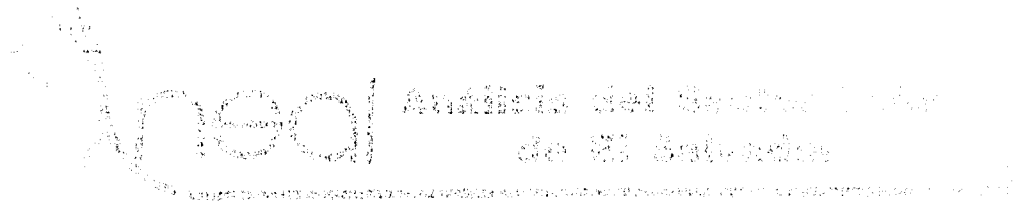
PN-ABT-514




# *INFORME FINAL*

*Editado y producido por el proyecto "Análisis del Sector Salud", bajo el auspicio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial para la Salud OPS/OMS, el Banco Mundial BM y el Banco Interamericano de Desarrollo BID.*

*Mayo, 1994*

*Alberto Zúñiga Wager*

# *INFRAESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD*

---

## *El Salvador*

*Análisis del Sector Salud*

*Mayo, 1994*

*Las opiniones expresadas en este informe son personales del (los) autor (es) y no expresan las opiniones de las agencias patrocinadoras (AID, BM, OPS/OMS, BID). La mención de marcas comerciales no implica endoso personal o de las agencias que han financiado este proyecto.*

*Mayo, 1994*

# INDICE

LISTA DE SIGLAS O ACRONIMOS i
INTRODUCCION ii
RESUMEN EJECUTIVO v

## Capítulo *I* *La infraestructura en el Sector Salud* *1*

1 Situación general/*1*
2 La infraestructura para atención primaria/*1*
3 La infraestructura para hospitalización/*2*

## Capítulo *II* *Análisis de la información* *3*

1 El dimensionamiento de la red/*3*
2 Perspectivas de expansión de cobertura y de rehabilitación/*3*

## Capítulo *III* *Necesidades en la infraestructura del Sector* *5*

1 Demandas financieras quinquenales en inversión y operación/*5*
2 Consideraciones normativas/*7*

## Capítulo *IV* *Contexto socio-político* 9

1 Limitaciones de las propuestas para inversión física/*9*
2 Preferencia por inversiones en los niveles de hospitalización/*9*
3 Preferencia por obras nuevas/*10*
4 Ausencia de la capacidad de planificación física institucionalizada en el Sector/*10*

---

## Capítulo *V* *Sistema de propuestas y prioridades* 11

1 Prioridades de inversión/*11*
2 Disponibilidad proyectada de recursos financieros/*11*
3 El mantenimiento preventivo/*12*
4 La microplanificación en el Sector/*12*

---

ANEXOS 15

1 Infraestructura del Sector Salud/*17*
2 Resultado de la Encuesta de Hospitales y Centros de Salud del MSPAS/*18*
3 Contenido general para el diseño de un programa de mantenimiento preventivo/*19*
4 Alcance del Estudio de Microlocalización/*21*
5 Proceso de Revisión de los informes preliminares/*24*

## SIGLAS O ACRONIMOS

| | |
|---|---|
| AMSS | Area Metropolitana de San Salvador |
| ANSAL | Análisis del Sector Salud |
| FIS | Fondo de Inversión Social |
| GTZ | Agencia Alemana de Cooperación Técnica |
| ISSS | Instituto Salvadoreño del Seguro Social |
| MIPLAN | Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social |
| MSPAS | Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social |
| ONG | Organización no Gubernamental |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| UES | Universidad de El Salvador |
| CEE | Comunidad Económica Europea |

# INTRODUCCION

## *OBJETIVOS*

El informe técnico *Infraestructura en Salud* procura: (a) dimensionar las redes de instalaciones físicas[1] para los sectores Público, Seguridad Social y Privado; (b) evaluar las condiciones actuales de esas redes e identificar las necesidades de expansión de cobertura y de rehabilitación de las mismas para el próximo quinquenio, de forma que se orienten por una estrategia eficaz y viable dentro del contexto nacional; (c) cuantificar los costos totales que se demandarían y relacionarlos con disponibilidades probables; (d) señalar las limitantes más importantes para la implementación del programa de inversiones en planta física y, (e) indicar las acciones que requerirán especial atención de los responsables principales.

El programa resultante deberá enmarcarse dentro de los tres grandes objetivos: (1) **orientar las inversiones a los sectores poblacionales mas necesitados**; (2) **recuperar primero toda la red de instalaciones y equipamiento existente** y, una vez en condiciones aceptables, (3) **dar el debido énfasis a programas de mantenimiento preventivo permanentes**.

## *METODOLOGIA*

Este trabajo se desarrolla dentro de un marco analítico flexible que permite incorporar progresivamente la información actualmente en proceso de recolección y procesamiento. Permite, además, que se pueda construir un programa de inversiones quinquenales cuantificable desde las etapas iniciales del Proyecto ANSAL. Esto sólo es posible si se mantiene la discusión a los suficientes niveles de abstracción y si se aplican criterios uniformes en toda la gama de supuestos[2] y, que además, se fundamenten en la observación prolongada de la realidad salvadoreña.

La base informática para el componente de infraestructura se deriva de cuatro fuentes primarias: (a) un inventario de instalaciones del primer nivel del MSPAS; (b) un muestreo de instalaciones del segundo y tercer nivel del MSPAS; (c) la recopilación de información en oficina para todos los niveles y sectores y, (d) estudio sobre el Sector Privado.

*Inventario de instalaciones del Primer Nivel del MSPAS*
Una fuente muy importante de información sobre la infraestructura en salud del Ministerio serán los dos estudios en proceso y con perspectivas de completarse en abril de 1994. El primero se ha denominado *Estudio de Microlocalización* (el inventario de campo de las edificaciones del MSPAS y su equipamiento) y el segundo, complementario, se denomina *Estudio de Microplanificación* (establecimiento de la capacidad analítica del Sector para actualizar y evaluar, permanentemente, la red física). Estos estudios están

[1] Obras civiles y equipo electromecánico como también mobiliario y equipo biomédico.

[2] El Anexo 1 contiene datos producto de una mezcla de información suficientemente sustentada y otra producida de un conjunto de *supuestos* con la mejor información a la fecha, discriminando discrepancias de cronología, fuentes y niveles de detalle y también supliendo la ausencia de información con datos construidos de juicios razonados.

patrocinados por el Banco Mundial[3], como una respuesta a la falta de información actualizada y significativa para formular planes de inversión. La cobertura de los informes, por razones presupuestarias, debió limitarse a más o menos 2/3 de la red del Ministerio para sólo el primer nivel de atención.

*Muestreo de las instalaciones del Segundo y Tercer Nivel del MSPAS*
A falta de la información de detalle que producirá el Estudio de Microlocalización para puestos y unidades de salud, se realiza actualmente un muestreo a través de cuestionario[4] en todos los centros de salud y hospitales del MSPAS. Además, y como una verificación muy selectiva y limitada, se hará el levantamiento de detalle de un par de centros de salud y de un hospital, más representativos.

*Recopilación de información en oficina*
Se visitaron a las personas responsables de las oficinas técnicas de planificación e infraestructura del MSPAS y del ISSS, para el Sector Público. Las mismas facilitaron datos sobre la dimensión de la red, la tipología de instalaciones y otra información pertinente de áreas, costos y proyecciones futuras. Para el Sector Privado se tomó la información disponible en el Consejo Superior de Salud Pública, desactualizada e incompleta, para una primera aproximación en dimensionar la cantidad y tipología de consultorios particulares, farmacias, laboratorios clínicos y droguerías.

*Estudio del Sector Privado*
También con el patrocinio del Banco Mundial se realiza actualmente un censo de los recursos humanos e instalaciones dedicados al Sector Salud por la iniciativa privada que estará disponible posteriormente a la edición final de éste informe técnico.

---

[3] Son propiamente recursos que el Gobierno del Japón donó a los para los sectores sociales de El Salvador, los cuales son administrados por el Banco Mundial.

[4] Los resultados se resumen en el Anexo 2. Su diseño procuró obtener, de las personas que mejor conocen la situación de las instalaciones y de forma sencilla, los mejores estimados sobre las necesidades actuales de rehabilitación (readecuaciones menores y reparaciones) de obras civiles y equipamiento.

## RESUMEN EJECUTIVO

El Sector Salud en El Salvador cuenta con una red de instalaciones físicas que en número y accesibilidad se coloca en los rangos superiores, comparativamente, dentro del ámbito latinoamericano. Por la escala del país y su adecuada red vial, tiene una aceptable penetración dentro del contexto rural, aunque con alguna concentración dentro de las áreas urbanas y especialmente dentro del Area Metropolitana de San Salvador (AMSS). Contrasta, sin embargo, que en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el mayor prestador de servicios de salud, se ha detectado hasta un 35% en el nivel de deterioro físico de sus edificaciones y equipamiento. Esta situación decididamente contribuye a las deficiencias cualitativas de los servicios de salud.

Se han identificado aproximadamente 4.596 instalaciones físicas que proporcionan servicios de consulta clínica, internación, apoyo diagnóstico y para la producción y distribución de medicamentos en todo el país. De éstas, unas 4.145 son privadas y poco más de 450 son parte de la infraestructura del Sector Público de las cuales unas 393 son del MSPAS. Aunque el número de instalaciones del Sector Público es cerca de la décima parte de las instalaciones privadas, la gran mayoría de éstas últimas son pequeños consultorios y farmacias, por lo que no deberá perderse la perspectiva de que sólo poco más del 10% de los servicios de hospitalización y cerca del 45% de la consulta externa son aportados por el Sector Privado. Los servicios de *atención primaria* más dispersos y de típica penetración rural se proporcionan en unos 49 **dispensarios** y **puestos comunitarios**; a éstos le siguen siempre en el medio rural y en orden ascendente de complejidad física otros 159 **puestos de salud**, todos del MSPAS, y luego en la típica condición urbana en unas 276 **unidades de salud** de las cuales cerca de 90 son del Sector Privado y otros 2.580 consultorios particulares. Los servicios de salud para el *nivel secundario* y *terciario* se prestan en cerca de 100 instalaciones entre unos 56 **hospitales** (27 privados) y otros 44 **centros de salud** (17 privados). Estas instalaciones tienen una capacidad de internación total de casi 8.000 camas, cuyo promedio de 1,5 camas por mil habitantes colocan a El Salvador entre los países de L.A. con coberturas medias.

Existen diversas interpretaciones en los datos sobre tamaño de la red y desconocimiento de detalle sobre el estado de conservación de la planta física. Sin embargo, para los efectos de este trabajo[5] las cifras son adecuadas.

Para las acciones más necesarias de expansión de nuevas instalaciones y de rehabilitación de la red completa de instalaciones físicas existentes, se ha identificado para el período de 1994 a 1999, una necesidad[6] total de por lo menos US$215 millones para inversiones y gastos corrientes en todo el Sector. De este total, poco más de un 45% se destinarían al MSPAS. Los recursos de capital estimados se aproximan a los US$157 millones con el 80% de los mismos para el nivel de atención secundario y terciario. Es muy importante resaltar que del total, cerca de US$60 millones en gastos corrientes se demandarían para la conservación o mantenimiento preventivo de toda la red y que **de no poderlos asegurar en programas y en disponibilidades financieras**

---

[5] Se encuentra actualmente en proceso un inventario de detalle de 2/3 de las instalaciones para la atención primaria del MSPAS que permitirá afinar las estimaciones actuales que se han derivado de trabajos anteriores del Banco Mundial, del autor para el FIS, de revisión de documentos estadísticos en el ISSS y los registros en el Consejo Superior de Salud para las instalaciones señaladas del Sector Privado y de un muestreo por cuestionario con verificación en el campo en prototipos para las instalaciones del nivel secundario del MSPAS.

[6] Véase Anexo 1.

**anuales durante el quinquenio, no se podrían justificar las inversiones en una red que se vuelva a deteriorar.**

Los destinos requeridos para las inversiones totales en el Sector coinciden, en lo fundamental, con los resultados de la encuesta de hogares del Proyecto REACH. Esta situación sugiere una adecuada aproximación[7] de las condiciones supuestas en los indicadores principales de la infraestructura: el Sector Público (MSPAS y la Seguridad Social) proporcionan el 89% de la hospitalización al igual que el 89% de las inversiones propuesto y el 45% del mercado de consultas externas son aportadas por el Sector Privado (contra el 42% de las inversiones propuesto).

Las limitaciones históricas más significativas para un programa de inversiones en infraestructura se resumen en: (a) Ausencia de la priorización consistente de las obras y el desconocimiento de la magnitud real de las mismas; (b) Preferencia de los profesionales en salud, de políticos y de una buena parte de donantes, por obras en el nivel secundario y terciario de atención a costa de las inversiones en el nivel primario, cuya eficacia del servicio es superior y donde los costos por paciente en inversión y operación lo inverso; (c) Preferencia por nuevas obras en lugar de conservar y adecuar lo existente; este hecho se refleja en los escasos recursos utilizados para el mantenimiento preventivo y sistemático de la red y, (d) Falta de la interpretación práctica de los requisitos de espacios físicos y equipamientos adecuados como resultado de los servicios médicos ofrecidos (ajustados a cambiantes situaciones del perfil epidemiológico y geográfico), resultando en la falta de planes de inversión objetivos y realistas.

La estrategia general sugerida se fundamenta en tres aspectos: (1) en **orientar las inversiones a los sectores poblacionales más necesitados**, (2) en **recuperar primero toda la red de instalaciones e inversión existente** y, una vez en condiciones aceptables, (3) **dar el debido énfasis a programas de mantenimiento preventivo permanentes**.

La propuesta incluye un componente de expansión de cobertura modesto y en el caso del MSPAS, dirigido al nivel primario de atención. Se basa, igualmente, en el hecho de que tanto la Seguridad Social como el Sector Privado obtienen sus recursos del Sector Productivo por lo que sus requisitos de financiamiento, aunque puedan tener líneas preferenciales, no serán parte de un plan de inversiones del Ministerio. Dentro de este contexto encontramos que para el próximo quinquenio se necesitarán, para el nivel primario de atención del MSPAS, unos US$13 millones. Esta cantidad incluye poco más de US$2 millones de gastos corrientes para un programa mínimo de mantenimiento preventivo. Para los niveles de hospitalización general y especializada, se requerirán recursos valorados en casi US$84 millones, cantidad que incluye más de US$24 millones en gastos corrientes. Es importante señalar que para este último nivel **no se propone ninguna inversión en obra nueva**. Sin embargo, se sugiere una inversión considerable en la recuperación de la planta física, equipo electromecánico y biomédico de los hospitales y centros de salud existentes. El monto de esta inversión se calcula en por lo menos US$42 millones para obras civiles y poco más de US$17 millones para mobiliario y equipo.

Es alentador observar que, en todos los casos, las proyecciones de inversión para el MSPAS[8] son superiores a las necesidades detectadas en este trabajo. Por las costumbres históricas, el MSPAS deberá realizar un gran

[7] Tomado únicamente en el sentido de que una propuesta de inversiones sana deberá responder, razonablemente, a los patrones generales de la demanda existente.

[8] MSPAS, *El Salvador: Planes de Inversión Pública*, Unidad de Planificación Financiera, Cuadro Resumen, 1993.

esfuerzo en el próximo quinquenio orientado a que no se incremente una infraestructura que por lo general es subutilizada. También es importante que los donantes apoyen una política de inversiones orientadas hacia la distribución geográfica y equitativa de los recursos del Sector. Finalmente, el MSPAS deberá poner el énfasis necesario para completar el inventario de todas sus instalaciones y de **hacer propia** la tarea de una microplanificación física sistemática y permanente, que asegure la continua comparación de oferta y demanda de sus servicios y que sea capaz de desarrollar la capacidad técnica que permita elaborar los planes físicos de rehabilitación de su red de instalaciones, ajustadas con el realismo de los limitados recursos disponibles y al renovado "modelo de atención".

# I *LA INFRAESTRUCTURA EN EL SECTOR SALUD*

## 1 Situación general

El Sector Salud en El Salvador cuenta con una red de instalaciones físicas que en número y accesibilidad se coloca en los rangos superiores, comparativamente, dentro del ámbito latinoamericano. Por la escala del país y su adecuada red vial, tiene una aceptable penetración dentro del contexto rural, aunque con alguna concentración dentro de las áreas urbanas y especialmente dentro del Area Metropolitana de San Salvador (AMSS). Contrasta, sin embargo, que en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el mayor prestador de servicios de salud, se ha detectado un alto nivel de deterioro físico de sus edificaciones y equipamiento, cuya persistencia decididamente contribuye en el aumento de las deficiencias cualitativas en los servicios que proporciona.

Se han identificado aproximadamente 4.596 instalaciones físicas que proporcionan servicios de consulta clínica, internación, apoyo diagnóstico y para la producción y distribución de medicamentos en todo el país. De éstas, unas 4.145 son privadas y poco mas de 450 son parte de la infraestructura del Sector Público de las cuales unas 393 son del MSPAS. Aunque el número de instalaciones del Sector Público es cerca de la décima parte de las instalaciones privadas, la gran mayoría de éstas últimas son pequeños consultorios y farmacias, por lo que no deberá perderse la perspectiva de que sólo poco más del 10% de los servicios de hospitalización y cerca del 45% de la consulta externa son aportados por el Sector Privado Los servicios de *atención primaria* más dispersos y de típica penetración rural se proporcionan en unos 49 **dispensarios** y **puestos comunitarios**; a éstos le siguen siempre en el medio rural y en orden ascendente de complejidad física otros 159 **puestos de salud**, todos del MSPAS, y luego en la típica condición urbana en unas 276 **unidades de salud** de las cuales cerca de 90 son del Sector Privado y otros 2.580 consultorios particulares. Los servicios de salud para el *nivel secundario* y *terciario* se prestan en cerca de 100 instalaciones entre unos 56 **hospitales** (27 privados) y otros 44 **centros de salud** (17 privados). Estas instalaciones tienen una capacidad de internación total de casi 8.000 camas, cuyo promedio de 1,5 camas por mil habitantes colocan a El Salvador entre los países de L.A. con coberturas medias.

## 2 La infraestructura para atención primaria

La estructura física y de recursos humanos de la red de instalaciones del MSPAS para la atención primaria comienza con el **dispensario** que es una pequeña habitación de unos 16 m$^2$ ubicada en poblaciones alejadas donde una persona, a tiempo parcial, entrega medicamentos. El **puesto comunitario** le sigue en escala y son un par de cuartos de casi 30 m$^2$, en viviendas propias de pequeños pueblos que aporta la comunidad. En éste lugar un promotor de salud tiene usualmente su base y es visitado esporádicamente por personal médico durante campañas específicas. Según el modelo vigente de servicios, el **puesto de salud** prototipo sirve a sectores geográficos de hasta 10.000 habitantes, cuyas instalaciones son más formales; tienen una superficie promedio de unos 190 m$^2$, los cuales están distribuidos en dos o tres consultorios, farmacia, local para el inspector de saneamiento y alguna capacidad de almacenamiento de alimentos. Es atendido por una auxiliar de enfermería a tiempo completo y, hasta tres veces por semana, por un equipo móvil que incluye a un médico graduado. Las instalaciones más completas de este nivel, son las **unidades de salud** que sirven a poblaciones de hasta 30.000 habitantes con areas construidas con un rango desde aproximadamente 250 m$^2$ para las unidades del interior, a 700 m$^2$ en las unidades del AMSS. Estas unidades constan de aproximadamente 4 consultorios médicos, consultorio odontológico, laboratorio, sala de pequeña cirugía de emergencias, farmacia, oficinas administrativas y almacenamiento de alimentos. El personal que lo atiende es a tiempo completo, entre ellos varios médicos, enfermeras graduadas y auxiliares, inspector sanitario y de apoyo administrativo.

Los servicios ofrecidos en la infraestructura de la Seguridad Social y del Sector Privado para este mismo nivel son similares a las del Ministerio, aunque de mayor escala en el primero y mucho más modestos en el segundo. Dispersos por todas las áreas urbanas del país y con una concentración de más del 80% en el Area Metropolitana de San Salvador, la iniciativa privada cuenta, además, con consultorios (de unos 40 $m^2$ en promedio); laboratorios clínicos y de rayos X de apoyo al diagnóstico (de unos 80 $m^2$ en promedio); farmacias (de unos 50 $m^2$ en promedio) y, droguerías para la fabricación de medicamentos (de unos 500 $m^2$ en promedio). Estos últimas también apoyan el nivel secundario y terciario de los servicios de salud.

### 3 La infraestructura para hospitalización

Las instalaciones del MSPAS para el nivel secundario de atención son **centros de salud** que tienen una capacidad que varía entre 30 y 80 camas, una superficie de unos 4.000 $m^2$ promedio y servicios en las cuatro clínicas básicas para poblaciones de más de 30.000 habitantes. También en las ciudades principales hay 9 hospitales regionales con capacidades entre 100 camas (límite inferior situado en Chalatenango) y 600 camas (límite superior situado en Santa Ana) con áreas construidas promedio de casi 11.000 $m^2$ con variaciones de entre 4.300 $m^2$ (Hospital de Ahuachapán) y 25.000 $m^2$ (Hospital de Santa Ana). El nivel terciario del Ministerio lo integran 5 hospitales especializados ubicados en el AMSS, incluyendo los más conocidos como los hospitales Rosales, Benjamín Bloom y Maternidad.

Con una superficie construida total de casi 130.000 $m^2$, la Seguridad Social concentra 10 de sus 14 hospitales en el AMSS, 6 de ellos altamente especializados e incluyen al Hospital de Especialidades de unos 20.000 $m^2$ alquilado al MSPAS. La disponibilidad de 2,3 camas por mil de sus asegurados indica una cobertura que supera en una cama a la del Ministerio.

Sobre los centros y hospitales del Sector Privado se tiene por el momento muy poca información. La capacidad de internación de 16 camas promedio, muestra unidades relativamente pequeñas que en su mayoría han sido improvisadas en edificaciones para fines distintos a los originales y, por lo tanto, existen grandes deficiencias en el desarrollo de los servicios de salud.

# II *ANALISIS DE LA INFORMACION*

Las limitantes en la información sobre infraestructura indicadas en la metodología, sirven para poner el debido énfasis a las mismas limitaciones en los hallazgos de esta sección. Las deficiencias en los registros a todo nivel ha provocado, aún en las mismas fuentes, muchas contradicciones sobre el dimensionamiento de la redes. Esto se evidencia aún más en el desconocimiento de detalle del estado de conservación de la planta física. Sin embargo, para los efectos de esta primera aproximación, las cifras son suficientemente adecuadas para indicar diferencias, tendencias y un orden de magnitud significativo.

## 1 El dimensionamiento de la red

Los datos sobre el número de instalaciones varía en cada informe, aún dentro de la misma institución. La ambigüedad de las cifras se debe a diversas interpretaciones de la tipología; a la ausencia de mecanismos de actualización permanente; a citas en diversos momentos del tiempo y, a los distintos niveles de agregación de unos datos contra otros. El dimensionamiento de la red del Sector Público es al momento bastante confiable. No es así para el Sector Privado, pues en el Consejo Superior de Salud Pública sólo tienen algunos datos de muestras de hace unos 6 años y listados incompletos y desactualizados . Sin embargo, éstos datos son los más confiables al momento. Se espera que el *Estudio del Sector Privado de Salud*, que actualmente se desarrolla con financiamiento del Banco Mundial, proporcione datos recientes sobre esta red.

Las áreas construidas documentadas por tipo de establecimiento o en su defecto, el número de instalaciones por tipología y la superficie promedio de los prototipos indican los metros cuadrados totales. Estas áreas multiplicadas por costos vigentes de obra para los distintos niveles de complejidad, eficiencias observadas y grados de sofisticación, variables para los distintos sectores y niveles de atención, dan el valor presente de las obras civiles en la infraestructura en salud. El valor presente del equipamiento se ha computado como una proporción standard del costo de obras, también variable por nivel de atención y por subsector. El valor total actual de la red se aproxima a los US$475 millones, de los cuales casi 3/4 partes equivalentes en por lo menos US$350 corresponden al nivel de hospitalización, cuyo 92% corresponde al Sector Público.

## 2 Perspectivas de expansión de cobertura y de rehabilitación

El crecimiento de la red en obras nuevas que expandan la capacidad de cobertura se ha enfocado en base a los objetivos primarios de equidad y eficiencia, señalados al principio, y también de oportunidades de los respectivos niveles. Así, para el nivel primario de atención se anticipa sólo un moderado crecimiento en las instalaciones del MSPAS; un crecimiento del 40%, acumulado en cinco años, para la Seguridad Social[9] y, un crecimiento variable por tipo de instalación en el Sector Privado (un 40% en unidades de salud por la influencia de ONGs en expansión y sólo un crecimiento vegetativo en los otros tipos). Para el nivel de hospitalización del Ministerio, se considera **cero** crecimiento por la capacidad de incrementar la productividad de sus hospitales (de un 61% promedio actual en el área de hospitalización y de un 67% en el área de consulta externa[10]) a cerca del 80% que son los niveles aceptables de utilización; esto equivaldría a incrementar en cerca de 1/3 su presente capacidad de atención si fuera posible mejorar la administración de la red de

[9] El ISSS estima en 11% la expansión de cobertura anual promedio, el cual es equivalente al crecimiento de la economía aunado a su crecimiento natural. El crecimiento del 87% resultante ha sido reducido a un 40% por el posible incremento de servicios privatizados.

[10] Según registros estadísticos del MSPAS.

hospitales, derivando pacientes hacia aquellos no congestionados. Se espera que la Seguridad Social y el Sector Privado incrementen sus instalaciones en por lo menos un 40% por la condición deprimida actual.

Para la rehabilitación de toda la red, tanto pública y privada como de todos los niveles de atención, se siguen igualmente los objetivos primarios. La rehabilitación incluye reparaciones y adecuaciones menores de obras civiles y su equipamiento con valores que se han estimado reconociendo los variables niveles de conservación por sector y por nivel. En el nivel ambulatorio se ha estimado una necesidad de invertir sobre el valor presente de la infraestructura un 35%, 7.5% y 5% para el MSPAS, la Seguridad Social y el Sector Privado, respectivamente; éstas proporciones reflejan los grados de deterioro observados y en algunos casos documentados. Para el nivel secundario y especializado sólo varía el porcentaje aplicado al Ministerio a poco más de un 27% debido a las más frecuentes y mayores inversiones tradicionales en los hospitales.

# III *NECESIDADES EN LA INFRAESTRUCTURA EN SALUD*

Siguiendo la estructura de las redes de infraestructura en salud y los lineamientos señalados en el capítulo anterior, a continuación se estiman las demandas financieras para inversión y gastos corrientes por nivel de atención y por subsector de los servicios.

## 1 Demandas financieras quinquenales en inversión y operación

Para las acciones más necesarias de expansión de nuevas instalaciones y de rehabilitación de la red completa de instalaciones físicas existentes, se ha identificado para el quinquenio 1994-1999, una necesidad total de por lo menos US$215 millones para inversiones y gastos corrientes en todo el Sector. De este total, un poco más del 45% se destinarían al MSPAS. Los recursos de capital estimados se aproximan a los US$156 millones con más del 80% de los mismos para el nivel de atención secundario y terciario. Es muy importante resaltar que los casi US$60 millones adicionales en gastos corrientes se demandarían para la conservación o mantenimiento preventivo de toda la red y que **de no poderlos asegurar en programas y en disponibilidades financieras anuales durante el quinquenio no se podrían justificar las inversiones en una red que se vuelva deteriorar**. El Cuadro No. 1 resume un estimado de los requisitos de recursos financieros para todo el Sector.

insertar cuadro No. 1

Los destinos requeridos para las inversiones totales en el Sector reflejadas en las proporciones del cuadro anterior, coinciden en lo fundamental con los resultados de la encuesta de hogares del Proyecto REACH, situación que sugiere una adecuada aproximación[11] de las condiciones supuestas en los indicadores principales de la infraestructura: el Sector Público (MSPAS y la Seguridad Social) proporcionan el 89% de la hospitalización al igual que el 89% de las inversiones propuesto, y el 45% del mercado de consultas externas son aportadas por el Sector Privado (contra el 42% de las inversiones propuesto).

## 2 Consideraciones normativas

En general, el perfil epidemiológico en el Salvador, aunque con pequeñas variaciones por la "modernización" de la sociedad, se proyecta como bastante estable. Esto indica que el modelo de atención vigente podrá incorporar, por causas de patologías, muy pequeños cambios y, por lo tanto, en el contexto de la instalaciones para la salud, no se anticiparían variaciones significativas en las construcciones nuevas o en las adecuaciones. Sin embargo, por eficiencia funcional de las acciones médicas que el actual modelo de atención propone, por tipología de instalaciones, se sugieren posibles simplificaciones de espacios y reducciones de áreas, especialmente para los puestos de salud y en menor escala para las unidades de salud. Por otro lado, los hospitales en El Salvador han logrado una muy alta eficiencia espacial (en promedio con poco menos de 60 $m^2$/cama), por lo que sólo se sugieren cambios en aquellas instalaciones pabellonales, muy antiguas.

Como la escala de inversiones proyectadas en la infraestructura del Sector Salud es significativa, será muy necesario contar con una normatividad revisada, que sea útil y aplicable tanto para el Sector Público como también para el Sector Privado. Al momento existe sólo una diversidad de prototipos, producto de las disgregadas acciones en el tiempo ocasionada por muchísimos actores. Recientemente el FIS[12] originó un esfuerzo, por ahora descontinuado, que puede servir de base para acciones futuras. Se requerirá mejorar la interpretación del modelo de atención mas allá de las recopilaciones allí contenidas como *Programa médico arquitectónico*" y de las *Normas de infraestructura física aplicables a puestos y unidades de salud* y producir un programa arquitectónico que refleje la productividad y las demandas espaciales mínimas de los recursos humanos que prestan los servicios.

---

[11] Tomado únicamente en el sentido de que una propuesta de inversiones sana deberá responder, razonablemente, a los patrones generales de la demanda.

[12] Feld Simón y otros, *Mejoramiento de Procedimientos del FIS y del MSPAS en Proyectos de Salud*, consultoría patrocinada por el BID, El Salvador, febrero de 1993.

# IV *CONTEXTO SOCIO-POLITICO*

Las limitaciones históricas más significativas para un programa de inversiones en infraestructura pueden resumirse en: (a) ausencia de la priorización consistente de obras y el desconocimiento de la magnitud real de las mismas; (b) preferencia de los profesionales en salud, de políticos y de algunos donantes por obras en el nivel secundario y terciario de atención a costa de las inversiones en el nivel primario, cuya eficacia en el servicio es superior y donde los costos por paciente en inversión y operación lo inverso y donde los programas de los gobiernos recientes han dado mayor atención, aunque más de palabra que de resultados reales en los gastos de capital; (c) preferencia por realizar obras nuevas y muy escasa prioridad institucional por conservar o adecuar lo existente, con la consecuente pobreza de recursos en los gastos corrientes para el mantenimiento preventivo y sistemático de la red y, (d) falta de la interpretación práctica de los requisitos de espacios físicos y equipamientos adecuados como resultado de los servicios médicos ofrecidos (ajustados a cambiantes situaciones del perfil epidemiológico y geográfico), resultando en la falta de planes de inversión objetivos y realistas.

## 1 Limitaciones de las propuestas para inversión física

Tanto para obras civiles como para equipamiento se evidencia, en cada momento, la falta de ideas claras sobre **qué hacer**. Los departamentos de ingeniería del Sector Público se las pasan persiguiendo prioridades políticas donde usualmente lo "urgente" tiene prioridad sobre lo importante, obviando procedimientos metodológicos muy sencillos y aceptados de la planificación física como son inventarios actualizados, aplicación de la normatividad, formulación y presupuestación de propuestas prioritarias (contra criterios medibles que se puedan derivar de los objetivos primarios para el desarrollo del Sector). Para el Hospital Rosales en San Salvador, por ejemplo, desde hace un par de décadas no logran un consenso sobre **qué hacer**. En el Sector Privado, igualmente, se ve una pobreza histórica en su capacidad de formular planes y proyectos realistas y eficientes, mas allá de sus continuas improvisaciones[13].

## 2 Preferencia por inversiones en los niveles de hospitalización

En múltiples documentos el Gobierno establece que su prioridad son las mayorías más necesitadas[14]. El MSPAS, específicamente, define su prioridad de atención en acciones de prevención. Esto no ocurre en la práctica donde predominan los gastos en salud del Sector Público y Privado en las áreas urbanas, por sobre de éstas en el AMSS y frecuentemente en proyectos como el Hospital de Especialidades donde **no está la población ni más necesitada ni mayoritaria**.

Estas prioridades se siguen proyectando en la práctica a excepción de pequeñas obras del FIS[15] y un programa regular de inversiones del MSPAS muy modesto. Como ejemplo, este último se debate en tres ofrecimientos: el primero, si aceptar para la ciudad de Sonsonate un financiamiento por parte del BCIE de

---

[13] Por ejemplo, el Hospital Lamatepec estuvo cerrado por más de cinco años; hoy opera en sólo parte de las instalaciones y los Hospitales de Emergencias y Diagnóstico y, De la Mujer se necesita seguir una flecha marcada en el piso del primero para poder encontrar el ingreso y, en el segundo, en las habitaciones para internación no pueden asistir al paciente en la ducha porque no caben dos personas en los baños.

[14] Ministerio de Planificación, *Plan de Desarrollo Económico y Social, 1989-1994*.

[15] US$1.5 millones para proyectos de infraestructura y equipamiento del MSPAS y ONGs, algunos realizados y otros en proceso.

US$30 millones para un hospital nuevo; segundo, si aceptar un donativo US$9 millones del Gobierno del Japón, también para un hospital nuevo en esa misma ciudad, el cual una vez iniciado demandará otros US$20 millones para concluirse y, tercero, si aceptar en lugar de los dos ofrecimientos anteriores, el financiamiento de US$10 millones por parte de la CEE para rehabilitar el hospital actual.

Según las estadísticas del MSPAS las inversiones en infraestructura entre 1990 y 1993 ha sido de US$1.3 millones para las instalaciones de atención primaria y US$82.2 millones en hospitales, o sea 63 veces mayor. Más adelante en éste trabajo, se propone una inversión de una cifra similar a la comentada en el nivel de hospitalización; aunque aparenta una contradicción con el contenido de ésta sección, será muy deseable **recuperar** una red existente que presta un servicio evidente, siempre y cuando **se tengan los recursos suficientes** para las inversiones necesarias en el primer nivel, que sigue siendo el prioriotario.

### 3 Preferencia por obras nuevas

Con pleno conocimiento de las autoridades a todo nivel del MSPAS de la condición de deterioro de todas sus instalaciones e inoperatividad de buena parte de su equipamiento (exceptuando instalaciones muy nuevas) los presupuestos de mantenimiento "correctivo" y "preventivo" ni siquiera es posible identificarlos porque están inmersos en gastos operativos junto con medicamentos, por ejemplo, y todos los funcionarios están de acuerdo en que es muy poco lo que se destina para estos fines.

### 4 Ausencia de la capacidad de planificación física institucionalizada en el Sector

La Dirección de Planificación del MSPAS cuenta con una unidad de "proyectos e inversión" que al momento no ha logrado hacer efectiva la función de la planificación física sectorial. Se desconoce tanto la definición cuantitativa de la red del Sector por tipología de establecimiento como la situación cualititiva objetiva de las instalaciones que prestan servicios de salud. La coordinación con la Seguridad Social y con el Sector Privado no existe. El MSPAS, como ente normativo, no evalúa la oferta y la demanda de servicios y sus consecuencias espaciales para los diversos subsectores.

# V *SISTEMA DE PROPUESTAS Y PRIORIDADES*

Las perspectivas sociales, políticas y económicas para el próximo quinquenio son muy positivas. Primero, por la contrastante recuperación que sigue inevitablemente a un período deprimido de doce años y, segundo, porque la magnitud de la tarea para obras de infraestructura que se anticipa está dentro de escalas y complejidades técnicas manejables y con impactos promisorios en los objetivos prioritarios.

## 1 Prioridades de inversión

La estrategia general sugerida se fundamenta en tres aspectos. (1) En **orientar las inversiones a los sectores poblacionales más necesitados**, (2) en **recuperar primero toda la red de instalaciones y equipamiento existente** y, (3) una vez en condiciones aceptables, **dar el debido énfasis a programas de mantenimiento preventivo permanentes**. La propuesta incluye, sin embargo, un componente de expansión de cobertura modesto para el MSPAS, solamente dirigido al nivel primario de atención. Se basa, igualmente, en el hecho de que tanto la Seguridad Social como el Sector Privado obtienen sus recursos del Sector Productivo en la medida que la economía de libre mercado incentive esas inversiones. Los requisitos de financiamiento del Sector Privado, aunque puedan tener líneas preferenciales, no será parte de un plan de inversiones del Ministerio. Los montos estimados para éstas se incluyen en el Anexo 1.

Dentro de este contexto encontramos que para el próximo quinquenio, se necesitarán para el nivel de atención primario del MSPAS unos US$13 millones. Esta cantidad incluye poco más de US$2 millones de gastos corrientes para un programa mínimo de mantenimiento preventivo. Para los niveles de hospitalización general y especializada, que no pueden marginarse, se requerirán recursos de por lo menos US$84 millones incluyendo más de US$24 millones en gastos corrientes. Es muy importante señalar que para éste ultimo nivel **no se propone ninguna inversión en obra nueva** que expanda la cobertura. Sin embargo, se sugiere una inversión considerable en la recuperación de la planta física y el equipamiento de los hospitales y centros de salud existentes. Esta inversión se calcula en un poco más de US$42 millones para obras civiles y arriba de US$17 millones para equipamiento.

Si comparamos las inversiones de US$83.5 millones que el MSPAS ha realizado hasta 1993, la escala de los montos anteriores es similar. Además, el grado de complejidad técnica de los programas de inversión, aquí propuestos, comprometidos fundamentalmente en la recuperación de una red existente, es menor y debe poder manejarse por un grupo de técnicos relativamente pequeño y sin una extraordinaria capacitación. Para los programas de gastos corrientes, aquí sugeridos, podemos anticipar mayores problemas. En efecto, habrá que desarrollar una mística perdida y asignar unos recursos, que aunque limitados, no son consecuencia de asignaciones con antecedentes históricos.

## 2 Disponibilidad proyectada de recursos financieros

Es sumamente alentador observar que, en todos los casos, las proyecciones de inversión para el MSPAS[16] es superior a las necesidades detectadas en este trabajo; por ejemplo, para el próximo quinquenio proyectan asignar unos US$12,6 millones para obras del nivel primario contra US$13 millones aquí estimados. Para el segundo y tercer nivel proyectan una disponibilidad por encima de los US$73 millones, también excediendo los US$60 millones propuestos. Los requisitos financieros para el período 1994-1999 de casi US$2 millones

[16] MSPAS. *El Salvador: Planes de Inversión Pública*, Unidad de Planificación Financiera, Cuadro Resumen, 1993.

para el mantenimiento preventivo de las instalaciones del nivel primario hemos visto en el párrafo anterior que estarían cubiertas con los recursos que el MSPAS ha proyectado para este nivel. Por otro lado, las demandas para el mantenimiento de los hospitales y centros de salud del MSPAS, estimadas en por lo menos US$24 millones, son comparativamente bajos. Se espera obtenerlos, sin dificultades, de los recursos proyectados por el Ministerio en los programas regulares, pues estando la mayoría de las necesidades de inversión cubiertas con donantes, los gastos corrientes requeridos sólo representan un 2% de éstos. Lo anterior es ventajoso, pues el MSPAS tiene proyectado una asignación para inversiones en el ramo de salud del orden del 10% del presupuesto regular anual.

Para que las evidencias del párrafo anterior sean posibles en el quinquenio próximo, el MSPAS debe realizar un gran esfuerzo que evite incrementar, en el nivel de hospitalización, una infraestructura que por lo general es subutilizada y cuyos niveles actuales de productividad promedio, poco mayor del 60%, indican una capacidad de atención adicional de por lo menos un 30% sobre la demanda actual. No sólo deberán rechazarse las tentaciones de retomar el Hospital de Especialidades, actualmente alquilado al ISSS, pues el presupuesto operativo absorbería cantidades significativas del presupuesto ordinario de Ministerio; por el contrario, el MSPAS, debe buscar el mecanismo más adecuado para hacer el traspaso permanente. Será también muy importante que los donantes apoyen una política de inversiones del Sector hacia la distribución geográfica y equitativa de los recursos y no sólo para algunas instalaciones favoritas. El programa de inversiones en salud del Ministerio deberá ejecutarse por una unidad técnica modernizada y simplificada con solo el personal necesario cuya función principal sea normar, coordinar y avalar los servicios de inventario, diseño, supervisión, construcción y mantenimiento preventivo que se contraten, en lo posible, de la iniciativa privada.

### 3 El mantenimiento preventivo

De las acciones más deprimidas dentro de todo el Sector Público y donde el MSPAS no escapa, son las que se refieren a programas de mantenimiento preventivo. La negligencia por mantener en buen estado operativo la red de instalaciones físicas y su equipamiento refleja niveles de deterioro de hasta un 35% en las instalaciones del nivel primario de atención y del 28% en las de hospitalización (véase el Anexo 2). Las inversiones futuras en el Sector y en el MSPAS en particular, deberán condicionarse por los mismos funcionarios responsables a que se revisen y fortalezcan los diseños de los programas para tales fines. GTZ y OPS han estado dando una muy valiosa asistencia al Ministerio para el mantenimiento de equipo biomédico, especialmente para el nivel secundario de atención. También, para el nivel primario, con el *Proyecto de Rehabilitación de los Sectores Sociales* con financiamiento del Banco Mundial se ha apoyado una estrategia de mantenimiento preventivo de la infraestructura de los 78 municipios incluidos dentro del programa. Estos intentos han sido aplicados a una escala muy reducida y adolecen de una implementación extendida, sistemática y persistente que cuente con los niveles de gastos corrientes sugeridos por este trabajo e indicados en detalle en el Anexo 1. El elemento más importante para los esfuerzos en esta área será **la voluntad política de comprometer permanentemente los recursos en gastos corrientes señalados**. En el Anexo 3 se sugiere un contenido para las acciones y elementos más importantes dentro de un diseño de programa para el mantenimiento preventivo de las instalaciones en salud.

### 4 La microplanificación física en el Sector

Finalmente, el MSPAS deberá poner el énfasis necesario para completar el inventario de todas sus instalaciones y de **hacer propia** la tarea de una micro**planificación** física, sistemática y permanente, que asegure la continua comparación de oferta y demanda de sus servicios y que sea capaz de desarrollar la capacidad técnica que permita elaborar los planes físicos de rehabilitación de su red de instalaciones, ajustadas con el realismo de los recursos disponibles, en continua competencia con otras prioridades sociales del Sector Público, y al

renovado "modelo de atención". Sobre éste tema, el momento es oportuno, pues consultoras locales están produciendo un "modelo" de análisis y sus consecuencias de recursos humanos y materiales, dentro de los lineamientos del Estudio de Micro**planificación** que se pretende concluir para el primer trimestre de 1994. Con ese trabajo se sentara la base de la planificación física sectorial y será muy importante el **institucionalizar** sus propuestas[17].

[17] Véase Anexo 4.

# ANEXOS

Infraestructura del Sector Salud Anexo 1

CONJUNTO DE ESTADISTICAS Y SUPUESTOS (al 23 de Febrero de 1994)
por Arq. Alberto Zúniga Wager

PROYECCIONES DE DEMANDAS PRELIMINARES, 1994-1999

| Nivel de Atención y Subsector | Número Unidades | Número Camas | m2 Promedio | m2 Tot | $/m2 | VALOR PRESENTE RED OC $M | M&Eq %OC | M&Eq $M | INVERSION: OBRAS CIVILES (OC) Nuevas % d/ | Nuevas $M | Rehabilitadas % f/ | Rehabilitadas $M | MOBILIARIO Y EQUIPO (M&Eq) Nuevo % d/ | Nuevo $M | Rehabilitado % f/ | Rehabilitado $M | TOTAL USSM | % x Nivel | % x Sub Sector | GASTOS CORRIENTES: OC (Red Final) Anual % | OC Exist $M | OC Nuevo $M | M&Eq (Red Final) Anual % | M&Eq Exist $M | M&Eq Nuevo $M | TOTAL $M | GRAN TOTAL USSM |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | 4496 | x | x | 377790 | x | 105 | x | 21.4 | x | 13.8 | x | 11.9 | x | 3.01 | x | 2.42 | 31.14 | 20 | 100 | | 5.47 | 0.4 | | 4.28 | 0.3 | 10.46 | 41.6 |
| MSPAS | 363 | x | x | 84382 | x | 21.8 | 20 | 4.36 | x | 1.8 | x | 7.52 | x | 0.36 | x | 1.5 | 11.18 | | 35.9 | 1 | 1.09 | 0 | 4 | 0.87 | 0.04 | 2.042 | 13.2 |
| Dispensario | 6 | x | 16 | 96 | 210 | 0.02 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | |
| Puesto Comuni | 43 | x | 32 | 1376 | 210 | 0.29 | | 0.06 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | |
| Puesto Salud | 159 | x | 190 | 30210 | 240 | 7.25 | | 1.45 | e/ 15 | 1.09 | 35 | 2.54 | 15 | 0.22 | 35 | 0.51 | | | | | | | | | | | |
| Unidad Salud | 155 | x | x | b/ 52700 | 270 | 14.2 | | 2.85 | e/ 5 | 0.71 | 35 | 4.98 | 5 | 0.14 | 35 | 1 | | | | | | | | | | | |
| SEGSOC | 32 | x | x | 34432 | 280 | 9.64 | 25 | 2.41 | x | 4.82 | x | 0.72 | x | 1.21 | x | 0.18 | 6.929 | | 22.3 | 1.5 | 0.72 | 0.2 | 4 | 0.48 | 0.12 | 1.506 | 8.44 |
| Unidad Salud | 32 | x | 1076 | c/ 34432 | 280 | 9.64 | | 2.41 | 50 | 4.82 | 7.5 | 0.72 | 50 | 1.21 | 7.5 | 0.18 | | | | | | | | | | | |
| PRIVADO | 4101 | x | x | 258976 | x | 73.2 | 20 | 14.6 | x | 7.2 | x | 3.66 | x | 1.44 | x | 0.73 | 13.03 | | 41.8 | 1 | 3.66 | 0.2 | 4 | 2.93 | 0.14 | 6.911 | 19.9 |
| Unidad Salud | 89 | x | 250 | 22250 | 240 | 5.34 | | 1.07 | 40 | 2.14 | 5 | 0.27 | 40 | 0.43 | 5 | 0.05 | | | | | | | | | | | |
| Consultorio | 2583 | a/ x | 42 | 108486 | 240 | 26 | | 5.21 | 3.5 | 0.91 | 5 | 1.3 | 3.5 | 0.18 | 5 | 0.26 | | | | | | | | | | | |
| Lab Clinico | 333 | x | 80 | 26640 | 300 | 7.99 | | 1.6 | 3.5 | 0.28 | 5 | 0.4 | 3.5 | 0.06 | 5 | 0.08 | | | | | | | | | | | |
| Farmacia | 992 | x | 50 | 49600 | 210 | 10.4 | | 2.08 | 3.5 | 0.36 | 5 | 0.52 | 3.5 | 0.07 | 5 | 0.1 | | | | | | | | | | | |
| Droguería | 104 | x | 500 | 52000 | 450 | 23.4 | | 4.68 | 15 | 3.51 | 5 | 1.17 | 15 | 0.7 | 5 | 0.23 | | | | | | | | | | | |
| 2&3 NIVEL | 100 | 7998 | x | 450544 | x | 247 | x | 101 | x | 38.7 | x | 49 | x | 16.5 | x | 20.2 | 124.4 | 80 | 100 | | 14.2 | 1.3 | | 30.2 | 2.74 | 48.54 | 173 |
| MSPAS | 30 | 5517 | x | 277764 | x | 150 | 40 | 60.1 | 0 | 0 | x | 42.3 | 0 | 0 | x | 17.3 | 59.55 | | 47.9 | 1 | 7.51 | 0 | 5.5 | 16.5 | 0 | 24.03 | 83.6 |
| Centro Salud | 15 | 990 | 3440 | 51597 | 500 | 25.8 | 40 | 10.3 | 0 | 0 | 27 | 6.97 | 0 | 0 | 27 | 2.83 | | | | | | | | | | | |
| Hospital | 15 | 4527 | 16060 | 226167 | 550 | 124 | 40 | 49.8 | 0 | 0 | 28 | 35.3 | 0 | 0 | 29 | 14.4 | | | | | | | | | | | |
| SEGSOC | 26 | 1757 | x | 129340 | 580 | 75 | 45 | 33.8 | 40 | 30 | 7.5 | 5.63 | 40 | 13.5 | 7.5 | 2.53 | 51.67 | | 41.5 | 1.5 | 5.63 | 1.1 | 7 | 11.8 | 2.36 | 20.93 | 72.6 |
| Centro Salud | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hospital | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIVADO | 44 | 724 | 60 | 43440 | 500 | 21.7 | 35 | 7.6 | 40 | 8.69 | 5 | 1.09 | 40 | 3.04 | 5 | 0.38 | 13.19 | | 10.6 | 1 | 1.09 | 0.2 | 5 | 1.9 | 0.38 | 3.584 | 16.8 |
| Centro Salud | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hospital | 27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTALES | 4596 | 7998 | x | 828334 | | 352 | | 123 | | 52.5 | | 60.9 | | 19.5 | | 22.6 | 155.6 | 100 | | | 19.7 | 1.7 | | 34.5 | 3.04 | 59 | 215 |

SUPUESTOS

a/ 4099 medicos x 90% activos x 70% con clinica propia.

b/ 94 unidades x 250 m2, mas 45 unidades x 400 m2, mas 16 unidades x 700 m2.

c/ Promedio de m2 en "Otros Anexos de Informe" presentado por Unidad de Infraestructura y Conservación, ISSS, 1993
En ISSS, 20 propios @ 1482 m2 c/u + 12 alquilados @ 400 m2 c/u

d/ Como crecimiento porcentual de la red actual.

e/ Interpolado de Informe Final "Dimensionamiento y Programa de Inversiones Físicas FIS/BID para el MINED y el MSPAS" por Arq. Alberto Zúniga Wager, Noviembre de 1992, y

f/ Como % sobre valor presente

Nota General: Las cifras del cuadro responden a la información obtenida del año más reciente, fuente específica sobre general, y detalle sobre datos globales.

Anexo 2

## RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DEL MSPA

(Requisitos de Rehabilitación. Cifras en Porcentajes)

| | *Componentes* | OBRA CIVIL | | | | | EQUIPAMIENTO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Subcomponentes* | Obra Exter | | Edificio | | % | Mob&EqElMe | | Eq Biomed | | InstrumMed | | % |
| | *Acciones* | Subs | Repa | Subs | Repa | Subtot | Subs | Repa | Subs | Repa | Subs | Repa | Subtot |
| | (a) % | 50 | 25 | 50 | 25 | | 100 | 25 | 100 | 25 | 100 | 25 | |
| | (b) % | | 0.12 | | 0.88 | 1 | | 0.24 | | 0.12 | | 0.04 | 0.4 |
| | **HOSPITALES** % | | | | | **28.38** | | | | | | | **28.99** |
| 1 | F. M. Ahuachapán | nr | nr | nr | nr | 0 | nr | nr | nr | nr | nr | nr | 0 |
| 2 | S.J. de D. Santa Ana | 1.5 | 0.75 | 13.2 | 5.5 | 20.95 | 16.8 | 1.8 | 10.8 | 0.15 | 4 | 0 | 33.55 |
| 3 | S.J. de D. Sonsonate | 6 | 0 | 35.2 | 17.6 | 58.8 | 21.6 | 0.6 | 8.4 | 0.9 | 3.2 | 0.2 | 34.9 |
| 4 | L.F.V. Chalatenango | 3.6 | 0.9 | 22 | 11 | 37.5 | 24 | 0 | 9.6 | 0.6 | 2.6 | 0.45 | 37.25 |
| 5 | S.R. Santa Tecla | 3.6 | 1.8 | 1.32 | 11 | 17.72 | 9.6 | 3.6 | 1.8 | 0.75 | 1.8 | 0.25 | 17.8 |
| 6 | S.T. Zacatecoluca | nr | nr | nr | nr | 0 | nr | nr | nr | nr | nr | nr | 0 |
| 7 | S.G. San Vicente | nr | nr | nr | nr | 0 | nr | nr | nr | nr | nr | nr | 0 |
| 8 | S.P. Usulután | 3 | 1.5 | 13.2 | 6.6 | 24.3 | 12 | 3 | 9 | 0.75 | 2.4 | 0.4 | 27.55 |
| 9 | S.J.de D. San Miguel | nr | nr | nr | nr | 0 | nr | nr | nr | nr | nr | nr | 0 |
| 10 | Rosales | 5.7 | 2.55 | 22 | 17.6 | 47.85 | 19.2 | 1.2 | 9.6 | 0.6 | 3.6 | 0.1 | 34.3 |
| 11 | Benjamín Bloom | nr | nr | nr | nr | 0 | nr | nr | nr | nr | nr | nr | 0 |
| 12 | Maternidad | 0.6 | 0.3 | 22 | 11 | 33.9 | 14.4 | 2.4 | 7.2 | 0.6 | 4 | 0 | 28.6 |
| 13 | Psiquiátrico | nr | nr | nr | nr | 0 | nr | nr | nr | nr | nr | nr | 0 |
| 14 | Neumológico | 1.2 | 0 | 13.2 | 0 | 14.4 | 24 | 0 | 12 | 0 | 4 | 0 | 40 |
| 15 | Zacamil | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2.4 | 0 | 1.2 | 0 | 3.4 | 0 | 7 |
| | **CENTROS DE SALUD** % | | | | | **26.97** | | | | | | | **27.35** |
| 1 | Metapán | nr | nr | nr | nr | 0 | nr | nr | nr | nr | nr | nr | 0 |
| 2 | Chalchuapa | nr | nr | nr | nr | 0 | nr | nr | nr | nr | nr | nr | 0 |
| 3 | Nueva Concepción | 1.8 | 2.4 | 13.2 | 6.6 | 24 | 9.6 | 1.8 | 8.4 | 0.6 | 3 | 0 | 23.4 |
| 4 | Suchitoto | 3.6 | 0.9 | 22 | 6.6 | 33.1 | 22.8 | 0.3 | 11.4 | 0.15 | 4 | 0 | 38.65 |
| 5 | Cojutepeque | 0.78 | 0 | 24.2 | 6.6 | 31.58 | 18 | 1.8 | 7.2 | 1.2 | 2.4 | 0.4 | 31 |
| 6 | Ilobasco | nr | nr | nr | nr | 0 | nr | nr | nr | nr | nr | nr | 0 |
| 7 | Sensuntepeque | 0 | 0 | 0 | 1.1 | 1.1 | 4.8 | 2.4 | 3.6 | 0.9 | 2.8 | 0.2 | 14.7 |
| 8 | Santiago de María | 5.4 | 2.7 | 22 | 11 | 41.1 | 24 | 0 | 9 | 0.75 | 2 | 0.5 | 36.25 |
| 9 | Jiquilisco | nr | nr | nr | nr | 0 | nr | nr | nr | nr | nr | nr | 0 |
| 10 | Ciudad Barrios | 1.2 | 0.6 | 22 | 11 | 34.8 | 12 | 1.2 | 9.6 | 0.6 | 4 | 0 | 27.4 |
| 11 | Nueva Guadalupe | 1.2 | 0.06 | 13.2 | 0.44 | 14.9 | 5.28 | 0.3 | 5.16 | 0.09 | 1.64 | 0.02 | 12.49 |
| 12 | San Francisco Gotera | nr | nr | nr | nr | 0 | nr | nr | nr | nr | nr | nr | 0 |
| 13 | La Unión | 6 | 3 | 22 | 22 | 53 | 21.6 | 0.6 | 12 | 0 | 4 | 0 | 38.2 |
| 14 | Santa Rosa de Lima | 1.8 | 0.9 | 13.2 | 6.6 | 22.5 | 12 | 3 | 12 | 0 | 3.2 | 0.2 | 30.4 |
| 15 | San Bartolo | 0.3 | 0.15 | 13.2 | 0 | 13.65 | 13 | 1.5 | 6 | 0.3 | 0.28 | 0.01 | 21.05 |

(a) Valor ponderado del esfuerzo comparado a la unidad nueva de "Acciones" de rehabilitación; y
(b) Valor relativo de "Subcomponentes" comparado a la unidad y mostrados como fracción.
nr No respondió

Anexo 3

## CONTENIDO GENERAL PARA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

*Introducción*

1. Para que en general se considere un programa de apoyo a inversiones en el Sector Salud será preciso que el MSPAS desarrolle un programa de *mantenimiento preventivo* y asigne en su oportunidad los recursos financieros recurrentes necesarios que aseguren un estado operativo adecuado de la planta física y sus equipamientos.

2. El **programa** de mantenimiento preventivo deberá diferenciarse de los de "mantenimiento correctivo" y, deberá igualmente desligarse de cualquier esfuerzo de realizar inventarios de la planta física. Primero, porque otros programas atenderán las necesidades de recuperación de la red (reparaciones, adecuaciones, expansiones y sustituciones) y, segundo, porque es enteramente independiente el diseño de un programa que indique cómo mantener en buena condición operativa la red con su condición actual.

*Contenido*

3. Se deberá desarrollar una matriz de acciones o tareas, desde las más simples a las más complejas en un formato parecido al siguiente:

### MATRIZ DE TAREA SEGUN NIVEL DE COMPLEJIDAD

| | MINIMA (Con participación de la comunidad) | INTERMEDIA (Técnico Polivalente) | MAYOR (Especialista) |
|---|---|---|---|
| OBRAS CIVILES | Listados (v.gr: barrido, limpieza de canales aguas lluvias,taludes socavados, repellos,etc.) | Listados (v.g cambio de empaques en grifos, luminarias etc.) | Listados (v.gr: reparar bomba agua, conexiones eléctricas |
| MOBILIARIO | Listados (v.gr: colocar tornillos sueltos, etc.) | Listados (v.gr:cambio de piezas sencillas, etc.) | Listados (v.gr: soldaduras, etc.) |
| EQUIPO | Listados (v.gr: limpieza, etc.) | Listados (v.gr: calibrar báscula, etc.) | Listados (v.gr: cambiar resistencia autoclave, etc. |

4. Se identificarán las necesidades en:

   - período de recurrencia de cada tarea;
   - recursos humanos para realizarlas;
   - capacitación necesaria para el RH y frecuencias;
   - recursos materiales (gastables, vehículos, herramientas, infraestructura, etc.);
   - organización operativa, supervisión y monitoreo y,
   - costos, recursos financieros y sus fuentes.

5. Se deberá evaluar la conveniencia práctica y financiera de subrogar los servicios a terceros.

Anexo 4

## ALCANCE DEL ESTUDIO DE MICROLOCALIZACION

1. Uno de los elementos que se ha identificado como necesarios para fortalecer la capacidad de planificación sectorial en el Ministerio de Salud es el conocimiento de la ubicación en el espacio geográfico (microlocalización) del inventario de oferta y demanda de los servicios. Esto se hace más necesario por la actual escasa información o coincidencia de la documentación sobre la red de instalaciones (su ubicación, tipología, condición física, etc.); la menos clara percepción de la demanda (donde están y cuantos son los beneficiarios del servicio) y la proliferación de documentos y sus autores sin la necesaria coincidencia metodológica ni oportunidad de registros.

2. La micro**localización** es el primer paso para la micro**planificación** cuyo conjunto de propuestas conforman la base de la planificación física del Sector.

*Objetivos*

3. Son tres los principales objetivos de la microlocalización.

- documentar en forma dinámica y **permanente** de salud la red de instalaciones físicas donde se entregan los servicios, detallándose sus características principales:

- asistir a las necesidades de **microplanificación** y planificación sectorial con información veraz y oportuna sobre la red de servicios y sus condición física y,

- Contribuir a la capacidad decisoria y al diseño de programas de **inversión** en rehabilitación de la red existente como de expansión de cobertura de la misma en las áreas de prioridad programática y social.

*Tareas principales del estudio*

4. Son seis las tareas principales a desarrollarse en el estudio de microlocalización.

- **Descripción de la red existente por tipología de establecimientos, en términos geográficos y por las características principales de las instalaciones físicas, incluyendo sus modificaciones en el tiempo.** De aquí resultará una descripción completa del establecimiento por tipo (concentrándose en los establecimientos de atención primaria) con nombre, dirección, número de código, número de espacios (v.gr: número de consultorios, almacenes, etc.), obras exteriores, servicios públicos disponibles y un croquis (no se requiere por ahora un levantamiento topográfico formal) de su huella dentro del predio para poder así apreciar las posibilidades de ampliaciones futuras si estas fueran necesarias.

- **Documentación de la condición física (estado de conservación) de las edificaciones, su mobiliario y equipo así como las necesidades de su adecuación funcional arquitectónica y médica, incluyendo costos detallados.** Esta tarea preparara expedientes técnicos completos para poder identificar un programa de recuperación y reparación de mobiliario y equipo biomédico, por ejemplo o salir a licitación dentro de otro programa para la rehabilitación de las instalaciones físicas. Se indicaran las

cantidades de obra en detalle, por partidas presupuestarias (v.gr: techos, substitución de 10 $m^2$ de lamina de fibrocemento acanalada standard...). Se incluirá también, las necesidades de substitución y/o readecuación de espacios fisicos inadecuados o incompletos que no reunieran las normas funcionales mínimas (v.gr: curaciones improvisadas en cuartos de casas de habitación donde no se dan las condiciones de higiene mínimas, mejoras en iluminación y ventilación, etc.).

- **Relaciones espaciales administrativas (modelo de atención u otros) y los sistemas de referencia funcional.** Al delimitar zonas geográficas homogéneas con sus accesos, accidentes topográficos y la disponibilidad de los servicios, se identificaran las relaciones entre los establecimientos en términos de jerarquía funcional (v.gr: varios puestos de salud fluyen a una unidad de salud y varias de estas a un centro de salud, etc.) y/o rutinas de administración y supervisión. El objeto de esta tareas es identificar donde faltan o sobran servicios por aspectos funcionales, barreras topográficas, normatividad, o deficiencias en servicios públicos (v.gr: caminos).

- **Recursos humanos disponibles por categoría presupuestaria y por nivel de capacitación.** Si bien es cierto que los ministerios tienen sus procedimientos establecidos para la recolección sistemática de la información sobre personal, aquí se pretende aprovechar la visita de encuestadores ajenos a la rutina para verificar confiabilidad.

- **Relación geográfica y social de la demanda y las necesidades de expansión de la cobertura del servicio según los criterios de eficiencia, equidad y calidad del Sector.** Con la información de la red existente, obtenida por medio de las tareas anteriores donde se apreciaría la magnitud y calidad de la oferta, se deberá ahora sobreponer en términos espaciales donde se encuentra la demanda. Aqui se vería donde están los clientes que hacen uso del servicio y cual su magnitud para poder compararlos luego con la capacidad instalada y poder determinar las necesidades de expansión de cobertura en el espacio geográfico o las medidas de eficiencia requeridas (v.gr: extender los turnos, etc.). La interpretación de los datos censales y de los registros que lleven los centros será la base informática principal.

- **Mecanismos de actualización permanente.** Finalmente, basándose en los adelantos tecnológicos en computación electrónica y de archivo de elementos gráficos con rastreadoras ópticas, por ejemplo, se desarrollará un sistema de registro, de análisis y de actualización permanente de la información resultante de este estudio de microlocalizacion. Se compraría el equipo necesario (hardware) y se desarrollarían los programas (software), incluyendo la identificación y capacitación del personal que se requiera para la actualización permanente del estudio.

*Producto final*

5. Se espera contar al final del estudio de microlocalización con expedientes técnicos[18] completos para el 100% de las necesidades de reparación de cada establecimiento y la base para poder diseñar las expansiones y sustituciones. Todo el inventario deberá consolidarse, codificarse, y capturarse en un sistema de datos computarizado y también sobreponerse en cartas geográficas de la escala y nivel de detalle conveniente. Además se contara también con las propuestas para la adquisición del equipo, los programas, el suficiente personal capacitado y la propuesta de la unidad administrativa para el seguimiento dentro de la organización institucional adecuada, quienes se encargarían de la actualización permanente de la información.

[18] Se refiere a la serie de documentos técnicos que sirven de instrumentos para quienes participan en las licitaciones públicas para la ejecución de las obras. Esta incluye: (1) información general sobre el edificio (tipología, tenencia, etc.); (2) plano de ubicación (el edificio existente con relacion a vías, orientación cardinal, ríos y otros accidentes topográficos importantes, poblados, etc.); (3) planta del sitio con las obras existentes a la escala adecuada (usualmente 1:200 y señalando linderos, topografía y otros aspectos de servicios públicos, si los hubiere); (4) planta arquitectónica del puesto o la unidad (usualmente a escala 1:50) y, (5) cantidades de obra por hacer detalladas por ambiente y partida presupuestaria (pisos, techos, paredes, red hidráulica, etc.).

Anexo 5

# PROCESO DE REVISION DE LOS INFORMES PRELIMINARES

## Introducción

El "Análisis del Sector Salud de El Salvador" (ANSAL) fue concebido como parte de los esfuerzos tendientes a acelerar el desarrollo económico y social del país. El análisis de la organización y funcionamiento de las instituciones del sector debe desembocar en la identificación de obstáculos que, de ser superados, posibiliten el mejoramiento del sector y de las condiciones de salud y bienestar de la población.

Generalmente los proyectos tendientes a acelerar el desarrollo social y económico son concebidos y diseñados por expertos del área temática abarcada por el proyecto. Estos aportan sus conocimientos profesionales y su experiencia para identificar el problema, seleccionar las posibles soluciones y diseñar los componentes del proyecto. En este proceso el intercambio de opiniones generalmente queda restringido a personas que ocupan posiciones de liderazgo en el Sector y en la sociedad. El usuario potencial y el personal involucrado directamente en la producción del bien o del servicio analizado no son frecuentemente incluidos en este proceso de consulta. Los proyectos resultantes no se benefician de las percepciones culturales y de la experiencia acumulada por quienes están en la primera línea de batalla y en consecuencia, pueden ser vistos como ajenos por la propia comunidad beneficiaria.

## Procedimiento

Los términos de referencia de ANSAL establecieron un amplio proceso de consulta que evitara la limitación señalada en la introducción. En los mismos se establece que el proceso participativo tiene trascendencia similar al contenido del análisis. Para lograrlo se indicó que los resultados preliminares del trabajo de ANSAL, recogidos en nueve borradores de Informes Técnicos, fueran ampliamente difundidos entre instituciones y personas del sector salud para que fueran revisados y comentados. Este enfoque forma parte de un enfoque "participativo" de los esfuerzos de desarrollo. Para cumplir con este mandato se diseñó una estrategia que comprende los siguientes componentes:

1. *Comentarios escritos.* Se invitó a unas 100 instituciones y personas con experiencia en el funcionamiento de los servicios de salud a que formularan comentarios por escrito sobre:
   - la veracidad e integridad de los datos presentados;
   - la lógica del análisis utilizado;
   - la factibilidad de las recomendaciones formuladas.

2. *Reuniones con personal de salud e integrantes de la comunidad.* Se realizaron diez reuniones en distintos puntos del país, de forma de cubrir la mayor parte de su territorio, en las que se invitó a participar a personal de salud con diferentes niveles de capacitación (promotores, parteras empíricas, médicos y farmacéuticos), líderes de las comunidades servidas (Alcaldes, miembros de comisiones de apoyo de establecimientos del MSPAS o patronatos, miembros de las asociaciones comunitarias de educación o escuelas EDUCO y líderes comunitarios locales) y a funcionarios y autoridades regionales y locales del Ministerio de Salud.

3. *Jornadas con líderes del Sector.* Se efectuaron jornadas durante dos días con líderes de organismos públicos vinculados a los sectores sociales y a salud (MSPAS, MIPLAN E ISSS), con directivos de ONGs activas en salud y del Colegio Médico y dirigentes del área de salud de varios partidos políticos. Fue invitado a participar pero no se hizo presente el Decano de la Facultad de Medicina de la UES.

**Resultados**

La participación fue intensa y útil para validar o descartar los resultados preliminares de ANSAL. Enviaron comentarios escritos una 30 instituciones, encontrándose entre éstas las principales organizaciones del sector público (MSPAS y MIPLAN) y las ONGs mas importantes.

En las reuniones comunitarias participaron aproximadamente una 250 personas representando a los tres componentes mencionados anteriormente. De los tres grupos, los líderes de las comunidades fueron quienes tuvieron una tasa de participación más baja.

Doce de los trece líderes invitados a las Jornadas participaron; quienes así lo hicieron permanecieron durante la totalidad del tiempo que duró el ejercicio.

Salvo las opiniones de las jerarquías técnicas centrales del MSPAS (Directores de Programas y Departamentos y Directores Regionales), quienes expresaron objeciones ante algunos de los hallazgos de ANSAL, los comentarios fueron coincidentes en relación a los principales problemas del sector y a las formas mas efectivas para enfrentarlos. Los comentarios específicos se resumen en cada uno de los Informes Técnicos.

*Comentarios escritos recibidos*

Como se mencionó en el acápite sobre procedimiento, el borrador de este informe, lo mismo que los otros informes técnicos de ANSAL,[19] tuvo amplia distribución con miras a recabar reacciones con fecha límite 18 de febrero, 1994. Como resultado se recibieron comentarios escritos tanto de personas como de instituciones de los sectores público y privado. De las diferentes comunicaciones recibidas por ANSAL, las siguientes tienen relación más directa con el tema **Infraestructura del Sector Salud**:

Los muy útiles y breves comentarios al borrador avanzado de este informe han sido razonablemente incorporados en el mismo. En general se pueden catalogar en observaciones de forma o detalle y otras de fondo. Sobre las primeras, básicamente referidos a la dimensión de la red y a las áreas de las instalaciones del Sector Público, puede decirse que después de revisar y procurar conciliar las diferentes interpretaciones, éstas han variado muy poco; por ejemplo, se decía que el MSPAS tenía 157 Puestos de Salud y 148 unidades, que ahora resultan ser 159 y 155, respectivamente. Las variaciones se han debido principalmente a la exclusión anterior de las Unidades de Salud que están cerradas y no operan. Sobre las observaciones de interpretación o de concepto, deseamos comentar lo siguientes:

[19] Estos son: Situación de Salud; Situación Materno Infantil; Productos Farmacéuticos; Organización y Funcionamiento del Sistema de Salud; Financiamiento de los Servicios de Salud; Recursos Humanos en Salud; Infra-estructura e Inversión del Sector Salud; Demanda y Percepción Comunitaria de la Salud; Salud del Medio Ambiente.

1) Se ha expresado una **aparente** contradicción de proponer, por un lado, un programa con el 80% del valor de las inversiones para el nivel secundario y terciario del Sector, y por otro, que se abogue por una estrategia de inversiones con *prioridad* para la atención primaria. La clave para entender esta dicotomía es la **suficiencia de recursos probables** para las acciones identificadas como necesarias para la prioridad principal: un crecimiento moderado de la red y su completa rehabilitación (esto demandaría el 20% del total de las demandas de inversión identificadas). Además, se podrían encontrar los recursos financieros para **recuperar** (no incrementar) la red hospitalaria, que requeriría el otro 80% de la demanda total de recursos. Resulta igualmente importante, dentro de la estrategia propuesta, la recuperación de la red TODA, porque es innegable que los servicios hospitalarios continuarán siendo una parte fundamental de los servicios de salud del Sector.

2) Debe aclararse el concepto de *rehabilitación física* de la red: resulta ser **todas las acciones necesarias para colocar los edificios existentes, su equipamiento y terrenos circundantes en un estado de funcionamiento satisfactorio para beneficio exclusivo de los servicios allí ofrecidos**. Las acciones complementarias a la rehabilitación son las de *expansión de cobertura* que agregan a la capacidad instalada. Por lo tanto, en el caso de Sonsonate, por ejemplo, si en el caso extremo el hospital tiene un grado de deterioro tal que no pudiera salvarse nada y todo debiera substituirse, esta acción sería parte de la rehabilitación propuesta en este trabajo y se contaría con los recursos financieros suficientes para construir un hospital nuevo.

3) Deseamos enfatizar en esta oportunidad, aunque no fuera comentado, la propuesta de hacer **sistemática y permanente** la tarea de planificación física dentro de la institución rectora de la salud nacional. Por ejemplo, en este momento se está concluyendo el estudio de microlocalización/microplanificación que ya ha comenzado a producir una enorme riqueza de información sobre la red de atención primaria y sobre los procedimientos de análisis y por las limitaciones ya conocidas del Ministerio aún no se ha podido integrar al grupo de personas que le darán seguimiento permanente.