

OPERACIÓN PILOTO SÍNTESIS EJECUTIVA

PRESUPUESTO POR RESULTADOS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO 2012

MINISTERIO DE SALUD

Alcance

Garantizar la salud de los habitantes de 170 municipios prioritarios a nivel nacional a través de la reforma del sector salud en el Primer Nivel de Atención y en 5 hospitales departamentales.

Diagnóstico

Bajo nivel de cobertura de servicios en municipios pobres de El Salvador y limitada capacidad de respuesta en la oferta de servicios en 5 Hospitales de las Redes Integrales e Integradas de Salud.



MINISTRO DE HACIENDA
Juan Ramón Carlos Enrique Cáceres Chávez

VICEMINISTRO DE HACIENDA
Roberto de Jesús Solórzano Castro

VICEMINISTRO DE INGRESOS
René Mauricio Guardado Rodríguez

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

1. Introducción	4
2. Entorno Económico y Social	5
3. Prioridades en el Marco del Plan Quinquenal de Desarrollo	10
4. Operación Piloto 2012	11
4.1 Intervención en Bajas coberturas de servicios de salud familiar integral en el Primer Nivel de Atención en 170 municipios prioritarios.....	11
a) Población Beneficiaria	11
b) Componentes de la OP	13
c) Resultados y Productos Esperados	13
4.2 Intervención en Baja capacidad de respuesta de servicios de salud en 5 Hospitales de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.....	15
a) Población Beneficiaria	15
b) Componentes de la OP	15
c) Resultados y Productos Esperados	16
4.3. Esquema de Financiamiento	17
5. Monitoreo de la OP	19
6. Anexos	20

1. Introducción

Ante las crecientes demandas ciudadanas por una mayor efectividad de la acción gubernamental y la imperiosa necesidad de mejorar la calidad del gasto público en un contexto fiscal caracterizado por sus limitaciones a la expansión del financiamiento público, el Gobierno de El Salvador, bajo el liderazgo del Ministerio de Hacienda (MH), particularmente a través de la Dirección General de Presupuesto (DGP), viene impulsando un proceso de reforma estructural en la administración pública como es la implementación del Presupuesto por Resultados con perspectiva de género (PpR-PG), que implica pasar de un proceso presupuestario centrado en la ejecución de medios a otro donde el foco de atención es el logro de fines valorados por la ciudadanía, particularmente por los más pobres, promoviendo la reducción de las brechas de género y en el contexto de un escenario de programación plurianual.

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 $n-1$ y $n+1$, 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, efectos e impactos que incidan positivamente en el bienestar de la población.

Este esfuerzo empezó con la puesta en marcha de una Operación Piloto (OP) para el proceso de formulación del presupuesto para el año financiero y fiscal 2011 en 2 instituciones del Gobierno Central (Ministerio de Salud Pública - MINSAL y Ministerio de Agricultura y Ganadería – MAG) y para el año 2012 se ha extendido esta Operación Piloto a dos nuevas instituciones del Gobierno Central (Ministerio de Educación - MINED y Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales – MARN), con el fin de seguir avanzando en el proceso irreversible de construir una nueva cultura presupuestaria en la administración pública salvadoreña, que permita la reducción de la inercia burocrática, 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.

De esta manera, paulatinamente una proporción cada vez mayor del gasto público salvadoreño se gestionará presupuestariamente por resultados y con perspectiva de género con el objetivo de cumplir uno de los grandes propósitos del Plan de Gobierno y Plan Quinquenal de Desarrollo, el cual es “Reducir las desigualdades de Género”, potenciando para ello el desarrollo integral de las mujeres salvadoreñas en todos los espacios de la sociedad en condiciones de equidad e igualdad con los hombres.

Esta iniciativa tiene la meta de hacer posible que el Presupuesto General del Estado sea no sólo un instrumento legal, sino por sobre todo, un instrumento de gestión y de gobierno, estratégicamente orientado a financiar las principales políticas públicas gubernamentales con el propósito de preservar la solvencia fiscal y promover la eficiente y eficaz prestación de los bienes y servicios públicos, particularmente en beneficio de los grupos de población menos favorecidas del país

En esta ocasión esta OP viene siendo apoyada técnica y financieramente por el Banco Interamericano de Desarrollo - BID a través de la ejecución del Convenio de Cooperación Técnica No Reembolsable

ATN/OC-11266-ES: Proyecto de Apoyo a la Consolidación del Modelo de Gestión por Resultados que es administrado por la Secretaría Técnica de la Presidencia - STP.

Cabe señalar que la introducción de este nuevo enfoque presupuestario requiere de ciertas condiciones técnicas previas tales como significativos ejercicios de planificación estratégica y el conocimiento por parte de las y los servidores públicos de herramientas tales como los marcos lógicos, cadenas de valor público, indicadores de desempeño, métodos de evaluación y elaboración de políticas públicas con perspectiva de género, entre otros.

En esta oportunidad la OP que se desarrollará en el MINSAL incluye la consolidación de dos intervenciones: a) Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en Salud en 170 municipios pobres (ya considerado en la OP 2011 con 102 municipios y se expande para el 2012 con 68 municipios adicionales); b) y el fortalecimiento del segundo nivel de atención con el propósito de mejorar la oferta de servicios de especialidades básicas en 5 Hospitales departamentales, la cual se ha visto impactada por la demanda generada por el incremento de las referencias de casos del primer nivel de atención, específicamente desde los 102 municipios intervenidos por la reforma de salud desde enero de 2011.

Cabe señalar que en el marco de los lineamientos metodológicos elaborados para tal efecto, el presente anexo es una síntesis ejecutiva del documento técnico que el equipo de trabajo conformado por funcionarias y Funcionarios de la Dirección General del Presupuesto (DGP) y la Dirección Nacional de Administración Financiera Integrada e Innovación (DINAFI) del Ministerio de Hacienda y los funcionarios del Ministerio de Salud (MINSAL), elaboraron en el marco del proceso de formulación del Presupuesto para el Ejercicio Financiero y Fiscal 2012.

2. Entorno Económico y Social

De acuerdo a la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples (EHPM 2009) el país tiene una población de aproximadamente 6,150,953 millones de habitantes, mostrando una tendencia hacia una mayor cantidad de mujeres, representando estas el 52.7% de la población total del país y los hombres el 47.3%. La densidad poblacional es de 292 habitantes por Km², una de las más altas del mundo y la más alta de América Latina. Aproximadamente el 63% de la población se concentra en la zona urbana y sólo un 37% permanece en la zona rural. Más de la mitad de la población salvadoreña es joven (59.2%), lo que facilita la renovación generacional en los ámbitos productivos y de la sociedad en general.

En términos generales, uno de los problemas centrales en materia de salud pública es el bajo nivel de cobertura de servicios de salud del MINSAL, 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 2010, indica que del total de población que se enfermó o accidentó en el 2009, el 69.7% de los mismos acudieron a establecimientos del MINSAL (un 11.7% a hospitales; y un 58% a la red del primer nivel de atención); el resto acudieron a instalaciones del Instituto Salvadoreño del Seguro Social ISSS (12%), a hospitales o clínicas particulares (14.5%); o a otros establecimientos (3.8%) -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 MINSAL (unidades o casas de salud), el 56% 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 MINSAL 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.

Es importante destacar que a partir del año 2009 por mandato presidencial se eliminaron las cuotas voluntarias a los pacientes que hacen uso de los servicios de salud pública en toda la red de hospitales, favoreciendo a la población salvadoreña, particularmente a la que cuenta con menos ingresos.

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 MINSAL; (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 (MINSAL-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.

Lo que dificulta la atención a los problemas de salud que padece la población y que durante la última década se presentan como los más catastróficos como las enfermedades crónicas ocasionadas por problemas cardíacos, enfermedad renal y discapacidad por trauma relacionada con la violencia social y género; así como accidentes de tráfico, que han actuado como generadores de desprotección de la familia, por el costo de sus consecuencias, y han empobrecido más a la población.

Según la Lista de Morbilidad por Capítulos por Sexo utilizando Diagnóstico Principal del Sistema de Información Morbimortalidad del MINSAL (SIMMOW), durante el 2010, la primera causa de hospitalización a nivel nacional los constituye las complicaciones por embarazo parto y puerperio con un total de 100,767 los cuales fueron atendidos principalmente en 11 maternidades que cuentan con cuidados obstétricos y neonatales las 24 horas. Estos hospitales reciben referencias desde el primer nivel de atención y desde 17 maternidades que ante embarazos que se complican durante el trabajo de parto los remiten, porque no cuentan con servicios especializados las 24 horas. Es importante

destacar que el 30% de los partos que se atienden son en adolescentes (10 a 19 años) y que las principales causas de muerte materna directa son prevenibles en su mayoría; éstas son: los trastornos hipertensivos, la hemorragia y las infecciones. Los 5 hospitales que serán sujetos de fortalecimiento durante 2012 produjeron un total de 20,808 egresos durante 2010.

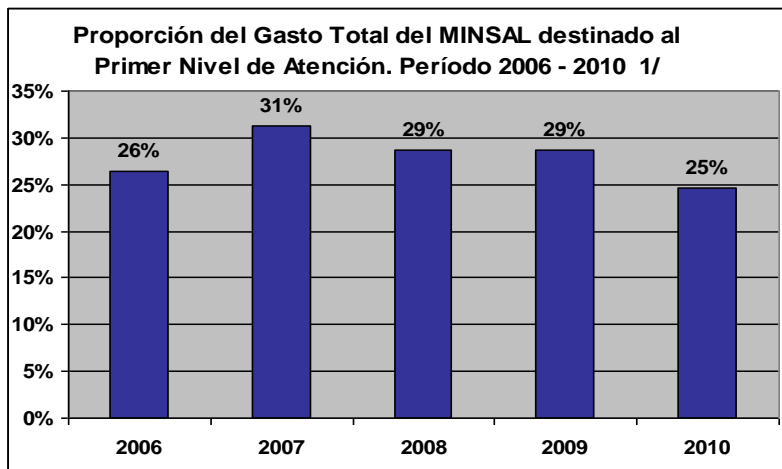
Si bien se ha intentado dar respuesta a la alta demanda de servicios de salud de la población, especialmente en el primer nivel de atención, ya sea contratando servicios complementarios a diversas organizaciones no gubernamentales, y/o ampliando los horarios de atención de las unidades de salud (FOSALUD),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

Ha sido entonces que desde el año 2011 que se han intervenido 102 municipios se ha logrado fortalecer el presupuesto asignado al primer nivel de atención tanto en recursos humanos como en bienes y servicios que incluyen la dotación de medicamentos e insumos médicos entre otros y se han conformado 380 Ecos Familiares y 28 especializados.

El gasto del MINSAL 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 2006 – 2010 (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 primer Nivel de Atención

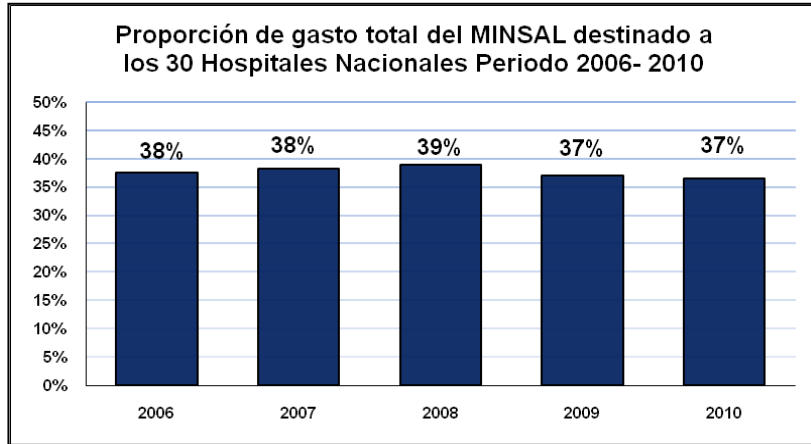


Fuente: Cuentas en Salud/Unidad de Economía de la Salud/MINSAL

Con respecto al segundo nivel de atención el gasto total de la institución durante el mismo período ha sido superior al 35% del presupuesto total asignado al Ramo (Ilustración No. 2).

Ilustración N° 2

Gasto en el Segundo Nivel de Atención



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

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 MINSAL 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 MINSAL (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.

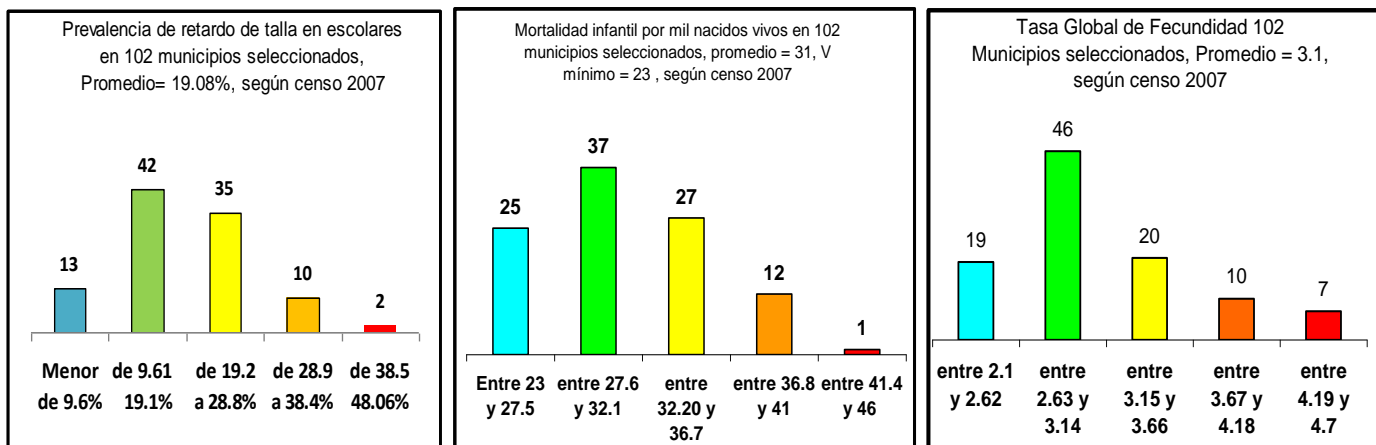
Como resultado de esta situación, según el último Censo de Talla en Escolares de Primer Grado (2007), todos los municipios considerados en la OP tienen población con prevalencia de retardo en la talla (desnutrición crónica) de escolares (47 de los 102 municipios presentan prevalencia arriba del 19%).

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 en el 2011, 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 que se les dará continuidad para el 2012, 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 (Ilustración N° 3).

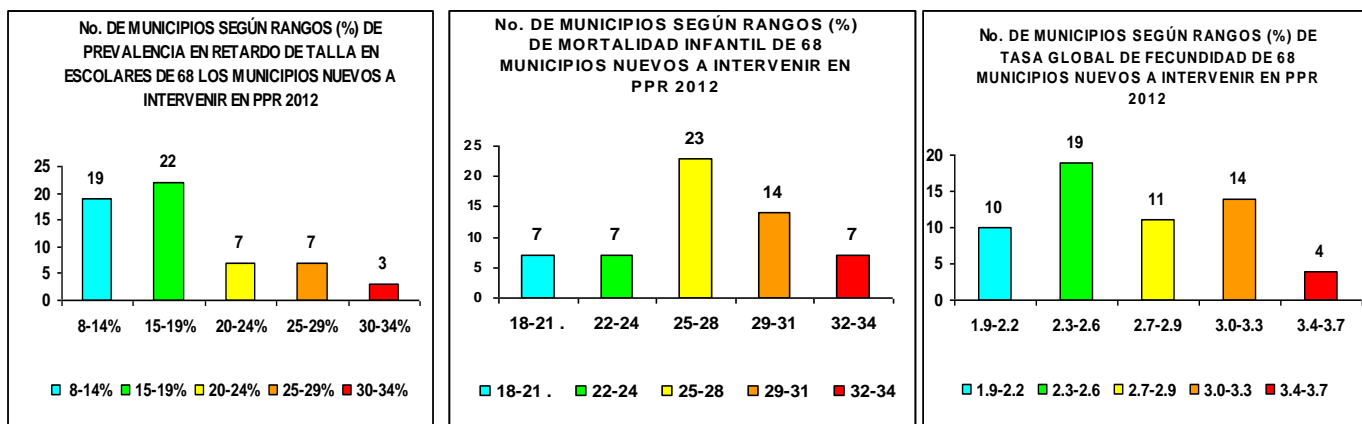
Ilustración N° 3
Indicadores Sociales



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

Debido a que el número de municipios intervenidos en el 2011 serán incrementados en 68 municipios para el 2012, los cuales representan una población de 1,898,923 habitantes respecto a los 939,290 considerados en los 102 municipios, lo cual no incluye la totalidad de la población sino únicamente los Asentamientos Urbanos Precarios (AUP), población que presenta características diferentes respecto a los 102 municipios que incluye los de extrema pobreza severa y alta; en ese sentido, se presenta a continuación algunos indicadores sociales para los nuevos municipios (Ilustración No. 4).

Ilustración N° 4
Indicadores Sociales



Nota: Para el 2012 se incluyen 68 nuevos municipios, de los cuales 10 serán intervenidos parcialmente.

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

En tal sentido, en el marco de esta OP 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 para los cinco hospitales nacionales con mayor demanda de servicios a nivel nacional; y mejorar la equidad en el acceso a los servicios.

3. Prioridades en el Marco del Plan Quinquenal de Desarrollo

Cabe destacar que esta OP es consistente con las prioridades vigentes, tanto a nivel sectorial como del gobierno en su conjunto. De hecho, el MINSAL como rector del sector y en armonía con las prioridades del Gobierno de la República, definió en la Política Nacional de Salud¹ 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”².

La priorización de temas emergentes es fundamental en la aplicación del modelo de prevención, como en el caso del embarazo en adolescentes que en el quintil de menor ingreso constituye uno de los principales retos en el tema de salud sexual y reproductiva que enfrenta el país. La tasa específica de fecundidad para este grupo triplica la estimada para el mismo grupo de edad perteneciente al quintil de mayor ingreso (131 vs. 43 nacimientos por cada 1000 mujeres)³. El estudio de barreras⁴ identificó que entre de las principales barreras para la prevención del embarazo en adolescentes se encuentran; el desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, la falta de acceso a fuentes confiables de información, la falta de acceso a los métodos anticonceptivos y a falta de consultas confidenciales con el personal de salud. La principal barrera para el uso de métodos anticonceptivos es el temor a los efectos secundarios⁵.

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

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

² Idem.

³ Gobierno de El Salvador (2009). Informe final de la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL).

⁴ González W. [Estudio de barreras en la demanda de atención de servicios de salud](#). Documento de trabajo. Banco Interamericano de Desarrollo.

⁵ Gobierno de El Salvador (2009). Informe final de la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL).

equitativos, universales y de alta calidad”⁶. 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 y segundo nivel de atención del MINSAL, 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.

Por otra parte el Ministerio de Salud asume en la medida de sus competencias, la contribución correspondiente a la Meta del Milenio referente a la disminución de la mortalidad materna en El Salvador

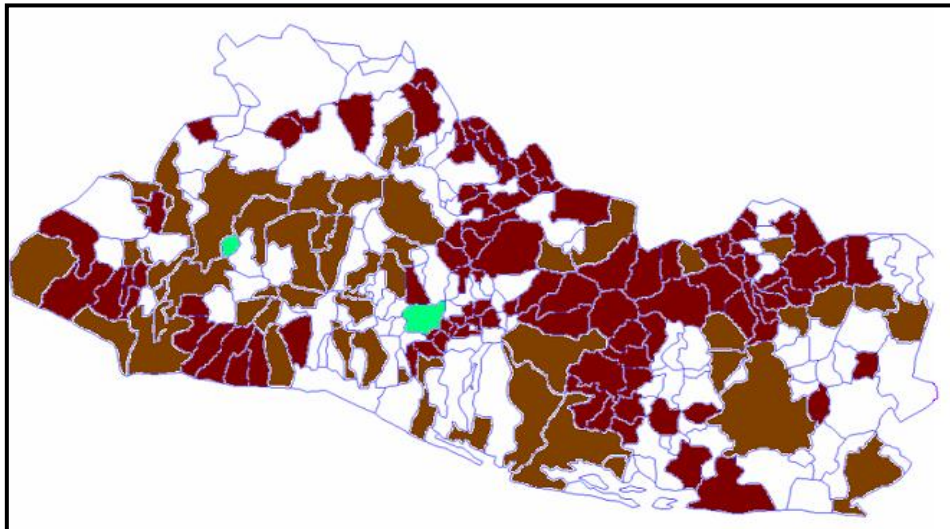
4. Operación Piloto 2012

4.1 Intervención en Bajas coberturas de servicios de salud familiar integral en el Primer Nivel de Atención en 170 municipios prioritarios.

a) Población Beneficiaria

La OP se desarrollará en el ejercicio 2012 a nivel nacional en los 14 departamentos⁷ del país, dentro de los cuales se han seleccionado 170 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 2.8 millones de habitantes (Ilustración N° 5)

Ilustración N° 5
Municipios Focalizados en El Salvador



Elaboración: Propia

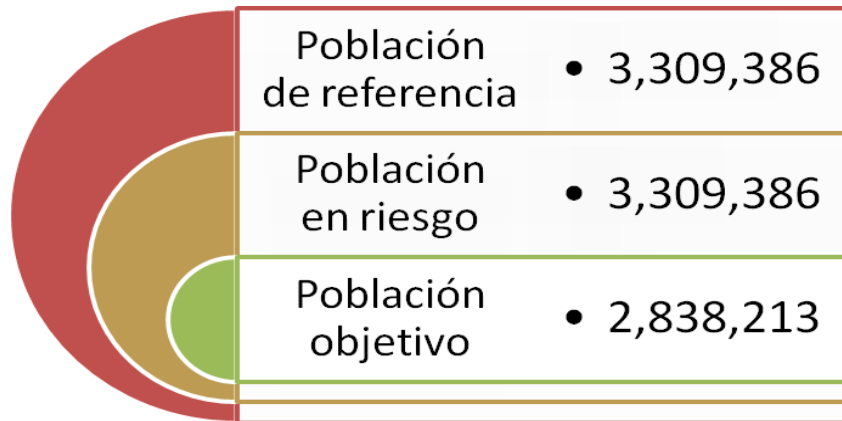
⁶ Plan Quinquenal de Desarrollo, 2010-2014. Pág. 73.

⁷ Ahuachapán, Sonsonate, La Libertad, San Salvador, Cuscatlán, La Paz, Cabañas, San Vicente, Usulután, San Miguel, Morazán, La Unión, Chalatenango, Santa Ana.

En concordancia con lo antes indicado, la población objetivo para la atención de servicios de salud se centralizará precisamente en los 2,838,213 habitantes sin cobertura de atención. Sin embargo, la población estimada en los 170 municipios es de 3,309.386 habitantes, de los cuales el MINSAL no incluyó la población total de algunos municipios, focalizando únicamente en los asentamientos urbanos precarios (AUP) (Ilustración No. 6).

Ilustración N° 6

Población relacionada con la Operación Piloto



Elaboración: Propia

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 MINSAL⁸, 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.⁹ 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 MINSAL que reciben subvención del Estado, forman igualmente parte de la oferta de servicios de salud o atenciones relacionadas del componente público disponible.

⁸ 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.

⁹ Fuente: Cuentas en Salud/Unidad de Economía de la Salud/MINSAL. Información a 2009.

b) Componentes de la OP

Para la ejecución de la OP, el MINSAL 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.

Todo ello para mejorar la salud de la población, expresada en los aumentos de cobertura y mejora de la calidad de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, según ciclos de vida y con perspectiva de género; con una mejor distribución de los recursos y la inversión en salud.

Bajo éstos principios 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(a), un enfermero o enfermera, una persona auxiliar de enfermería, tres promotores(as) 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(a), un enfermero o enfermera, una persona auxiliar de enfermería, seis promotores(as) 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/una pediatra, un/una gineco-obstetra, un/una internista, un enfermero o enfermera, una persona auxiliar de enfermería, un/una psicólogo, un/una fisioterapeuta, dos laboratoristas clínicos, un persona auxiliar estadístico y 3 Odontólogos(as) 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, dichos equipos comunitarios ya están conformados en los 102 municipios intervenidos en el 2011 y se proyecta realizar dicha actividad en los 68 nuevos municipios.

c) Resultados y Productos Esperados

Para medir el desempeño de la OP, se establecieron los indicadores de productos y resultados a los que se compromete lograr institucionalmente el MINSAL, 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, 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 involucra un conjunto de actividades que han sido definidas, costeadas y cronogramadas, a continuación se presentan los indicadores de desempeño a nivel de

Resultados¹⁰. Los resultados de la ejecución de esta OP que se esperan al cierre del año en los 170 municipios seleccionados son:

Para los 102 municipios:

- ✚ Aumentar el porcentaje de niños y niñas inscritos en control infantil de 83.1% (promedio nacional MINSAL) en 2010 a 85 % en 2012.
- ✚ Aumentar el porcentaje de mujeres embarazadas inscritas en control prenatal de 85.7% (promedio nacional MINSAL) en 2010, a 90% en 2012.
- ✚ Aumento del porcentaje de usuarias activas de métodos permanentes y temporales de planificación familiar de 12% (promedio nacional MINSAL) en 2010, a 20% en 2012.
- ✚ Aumento de la cobertura de vacunación de Sarampión Rubéola y Parotiditis (SPR 1) en niños de 1 año de 88.9% (promedio nacional MINSAL) en 2010, a 96% en 2012.
- ✚ 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 de 70% (Promedio nacional MINSAL) en 2010, a 80% en 2012.

Para los 68 municipios:

- ✚ Aumentar el porcentaje de niños y niñas inscritos en control infantil en 80 % para 2012.
- ✚ Aumentar el porcentaje de mujeres embarazadas inscritas en control prenatal en 80% en 2012.
- ✚ Aumento del porcentaje de usuarias activas de métodos permanentes y temporales de planificación familiar de 30% (promedio nacional MINSAL) en 2010, a 40% en 2012.
- ✚ Aumento de la cobertura de vacunación de Sarampión Rubéola y Parotiditis (SPR 1) en niños de 1 año en 80% para 2012.
- ✚ Aumento del porcentaje de municipios que cuentan con un Consejo Local de Salud de 70% (Promedio nacional MINSAL) en 2010, a 80% en 2012.
- ✚ Conformación de 521 ECOS Familiares y de 28 ECOS Especializados a nivel nacional.

¹⁰ Para mayores detalles véase la Matriz de Indicadores de Desempeño en el Anexo 2 de esta síntesis.

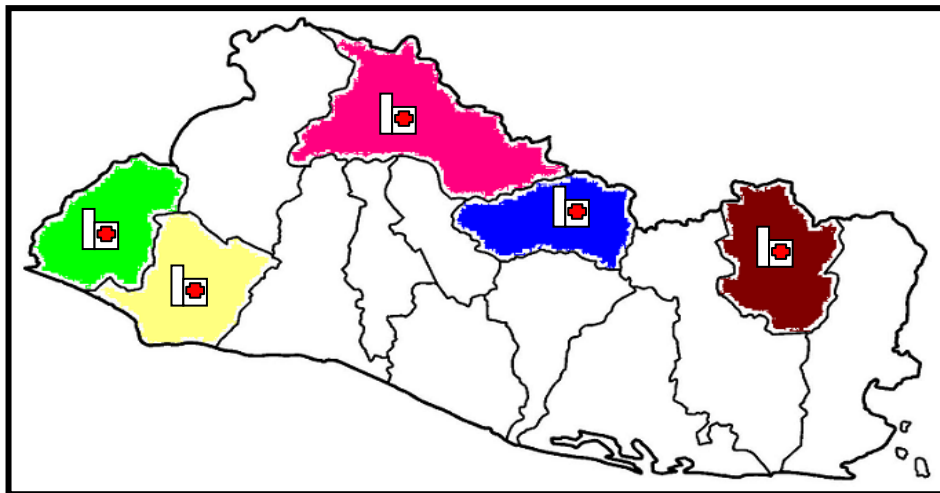
4.2 Intervención en Baja capacidad de respuesta de servicios de salud en 5 Hospitales de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.

a) Población Beneficiaria

La OP se desarrollará en el ejercicio 2012 a nivel nacional en 5 departamentos¹¹ del país, dentro de los cuales se han seleccionado 5 hospitales departamentales, siendo estos: Hospital Nacional Francisco Menéndez, Ahuachapán; Hospital Nacional Dr. Jorge Mazzini Villacorta, Sonsonate; Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez, Chalatenango; Hospital Nacional de Sensuntepeque y Hospital Nacional “Dr. Héctor Antonio Hernández Flores”, San Francisco Gotera, Morazán” (Ilustración No. 7) que se encuentran catalogados dentro del mapa de pobreza extrema y pobreza relativa del Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local (FISDL), dichos departamentos suman una población total que asciende a 1,136,813 habitantes de los cuales 939,290 habitantes serán la población objetivo para la presente intervención.

Ilustración N° 7

Hospitales Departamentales Focalizados en El Salvador



Elaboración: Propia

b) Componentes de la OP

Para la ejecución de la OP, el MINSAL ejecutará los siguientes componentes: (1) Incrementar la oferta y mejorar la calidad de la atención integral a la persona, mediante la oportuna intervención por personal calificado en el área de Gineco - obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía durante 24 horas, los 365 días del año; así como al menos durante 8 horas al día en el área de ortopedia, en 5 hospitales departamentales de referencia para los municipios intervenidos por la reforma de salud; (2) Incrementar el número de especialistas para atención clínica y quirúrgica en especialidades antes mencionadas; así como personal técnico auxiliar que se requiera para dicha

¹¹ Ahuachapán, Sonsonate, Chalatenango, Cabañas, Morazán.

atención; (3) Abastecer con medicamentos, materiales e insumos médicos y no médicos y dotar del equipo necesario para asegurar la calidad de la atención integral de la población; e (4) Implementar un plan de conservación y mantenimiento de la infraestructura hospitalaria y el equipo en general.

Es importante mencionar que en los hospitales departamentales seleccionados se ha incrementado la demanda espontánea y las referencias de casos por parte de los Ecos familiares y especializados por la reforma de salud desde enero del 2011, lo que ha traído como consecuencia una limitada capacidad de respuesta en los servicios de salud por parte de los referidos hospitales; en ese sentido, se pretende reforzarlos tanto en recursos humanos como medicamentos, insumos médicos y equipo indispensables para la prestación de los servicios médicos y hospitalarios.

Con lo anterior se pretende brindar atención hospitalaria de calidad a la madre para asegurar el bienestar materno infantil durante toda su estancia hospitalaria para la atención del parto y puerperio, proporcionar atención de calidad a niñas y niños que han sido ingresados para tratamiento hospitalario en el servicio de Pediatría, con énfasis en la asistencia oportuna del recién nacido durante el nacimiento y post parto inmediato, proveer atención de calidad a mujeres y hombres que han sido ingresados para tratamiento hospitalario médico o quirúrgico en los servicios de Ginecología, Medicina Interna y Cirugía General, así como asistir oportunamente la demanda de servicios quirúrgicos de ortopedia del área geográfica de influencia en coordinación con otras especialidades médicas y la red de servicios de primer nivel de atención.

c) Resultados y Productos Esperados

Con el propósito de medir el desempeño de la OP, se establecieron los indicadores de productos y resultados que la Institución se compromete a alcanzar, tales como:

- ✚ Reducir el tiempo de espera para acceder a consulta médica especializada por primera vez de 60 días (promedio nacional MINSAL) en 2010 a menos de 60 días en el 2012.
- ✚ Reducir el tiempo de espera para cirugía ginecológica de 60 días (promedio nacional MINSAL) en 2010, a menos de 60 días en el 2012.
- ✚ Reducir tiempo de espera para cirugía electiva de 60 días (promedio nacional MINSAL) en 2010, a 60 días en 2012.
- ✚ Aumentar el número de consultas especializadas de primera vez (desagregado por especialidad básica y ortopedia de 68,969 consultas (promedio nacional MINSAL) en 2010, a 75,865 consultas en 2012.
- ✚ Incrementar el porcentaje de partos atendidos por personal calificado de 98% (promedio nacional MINSAL) en 2010 a 100% en el 2012.
- ✚ Aumentar el número de egresos por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio de 20,808 egresos (promedio nacional MINSAL) en 2010 a 22,888 egresos en el 2012.
- ✚ Incrementar número de egresos por especialidad de pediatría de 9,712 egresos (promedio nacional MINSAL) en 2010 a 10,683 egresos en el 2012.
- ✚ Aumentar el porcentaje de niños y niñas recién nacidos atendidos oportunamente al nacimiento y postparto inmediato del 98% (promedio nacional MINSAL) en 2010 al 100% en el 2012.

- ✚ Aumentar el número de egresos por especialidad de ginecología de 2,848 egresos (promedio nacional MINSAL) en 2010 a 3,132 egresos en el 2012.
- ✚ Incrementar el número de egresos por especialidad de medicina interna de 11,068 egresos (promedio nacional MINSAL) en 2010 a 12,174 egresos en el 2012.
- ✚ Aumentar número de egresos por especialidad de cirugía de 8,528 egresos (promedio nacional MINSAL) en 2010 a 9,380 egresos en el 2012.

4.3. Esquema de Financiamiento

El costo de la OP asciende a US\$172,745,642, de los cuales el MINSAL aportará de su presupuesto institucional la cantidad de US\$117,218,503, y adicionalmente se requerirá financiamiento por US\$55,527,139.

Cabe destacar, que los recursos que el MINSAL destina hacia esta OP, han sido considerados en el Proyecto de Presupuesto Institucional para el 2012 en la Unidad Presupuestaria 02 Primer Nivel de Atención, Líneas de Trabajo de la 01 a la 16 que comprenden las diferentes Regiones de Salud, Unidad Presupuestaria 05 Programa Integrado de Salud (PRIDES), Préstamo BID No. 2347/OC-ES, Líneas de Trabajo de la 01 a la 03 y en la Unidad Presupuestaria 03 Apoyo a Instituciones Adscritas y Otras Entidades, Líneas de trabajo 07, 08, 09, 22 y 25 que comprenden los Hospitales Nacionales de Ahuachapán, Sonsonate, Chalatenango, Sensuntepeque y Morazán, cuyo detalle se presenta a continuación:

Ramo	3200	Ramo de Salud	
Área de Gestión	3	Desarrollo Social	
Unidad Presupuestaria	02	Primer Nivel de Atención	
Líneas de trabajo	01 a la 16	Estructura Presupuestaria correspondiente a las 5 Regiones de Salud del PNA Presupuesto Institucional	
Fuente de Financiamiento	1	Fondo General	
Clasificación Económica	21	Gastos Corrientes	
Rubros de Agrupación	51	REMUNERACIONES	US\$ 45,844,540
	54	ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS	US\$ 34,175,562
	55	GASTOS FINANCIEROS Y OTROS	US\$ 214,916
Unidad Presupuestaria	05	Programa Integrado de Salud (PRIDES), Préstamo BID No 2347/OC-ES	
Línea de trabajo	01 a la 03	Estructura Presupuestaria correspondiente al Programa Integrado de Salud.	
Fuente de Financiamiento	3	Préstamos Externos	
Clasificación Económica	22	Gastos de Capital	
Rubro de Agrupación	61	INVERSION EN ACTIVOS FIJOS	US\$ 12,606,000
SUB TOTAL			US\$ 92,841,018
Unidad Presupuestaria	03	Apoyo a Instituciones Adscritas y Otras Entidades	
Líneas de trabajo	07, 08, 09 22 y 25	Estructura Presupuestaria correspondiente a 5 Hospitales Nacionales	
Fuente de Financiamiento	1	Fondo General	
Clasificación Económica	21	Gastos Corrientes	
Rubro de Agrupación	56	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	US\$ 24,377,485
SUB TOTAL			US\$ 24,377,485
Total Aporte Ramo de Salud			US\$ 117,218,503

5. Monitoreo de la OP

Con el propósito de monitorear el desempeño y realizar el control y seguimiento del avance en la ejecución de la OP en el próximo año, el Ministerio de Hacienda en coordinación con el Ramo de Salud deberán establecer previo a la ejecución del presupuesto 2012, un cuadro de mando integral que permita analizar los indicadores de desempeño, así como también el nivel del logro de los objetivos trazados durante la formulación de la OP; a fin de poder efectuar el correspondiente seguimiento y evaluación que permita tomar las decisiones que se consideren pertinentes para asegurar la consecución de los objetivos de esta OP.

6. ANEXOS

Anexo 1: Municipios Incluidos en la Operación Piloto – Presupuesto por Resultados con Perspectiva de Genero.

Departamento	Municipios
Sonsonate	Caluco, Cuisnahuat, Santa Isabel Ishuatán, Santa Catarina Masahuat, Santo Domingo de Guzmán, Izalco, Nahiuзалco, Nahulingo, salcoatitán, San Antonio del Monte, Acajutla, Sonsonate.
Ahuachapán	Ahuachapán, Guaymango, Jujutla, San Pedro Puxtla, Tacaba, Apaneca, Atiquizaya, El Refugio, San Lorenzo, Turín, San Francisco Menéndez.
Cuscatlán	El Rosario, Monte San Juan, San Cristóbal, Santa Cruz Analquito, Tenancingo, El Carmen, San Jose Guayabal, San Pedro Perulapán, San Rafael Cedros, Santa Cruz Michapa, Suchitoto.
La Libertad	Comasagua, Chiltiupán, Jicalapa, Teotepeque, Colón, Jayaque, Quezaltepeque, Sacacoyo, San Matías, Tamanique, Tepecoyo, San Pablo Tacachico, San Juan Opico.
San Salvador	San Martín, Cuscatancingo, Aguijares, El Paisnal, Ilopango, Panchimalco, Rosario de Mora, Santiago Texacuangos, San Marcos, Tonacatepeque, Apopa, Mejicanos, San Salvador, Ciudad Delgado.
San Vicente	Apastepeque, Santa Clara, San Esteban Catarina, San Ildefonso, San Lorenzo, Verapaz, San Vicente, Tecoluca.
Cabañas	Cinquera, Ilobasco, Jutiapa, Tejutepeque, Victoria, Dolores, Sensuntepeque, San Isidro.
La Paz	Paraiso de Osorio, San Antonio Masahuat, San Emigdio, San Juan Tepezontes, San Miguel Tepezontes, San Pedro Nonualco, Santa María Ostuma, Tapalhuaca, San Juan Talpa, San Pedro Masahuat, San Luis la Herradura.
Usulután	Alegría, Berlín, Concepción Batres, Estanzuelas, Jucuarán, Mercedes Umaña, Nueva Granada, Ozatlán, San Agustín, Santa Elena, San Francisco Javier, Tecapán, Jiquilisco, Jucuapa, Puerto el Triunfo.
San Miguel	Carolina, Nuevo Edén de San Juan, San Antonio, San Gerardo, Ciudad Barrios, San Jorge, Sessori, Chapeltique, San Miguel, San Luis de la Reina.
Morazán	Arambala, Cacaopera, Corinto, Chilanga, Delicias de Concepcion, El Rosario, Gualococti, Guatajiagua, Joateca, Lolotiquillo, San Fernando, San Isidro, San Simón, Sensembra, Torola, Yamabal, Yoloaiquín, Osicala, Perquín, Meanguera, San Francisco Gotera, Sociedad.

Departamento	Municipios
La Unión	Lislique, San José, Yayantique, Anamorós, Conchagua, El Sause.
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, El Paraíso, Tejuela.
Santa Ana	Masahuat, Santa Rosa Guachipilín, Santiago de la Frontera, Santa Ana, Coatepeque, Chalchuapa.

Anexo 2: Matriz de Indicadores de Desempeño a Nivel de Resultados del Primer Nivel de Atención

Objetivo	Meta al 2012 102 municipios	Meta al 2012 68 municipios	Indicador de Desempeño
Aumentar la cobertura de los servicios de salud familiar integral en el Primer Nivel de Atención en municipios de pobreza extrema y pobreza relativa	85% (Línea de Base: 83.1%)	80% (Línea de Base: PD ¹²)	Porcentaje de niños y niñas inscritos en control infantil
	90% (Línea de Base: 85.7%)	80% (Línea de Base: PD)	Porcentaje de mujeres embarazadas inscritas en control prenatal
	20% (Línea de Base: 12.0%)	40% (Línea de Base: 30%)	Porcentaje de usuarias activas en métodos de planificación familiar
	96% (Línea de Base: 88.9%)	80% (Línea de Base: PD)	Aumentar la cobertura de vacunación con vacuna SPR1 (Sarampión, paperas y rubeola) en niños y niñas de un año
Reorganizar los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención	(Línea de Base: 380)	521 (Línea de Base: PD)	Número de Ecos Familiares conformados
	(Línea de Base: 28)	28 (Línea de Base: PD)	Número de ECOS Familiares Especializados conformados
	(Línea de Base: PD)	(Línea de Base: PD)	Número de atenciones preventivas en todos los grupos de edad
	(Línea de Base: PD)	(Línea de Base: PD)	Número de consultas anuales por morbilidad general atendidas
Mejorar la participación comunitaria y la coordinación intersectorial	80% (Línea de Base: 70%)	PD (Línea de Base: PD)	Porcentaje de municipios que cuentan con un Consejo Local de Salud

¹² **Pendiente de Definir (PD)**. Debido a que la mayor parte de las actividades a desarrollar durante la intervención son nuevas, no es posible conocer el punto de 'partida' de la intervención, es decir, los valores de los indicadores de los cuales se parte.

Anexo 3: Matriz de Indicadores de Desempeño a Nivel de Resultados del Segundo Nivel de Atención

Objetivo	Meta al 2012	Indicador de Desempeño
Incrementar la oferta de servicios y mejorar la calidad de atención integral a la persona mediante la oportuna intervención por personal calificado en el área de gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía y ortopedia.	<60 días (Línea de Base: 60 días)	Reducir el tiempo de espera para acceder a consulta médica especializada por primera vez
	<60 días (Línea de Base: 60 días)	Reducir el tiempo de espera para cirugía ginecológica
	<60 días (Línea de Base: 60 días)	Reducir tiempo de espera para cirugía electiva
	75,865 consultas (Línea de Base: 68,969 consultas)	Aumentar el número de consultas especializadas de primera vez (desagregado por especialidad básica y ortopedia)
	100% (Línea de Base: 98%)	Incrementar el porcentaje de partos atendidos por personal calificado
	22,888 (Línea de Base: 20,808 egresos)	Aumentar el número de egresos por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio.
	10,683 (Línea de Base: 9,712 egresos)	Incrementar número de egresos por especialidad de pediatría
	100% (Línea de Base: 98%)	Aumentar el porcentaje de niños y niñas recién nacidos atendidos oportunamente al nacimiento y postparto inmediato por personal calificado
	3,132 (Línea de Base: 2,848 egresos)	Aumentar el número de egresos por especialidad de ginecología
	12,174 (Línea de Base: 11,068 egresos)	Incrementar el número de egresos por especialidad de medicina interna
	9,380 (Línea de Base: 8,528 egresos)	Aumentar número de egresos por especialidad de cirugía

Objetivo	Meta al 2012	Indicador de Desempeño
Incrementar el número de especialistas para atención clínica y quirúrgica en gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía general, para mantener el servicio especializado las 24 horas, los 365 días del año y al menos 8 horas de ortopedia, así como personal técnico auxiliar que se requiera para dicha atención	(Línea de Base: PD ¹³)	Aumentar el número de plazas de 8 horas contratadas (desagregado por especialidad básica, ortopedia y disciplina)
Abastecer de medicamentos, materiales e insumos médicos y no médicos y equipo necesario para asegurar la calidad de la atención integral de la población en los 5 hospitales a intervenir	90% (Línea de Base: 81%)	Incrementar el porcentaje de abastecimiento de medicamentos, materiales, insumos médicos y no médicos vitales y esenciales
Implementar un plan de conservación y mantenimiento de la infraestructura hospitalaria y el equipo en general en los 5 hospitales intervenidos	100% (Línea de Base: PD)	Establecer un porcentaje de órdenes de conservación y mantenimiento preventivo solicitadas y resueltas oportunamente

¹³ **Pendiente de Definir (PD).** Debido a que la mayor parte de las actividades a desarrollar durante la intervención son nuevas, no es posible conocer el punto de partida de la intervención, es decir, los valores de los indicadores de los cuales se parte.



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

