

EL SALVADOR

PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD

(ES-L1027)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

El presente documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por Antonio Giuffrida (SPH/CBR), Jefe de equipo; Maria Fernanda Merino (SCL/SPH), jefa de equipo alterna; Luis Tejerina (SCL/SPH), Juan Carlos Pérez-Segnini (LEG/SGO), Claudia Pévere (SCL/SPH), Karen Munguia (CID/CES), Santiago Castillo (PDP/CES) y Mario Castañeda (PDP/CES).

INDICE

I.	DESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RESULTADOS	1
A.	Antecedentes y problemas abordados	1
B.	Justificación del programa	4
C.	Objetivos y componentes	6
D.	Costos.....	8
E.	Marco de resultados con indicadores clave	9
II.	ESTRUCTURA FINANCIERA Y RIESGOS PRINCIPALES	10
A.	Instrumento de financiamiento	10
B.	Riesgos ambientales.....	10
C.	Riesgo fiduciario	11
D.	Otros temas y riesgos	12
III.	PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN	12
A.	Resumen del esquema de ejecución.....	12
B.	Adquisiciones.....	13
C.	Resumen del esquema de monitoreo y evaluación	14
D.	Actividades significativas de diseño después de la aprobación.....	14

Anexos

Anexos

ANEXO I: Resumen de la Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM)

ANEXO II: Marco de Resultados

ANEXO III: Plan de Adquisiciones Inicial

Enlaces Electrónicos

Requeridos

1. Formulario de Evaluación y Salvaguardias Ambientales y Sociales para la Clasificación de Proyectos (SSF) <http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getdocument.aspx?DOCNUM=35137858>
2. Plan Operativo Anual (POA) <http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getdocument.aspx?DOCNUM=35098280>
3. Arreglos para el Monitoreo y Evaluación de la Operación <http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getdocument.aspx?DOCNUM=35098260>
4. Acuerdo y requisitos fiduciarios en adquisiciones <http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getdocument.aspx?DOCNUM=35098712>

Opcionales

1. Borrador de Plan de Ejecución del Programa (PEP) <http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getdocument.aspx?DOCNUM=35099229>
2. Informe fiduciario – Gestión financiera <http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getdocument.aspx?DOCNUM=35115403>
3. Evaluación de control interno – Capacidad institucional <http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getdocument.aspx?DOCNUM=35115405>
4. Cuadro de costos por componente y subcomponente <http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getdocument.aspx?DOCNUM=35137850>

SIGLAS Y ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria en Salud
AUP	Asentamientos Urbanos Precarios
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
DIGESTYC	Dirección General de Estadística y Censos
EHPM	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples
ESR	Revisión de medio ambiente e impacto social
FOSALUD	Fondo Solidario para la salud
ISSS	Instituto Salvadoreño de Seguridad Social
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG	Organización no Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OVE	Oficina de Evaluación y Supervisión
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PEP	Plan de Ejecución del Programa
PIB	Producto Interno Bruto
POA	Plan Operativo Anual
PQD	Plan Quinquenal de Desarrollo
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RPBI	Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos
SAFI	Sistema de Administración Financiera Integrada
SECI	Sistema de Evaluación de la Capacidad Institucional
SEM	Sistema de Emergencia Médica
SNS	Sistema Nacional de Salud
SUIS	Sistema Único de Información en Salud
UACI	Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional
UCP	Unidad Coordinadora del Programa
UFI	Unidad Financiera Institucional

RESUMEN DEL PROYECTO

EL SALVADOR

PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD (ES-L1027)

Términos y condiciones financieras				
Prestatario: Republica de El Salvador Organismo ejecutor: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)			Plazo de amortización:	25 años
			Período de desembolso:	5 años
			Período de gracia:	5 años
			Período para iniciar la construcción de obras:	4 años
Fuente	Monto	%	Tasa de interés:	Variable / LIBOR
BID (Capital Ordinario)	US\$60 millones	68.5	Inspección y vigilancia:	*
Local	US\$22,7 millones	31.5	Comisión de crédito:	*
Total	US\$82,7 millones	100	Moneda:	Dólares estadounidenses de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario del Banco
Sinopsis del proyecto				
Objetivo del proyecto: El objetivo del programa es contribuir a mejorar la situación de salud de la población de El Salvador, implementando una red pública integrada de salud que desarrolle un nuevo modelo de gestión y atención centrado en la estrategia de atención primaria en salud integral, que brinde atención de calidad, con un enfoque de universalidad de derechos, abordaje intersectorial y participativo.				
Cláusulas contractuales especiales: 1. Condiciones previas al primer desembolso del financiamiento: (i) Entrada en vigencia del Manual de Operaciones del programa (pár. 3.1); y (ii) La formalización de la Unidad Coordinadora del Programa (UCP) a través de un acuerdo ministerial y designación de su coordinador general (pár. 3.1). 2. Condiciones especiales de ejecución: (i) Evidencia de la progresiva incorporación del financiamiento de los gastos recurrentes en el presupuesto ordinario del MSPAS (pár. 2.5); (ii) Plazo para iniciar la construcción de obras: a más tardar cuatro años, a partir de la fecha de entrada en vigencia del contrato de préstamo (pár. 2.5); (iii) Contratación de la primera evaluación externa: cuando haya transcurrido la mitad del tiempo previsto de desembolso o comprometido el 50% de los recursos del programa (lo que ocurra primero) (pár. 3.4); y (iv) Contratación de la evaluación final externa: una vez comprometido el 80% de los recursos del programa (pár. 3.4).				
Excepciones a las políticas del Banco: ninguna.				
El proyecto califica como: SEQ [X] PTI [X] Sector [X] Geográfica [] % de beneficiarios []				

- (*) La comisión de crédito y comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de cargos financieros del Banco, de conformidad con las disposiciones aplicables de la política del Banco sobre metodología para el cálculo de cargos para préstamos del capital ordinario. En ningún caso la comisión de crédito podrá exceder del 0,75%, ni la comisión de inspección y vigilancia exceder, en un semestre determinado, lo que resulte de aplicar el 1% al monto del financiamiento, dividido por el número de semestres comprendido en el plazo original de desembolsos.

I. DESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RESULTADOS

A. Antecedentes y problemas abordados

- 1.1 El perfil epidemiológico de El Salvador no se diferencia mucho de otras poblaciones de la región latinoamericana, ya que está compuesto por una doble carga de enfermedades infecciosas endémicas y epidémicas, emergentes y reemergentes, y enfermedades crónicas no infecciosas y una epidemia de enfermedad mental muy ligada al alcoholismo y a otras adicciones en claro ascenso. Adicionalmente a los altos índices de pobreza, el país sufre violencia y lesiones de nivel epidémico. Todo ello en un contexto de falta de seguridad alimentaria, de desnutrición crónica y de deficiencia de micronutrientes, así como sobrepeso y obesidad.
- 1.2 Los datos más recientes indican que la proporción de años de vida perdidos atribuida a enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales representa el 37% del total y está en descenso. Por otro lado las enfermedades no-transmisibles (principalmente enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades mentales, asma y circulatorias) están en rápido ascenso y llegan a representar el 39% de la carga de enfermedad. El restante 24% es atribuible a accidentes y violencia.

Cuadro 1. Distribución de los años de vida perdidos por causas amplias

	Enfermedades transmisibles maternas, perinatales y nutricionales	Enfermedades no- transmisibles	Accidentes
2002	41%	21%	38%
2007	37%	39%	24%

Fuente: WHO. *The Global Burden of Disease*. WHO, Geneva, 2008; y <http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp>

- 1.3 Una de las características básicas del sistema de salud salvadoreño es su fragmentación y segmentación¹:
- a. El sistema público del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) es utilizado por el 77% de la población salvadoreña². El MSPAS es la entidad rectora del sector sanitario salvadoreño responsable de las funciones normativas y regulatorias del sector, y también brinda servicios de salud pública (control de riesgos sanitarios, mantenimiento de la red de laboratorios, etc.).

¹ **Segmentación** se refiere a la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos especializado en diferentes estratos de la población de acuerdo a su inserción laboral y capacidad de pago. **Fragmentación** del sistema de provisión de servicios es la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial.

² La red de salud del MSPAS es conformada por 377 unidades de salud, 160 casas de salud, 46 centros rurales de salud y nutrición, 2 clínicas, 3 centros de atención de emergencia y 30 hospitales: Boletín Informativo de Indicadores en Salud 2008. MSPAS, San Salvador, 2008; http://www.mspas.gob.sv/boletines_estadisticos.asp

- b. La Seguridad Social, integrada por el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS), el Bienestar Magisterial y la Sanidad Militar, cubre el 23% de la población total salvadoreña. La seguridad social vincula el acceso a los servicios de salud a la condición laboral (principalmente los trabajadores del sector formal de la economía y sus familiares).
 - c. Los servicios de salud privados son pagados por los usuarios directamente al momento del servicio (gasto de bolsillo) o a través de seguros de salud prepagados. A pesar que el 38,2% del gasto total en salud es privado, solamente el 11,1% del gasto privado es financiado a través de planes de prepagados.
- 1.4 El cCuadro 2 presenta la evolución y composición del financiamiento público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB)³. Es importante resaltar que el nivel de recursos otorgado al MSPAS, que representa el 1,5% del PIB del país incluyendo el gasto de los hospitales nacionales, está muy por debajo del nivel de gasto de otros países de la región (Nicaragua 4,7%, Honduras 7,6%, etc.). Por lo tanto la composición del gasto público en salud actual, donde cada afiliado al ISSS recibe US\$239 de recursos en salud y cada usuario del MSPAS solamente US\$82, consolida y profundiza la inequidad en el acceso a los servicios de salud entre los diferentes grupos de la población, y expone a su población a un riesgo elevado de incurrir en un gasto de salud catastrófico y/o empobrecedor⁴.

Cuadro 2. Evolución y composición del gasto público en salud

	2005	2006	2007	2008
Como porcentaje del PIB	3,4%	3,4%	3,3%	3,0%
MSPAS – Otros	0,4%	0,5%	0,9%	0,8%
MSPAS - Hospitales Nacionales	1,2%	1,2%	0,7%	0,7%
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	1,7%	1,7%	1,7%	1,4%
Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%
En millones de US\$	575,9	634,9	677,4	664,9
MSPAS – Otros	74,2	89,0	175,1	184,9
MSPAS - Hospitales Nacionales	199,6	215,2	152,8	164,8
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	291,6	324,0	342,1	306,7
Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada	10,5	6,7	7,4	8,5

Fuente: Ministerio de Finanzas y Banco Central de El Salvador.

- 1.5 Alrededor de una tercera parte del presupuesto del MSPAS es canalizado al nivel primario de salud. El nivel primario de salud es también financiado a través del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)⁵, cuyo presupuesto, cercano a US\$20 millones anuales, es utilizado principalmente para el pago salarial de personal de servicios

³ Murrugarra E. *Enhancing the Efficiency and Targeting of Social Expenditure*. In *El Salvador – Public Expenditure Review*. The World Bank, In press.

⁴ El elevado nivel de gasto de bolsillo significa que entre 2-6% de las familias salvadoreñas están en riesgo de incurrir en un gasto catastrófico en salud en un año. Véase: Xu, Evans, Kawabata, et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet* 2003,362, 111–117.

⁵ El FONSALUD fue creado en el 2004 y es financiado a través de un impuesto específico a la venta de alcohol, tabaco y armas.

médicos, técnicos y administrativos; compra de medicamentos e insumos médicos y para los laboratorios. Existe además una mayor coordinación entre el MSPAS y FOSALUD logrado a partir de la presente administración. Sin embargo, dado que el presupuesto de FOSALUD no se encuentra integrado al presupuesto ordinario del MSPAS se crea rigidez en la estructura de financiación del sector y una duplicación administrativa.

- 1.6 La estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) en la última década se centró en la “extensión de cobertura” consistente en la entrega de un paquete básico de servicios de salud preventiva, nutrición y control familiar dirigido a la población pobre a través de contratación de Organizaciones no Gubernamentales (ONG). Esta estrategia, apoyada por el BID y el Banco Mundial, contribuyó a la disminución de la mortalidad materno-infantil y desnutrición infantil, y al aumento de la cobertura de los servicios de salud preventiva (esquema de vacunación, control prenatal, control a los niños menores de dos años)⁶. Estos avances han permitido al país avanzar en el cumplimiento de algunas de las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. De otro lado, la baja capacidad de resolución del primer nivel de atención y de la fragmentación del sistema estimula el uso de servicios de consulta especializada en centros hospitalarios y de servicios de urgencia para tener acceso a atención; admisión hospitalaria de pacientes cuyos casos podrían haberse resuelto en el primer nivel de atención; prolongación de la permanencia de los pacientes en el nivel hospitalario por ausencia de contrarreferencia^{7,8}.
- 1.7 La aprobación en 2008 de la Política Nacional de Salud constituyó el Sistema Nacional de Salud (SNS) que representa, a nivel conceptual, un primer paso para reducir la fragmentación del sistema. Sin embargo, la ley resultante excluyó del SNS al sector formador de recursos humanos en salud y al sector privado, que quedó de este modo exento de todo tipo de regulación y no superó la segmentación y fragmentación del sistema⁹.
- 1.8 Recientemente, la “Encuesta de Diagnóstico de Servicios, Capacidades y Recursos Humanos en Salud”¹⁰, permitió cuantificar las deficiencias en términos de recursos humanos, equipos e infraestructura física de las unidades de salud, así como su limitada integración. La encuesta permitió también cuantificar la baja capacidad relativa del primer nivel de atención. Con relación a los servicios de atención

⁶ Ver el PCR del programa ES-0053; 1092/OC-ES.

⁷ Véase la evaluación de las actividades del Banco en salud durante el período 1995-2005 efectuada por la Oficina de Evaluación y Supervisión (OVE) del BID (Reporte No. RE-324 párrafos 4.5-4.19 y 4.56). El estudio de OVE reporta conclusiones similares en evaluar las experiencias de “extensión de cobertura” implementada en Guatemala y Nicaragua (ver RE-324 párrafos 4.47-4.59).

⁸ Lewis, Eskeland and Traa-Valerezo (2005). *Primary Health Care in Practice: Is It Effective? Centre for Global Development, Working Paper n. 55*.

⁹ Véase: Espinoza y Barten. Health reform en *El Salvador: a lost opportunity for reducing health inequity and social exclusion? J Epidemiol Community Health* 2008; 62(5): 380-381.

¹⁰ La encuesta efectuada en octubre de 2009 levantó informaciones de las 377 unidades de salud del MSPAS.

brindados, 2% de las unidades de salud atienden consultas de medicina interna, 9% consultas pediátricas, 11% consultas ginecológicas, 5% consultas de psicología, 6% consultas de nutrición, 8% de las unidades de salud brindan atención al parto y 30% servicios de laboratorios clínicos. Se encuentran deficiencias también en la dotación de equipos (tensiómetros, nebulizadores, equipos de rayos X, ambulancias equipadas, etc.), así como en la disponibilidad de recursos humanos. El análisis de la capacidad instalada del laboratorio central¹¹, encontró deficiencias importantes en su capacidad de vigilancia epidemiológica y control de calidad. Esta información permitió determinar las necesidades de inversión en el primer nivel de atención para mejorar su capacidad resolutive y su integración en redes de atención.

B. Justificación del programa

- 1.9 El nuevo Gobierno de El Salvador, que entró en funciones en junio de 2009, está desarrollando su Plan Quinquenal de Desarrollo 2009-2014 (PQD 2009-14)¹². En salud el gobierno planteó una serie de estrategias prioritarias¹³.
 - a. SNS basado en la estrategia atención primaria de salud integral: reorientar todo el sistema hacia la APS que garantiza una cobertura universal con elevada capacidad resolutive como base de un nuevo modelo de atención integral e integrado en redes de atención que incluye todos los niveles del sistema y la acción intersectorial para el abordaje de los determinantes de la salud.
 - b. Sistema de información estratégica en salud: establecer un sistema de información estratégica de calidad, como instrumento para tomar decisiones basadas en la evidencia, facilitar la contraloría social y la planificación, control y asignación de recursos¹⁴.
 - c. Reducción del impacto de emergencia y desastre: garantizar una atención adecuada de las emergencias, epidemias y desastres naturales y antrópico con enfoque de gestión de riesgos.
 - d. Sistema nacional de investigación en salud: crear un sistema nacional de investigación en salud que permita generar conocimiento con relación a los

¹¹ El laboratorio central “Dr. Max Bloch” es la institución de referencia de la red de laboratorios del país, que brinda servicios de análisis, diagnóstico y confirmación de enfermedades emergentes y reemergentes; detección del cáncer cérvico uterino; producción de reactivos biológicos; control de calidad de alimentos, agua y ambiente.

¹² El PQD 2009-14 apunta a redireccionar hasta el 2% del PIB hacia áreas sociales y construir un Sistema de Protección Social Universal que incluye la expendición del programa Comunidades Solidarias, establecer un programa de empleos temporales y programas especiales de inversión en salud, educación e infraestructura <http://www.imf.org/external/spanish/np/sec/pr/2009/pr09322s.htm>

¹³ Véase: María Isabel Rodríguez, “*Construyendo la Esperanza, Estrategias y Recomendaciones en Salud del nuevo Gobierno, 2009-2014*”, San Salvador, El Salvador, Mayo de 2009.

¹⁴ Ver Stansfield, Walsh, Prata, Evans. *Information to Improve Decision Making for Health*. 1,017-1,030. 2006. New York, Oxford University Press. *Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition)* para una justificación de las intervenciones.

problemas de salud nacionales, fortalecer la capacidad de los recursos humanos, producir evidencia que sustente la toma de decisiones, y fortalecer la capacidad de la red nacional de laboratorios de salud.

- e. Participación social y comunitaria: crear estructuras y un proceso amplio de participación ciudadana activa, propositiva, vigilante y permanente (para la rendición de cuentas y la contraloría social).

1.10 Las líneas estratégicas arriba indicadas serán apoyadas por el programa. Con relación a la primera línea estratégica “reorientar todo el sistema hacia la APS” es importante subrayar que la Organización Panamericana de la Salud insta a los países miembro a elaborar planes nacionales de acción para impulsar el establecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la APS (RISS-APS) como modalidad preferencial de prestación de servicios de salud dentro del país¹⁵. Las evidencias acumuladas a favor de RISS-APS son:

- a. Mayor capacidad resolutive del primer nivel de atención en salud es asociada con mejores resultados sanitarios. Por ejemplo, a nivel de países se encuentra una relación estadísticamente significativa entre las tasas de mortalidad (todas las causas; mortalidad prematura; mortalidad prematura por causas específicas: asma, bronquitis, enfisemas, neumonía, problemas del aparato circulatorio y cardíacos) y el nivel de desarrollo del primer nivel de atención en salud (accesibilidad geográfica, continuidad, coordinación y participación comunitaria)^{16,17}.
- b. El fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención integral es costo efectiva, en cuanto reduce la utilización de servicios de salud en los niveles secundarios y terciarios de atención¹⁸ (que son más caros), y así permite reducir los costos totales del sector salud.

1.11 Además, los modelos de organización de los servicios de salud más costo-efectivos para manejar enfermedades crónicas (por ejemplo diabetes y problemas circulatorios) cuyo peso relativo en el perfil epidemiológico salvadoreño aumenta constantemente (ver Cuadro 1), están centrados alrededor de una estrategia de RISS-APS¹⁹.

¹⁵ 49ª Reunión de Consejo Directivo de la OPS, resolución CD 49 R 22 del 13 de agosto de 2009.

¹⁶ Starfield, Shi, Macinko. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457–502.

¹⁷ Macinko, Starfield, Shi. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries (1970-1998). *Health Service Research* 2003; 38(3):831–865.

¹⁸ Bindman, Grumbach, Osmond et al., Preventable Hospitalizations and Access to Health Care. *JAMA* 1995;274:305-11.

¹⁹ Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. The Chronic Care Model, Part 2. *JAMA* 2002; 288:1909-1914.

Finalmente, existe evidencia empírica de la relación causal entre nivel de desarrollo de RISS-APS y el estado de la salud en varios países^{20,21}.

- 1.12 El programa está estrechamente relacionado al Programa Comunidades Solidarias Urbanas (ES-L1044), que apoya la expansión del programa de transferencias condicionales Comunidades Solidarias en Asentamientos Urbanos Precarios (AUP). El programa ES-L1044 brindará los recursos financieros para fortalecer la oferta de salud en los AUP situados fuera de las áreas de intervención del Componente I (ver párrafo 1.16). Se prevé que los recursos de la operación ES-L1044 destinados al fortalecimiento de la oferta de salud serán co-ejecutados con el MSPAS bajo el mismo modelo de RISS-APS apoyado por el programa.
- 1.13 El programa acordado en el ejercicio de programación celebrado en agosto de 2009 está estrechamente alineado con la estrategia del BID con El Salvador²² que contempla entre los objetivos del país el apoyo al sistema de protección social; y entre los objetivos estratégicos del BID, mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud y nutrición.
- 1.14 Además, se buscará complementar el programa con la Iniciativa Mesoamericana en Salud (GN-2520), que brinda fondos no reembolsables para financiar intervenciones en salud dirigidas al 20% de la población más pobre. De manera preliminar se espera que la Iniciativa Mesoamericana en Salud pueda apoyar la ampliación del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) con la introducción de vacunas de probada costo-eficacia. Es importante resaltar que el programa complementará las inversiones de la Iniciativa Mesoamericana en Salud a través del fortalecimiento de la APS, elemento necesario para expandir el PAI.

C. Objetivos y componentes

- 1.15 El objetivo del programa es contribuir a mejorar la situación de salud de la población salvadoreña, implementando una red pública integrada de salud que desarrolle un nuevo modelo de gestión y atención centrado en la estrategia de atención primaria de salud integral, que brinde atención de calidad, con un enfoque de universalidad de

²⁰ L. Shi et al., Primary Care, Income Inequality, and Stroke Mortality in the United States: A Longitudinal Analysis, 1985–1995. *Stroke* 34, no. 8 (2003): 1958–1964; L. Shi et al., Primary Care, Infant Mortality, and Low Birth Weight in the States of the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58, no. 5 (2004): 374–380; and L. Shi et al., The Relationship between Primary Care, Income Inequality, and Mortality in U.S. States, 1980–1995. *Journal of the American Board of Family Practice* 16, no. 5 (2003): 412–422.

²¹ Macinko, Starfield, Erinosho. The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low- and Middle-Income Countries, *Journal of Ambulatory Care Management* 32(2): 150-171, 2009. Guanis, Macinko. The health effects of primary care decentralization in Brazil. *Health Aff (Millwood)*. 2009; 28(4):1127-35. Guanis, Macinko. Primary care and avoidable hospitalizations: Evidence from Brazil. *Journal of Ambulatory Care Management* 2009 32 (2): 114-21. Macinko, Guanis, Souza. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epid. and Community Health* 2006 60:13-19.

²² La estrategia está pendiente de aprobación por parte del gobierno y del BID.

derechos, abordaje intersectorial y participativo. Para lograr este objetivo, el programa financiará los siguientes componentes:

1. Componente 1: Implementación del modelo de atención integral e integrada

- 1.16 Este componente tiene el objetivo de implementar un modelo de atención en salud centrado en RISS-APS como modalidad preferencial de prestación de servicios de salud. El componente financiará el desarrollo del nuevo modelo de atención y su implementación en los departamentos de San Miguel, Chalatenango y Sonsonate, y en toda el área metropolitana de San Salvador²³. Los departamentos fueron seleccionados por las siguientes características: (i) San Miguel, ofrece la experiencia más importante en el país de coordinación entre el MSPAS y el ISSS; (ii) Chalatenango, por una fuerte tradición organizativa y de participación social en salud que podría ser generalizada al resto del SNS; (iii) Sonsonate, por los niveles alarmantes de mortalidad materna e infantil; y (iv) San Salvador por el alto impacto de la migración rural-urbana y las condiciones de pobreza en que los migrantes viven.
- 1.17 Para lograr este objetivo se prevé financiar los siguientes tipos de actividades que están enfocadas a establecer redes de atención (ver PEP preliminar): (i) infraestructura para expandir y mejorar la red de unidades de salud; (ii) compra de equipos médicos e insumos médicos para los centros de salud; (iii) selección, contratación, inserción y capacitación del nuevo personal sanitario y reasignación/redistribución de parte del personal ya existente en las RISS-APS; (iv) definición y normatización de nuevas estructuras de gestión de redes integradas de salud según territorios, incluyendo la normatización referente a los aspectos de gestión ambiental (residuos sólidos, bioseguridad y salud ambiental); (v) elaboración de instrumentos e instructivos del sistema de referencias y contra-referencias; y (vi) apoyo al diseño, implementación y control de planes locales de participación social sobre determinantes de salud en los territorios asignados a las unidades de salud.

2. Componente 2: Fortalecimiento del MSPAS

- 1.18 Este componente tiene el objetivo de fortalecer la capacidad central del MSPAS, incluyendo el desarrollo del Sistema Nacional de Emergencias Médicas (SEM), el desarrollo del Sistema Único de Información en Salud (SUIS) y el fortalecimiento de la red de laboratorios en el contexto de la creación del Instituto Nacional de Salud.
- 1.19 Sistema de Emergencias Médicas (SEM). El subcomponente está dirigido a crear un sistema nacional de emergencias que implica una mejora sustancial en el sistema pre-hospitalario del país y su coordinación con el sistema hospitalario, articulando, en un primer momento, los recursos existentes de las diversas instituciones que prestan servicios pre-hospitalarios (ONG con carácter voluntario como la Cruz Roja Salvadoreña, el Comando de Salvamento y la Cruz Verde, así como la Policía

²³ La población beneficiada por el Componente 1 representa 2 millones y medio de personas.

Nacional Civil). Asimismo, establecer un sistema de comunicaciones y un sistema de coordinación de las llamadas. Además, en el ámbito hospitalario, se apunta a mejorar el equipamiento, obra física y capacitación de personal de unidades de máxima urgencia en 16 hospitales de forma progresiva hasta cubrir todo el territorio nacional en cuatro años, comenzando por los hospitales Rosales, Santa Ana, San Miguel y Santa Tecla por su ubicación geográfica en relación a las redes de servicios, así como mejorar la dotación de ambulancias equipadas y dotadas con personal capacitado. El subcomponente financiará: (i) equipos e insumos para el funcionamiento del SEM; (ii) equipamiento y obra física en las unidades de máxima urgencia; y (iii) selección, contratación, inserción y capacitación del nuevo personal sanitario del SEM así como la capacitación del personal ya existente que será reasignado de acuerdo a necesidades.

- 1.20 Sistema Único de Información en Salud (SUIS). El objetivo es establecer un sistema que genere información oportuna y de calidad para la toma de decisiones, tanto clínicas, de manejo de pacientes (incluyendo su referencia y contrarreferencia entre niveles de atención), de administración de unidades y hospitales, de asignación de recursos, etc. Las acciones planteadas, que derivan de una evaluación de los diferentes componentes que integran un sistema de información, buscan integrar los planes de gestión de datos e indicadores que los distintos programas e instituciones, agencias o proyectos han desarrollado en el curso del tiempo de manera aislada, fragmentando así el sistema de información. Se busca asimismo lograr conectar a los productores de información en una red única que facilite la compilación de datos, la generación de indicadores sobre el sistema de salud y el estado de salud de la población y sus determinantes y el análisis oportuno de la información. El subcomponente financiará: (i) equipamiento e insumos para el funcionamiento del SUIS en el marco del nuevo modelo de atención; y (ii) selección, contratación, inserción y capacitación del nuevo personal del SUIS.
- 1.21 Fortalecimiento de la red de laboratorios de salud pública. El objetivo es fortalecer y modernizar la red de laboratorios de salud pública para resolver algunas de las limitaciones más importantes en la infraestructura física, falta de equipamientos, acceso a reactivos y recursos humanos. Las acciones planteadas buscan corregir asimismo, las deficiencias en la aplicación de la normativa de bioseguridad y salud ambiental. Para lograr este objetivo se financiará: (i) infraestructura física de un nuevo laboratorio central, como parte del Instituto Nacional de Salud; (ii) sustitución del equipo defectuoso y adquisición de nuevos equipos; (iii) adquisición de reactivos; y (iv) selección, contratación y capacitación de recursos humanos.
- 1.22 Este componente asimismo financiará, el fortalecimiento de las unidades del MSPAS que serán involucradas en la implementación del programa (ver párrafos 2.3-2.4).

D. Costos

- 1.23 El costo total del programa presentado en el Cuadro 3 es de US\$82.745.494: US\$60 millones de financiamiento BID y US\$22.745.494 de recursos de contrapartida local, que serán destinados al financiamiento progresivo de los gastos recurrentes (ver

párrafo 2.5 y enlace electrónico opcional 4 que presenta el cuadro de costos por componente y subcomponente).

Cuadro 3. Costos del programa (en US\$)

CATEGORÍA DE COSTO	BID	LOCAL	TOTAL	%
Remuneraciones	12.562.806	11.062.806	23.625.613	28,6%
1.1 Fortalecimiento Recursos Humanos para APS	3.999.375	3.999.375	7.998.750	9,7%
2.1.3 Recursos Humanos para SEM	4.947.400	4.947.400	9.894.800	12,0%
2.2.2 Recursos humanos SUIS	1.173.000	1.173.000	2.346.000	2,8%
2.3.4 Recursos Humanos red laboratorios	943.031	943.031	1.886.063	2,3%
2.4.1 Fortalecimiento RRHH UFI del MSPAS	300.000	-	300.000	0,4%
2.4.2 Fortalecimiento RRHH UACI del MSPAS	300.000	-	300.000	0,4%
3.1.1 Personal UCP-MSPAS	900.000	-	900.000	1,1%
Bienes y Servicios	16.070.480	8.287.125	24.357.605	29,4%
1.3 Insumos y gasto funcionamiento RISS-APS	6.328.125	6.328.125	12.656.250	15,3%
1.4 Capacitaciones, políticas y normas RISS-APS	5.263.355	-	5.263.355	6,4%
1.5 Fortalecimiento mecanismos de participación social en la APS	100.000	-	100.000	0,1%
2.1.2 Gastos recurrente de equipamiento SEM	1.184.500	1.184.500	2.369.000	2,9%
2.2.4 Capacitación a usuarios del sistema	980.000	-	980.000	1,2%
2.3.2 Insumos recurrentes	774.500	774.500	1.549.000	1,9%
2.4.2 Fortalecimiento archivo UACI del MSPAS	100.000	-	100.000	0,1%
3.1.2 Material y insumos UCP	240.000	-	240.000	0,3%
3.2 Evaluación intermedia y final	700.000	-	700.000	0,8%
3.3 Auditoria financiera	400.000	-	400.000	0,5%
Inversión activos fijos	30.502.388	3.395.563	33.897.950	41,0%
1.2 Adecuación infraestructura física para APS	16.943.154	-	16.943.154	20,5%
2.1.1 Equipamiento y obra física en las unidades de máxima urgencia	768.100	-	768.100	0,9%
2.2.1 Equipos de informática, servidores y telefonía IP	1.592.875	-	1.592.875	1,9%
2.2.3 Equipamiento recurrente	3.395.563	3.395.563	6.791.125	8,2%
2.3.1 Equipamientos y insumos no recurrentes	1.702.696	-	1.702.696	2,1%
2.3.3 Construcción edificio del nuevo laboratorio central	6.100.000	-	6.100.000	7,4%
IMPREVISTOS	864.326		864.326	1,0%
TOTAL	60.000.000	22.745.494	82.745.494	100,0%

E. Marco de resultados con indicadores clave

- 1.24 El Marco de Resultados (Anexo II) incluye los siguientes tipo de indicadores: (i) indicadores sanitarios capaces de cuantificar la contribución del programa en el mejoramiento de la situación de salud de la población: mortalidad materna, perinatal, infantil por enfermedades prevenibles y por cáncer cervicouterino; (ii) indicadores relacionados a los principales productos del Componente I: el número de unidades de salud del primer nivel de atención con dotación adecuada de recursos humanos, equipos médicos e infraestructura; el número de personal capacitado en el sistema de gestión de la RISS-APS y en el sistema de referencia y contrarreferencia; (iii) indicadores sanitarios (de resultados) que serán mejorados a través del acceso garantizado a prestaciones integrales de salud brindadas en el primer nivel de atención en las áreas de intervención del proyecto; (iv) indicadores relacionados con los principales productos del Componente II: SEM, SUIS y laboratorios públicos; y (v) indicadores de resultado que serán mejorados a través de las intervenciones del

Componente II: tasa de mortalidad por causa externa en las primeras 48 horas, nivel de integración de los varios sistemas de informaciones en salud y calidad de la capacidad diagnóstica de la red de laboratorios.

II. ESTRUCTURA FINANCIERA Y RIESGOS PRINCIPALES

A. Instrumento de financiamiento

- 2.1 Préstamo de inversión. Considerando las características del programa, cuyo financiamiento se concentrará en una alta proporción en inversiones en infraestructura, y que el organismo ejecutor cuenta con experiencia previa de trabajo con el Banco, se ha considerado que el instrumento financiero más adecuado para esta operación es el de préstamo de inversión. El período de desembolsos es de cinco años y el plazo para iniciar la construcción de obras es de cuatro años, a partir de la fecha de entrada en vigencia del contrato de préstamo. El Cuadro 4 presenta el calendario de desembolsos de los recursos del programa:

Cuadro 4. Flujo estimado de desembolsos (en miles de US\$)

Fuente	2010 (septiembre a diciembre)	2011	2012	2013	2014	2015 (enero a agosto)	Total
BID	6,000	16,000	17,000	15,500	5,000	500	60,000
Local		1,516	3,791	6,065	8,340	3,033	22,745
Total	6,000	17,516	20,791	21,565	13,340	3,533	82,745
% Anual	7%	21%	25%	26%	16%	4%	100%

Se asume que la ejecución del programa inicia el 1 de septiembre de 2010.

B. Riesgos ambientales

- 2.2 El Comité de Revisión de Medio Ambiente e Impacto Social (ESR) clasificó al programa como categoría C. El programa financia inversiones en infraestructura de pequeña magnitud (remodelación y construcción de unidades de salud y mejora de la red de laboratorios) que tendrán un impacto ambiental limitado en el tiempo. Además, durante la etapa de operación, podrían derivar algunos impactos ambientales por el manejo inadecuado de los residuos sanitarios producidos: residuos peligrosos biológicos infecciosos (RPBI), efluentes líquidos conteniendo elementos patogénicos, desechos corto punzantes (agujas, bisturís, principalmente), desechos farmacéuticos y desechos químicos patogénicos, almacenamiento de químicos y equipamientos de rayos X. Los potenciales impactos ambientales arriba mencionados pueden ser mitigados a través de procedimientos estándares como parte de un sistema de gestión de calidad, gestión ambiental, salud y seguridad laboral consistente con las prácticas de la ISO 14001 y de la OHSAS 18001. En el ámbito de las actividades de preparación

del programa se revisaron: (i) los manuales de gestión de residuos sanitarios en vigencia en el país; (ii) el nivel de bioseguridad de la red de laboratorios públicos; y (iii) la capacidad de implementación y fiscalización del MSPAS en cuanto agencia gubernamental responsable (OP-703-B.16). La normativa nacional es consistente con las buenas prácticas internacionales de prevención y mitigación de los riesgos ambientales arriba mencionados. De otro lado, se encontraron deficiencias en su nivel de aplicación, lo que genera riesgos para el medio ambiente, los trabajadores del sector salud y los usuarios del sistema. Para mitigar estos riesgos el programa contempla, bajo el Componente I, acciones de capacitación dirigidas al cumplimiento de la normativa de referencia tanto en establecimientos de salud, así como en la red de laboratorios cubiertos por la operación. Además, las inversiones en infraestructura deberán cumplir con los estándares de gestión de calidad, gestión ambiental, salud y seguridad laboral consistente con las prácticas de la ISO 14001 y de la OHSAS 18001, detallados en el Manual de Operaciones del programa a ser aprobado por el Banco antes del primer desembolso. La Unidad Coordinadora del Programa (UCP) será responsable de reportar al Banco en los informes semestrales de seguimiento del programa: (i) el número absoluto y porcentaje de unidades de salud en los departamentos de intervención que cumplen con las normas de gestión de los residuos sanitarios; y (ii) el nivel de bioseguridad del nuevo laboratorio central

C. Riesgo fiduciario

- 2.3 Manejo financiero. Los recursos se desembolsarán mediante la modalidad de anticipos, los cuales se gestionarán a través del Sistema de Administración Financiera Integrada (SAFI), el cual integra el manejo presupuestario, contable y de tesorería de todas las entidades de gobierno. La Unidad Financiera Institucional (UFI) del MSPAS será la encargada de mantener los registros del proyecto y gestionará ante el Ministerio de Hacienda la apertura de una cuenta especial en el Banco Central de Reserva de El Salvador y una cuenta operacional en un banco comercial, desde la que se realizarán las transacciones de pago. La evaluación de la capacidad institucional del MSPAS nos indica que el riesgo fiduciario es bajo, aunque será necesario reforzar la UFI con un especialista en el área debido a la falta de personal suficiente. Los desembolsos se revisarán de manera expost con el apoyo de una firma de auditores aceptable al Banco contratada para la auditoría financiera del programa (ver párrafo 3.4).
- 2.4 Adquisiciones. Durante la preparación de la operación se evaluó las capacidades institucionales en adquisiciones de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) del organismo ejecutor utilizando la metodología y herramienta del SECI, aplicado al área de Sistema de Administración de Bienes y Servicios y determinó que el riesgo total del proyecto asociado a la gestión de las adquisiciones es bajo y que los resultados del análisis indican que las áreas examinadas tienen en promedio un desarrollo medio (SD). Las principales debilidades identificadas así como las acciones correctivas acordadas se resumen a continuación.

Cuadro 5. Debilidades identificadas en la UACI y acciones correctivas acordadas

Debilidades	Acción Correctiva	Fecha para su Cumplimiento
Bajo conocimiento de las políticas y procedimientos operativos del Banco en temas de selección y contratación de adquisiciones de bienes y/o servicios	Capacitación continua del personal relacionado con la administración de bienes y servicios.	Cuando se realice el taller de arranque del proyecto.
La UACI no cuenta con un sistema de archivo único que identifique debidamente todas las documentaciones de cada una de las etapas de los procesos de adquisición	Establecer y mantener en la unidad de adquisiciones un sistema de archivo único que cuente con la seguridad necesaria	Cuando se desarrolle el programa
Personal insuficiente	Reforzar la UACI del MSPAS con personal dedicado con exclusividad a las adquisiciones del programa	Cuando se desarrolle el programa

D. Otros temas y riesgos

- 2.5 Sostenibilidad de las intervenciones. Las intervenciones del programa (pár. 1.15 a 1.22) financiarán costos de inversiones que producirán beneficios por varios años (inversiones como equipamientos médicos, infraestructura, etc.) y gastos recurrentes (contratación de recursos humanos, compra de medicamentos y otros insumos médicos), respectivamente indicados con I y R en el cuadro de costos por componente y subcomponente (enlace electrónico opcional 4). Los costos recurrentes adicionales equivalen a US\$11,37 millones por año, de los cuales US\$5,16 (relativos al Componente I), implementarán el modelo de RISS-APS en cuatro departamentos. Los US\$11,37 millones de gastos recurrentes adicionales por año representan un aumento del presupuesto del MSPAS equivalente al 0,05% del PIB, que es compatible con la evolución del presupuesto del MSPAS (ver cuadro 2). Para asegurar la sostenibilidad del programa y garantizar el financiamiento de los gastos recurrentes, el gobierno se comprometió a asumir su financiamiento de manera paulatina en el periodo de ejecución del programa. Evidencia de la progresiva incorporación del financiamiento de los gastos recurrentes en el presupuesto ordinario del MSPAS, en base a las siguiente medida de progresión, será condición especial de ejecución: Año 1: BID 100%, Local 0%; Año 2: BID 75%, Local 25%; Año 3: BID 50%, Local 50%; Año 4: BID 25%, Local 75%; Año 5: BID 0%, Local 100%²⁴. Otra condición especial de ejecución será el plazo para iniciar la construcción de obras (a más tardar cuatro años, a partir de la fecha de entrada en vigencia del contrato de préstamo).

III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN**A. Resumen del esquema de ejecución**

- 3.1 Prestatario y organismo ejecutor. El prestatario será la República de El Salvador y el organismo ejecutor será el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

²⁴ A estos efectos, el año 1 comprende los primeros 12 meses de ejecución del programa, a partir de la vigencia del contrato de préstamo.

El modelo de ejecución del programa está basado en los siguientes principios: la creación de una Unidad Coordinadora del Programa (UCP) subordinada directamente al titular del Ministerio de Salud, cuyas funciones principales serán: (i) la administración general y financiera del programa asegurando el manejo eficiente de sus recursos; (ii) la planificación de la ejecución del programa, incluyendo la preparación e implementación de los POA; (iii) el monitoreo de avances del programa y el cumplimiento de las metas preestablecidas; (iv) la planificación y monitoreo de los procesos de adquisiciones de bienes, servicios y obras, asegurando su conformidad con las Políticas de Adquisiciones y Contratación del Banco; (v) la preparación y tramitación de los pagos correspondientes; (vi) el mantenimiento de un sistema contable y financiero adecuado para registrar las transacciones financieras efectuadas utilizando los recursos del programa, preparar los estados financieros y tramitar las solicitudes para los anticipos; y (vii) de preparar y enviar al Banco los informes semestrales de seguimiento del programa. La estructura de la UCP y los perfiles del personal clave estarán definidos en el Manual de Operaciones del programa. La UCP articulará la ejecución del programa con la UFI del MSPAS, que será la encargada de mantener los registros del proyecto y gestionar el manejo financiero de la operación (pár. 2.3) y con la UACI del MSPAS, que será responsable de los procedimientos de selección y contratación de adquisiciones de bienes y/o servicios efectuados con los recursos del programa (pár.2.4). **La formalización de la UCP a través de un acuerdo ministerial y el nombramiento de su coordinador general constituirá una condición contractual previa al primer desembolso.** El Manual de Operaciones definirá en mayor detalle las actividades del programa y las responsabilidades de las entidades participantes. **La entrada en vigencia del Manual de Operaciones constituirá una condición contractual previa al primer desembolso.**

B. Adquisiciones

- 3.2 Los procedimientos aplicables para cada tipo de adquisición, de conformidad con las Políticas para la Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el BID (GN-2349-7) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (GN-2350-7) son resumidos en el cuadro 6. La supervisión por parte del Banco que se realicen con recursos del programa, se llevarán a cabo conforme a lo estipulado en el cuadro 6, en el Plan de Adquisiciones y en el Apéndice I de GN-2349-7 y GN-2350-7.

Cuadro 6. Procedimientos de adquisiciones

Categoría	Monto Límite (en US\$ miles)	Procedimiento de Adquisición	Tipo de revisión
Obras	Mayor o igual a 5.000 Mayor o igual a 350 y menor a 5.000 Menor a 350	Licitación Pública Internacional Licitación Pública Nacional Comparación de Precios	Exante Expost Expost
Bienes y servicios no de consultoría	Mayor o igual a 250 Mayor o igual a 50 y menor a 250 Menor a 50	Licitación Pública Internacional Licitación Pública Nacional Comparación de Precios	Exante Expost Expost
Servicios de Consultoría Individual	Sin limite de monto	Comparación de calificación de los consultores individuales	Expost
Servicios de Consultoría Firma consultoras	Mayor o igual a 200 Menor a 200	Lista corta con amplia representación geográfica Lista corta constituida por consult. nacionales	Exante Expost

- 3.3 **Auditoría externa.** Durante todo el período de ejecución del programa la UCP, presentará al Banco los estados financieros anuales consolidados del programa, debidamente auditados por una firma auditora independiente seleccionada y contratada de acuerdo a los procedimientos del Banco.

C. Resumen del esquema de monitoreo y evaluación

- 3.4 El programa no creará un sistema de monitoreo y evaluación ad-hoc sino que utilizará las siguientes fuentes de información: (i) los registros administrativos del MSPAS fortalecido a través de la creación del SUIIS; (ii) información de encuestas poblacionales producidas por el MSPAS y la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) como la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM), de frecuencia anual y la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL), que se implementa desde 1998 cada cinco años; (iii) información de las unidades de salud a partir de la Encuesta de Diagnóstico de Servicios, Capacidades y Recursos Humanos en Salud realizada en octubre de 2009, que constituye la línea de base de varios indicadores y que será repetida anualmente; y (iv) se aplicará en el primer semestre de 2010 la “Encuesta de Seguimiento del Gasto y Provisión de Servicios de Salud” que permitirá mapear los flujos de recursos en el sistema y analizar su ejecución del gasto público a nivel local. La UCP, en los informes semestrales de seguimiento del programa, reportará el desempeño global del programa, los avances logrados en la ejecución de cada uno de los componentes en términos de alcance de los indicadores planteados en el Marco de Resultados y el uso de los recursos utilizados para lograr las metas. Adicionalmente, el programa financiará dos evaluaciones externas, que serán condiciones especiales de ejecución. La primera evaluación se realizará una vez que haya transcurrido la mitad del tiempo previsto de desembolso o comprometido el 50% de los recursos del programa (lo que ocurra primero). La evaluación final será contratada una vez comprometido el 80% de los recursos del programa y examinará: (i) los resultados alcanzados por el programa, medidos en cuanto al logro de metas y desempeño de los indicadores establecidos en el Marco de Resultados; (ii) los procesos e intervenciones en cuanto a su pertinencia y eficacia; y (iii) el manejo de los recursos del préstamo.

D. Actividades significativas de diseño después de la aprobación

- 3.5 Antes de la entrada en vigencia del contrato de préstamo se prevén las siguientes actividades: (i) revisar el Plan de Ejecución (PEP), el Plan Operativo Anual (POA) para el primer año de ejecución y el Plan de Adquisiciones; y (ii) finalizar el Manual de Operaciones del programa.
- 3.6 Además el equipo de proyecto desarrollará los siguientes productos de conocimiento en el transcurso del 2010: (i) análisis del gasto de bolsillo en el financiamiento de la salud en El Salvador: evolución de la equidad, incidencia de gasto catastrófico y empobrecedor; y (ii) experiencias internacionales de modelos de redes integradas de servicios salud basadas en atención primaria en salud (RISS-APS): análisis de factores para su viabilidad técnica y beneficios.

**Matriz de Efectividad en el Desarrollo
Resumen**

Criterio	Puntaje	Puntaje máximo
I. Relevancia Estratégica	Alto	
Sección 1. Objetivos estratégicos del BID en materia de desarrollo	5.6	10
Diversificación de países	2.0	2
Iniciativas corporativas	0.0	2.5
Armonización y alineación	1.6	3.5
Focalización de la población beneficiaria	2.0	2
Sección 2. Objetivos de desarrollo de la Estrategia de País	9.6	10
Diagnóstico del sector en la Estrategia de País	6.0	6
Objetivo e indicador del sector en la Estrategia de País	3.6	4
II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad	Parcialmente satisfactorio	
3. Evaluación basada en pruebas y solución	8.2	10
4. Plan de evaluación y seguimiento	4.8	10
5. Costo-beneficio o eficacia en función del costo	0.0	10
6. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación	7.5	10
III. Función del BID - Adicionalidad		
Sección 7. Adicionalidad	7.0	10
Asistencia técnica proporcionada antes del proyecto	3.0	3
Mejoras en la gestión de controles internos en los ámbitos financiero, estadístico, de adquisiciones o de seguimiento	4.0	4
Mejoras en el desempeño ambiental, laboral y de salud	0.0	3

I. Relevancia Estratégica: Esta operación se llevará a cabo mediante un préstamo de inversión. Su objetivo está vinculado a fortalecer los sistemas de atención primaria en salud en la población más pobre en un país del grupo C/D en Centroamérica, El Salvador. El proyecto usará sistemas nacionales en adquisiciones, administración financiera y manejo ambiental. Los resultados esperados del proyecto contribuirán a mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud en El Salvador.

II. Evaluabilidad: El proyecto parte de un diagnóstico muy riguroso de los principales problemas del sector salud, en particular para atender a las poblaciones más pobres. Presenta evidencia para sustentar el modelo que se eligió utilizar, y también lecciones aprendidas de intervenciones anteriores. El proyecto tiene una lógica muy bien definida, y cuenta también con indicadores para dar seguimiento al cumplimiento de resultados. El proyecto cuenta con un plan de evaluación, el cual deberá ser completado al tiempo que se definan los detalles de la implementación en el plan de operaciones, sin embargo en el anexo aparecen elementos generales sobre la información que será recolectada para verificar la mejora en la provisión de servicios en el sector salud.

III. Adicionalidad: La principal adicionalidad de la intervención viene dada por las mejoras que presentarán en el uso de información y monitoreo en ámbitos del sector pero fuera del proyecto mismo. Además, existe una cooperación técnica que ha apoyado en varios temas de planeación sectorial que sustentan pero van más allá de la presente operación.

MARCO DE RESULTADOS

Objetivo del Programa	El objetivo del programa es contribuir a mejorar la situación de salud de la población de El Salvador, implementando una red pública integrada de salud que desarrolle un nuevo modelo de gestión y atención centrado en la estrategia de atención primaria de salud integral (APSI), que brinde atención de calidad, con un enfoque de universalidad de derechos, abordaje participativo e intersectorial.		
Indicadores de resultado¹	Línea de Base 2009	Meta Final 2015	Observación y fuente
Mortalidad Materna en los departamentos prioritarios ² y nacional en ámbito hospitalario ³	57.7 x 100,000 nacidos vivos (nacional 2006-2009)	52 x 100,000 nacidos vivos	Fuente: Búsqueda activa de Vigilancia de Mortalidad Materna (institucional y registros de Alcaldías). Según metodología RAMOS, Prospectiva. Estandarizada en MSPAS
Mortalidad Perinatal en los departamentos prioritarios y nacional ⁴	Nacional - 19/1000 nacidos vivos	15 x mil nacidos vivos	Fuente: FESAL 2008 y FESAL 2013; La fuente FESAL será comparada con la información producida de manera rutinaria por el SUI-MSPAS.
Mortalidad Infantil (< de 1 año) en los departamentos prioritarios y nacional	Nacional 16/1000 nacidos vivos	13 x mil nacidos vivos	Fuente: FESAL 2008 y FESAL 2013; La fuente FESAL será comparada con la información producida de manera rutinaria por el SUI-MSPAS.
Mortalidad por neumonías por neumococo en niños menores de 5 años (como trazador de enfermedades inmuno- prevenibles) en los departamentos prioritarios y nacional	27.5 x 100,000 menores de 5 años (departamentos prioritarios)	18 muertes por neumonía x 100.000 menores de 5 años	Fuente: Sistema de Información del MSPAS
Mortalidad por cáncer cervicouterino diagnosticado en los establecimientos del MSPAS	51 muertes	- 25%	Fuente: Sistema de Información del MSPAS

¹ Los indicadores reflejan los indicadores del Plan Quinquenal de Desarrollo del sector Salud

² El MSPAS está en proceso de estimar las líneas de bases desagregadas por departamentos. Las informaciones desagregadas por departamento serán disponibles en el taller de arranque de la operación y las metas por departamento serán calculadas después de estimar las líneas de base. A partir del 2010 el indicador estará disponible de manera rutinaria a través del SUI.

³ La mejora del sistema de información en salud pudiera aumentar el registro de la mortalidad. La línea de base será revisada al final del 2010 para considerar este aspecto.

⁴ Se utilizarán las dos fuentes de información (FESAL y SUI MSPAS), cuya convergencia será también un indicador de la mejora del sistema de información.

Componente I: Fortalecimiento del primer nivel de atención de la red pública integrada de salud en departamentos prioritarios							
	Línea de Base 2009	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Observación
Productos							
Número de unidades de primer nivel de atención con RRHH adecuados en cantidad y calidad y capacidad resolutive adecuada (equipos, medicamentos, transporte, medios diagnósticos) y adecuada infraestructura física para brindar el conjunto de prestaciones garantizadas en Área Metropolitana de San Salvador, Sonsonate, Chalatenango y San Miguel.	0	15 unidades	23 unidades	39 unidades	29 unidades	0	Fuentes: Encuesta de Diagnóstico de Servicios, Capacidades y Recursos Humanos en Salud
Número de personal sanitario capacitado en el sistema de gestión de la RISS-APS, el sistema de referencia y contra-referencia y los nuevos protocolos de atención del modelo de atención y de gestión en las RISS.	0	2,400	4.400 más consolid. de la capacidad de los 2.400	2.630 más consolid. de la capacitación de los 6.800	Educación perman. de los 9.430	Educación perman. de los 9.430	Fuentes: reportes semestrales de ejecución.
Resultados							
Mejora de indicadores sanitarios referidos a enfermedades y problemas de salud a través del acceso garantizado a prestaciones integrales de salud provistas por un primer nivel de atención fortalecido, en las áreas de intervención del proyecto: 1. Cobertura de atención prenatal bajo protocolo (**) en los departamentos prioritarios 2. Porcentaje de usuarios del segundo y tercer nivel de atención referidos por el primer nivel	1. La cobertura nacional de inscripción prenatal 2009 es de 63.3% de embarazadas (**) 2. Será disponible en el taller de arranque del programa (*)	1. 40% de las embarazadas 2. (*)	1. 55% de las embarazadas 2. (*)	1. 70% de las embarazadas 2. (*)	1. 80% de las embarazadas 2. (*)	1. 80% de las embarazadas 2. (*)	Cobertura: porcentaje de la población que recibe la atención deseada Fuente: SUI-MSPAS (*)El MSPAS dispone de los datos, pero se necesita reelaborar las informaciones manualmente para estimar la línea de base relativa al año 2009. Las metas serán calculadas después de determinar la línea de base. A partir de 2010 el indicador estará disponible de manera rutinaria a través del SUI. (**)La cobertura nacional de inscripción prenatal 2009 es 63,3% de embarazadas El MSPAS está definiendo la metodología para documentar indicador de calidad durante 2010 y procesar información disponible que será línea de base.

Componente II: Fortalecimiento del MSPAS	Línea de Base 2009	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Observación
Productos							
Número de ambulancias <i>medicalizadas</i> operante con personal capacitado	0	10 (ambulancias existentes en Cruz Roja a usar por el MSPAS bajo convenio)	15 (adquisición de 5 y mantenimiento de las 10 anteriores)	25 (adquisición de 10 y mantenimiento de las 15 anteriores)	32 (adquisición de 7 y mantenimiento de las 25 anteriores)	32 (mantenimiento de las 32 anteriores)	Fuentes: reportes semestrales de ejecución
Número de hospitales con salas de máxima urgencia (mínimo 4 camas por hospital) operante	0	4	8	12	16	16	Fuentes: reportes semestrales de ejecución
Número de hospitales incorporados en la red de información del SUIS-MSPAS	0	3	12	21	30	30	Fuentes: reportes semestrales de ejecución
Número de unidades de salud incorporados en la red de información del SUIS-MSPAS	0	5	20	35	50	50	Fuentes: reportes semestrales de ejecución
Nuevo Laboratorio Central construido y operante	0	0	0	0	1	1	Fuentes: reportes semestrales de ejecución
Resultados							
SEM: Tasa de mortalidad por causa externa en las primeras 48 horas en los 16 hospitales que entran en la implementación de atención hospitalaria de SEM	La línea de base será disponible en el taller de arranque del programa (*)	- 3% en todo el país	- 7% (acumulado) en todo el país	- 11% (acumulado) en todo el país	- 15% (acumulado) en todo el país	- 15% (acumulado) en todo el país	Fuente: SUIS-MSPAS (*) El MSPAS dispone de los datos, pero se necesita reelaborar las informaciones manualmente para estimar la línea de base relativa al año 2009. A partir del 2010 el indicador estará disponible de manera rutinaria a través del SUIS

SUIS: Número de sistemas de información en salud funcionando de manera paralela.	40	36	24	12	1	1	Fuentes: reportes semestrales de ejecución
<p>Red de laboratorios públicos: Capacidad diagnóstica de la red de laboratorios, en algunos ámbitos prioritarios:</p> <ol style="list-style-type: none"> Calidad de las citologías para diagnóstico de cáncer cérvico-uterino en todo el ciclo (toma de muestra, transporte, procesamiento, lectura y comunicación oportuna de resultados). Cobertura de toma de muestras de citología para diagnóstico de cáncer cérvico-uterino por primera vez Cobertura y calidad de diagnóstico de laboratorio de enfermedades de relevancia epidemiológica según normas, en especial dengue, meningitis, neumonía, rotavirus y Tuberculosis Diagnóstico de difteria Diagnóstico de monicitogenes y 0157:H7 (en alimentos y humanos) Vigilancia de pesticidas en sangre, agua y agua potable embotellada, frutas y vegetales 	<p>1. 60% de las citologías bien procesadas; 80% de las citologías retrasadas.</p> <p>2. Bajísima (*)</p> <p>3. Baja (*)</p> <p>4. 0</p> <p>5. Bajísima (*)</p> <p>6. Casi 0 la cobertura de vigilancia en pesticidas en agua y agua embotellada; bajísima cobertura en sangre, frutas y vegetales</p>	<p>1. 70% de las citologías procesadas con calidad y de forma oportuna</p> <p>2. (*)</p> <p>3. (*)</p> <p>4. (*)</p> <p>5. (*)</p> <p>6. (*)</p>	<p>1. 80% de las citologías procesadas con calidad y de forma oportuna</p> <p>2. (*)</p> <p>3. (*)</p> <p>4. (*)</p> <p>5. (*)</p> <p>6. (*)</p>	<p>1. 90% de las citologías procesadas con calidad y de forma oportuna</p> <p>2. (*)</p> <p>3. (*)</p> <p>4. (*)</p> <p>5. (*)</p> <p>6. (*)</p>	<p>1. 90% de las citologías procesadas con calidad y de forma oportuna</p> <p>2. (*)</p> <p>3. (*)</p> <p>4. (*)</p> <p>5. (*)</p> <p>6. (*)</p>	<p>1. 90% de las citologías procesadas con calidad y de forma oportuna</p> <p>2. (*)</p> <p>3. (*)</p> <p>4. (*)</p> <p>5. (*)</p> <p>6. (*)</p>	<p>Fuente de información: Citología: Base de datos de la Unidad de Control de Calidad de Citologías del Laboratorio Central del MSPAS.</p> <p>(*) El MSPAS dispone de los datos, pero se necesita reelaborar las informaciones manualmente para estimar la línea de base relativa al año 2009. Las metas serán calculadas después a la determinación de la línea de base.</p> <p>Otra información: Base de datos de la Unidad de Vigilancia Laboratorial, Laboratorio Central, MSPAS.</p>

PLAN DE ADQUISICIONES INICIAL

Descripción de la Adquisición prevista		Monto Estimado 000'US\$	Método de Adquisición	Precalifica Si - No
O B R A S	Mejoramiento de las salas de servidores existentes	500,000	LPN	No
	Desarrollo de la red local, red eléctrica e infraestructura	1,009,000	LPN	No
	Construcción del edificio del nuevo laboratorio central y de biológicos	5,600,000	LPI	No
	Adecuación infraestructura física para APS	7,500,000	LPI	No
	Obra física en las unidades de máxima urgencia	400,000	LPN	No
B I E N E S	Adquisición de equipos médicos	9,500,000	LPI	No
	Adquisición de equipos de informática fijos	10,346,000	LPI	No
	Adquisición de equipos de informática portátiles	927,000	LPI	No
	Adquisición de equipos de informática IP	1,366,000	LPN	No
	Adquisiciones de servidores	500,000	LPN	No
S E R V	Capacitaciones a todos los usuarios del sistema	1,580,000	LPN	No
	Capacitaciones, políticas y normas RISS-APS	3,500,000	LPN	No
F I R M A S	Diseño del Sistema de gestión de la red, con énfasis en el primer nivel de atención optimizado a partir de estructuras actuales redefinidas.	Por definir	SBCC	No
	Diseño del Sistema de referencia y contra-referencia funcionando con estándares normatizados.	Por definir	SBCC	No
	Diseño del Primer nivel de atención apoyado por mecanismos de participación social, trabajo intersectorial que actúe sobre los determinantes sociales y desarrollo de contraloría social.	Por definir	SBCC	No
I N D I V	Por definir			