cobertura de atención. Sin embargo, de acuerdo a la filosofía del modelo, la Red del Primer Nivel de Atención estará en capacidad de cubrir a los 1,136,813 habitantes que conforman el 100% de la población de los 102 municipios beneficiados.

**Ilustración N° 4**

**Población relacionada con la Operación Piloto**



Cabe destacar que en El Salvador, en lo que respecta a la atención pública en salud para la provisión de servicios de salud a población abierta, se cuenta, además de los prestadores de la red de establecimientos del MSPAS <sup>5</sup>, con la red de establecimientos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, diseminados fundamentalmente en áreas urbanas, para la atención de salud de la población afiliada (23% de la población); y, la red de prestaciones de las Fuerzas Armadas, que cuentan con instalaciones propias, para la atención de sus derechohabientes (1.4% de la población aproximadamente).

Asimismo, los maestros del sector público, cuentan con el financiamiento de servicios de salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, que atiende a cerca de 1.5% de la población.<sup>6</sup> Todos estos actores del sector público, sumados a la Cruz Roja Salvadoreña, el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI) y el Hogar de Ancianos Narcisca Castillo – tres instituciones adscritas al MSPAS que reciben subvención del Estado, forman igualmente parte de la oferta de servicios de salud o atenciones relacionadas del componente público disponible.

## V. Componentes de la Operación Piloto de Presupuesto por Resultados (OP-PPR)

Para la ejecución de la OP-PPR, el MSPAS ejecutará los siguientes componentes: (1) Reorganizar los servicios de salud del Primer Nivel de Atención con enfoque geo-poblacional; (2) Ampliar la oferta de servicios integrales de salud; y (3) Mejorar la participación comunitaria y la coordinación intersectorial.

De esta manera en el Primer Nivel de Atención, la red estará constituida por Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS Familiares) y Equipos Comunitarios de Salud Familiar con Especialidades (ECOS Especializados). Los Ecos Familiares que se instalan en una Unidad Comunitaria de Salud Familiar, serán la puerta de entrada al Sistema Público de Salud y están integrados por: (i) en el área rural: un médico, una enfermera, una auxiliar de enfermería, tres promotores de salud y un recurso polivalente, con responsabilidad nominal de una población de aproximadamente 600 familias (3,000 habitantes); y, (ii) en el área urbana: un médico, una enfermera, una auxiliar de enfermería, seis promotores de salud y recurso polivalente, con responsabilidad nominal de una población de aproximadamente 1,800 familias (9,000 habitantes).

Además, el primer nivel de atención tendrá como apoyo Ecos Especializados que estarán conformados por: un pediatra, un gineco-obstetra, un internista, una enfermera, una auxiliar de enfermería, un psicólogo, un fisioterapeuta, dos laboratoristas clínicos, un auxiliar estadístico y 3 Odontólogos en el área rural y cuatro en el área urbana. Con una población de referencia de 42,000 mil habitantes en el área urbana y 30,000 mil en el área rural.

<sup>5</sup> 30 hospitales, 377 unidades de salud, 161 casas de salud, 46 Centros Rurales de Nutrición, 3 Centros de Atención de Emergencia; y 10 casas de espera materna.

<sup>6</sup> Fuente: Cuentas en Salud/Unidad de Economía de la Salud/MSPAS. Información a 2009.

## VI. Resultados y Productos Esperados

Para medir el desempeño de la OP-PPR, se establecieron los indicadores de productos y resultados a los que se compromete lograr institucionalmente el MSPAS, considerando aquellos que cumplen con un conjunto de atributos que maximizan la posibilidad de uso en el proceso de toma de decisiones y que poseen los elementos esenciales que los caracterizan, tales como la descripción del indicador, unidad de medida, algoritmo del cálculo, valor a alcanzar, periodo de referencia y dependencia responsable para su cumplimiento, entre otros.

Dichos indicadores poseen los criterios básicos que reflejan el progreso en el logro de los propósitos de las actividades: son específicos para la OP-PPR, son medibles, alcanzables, realistas, focalizables y cronogramados en el tiempo. De ahí su capital importancia, ya que permiten identificar y cuantificar las actividades que contribuirán a la creación de valor público a que se compromete lograr la institución.

Aunque el desarrollo de la OP-PPR involucra un conjunto de actividades que han sido definidas, costeadas y cronogramadas, a continuación se presentan los indicadores de desempeño a nivel de Resultados<sup>7</sup>. Los resultados de la ejecución de esta OP-PPR que se esperan al cierre del año en los 102 municipios seleccionados son:

- ✚ Aumentar el porcentaje de niños y niñas inscritos en control infantil de 67% (promedio nacional MSPAS) en 2009 a 80 % en 2011.
- ✚ Aumentar el porcentaje de mujeres embarazadas inscritas en control prenatal de 63.3% (promedio nacional MSPAS) en 2009, a 80% en 2011.
- ✚ Aumento del porcentaje de usuarias activas de métodos permanentes y temporales de planificación familiar de 10% (promedio nacional MSPAS) en 2009, a 12% en 2011.
- ✚ Aumento de la cobertura de vacunación de Sarampión Rubéola y Parotiditis (SPR 1) en niños de 1 año de 79% (promedio nacional MSPAS) en 2009, a 85% en 2011.
- ✚ Incremento del número de atenciones preventivas (Sistema de Morbimortalidad en Línea ).
- ✚ Incremento del número de atenciones curativas en todos los ciclos de vida (Sistemas de Morbimortalidad en Línea).
- ✚ Aumento del porcentaje de municipios que cuentan con un Consejo Local de Salud.
- ✚ Incremento en el porcentaje del presupuesto asignado al MSPAS destinado al Primer Nivel de Atención, de 38% en 2010 a 40% en 2011<sup>8</sup>
- ✚ Conformación de 437 ECOS Familiares y de 26 ECOS Especializados a nivel nacional.

<sup>7</sup> Para mayores detalles véase la Matriz de Indicadores de Desempeño en el Anexo 2 de esta síntesis.

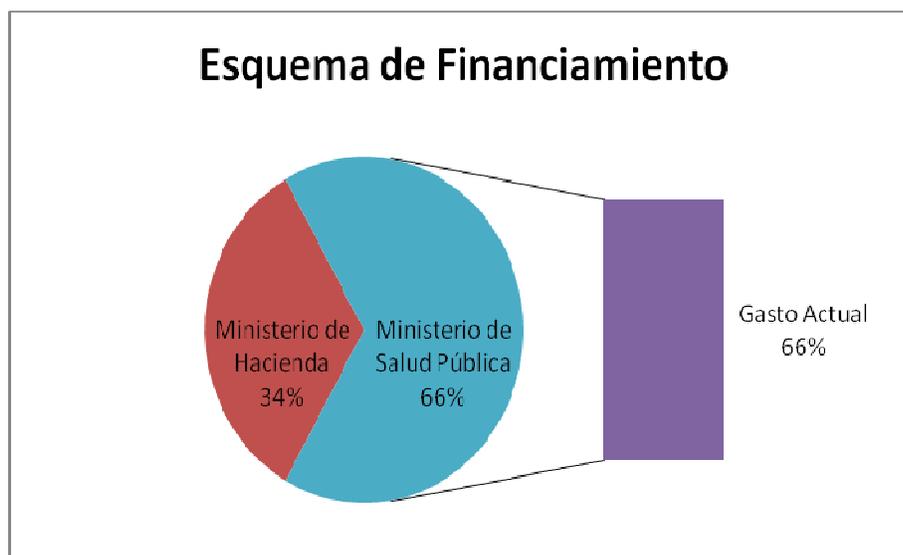
<sup>8</sup> El cálculo del Primer Nivel de Atención se registra en la Unidad Presupuestaria 02 Primer Nivel de Atención.

## VII. Esquema de Financiamiento

El costo de la OP-PPR en el Primer Nivel de Atención de Salud asciende a US\$56,315,435, de los cuales el MSPAS dentro de su techo institucional asignado ya destina a las actividades involucradas en esta OP-PPR, la cantidad de US\$37,434,535; en ese sentido el Ministerio de Hacienda ha otorgado en el presente proyecto de presupuesto una asignación adicional por US\$18,880,900, cantidad que complementa el financiamiento para la implementación y fortalecimiento del primer nivel de atención en 102 municipios de El Salvador.

### Ilustración N° 5

#### Esquema de Financiamiento de la Operación Piloto



Cabe destacar, que los recursos que el MSPAS destina hacia esta OP-PPR, han sido considerados en el Proyecto de Presupuesto Institucional para el 2011 en la Unidad Presupuestaria 02 Primer Nivel de Atención, Líneas de Trabajo de la 01 a la 15 que comprenden a las Regiones de Salud Oriental, Paracentral, Central, Metropolitana y Occidental, y que para efectos de dar un mejor seguimiento y control del presupuesto por resultados se ha incorporado además una Línea de Trabajo en la referida estructura presupuestaria de la Entidad, donde estarán concentrados los recursos adicionales que el Ministerio de Hacienda ha otorgado para el cumplimiento de los compromisos de esta OP-PPR, cuyo desglose se presenta a continuación:

Ramo	3200	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	
Área de Gestión	3	Desarrollo Social	
Unidad Presupuestaria	02	Primer Nivel de Atención	
Línea de trabajo	01 a la 15	Estructura Presupuestaria correspondiente a las 5 Regiones de Salud del PNA	
Clasificación Económica	21	Gasto Corriente	
Fuente de Financiamiento	1	Fondo General	
Rubro de Agrupación	51	REMUNERACIONES	US\$ 14,747,067
	54	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	US\$ 22,687,468
<b>SUB TOTAL</b>		<b>Aporte Ramo de Salud Pública y Asistencia Social</b>	<b>US\$ 37,434,535</b>

Ramo	3200	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	
Área de Gestión	3	Desarrollo Social	
Unidad Presupuestaria	02	Primer Nivel de Atención	
Línea de trabajo	16	Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	
Clasificación Económica	21	Gasto Corriente	
Fuente de Financiamiento	1	Fondo General	
Rubro de Agrupación	51	REMUNERACIONES	US\$ 14,541,930
	54	ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS	US\$ 4,122,970
	55	GASTOS FINANCIEROS Y OTROS	US\$ 216,000
<b>SUB TOTAL</b>		<b>Aporte Ramo de Hacienda</b>	<b>US\$ 18,880,900</b>
<b>TOTAL</b>			<b>US\$ 56,315,435</b>

### III. Monitoreo de la OP-PPR

Con el propósito de monitorear el desempeño y realizar el control y seguimiento del avance en la ejecución de la OP-PPR en el próximo año, el Ministerio de Hacienda en coordinación con el Ramo de Salud Pública y Asistencia Social deberán establecer previo a la ejecución del presupuesto 2011, un cuadro de mando integral que permita analizar los indicadores de Resultados y Productos, así como también el nivel del logro de los objetivos trazados durante la formulación de la OP-PPR; a fin de poder efectuar las correcciones o tomar las decisiones que se consideren pertinentes para la consecución de dichos objetivos.

## Anexo 1: Municipios Incluidos en la Operación Piloto – Presupuesto por Resultados

Departamento	Municipios
Sonsonate	Caluco, Cuisnahuat, Santa Isabel Ishuatán, Santa Catarina Masahuat, Santo Domingo de Guzmán.
Ahuachapán	Ahuachapán, Guaymango, Jujutla, San Pedro Puxtla, Tacuba.
Cuscatlán	El Rosario, Monte San Juan, San Cristóbal, Santa Cruz Analquito, Tenancingo.
La Libertad	Comasagua, Chiltiupán, Jicalapa, Teotepeque.
San Salvador	San Martín.
San Vicente	Apastepeque, Santa Clara, San Esteban Catarina, San Ildefonso, San Lorenzo, Verapaz.
Cabañas	Cinquera, Ilobasco, Jutiapa, Tejutepeque, Victoria, Dolores.
La Paz	Paraiso de Osorio, San Antonio Masahuat, San Emigdio, San Juan Tepezontes, San Miguel Tepezontes, San Pedro Nonualco, Santa María Ostuma, Tapalhuaca.
Usulután	Alegria, Berlín, Concepción Batres, Estanzuelas, Jucuarán, Mercedes Umaña, Nueva Granada, Ozatlán, San Agustín, Santa Elena, San Francisco Javier, Tecapán.
San Miguel	Carolina, Nuevo Edén de San Juan, San Antonio, San Gerardo, Ciudad Barrios, San Jorge, Sessori.
Morazán	Arambala, Cacaopera, Corinto, Chilanga, Delicias de Concepcion, El Rosario, Gualococti, Guatajiagua, Joateca, Lolotiquillo, San Fernando, San Isidro, San Simón, Sensembra, Torola, Yamabal.
La Unión	Lislique, San José, Yayantique.
Chalatenango	Las Flores, Potonico, San Luis del Carmen, San Isidro Labrador, Agua Caliente, Arcatao, Comalapa, Concepción Quezaltepeque, El Carrizal, La Laguna, Las Vueltas, Nombre de Jesús, Nueva Trinidad, Ojos de Agua, San Antonio de la Cruz, San Antonio Los Ranchos, San Fernando, San Francisco Lempa, San Francisco Morazán, Cancasque, San Miguel de Mercedes.
Santa Ana	Masahuat, Santa Rosa Guachipilín, Santiago de la Frontera.

## Anexo 2: Matriz de Indicadores de Desempeño a Nivel de Resultados y Productos

Objetivo	Meta al 2011	Indicador de Desempeño
Aumentar la cobertura de los servicios de salud familiar integral en el Primer Nivel de Atención en 102 municipios de pobreza extrema y pobreza relativa	(Línea de Base: 0)	Porcentaje de niños y niñas inscritos en control infantil
	(Línea de Base: 0)	Porcentaje de mujeres embarazadas inscritas en control prenatal
	(Línea de Base: 0)	Porcentaje de usuarias activas en métodos de planificación familiar
Reorganizar los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención	(Línea de Base: 0)	Porcentaje del presupuesto asignado al Ramo de Salud destinado hacia el Primer Nivel de Atención
	(Línea de Base: 0)	Número de Ecos Familiares conformados
	(Línea de Base: 0)	Número de ECOS Familiares Especializados conformados
	(Línea de Base: 0)	Número de atenciones preventivas en todos los grupos de edad
	(Línea de Base: 0)	Número de consultas anuales por morbilidad general atendidas
Mejorar la participación comunitaria y la coordinación intersectorial	(Línea de Base: 0)	Porcentaje de municipios que cuentan con un Consejo Local de Salud

Nota: El Ramo de Salud Pública y Asistencia Social no consigna para la meta del 2011, el correspondiente dato de Línea de Base.



**15 calle poniente No. 300**  
**Centro de Gobierno**  
**San Salvador, El Salvador**  
**<http://www.mh.gob.sv>**  
**Tel: 2244 – 4000**  
**Fax: 2244 - 4004**

