



# Programa Integrado de Salud (PRIDES)

(ES-L1027 – 2347/OC-ES)

## Informe de Terminación de Proyecto

(PCR)

*Equipo de Proyecto Original: Antonio Giuffrida (SPH/CBR), Jefe de equipo; María Fernanda Merino (SCL/SPH), jefa de equipo alterna; Luis Tejerina (SCL/SPH), Juan Carlos Pérez-Segnini (LEG/SGO), Claudia Pévere (SCL/SPH), Karen Munguía (CID/CES), Santiago Castillo (PDP/CES) y Mario Castañeda (PDP/CES).*

*Equipo PCR: María Deni Sanchez (SCL/SPH), Karen Munguía (CID/CES), Marco Alemán (FMP/CES), Patricio Crauzas (FMP/CES), Micha Martin Van Waesbergue (KNL/KNM), Matilde Neret (SCL/SPH), y Claudia Pévere (SCL/SPH).*

## Índice

Enlaces Electrónicos.....	3
Acrónimos y Abreviaciones.....	4
Información Básica (cantidad en dólares americanos US\$) .....	5
I. Introducción .....	6
II. Desempeño del proyecto.....	7
2.1 Efectividad .....	7
2.1.1 Objetivos y Componentes .....	7
2.1.2 Análisis de Lógica Vertical.....	9
2.1.3 Validez de Supuestos de la Lógica Vertical .....	13
2.1.4 Resultados Logrados.....	21
2.1.5 Análisis de la Atribución de los Resultados .....	32
2.1.6 Resultados Imprevistos .....	37
2.2 Eficiencia .....	38
2.3 Relevancia.....	43
2.4 Sostenibilidad .....	43
III. Criterios no centrales .....	45
3.1 Contribución a los Objetivos Estratégicos del Banco .....	45
3.2 Contribución a los Objetivos Estratégicos del País .....	45
3.3 Monitoreo y Evaluación .....	45
3.4 Uso de Sistemas de Países .....	45
3.5 Salvaguardias Ambientales y Sociales.....	46
IV. Hallazgos y Recomendaciones.....	46
4.1 Lógica Vertical .....	46
4.2 Ejecución y Presupuesto .....	47
4.3 Experiencia General con la Gestión del Proyecto .....	47
4.4 Evaluación de Impacto .....	48
4.5 Asuntos no Resueltos.....	48

## Enlaces Electrónicos

1. [Matriz de Efectividad en el Desarrollo \(DEM\)](#)
2. [Versión Final de Reporte de Progreso de Monitoreo \(PMR\)](#)
3. [Checklist del PCR](#)
4. [Anexo del apoyo del Préstamo Integrado de Salud al Plan de la Alianza del Triángulo Norte](#)
5. [Ayuda Memoria Taller de Cierre](#)

## Acrónimos y Abreviaciones

APS	Atención Primaria en Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
DIGESTYC	Dirección General de Estadísticas y Censos
ENS-MICS	Encuesta Nacional de Salud- Indicadores Múltiples por Conglomerados
Ecos F	Equipos Comunitarios de Salud Familiar
FOSALUD	Fondo Solidario para la Salud
GOES	Gobierno de El Salvador
INS	Instituto Nacional de Salud
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (así se denominaba al inicio del PRIDES)
MINSAL	Actual denominación del Ministerio de Salud de El Salvador
NN	Neumonía y Neumococo
ONG	Organización No Gubernamental
PCR	Project Completion Report
PNC	Policía Nacional Civil
PP	Puntos Porcentuales
PQD 2009-14	Plan Quinquenal de Desarrollo 2009-2014
PRIDES	Programa Integrado de Salud
RIISS-APS	Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud basadas en Atención Primaria en Salud
SEM	Sistema Nacional de Emergencias Médicas
SE911	Servicio de Emergencia 911
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPR	Sarampión, Paperas y Rubeola
SUIS	Sistema Único de Información en Salud
UACI	Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional
UCSFB	Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica
UCSFE	Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada
UFI	Unidad Financiera Institucional

## Información Básica (cantidad en dólares americanos US\$)

NÚMERO DEL PROYECTO:	ES-L1027
TÍTULO:	PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD
INSTRUMENTO DE PRÉSTAMO:	
PAÍS:	EL SALVADOR
PRESTATARIO:	REPÚBLICA DE EL SALVADOR
PRÉSTAMO:	2347/OC-ES
SECTOR/SUBSECTOR:	SALUD
FECHA DE APROBACIÓN DIRECTORIO:	JUL-21-2010
FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CONTRATO DEL PRÉSTAMO:	OCT-22-2010
FECHA DE ELEGIBILIDAD DEL PRIMER DESEMBOLSO:	JUL-13-2011
<u>MONTO DEL PRÉSTAMO:</u>	
MONTO ORIGINAL:	US\$ 60,000,000.00
MONTO ACTUAL:	US\$ 60,000,000.00 (72.55%)
PARI PASSU:	S\$ 22,700,000.00 (27.45%)
COSTO TOTAL DEL PROYECTO:	US\$ 82,700,000.00
<u>MESES EN EJECUCIÓN</u>	
DESDE APROBACIÓN:	65 MESES
DESDE LA EFECTIVIDAD DEL CONTRATO:	62 MESES
<u>PERÍODOS DE DESEMBOLSO</u>	
FECHA ORIGINAL DE DESEMBOLSO FINAL:	DICIEMBRE 23, 2015
FECHA ACTUAL DESEMBOLSO FINAL:	OCTUBRE 23, 2016
EXTENSIÓN ACUMULATIVA (MESES):	9
EXTENSIÓN ESPECIAL (MESES):	N/A
<u>DESEMBOLSOS</u>	
MONTO TOTAL DE DESEMBOLSO A LA FECHA:	US\$ 60,000,000 (100%)
<u>¿HA TENIDO RE DIRECCIONAMIENTO LOS FONDOS DEL PROYECTO?:</u>	
¿RECIBIÓ FONDOS DE OTROS PROYECTOS?	NO
¿HA ENVIADO FONDOS A OTROS PROYECTOS?	NO
METODOLOGÍA DE ANÁLISIS ECONÓMICO EX POST:	N/A
METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN EX POST:	
CLASIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD EN EL DESARROLLO:	

## I. Introducción

1.1 **Contexto político.** En el 2009 tomó posesión el Gobierno del Presidente Mauricio Funes con el cual se lanzó el Plan Quinquenal de Desarrollo (PQD 2009-2014) el cual planteaba cinco ejes estratégicos de acción en el ramo de salud: (1) Crear un sistema nacional de salud (SNS) basado en la estrategia de atención primaria de salud integral; (2) Crear un sistema de información estratégica; (3) Reducir el impacto de emergencias y desastres; (4) Crear un sistema nacional de investigación en salud; y (5) fomentar la participación social y comunitaria.

1.2 En el 2009, El Salvador presentaba enfermedades infecciosas endémicas y epidémicas, emergentes y reemergentes. El país también presentaba desafíos importantes relacionados a la mejora de las condiciones de salud y para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015, principalmente las relacionadas a la reducción de la mortalidad infantil y mejorar la salud materna. En respuesta a esto, el Ministerio de Salud (MINSAL)<sup>1</sup> realizó un análisis sobre el perfil epidemiológico, la organización y gestión de los servicios de salud, capacidad instalada de la infraestructura sanitaria, equipos, tecnología y recursos humanos; identificando hallazgos, déficit, brechas y necesidades de salud de la población. Entre estas se identificaron las siguientes: (i) un perfil epidemiológico con altas tasas de mortalidad y lesiones por la violencia social, elevada carga de enfermedades infecciosas endémicas y epidémicas que presentaban como resultado altas tasas de mortalidad infantil y mortalidad materna, morbilidad por enfermedades infecciosas; incremento de las enfermedades transmitidas por vectores; (ii) alto déficit de cobertura de servicios de salud de hasta un 50%, principalmente en municipios en situación de pobreza extrema y en áreas urbano-marginales; (iii) baja cobertura de otras instituciones públicas como el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS), Bienestar Magisterial (BM) y Comando de Sanidad Militar (COSAM), que en su conjunto alcanzaban el 23% del total de la población; y (iv) la baja capacidad resolutoria de los servicios de salud de primer nivel de atención por la insuficiente infraestructura sanitaria, equipamiento y recursos humanos.

1.3 El Programa Integral de Salud (PRIDES) fue preparado en 2009 con el objetivo de apoyar la implementación de los cinco ejes estratégicos de salud del PQD. Este préstamo se destinaría a apoyar el incremento de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención en torno a la estrategia de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS). Asimismo, se tenía previsto tener sinergias con el Programa Comunidades Solidarias Urbanas (ES-L1044)<sup>2</sup> y con la Iniciativa Mesoamericana en Salud (GN-2520) la cual estaría financiando ampliaciones de inmunizaciones.

---

<sup>1</sup> El MINSAL antes era conocido como Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

<sup>2</sup> El ES-L1044 se aprobó en 2010 y durante el momento de diseño aún no se había ratificado. Fue cancelado en el 2012 debido a la falta de ratificación por parte de la Asamblea Legislativa.

## II. Desempeño del proyecto

### 2.1 Efectividad

#### 2.1.1 Objetivos y Componentes

2.1 El objetivo del Programa era contribuir a mejorar la situación de salud de la población de El Salvador, implementando una red pública integrada de salud que desarrollara un nuevo modelo de gestión y atención centrado en la estrategia de atención primaria en salud integral, que brindara atención de calidad, con un enfoque de universalidad de derechos, abordaje intersectorial y participativo. Los componentes del proyecto fueron:

**2.2 Componente I. Implementación del modelo de atención integral e integrada (US\$32.634.009).** El objetivo de este componente era implementar un modelo de atención en salud centrado en RIIS-APS como modalidad preferencial de prestación de servicios de salud. Se esperaba financiar 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 Salvador, lo cual representa casi la mitad de la población de El Salvador. Los departamentos fueron seleccionados por las siguientes características: (i) San Miguel ofrecía la experiencia más importante en el país de coordinación entre el MSPAS y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (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 de los migrantes.

2.3 Se esperaba financiar los siguientes tipos de actividades enfocadas a establecer redes de atención: (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 existente en las RIIS-APS; (iv) definición y normalización de nuevas estructuras de gestión de redes integradas de salud según territorios, incluyendo la 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<sup>3</sup>.

**2.4 Componente II. Fortalecimiento del MSPAS (US\$ 24,261,665)** Este componente tenía como objetivo el fortalecer la capacidad central del MSPAS<sup>4</sup>, incluyendo el desarrollo del Sistema de Emergencias Médicas (SEM), el desarrollo del Sistema Único de Información de Salud (SUIS)

---

<sup>3</sup> En 2013 el MINSAL dando respuesta a solicitud de Secretaría de Inclusión Social, solicitó al Ministerio de Hacienda gestionar ante el BID la utilización de fondos PRIDES para el equipamiento, construcción y supervisión del Módulo de Atención en Salud Sexual y Reproductiva en las sedes de Ciudad Mujer San Miguel y Morazán, considerada una acción conjunta y coordinada, dirigida a facilitar a las mujeres un mejor acceso a los servicios de salud en los ámbitos de la salud sexual y reproductiva. Lo cual se reflejó en el PMR como UCSF Especializadas.

<sup>4</sup> En el 2011 se recibió notificación oficial del cambio del nombre de MSPAS a MINSAL.

y el fortalecimiento de la red de laboratorios en el contexto de la creación del Instituto Nacional de Salud. Este componente estaba organizado en subcomponentes: (i) Sistema de Emergencias Médicas (SEM) estaba dirigido a crear un sistema nacional de emergencias para el sistema pre-hospitalario del país<sup>5</sup>. Su coordinación con el sistema hospitalario, articularía en un primer momento, los recursos existentes de las diversas instituciones que prestaban servicios pre-hospitalarios (ONG con carácter voluntario como la Cruz Roja Salvadoreña, el Comando de Salvamento y la Cruz Verde, así como la Policía Nacional Civil (PNC)). Asimismo, se esperaba establecer un sistema de comunicaciones y un sistema de coordinación de las llamadas. Además, en el ámbito hospitalario, se esperaba 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. Se tenía previsto financiar: (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 existente que será reasignado de acuerdo a necesidades. (ii) Sistema Único de Información de Salud (SUIS) tenía el objetivo de establecer un sistema que generara información oportuna y de calidad para la toma de decisiones, tanto clínicas, de manejo de pacientes (incluyendo su referencia y contra referencia 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, esperaban 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 buscaba 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. Se esperaba financiar: (i) equipamiento e insumos para el funcionamiento del SUIS en el marco del nuevo modelo de atención; (ii) selección, contratación, inserción y capacitación del nuevo personal del SUIS; y (iii) Fortalecimiento de la red de laboratorios de salud pública tenía como objetivo 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 buscaron corregir, asimismo, las deficiencias en la aplicación de la normativa de bioseguridad y salud ambiental. Para lograr este objetivo pretendía financiar: (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. El mismo pretendía

---

<sup>5</sup> Por sistema pre-hospitalaria se refiere al componente pre-hospitalario del SEM.



financiar el fortalecimiento de las unidades del MSPAS que estuvieron involucradas en la implementación del programa.

### **2.1.2 Análisis de Lógica Vertical**

2.5 La lógica vertical del programa descansa en la evidencia internacional que demuestra que el éxito de los sistemas de salud se basa en el fortalecimiento de la atención primaria, para que sea resolutive que incluya acciones de prevención y promoción y que esté integrada a una red de servicios ambulatorios y hospitalarios que aseguren la continuidad asistencial para problemas de mayor complejidad. Ello permite incrementar el acceso a los servicios, mejorar la calidad de la atención y contribuir a desacelerar el crecimiento de los costos<sup>6</sup>. Estudios en Costa Rica, Brasil y España han documentado la asociación entre experiencias de atención con énfasis en la prevención y la reducción de la mortalidad general e infantil, reducción de hospitalizaciones evitables y mejor expectativa de vida<sup>7</sup>. También se ven experiencias exitosas como es el caso de Honduras donde el fortalecimiento del acceso a un paquete básico de salud ha mejorado los indicadores de salud al hacer más accesible la utilización de servicios preventivos.

2.6 Asimismo, el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención integral es costo efectivo, en cuanto reduce la utilización de servicios de salud en los niveles secundarios y terciarios de atención (que son más caros) y así permite reducir los costos totales del sector salud<sup>8</sup>. En este mismo sentido, la evidencia muestra que mayor capacidad resolutive del primer nivel de atención en salud es asociada a mejores resultados sanitarios. Por ejemplo, a nivel de países se encuentra una relación estadísticamente significativa entre las tasas de mortalidad y el nivel de desarrollo del primer nivel de atención en salud<sup>9</sup>. De acuerdo al Marco Sectorial de Salud y Nutrición del Banco (GN-2735-3), basado en la evidencia internacional, destaca que una red integrada permite la coordinación entre proveedores, la continuidad de la atención para los usuarios, facilita el acceso y mejora la calidad y desacelera el crecimiento de los costos de atención. Los beneficios de una red integrada se manifiestan al lograr la reducción de las hospitalizaciones evitables y la mejora de los resultados en salud por la oportunidad y continuidad de la atención. El documento también menciona que un primer nivel de atención que enfatiza la prevención favorece mejores resultados en salud. Por ende, la importancia de fortalecer el primer nivel orientando los servicios hacia la prevención y así detectar y disminuir riesgos o problemas de salud de manera oportuna y resolver la mayoría de los problemas de salud antes de que se agudicen. La atención primaria cumple un rol relevante en el manejo de la morbilidad general, control y seguimiento de pacientes crónicos y provisión de cuidados paliativos, reduciendo la demanda de atención hospitalaria.

---

<sup>6</sup> OPS (2012), Mejora de Cuidados Crónicos a través de las RIIS de Servicios de Salud. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=21400&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21400&Itemid), EEO #11.

<sup>7</sup> Macinko et al 2011 Rosero-Bixby 2004, Borkan et al 2010.

<sup>8</sup> Bindman, Grumbach, et al., Preventable Hospitalizations and Access to Health Care. JAMA 1995; 274:305-11.

<sup>9</sup> Idem

2.7 Durante el diseño del PRIDES destacaron los siguientes problemas: (i) debilidad en la función rectora del sistema de salud; (ii) un modelo de salud centrado en la curación y con poca capacidad resolutive; (iii) una red de servicios con poca integración, (iv) deficiencias en la dotación de equipos y disponibilidad de recursos humanos. El programa planteaba abordar esos problemas mediante: (i) el fortalecimiento del primer nivel de atención asegurando el acceso garantizado a prestaciones integrales de salud; (ii) el fortalecimiento del MINSAL.

2.8 El fortalecimiento del primer nivel de atención, abordado en el programa, y el cual es impulsado por la Reforma de Salud, parte del principio de aumentar la capacidad resolutive en toda la red y en contar con un sistema de referencia y retorno apropiado que permita que los niveles de mayor complejidad resuelvan las referencias desde los niveles de menor complejidad. Es así que desde el primer nivel de atención se esperó lograr una alta resolutive de los problemas de salud fortaleciendo las redes integrales e integradas de los servicios de salud. Según el Marco Sectorial de Salud y Nutrición, un enfoque de redes integradas de atención primaria de salud es una herramienta para lograr una atención continua, coordinada y sin rupturas.

2.9 A partir del 2010 se comenzó a planear una importante inversión en infraestructura, contratación del personal buscando la integralidad del modelo de atención, organizando los servicios en redes integradas y reorientando el funcionamiento hacia los pilares básicos de la Atención Primaria. En la primera etapa el desarrollo se propuso avanzar con el apoyo de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar iniciando por los municipios de mayores niveles de pobreza de acuerdo al Mapa de pobreza. Así se pretendía implementar un modelo innovador de gestión y atención a la población con el objetivo de contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población más necesitada, garantizar el acceso a los servicios de salud acercándolos a su lugar de residencia. Para esto se requería ampliar la cobertura de los servicios de salud, contratar equipos de salud comunitaria (Ecos), asegurar el equipamiento de tal manera de contar con una adecuada infraestructura física para brindar el conjunto de prestaciones garantizadas. Como producto de esto se esperaba que mejoraran los indicadores sanitarios referidos a enfermedades y problemas de salud a través del acceso a prestaciones integrales de salud provistas por un primer nivel de atención fortalecido.

2.10 Tomando en cuenta la importancia del uso de las tecnologías de la información para hacer algunos procesos más eficientes y superar barreras geográficas se puso énfasis en fortalecer la capacidad central del MINSAL. Se esperaba que se mejoraría la capacidad de gestión del sector incluyendo la implementación de mejora en la utilización de los servicios, mejorar la prestación y calidad en los servicios y contar con un mejor sistema de información, entre otros. Para esto, se planteó crear el Sistema de Emergencias Médicas (SEM), asegurar la disponibilidad de medicamentos y vacunas, promover los espacios de colaboración y capacitación mediante los Foros de Salud y con apoyo del INS, fortalecer los sistemas de planificación e información estratégica en salud y continuar desarrollando los Recursos Humanos en Salud. Con el SEM se esperaba implantar un modelo de atención en forma oportuna, eficaz y continua durante las 24 horas del día, con el objetivo de brindar un abordaje a la población que privilegiara la estabilización en el sitio del evento y un traslado profesional adecuado a la patología y la

capacidad instalada de cada centro de atención. Por lo tanto, el SEM tenía previsto tener un carácter intersectorial que integrara la atención pre hospitalaria, hospitalaria y el seguimiento ambulatorio para la rehabilitación.

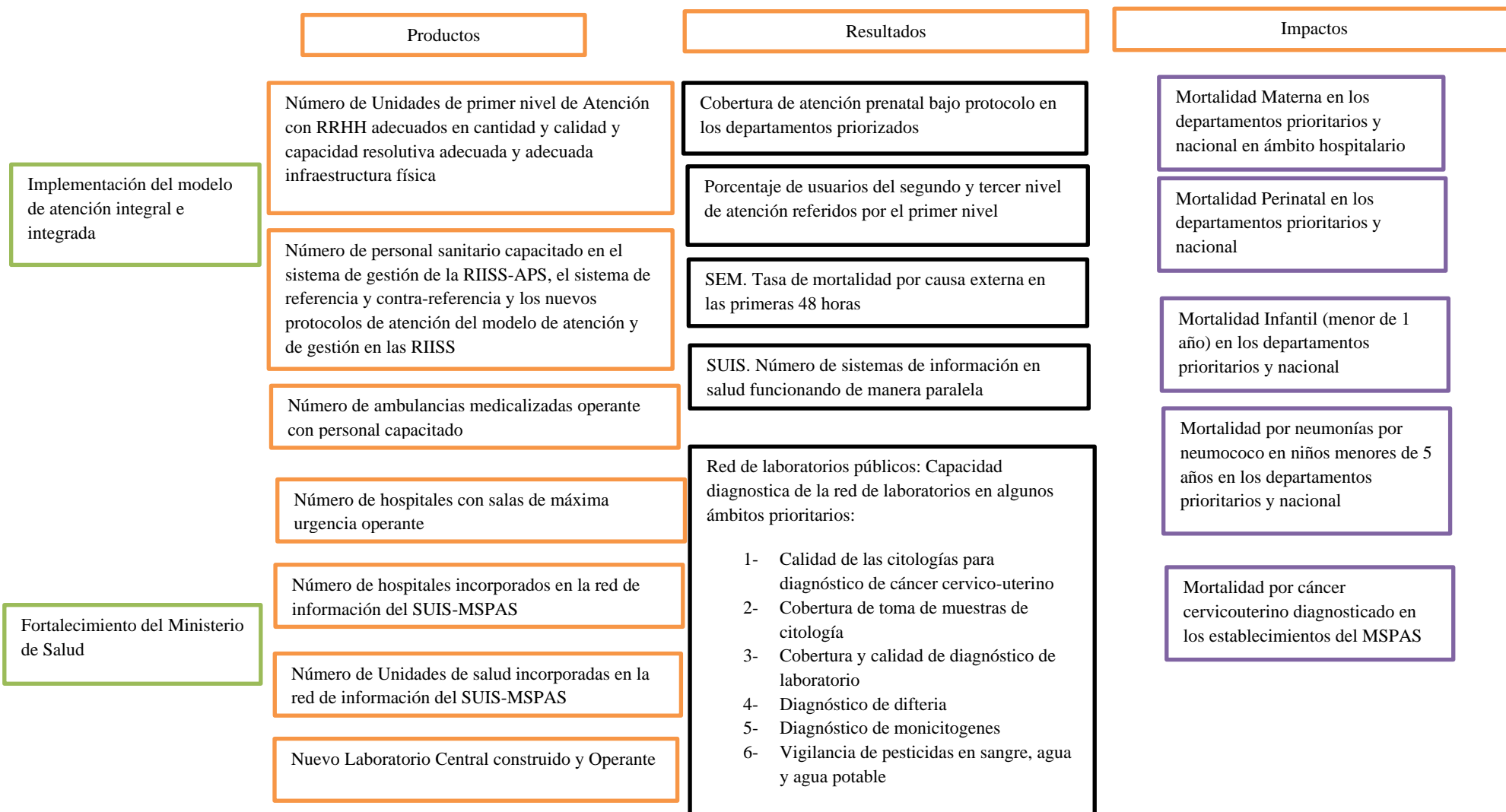
2.11 El fortalecimiento del MINSAL tenía previsto garantizar la accesibilidad de los medicamentos a la población promoviendo su uso racional y fortaleciendo la autoridad sanitaria como autoridad competente en la regulación farmacéutica. Cuando se diseñó el proyecto no existía una Política de Medicamentos y su regulación era débil y fraccionada. No había protocolos de almacenamiento y distribución. Es así que el MINSAL tenía previsto poner en marcha una Política de Medicamentos con la cual se esperaba regular el sector. Para implementar las acciones de medicamentos y vacunas se tenía previsto instalar un modelo innovador de farmacias especializadas en los hospitales de mayor demanda con lo cual se esperaba mantener un abastecimiento del 100% de los 44 medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas y con lo cual se tenía previsto suprimir las largas colas y listas de espera que experimentaban los usuarios. Asimismo, las farmacias especializadas tenían previsto brindar con medidas que promovieran el uso racional de dichos productos.

2.12 Dentro de las actividades de fortalecimiento del MINSAL se tenía previsto apoyar la participación de los ciudadanos y beneficiarios en los foros nacionales de salud. Estos parten del supuesto de que se requiere una instancia permanente de participación y acompañamiento que tomen en cuenta los principios de inclusión, derecho a la salud y búsqueda de equidad, entre otros.

2.13 Finalmente, se consideró que para mejorar la toma de decisiones se requería fortalecer los sistemas de información con lo cual se crearía el Sistema Único de Información de Salud (SUIS) y se financiaría la Encuesta Nacional de Salud (ENS MICs). Con esto se pretendía contar con información confiable de datos administrativos de producción y de los indicadores de salud. Para esto se planificó la implementación del SUIS a nivel nacional incluyendo la dotación de equipo informático y el levantamiento de la ENS-MICs.

2.14 El programa también contemplaba fortalecer y modernizar la red de laboratorios de salud pública. Se buscaba corregir por un lado las deficiencias en la aplicación de la normativa de bioseguridad y salud ambiental y asimismo mejorar la infraestructura física de un laboratorio central, la sustitución de equipo defectuoso y adquisición de nuevo equipo y además la adquisición de reactivos. La red de laboratorios también se fortalecería con la selección, contratación y capacitación de recursos humanos.

2.15 Con el propósito de analizar la lógica vertical del proyecto se armó el siguiente mapa de acuerdo a los supuestos durante el diseño de la operación.



### 2.1.3 Validez de Supuestos de la Lógica Vertical

2.16 El PRIDES en su diseño, planificación, ejecución fue coherente y pertinente, dado que la selección de las áreas de intervención (departamentos), respondían a criterios de municipios con población en extrema pobreza y exclusión social en zonas rurales y urbano-marginales de las ciudades que presentaban mayores limitaciones y déficit en el acceso y cobertura de los servicios de salud. Asimismo, fue consistente con la selección original de los municipios en tanto se llevaron acciones de coordinación entre MINSAL y el ISSS (en San Miguel), y se duplicaron acciones de fortalecimiento en la organización y participación social del departamento de Chalatenango para ser aplicados en otros lugares. A continuación, se muestran datos de algunos indicadores por departamento en donde se puede observar que varios indicadores están por arriba de los datos nacionales:

Departamento	Pobreza	Pobreza Rural	Falta de acceso a servicios de salud	Falta de acceso a saneamiento
Chalatenango	33.2	38.9	11.7	58.8
San Salvador	18.6	58.7	15.6	18.4
San Miguel	38.3	58.7	18.1	51.3
Sonsonate	41.5	59.7	16.5	55.6
Nacional	35.2	58.5	15.2	47

Fuente: Medición Multidimensional de la Pobreza, El Salvador. STP, 2014

2.17 Los ajustes que se dieron a la matriz de resultado durante la ejecución del proyecto surgieron como una necesidad para organizar la ejecución del proyecto, tanto en términos de productos como financieros ya que inicialmente estaban los productos agregados. Por tal razón se separaron las actividades para tener claridad y facilitar el seguimiento a la ejecución de los acuerdos. Con estos cambios no se afectó la lógica vertical del proyecto ni la consecución de los objetivos finales. Otros cambios más relevantes a la matriz se discuten a continuación.

2.18 Como parte del fortalecimiento a la red de laboratorios, el programa tenía previsto que se construiría un nuevo edificio para el laboratorio central. Sin embargo, el gobierno informó que gestionaría la construcción del laboratorio con otros recursos de fuente externa y que por tanto los recursos asociados a la construcción del laboratorio se debían destinar a fortalecer la red de laboratorios a nivel regional. Esta estrategia fue consistente con la Reforma de Salud la cual comenzó una reorganización de la Red Nacional de Laboratorios Clínicos (2do semestre de 2012) y la cual fue consistente con el marco del proceso de conformación del INS. De esta manera se apoyó la estrategia de integración de los laboratorios del MINSAL que contribuyeran a mejorar su capacidad resolutive y a brindar una mejor respuesta a las necesidades de la población, sumando así los Laboratorios Clínicos a nivel nacional, pertenecientes a la red pública del MINSAL. Los recursos que se utilizarían para la construcción del laboratorio central fueron reasignados, siempre bajo la misma actividad (laboratorios), para el fortalecimiento de la red de laboratorios regionales. La Tabla 1, a continuación, muestra en detalle los ajustes al PMR.

**Tabla 1**  
**Cambios en la Matriz de Resultados**

Cambio específico realizado	Tipo de Cambio	Razones para el Cambio	Fecha del Cambio en sistema	Fecha de cambio acordado
Impactos				
Mortalidad Materna en los departamentos prioritarios y nacional en ámbito hospitalario	Indicador Eliminado	Se eliminó el indicador para desagregarlo por departamento	2011	2016
Tasa de mortalidad perinatal en los departamentos prioritarios	Indicador Eliminado	Se eliminó el indicador para desagregarlo por departamento	2016	2016
Mortalidad Infantil (menor de un año) en los departamentos prioritarios y nacional	Indicador Eliminado	Se eliminó el indicador para desagregarlo por departamento	2016	2016
Mortalidad por neumonías por neumococo en niños menores de cinco años (como trazador de enfermedades inmuno-prevenibles) en los departamentos prioritarios y nacional	Indicador Eliminado	Se eliminó el indicador para desagregarlo por departamento	2011	2016
Razón de mortalidad materna a nivel nacional	Indicador agregado	Se agrega el indicador para separar datos nacionales de departamentales.	2016	2016
Razón de mortalidad materna en el Departamento de El Salvador <sup>10</sup> , San Miguel, Chalatenango y Sonsonate	Indicador agregado	Se agrega el indicador para separar datos departamentales (se agregan 4 filas por cada departamento)	2011	2016
Tasa de mortalidad perinatal en el Departamento de El Salvador, San Miguel, Chalatenango y Sonsonate	Indicador agregado	Se agrega el indicador para separar datos departamentales (se agregan 4 filas por cada departamento)	2011	2016
Mortalidad Infantil (menor de un año) en el Departamento de El Salvador, San Miguel, Chalatenango y Sonsonate	Indicador agregado	Se agrega el indicador para separar datos departamentales (se agregan 4 filas por cada departamento)	2011	2016
Mortalidad por neumonías por neumococo en niños menores de cinco años (como trazador de enfermedades inmuno-prevenibles) en el Departamento de El Salvador, San Miguel, Chalatenango y Sonsonate	Indicador eliminado	Se elimina indicador por falta de información. MINSAL solo registra mortalidad por neumonía sin especificar causa.	2011	2011
Mortalidad por cáncer cervicouterino diagnosticado en los establecimientos del MSPAS	Se agrega indicador	Se agrega indicador que quedo fuera por omisión.	2016	2016
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	Producto Eliminado	Este producto fue eliminado y sustituido con varios productos para medir por separado la construcción, el equipamiento, la rehabilitación y los equi-	2011	2011

<sup>10</sup> Por El Salvador se refiere al Departamento de San Salvador

Cambio específico realizado	Tipo de Cambio	Razones para el Cambio	Fecha del Cambio en sistema	Fecha de cambio acordado
conjunto de prestaciones garantizadas en Área Metropolitana de San Salvador, Sonsonate, Chalatenango y San Miguel.		pos comunitarios de salud contratados, así como para identificar el tipo de Unidad de Salud (los productos considerados fueron el 1.1, 1.2, 1.5 y 1.6)		
1.1 Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas construidas y equipadas según la norma	Producto agregado	Se agrega producto para cuantificar construcción y equipamiento de Unidades de Salud Básicas	2011	2011
1.2 Unidades Comunitarias de Salud Familiar Especializadas, construidas y equipadas según la norma	Producto agregado	Se agrega producto para cuantificar construcción y equipamiento de Unidades de Salud Especializadas	2011	2011
1.5 Unidades Comunitarias de Salud familiar rehabilitadas	Producto agregado	Se desagrega el producto para identificar rehabilitaciones	2011	2011
1.6 Equipos Comunitarios de Salud Nuevos, funcionando según la norma.	Producto agregado	Se desagrega el producto para identificar la línea de contratación de Ecos	2011	2011
Número de personal sanitario capacitado en el sistema de gestión de la RIISS-APS, el sistema de referencia y contra-referencia y los nuevos protocolos de atención del modelo de atención y de gestión en las RIISS.	Producto eliminado	Este producto se eliminó y se sustituyó con otros productos para diferenciar las actividades. Los nuevos productos fueron 1.4, 1.3	2011	2011
1.3 Personal Sanitario capacitado en el sistema de gestión y de provisión de servicios de las Redes Integradas de Servicios de Salud en Atención Primaria en Salud (RIISS-APS)	Producto agregado	Se modifica la redacción para especificidad en las actividades. Esta modificación se da para incluir otros productos adicionales – 1.3, 1.4	2011	2011
1.4 Foros de participación social en salud realizados	Producto agregado	El documento de proyecto (POD) menciona en par. 1.17 el 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. La Matriz de Resultados no contemplaba este producto así que se decidió incluirlo durante el taller de arranque.	2011	2011

Cambio específico realizado	Tipo de Cambio	Razones para el Cambio	Fecha del Cambio en sistema	Fecha de cambio acordado
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 priorizados; 2) Porcentaje de usuarios del segundo y tercer nivel de atención referidos por el primer nivel	Resultado Eliminado	Se elimina resultado para diferenciar actividades. Se agrega el resultado del 1.1 al 1.9	2011	2011
1.1 Porcentaje de familias adscritas por los Ecos F en las áreas apoyadas por el PRIDES en los departamentos de intervención	Resultado agregado	El indicador se agregó para poder identificar claramente la meta de familias a ser beneficiadas.	2011	2011
1.2 Cobertura de niños y niñas de 1 año vacunados con SPR en las áreas cubiertas por los Ecos F apoyados por el programa en los departamentos de intervención	Resultado agregado	Se agrega indicador por su importancia en la relación con los indicadores de impacto del programa	2011	2011
1.3 Cobertura de niños y niñas menores a 1 año inscritos en control infantil, en las áreas cubiertas por los Ecos F apoyados por el programa en los departamentos de Se agregó indicador intervención	Resultado agregado	Se agrega indicador por su importancia en la relación con los indicadores de impacto del programa	2011	2011
1.4 Cobertura de embarazadas inscritas en atención prenatal en áreas cubiertas por los Ecos F apoyados por el programa en los departamentos de intervención	Resultado agregado	La Matriz de Resultados tenía previsto el indicador de Cobertura de atención prenatal bajo protocolo en los departamentos priorizados. El cambio realizado fue para especificar mayor detalle	2011	2011
1.5 Proporción de atenciones preventivas en relación al total de atenciones	Resultado agregado	Se incluye indicador dada su importancia con los indicadores de impacto del programa	2011	2011
1.6 Porcentaje de referencias del Primer Nivel atendidas en el Segundo Nivel de Atención	Resultado agregado	Se eliminó la mención al tercer nivel de atención dado que el programa focalizaría sus esfuerzos de referencia al 2do nivel de atención y ésta a su vez al 3er nivel de atención.	2011	2011
1.7 Personas que se benefician de un paquete básico de salud	Resultado agregado	Se agregó el indicador ya que corresponde al indicador del Marco de Resultados del Banco 2012-2015. En	2011	2011



Cambio específico realizado	Tipo de Cambio	Razones para el Cambio	Fecha del Cambio en sistema	Fecha de cambio acordado
		todos los proyectos ejecutados en ese periodo se agregó este indicador en las matrices de resultados de los proyectos si era aplicable.		
1.8. Porcentaje de embarazadas con al menos 4 controles prenatales, en las áreas cubiertas por los EcosF apoyadas por el programa en los departamentos de intervención	Resultado agregado	Se modificó la redacción original para dar mayor claridad	2011	2011
1.9. Concentración de controles de atención prenatal según normas nacionales en la población cubierta por los EcosF apoyados por el PRIDES en los departamentos de intervención	Resultado agregado	Se agregó indicador para medir la concentración y así tener un indicador de atención prenatal más completo	2011	2011
Componente 2				
Producto				
Número de ambulancias medicalizadas operante con personal capacitado	Producto eliminado	Se elimina producto para incluir ambulancias básicas (producto 2.1)	2011	2011
2.1. Ambulancias (medicalizadas y básicas) operantes	Se agrega producto	Se agrega producto para incluir ambulancias básicas	2011	2011
Número de hospitales con salas de máxima urgencia (mínimo 4 camas por hospital) operante	Se elimina producto	El producto se modificó para diferenciar el Equipo Tipo A del tipo B (producto 2.2 y 2.3)	2011	2011
2.2 Hospitales con salas de máxima urgencia y áreas conexas, fortalecidas y operando (Tipo A)	Se agrega producto	Se agrega producto para diferenciar el tipo de hospital	2011	2011
2.3 Hospitales con salas de máxima urgencia y áreas conexas, fortalecidas y operando (Tipo B)	Se agrega producto	Se agrega producto para diferenciar el tipo de hospital	2013	2013
Número de hospitales incorporados en la red de información del SUIIS-MSPAS	Producto eliminado	El producto se eliminó para diferenciar actividades entre equipamiento y capacitación	2011	2011
Número de unidades de salud incorporados en la red de información del SUIIS-MPAS	Producto eliminado	El producto se eliminó para considerar los establecimientos de salud (producto 2.4) y la capacitación en SUIIS (producto 2.7)	2011	2011
2.4 Establecimientos de Salud con sistema de información operando	Se agrega producto	Se incluye producto para detallar unidades de salud beneficiadas con SUIIS	2011	2011

Cambio específico realizado	Tipo de Cambio	Razones para el Cambio	Fecha del Cambio en sistema	Fecha de cambio acordado
2.5 Recurso humano contratado y capacitado para el componente pre hospitalario del Sistema de Emergencias Médicas (SEM)	Se agrega producto	Se incluye producto para detallar personal contratado y por capacitar	2011	2011
2.6. Centro Coordinador Sistema de Emergencias Médicas (SEM) funcionando	Se agrega producto	Esta actividad fue considerada en el diseño de proyecto, pero no se había considerado en los productos de la Matriz de Resultados	2011	2011
2.7. Recurso humano contratado para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Único de Información en Salud (SUIS)	Se agrega producto	Se agrega producto para considerar la contratación del personal en SUIS. El marco de resultados tenía solo un indicador de SUIS para hospitales. Se decidió ampliar el alcance del producto tomando lo establecido en el Componente 2 y para poder registrar las actividades del SUIS más allá de hospitales.	2011	2011
Nuevo Laboratorio Central construido y operante	Producto eliminado	Se elimina el producto a solicitud del MINSAL dado que se consiguieron fondos de otras fuentes de financiamiento.	2012	2012
2.8. Unidades comunitarias – cabezas de micro red- y hospitales fortalecidos con equipo básico de laboratorio clínico	Se agrega producto	Se agrega producto al eliminarse la construcción del Laboratorio Central y fortalecer la Red de Laboratorios Regional	2012	2012
2.9. Laboratorios e microbiología implementados en hospitales de segundo nivel de la red de servicios	Se agrega producto	Se agrega producto al eliminarse la construcción del Laboratorio Central y fortalecer la Red de Laboratorios Regional	2011	2011
2.10 Laboratorios Clínicos Regionales fortalecidos y funcionando en red	Se agrega producto	Se agrega producto al eliminarse la construcción del Laboratorio Central y fortalecer la Red de Laboratorios Regional	2011	2011
2.11 Recurso humano contratado y capacitado para las redes de Laboratorio Clínicos fortalecidos	Se agrega producto	Se agrega producto al eliminarse la construcción del Laboratorio Central y fortalecer la Red de Laboratorios Regional	2011	2011

Cambio específico realizado	Tipo de Cambio	Razones para el Cambio	Fecha del Cambio en sistema	Fecha de cambio acordado
2.12 Remodelación y amueblamiento de servicios de hospitalización en cinco hospitales priorizados	Se agrega producto	Se agrega actividad que fue considerada en diseño del proyecto pero que quedo fuera de la Matriz de Resultados	2013	2013
2.13 Recurso humano usuario del Sistema Único de Información en Salud (SUIS) capacitado en el funcionamiento del sistema	Se agrega producto	Se agrega producto para incluir mayor información de las actividades del SUIS	2011	2011
2.14 Remodelación y amueblamiento de instalaciones MINSAL: Edificio F, archivo UACI, Edificio UACI	Se agrega producto	Se agrega actividad que fue considerada en diseño del proyecto pero que quedo fuera de la Matriz de Resultados	2011	2011
<b>Resultado</b>				
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	Se elimina indicador	El indicador se elimina para agregar el indicador 2.3 y 2.4	2011	2011
SUIS: Número de sistemas de información en salud funcionando de manera paralela	Se elimina indicador		2011	2011
Red de laboratorios públicos: Capacidad diagnóstica de la red de laboratorios, en algunos ámbitos prioritarios: 1. 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). 2. Cobertura de toma de muestras de citología para diagnóstico de cáncer cérvico-uterino por primera vez 3. Cobertura y calidad de diagnóstico de laboratorio de enfermedades de relevancia epidemiológica según normas, en especial dengue, meningitis, neumonía, rotavirus y Tuberculosis 4. Diagnóstico de difteria 5. Diagnóstico de monicitogenes y 0157:H7 (en alimentos y humanos) 6. Vigilancia de pesticidas en sangre,	Se elimina indicador	Se elimina indicador al no intervenir el Laboratorio Nacional. La fuente en el momento del diseño era el Laboratorio Central de MSPAS. Se suple por resultado 2.1 y 2.2	2011	2011

Cambio específico realizado	Tipo de Cambio	Razones para el Cambio	Fecha del Cambio en sistema	Fecha de cambio acordado
agua y agua potable embotellada, frutas y vegetales				
2.1 Porcentaje de variación de la producción de hematocrito año 2013 en relación con la producción de hematocrito año 2011	Se agrega indicador	Se agrega indicador para suplir los indicadores seleccionados para el Laboratorio Central Nacional	2012	2012
2.2 Porcentaje de variación de la producción de pruebas de creatinina año 2013 en relación con el año 2011	Se agrega indicador	Se agrega indicador para suplir los indicadores seleccionados para el Laboratorio Central Nacional	2011	2011
2.3 Razón de mortalidad hospitalarias en las primeras 48 horas de atención en los Hospitales priorizados	Se agrega indicador	Se agrega indicador para detallar indicador original	2012	2012
2.4 Mortalidad debida a lesiones de causa externa en los Hospitales priorizados	Se agrega indicador	Se agrega indicador para detallar indicador original	2011	2011

## 2.1.4 Resultados Logrados

2.19 La reforma que el Gobierno de El Salvador inició en 2009 y la cual fue potenciada con los recursos del préstamo ES-L1027, ha eliminado las barreras económicas de acceso en todos los niveles e incrementado la cobertura de primer nivel, lo cual se ha traducido en mejores resultados. Los resultados y logros alcanzados por el PRIDES han contribuido al desarrollo de los cinco ejes iniciales de la Reforma de Salud, principalmente en el cumplimiento del objetivo de desarrollar el modelo de Salud Familiar, la organización y gestión de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) centrado en la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral.

2.20 El PRIDES ha contribuido al incremento significativo en el acceso y cobertura de los servicios de salud del primer nivel de atención, esto se evidencia con la construcción, ampliación/rehabilitación y equipamiento de 61 Unidades Comunitarias de Salud Familiar, así como la puesta en funcionamiento de 45 EcosF; ampliando la cobertura y facilitando el acceso de los servicios de salud a más de 766,263 personas en las áreas de intervención. Los Ecos llevan a cabo visitas a los hogares y actividades de extensión en las comunidades para ofrecer servicios de salud y actividades de extensión en las comunidades. En cuanto a la construcción, si bien al comienzo se tuvo demoras con la construcción de las unidades de salud por temas de legalización de terrenos, este problema se solventó y se acordó una estrategia con el Banco para poder adelantar la preparación de carpetas técnicas en tanto se lograba la legalización de los terrenos. Con esto se acortaron los tiempos y se pudo completar la infraestructura prevista.

2.21 Con las nuevas unidades de salud equipadas y con sus recursos humanos funcionando se logró implementar el modelo de atención de enfoque familiar lo que incrementó de manera importante la cobertura del primer nivel de atención y a su vez se tradujo en mejores resultados. Entre 2009-2016, en los Ecos Familiares apoyados por el PRIDES, las consultas preventivas a nivel nacional pasaron de 15.5% a 44.4%. Las consultas de emergencia en el primer nivel de atención en 66%; los partos intrahospitalarios subieron de 40,7% a 80,7%<sup>11</sup>; la inscripción pre natal de 56 % a 90%, la infantil de 56 a 96% y el control post natal de 46,9% a 92,3%.

En términos de impactos se observan mejoras en los indicadores de mortalidad materna e infantil<sup>12</sup>:

(i) En el caso de la salud materna, se lograron importantes avances, principalmente en la reducción de muerte materna al mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud ya que se incrementó la atención materna. El porcentaje de embarazadas con al menos 4 controles prenatales, en las áreas cubiertas por los EcosF apoyados con el PRIDES, mejoró de 58.9% que se tenía en 2010 a 71.6% para el 2016, asimismo el promedio de controles prenatales pasó de 5.7 a 6.4 y se continúan aplicando mejoras para atender las complicaciones relacionadas con muertes maternas.

---

<sup>11</sup> Memoria de Labores del MINSAL 2013-2014.

<sup>12</sup> Estos datos corresponden al informe final del Proyecto referente a los Ecos atendidos por el proyecto.

(ii) En el caso de la salud infantil se ha brindado capacitación en el manejo de las enfermedades, se han revisado y ajustado los lineamientos de atención al niño y se han implementado acciones tales como actividades de reducción de la anemia, con apoyo de la Iniciativa Salud Mesoamérica, y mejora en la gestión de los recursos y con apoyo de la comunidad (por medio de las Unidades Comunitarias UROC). Vale la pena mencionar que aún hay departamentos con metas que están por arriba del nivel nacional. El MINSAL ha reportado que el mayor número de muertes infantiles se debieron a malformaciones congénitas, especialmente las cardíacas. Actualmente se está llevando un análisis de esto para identificar acciones (por ejemplo, fortalecimiento de la estrategia del uso de ácido fólico en mujeres en edad fértil, impulsar la investigación en los factores que influyen en su incidencia, entre otras).

(iii) Por el lado de mejoría de la gestión se brindó asistencia técnica y apoyo para mejorar la implementación de procesos e innovaciones en materia de gestión, como el el Sistema Único de Información en Salud, que contribuyó a mejorar las actividades de referencia y retorno y de gestión administrativa del Ministerio de Salud.

(iv) El proyecto PRIDES se vio beneficiado por las intervenciones de la Iniciativa Salud Mesoamérica (ES-G1001 y ES-G1002) la cual ofreció capacidades técnicas y de gestión para la prestación de servicios de salud de calidad, mejorar el suministro de los insumos, equipos y medicamentos, fortalecer los sistemas de derivación y fomentar la participación de la comunidad.

2.22 El PRIDES ha contribuido en forma eficaz al fortalecimiento del MINSAL, a través del desarrollo de capacidades de organización, gestión y puesta en funcionamiento del (i) Sistema Nacional de Emergencias Médicas (SEM); (ii) el Sistema Único de Información en Salud (SUIS) en el nivel central, en las redes de servicios del primer nivel de atención y la red de hospitales; (iii) el fortalecimiento de la Red de Laboratorios Clínicos Regionales, dotándolos de recursos humanos, equipamiento médico, tecnología de informática y comunicaciones y su apoyo al financiamiento de la Encuesta Nacional de Salud 2014.

2.23 En cuanto al **Sistema Nacional de Emergencias**, el mismo fue inaugurado en el 2013 para atender una población de 1.8 millones de habitantes de la zona metropolitana de San Salvador en coordinación con los hospitales: Rosales, Benjamín Bloom, Nacional de la Mujer, Zacamil, Saldaña, San Rafael, Soyapango y San Bartolo. Sin embargo, el SEM a través de la asistencia telefónica 132 brinda cobertura nacional por medio de coordinaciones con cuerpos de socorro. El SEM permite brindar una atención pronta, eficiente y de calidad que facilita la atención de salud inmediata previa a su traslado al hospital con el apoyo de un Centro Coordinador de asistencias. El SEM actúa de forma coordinada con todas las instituciones prestadoras de servicios de salud a fin de optimizar los recursos existentes y evitar duplicidad de esfuerzos, utilizando las ambulancias adecuadas para trasladar al paciente al hospital. El SEM tiene un número telefónico propio (132) en el cual hay médicos coordinadores y tele-operadores ofreciendo asistencia las 24 horas del día. Estas personas se encargan de recibir las llamadas de emergencias en salud, brindar asesoría

médica, así como asegurar la coordinación de los servicios de ambulancia cuando es necesario. A la fecha se ha brindado un promedio de 4,000 atenciones prehospitales mensuales coordinadas desde el SEM. Con esto se ha incidido en la atención de emergencias prehospitales y en la adecuada derivación de pacientes a hospitales con la mejor capacidad resolutoria. En 2015 se inició el traslado de neonatos en estado crítico lo cual ha tenido también resultados positivos, habiéndose trasladado hasta la fecha 220 recién nacidos críticos. Vale la pena mencionar que el indicador de “recurso humano contratado y capacitado” tenía una meta de 243 personas; sin embargo, debido a la priorización de intervenciones la meta se ajustó a 44 recursos contratados y capacitados lo cual se cumplió. Además, el MINSAL asignó otras 93 plazas para apoyar la puesta en marcha del SEM logrando un total de 137 plazas contratadas y capacitadas. Otro aporte importante son los talleres de capacitación en atención de emergencias médicas brindando por el SEM.

2.24 En cuanto al **Sistema Único de Información en Salud** se logró crear una herramienta informática cuyos componentes incluyen tanto la caracterización de la determinación social de la salud, la atención del usuario, el análisis epidemiológico, la administración de los recursos disponibles y, finalmente la toma de decisiones estratégicas y operativas en los diferentes niveles del MINSAL. Los alcances del mismo se han logrado con el menor costo posible y excelentes y perspectivas de sostenibilidad gracias a la plataforma tecnológica basada en software libre y gratuito, así como la contratación y cualificación del personal existente como el contratado bajo el PRIDES (42 recursos), personal que ya forma parte del recurso permanente de la DTIC y que está dedicado por completo a su desarrollo local a la adecuación y aprovechamiento de las herramientas libres utilizadas, así como a la expansión y soporte permanente. El SUI tiene cobertura nacional siendo progresiva la instalación del componente de expediente clínico electrónico (Sistema Integral de Atención al Paciente, SIAP) en función de la disponibilidad de equipamiento informático, buena parte del cual fue adquirido con PRIDES, y conectividad en red de los diferentes establecimientos del contexto socioeconómico (Sistema de Información de Ficha Familiar). Todos los demás componentes son utilizados en el país completo incluyendo: el Sistema de vigilancia sanitaria (Sistema de Vigilancia Epidemiológica, VIGEPES, Sistema de Morbimortalidad, SIMMOW y Sistema de Vigilancia de VIH, SUMEVE), a la planificación (Sistema estadístico de Producción y Servicios, SEPS, Sistema de Planificación, Monitoreo y Evaluación, SPME y Sistema de Estándares de Calidad), a la gestión y desarrollo de recursos humanos (Sistema de planificación de RRHH), a la administración logística (Sistema Nacional de Abastecimiento, SINAB), a la salud ambiental (Sistema de Información de Salud Ambiental, SISAM) y, por supuesto, a las herramientas dedicadas a la toma de decisiones (Sistema de Información Georreferenciada, GEO, y Sistema de Información de Indicadores Gerenciales, eTAB), entre otros. Es también muy importante destacar el aporte del PRIDES dedicado a la infraestructura básica para este esfuerzo, gracias al cual se cuenta con un aula de capacitación especializada para la provisión permanente de actividades formativas en TICs, y la reforma y equipamiento servidor de las salas de servidores principal y alterna del MINSAL.

2.25 En cuanto a los servicios de **Laboratorios Regionales**, como se ha mencionado, no se logró construir el nuevo laboratorio central dado que el Gobierno consiguió fondos de otras fuentes de financiamiento por lo cual las intervenciones se enfocaron a nivel regional. La estrategia del MINSAL de fortalecer los laboratorios regionales ha resultado ser bastante efectiva y ejemplo de esto es que la evaluación de la Iniciativa de Salud Mesoamérica ha demostrado que, en prácticas de control prenatal, el 85% de las unidades de salud de la muestra cuentan con los estudios de laboratorio requeridos y bien documentados. Destaca la innovación en cuanto a la modalidad de traslado de muestras ampliando la cobertura de atención con laboratorio clínico.

2.26 En general el PRIDES logró la mayoría de los resultados esperados. Destacan los siguientes resultados específicos que presentaron dificultades en su cumplimiento. En el Componente 2, el resultado de razón de mortalidad hospitalaria en las primeras 48 horas de atención en los Hospitales priorizados no logró el resultado esperado (meta era reducirlo del 46 a 40 y el cumplimiento fue de 46.67). La explicación es en parte por la incidencia en el nivel de muertes violentas en el país. Este indicador expresa el total de muertes sucedidas, más allá de las influenciadas por el del SEM. Sin embargo, es importante mencionar que las acciones del SEM se mantienen en promedio en 12 minutos en alertar a la ambulancia y hacer contacto con el paciente. La Tabla 2 detalla los logros de los indicadores de la matriz de resultados del proyecto.



**Tabla 2**  
**Matriz de Resultados Alcanzados**

Matriz de Resultados Alcanzados							
Impacto/Indicador	Unidad de Medida	Valor en la Línea Base	Año de la Línea Base	Medios de Verificación	Metas y Resultados Alcanzados		Fecha en que la meta fue alcanzada
Impacto #1: Mejorar la situación de salud de la población de El Salvador							
1.1 Mortalidad Materna a nivel nacional	Razón	57.7	2009	Fuente: Unidad de información de la Salud, Dirección de Vigilancia Sanitaria	Valor de Meta Original	52.0	2016
					Valor de Meta Revisado		
					Valor Alcanzado	27.4	
Razón de mortalidad materna en el Departamento de San Salvador	Razón		2009	Fuente: Unidad de información de la Salud, Dirección de Vigilancia Sanitaria	Valor de Meta Original		2016
					Valor de Meta Revisado		
					Valor Alcanzado	28.90	
Razón de mortalidad materna en el Departamento de San Miguel	Razón		2009	Fuente: Unidad de información de la Salud, Dirección de Vigilancia Sanitaria	Valor de Meta Original		2016
					Valor de Meta Revisado		
					Valor Alcanzado	21.10	
Razón de mortalidad materna en el Departamento de Sonsonate	Razón		2009	Fuente: Unidad de información de la Salud, Dirección de Vigilancia Sanitaria	Valor de Meta Original		2016
					Valor de Meta Revisado		
					Valor Alcanzado	32	
Razón de mortalidad materna en el Departamento de Chalatenango	Razón		2009	Fuente: Unidad de información de la Salud, Dirección de Vigilancia Sanitaria	Valor de Meta Original		2016
					Valor de Meta Revisado		
					Valor Alcanzado	24.9	
1.2 Mortalidad Perinatal a nivel nacional	Tasa	19	2009	Fuente: Unidad de información de la Salud, Dirección de Vigilancia Sanitaria	Valor de Meta Original	15.00	2016
					Valor de Meta Revisado	15.00	
					Valor Alcanzado	9.9	
Tasa de mortalidad perinatal en el Departamento de San Salvador	Tasa		2009	Fuente: Unidad de información de la Salud, Dirección de Vigilancia Sanitaria	Valor de Meta Original		2016
					Valor de Meta Revisado		
					Valor Alcanzado	11.71	
Tasa de mortalidad perinatal en el Departamento de San Miguel	Tasa		2009	Fuente: Unidad de información de la	Valor de Meta Original		2016
					Valor de Meta Revisado		

				Salud, Dirección de Vigilancia Sanitaria	Valor Alcanzado	10.7	
Tasa de mortalidad perinatal en el Departamento de Sonsonate	Tasa		2009	Fuente: Unidad de información de la Salud, Dirección de Vigilancia Sanitaria	Valor de Meta Original		2016
					Valor de Meta Revisado		
					Valor Alcanzado	10.15	
Tasa de mortalidad perinatal en el Departamento de Chalatenango	Tasa		2009	Fuente: Unidad de información de la Salud, Dirección de Vigilancia Sanitaria	Valor de Meta Original		2016
					Valor de Meta Revisado		
					Valor Alcanzado	12.07	
1.3 Mortalidad Infantil a nivel nacional (menor a 1 año)	Tasa	16	2009	Fuente: Unidad de información de la Salud, Dirección de Vigilancia Sanitaria	Valor de Meta Original	13.00	2016
					Valor de Meta Revisado	13.00	
					Valor Alcanzado	9.8	
Mortalidad infantil en el Departamento de San Salvador	Tasa		2009	Fuente: Unidad de información de la Salud, Dirección de Vigilancia Sanitaria	Valor de Meta Original		2016
					Valor de Meta Revisado		
					Valor Alcanzado	9.01	
Mortalidad infantil en el Departamento de San Miguel	Tasa		2009	Fuente: Unidad de información de la Salud, Dirección de Vigilancia Sanitaria	Valor de Meta Original		2016
					Valor de Meta Revisado		
					Valor Alcanzado	10.15	
Mortalidad infantil en el Departamento de Sonsonate	Tasa		2009	Fuente: Unidad de información de la Salud, Dirección de Vigilancia Sanitaria	Valor de Meta Original		2016
					Valor de Meta Revisado		
					Valor Alcanzado	10.54	
Mortalidad infantil en el Departamento de Chalatenango	Tasa		2009	Fuente: Unidad de información de la Salud, Dirección de Vigilancia Sanitaria	Valor de Meta Original		2016
					Valor de Meta Revisado		
					Valor Alcanzado	14.5	
1.5. Mortalidad por cáncer cervicouterino diagnosticado en los establecimientos del MINSAL	Tasa	3.7	2009	Fuente: Unidad de información de la Salud (Dirección de Vigilancia Sanitaria)	Valor de Meta Original		2016
					Valor de Meta Revisado		
					Valor Alcanzado	2.8	

Resultado/Indicador	Unidad de Medida	Valor en la Línea Base	Año de la Línea Base	Medios de Verificación	Metas y Resultados Alcanzados		Fecha en que la meta fue alcanzada
Componente #1: Mejora de indicadores sanitarios referidos a enfermedades y problemas de salud a través del acceso garantizado a prestaciones integrales de salud provistas por un nivel de atención fortalecido, en las áreas de intervención del proyecto							
1.1 Porcentaje de familias adscritas por los Ecos F en las áreas apoyadas por el PRIDES en los departamentos de intervención	Porcentaje	0.00	2009	Lista de familias asignadas a ECOS F donde se cuente con información y proyecciones (DIGESTYC) donde no se cuente con la misma	Valor de Meta Original	90.00	2016
					Valor de Meta Revisado	90.00	
					Valor Alcanzado	95.00	
1.2 Cobertura de niños y niñas de 1 año vacunados con SPR en las áreas cubiertas por los Ecos F apoyados por el programa en los departamentos de intervención	Porcentaje	90.00	2009	Fuente: Unidad de información de la Salud (Dirección de Vigilancia Sanitaria)	Valor de Meta Original	95.00	2016
					Valor de Meta Revisado	95.00	
					Valor Alcanzado	94.00	
1.3 Cobertura de niños y niñas menores a 1 año inscritos en control infantil, en las áreas cubiertas por los Ecos F apoyados por el programa en los departamentos de intervención	Porcentaje	56.00	2009	Fuente: Unidad de información de la Salud (Dirección de Vigilancia Sanitaria)	Valor de Meta Original	95.00	2016
					Valor de Meta Revisado	95.00	
					Valor Alcanzado	96.00	
1.4 Cobertura de embarazadas inscritas en atención prenatal en áreas cubiertas por los EcosF apoyados por el programa en los departamentos de intervención	Porcentaje	56.00	2009	Fuente: Unidad de información de la Salud (Dirección de Vigilancia Sanitaria)	Valor de Meta Original	95.00	2016
					Valor de Meta Revisado	95.00	
					Valor Alcanzado	90.00	
1.5 Proporción de atenciones preventivas en relación al total de atenciones	Porcentaje	15.00	2009	Fuente: Unidad de información de la Salud (Dirección de Vigilancia Sanitaria)	Valor de Meta Original	60.00	2016
					Valor de Meta Revisado	60.00	

					Valor Alcanzado	44.4	
1.6 Porcentaje de referencias del primer nivel atendidas en el segundo nivel de atención	Porcentaje	0.00	2000	Fuente: Unidad de información de la Salud (Dirección de Vigilancia Sanitaria)	Valor de Meta Original	70.00	2016
					Valor de Meta Revisado	70.00	
					Valor Alcanzado	70.00	
1.7 Personas que se benefician de un paquete básico de salud	Personas	0.00	2000	Fuente: Unidad de información de la Salud (Dirección de Vigilancia Sanitaria)	Valor de Meta Original	379,806	2016
					Valor de Meta Revisado	379,806	
					Valor Alcanzado	766,263	
1.8 Porcentaje de embarazadas con al menos 4 controles prenatales, en las áreas cubiertas por las Ecos F apoyadas por el programa en los departamentos de intervención	Porcentaje	58.90	2010	Fuente: Unidad de información de la Salud (Dirección de Vigilancia Sanitaria)	Valor de Meta Original	75.00	2016
					Valor de Meta Revisado	75.00	
					Valor Alcanzado	71.60	
1.9 Concentración de controles de atención prenatal según normas nacionales en la población cubierta por las Ecos F apoyados por el PRIDES en los departamentos de intervención	Concentración	5.70	2010	Fuente: Unidad de información de la Salud (Dirección de Vigilancia Sanitaria)	Valor de Meta Original	6.00	2016
					Valor de Meta Revisado	6.00	
					Valor Alcanzado	6.4	
Componente #2: Ministerio de salud fortalecido a través del desarrollo del SUI, SEM y el fortalecimiento de la red de laboratorios							
2.1 Porcentaje de variación de la producción de hematocrito año 2013 en relación con la producción de hematocrito año 2011	Porcentaje	0.00	2011	Sistema Estadístico de Producción de Servicios	Valor de Meta Original	10.00	2016
					Valor de Meta Revisado	10.00	
					Valor Alcanzado	- 31	
2.2 Porcentaje variación de producción de pruebas de creatinina año 2013 en relación con 2011	Porcentaje	0.00	2011	Sistema Estadístico de Producción de Servicios	Valor de Meta Original	10.00	2016
					Valor de Meta Revisado	10.00	
					Valor Alcanzado	348	
2.3 Razón de mortalidad hospitalarias en las primeras 48 horas de atención en los hospitales priorizados	Razón	46.00	2010	Sistema de Morbimortalidad	Valor de Meta Original	40.00	2016
					Valor de Meta Revis.	40.00	
					Valor Alcanzado	43.5	
	Razón	8.00	2010	Sistema de Morbimortalidad	Valor de Meta Original	7.20	2016
					Valor de Meta Revis.	7.20	

2.4 Mortalidad debida a lesiones de causa externa en los hospitales priorizados					Valor Alcanzado	5.46	
Producto/Indicador	Unidad de Medida	Valor en la Línea Base	Año de la Línea Base	Medios de Verificación	Metas y Resultados Alcanzados		Fecha en que la meta fue alcanzada
Componente 1. Fortalecimiento del primer nivel de atención de la red pública integrada de salud en departamentos prioritarios							
Productos							
1.1. Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas, construidas y equipadas según la norma	UCSF	0	2009	Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta Original	28	2015
					Valor de Meta Revisado	32	
					Valor alcanzado	32	
1.2. Unidades Comunitarias de Salud Familiar Especializadas, construidas y equipadas según la norma	UCSF-E	0	2009	Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta Original	9	2014
					Valor de Meta Revisado	9	
					Valor alcanzado	10	
1.3. Personal sanitario capacitado en el sistema de gestión y de provisión de servicios de las Redes Integradas de Servicios de Salud en Atención Primaria en Salud (RIISS-APSS)	Recursos Humanos	0	2009	Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta Original	1,910	2015
					Valor de Meta Revisado	3,608	
					Valor alcanzado	3,608	
1.4. Foros de participación social en salud	Foros	0	2009	Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta Original	47	2015
					Valor de Meta Revisado	42	
					Valor alcanzado	51	
1.5. Unidades Comunitarias de Salud Rehabilitadas	UCSF	0	2009	Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta Original	18	2013
					Valor de Meta Revisado	19	
					Valor alcanzado	19	
1.6. Equipos Comunitarios de Salud Nuevos funcionando según norma	Ecos	0	2009	Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta Original	45	2012
					Valor de Meta Revisado	45	
					Valor alcanzado	45	

Componente II: Fortalecimiento del MSPAS							
2.1. Ambulancias (medicalizadas y básicas) operantes	Vehículos	0	2009	Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta Original	17	2016
					Valor de Meta revisado	6	
					Valor alcanzado	6	
2.2. Hospitales con salas de máxima urgencia y áreas conexas, fortalecidos y operando (equipo tipo A)	Hospitales	0	2009	Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta Original	30	2013
					Valor de Meta revisado	18	
					Valor alcanzado	30	
2.3. Hospitales con salas de máxima urgencia y áreas conexas, fortalecidos y operando (equipo tipo B)	Hospitales	0	2009	Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta Original	0	2016
					Valor de Meta revisado	30	
					Valor alcanzado	30	
2.4. Establecimientos de salud con sistema de información operando	Establecimientos	0	2009	Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta Original	136	2014
					Valor de Meta revisado	154	
					Valor alcanzado	154	
2.5. Recurso Humano contratado y capacitado para el componente pre hospitalario del Sistema de Emergencias Médicas (SEM)	Personas	0	2009	Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta Original	243	2015
					Valor de Meta revisado	44	
					Valor alcanzado	44	
2.6. Centro Coordinador Sistema de Emergencias Médicas (SEM) funcionando	Establecimiento	0	2009	Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta Original	1	2013
					Valor de Meta revisado	1	
					Valor alcanzado	1	
2.7. Recurso humano contratado para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Único de Información en Salud (SUIS)	Personas	0	2009	Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta Original	42	2015
					Valor de Meta revisado	42	
					Valor alcanzado	42	
2.8. Unidades comunitarias – cabezas de micro red – y Hospitales	Unidades de Salud	0	2009		Valor de Meta Original	19	2014

fortalecidos con equipo básico de laboratorio clínico				Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta revisado	112	
					Valor alcanzado	112	
2.9. Laboratorios de microbiología implementados en hospitales de segundo nivel de la red de servicios	Laboratorios	0	2009	Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta Original	5	2014
					Valor de Meta Revisado	5	
					Valor alcanzado	5	
2.10. Laboratorios Clínicos Regionales fortalecidos y funcionando en red	Laboratorios	0	2009	Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta Original	5	2014
					Valor de Meta Revisado	6	
					Valor alcanzado	6	
2.11. Recurso humano contratado para las redes de Laboratorio Clínicos fortalecidos	Personas	0	2009	Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta Original	36	2015
					Valor de Meta revisado	34	
					Valor alcanzado	34	
2.12. Remodelación y amueblamiento de servicios hospitalización en cinco hospitales priorizados	Hospitales	0	2009	Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta Original	1	2015
					Valor de Meta revisado	6	
					Valor alcanzado	6	
2.13 Recurso humano usuario del Sistema Único de información en Salud (SUIS) capacitado en el funcionamiento del sistema	Personas	0	2009	Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta Original	570	2015
					Valor de Meta revisado	2193	
					Valor alcanzado	2926	
2.14. Remodelación y amueblamiento de instalaciones MINSAL, Edificio F, archivo UACI, edificio UACI	Edificio	0	2009	Reportes semestrales de ejecución	Valor de Meta Original	0	2013
					Valor de Meta revisado	3	
					Valor alcanzado	3	

## 2.1.5 Análisis de la Atribución de los Resultados

2.25 El documento de Estrategia de Monitoreo y Evaluación del Programa contempló el desarrollo de una serie de procesos de monitoreo y evaluación con el fin de generar conocimiento sobre el impacto del nuevo modelo de atención planteado, tanto en la producción de servicios como en el estado de salud y fortalecer la rendición de cuentas. Para determinar si los logros del proyecto son atribuibles se revisaron los procesos que el MINSAL tiene en marcha con otras operaciones y recursos propios, antes de iniciado este programa y la identificación de límites y atribuciones, así como estudios y experiencias internacionales que en condiciones similares han demostrado ser eficaces. El análisis de atribución de resultados destaca los siguientes puntos:

2.26 Los logros obtenidos en los indicadores de acceso y cobertura de la población materno infantil se atribuyen partiendo del supuesto que la implementación del modelo RISS ofrece los siguientes efectos positivos:

- Por el lado de la oferta, el modelo integral de salud familiar-comunitaria implementado por el MINSAL, a través de los Ecos, responde a un enfoque de derechos y al principio de equidad
- Se evidencia que el modelo de atención integral de salud enfatiza en la prevención de la enfermedad al asegurar un acercamiento cercano a la comunidad con el cual se garantiza las acciones de prevención. Una evaluación de los Ecos<sup>13</sup> resalta que, para el año 2011 y 2012 el MINSAL obtuvo una tasa de variación del número de atenciones preventivas del 17% en cada año, sobrepasando la meta establecida en un 169%. Lo mismo ocurre con el indicador de la promoción de la salud, donde se evidencia un aumento del indicador con tasas de variación del 92% y 107% para los años 2011 y 2012, respectivamente.
- El proceso de dispensarización, aplicado por los Ecos, asegura que la entrega de servicios se realice de acuerdo a las necesidades y expectativas de la población participante.
- La intervención basada en la plataforma comunitaria de Ecos dispone de un marco normativo, organizativo, técnico y metodológico para su implementación. El modelo asegura la proximidad de los servicios de salud a los hogares, por parte de la población beneficiaria.
- Fomenta mecanismos que incentivan la demanda en la prestación de los servicios de salud.
- Por el lado de la demanda, se mejora el acceso a los servicios especialmente de las poblaciones más rezagadas.
- Constituyen una alternativa prometedora en la promoción de los objetivos de eficiencia, eficacia y equidad en las prestaciones de salud.

---

<sup>13</sup> ADEPRO, IDEA Intl. Consultoría para la evaluación de medio término del programa equipos comunitarios de salud familiares-ECOS. Servicios de Consultoría PATI/06/2013, abril de 2014.  
([http://www.sne.gob.sv/media/2929/informe\\_final\\_ecos\\_03-06-2014-corregido.pdf](http://www.sne.gob.sv/media/2929/informe_final_ecos_03-06-2014-corregido.pdf))



- La efectividad del modelo de RIISS está basada en la atención primaria como puerta de entrada al sistema, que brinda una mejor atención y ayuda a reducir la tasa de crecimiento del gasto en salud con lo cual se espera un ahorro de recursos públicos.

2.27. Como parte del análisis de atribución de resultados a las intervenciones del programa se destacan algunos logros alcanzados y se explora la atribución de los mismos a las actividades promovidas por el programa:

### **Indicadores de Mortalidad Materna e Infantil**

- Reducción en la tasa de mortalidad materna. El Salvador posee una tasa de mortalidad materna de 24 por 100.000 nacidos vivos. El país ha hecho esfuerzos importantes para reducir la tasa de mortalidad materna de 49,7 en el 2009 a 27.4 en el 2016. Se estima que algunas de las intervenciones que han logrado disminuir fuertemente este indicador, y que fueron promovidas por el programa, son: cobertura de parto institucional (99,6% de partos han sido hospitalarios, inclusive en los municipios más pobres), atención prenatal temprana, promoción de la salud mediante consejerías, implementación de acciones para el manejo integral y oportuno de la hemorragia y sepsis severa, entre otros. Asimismo, las redes integradas de servicios han contribuido a reducir la mortalidad materna tanto por el incremento de su cobertura como por la mejoría en su funcionamiento. Ejemplo de esto es el alto índice de parto institucional lo cual demuestra una buena referencia entre las unidades de salud básicas familiares con los hospitales.
- Reducción de mortalidad perinatal. La tasa de mortalidad perinatal logró una reducción del 15,5 a 9.9. El proyecto contribuyó a fortalecer las redes de salud, tanto a nivel primario como hospitalario, lo cual tuvo un efecto positivo en mejorar la accesibilidad a servicios materno infantiles generando mejores oportunidades para el tratamiento a tiempo de los niños en sus primeras semanas de vida. Es posible atribuir que la caída del indicador se debió a la mejora en el trabajo de la RIISS y al aseguramiento del equipamiento e insumos brindados por el proyecto.
- Por otro lado, la mortalidad infantil, aunque disminuyó comparado con la proyección actualizada, no se logró la reducción que se esperaba. De 11,6 por 100 nacidos vivos en el 2009 llegó a 9.8 en el 2016. Dentro de las principales causas se identifican la prematuridad y la malformación congénita. La red de salud ha hecho un esfuerzo importante al promover los partos hospitalarios. El análisis del MINSAL reporta que el 99% de los nacidos vivos ocurrieron a nivel hospitalario. Se estima que al menos 10 a 20% nacen con bajo peso y de éstos, 40 a 70% se asocian a prematuridad. Las muertes neonatales ocurrieron con niños que reportaron bajo peso al nacer. Entre las causas de mortalidad neonatal la prematuridad concentró el 28,3% de las muertes y las malformaciones congénitas el 25%, éstas últimas

por causas de malformación del sistema nervioso y del sistema cardiovascular. Si bien se han hecho esfuerzos importantes por aumentar la cobertura de los servicios de salud, es necesario ahora fortalecer las acciones para la atención del niño con intervenciones que han mostrado impactar directamente en dicho indicador. El MINSAL se encuentra impulsando acciones para reducir la mortalidad infantil, con apoyo de proyectos como la Iniciativa Salud Mesoamérica, tales como:

- Reducción de la anemia: en lo que respecta a El Salvador, la prevalencia de anemia en los municipios más pobres es de 42% en niños de 6 a 23 meses (Datos de la SM2015 del 2010). Al inicio del proyecto de la ISM la prevalencia de anemia era de 22,3% en niños menores de cinco años (Datos FESAL 2008). Según datos del 2011, este dato continuaba siendo alto (28,8% en los municipios más pobres del país)<sup>14</sup>. Esto es preocupante ya que un porcentaje alto de las muertes infantiles está ligado al bajo peso al nacer. Debido a la multicausalidad de factores que intervienen para reducir la desnutrición, no es factible imputar a esta operación el alcance de este indicador. Sin embargo, las acciones apoyadas por esta operación y otras, como la ISM, esperan contribuir con la mejora de este indicador. Con apoyo de los Ecos se está fomentando el derecho a la salud, la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño, la consejería cara a cara para mejoras en la alimentación, y la aplicación de estrategias como el seguimiento del niño mediante la aplicación del listado del niño, entre otros. De acuerdo a la teoría del cambio se espera modificar las conductas de los cuidadores de los niños en su etapa de crecimiento. Se está promoviendo el uso de los micronutrientes en polvo los cuales han probado eficacia en la disminución de la anemia y los resultados al momento son prometedores.
- Manejo de la diarrea. Como arriba se menciona, una de las principales causas en El Salvador de mortalidad en menores de 5 años es la diarrea. Estudios demuestran que el uso de sales de rehidratación oral y zinc ayudan a disminuir la diarrea y promueven una recuperación más rápida. Los casos de diarrea son mayormente tratados en casa (y no en centros de salud) por lo cual el rol de los Ecos es fundamental para promover un cambio de comportamiento en los cuidadores de los niños para dar el tratamiento adecuado al niño. Este proyecto tuvo un rol fundamental en fortalecer los Ecos, principalmente en zonas rurales. Estas actividades están siendo fortalecidas con apoyo de otros proyectos como la ISM mediante el cual se está promoviendo el seguimiento del niño, consejerías cara a cara con la madre, instauración de Unidades de Rehidratación en las Comunidades (UROC) y aseguramiento de los insumos. En los últimos años se ha visto que el conocimiento de la madre, en el uso conjunto de las SRO y el Zinc,

---

<sup>14</sup> Según ENS 2014, la anemia en el grupo de edad de 6 a 23 meses fue de 26.1.

ha aumentado de 8,2% a 23,1% en los municipios de la ISM. Esto demuestra que el cambio de comportamiento en la madre se está dando paulatinamente para dar el tratamiento adecuado al niño.

#### Indicadores de Resultado

- Porcentaje de familias adscritas por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos F): la Reforma de Salud tiene como uno de los pilares fundamentales el expandir la atención de cobertura con apoyo de los EcosF con un enfoque familiar, es decir visitando casa a casa, para asegurar la atención integral de toda la familia. Esto se logró con el apoyo del proyecto al asegurar la contratación continua de 45 Ecos F en las zonas del proyecto. Los Ecos tienen dentro de sus responsabilidades estar tres días en campo y dos en los centros de salud lo cual asegura la relación constante entre la comunidad y el centro de salud.
- Cobertura de niños y niñas de un año vacunados con Sarampión, Paperas y Rubeola (SPR): Con apoyo de los Ecos se llevó a cabo un levantamiento de información del estado de salud de cada familia (proceso de dispensarización) con lo cual se aseguró el seguimiento cercano a los niños para asegurar que estuvieran al día con su cartilla de vacunación. Las actividades demostraron ser efectivas logrando la cobertura del 95% al finalizar el proyecto.
- Cobertura de niños y niñas menores de un año inscritos en control infantil: por las mismas razones expuestas en el indicador anterior es plausible atribuir que resultante del trabajo de los Ecos a nivel comunitario se logró asegurar que la mayoría de los niños estuviesen inscritos en el centro de salud y llevar sus controles de crecimiento. Esta última actividad incluso la lleva a cabo el Ecos en la casa del beneficiario. El resultado fue exitoso ya que se logró una cobertura del 96% de todos los niños menores de un año.
- Cobertura de embarazadas inscritas en atención prenatal: La instalación de los Ecos F requirió asegurar un equipo mínimo de personas para cubrir cierto territorio (un médico, una enfermera, un auxiliar de Enfermería y tres promotores y un polivalente). Asimismo, se aseguró el suministro de insumos y equipamiento. Dentro de las principales tareas de los Ecos en la comunidad está la inscripción de todas las embarazadas y su seguimiento hasta el parto. Según una evaluación de la ISM, se ha incrementado el trabajo de referencia al hospital con la aplicación del plan de parto en un 99% en base a expedientes. Es así que se atribuye al proyecto el aumento de la cobertura de las embarazadas y el aseguramiento de su atención prenatal alcanzando la meta del 90%.
- Proporción de atenciones preventivas en relación al total de atenciones. Al visitar casa a casa los Ecos y estar al tanto del estado de salud de la población el promotor brinda consejería y detecta signos de riesgo a tiempo, lo cual apoya a aumentar las acciones de prevención. El proyecto tuvo un aumento del 15% al 46,20% en atenciones preventivas.
- Personas que se benefician de un paquete básico de salud. El proyecto aseguró que los beneficiarios recibieran un paquete básico de salud logrando una meta de 766.263 personas. Esto se logró gracias a las intervenciones del proyecto tales como construcción y

rehabilitación de unidades de salud, capacitación del personal sanitario, involucramiento de la comunidad (foros) y el equipamiento y aseguramiento de insumos.

- Porcentaje de embarazadas con al menos cuatro controles prenatales: como estrategia para asegurar los controles prenatales según la norma se aseguró que los Ecos dieran un seguimiento especial a las embarazadas: se crearon mapas sanitarios identificando gráficamente el lugar físico de cada casa con mujeres embarazadas, se estableció visitar a las embarazadas mensualmente para asegurar estar al día con sus controles prenatales e identificar signos de riesgo. Esto ayudó a subir la meta del 58,9 al 71% y aumentar incluso a un promedio de 5,1 controles de atención prenatal en las mujeres embarazadas. Vale la pena mencionar los resultados de la evaluación externa de la ISM en donde los Ecos han asegurado que el 86% de las mujeres cumplen con las mejores prácticas en control prenatal.
- Porcentaje de variación de la producción de hematocrito año 2016 en relación con la producción de hematocrito año 2011 y Porcentaje de variación de la producción de pruebas de creatinina año 2013 en relación con el año 2011. Dentro de los pilares de la reforma se incluyó el fortalecimiento de los laboratorios y la adopción de una nueva estrategia para la recolección de análisis de laboratorios. Esto último con el apoyo de los Ecos. A partir del inicio del proyecto se mejoraron los procesos de recopilación de muestras de laboratorio, se equiparon las unidades de salud con motocicletas adaptadas para recoger pruebas de laboratorio y se brindó capacitación y equiparon los laboratorios regionales. Todo esto contribuyó a mejorar la producción, donde la muestra sanguínea es la que se transporta para procesarla y la respuesta se regresa al establecimiento original, evitando así que la población se traslade en busca de un laboratorio como se hacía anteriormente.. Vale la pena mencionar que el resultado al final del proyecto fue de una producción reportada de 408,658, llegando a ese logro del 26.7%. La diferencia con los años anteriores se debe a que no se habían reportado todos los datos de producción de los laboratorios por lo que la cifra salía muy baja. Para el 2016 se constató que el 26.7% correspondía a la totalidad de los reportes de los laboratorios.
- Razón de mortalidad hospitalarias en las primeras 48 horas de atención en los Hospitales priorizados. Con el objetivo de disminuir la mortalidad en los hospitales y tomando en cuenta que varias de las causas de mortalidad son evitables con mejoras en la calidad de la atención (como lo es para causas de muerte por sepsis, asfixia, prematurez, traumas, etc.) el proyecto apoyó con la mejora de los procesos, el equipamiento, la rehabilitación de salas de máxima urgencia, la instalación de un Sistema de Emergencias Médicas, la compra de ambulancias para el traslado oportuno de los pacientes y su referencia a los hospitales más cercanos. El indicador no logró bajar lo que se tenía previsto dado al aumento en la violencia y, por ende, tasas de mortalidad a nivel nacional. Sin embargo, se estima que, sin el proyecto, el aumento hubiera sido mucho más alto tomando en cuenta las tasas de violencia registradas en el país.
- Mortalidad debida a lesiones de causa externa en los Hospitales priorizados. El Salvador carecía de un sistema de emergencias médicas que diera respuesta rápida al traslado de pacientes críticos lo cual ocasionaba muertes que podrían ser evitables. A raíz de esto se

invirtió, con recursos del proyecto, en la creación del SEM, capacitación, y equipamiento para dar una respuesta rápida y también para dar apoyo vía telefónica. Los resultados del SEM en materia de producción han sido muy satisfactorios. Actualmente también se ofrece el servicio de traslado de neonatos en estado crítico con ambulancias especializadas, adquiridas con recursos del préstamo. Asimismo, se invirtió en equipamiento básico y de alta especialización en los 30 hospitales de la red nacional, sistemas de información y capacitación, lo cual contribuye a ofrecer un mejor servicio de salud.

2.28. Partiendo de lecciones aprendidas de la experiencia de las operaciones del BID, este proyecto estuvo alineado con las prioridades nacionales del país. En el momento del diseño se estaba lanzando la Reforma de Salud, lo que permitió que el préstamo estuviera fuertemente ligado a las prioridades del país. Se esperaba que el fortalecimiento del primer nivel de atención, la construcción de infraestructura adecuada y laboratorios, el mejoramiento de los equipos, la formación de capacidades técnicas y de gestión, la implementación de mecanismos de referencia y contrareferencia mejoraran la capacidad resolutive y la coordinación con otros niveles de atención.

2.29. Vale la pena mencionar la importante contribución de otros proyectos, como la Iniciativa Mesoamericana de Salud (ES-G1001 y ES-G1002) con la cual se han llevado a cabo importantes acciones de mejora en la gestión y provisión de servicios de salud tales como asistencia técnica, implementación de un modelo de mejora continua de la calidad, mejoras al sistema de abastecimiento, promoción de las actividades para mejorar los indicadores materno infantiles, así como cambios de política importantes como la introducción del uso de micronutrientes en polvo y del uso del zinc para el tratamiento de la diarrea, entre otros.

### **2.1.6 Resultados Imprevistos**

2.30 Como resultado de los ahorros que se dieron durante la ejecución del proyecto lograron algunos otros resultados, destacando los siguientes:

1. Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom: se remodeló, amuebló las salas de hospitalización y se brindó equipamiento para el laboratorio de tamizaje neonatal para detección de hipotiroidismo congénito. Asimismo, se instalaron 7 elevadores nuevos. Este producto está considerado en el PMR dentro del producto de "remodelación y amueblamiento de servicios de hospitalización en hospitales priorizados".
2. Hospital Nacional Dr. José Antonio Saldaña: se mejoró el servicio de emergencias y se construyó la sala de observación. Este producto está considerado en el PMR dentro del producto de fortalecimiento de hospitales.

3. Hospital Zacamil: Se mejoró el área de emergencia y se readecuaron 4 servicios de hospitalización. Este producto está considerado en el PMR dentro del producto de fortalecimiento de hospitales.
4. Farmacia Especializada en San Salvador. Este producto está considerado en el PMR dentro del producto de fortalecimiento de hospitales dado que la farmacia especializada se dio en el Hospital Rosales.
5. Farmacia Especializada en San Miguel y Santa Ana. Este producto está considerado en el PMR dentro del producto de fortalecimiento de hospitales.

2.31 Vale la pena resaltar el apoyo a la implementación de las Farmacias Especializadas y Descentralizadas, lo cual fue un modelo innovador ya que se mejoraron los flujos de los pacientes al recibir sus medicamentos. Anteriormente, los pacientes tenían que ir a hacer unas largas filas a retirar sus medicamentos. Con las farmacias especializadas los pacientes evitan las filas ahorrándose tiempo y cuentan con un consejero especializado que les ofrece las indicaciones que deben seguir con su medicamento y se les toma los signos vitales durante cada visita. Con esta iniciativa se implementa el proceso de dispensarización de medicamentos en los pacientes con enfermedades crónicas. Los resultados han sido positivos ya que disminuyen el tiempo de espera de los pacientes, se les brinda una asesoría cara a cara y existe alto nivel de satisfacción.

2.32 Finalmente, el proyecto ha apoyado la Iniciativa Plan Alianza para la Prosperidad del Triángulo Norte de Centroamérica (PAPTNC) ya que sus acciones de mejora en salud con prioridad materno infantil han beneficiado algunos municipios del Triángulo Norte. Se incluye un anexo con los resultados concretos, incluyendo montos de inversión, en los municipios del PAPTNC.

## **2.2 Eficiencia**

2.33 El programa no tenía planteado llevar a cabo un análisis económico expost. Los resultados de la evaluación final demuestran que se logró mejorar la cobertura y favorecer el acceso con el acercamiento de los servicios de salud.

2.34. El 21 de junio de 2010 se aprobó el Préstamo Integrado de Salud. Aunque no se realizó un análisis costo-beneficio expost de la operación, en la segunda fase del Programa Integrado de Salud II (ES-L1095) se realizó un nuevo análisis costo beneficio con resultados positivos. El PRIDES II da continuidad al PRIDES I en tanto continúa fortaleciendo el primer nivel con el aseguramiento de la cobertura con apoyo de los Ecos. El PRIDES II se aprobó en diciembre del 2015. El análisis de costo beneficio del PRIDES 2 cuantifica los beneficios a partir del aumento en la productividad a partir de los ahorros que se obtienen a partir de la implementación de intervenciones de salud utilizando como métrica los Años de Vida Ajustados por Discapacidad

(AVADs) y el PIB promedio per cápita. Los AVADs son una métrica atractiva para realizar este tipo de análisis porque sintetizan en un indicador los años perdidos por muerte prematura y por discapacidad.

2.35 El análisis económico del PRIDES II cuantifica los beneficios de intervenciones que podrían tener efectos en los indicadores de la matriz de resultados alcanzados del PRIDES I. El análisis económico del PRIDES II cuantifica los beneficios esperados a partir de intervenciones enfocados en la salud materna, del recién nacido, de los niños y en la detección y tratamiento del cáncer cervicouterino (entre otros). Mientras que la matriz de resultados incluye indicadores de mortalidad materna, perinatal, infantil y por cáncer cervicouterino. Los resultados del análisis de sensibilidad indican que los beneficios del PRIDES II exceden los costos en la mayoría de los escenarios cuando se considera un periodo de análisis de cinco años y en prácticamente todos cuando se considera un periodo de 10 años. La razón costo beneficio del escenario regular-medio es de 1,54 a 5 años y de 2,77 a 10 años considerando una tasa de descuento de 3%.

2.36 El programa ha tenido una calificación de satisfactorio según la metodología de desempeño de proyectos utilizada por el Banco (PMR) la cual mide el avance de la concesión de los productos. El Índice de Desempeño de costo y el índice de desempeño de cronograma miden desviaciones en términos de costo y tiempo acumuladas con respecto al plan que se ingresó durante la elegibilidad del programa. Para el caso del proyecto, la clasificación ha estado en satisfactorio teniendo un índice de CPI de 1,14 y de SPI de 1,09<sup>15</sup>. El programa no tuvo cambios sustantivos en los productos ni metas y se lograron i todos los productos y la mayoría de los resultados esperados. Como el PMR lo demuestra, el programa ejecutó sus productos con los costos esperados. Si bien el programa tuvo una extensión de nueve meses, ésta se solicitó para dar tiempo a la entrega de un producto que fue incluido debido a eficiencias<sup>16</sup>. La extensión no incidió en el logro de las metas y productos acordados en el programa.

---

<sup>15</sup> El CPI y SPI son satisfactorios cuando se encuentran en un rango de entre 0,8 a 2 (inclusive).

<sup>16</sup> Debido a los ahorros generados se incluyó la adquisición de 8 elevadores para el Hospital Benjamín Bloom. La entrega de los elevadores estaba prevista para mediados del 2016 con lo cual el cierre financiero del programa fue extendido.

**Tabla 3**  
**Costo del Proyecto**

Producto	Costo Total Planeado (US\$) (año)				Costo Total Revisado (US\$) (año)				Costo Total Actual (US\$) (año)			
	BID	Local	Total	%	BID	Local	Total	%	BID	Local	Total	%
<b>Componente 1: Fortalecimiento del primer nivel de atención de la red pública de salud en deptos. Prioritarios</b>												
1.1 UCSFB, construidas y equipadas según la norma	5,961,499		5,961,499	7.2	7,499,345		7,499,345	11.7	7,498,950.26		7,498,950	9.1
1.2 UCSFE, construidas y equipadas según la norma	3,967,609		3,967,609	4.8	3,928,920		3,928,920	6.1	3,925,860.65		3,925,861	4.7
1.3 Personal sanitario capacitado en el sistema de gestión y de provisión de servicios de las RIISS-APS	963,355	18,600	981,955	1.2	1,212,290		1,212,290	1.9	1,191,371.42		1,191,371	1.4
1.4 Foros de participación social en salud realizados	100,000		100,000	0.1	94,541		94,541	0.1	94,541.22		94,541	0.1
1.5 UCSFB rehabilitadas	2,014,046		2,014,046	2.4	2,056,770		2,056,770	3.2	2,056,769.74		2,056,770	2.5
1.6 Equipos Comunitarios de Salud nuevos, funcionando según la norma	10,327,500	10,327,500	20,655,000	25	13,136,949	4,172,8	17,309,749	27.0	13,136,949.03	10,327,500	23,464,449	28.4
<b>Componente 2. Fortalecimiento del MSPAS</b>												
2.1 Ambulancias (medicalizadas y básicas) operantes	1,184,500	1,184,500	2,369,000	2.9	546,694		546,694	0.9	499,225.03		499,225	0.6
2.2 Hospitales con salas de máxima urgencia y áreas conexas, fortalecidos y operando (Equipo Tipo A)	13,912,615		13,912,615	16.8	6,330,904		6,330,904	9.9	6,330,903.78		6,330,904	7.7
2.3 Hospitales con salas de máxima urgencia y áreas				0.0	6,744,535		6,744,535	10.5	6,645,720		6,645,720	8.0



conexas, fortalecidos y operando (Equipo Tipo B)												
2.4 Establecimiento de Salud con sistema de información operando	1,988,438	3,395,563	5,384,001	6.5	1,875,870	46,594	1,922,464	3.0	1,995,348.57	3,395,563	5,390,911	6.5
2.5 RRHH contratado y capacitado para el componente pre hospitalario SEM	2,447,400	4,947,400	7,394,800	8.9	715,152	1,042,760	1,757,912	2.7	715,150	4,947,400	5,662,550	6.8
2.6 Centro Coordinador SEM funcionando	2,500,000		2,500,000	3.0	2,747,688	121,979	2,869,667	4.5	2,747,687.71	1,184,500	3,932,188	4.8
2.7 RRHH contratado para el desarrollo y funcionamiento del SUIIS	1,124,692	883,687	2,008,379	2.4	1,337,877	1,140,240	2,478,117	3.9	1,337,876.74	1,173,000	2,510,877	3.0
2.8 Unidades comunitarias - cabezas de red- y hospitales fortalecidos con equipo básico de laboratorio clínico	247,000		247,000	0.3	2,643,513		2,643,513	4.1	2,643,388.09	774,500	3,417,888	4.1
2.9 Laboratorios de microbiología implementados en hospitales de segundo nivel de la red de servicios	190,000		190,000	0.2	174,999		174,999	0.3	169,842.21		169,842	0.2
2.10 Laboratorios clínicos regionales fortalecidos y funcionando en red	2,040,196	774,500	2,814,696	3.4	949,395		949,395	1.5	949,318.79		949,319	1.1
2.11 RRHH contratado y capacitado para las redes de laboratorios clínicos fortalecidos	471,515	943,031	1,414,546	1.7	762,898	507,4	1,270,298	2.0	762,898.03	943,031	1,705,929	2.1

2.12 Remodelación y amueblamiento de servicios hospitalización en cinco hospitales priorizados	6,100,000		6,100,000	7.4	3,853,002		3,853,002	6.0	3,937,459		3,937,459	4.8
2.13 RRHH usuario del SUIIS capacitado en el funcionamiento del sistema	355,711	270,310	626,021	0.8	125,201		125,201	0.2	111,860		111,860	0.1
2.14 Remodelación y amueblamiento de instalaciones MINSAL: Edificio F, archivo UACI, edificio UACI				0.0	394,691		394,691	0.6	389,385.48		389,385	0.5
Sub Total (Componentes)	55,896,076	22,745,091	78,641,167	95	57,131,233	7,031,773	64,163,006	95.7	57,140,506.84	22,745,494	79,886,000.86	96.5
Administración y Otros Costos <sup>17</sup>	4,103,924		4,103,924	5	2,868,767		2,868,767	4.3	2,781,975.55		2,781,975.55	3.5
Total (Proyecto)	60,000,000	22,745,091	82,745,091	100	60,000,000	7,031,773	67,031,773	100	59,922,482.39	22,745,494	82,667,976	100

<sup>17</sup> Intereses, auditorias, imprevistos y otros costos no relacionados con los productos.

## **2.3 Relevancia**

2.37 El diseño del Programa fue pertinente dado que los objetivos, resultados y productos respondieron en forma adecuada al contexto político social y a la situación de salud del país, así como su alineación en función de apoyar el proceso de Reforma de Salud impulsada por el MINSAL.

2.38 El programa fue consistente con la Estrategia del Banco en el País que contemplaba 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. El proyecto logró elegibilidad en el 2011 y la fecha final de desembolso se llevó a cabo en diciembre 2015, por lo tanto, la ejecución se llevó a cabo durante la vigencia de la estrategia de país (GN-2575) y la estrategia actual (GN-2828). Asimismo, durante el diseño de proyecto se buscó complementar el programa con la Iniciativa Mesoamericana en Salud (GN-2220, ES-G1001 y ES-G1002), la cual brinda fondos no reembolsables para financiar intervenciones en salud dirigidas al 20% de la población más pobre. La ejecución de la Iniciativa Salud Mesoamérica apoyó con el fortalecimiento de los indicadores materno infantiles teniendo impacto a nivel nacional en aspectos tales como la aprobación de la política de micronutrientes en polvo, la estrategia del uso de SRO y Zinc para el tratamiento de diarrea, así como el mejoramiento de los lineamientos operativos de los Equipos Comunitarios de Salud. Todo esto ha contribuido a fortalecer las intervenciones del PRIDES.

2.39 Asimismo, el proyecto contribuyó a los Planes Quinquenales de Desarrollo 2009-2014 y 2015-2019 cuyos objetivos son los de asegurar gradualmente a la población salvadoreña el acceso y cobertura universal a los servicios de salud de calidad.

2.40 El MINSAL considera que este proyecto ha sido clave para impulsar la Reforma de Salud iniciada en el 2009 ya que fue el primer programa con el cual se promovió la conformación y funcionamiento de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar lo cual fortaleció la accesibilidad y el aumento de la cobertura de atención de la población en los departamentos intervenidos. Asimismo, fortaleció las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud.

## **2.4 Sostenibilidad**

2.41 El MINSAL ha tenido como prioridad asegurar la sostenibilidad de las intervenciones. El Banco ha venido apoyando al MINSAL en el análisis de sostenibilidad fiscal. Ejemplo de esto es el trabajo que se llevó a cabo con Sanigest Internacional “Estudio sobre Mecanismos que faciliten la Integración y Sustentabilidad del Financiamiento del Sistema Nacional de Salud” llevado a cabo en el año 2014 y en el 2015 se llevó a cabo el Análisis de Sostenibilidad Financiera del

Programa Integrado de Salud II. Ambos estudios han servido para un continuo dialogo para promover medidas de eficiencia del gasto público en salud. Es necesario hacer una revisión global de la política salarial y del empleo en el Sector Salud. Actualmente el MINSAL se encuentra en proceso de elaboración de una propuesta de ajuste al escalafón la cual se espera sea aprobada en el 2017. Asimismo, el Banco está financiando una Auditoria de Nómina del Sector Salud la cual espera brindar recomendaciones de eficiencia en el gasto salarial.

2.42. Se han logrado cerrar las brechas de cobertura del primer nivel lo cual ha tenido un impacto positivo en el resultado en el sistema de salud al asegurar que sea resolutivo y que aumente acciones de prevención a la salud lo cual contribuye a su vez a desacelerar el crecimiento de los costos. Asimismo, vale la pena mencionar que los servicios médicos provistos en atención primaria tienen un costo de US\$5 en comparación al mismo servicio a nivel hospitalario (US\$25). Todo esto contribuye a disminuir los costos en el sector salud.

2.43 En relación a la sostenibilidad de este proyecto, a partir de enero del 2015 el MINSAL asumió dentro de su presupuesto los gastos de los recursos humanos que habían sido financiados con fondos del programa, así como los suministros de medicamentos para los nuevos centros de salud (los recursos humanos representan alrededor de US\$3.7 millones anuales). Esto contribuye satisfactoriamente a la sostenibilidad de los recursos humanos y la operatividad de los servicios de salud que ha financiado el PRIDES. La absorción de los recursos humanos ha disminuido sustancialmente la rotación del personal y asegura una continuidad en la entrega del servicio.

2.44 Por el lado de la nueva infraestructura y activos se considera necesario disponer de un financiamiento específico a través de una partida presupuestaria que garantice la implementación de un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos; así como para su restitución. Con recursos del ES-L1095, Programa Integrado de Salud II, se tiene previsto el compromiso del MINSAL para la creación de una línea presupuestaria específica para el mantenimiento. Por otro lado, el MINSAL, con apoyo del Préstamo del Banco Mundial, están financiando una Unidad de Mantenimiento dentro del MINSAL y capacitando al personal para poder brindar apoyo al equipo e infraestructura de los centros de salud a nivel nacional.

2.43 En cuanto a la sostenibilidad técnica de las intervenciones se está trabajando, con apoyo de otros proyectos, tales como la Iniciativa Salud Mesoamérica, en la capacitación al personal de salud para asegurar la apropiación del modelo de atención y mejoras en los procesos. En cuanto a tecnologías de información, tal como se expuso en el 2.24, la elección de tecnologías de información y comunicaciones basadas en Software Libre y gratuito, así como la apuesta decidida al fortalecimiento de recurso humano propio del MINSAL para su explotación y ampliación permanente, es un acierto sobresaliente en términos de sostenibilidad del Sistema Único de Información en Salud, el cual se destaca en mayor medida cuando la situación de las finanzas estatales requiere la aplicación de medidas extraordinarias de contención del gasto. La absorción de los gastos recurrentes generados por la inversión en TIC estará siendo considerada en el presupuesto nacional anual. Al momento y debido a las circunstancias financieras de país,

las inversiones en TIC para sostener los avances están siendo cubiertas por diferentes fuentes de financiamiento con las que cuenta el MINSAL.

### **III. Criterios no centrales**

#### **3.1 Contribución a los Objetivos Estratégicos del Banco**

El Programa está alineado con las prioridades de financiamiento del Noveno Aumento General de Recursos del Banco Interamericano de Desarrollo (AB-2764) (GCI-9). Así, El Salvador clasifica entre los países pequeños y vulnerables y el Sector Salud está identificado entre los que contribuyen a la superación de la pobreza y aumento de la equidad. En el mismo sentido, el programa se alinea con las metas de regionales de desarrollo del marco de resultados del Banco ya que contribuye a la reducción de la mortalidad infantil y materna. El programa está alineado con la prioridad de la Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad (GN-2588-4) fortaleciendo los sistemas nacionales de salud para hacer frente a la doble carga de la transición de salud. Además, está alineado con el Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-3) en relación a fortalecer la gestión y mejora de la calidad de los servicios, avanzando en la consolidación de las redes integradas de servicios de salud.

#### **3.2 Contribución a los Objetivos Estratégicos del País**

El programa estuvo alineado a la Estrategia del Banco en el País 2010-2014 (GN-2575), la cual promueve el fortalecimiento del nivel de atención primaria, dotándolo de una elevada capacidad resolutoria y de los laboratorios para el control de calidad y la vigilancia epidemiológica. También este proyecto es consistente con la actual Estrategia de País con El Salvador 2015-2019 (GN-2828), en la medida que contribuye a consolidar la red de servicios de salud y a la expansión de cobertura.

#### **3.3 Monitoreo y Evaluación**

El programa contó con un Plan de Monitoreo y Evaluación (M&E) el cual tenía previsto llevar a cabo una serie de procesos de monitoreo y evaluación con el fin de generar conocimiento sobre el modelo de atención planteado. Para esto se preveía llevar a cabo una evaluación continua de procesos usando los sistemas administrativos y financieros del MINSAL y preveía dos evaluaciones externas. La primera evaluación externa se llevó a cabo en el marco de la preparación del PRIDES II (ES-L1095) y posteriormente se llevó a cabo una evaluación final. Si bien la propuesta de los indicadores de producto fue adecuada, algunos ajustes fueron necesarios, principalmente para detallar las actividades a financiarse.

#### **3.4 Uso de Sistemas de Países**

La clasificación realizada de acuerdo con la Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM) se estableció que la utilización de sistemas de país se daría en las áreas de presupuesto, tesorería, contabilidad y en la generación de reportes. La Unidad Coordinadora de Proyecto, por intermedio

de la Unidad Financiera Institucional (UFI) utilizó el sistema del país para el manejo financiero del programa con lo cual se establecieron los controles del país. Con relación al control externo y la auditoria de esta operación se estableció de acuerdo con lo mencionado en el contrato de préstamo, es decir, se contrató una firma auditora externa de reconocido prestigio y el desarrollo de la misma ha sido satisfactorio.

Para la realización de los procesos de adquisiciones, el Banco capacitó al personal de la UCP y UACI a través de sus especialistas en la representación en el uso del sistema de ejecución del plan de adquisiciones SEPA y se ha hecho uso del sistema de información del país haciendo uso de COMPRASAL el cual es el Sistema Electrónico de Compras Públicas de El Salvador y el cual es dirigido por el Ministerio de Hacienda por medio de la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

### **3.5 Salvaguardias Ambientales y Sociales**

El Comité de Revisión de Medio Ambiente e Impacto Social (ESR) clasificó el programa como categoría C. El programa financió inversiones en infraestructura de pequeña magnitud (remodelación y construcción de unidades de salud y mejora de la red de laboratorios) que tuvieron un impacto ambiental limitado. Durante la etapa de operación se aseguró que se consideraran aspectos ambientales para el manejo adecuado de los residuos sanitarios, residuos biológicos infecciosos, desechos farmacéuticos, entre otros. El MINSAL cuenta con normativas para las salvaguardas ambientales y sociales las cuales fueron aplicadas en el proyecto.

## **IV. Hallazgos y Recomendaciones**

### **4.1 Lógica Vertical**

Se recomienda continuar avanzando en la consolidación de la reforma de salud con énfasis en cerrar las brechas de cobertura del primer nivel. Con el inicio de la reforma (la cual fue apoyada por este proyecto) se han puesto en marcha 575 Equipos Comunitarios de Salud con presencia en 184 municipios (70.23%), lo cual ha tenido un resultado positivo en el sistema de salud. Sin embargo, persiste una brecha de Ecos, principalmente en zonas urbanas. Es importante consolidar y cerrar las brechas para que la red de salud funcione de manera efectiva. Asimismo, es importante continuar atendiendo la creciente demanda de atención del segundo y tercer nivel, lo cual es resultado también de los esfuerzos de ampliación de cobertura que se han venido dando en el primer nivel. Finalmente, se debe continuar fortaleciendo las mejoras en la gestión de la red de salud para asegurar mejora en la eficiencia operativa del sistema.

Se recomienda también revisar la pertinencia de incluir en el diseño de algunos indicadores que no están ligados directamente con actividades del proyecto. Tal fue el caso del indicador de mortalidad por cáncer cervicouterino el cual se incluyó en la matriz de resultados, sin embargo,

dentro de las actividades del proyecto no se tuvieron acciones directas para tratamiento del cáncer.

## **4.2 Ejecución y Presupuesto**

A finales de diciembre del 2015, se realizó el último desembolso, completando los \$60 millones, cumpliendo con el 100% del monto del préstamo. Dentro de las categorías de gastos, el 76,2% de inversión fue destinado a infraestructura, equipamiento e insumos médicos, el 19,7% fue destinado a contratación y capacitación de recursos humanos y 4% en la administración del programa. En cuanto a la contrapartida, el gobierno cumplió con su compromiso de sus aportes de forma oportuna, a través del financiamiento de los recursos humanos y gastos en medicamentos e insumos médicos para la prestación de los servicios de salud, que fueron promovidos o fortalecidos con fondos del Programa; también el gobierno a través del MINSAL absorbió 455 recursos humanos que inicialmente fueron financiados por el PRIDES, bajo presupuesto del gobierno con plaza permanente, a partir de enero 2015, cumpliendo con el compromiso de contrapartida de US\$22,7 millones establecidos en la cláusula del Contrato de Préstamo con el BID.

## **4.3 Experiencia General con la Gestión del Proyecto**

El organismo ejecutor de esta operación fue el MINSAL, a través de una Unidad Coordinadora del Programa (UCP) la cual está inserta de manera funcional en la estructura general del MINSAL, lo que le permitió mantener relación y coordinación con el resto de instancias del Ministerio. La UCP articuló la ejecución del programa con la Unidad Financiera Institucional (UFI) y la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), a través de la Gerencia General de Operaciones del MINSAL. La implementación del Programa se desarrolló con los procesos administrativos-financieros necesarios para el cumplimiento de los objetivos e indicadores previstos. Estos procesos, tomando en cuenta que están enmarcados en los lineamientos de la AFI y SAFI, durante la ejecución mantuvieron la eficiencia necesaria para dar cumplimiento a la programación de las liquidaciones y desembolsos en monto y tiempo.

La gestión de adquisiciones estuvo bajo la responsabilidad de la UACI. Un análisis de procesos destacó que los tiempos de procesamiento a lo interno de la UACI son largos. Para agilizar los procesos el PRIDES apoyó con un especialista de adquisiciones para la elaboración de las bases de licitación en la UCP. Asimismo, durante la ejecución del proyecto se realizó la firma de un convenio con una agencia de adquisiciones (UNOPS). La experiencia con esta agencia fue medianamente satisfactoria ya que los tiempos de adjudicación fueron muy largos y se presentaron varios procesos desiertos. Sin embargo, se debe destacar en forma positiva que con el promedio de los procesos realizados por la agencia de adquisiciones se obtuvieron ahorros que permitieron realizar nuevas actividades.

En general el proyecto PRIDES mostró un desempeño eficaz mostrando una ejecución adecuada de la operación y el sostenimiento de los objetivos y fines delineados y el cumplimiento de la totalidad de los compromisos acordados en la matriz de resultados. Las autoridades del MINSAL

mantuvieron el compromiso constante con los objetivos del proyecto y trabajaron en conjunto con el Banco. Vale la pena mencionar que el Banco brindó capacitaciones al equipo ejecutor del MINSAL en cuanto a PM4R en materia de gestión de proyectos lo cual incidió en mejoras en la ejecución del proyecto.

#### **4.4 Evaluación de Impacto**

Este programa no consideró en el diseño una evaluación de impacto. Los resultados han sido verificados con apoyo de la Encuesta Nacional de Salud (MICS), el sistema de estadísticas del MINSAL y los informes de monitoreo y de seguimiento del proyecto.

#### **4.5 Asuntos no Resueltos**

El programa tenía previsto tener una coordinación estrecha con el Programa Comunidades Solidarias Urbanas (ES-L1044) el cual tenía previsto apoyar la expansión del programa de transferencias condicionadas Comunidades Solidarias en Asentamientos Urbanos Precarios (AUP). Sin embargo, el programa ES-L1044 fue cancelado debido a que no fue aprobado por la Asamblea Legislativa.

Otro asunto que no resolvió el programa fue la construcción del Laboratorio Central. El MINSAL decidió focalizar el financiamiento del Banco en la red de laboratorios regional dado que consiguió recursos de otras donaciones. En la actualidad se ha informado al Banco que ya se cuenta con la aprobación para el traslado del edificio del Laboratorio Central y se espera que se concrete en el 2017.



**Tabla 4**  
**Hallazgos y Recomendaciones**

Hallazgo	Recomendación
<p>La intervención basada en la plataforma comunitaria de Ecos dispone de un marco normativo, organizativo, técnico y metodológico para su implementación. El modelo asegura la proximidad de los servicios de salud a los hogares.</p> <p>El modelo de atención integral de salud enfatiza en la prevención de la enfermedad mediante medidas de prevención. Una evaluación de los Ecos resalta que, para el año 2011 y 2012 el MINSAL obtuvo una tasa de variación del número de atenciones preventivas del 17% en cada año, sobrepasando la meta establecida en un 169%. Lo mismo ocurre con el indicador de la promoción de la salud, donde se evidencia un aumento del indicador con tasas de variación del 92% y 107% para los años 2011 y 2012, respectivamente. En el modelo, el personal del Ecos F va a la comunidad y visita a las familias en su casa al menos una vez al año. En la visita llena una ficha familiar (adscripción) y con base en eso, se hace un calendario de visitas para la familia. A veces se dan atenciones curativas directamente en la comunidad. Todo este acercamiento contribuye a mejores resultados en los indicadores de salud.</p>	<p>Al replicar un modelo de atención por medio de Equipos Comunitarios de Salud, definir bien cuales van a ser los servicios que van a proveer los Ecos, a través de lineamientos operativos detallados y una supervisión cercana para evaluar la carga de trabajo y una atención de calidad. Para la supervisión se recomienda tener un mecanismo diseñado para tal fin.</p>
<p>El modelo de los Ecos F fue “institucionalizado”, ya que los recursos humanos han sido absorbidos por el MINSAL. La alternativa de este modelo habría sido brindar este tipo de servicio a través de la contratación de ONGs u otro tipo de proveedores. En este modelo alternativo, típicamente no se brindan servicios de forma integral (por ejemplo, viendo toda la familia). La institucionalidad también facilita la referencia de personas a otros servicios en la red nacional de salud y fomenta la capacidad institucional en el Ministerio. Además, toda la información que se genera está disponible de forma integral para que se pueda compartir esta información en toda la red de servicios de salud, desde el nivel local hasta el nivel nacional. Para el seguimiento a las actividades de los Ecos, hay una Dirección en el nivel central responsable de esta actividad y que a su vez cuenta con el apoyo de oficinas regionales y departamentales (SIBASI) para la supervisión y conducción técnica de la UCSF y de los equipos de salud a nivel comunitario. En general este modelo de supervisión ha funcionado bien. Sin embargo, frecuentemente los Ecos F van asumiendo la ejecución de un mayor número de actividades, a veces sin un alcance claro, volviéndose difícil para ellos la definición de prioridades en cada uno de los programas bajo su responsabilidad.</p>	<p>Un modelo de Ecos F institucionalizado se debe considerar para replicación por la sostenibilidad financiera que puede brindar esa institucionalización y por la oportunidad de recopilar más ágilmente y compartir información a través de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, RIIS. Así, el modelo de Ecos F asegura estabilidad y mejora la integralidad de la red de servicios. Con la contratación de ONGs la sostenibilidad del modelo es más incierta.</p>
<p>El desafío principal de este modelo de implementación de Ecos F de forma institucionalizada ha sido presupuestario, la absorción de personal nuevo por parte del MINSAL: Sostenibilidad Financiera. Según el diseño del proyecto, mientras se iba a usar fondos del préstamo para contratar al personal de los Ecos F inicialmente, el Ministerio iba a absorber la contratación del personal progresivamente durante la vigencia del proyecto. Esto no se cumplió de esa manera, sino que, a pesar que el MINSAL incluía anualmente en el presupuesto los fondos necesarios, el Ministerio de Hacienda no aprobó los recursos financieros requeridos para absorber los costos de todo el personal, hasta en el último año de vigencia del contrato de préstamo.</p>	<p>Para asegurar el cumplimiento de los compromisos presupuestarios, se debe acordar con el Ministerio de Hacienda, desde la formulación del proyecto, cómo es la factibilidad del país para responder a los compromisos que el proyecto pueda demandarle. Una opción es hacer una o dos incorporaciones presupuestarias en la vida del proyecto.</p>

El impacto de esta contratación permanente en forma tardía fue la alta rotación del personal de los Ecos F, lo que perjudicó la inversión en la capacitación de los profesionales contratados y la falta de seguimiento continuo a las familias.	
En el diseño se buscó complementar el programa con la ISM (GN-2220, ES-G1001 y ES-G1002), la cual brinda fondos no reembolsables para intervenciones en salud dirigidas al 20% de la población más pobre, con enfoque en la madre y el niño. La idea era complementar los recursos del préstamo donde fuese posible. Hubo coincidencia entre los objetivos de la Iniciativa y los del programa PRIDES I, así que hubo una complementariedad de acciones.	Se recomienda el acompañamiento de recursos complementarios, por ejemplo, a través de una CT, para proveer asistencia a la operacionalización y calidad de los servicios brindados, para asegurar el uso eficaz de las inversiones en beneficio de la población.
El MINSAL firmó un convenio con UNOPS para adquirir bienes tales como ambulancias, equipo médico especializado, mobiliario clínico, equipo de aire acondicionado, equipo médico básico, etc. El monto para estos bienes fue de 6.1 millones de dólares. Si bien el uso de la agencia trajo ahorros (i.e. exención tributaria), se presentaron demoras en los procesos de adquisición por procesos burocráticos y procesos desiertos. La gestión con UNOPS representó otro nivel de aprobaciones para el Ministerio en los procesos de compra: Muchas revisiones entre el Ministerio y UNOPS sobre las especificaciones técnicas de las ambulancias, por ejemplo. El Ministerio esperaba que UNOPS tuviera el conocimiento suficiente para revisión de esas especificaciones y que hubiera hecho un análisis del mercado para entender los proveedores. Cuando se lograron lanzar las licitaciones, en algunos casos, no hubo proveedor que podía cumplir con los requisitos y el presupuesto. Habiéndose extendido el convenio original con UNOPS hasta el 31 de diciembre de 2016, a fin de que pudiesen ejecutar el 100% de los recursos asignados mediante el convenio.	En considerar la contratación de un tercero para la ejecución de procesos de adquisiciones, asegurar mecanismos de coordinación ágiles para la aprobación de especificaciones técnicas y que se apliquen prácticas que disminuyan el riesgo de procesos desiertos, como, por ejemplo, llevar a cabo análisis de mercado y talleres con proveedores. Que queden claramente definidos y comprobar el claro entendimiento por parte del contratista el alcance esperado por parte del ejecutor.
El modelo de atención desarrollado por medio de los Ecos F tuvo diferencias en su definición entre el área rural y el área urbana, si bien es cierto la oferta programática era similar, la diferencia se estableció en el número de población asignada y por tanto en el número de recursos que conformaban el equipo de salud. Sin embargo, el modelo urbano no fue implementado con la misma proyección del nivel rural por falta de recursos financieros, diversos prestadores de salud y particularidades de la zona urbana.	Reconocer que los modelos de acercamiento a la comunidad y de provisión de servicios de salud deben diferenciarse por zona: Se debe identificar un modelo adecuado para la población urbana y ajustar los servicios prestados al perfil epidemiológico de la zona.
El contrato consideró a la UACI para realizar los procesos de adquisición, reforzado con un equipo de analistas. Sin embargo, en los momentos de mayor ejecución del préstamo se volvió insuficiente, causando retrasos en algunas licitaciones y adjudicaciones. Para la siguiente fase del proyecto, PRIDES II, surgió la recomendación en el análisis de capacidad institucional de hacer depender las adquisiciones directamente de la UCP, y no de la UACI, porque la UACI está a cargo de todos los procesos de adquisiciones de la institución, no solo aquellos del proyecto, y no hay priorización de los procesos de un préstamo. Por ello, es más difícil anticipar posibles cuellos de botella y planificar la inserción de recursos humanos adicionales para mitigar el riesgo.	Asegurar que todas las instancias involucradas en la ejecución del proyecto tengan claridad en cuanto al cumplimiento en tiempo de los objetivos, metas y utilización de los recursos financieros, lo que permitirá una adecuada priorización para agilizar procesos clave, para que se pueda anticipar y planificar adecuadamente la inserción de recursos humanos adicionales para apoyar en periodos con una carga de trabajo.
Al inicio de la ejecución de las construcciones de las obras se presentaron algunas demoras por la tramitación de la tenencia legal de los terrenos a favor del MINSAL. Se tenía previsto construir y rehabilitar varios centros de salud, varios de estos fueron afectados por la tormenta tropical 12E y se identificaron también problemas de tenencia de terrenos en unidades de salud que ya estaban	Para la legalización de terrenos se sugiere conformar un equipo ad hoc que dé seguimiento continuo en las diferentes instancias involucradas y avanzar con los procesos de adquisiciones vinculados al terreno

<p>construidas. Este problema de tenencia legal del terreno no fue considerado como riesgo durante la etapa de diseño del proyecto. Una vez que comenzó la ejecución se identificaron una serie de pasos (identificación de terreno, preparación de bases y TDR, publicación, evaluación ofertas, contratación, ejecución, liquidación y pago) que afectaron el cronograma inicial previsto. Además, se vio que cada caso tenía su particularidad (terrenos con varios propietarios, procesos internos demorados para el traspaso, etc.) Por lo tanto, se deben considerar los tiempos de los trámites y permisos necesarios. En el MINSAL se instauró un equipo de seguimiento continuo con participación de la Unidad Jurídica, la Dirección de Infraestructura Sanitaria, los Directores Regionales beneficiadas, la Dirección de Primer Nivel de Atención y la UCP, y el seguimiento se realizó semanalmente. Se instaló un sistema de semáforo para cada terreno (verde: poca complicación, amarillo: necesitaba más trabajo y rojo: se buscaba otro terreno para suplirlo). Además, se definió el inicio de los procesos de adquisición de las obras hasta el momento de la evaluación, dejando la recomendación de adjudicación, notificación y contratación hasta el momento de tener el terreno a favor del Ministerio. <b>Vale la pena mencionar que no quedaron obras pendientes de construcción.</b></p>	<p>(hasta el momento de firma de contrato) para coincidir con el momento esperado de la legalización del terreno para maximizar el tiempo disponible. Se recomienda también establecer un mecanismo de trabajo desde el diseño del proyecto para esta temática en particular.</p>
<p>Hubo incumplimiento en los tiempos de ejecución de las obras por parte de los contratistas por situaciones propias inherentes a las empresas, lo que conllevó a frecuentes modificativas de contratos. Fue necesario pedir a la Dirección de Infraestructura Sanitaria que elaborara un informe semanal del avance de obras para colaborar en la búsqueda de soluciones. Incluso se llegó a solicitar al BID el apoyo para la contratación de un profesional para dar este seguimiento cercano. Además, se instauró la cláusula por la cual se hacía responsable al contratista de asumir el pago de la supervisión de la obra por el tiempo en que se tuviesen que extender los contratos de los supervisores por causas de responsabilidad de las empresas. Adicionalmente, algunos plazos de ejecución de las obras fueron extendidos, principalmente por situaciones de inseguridad en las comunidades de intervención.</p>	<p>Mitigar desafíos en el nivel de cumplimiento en los tiempos de ejecución por contratistas con un seguimiento cercano y continuo con personal dedicado, considerando medidas como cláusulas contractuales para desincentivar la necesidad de extensiones en los plazos de ejecución. En casos de problemas de seguridad en los sitios de obras, implementar campañas comunitarias de comunicación para incrementar el sentido de involucramiento y los beneficios de la obra para la comunidad, mitigando el riesgo de la criminalidad por miembros de la misma.</p>
<p>El MINSAL ha realizado esfuerzos importantes para adquirir medicamentos mediante compras conjuntas en el mercado local, así como también haciendo uso de otras modalidades que permiten obtener beneficios económicos; no obstante, hay limitantes presupuestarias para adquirir las cantidades reales de medicamentos lo cual genera una brecha que afecta el abastecimiento adecuado en los establecimientos de salud.</p>	<p>Se recomienda continuar implementando mecanismos de mejora en los procesos de compra, abastecimiento y distribución de los medicamentos. Convenios tales como el de compra de medicamentos por medio del COMISCA han demostrado ser eficaces y brindar ahorros sustanciales. Asimismo, se recomienda continuar implementando las recomendaciones que fueron producto de la asistencia técnica del BID con recursos de la ES-G1002 en materia de gestión, sistemas de información y adquisición de medicamentos.</p>

<p>En cuanto a las adquisiciones, se incluyó en el contrato de préstamo los montos límites para procesos inferiores a los de LPI.</p>	<p>No se deberían incluir en el contrato de préstamo los montos límites para procesos inferiores a los de LPI, porque si hay cambios o flexibilizaciones por parte del Banco los ejecutores no pueden aplicarlas de manera inmediata y es necesario hacer consultas con entes externos. En el caso de ES-L1027 se requirió consulta al Ministerio de Hacienda. Si bien es un tema superado con el nuevo formato de contrato de préstamos con GS, no es conveniente establecer en el contrato temas referidos a procesos, estableciendo plazos u otras restricciones que pueden cambiar porque los contratos son ratificados por la Asamblea Legislativa y por tanto son Leyes.</p>
<p>El contrato de préstamo del ES-L1027 no contenía la cláusula que hace referencia al artículo 21, 19 y ahora 18 de la Ley de Presupuesto que permite licitar y contratar con base a la disponibilidad total de recursos lo cual pudo afectar la agilidad en la ejecución del préstamo.</p>	<p>En todos los contratos de préstamo desde el ES-L1066 y ES-L1085, LEG ha incluido un párrafo haciendo referencia a una reforma que el BID promovió junto con el Ministerio de Hacienda referencia al Artículo 21, 19 y ahora 18 de la Ley de Presupuesto, que permite licitar y contratar con base a la disponibilidad total de recursos en cada préstamo, pero ejecutar hasta el monto del presupuesto anual. El hecho que ES-L1027 no contenía esta cláusula específica fue factor que requirió convencimiento para agilizar la ejecución de la operación.</p>
<p>Si bien el GOES cumplió con la contrapartida acordada en el contrato de préstamo, esto requirió un enorme esfuerzo de dialogo para convencer al Ministerio de Hacienda en incluir la contrapartida y asumir los recursos humanos.</p>	<p>Los proyectos del BID en El Salvador no exigen contrapartida por los <i>Country Financing Parameters</i> aprobados por el Banco hace años, y el incluir contrapartida en un contrato de préstamo pone en riesgo su fluida ejecución.</p>

**Informe de Terminación de Proyecto**  
Programa Integrado de Salud (PRIDES) - (ES-L1027 - 2347/OC-ES)

**Efectividad en el Desarrollo**  
**Resumen**

**I. Contribución Estratégica**

**1. Objetivos de la Estrategia de Desarrollo del BID**

Programa de Préstamo	El programa contribuyó con la prioridad de financiamiento del Noveno Aumento General de Recursos del BID (AB-2764) (GCI-9) de: reducción de la pobreza y aumento de la equidad, por medio del incremento del acceso y de la calidad de los servicios especializados de salud y la atención materno-infantil.
Metas Regionales de Desarrollo	El programa contribuyó con las siguientes metas regionales de desarrollo del marco de resultados del Banco: (i) reducción de la mortalidad materna; y (ii) reducción de la mortalidad infantil.
Contribución a los Productos del Banco (Tal como se definen en el Marco de Resultados del Noveno Aumento)	El programa contribuyó al producto de personas recibiendo un paquete de servicios de salud

**2. Objetivos de Desarrollo de la Estrategia de País**

Objetivo Estratégico del País (Matriz de Resultados)	El programa fue consistente con la Estrategia del Banco en el País, GN-2575) y la estrategia actual (GN-2828), que contemplaba 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
--	---

**Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (Si no se encuadra en la estrategia de país)**

**II. Efectividad en el Desarrollo - Criterios Centrales**

	Logro Parcial	Peso
<i>Calificación promedio</i>	0.65	
<b>1. Efectividad</b>	0.50	40.00%
Logro promedio de resultados atribuibles al proyecto	0.16	60.00%
Logro promedio de productos	1.00	40.00%
<b>2. Eficiencia</b>	0.50	30.00%
<b>3. Relevancia</b>	1.00	20.00%
<b>4. Sostenibilidad</b>	1.00	10.00%

**III. Efectividad en el Desarrollo - Criterios No Centrales**

Contribución a los Objetivos de Desarrollo del Banco	Satisfactorio
Contribución a los Objetivos de Desarrollo del País	Satisfactorio
Cumplimiento con el Plan de Monitoreo y Evaluación	Satisfactorio
Uso de Sistemas Nacionales	Satisfactorio
Salvaguardas Ambientales y Sociales (implementación de medidas de mitigación)	Satisfactorio

**Nota de Efectividad en el Desarrollo**

**I. Resumen.**

El Programa Integrado de Salud en El Salvador (PRIDES) tuvo como objetivo el mejoramiento de la situación de salud de la población por medio del fortalecimiento en la implementación de un modelo de atención primaria en salud de alta calidad. El programa se enmarca en los ejes estratégicos de salud del Plan Quinquenal de Desarrollo 2009-2014 del país, y se alinea con las prioridades del BID en los ámbitos de acceso y calidad de servicios de salud y nutrición.

**I. Efectividad:**

**a. Lógica vertical.**

El PRIDES estuvo enfocado en la provisión de infraestructura en salud primaria, la capacitación del personal, la gestión institucional y la provisión de insumos que son requeridos para la atención primaria que reducen la demanda hospitalaria y costos de la atención en niveles superiores.

**b. Resultados logrados.**

Entre 2009-2014 las consultas preventivas a nivel nacional se incrementaron en 39% y las consultas de emergencia en el primer nivel de atención en 66%; los partos intrahospitalarios subieron de 40,7% a 80,7%. En cuanto al Sistema Nacional de Emergencias, el mismo fue inaugurado para atender una población de 1.8 millones de habitantes. A la fecha se ha brindado un promedio de 4.198 atenciones prehospitalarias mensuales.

**c. Análisis de Atribución de Resultados.**

El PCR propone una atribución teórica, fundamentada en la lógica vertical del programa. La intervención, basada en la plataforma comunitaria de Ecos, dispone de un marco normativo, organizativo, técnico y metodológico para su implementación. Este modelo de atención integral de salud enfatiza la prevención de la enfermedad al acercar los servicios de salud y acciones de prevención a la comunidad.

**II. Eficiencia.**

Se presenta el resumen de un análisis económico para una segunda etapa con el programa PRIDES II en el que se muestra un balance positivo entre costos y beneficios en términos de productividad de la población y ahorros de la atención en niveles superiores.

**III. Relevancia.**

El programa fue consistente con la Estrategia del Banco en el País que contemplaba entre los objetivos del país el apoyo al sistema de protección social. El proyecto contribuyó a los Planes Quinquenales de Desarrollo 2009-2014 y 2015-2019 cuyos objetivos son los de asegurar gradualmente a la población salvadoreña el acceso y cobertura universal a los servicios de salud de calidad.

**IV. Sostenibilidad.**

El programa contribuye a cerrar las brechas de cobertura del primer nivel de atención, lo cual beneficia al sistema de salud al asegurar intervenciones en el nivel resolutivo adecuado. Esto, a su vez, contribuye a desacelerar el crecimiento de los costos. MINSAL asumió dentro de su presupuesto los gastos de los recursos humanos que habían sido financiados con fondos del programa, así como los suministros de medicamentos para los nuevos centros de salud.