

INFORME DE LABORES

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

2009-2010



Ministerio de Salud



Dra. María Isabel Rodríguez

MINISTRA DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Dr. Eduardo Antonio Espinoza

VICEMINISTRO DE POLÍTICAS SECTORIALES

Dra. Elvia Violeta Menjívar

VICEMINISTRA DE SERVICIOS DE SALUD

Ing. José Mauricio Pineda

GERENTE GENERAL DE OPERACIONES

Dr. José Manuel Beza

DIRECTOR DE PLANIFICACIÓN

Dra. Argelia Dubón

DIRECTORA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Dr. Julio Oscar Robles Ticas

DIRECTOR NACIONAL DE HOSPITALES

Dra. Marina Estela Ávalos

DIRECTORA DE APOYO A LA GESTIÓN Y PROGRAMACIÓN SANITARIA

Dr. Eduardo Suárez Castaneda

DIRECTOR DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Dr. Julio Armero

DIRECTOR DE VIGILANCIA SANITARIA

Lic. María Angela Elías

DIRECTORA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Dr. Walter Lara

DIRECTOR DE REGULACIÓN Y LEGISLACION SANITARIA

Ing. Cecilia Reyes de Morán

DIRECTORA DE PROYECTO RHESSA

Dra. Laura Nervi

ASESORA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Mensaje de la Ministra de Salud Pública y Asistencia Social	7
Resumen Ejecutivo	9
Principios Esenciales de la Gestión	13
Estructura Organizativa	15
Capítulo 1. Plan de Trabajo del Primer Año de Construcción de la Viabilidad de la Reforma del Sistema Salud	17
Capítulo 2. ¿De qué se enferma y muere la población salvadoreña?	23
Capítulo 3. La Reforma del Sistema de Salud de El Salvador	31
Capítulo 4. Los Primeros Cien Días	53
Capítulo 5. Servicios y Programas de Salud	59
Capítulo 6. Administración, Gestión de Medicamentos y Vacunas, Regulación	83
Capítulo 7. Tendencias del Presupuesto y el Gasto del MSPAS	93
Capítulo 8. Dimensión Internacional	107
Cierre del Primer Año y Perspectivas	125
Anexo. Información Epidemiológica 2009	129

Una gran alianza por la salud

“Quiero hacer un llamado al país y a la comunidad internacional para que formemos una gran alianza nacional alrededor del tema de salud. Esta alianza debe ser capaz de propiciar un cambio seguro en el campo de la salud que beneficie a toda la población, sobre todo a los más pobres.”

Presidente Mauricio Funes



Hacia la construcción de la viabilidad de la Reforma de Salud

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha iniciado el camino de la transformación del sistema de salud de El Salvador. Durante el año transcurrido desde que asumió el Gobierno del Presidente Mauricio Funes se han establecido las bases del nuevo sistema.

Se ha empezado, de esta manera, a cumplir con el compromiso adquirido por nuestro Gobierno, de incluir y desarrollar la salud como un componente central de la estrategia de desarrollo económico y social y de la creación de un sistema de protección social universal. En el año transcurrido el MSPAS ha dado pasos firmes en el avance hacia el logro del objetivo fundamental de su política de salud, que es el de garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud.

Por ello, la construcción de la viabilidad del cambio estructural se ha basado en levantar los cimientos del futuro enfrentando los problemas del presente. Es decir, en soñar e imaginar con el nuevo sistema al tiempo que se resuelven los problemas y las deficiencias del actual. Además, hacerlo de manera diferente, innovando.

Ha sido un año difícil pero pleno en realizaciones a pesar de las condiciones que han determinado y limitado al Gobierno y que todavía vienen afectando al país en general y en particular al sector de la salud. Los avances realizados tienen un valor especial si se toman en cuenta tres cuestiones: en primer lugar, la crisis económica (producto en parte de la crisis financiera mundial, multidimensional y severa, y en parte por la débil situación fiscal estructural del país); en segundo lugar, la situación crítica en la que encontramos al Ministerio, tanto en cuanto a los recursos financieros existentes para sostener actividades corrientes del sistema público de salud, como a la capacidad instalada, organización y calidad con la que funciona el sistema; en tercer lugar, las cuatro emergencias que se tuvieron en el año (la influenza pandémica H1N1, la tormenta IDA, la epidemia de dengue y la tormenta Agatha) las que en el marco de un sistema público de salud parcialmente desfinanciado, débil, inequitativo y de baja calidad, exigieron una colosal concentración de esfuerzos y recursos para dar una oportuna respuesta.

Se ha requerido también de mucho entusiasmo y constancia. Cuando la realidad mostraba que no era posible, no quedaba más que pensar en cómo hacer posible lo imposible, en ocasiones, aunque técnicamente no fuera recomendable o fuera políticamente riesgoso. Porque no había otra salida, dado el mandato del pueblo salvadoreño y el compromiso adquirido por el Gobierno. Ante el pesimismo del intelecto se levantaba el optimismo de la voluntad de cambiar para mejorar, en condiciones de grave falencia de recursos.

En tal sentido, los esfuerzos en un primer tramo de la gestión debieron concentrarse en tres dimensiones principales: en primer lugar, acciones orientadas a fortalecer la rectoría del MSPAS, crear las condiciones para la viabilidad de la reforma y comenzar la reorganización del sistema de salud basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral; en segundo lugar, acciones orientadas a garantizar el funcionamiento corriente de los servicios de salud y mantener las acciones sanitarias del Ministerio; en tercer lugar, acciones extraordinarias debidas a las emergencias.

El balance de este primer año de gestión es alentador, gracias a la voluntad política del Estado y al esfuerzo de quienes nos acompañan en este proyecto: trabajadores y trabajadoras de salud de todos los niveles y servicios de salud del Ministerio, movimiento popular y sus organizaciones, cooperación técnica y financiera, y muchos otros actores gubernamentales y no gubernamentales comprometidos con nuestra lucha para que la población salvadoreña viva más y mejor, como es su derecho.

Objetivo de la política de salud

Garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional de Salud que fortalezca sostenidamente lo público (incluyendo a la Seguridad Social) y regule efectivamente lo privado, el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, un ambiente sano y seguro, incluyendo (pero no limitándose a ello) la creación el mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutivez y acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha iniciado el camino de la transformación del sistema de salud de El Salvador. Durante el año transcurrido desde que asumió el Gobierno del Presidente Mauricio Funes se han establecido las bases del nuevo sistema. Se ha empezado, de esta manera, a cumplir con el compromiso adquirido por nuestro Gobierno, de incluir y desarrollar la salud como un componente central de la estrategia de desarrollo económico y social y de la creación de un sistema de protección social universal. El MSPAS ha dado pasos firmes en el avance hacia el logro del objetivo fundamental de su política de salud, que es garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud.

Enfrentamos serios problemas estructurales en nuestro sistema de salud. Entre ellos, se destacan la baja inversión histórica en salud pública, baja cobertura de la red de servicios públicos de salud, sistema de salud altamente segmentado (coexistencia de varios sistemas de financiamiento no coordinados en el sistema público de salud), fragmentado (coexistencia de varios subsistemas y prestadores sin coordinación funcional en la prestación de servicios de salud a la población), descoordinado e inequitativo, sumado a una red de servicios seriamente deteriorada; baja capacidad resolutoria de los problemas de salud, baja cobertura de medicamentos, déficit de personal de salud en toda la red pública de establecimientos, con infraestructura y equipos inadecuados y obsoletos, combinado con una carencia de plazas para cubrir necesidades básicas, a pesar del alto índice de desempleo de los trabajadores de la salud del país.

Nuestro primer año de gestión, que llamamos el año de la "construcción de la viabilidad de la reforma de salud", se concentró en tres grandes objetivos: El diseño y programación de la reforma del sistema de salud de El Salvador; el fortalecimiento de los servicios y programas del MSPAS; y la respuesta oportuna y eficiente a emergencias y desastres con enfoque intersectorial. Los ejes estratégicos de la reforma de salud son ocho: Construcción de la Red Integrada de Servicios de Salud del MSPAS; recursos humanos en salud como piedra angular del sistema; respuesta a la

demanda de medicamentos y vacunas; instauración del Foro Nacional de Salud; construcción de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas; desarrollo de un Sistema Único de Información Estratégica; articulación progresiva con el ISSS y otros prestadores públicos de salud; creación del Instituto Nacional de Salud y Fortalecimiento de la Red de Laboratorios.

Anunciamos el inicio de la transformación del sistema de salud en un sistema integral. Este gran cambio lo realizaremos progresivamente, partiendo por lo más importante, el trabajo directo con las comunidades y nuestra población. La reforma comenzará en 74 municipios de ocho departamentos del país. Se están conformando y preparando los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS Familiares) y ECOS con Especialidades Médicas. Ellos trabajarán directamente, en su territorio, con la comunidad, familias e individuos. Se trata de tener un equipo multiprofesional que estará a cargo de un número determinado de familias. Con la misma comunidad y otros agentes del Estado, buscarán la solución a problemas que muchas veces van más allá del sector salud como es el caso del agua y el saneamiento básico. A través de este mismo equipo se brindará, además, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención médica y rehabilitación.

Cumplimos durante los primeros cien días con diez acciones prioritarias: 1. Eliminación de cuotas voluntarias o cualquier otra forma de pago en el sistema público, 2. Incremento sustancial en la cobertura de medicamentos esenciales y de material médico básico en todos los establecimientos del sistema público de salud, 3. Acortamiento de los tiempos de espera para cirugías y de consultas de especialidad, 4. Asignación de especialidades médicas a los hospitales regionales para resolver de manera más rápida las demandas de la población y descongestionar los hospitales de tercer nivel, 5. Adecuación de los servicios para responder al incremento de la demanda provocada por la abolición de las "cuotas voluntarias" y la pandemia de influenza H1N1, 6. Avances con respecto al nuevo Hospital de Maternidad y reconstrucción de hospitales, 7. Fortalecimiento de la rectoría del MSPAS en la conducción intersectorial, 8. Inicio del proceso de reorganización

del sector público, 9. Acciones extraordinarias debidas a la pandemia de influenza H1N1, 10. Formulación de una campaña nacional de saneamiento ambiental a iniciarse con el componente de campaña contra el dengue.

La construcción de la viabilidad de la reforma de salud giró especialmente alrededor de la realización de un diagnóstico amplio del sector salud, con énfasis en la red de servicios; la identificación de las brechas existentes para alcanzar cobertura universal con calidad; el diseño del contenido y definición de las fases de la reforma del sistema de salud; búsqueda del ajuste del marco legal (apoyo a la elaboración y presentación de la Ley de Vacunas y elaboración y presentación de la Ley de Medicamentos).

La Ministra de Salud designó a la Comisión Organizadora del Foro Nacional de Salud, que trabajó durante varios meses realizando foros regionales de consulta ciudadana que confluyeron el 28 de mayo de este año en una jornada nacional. La misión del Foro es contribuir a la generación de consensos para la toma de decisiones estratégicas que permitan transformar el sistema de salud hacia la universalidad, la equidad, calidad e inclusión y un abordaje intersectorial basado en los determinantes sociales, mediante un amplio proceso de participación ciudadana activa, propositiva, vigilante y permanente en el marco del ejercicio del derecho a la salud. El Foro se concibe como una instancia de consulta y apoyo a las decisiones democráticas en salud. Asimismo, en consonancia con la política de participación social, se activaron 1,660 comités de salud y el MSPAS participó en 2,366 asambleas comunitarias.

Los servicios y programas del MSPAS se fortalecieron, especialmente, en los siguientes componentes: Se llevó adelante una reforma institucional que implicó la renovación de los cuadros de conducción del MSPAS, manteniendo dentro del sistema al personal saliente de la función directiva de hospitales, regiones y SIBASI. Asimismo, se incorporaron 15 nuevos municipios a la estrategia de extensión de cobertura, se mejoró la infraestructura sanitaria y el equipamiento de 103 establecimientos del primer nivel de atención, reactivándose casas de la salud, centros rurales de nutrición y casas de espera materna que se encontraban abandonados o funcionando de manera parcial. Asimismo, se atendieron las demandas de arbitraje relativas a la construcción de tres hospitales y se reactivó la construcción de los tres hospitales cuya construcción había sido interrumpida.

Entre los logros en la red hospitalaria, se destacan la extensión de cobertura y la mejora en el nivel de respuesta

de dicha red. Para ello se avanzó en la contratación de personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo en toda la red. Para los hospitales del segundo nivel de atención se contrataron 71 recursos entre médicos generales y especialistas. Se aumentó en un 2.4% el número de egresos hospitalarios con relación al período anterior, logrando una disminución del promedio de estancia hospitalaria en un 3% que refleja una mejor utilización de las camas con un incremento del 2.5% del índice de ocupación.

Con el Proyecto de Cirugías Móviles se han realizado 8,450 procedimientos quirúrgicos mayores que habían estado por meses y, hasta años, en largas listas de espera. La consulta externa de especialidades se ha incrementado en un 28% con relación al mismo período del año anterior.

Con respecto al nuevo Hospital de Maternidad, el proyecto se inició el 30 de julio de 2009. A la fecha se han realizado todos los diseños arquitectónicos y de especialidades. Este hospital constituye una alta prioridad para resolver integralmente la atención a la población femenina y recién nacida, con medios tecnológicos actualizados y espacios para la enseñanza e investigación, basado en una propuesta médico-arquitectónica, orientada a universalizar la atención con gratuidad y calidad. Se compró el terreno y el BCIE aprobó \$41.0 millones de dólares para su construcción y equipamiento y la Honorable Asamblea Legislativa ratificó el préstamo en mayo de 2010.

Otro gran objetivo del MSPAS, que es proporcionar una respuesta oportuna y eficiente a emergencias y desastres con enfoque intersectorial, se ha centrado en el fortalecimiento de la capacidad del MSPAS para responder a emergencias y desastres; y reactivación de CONAPREVIAR –hoy convertida en la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD)– para enfrentar los problemas de salud del país. Nuestra capacidad de respuesta oportuna a las emergencias, con el apoyo sostenido de los diferentes sectores, se puso a prueba con los cuatro eventos que afectaron a nuestro país durante este primer año: las tormentas Ida y Agatha, y las epidemias pandémica H1N1 y la de dengue. El MSPAS, con distintos apoyos, contrató temporalmente (entre dos y ocho meses) 2,445 recursos humanos de las diferentes disciplinas en respuesta a las emergencias mencionadas.

El Gobierno Nacional ha definido una visión y una estrategia nacional para capitalizar en beneficio del país las oportunidades que se abren en el nivel internacional. Este Ministerio ha definido la política nacional de salud, la visión y estrategia de la reforma en salud y una perspectiva de medio plazo para el desarrollo sanitario en el marco del desarrollo nacional. La definición política del rumbo y las condiciones estratégicas del cambio en salud son la base de una acción internacional soberana y efectiva. Entre las acciones realizadas en la dimensión internacional, se destaca la negociación conjunta de medicamentos para Centroamérica y República Dominicana realizada en el ámbito del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA). La cooperación internacional técnica y financiera no reembolsable en salud, en el presente periodo, ha representado para el MSPAS una contribución de más de 18 millones de dólares. Entre los principales donantes se encuentran: Estados Unidos (USAID), España (AECID y cooperación descentralizada), Japón (JICA), Luxemburgo y Corea (KOICA) entre otros. El Sistema de Naciones Unidas (en especial OPS/OMS y UNFPA) y los ministerios de salud de Brasil y de Cuba han ofrecido un apoyo sostenido, especialmente, pero no únicamente, en procesos de cooperación técnica destinados a fortalecer la capacidad de gestión, las competencias técnicas, la producción de conocimientos y la transferencia tecnológica en El Salvador. Asimismo, durante el año se recibieron brigadas médicas internacionales provenientes de Italia, Estados Unidos de América y Cuba, entre otras brigadas.

El balance de este primer año de gestión es alentador, gracias a la voluntad política del Estado y al esfuerzo de todos quienes nos acompañan en este proyecto: los trabajadores y trabajadoras de salud de todos los niveles y servicios de salud del Ministerio, el movimiento popular y sus organizaciones, la cooperación internacional técnica y financiera, y muchos otros actores gubernamentales y no gubernamentales comprometidos con nuestra lucha para que la población salvadoreña viva más y mejor, como es su derecho.

El equipo de conducción del MSPAS se ha orientado en su pensar y en su actuar por los siguientes principios, que son la base y el sustento de su gestión de gobierno: Transparencia, solidaridad, compromiso, universalidad, equidad, gratuidad, intersectorialidad, participación social.

Transparencia. Todo gobierno democrático debe ser transparente en sus decisiones y rendir cuentas a sus ciudadanos. Este gobierno es transparente. La transparencia en la gestión de los asuntos públicos es una precondition de buen gobierno, rectitud fiscal, sostenibilidad, honestidad y responsabilidad. Implica también, en el actual contexto y dada la situación en que se recibió el MSPAS, la lucha contra la corrupción en todos sus niveles y formas. Este Ministerio ha mantenido en todo momento y lugar, sobre todas las acciones y proyectos, una gestión transparente. Los cambios de personal de confianza que debieron hacerse para poder asegurar el funcionamiento del sistema, en todos los casos, se hicieron de acuerdo a la ley, aunque ello significara mayores retrasos o dificultades.

Solidaridad. El principio de solidaridad es esencial a la concepción de política pública que impulsa nuestro Gobierno y se refiere a la convicción permanente de colaborar -de forma redistributiva y en el marco del derecho- con el bien común mediante la unión de intereses, propósitos y afinidades entre los miembros de una sociedad para mejorar las condiciones de vida y bienestar colectivos. La solidaridad parte del reconocimiento de las asimetrías y opera en sentido inverso para compensarlas.

Compromiso. El compromiso presidencial de dar prioridad a la salud de los salvadoreños es el marco político en que se ubican varias de las principales políticas públicas que ha impulsado nuestro Ministerio. Esto se evidenció en el apoyo al abastecimiento de medicamentos, el apoyo al sistema para que cubriera el déficit provocado por la supresión de las cuotas voluntarias, el apoyo para la contratación de personal de corto plazo durante las epidemias, el apoyo a las gestiones para lograr finalmente la posibilidad de construir el Nuevo Hospital de Maternidad, entre otras acciones de respaldo hacia la labor en salud.

Universalidad. La construcción de un sistema de protección social universal para todos los salvadoreños, que es uno de los principales compromisos del gobierno, tiene como uno de sus principales componentes un sistema de salud de acceso universal que garantice de manera efectiva el disfrute del derecho a la salud por toda la ciudadanía. La universalidad es uno de los principios básicos del sistema. No se puede construir un sistema de acceso universal sin realizar una acción sostenida dirigida a la eliminación de las barreras económicas, geográficas, de género, étnicas y socio-culturales que conspiran contra la cobertura del sistema público de salud. La eliminación de las "cuotas voluntarias" y el aumento de las consultas en los servicios públicos de salud ha mostrado durante este año que dichas cuotas constituían una importante barrera económica. La transformación del sector salud hacia un modelo basado en las Redes Integradas de Servicios de Salud tiene, entre sus méritos, el de acercar los servicios de salud de calidad a la población en todo el territorio nacional, que es la forma de eliminar las barreras geográficas de acceso.

Equidad. La lucha por el logro de la equidad, en el campo de la salud, se traduce a que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través del acceso a todos los recursos del sistema. Equidad en salud no debe ser confundida con igualdad en el estado de salud de las personas ni tampoco con una respuesta uniforme y única del sistema. Aunque las condiciones económicas tendieran a ser menos desiguales, habrá diferencias inevitables entre las personas, como son las diferencias genéticas y de género, las culturales, o las marcadas por la elección de estilos de vida personal. El sistema de salud debe estar preparado para dar respuesta diferencial a esas necesidades. Por otro lado, la inequidad en salud es consecuencia de las desigualdades sociales evitables que determinan diferencialmente el estado de salud de la población, la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, la desigualdad a una alimentación adecuada, a una vivienda digna. A su vez, la equidad en los servicios de salud se define como la "ausencia de diferencias en acceso a servicios para iguales necesidades

en salud (equidad horizontal) y aumento en el acceso u otros recursos para grupos definidos de población en el aspecto social, el demográfico o el geográfico, con mayores necesidades de salud (equidad vertical)”¹

Gratuidad. Gratuidad significa el derecho de toda la población a recibir atención en los servicios de salud del sistema público sin tener que pagar por los servicios recibidos. Partimos del principio de que la propia población tiene ese derecho porque la sociedad en su conjunto se ha organizado para disponer de una base tributaria solidaria que todos los ciudadanos construyen en conjunto. Por ese motivo, debe tenerse en cuenta que, a través del pago de sus impuestos, de su trabajo, la población misma ha contribuido al financiamiento del sistema. En este sentido estricto, los servicios no son gratuitos, sino que se han pagado de una forma solidaria y redistributiva por el conjunto.

Intersectorialidad. La Salud es desde lo conceptual un asunto inter y transdisciplinario, y desde la acción, y de manera especial en la acción de gobierno, un asunto intersectorial e interinstitucional. La acción de gobierno del MSPAS, desde un principio ha apostado por la intersectorialidad. Ha buscado el trabajo colaborativo, la comunidad de visiones y modos de trabajar conjuntos con todas las instituciones del gobierno con responsabilidad directa e indirecta en salud y sus determinantes, y con todos los actores de la sociedad con vocación de servir y responsabilidad cívica. El MSPAS, teniendo en cuenta que la intersectorialidad debe entenderse como políticas públicas engarzadas en torno a ejes comunes (políticas integradas de acción intersectorial) y que la acción intersectorial requiere de liderazgo, capacidad de toma de decisiones, capacidad de negociación y de construcción de consensos en torno a ejes aglutinantes, ha realizado esfuerzos para avanzar en el fortalecimiento del abordaje coordinado de los problemas de salud y ambiente.

Participación social. La política de salud hace de la participación social uno de sus valores básicos, a la vez que es una de las prioridades del MSPAS para el quinquenio. La política de participación social que se propone está alineada y contenida en los Lineamientos Estratégicos de la Política de Participación Ciudadana del Programa de Gobierno 2009-2014: “a) Potenciar el poder de decisión de la población como fuente de la soberanía y mandante del poder político, respetando el desarrollo y funcionamiento

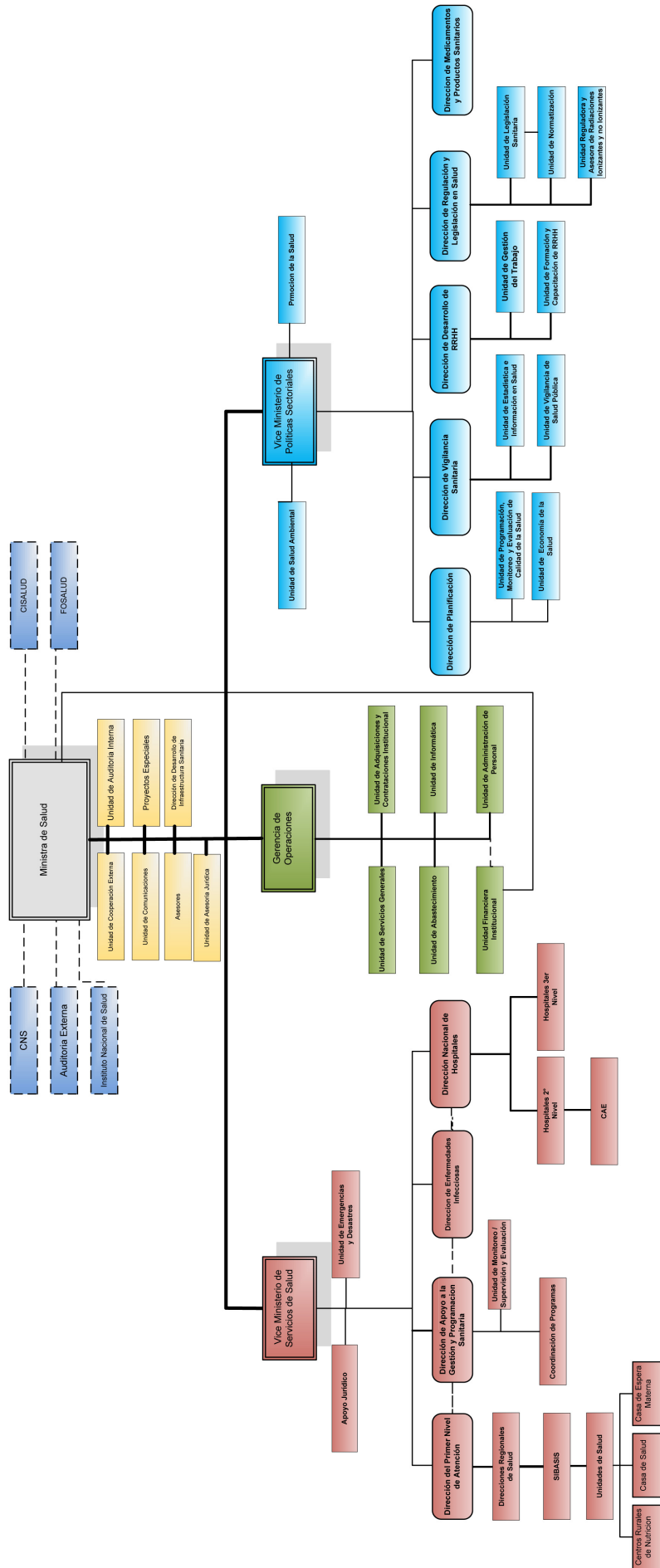
autónomo de sus organizaciones y sus derechos.b) Apertura de espacios y mecanismos de participación. La participación necesita que el Estado se transforme y establezca vínculos y procedimientos que faciliten la participación de la ciudadanía y sus organizaciones, creando espacios de diálogo y consulta ciudadana. c) Acceso ciudadano a la información pública... d) Fortalecimiento de una cultura de deliberación ciudadana de los asuntos públicos. La política de participación ciudadana constituye una de las cualidades emblemáticas del Nuevo Gobierno... y será un común denominador del conjunto de políticas públicas y una pauta de conducta para las instituciones y funcionarios del Nuevo Gobierno Central”.

1. OPS/OMS: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de Posición de OPS/OMS. Washington DC, agosto de 2005.

Mediante Resolución Ministerial número 23 de fecha 22 de febrero de 2010, se oficializa la nueva estructura organizativa del Ministerio de Salud que está compuesta por el nivel central y el nivel proveedor con el objeto de desarrollar de forma eficiente y eficaz la presente administración. El primer nivel está constituido por el Despacho Ministerial, dos Viceministerios el de Servicios de Salud y el de Políticas Sectoriales, además de las unidades asesoras, Unidad de Cooperación Externa, Unidad de Comunicaciones, Unidad Jurídica, Unidad de Auditoría Interna, los Proyectos Especiales y la Dirección de Desarrollo de la Infraestructura Sanitaria. Del Viceministerio de Servicios de Salud dependen las direcciones de Primer nivel de atención, de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria, de Enfermedades Infecciosas, Dirección Nacional de Hospitales; y del Viceministerio de Políticas Sectoriales, se encuentran la Unidad de Salud Ambiental, Unidad de Promoción para la Salud, Direcciones de Planificación, de Vigilancia Sanitaria, de Desarrollo de Recursos Humanos, de Regulación y Legislación Sanitaria y la Dirección de Medicamentos y productos sanitarios; otra área es la Gerencia de Operaciones responsable de los procesos administrativos en apoyo a la gestión.

En cuanto al nivel proveedor está conformado por los Hospitales Nacionales de segundo y tercer nivel de complejidad y los Centros de Atención de Emergencias (CAE); además las cinco Regiones de Salud que tienen bajo su responsabilidad los 17 SIBASI, integrados por los establecimientos del primer nivel de atención, siendo éstos las Unidades de Salud, los Centros Rurales de Salud y Nutrición, las Casas de Salud y Casas de Espera Materna, distribuidos en todo el territorio nacional.

ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL



Capítulo 1

*Plan de trabajo del primer año: construcción
de la viabilidad de la Reforma del Sistema de Salud*

Objetivos y Estrategias de la Política de Salud para el Quinquenio

El objetivo del Gobierno en salud es el de garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud que fortalezca sostenidamente lo público (incluyendo a la seguridad social) y regule efectivamente lo privado; el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud; un ambiente sano y seguro, incluyendo (pero no limitándose a ello) la creación y el mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutivez y acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas.

Este objetivo de largo plazo tendrá avances sustanciales durante el quinquenio. Para 2014 habremos consolidado la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral como el camino más efectivo para enfrentar las inequidades y las determinantes de la salud de la población salvadoreña. Se habrá completado la organización de las redes integradas de servicios de salud (en los servicios del MSPAS) y la transformación en fases llegará a toda la población salvadoreña. Se habrán realizado importantes avances en la coordinación de las prestaciones de servicios de salud con el ISSS y las otras instituciones de la seguridad social. Será una realidad el fortalecimiento de la oferta sanitaria, aunque todavía quede un largo camino para lograr un sistema ideal de cobertura universal con calidad. Esto tendrá consecuencias positivas en la salud de la población, que se expresará en una reducción de los principales indicadores de morbilidad y mortalidad, incluyendo una incidencia en la reducción de las inequidades sociales, con aportes desde una perspectiva de salud pública y propuestas armónicas con el ambiente.

El proceso de construcción de ese Sistema Nacional Integrado de Salud supone una profunda reforma que está presentada en el documento *Construyendo la Esperanza: Estrategias y Recomendaciones en Salud* y que define las principales estrategias y líneas de acción para el período:

1. Sistema Nacional Integrado de Salud basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral
2. Fortalecimiento de la rectoría del MSPAS y aumento de su capacidad para la formulación de políticas y planes de salud

3. Aumento sustancial de la capacidad reguladora del MSPAS
4. Apoyo al fortalecimiento de la participación social y comunitaria para la incidencia de la población en definición e implementación de la política de salud y la rendición de cuentas de la acción gubernamental
5. Creación del Instituto Nacional de Salud que permita generar nuevo conocimiento con relación a los problemas de salud nacionales
6. Creación de un sistema único de información en salud para la vigilancia epidemiológica universal y la producción de los servicios de salud en todos los componentes y niveles del sistema, con pautas estandarizadas de recolección de la información para generar datos de calidad
7. Coordinación y concertación con el sector privado de provisión de servicios de salud (no lucrativo y lucrativo) para definir políticas diferenciadas de concertación, de acuerdo con criterios de aumento de cobertura, complementariedad y costo/operatividad
8. Prestaciones de la red de servicios cuyo número y calidad tenderá progresivamente a la integralidad
9. Regular e incrementar la eficacia, eficiencia y calidad de los hospitales de nivel secundario y terciario en el marco de la red integrada de servicios de salud, asegurando que dos hospitales regionales pasen a ser hospitales de tercer nivel
10. Apoyar la reestructuración de la Seguridad Social y la coordinación progresiva con los servicios de salud del MSPAS
11. Desarrollar un programa coordinado con el ISSS y otros actores para afrontar los retos relativos a la salud de los trabajadores
12. Establecer el programa de seguridad alimentaria y nutricional en todo el ciclo de vida como un componente fundamental de la promoción de la salud
13. Garantizar una atención adecuada de las emergencias, epidemias y desastres naturales y antrópicos con enfoque de gestión de riesgos, comenzando por la creación del Sistema de Emergencias Médicas

14. Definir estrategias orientadas al mejoramiento de la atención integral a la salud mental, a la reducción del alcoholismo y toxicomanías y a aquellos aspectos vinculados a la salud mental que se identifiquen con respecto a la violencia social y la violencia contra la mujer
15. En coordinación con el Programa Ciudad Mujer, establecer programas priorizados de información, educación sexual y atención en salud sexual y reproductiva orientados a los grupos de edad escolar, preadolescentes, adolescentes, mujeres y hombres durante todo el ciclo vital
16. Integrar un programa efectivo para la promoción de la salud bucal, así como la prevención y atención de la morbilidad estomatológica a nivel nacional
17. Asumir la responsabilidad del Estado en la prevención de la discapacidad, así como en la atención, rehabilitación integral, inserción y reinserción social de las personas con discapacidad
18. Formular y ejecutar la política de desarrollo y gestión de recursos humanos
19. Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud a fin de adaptar la educación de los profesionales de salud para la prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población
20. Potenciar la figura de promotor de salud como elemento básico del Sistema Nacional de Salud en el primer nivel
21. Garantizar la disponibilidad, calidad, eficacia, inocuidad y el acceso a los medicamentos esenciales para la población salvadoreña, así como su uso racional tanto por profesionales de la salud como por las personas usuarias
22. Con la participación y consenso de los sectores involucrados (MARN, MINED, ANDA, MAG, municipalidades, sociedad civil, entre otros), apoyar la promoción de una política efectiva de agua potable y saneamiento básico
23. Incrementar el monto y uso eficiente del gasto público en salud
24. Coordinar los mecanismos y fuentes de financiamiento, con especial referencia al alineamiento y armonización de la cooperación internacional con la política de salud del gobierno
25. Establecer mecanismos de supervisión técnica y control de calidad en todos los niveles del sistema (incluyendo el sector privado con y sin fines de lucro), como instrumento imprescindible para garantizar el cumplimiento de la política de salud.

Estas veinticinco estrategias definen un amplio y complejo campo de acción de la política de salud. Todas ellas están siendo abordadas y algunas presentan avances muy importantes al año de la gestión.

Plan de Trabajo para los Primeros Cien Días: Diez Acciones Prioritarias

1. Eliminación de cuotas voluntarias o cualquier otra forma de pago en el sistema público
2. Incremento sustancial en la cobertura de medicamentos esenciales y de material médico básico en todos los establecimientos del sistema público de salud
3. Acortamiento de los tiempos de espera para cirugías y de consultas de especialidad
4. Asignación de especialidades médicas a los hospitales regionales para resolver de manera más rápida las demandas de la población y descongestionar los hospitales de tercer nivel
5. Adecuación de los servicios para responder al incremento de la demanda provocada por la abolición de las “cuotas voluntarias” y la pandemia de influenza H1N1
6. Avances con respecto al nuevo Hospital de Maternidad y reconstrucción de hospitales
7. Fortalecimiento de la rectoría del MSPAS en la conducción intersectorial
8. Inicio del proceso de reorganización del sector público
9. Acciones extraordinarias debidas a la pandemia de influenza H1N1
10. Formulación de una campaña nacional de sanea-

miento ambiental a iniciarse con el componente de campaña contra el dengue.

Plan de Trabajo para el Primer Año de Gestión: Tres Grandes Líneas de Acción

Para el primer año, la acción del MSPAS se concentró en tres grandes objetivos:

1. Diseño y programación de la reforma del sistema de salud de El Salvador
2. Fortalecimiento de los servicios y programas del MSPAS
3. Respuesta oportuna y eficiente a emergencias y desastres con enfoque intersectorial.

Metas Fijadas para el Objetivo 1: Diseño y Programación de la Reforma del Sistema de Salud de El Salvador

- Diagnóstico amplio del sector salud, con énfasis en la red de servicios del MSPAS
- Identificación de las brechas existentes para alcanzar cobertura universal con calidad
- Diseño del contenido y las fases de la reforma del sistema de salud
- Ajuste del marco legal: Apoyo a la elaboración y presentación de la Ley de Vacunas
- Ajuste del marco legal: Elaboración y presentación de la Ley de Medicamentos.

Metas Fijadas para el Objetivo 2: Fortalecimiento de los Servicios y Programas del MSPAS

- Eliminar las barreras económicas de acceso a los servicios de salud
- Aumento de la disponibilidad de medicamentos y vacunas
- Gestión del préstamo, adquisición del terreno y estudios de preinversión del futuro Hospital de la Maternidad
- Ampliación del programa de inmunizaciones

- Diseñar e implementar la reforma organizacional del MSPAS
- Reorientación de los programas de salud
- Formación de la Comisión Nacional de Bioética.

Metas Fijadas para el Objetivo 3: Respuesta Oportuna y Eficiente a Emergencias y Desastres con Enfoque Intersectorial

- Fortalecimiento de la capacidad del MSPAS para responder a emergencias y desastres
- Reactivación de CONAPREVIAR (hoy convertida en CISALUD) para enfrentar intersectorialmente emergencias.



Presidente, Primera Dama y Ministra inauguran campaña de vacunación, el 4 de noviembre de 2009, con la introducción de la vacuna contra el neumococo en menores con enfermedades crónicas.



Presidente coloca la primera piedra en la Quinta María Luisa de San Salvador para la construcción del Hospital Nacional de Maternidad.

Capítulo 2

¿De qué se enferma y muere la población salvadoreña?

El perfil epidemiológico de El Salvador revela una combinación de enfermedades y muertes producidas por agentes infecciosos con las enfermedades crónicas y las causas externas (accidentes y violencia). Mientras que las enfermedades crónicas y las causas externas son las principales causas de mortalidad, las consultas en los establecimientos de salud se producen en mayor medida por enfermedades infecciosas.

En el año 2009, seis de las primeras diez causas de mortalidad en la población general reportadas fueron por enfermedades no transmisibles crónico-degenerativas del sistema genitourinario, cerebrovascular, sistema cardiovascular y diabetes, seguidas por las enfermedades transmisibles como son las muertes por neumonías, septicemias, y las muertes por traumatismos. Los cánceres con mayores tasas de mortalidad e incidencia son, en mujeres, los de cuello uterino, mama, estómago y ovario; y cánceres de pulmón, estómago, próstata y colorrectal en los hombres.

Dentro de éstas, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en El Salvador constituye un grave problema de salud y el conocimiento del agente etiológico es parcial. Constituye esta la quinta causa de muerte a nivel nacional en personas mayores de 18 años y la segunda causa de muerte en el sexo masculino. La insuficiencia renal crónica se expresa como una doble epidemia: la primera relacionada con los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles y la segunda que se expresa en hombres agricultores entre las edades de 20 a 49 años (en donde se presume un agente relacionado con la exposición a agroquímicos asociados a deshidratación en condiciones desfavorables de trabajo, combinado, en muchos casos, con el abuso de determinados analgésicos).

El Salvador es considerado uno de los países con mayores índices de violencia del mundo. La violencia es la primera causa de muerte entre los jóvenes. También es una importante causa de secuela post-traumática. La violencia contra la mujer tiene importantes consecuencias para su salud física y mental. Según FESAL 2008, el 31% de las mujeres recibió algún maltrato físico antes de cumplir los 18 años de edad, el 24% reportó violencia física y 12% violencia sexual por parte de su pareja o ex pareja.

El perfil epidemiológico de El Salvador revela que las enfermedades infecciosas siguen siendo una

de las causas de consulta más importantes en el sistema. Hay un predominio de enfermedades de las vías respiratorias superiores, perfil relacionado frecuentemente con el subdesarrollo.

El Salvador registra una alta morbilidad por enfermedades transmitidas por vectores. El dengue ha llegado a tener niveles epidémicos y se ha presentado en sus diferentes formas clínicas: dengue clásico y el choque hemorrágico del dengue, consecuencia de la alterna presencia de los diferentes virus circulantes.

La reforma de salud incidirá significativamente en muchos de estos indicadores, en especial los que están más asociados a las intervenciones que se pueden realizar desde el sistema, y que incluyen desde la incidencia en la definición de políticas públicas intersectoriales para lograr que salud sea un eje en todas las políticas, promoción de la salud y prevención de la enfermedad (campañas contra el abuso de drogas y alcohol, campañas antibabáquicas, promoción de ambientes y estilos de vida saludables, salud sexual y reproductiva, incorporación de la promoción y fortalecimiento de la prevención en todos los niveles del sistema), hasta diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad y de las lesiones de causa externa, así como oportuna rehabilitación para evitar secuelas post-traumáticas con participación del sistema de salud y la comunidad.

La meta es lograr bajar para el fin del quinquenio la mortalidad infantil, la mortalidad en menores de cinco años, la mortalidad materna y la mortalidad por lesiones de causa externa (en especial la mortalidad que se produce a raíz de la falta de respuesta oportuna ante un evento de enfermedad, de accidente o violencia). Asimismo, la meta es reducir las secuelas que dejan las lesiones de causa externa, reducir la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y las crónicas transmisibles mediante la transformación de la oferta de salud que se está iniciando.

Mortalidad General

En el año 2009, en la red de hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social sucedieron 9,149 muertes, comparado con las 8,853 muertes ocurridas en el 2008; se refleja un incremento de 296 muertes. El 54% de las muertes ocurridas en el 2009 está concentrada en las primeras 10 causas, entre las que

las enfermedades del sistema genitourinario (renal) ocupa el primer lugar aportando la mayor cantidad de casos de muerte. Es importante resaltar que la insuficiencia renal crónica (IRC) es la que predomina en este grupo de enfermedades, y más importante aún es el hecho que hace apenas 4 años (para 2005) ocupaba el noveno lugar en esta lista. No es injustificado que diferentes organismos relacionados con la salud mundial hayan estado haciendo ingentes llamados para contener esta pandemia silenciosa. En virtud de eso, la presente gestión le ha puesto especial atención al hecho de que en las dos últimas décadas ha habido un aumento de enfermedades renales terminales en toda Latinoamérica. En países en vías de desarrollo como es el caso de El Salvador, esto plantea problemas asistenciales graves debido a que el presupuesto de salud se consume rápidamente en la atención de los pacientes, ya que por su condición y las complicaciones propias de la enfermedad renal crónica requieren tratamientos especializados que tienen un alto costo para los servicios de salud y las familias.

Parte del perfil de mortalidad general lo conforman también las enfermedades cerebro-vasculares — que cuando no matan dejan graves secuelas— y las enfermedades isquémicas del corazón (a la cabeza está el infarto agudo del miocardio) así como las no isquémicas del corazón (consecuencia de otras enfermedades infecciosas como Chagas o asociadas a malformaciones congénitas). Además, la Diabetes Mellitus, que había desaparecido de la lista durante 2007 y 2008, aparece nuevamente para posicionarse en el noveno lugar. Sin embargo, dado que la evidencia internacional la asocia fuertemente a la IRC, requiere un nivel de atención similar al de esta última.

Las afecciones relacionadas al período perinatal aglutinan a un grupo de serios problemas de salud pública que durante los últimos cinco años se han mantenido en la lista de las primeras diez causas de mortalidad general, al lado de las enfermedades catastróficas como la IRC, las isquémicas cardio y cerebro-vasculares y la diabetes, pero que por alguna razón han pasado desapercibidos a los ojos de los tomadores de decisiones. Entre los problemas más frecuentes de muerte están las sepsis bacterianas del recién nacido y la prematuridad, entidades que podrían ser evitadas mediante la aplicación de una atención de calidad a las embarazadas desde el hogar y la comunidad. No menos importante resulta ser la

septicemia la más peligrosa por cuanto su letalidad es la más alta de las diez primeras causas de mortalidad y está relacionada con la calidad de la atención y falta de condiciones adecuadas a nivel hospitalario.

No hay que perder de vista que este es el perfil de la mortalidad hospitalaria, y que por tanto no se puede dejar de lado la epidemia de muertes producto de la violencia social y de los accidentes de tránsito que ha vivido el país en los últimos años y ha provocado tantas muertes en personas en edad económicamente productiva, que no necesariamente se reflejan en las muertes hospitalarias. De las primeras diez causas de muerte que presentan un claro predominio de género masculino son las enfermedades del sistema genitourinario, los traumatismos craneanos y las afecciones originadas en el período perinatal, en tanto que las causas de muerte que predominan en el género femenino son las enfermedades cerebro-vasculares (generalmente asociadas a hipertensión arterial) y la diabetes mellitus.

Mortalidad institucional del menor de 5 años

La tasa de mortalidad institucional del menor de 5 años se incrementó ligeramente de 13.05 por mil en el año 2008 a 13.65 por mil para el 2009, 58 muertes por arriba de las ocurridas en 2008. Por tanto, continúa siendo un problema de salud pública de alta prioridad para el país. Es relevante mencionar que el 88% de las muertes ocurridas en 2009 para este grupo de edad está concentrado en las diez primeras causas de muerte, de las cuales, las afecciones originadas en el período perinatal, las malformaciones congénitas, la neumonía y las enfermedades gastrointestinales infecciosas, están entre las más importantes.

Del total de muertes en el grupo de menores de 5 años de edad, el 85% ocurre en el primer año de vida; en tanto que, de las que ocurren en el primer año, el 63% sucede en los primeros 28 días de vida: en primer lugar por afecciones originadas en el período perinatal (prematuridad y otras) y en segundo lugar por malformaciones congénitas. Sin embargo, es aún más importante señalar que una gran cantidad de muertes ocurren antes de nacer por causas que muy probablemente podrían ser prevenibles desde el hogar, siempre y cuando contarán con acceso a servicios preventivos de alta calidad.

En 2009, la cantidad de nacidos muertos ascendió a 736 casos, superando en 178 a los casos de muerte neonatal ocurridos en el mismo período del año anterior. El promedio de muertes fetales hospitalarias en los últimos 5 años (2005 – 2009) ha sido a razón de 724 muertes fetales al año. La encuesta nacional de Salud Familiar, FESAL 2008, refiere que con relación a los resultados de la misma encuesta en el año 1998, se observa una reducción de 7 muertes por mil en el período perinatal, pero con una mayor proporción de mortinatos en FESAL-2008. El descenso en la mortalidad perinatal se explica principalmente por la reducción de la mortalidad que ocurre en los primeros 7 días de vida.

Mortalidad infantil institucional

En contraste con lo anterior, la tendencia de la mortalidad infantil institucional, ha presentado un comportamiento a la baja, descendiendo de 11.3 por mil nacidos vivos en 2008 a 8.2 por mil en 2009; en tanto que la mortalidad perinatal —que incluye las muertes fetales y las ocurridas en los primeros 7 días de vida—, se mantuvo 9.5 por mil nacidos, pero observándose un ligero incremento en el número absoluto de muertes fetales y una ligera disminución en el número de muertes neonatales tempranas. La principal causa de muerte infantil son las afecciones originadas en el período perinatal, que también ocupa el primer lugar en la lista de las diez primeras causas de muerte en menores de 5 años, lo que denota el peso que dicha causa de muerte tiene en salud pública. La desnutrición, aunque persiste en el listado, del quinto lugar que ocupó en 2005 bajó al octavo lugar en 2009. Sin embargo, plantea el reto para los prestadores de servicios de salud en el nivel local acerca de cuán efectiva están siendo sus acciones de prevención y promoción en el hogar y la comunidad en torno a este problema que también requiere de un abordaje intersectorial.

Mortalidad Materna

La mortalidad materna representa uno de los mayores desafíos para la presente gestión, por cuanto durante los años anteriores no ha habido cambios sustanciales en torno a este serio problema de salud pública. Desde 2006 a la fecha, el número de casos de muertes maternas no ha tenido variación significativa. El año 2009, con la inclusión de 6 muertes por

complicaciones de la influenza A H1N1, cerró con 82 casos, uno menos que los 83 contabilizados en 2006, año en que se terminó de levantar la línea basal de mortalidad materna. Aunque las causas siguen siendo prácticamente las mismas (trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias e infecciones, muchas de ellas prevenibles desde todo punto de vista), lo que ha variado es el lugar de ocurrencia, pues hoy en día son más las muertes hospitalarias que las extrahospitalarias (también llamadas comunitarias).

Estrategias comunitarias como la búsqueda activa de embarazadas y el plan de parto, operativizadas predominantemente en poblaciones que gozan de los servicios preventivos de salud brindados por promotores de salud, han favorecido que las parturientas busquen los hospitales como los lugares para la atención de sus partos. Una limitante estructural es que no todos los hospitales cuentan con los recursos esenciales para poner en práctica los cuidados obstétricos y perineonatales de emergencia.

Por otro lado, la violencia y los accidentes de tránsito han sido las dos causas más importantes al momento de contabilizar las muertes maternas “no relacionadas” con el embarazo, que en el año 2009 acumuló el 12% del total de casos; mientras que del lado de las muertes indirectas, la gripe A H1N1 se cobró 6 víctimas, en tanto que el envenenamiento autoinfligido (suicidio) causó 12 muertes.

La importancia de analizar también las muertes maternas no relacionadas —y no sólo las directas e indirectas como ha sido la práctica histórica— radica en que las muertes maternas no relacionadas ocurren en un contexto en el que la acción intersectorial podría hacer mucho para crear condiciones de vida más apropiadas para las embarazadas y parturientas más pobres tanto del campo como de la ciudad. Finalmente, es esencialmente importante mencionar que el 23% de las muertes maternas de 2009 corresponden a jóvenes adolescentes.

Todo lo anteriormente expuesto ratifica el desafío que el MSPAS tiene en función de reducir la cantidad de muertes maternas, y para ello tiene retos importantes en torno al fortalecimiento de la capacidad de las maternidades para brindar cuidados obstétricos y perineonatales de emergencia, el mejoramiento de las coberturas de uso de métodos anticonceptivos y la

educación en adolescentes en torno a la postergación de la primera relación sexual y del embarazo, mejorar la calidad de la atención prenatal, el parto y el pos parto entre otras intervenciones de salud, a la vez que se desarrolle una gran alianza para velar por los derechos humanos de las niñas para protegerlas de violaciones y estupro.

La razón de mortalidad materna en 2006 se estimó en 71.2 x 100,000 nacidos vivos, según datos de la línea basal de la mortalidad materna. Para 2009, el indicador presenta un valor de 64.5 por 100,000 n. v. Pero hay que aclarar que, desde hace 4 años, este indicador se construye con la información de todas las instituciones públicas y privadas de salud, por lo que debe reconocerse en su carácter nacional y no meramente institucional.

Morbilidad

Consulta ambulatoria general

Coherente con el perfil de mortalidad hospitalaria revisado en párrafos anteriores, en el perfil de la consulta ambulatoria general se observa un comportamiento bastante similar que probablemente indica que las intervenciones para trunca o alargar la historia natural de las enfermedades, principalmente de las crónicas, en su camino a la muerte, o no existen o las que hay no están siendo suficientemente efectivas. Por ejemplo, la IRC y la presencia de dos entidades importantes que están íntimamente conectadas a ella: la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y una tercera patología como son las enfermedades del sistema urinario.

Aunque en general hubo un significativo incremento en la consulta ambulatoria con respecto del año anterior debido a la eliminación de las cuotas voluntarias (5,798,084 consultas para 2008 contra 10,779,890 para 2009), la pandemia de gripe A H1N1 ha tenido un importante efecto que se ve reflejado en el aumento acumulado de casos de infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, que superó en 595,061 casos lo acumulado en 2008. La epidemia estimuló la búsqueda activa de casos a través, incluso, de efectivos mecanismos de control como la estrategia de "Los Cuatro Filtros" ejecutada en coordinación con el Ministerio de Educación.

Al contrario del perfil de mortalidad, en el de consulta

ambulatoria las enfermedades del sistema urinario afectan más al género femenino. Sin embargo, para la diabetes mellitus y la hipertensión esencial (causa frecuente de los problemas cerebro-vasculares) el predominio se mantiene para las mujeres, aunque no necesariamente por que los hombres se enferman menos de eso, sino, porque en general son los que menos consultan.

Causas de consulta en el menor de 5 años

Continúan predominando las enfermedades respiratorias, diarreicas, parasitarias y de la piel. Estas tres últimas patologías, junto con las enfermedades del sistema urinario generalmente están asociadas a una deficiente higiene personal y de los alimentos. Esto, a su vez, tiene que ver con las condiciones de las viviendas, principalmente si se cuenta con servicio continuo de agua segura para beber y para asearse, y letrinas o inodoros para la disposición apropiada de las heces fecales.

Ingentes esfuerzos de capacitación sobre el manejo apropiado de casos de enfermedades respiratorias y diarreicas y mejores prácticas de higiene personal y del hogar se han hecho en el marco de la estrategia Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) clínico y comunitario, más sin embargo los casos de enfermedad y muerte por estas causas siguen sucediendo en la misma proporción que en 2005, por lo que el abordaje integral debe trascender hacia los determinantes sociales de la salud en términos de mejorar las condiciones para vivir dignamente y tener salud.

Tendencia Epidemiológica

En la población de menores de 10 años, durante 2009 predominaron las enfermedades intestinales parasitarias y respiratorias, adicionándose a estas la desnutrición en sus diferentes estados de gravedad. En los adolescentes, además de persistir las patologías de la edad infantil, se sumaron las de transmisión sexual y los trastornos mentales y del comportamiento.

En los adultos de 20 a 59 años, a la presencia de enfermedades infecciosas, se le adicionaron la incidencia de enfermedades como insuficiencia renal y diabetes mellitus, que afecta de igual forma a la población mayor de 60 años.

En relación a la vigilancia de violencia y accidentes, los accidentes de trabajo ocupan el primer lugar con 11,741 casos, en segundo lugar se ubican los accidentes por vehículo automotor con 5,319 casos. El grupo de 20 a 59 años representa el 63% de los casos.

Las heridas por arma blanca y por arma de fuego al igual que los eventos anteriores afectan a todos los grupos de edad; sin embargo, el grupo más afectado es el de 20 a 59 años, seguido del grupo de 10 a 19 años. En general, este grupo de eventos tiene un predominio del sexo masculino.

A lo largo del último año la situación epidemiológica del país ha presentado una inusual conducta al evidenciarse un considerable incremento de casos de dengue (10,252 casos sospechosos, 6.5 veces más que los registrados en los últimos 3 años para el mismo período). Otra enfermedad causada por un vector es la enfermedad de Chagas, que genera un problema crónico, con deterioro pronunciado de largo plazo. Se detectan casos tanto en forma temprana como tardía, siendo esta última la forma más frecuente de detección a través de la red de bancos de sangre, cuando las posibilidades de curación son menos del 50%.

Con respecto al VIH/SIDA, entre 1984 y 2009 se han reportado más de 24 mil casos de personas con VIH; el 37% son mujeres, porcentaje que en los últimos años ha ido aumentando, llegando actualmente a una relación de 1.7 hombres por 1 mujer. Cada día se detectan de 5 a 6 nuevos casos; 8 de cada 10 casos se concentran en el grupo de 15 a 49 años de edad, que es población económicamente activa. Anualmente, a través del tamizaje que se realiza a las mujeres que asisten a sus controles prenatales, se detectan cerca de 100 mujeres embarazadas VIH positivas y 9.1% de los niños hijos de madres VIH positivo llegan a desarrollar esta enfermedad.

La malnutrición infantil y materna son factores que contribuyen a incrementar de manera sustancial la mortalidad y la carga de enfermedad en el país. En la gráfica 1 se presentan las tendencias de la desnutrición empleando las nuevas curvas de la OMS y comparando con las curvas anteriores de NCHS. Se puede observar que la desnutrición aguda (bajo peso para talla) y la desnutrición global (bajo peso para edad) en niños menores de 5 años no son un problema de salud pública (1%, 5% respectivamente) en el país, pero el

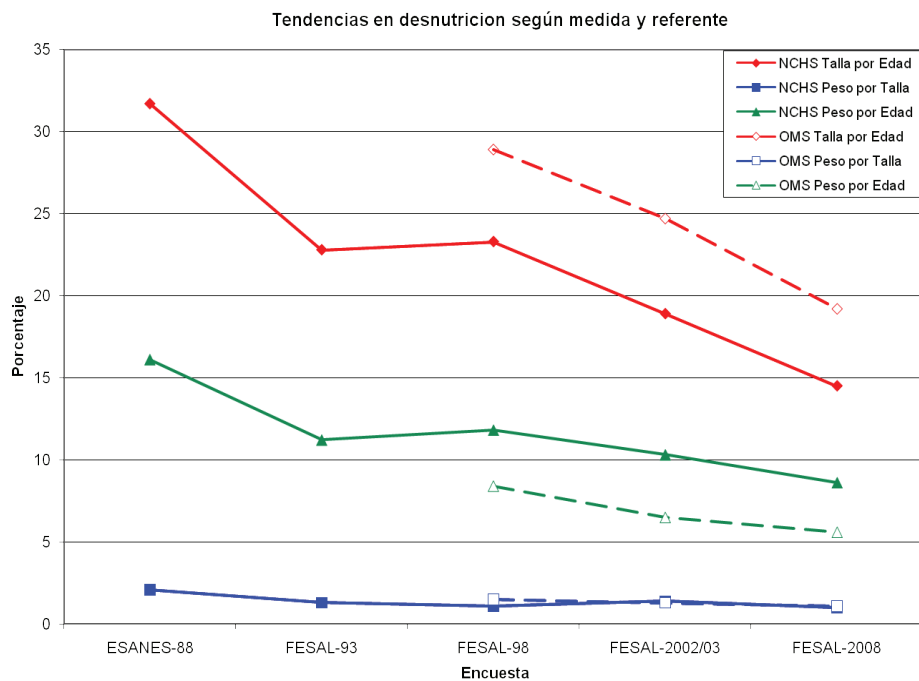
retardo en crecimiento (baja talla para edad) es muy alto y aunque su tendencia es decreciente afecta a uno de cada cinco niños (19.2%). Siendo que el retardo en talla se establece a edades muy tempranas y se mantiene a lo largo de la etapa de crecimiento, los niños que presentan este tipo de desnutrición sufren daños irreversibles tanto a nivel físico como neurológico.

En cuanto a la anemia, en los últimos 10 años su prevalencia en menores de 5 años se ha incrementado más del 20% y se ha duplicado en zonas rurales (FESAL, 2008). Actualmente ha alcanzado el nivel de un problema moderado de salud pública, ya que afecta a más de un cuarto de los niños entre 6 a 59 meses de edad (26%). La situación es aún más dramática en niños más pequeños de 6 a 11 meses ya de ellos el 46.1% está anémico. La anemia también afecta a las mujeres en edad fértil, encontrándose que 1 de cada 10 padecen anemia.

La obesidad, que es otra forma de malnutrición, presenta una baja prevalencia (6%) en niños menores de 5 años, sin embargo debe considerarse que se trata de niños muy pequeños y que seguramente es mucho mayor en adolescentes. De acuerdo a la encuesta FESAL 2008, la obesidad infantil tiene relación con el nivel educativo de la madre como puede observarse en la gráfica 2, los hijos de mujeres con 10 o más años de educación presentan un 50% más de obesidad que aquellos niños de madres sin ninguna educación. También se observa que los niños que viven en zonas urbanas presentan un 40% más de obesidad en comparación con los que viven en lo rural.

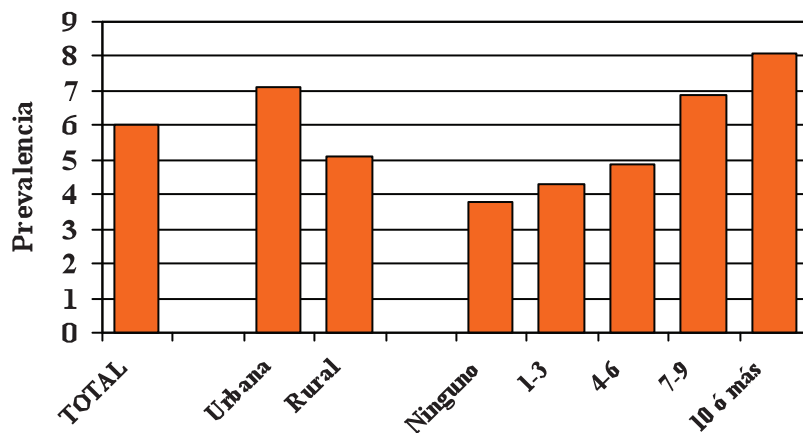
En cuanto a la obesidad en las mujeres en edad fértil, FESAL 2008 encontró que 57.2% sufrían de sobrepeso u obesidad. De ellas una de cada cuatro tenía obesidad. La obesidad en la mujer está relacionada con problemas con el ciclo menstrual, dificultad para quedar embarazada, complicaciones durante el embarazo, y resultados adversos durante el parto. La obesidad materna durante el embarazo se asocia con muchas complicaciones como parto por cesárea, macrosomía fetal, hipertensión gestacional, preeclampsia, diabetes gestacional, muerte fetal y posible defectos congénitos, tales como espina bífida y defectos del corazón.

Gráfica 1



Gráfica 2

Prevalencia de obesidad en niños menores de 5 años, según lugar de residencia y nivel educativo de la madre.



Capítulo 3

La Reforma del Sistema de Salud en El Salvador

Antecedentes

Han sido varios los intentos que El Salvador ha realizado en las últimas décadas para formular diversas reformas de salud o nuevas modalidades de sistemas de salud que no han podido llevarse a la práctica. El último de esos intentos se llevó a cabo con la creación de la Ley del Sistema Nacional de Salud Pública, publicado en el diario oficial del 16 de noviembre del 2007 y el reglamento respectivo aprobado por Decreto Ejecutivo del 17 de julio de 2008.

Respetando el marco legal y los antecedentes normativos establecidos en las actuales leyes de creación del Sistema Nacional de Salud y el reglamento vigente, se procedió a formular la presente propuesta de Reforma de Salud, tomando como base la Política de Salud del nuevo Gobierno.

La Política de Salud del Presente Quinquenio

La actual política de salud para este quinquenio identifica las veinticinco estrategias y áreas de acción se mencionaron en el Plan de Trabajo, las que hemos conjugado en la primera fase de la reforma en ocho ejes estratégicos que orientarán los esfuerzos en esta etapa. Esos ocho ejes son:

- Construcción de la Red Integrada de Servicios de Salud del MSPAS
- Recursos Humanos en salud como piedra angular del sistema
- Respuesta a la demanda de medicamentos y vacunas
- Instalación del Foro Nacional de Salud
- Construcción de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas
- Desarrollo de un Sistema Único de Información Estratégica
- Articulación progresiva con el ISSS y otros prestadores públicos de salud
- Creación del Instituto Nacional de Salud y Fortalecimiento de la Red de Laboratorios

Construcción de la Red Integrada de Servicios de Salud del MSPAS

El Ministerio de Salud con el objetivo de cumplir el mandato constitucional de garantizar el acceso a los servicios de salud como un derecho humano fundamental bajo los principios de solidaridad, equidad, cobertura universal con calidad y oportunidad, implementará un modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud Integral (APS-I) que permita atender a la población a través de redes de salud integrales e integradas, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de la población, garantizando el acceso a los servicios de salud, acercándolos a su lugar de vivienda, principalmente a la población que vive en condiciones de exclusión.

A diferencia del esquema de ordenamiento piramidal que ha caracterizado al sistema actual, la red integral e integrada de servicios se desarrolla en torno a la comunidad, las familias y las personas, lo que se convierte en una nueva cultura organizacional con énfasis en la lucha contra los determinantes de la salud; enfoque democrático participativo para la gestión, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de acciones; comunicación en todos los sentidos posibles; desarrollo y puesta en práctica de programas transversales integrales centrados en la persona y no en problemas o patologías. Asimismo, implica el desarrollo de procesos conjuntos en los que cada efector se hace cargo responsablemente de sus funciones establecidas, sin desentenderse del resultado general, la utilización de guías y normativas que describen los procesos de prestación de servicios en forma integral a lo largo de todas las niveles de complejidad de la red, la capacitación e investigación operativa integradas a las actividades de prestación de servicios.

Primer Nivel de Atención: ECOS Familiares y ECOS Especializados

En el presente, el primer nivel de atención del MSPAS cuenta con una capacidad instalada de 377 unidades de salud, 159 casas de la salud, 47 centros rurales de nutrición, 11 hogares de espera materna; 145 unidades de salud cuentan con laboratorio clínico. Se registra un fuerte deterioro en infraestructura y equipamiento en la enorme mayoría de los establecimientos, combinado con insuficiente personal de salud, lo que limita enormemente la capacidad resolutoria que debería tener este nivel.

Para la atención directa en los establecimientos del primer nivel de atención se cuenta con 7,724 recursos humanos de las diferentes disciplinas y 1,312 contratados por servicios profesionales para la extensión de los servicios de salud. El déficit de personal de salud es de 8,002 personas de las diferentes disciplinas, para poder dar respuesta a la prestación de servicios de salud bajo el nuevo modelo de atención.

Se realizó un análisis de los recursos humanos existentes en el Ministerio de Salud y los recursos necesarios para la implementación del nuevo modelo de atención a través de los ECO familiares y los ECO especializados. Se descubrió una gran brecha en especialidades básicas en el primer nivel de atención, en donde solamente tenemos 14 pediatras a nivel nacional, de ellos, 10 están en San Salvador; 18 gineco-obstetras a nivel nacional, de los cuales 15 están en San Salvador y 9 profesionales de psicología a nivel nacional, de los cuales 6 están en San Salvador, 1 en San Miguel y 2 en Santa Ana; 0 internistas. Esta situación muestra la necesidad de realizar una inversión importante para poder dar respuesta a la población y conformar un primer nivel de atención fuerte y resolutivo.

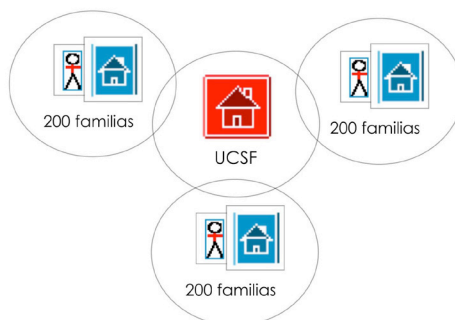
Fortalecer el primer nivel de atención es una prioridad. Este fortalecimiento implica también una profunda transformación del modelo de atención, del enfoque de salud-enfermedad y del rol que juega la población.

En el nuevo modelo, el primer nivel de atención en la red estará constituido por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS Familiares) y Equipos Comunitarios de Salud Familiar con Especialidades (ECOS Especializados). Este primer nivel de atención debe estar en condiciones de resolver el 95% de los problemas de salud que se presentan en la comunidad.

Los Ecos Familiares serán la puerta de entrada al sistema público de salud y estarán integrados por: un(a) médico(a), un(a) enfermero(a), un(a) auxiliar de enfermería, Promotores de Salud (que varía en dependencia de la población nominal a cargo) y un(a) Polivalente; en el área rural los Ecos familiares tendrán responsabilidad de 600 familias (en promedio 3000 habitantes) y en el área urbana 1800 familias (en promedio 9000 habitantes); este equipo tendrá como sede comunitaria un establecimiento de salud ubicado lo más cercano de donde viven las familias de su responsabilidad, llamada Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF).

Equipo Comunitario de Salud Familiar (Ecos Familiares) Área Rural

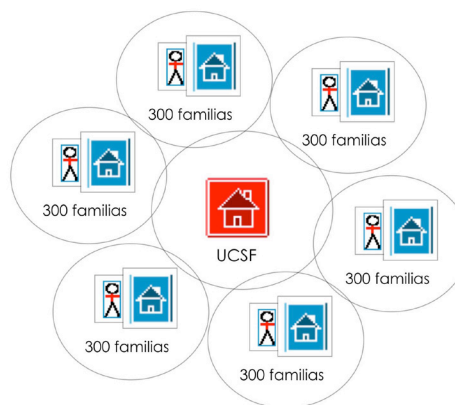
Ecos familiares:
1 Médico, 1 Enfermera, 1
Auxiliar de Enfermería, 3
Promotores y 1 Polivalente



1 Promotor de Salud
x 200 familias
1 Ecos Familiares
x 600 familias
(Promedio =
3,000 personas)

Equipo Comunitario de Salud Familiar (Ecos Familiares) Área Urbana

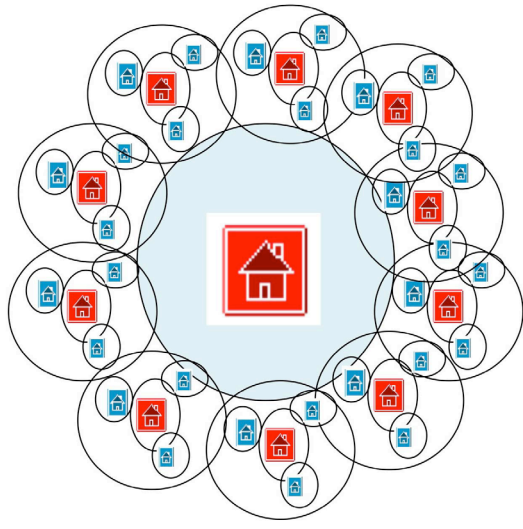
Ecos familiares:
1 Médico, 1 Enfermera, 1
Auxiliar de Enfermería, 6
Promotores y 1 Polivalente



1 Promotor de Salud
x 300 Familias
1800 familias
9,000 personas)

Ecos Especializados Área Rural

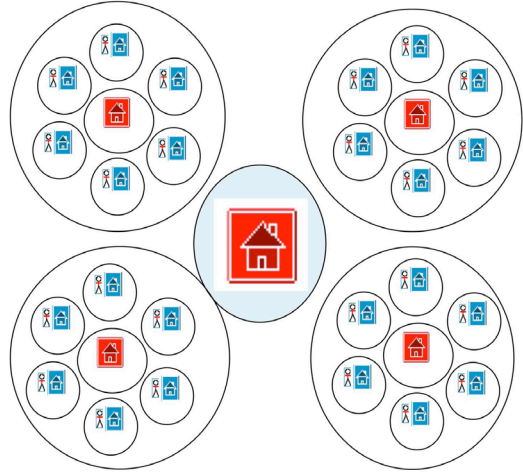
- Especialidades:**
- 1 Pediatra.
 - 1 Gineco obstetra.
 - 1 Internista.
 - 3 Odontólogos.
 - 1 Fisioterapeuta.
 - 2 Laboratoristas.
 - 1 Educador para la salud.
 - 1 Auxiliar estadístico.
- Cada 2 Ecos especializados**
- 1 Psicólogo.
 - 1 Nutricionista.



Área Rural
6000 Familias
(en promedio
30.000 personas)

Ecos Especializados Área Urbana

- Especialidades:**
- 1 Pediatra.
 - 1 Gineco obstetra.
 - 1 Internista.
 - 3 Odontólogos.
 - 1 Fisioterapeuta.
 - 2 Laboratoristas.
 - 1 Educador para la salud.
 - 1 Auxiliar estadístico.
- Cada 2 Ecos especializados**
- 1 Psicólogo.
 - 1 Nutricionista.



Área Urbana
8,400 Familias
(en promedio
42,000 personas)

Además, este primer nivel tendrá como apoyo Ecos especializados que estarán conformados por: un(a) médico(a) pediatra, un(a) gineco-obstetra, un(a) internista, un(a) fisioterapeuta, un(a) educador(a) para la salud, un(a) nutricionista, un(a) psicólogo(a), un(a) enfermero(a), un(a) auxiliar de enfermería, dos laboratoristas clínicos y tres odontólogos(as) en el área rural y cuatro en el área urbana. Los Ecos Especializados funcionarán para un promedio de 30 mil habitantes en el área rural y 42 mil habitantes en el área urbana y se complementarán con el hospital de referencia definido en la red de segundo nivel de atención.

Para implementar el nuevo modelo en el primer nivel de atención son necesarios 1,598 Ecos familiares y 142 Ecos especializados.

En el primer nivel, los ECOS deberán identificar la población asignada y área geográfica de responsabilidad (caseros, cantones, municipios según correspondan), adscribir a familias, visita y llenado de ficha familiar, sistematización y análisis de la información obtenida de las fichas familiares. Deberán conocer su población a cargo y sus determinantes sociales, conocer el estado de salud por ciclo de vida, realizar diagnóstico participativo. Con estos elementos se realizará la planificación de las acciones por ciclo de vida, la de acciones sanitarias y de promoción de la salud. Así, se estará en condiciones de lograr un conjunto de prestaciones integrales de salud, que incluyen los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

El conjunto de prestaciones en el primer nivel de atención estará integrado por alrededor de 300 acciones de salud. Algunos ejemplos de dichas prestaciones son:

- Promoción y educación para la salud: fomento de estilos de vida saludables a través de la participación social, de la reorientación de los servicios de salud y la generación de capacidades para el autocuidado de las familias, alimentación y nutrición según edad, estimulación temprana, fomento de la lactancia materna, educación en salud sexual y reproductiva, VIH/SIDA; fomento de la actividad física y socio-recreativa de los adultos mayores; uso de agua segura para consumo humano, disposición adecuada de desechos sólidos, excretas y aguas residuales.
- Atenciones preventivas: programa ampliado de vacunación, atención en salud mental, prevención

de: niños(as) de bajo peso al nacer, desnutrición y sobrepeso, caries dentales, accidentes (hogares, comunidad y escuela), prevención de embarazos en adolescentes, atención a la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, prevención de la violencia de género, prevención de enfermedades crónicas; vacunación de animales transmisores de rabia, manipulación adecuada de alimentos.

- Atención a enfermedades prevalentes: enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, enfermedad renal crónica) enfermedades de transmisión sexual, atención a personas con discapacidad, atención de emergencias (nivel pre-hospitalario).
- Rehabilitación basada en la comunidad: afecciones neuromusculares, osteo articulares, rehabilitación en personas con enfermedad respiratoria crónica; apoyo a personas con hábitos nocivos para la salud.

La implementación del nuevo modelo se iniciará en el primer nivel de atención en el mes de Julio del presente año, en forma progresiva priorizando los municipios de mayor pobreza y marginalidad. En el 2010 se beneficiarán 74 municipios de los cuales 53 son de extrema pobreza severa y alta del Programa de Comunidades Solidarias Rurales, 2 Comunidades Solidarias Urbanas y 9 municipios con alta prevalencia en Desnutrición Crónica de 8 departamentos del país, con una población de 643,795 habitantes y 146,472 familias en el área urbana y rural iniciando en el mes julio del 2010 en 63 municipios de la zona norte del país.

Segundo y Tercer Nivel: Los Hospitales Públicos en la Red Integrada de Servicios de Salud

Los Hospitales públicos del Ministerio de Salud son treinta; de ellos sólo tres ostentan la categoría de tercer nivel, dos hospitales son regionales, doce son hospitales departamentales y trece son municipales; estos últimos arbitrariamente en los años 90 fueron ascendidos a la categoría de hospitales (habían funcionado anteriormente como centros de salud) sin sufrir transformaciones en relación a los recursos humanos ni la dotación de equipo necesario para su funcionamiento como tales.

Los hospitales regionales y departamentales sufrieron

un desmantelamiento notorio conforme avanzaron las políticas de privatización de los noventa y de principios de los años dos mil. De la misma forma cayeron drásticamente las camas por habitante en el sector público (también, pero en menor medida, cayeron en el ISSS). La situación del equipamiento es crítica, lo que ocurre también en el caso de los insumos.

El personal de salud es insuficiente, muy por debajo de los mínimos internacionales recomendados, la contratación de especialistas con modalidades de dos horas de trabajo diarias perjudica la atención al público y la gestión del hospital, así como la calidad del trabajo. Es que la forma de contratación de nuestro recurso médico, tanto especialistas como médicos generales genera grandes problemas: Trabajan en la red alrededor de 1808 galenos, en donde solamente el 18% de ellos laboran a tiempo completo (8 horas/día), en cambio el 68% laboran medio tiempo o menos, 25.8% 4 horas/día y 42.5, solamente 2 horas al día.

Actualmente la consulta externa electiva y la consulta de emergencias de los diferentes hospitales incluye un alto porcentaje de pacientes y atenciones de primer nivel, ascendiendo en algunos de ellos alrededor del 40% y en otros hasta el 100%. Esto por no contar con unidades de salud en los municipios correspondientes o por la gran falta de resolutivez del primer nivel de atención. El caso es trascendente porque actualmente todavía los hospitales de tercer nivel brindan atención de este tipo. El objetivo del nuevo modelo es llevar a que el primer nivel se constituya en la puerta de entrada para alrededor del 95% de los problemas de salud; el proyecto comprende que el segundo nivel atienda como mínimo las cuatro especialidades básicas de pediatría, cirugía, medicina interna, obstetricia y ginecología, más las especialidades que sean prevalentes en su área geográfica, descongestionando la atención de este tipo en los hospitales de tercer nivel.

El nuevo modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud contempla definir de acuerdo al perfil epidemiológico y área geográfica, el conjunto de prestaciones que brindarán cada uno de los hospitales. Esto permitirá la redefinición del cuadro básico de medicamentos de cada institución, ya que se elaborará de acuerdo a la oferta de servicios que cada institución brindará a la población y no a reposiciones históricas que no son la mejor forma de realizar una administración eficiente de los recursos.

En base a la producción de cada hospital en relación a consulta externa, consulta de emergencia, cirugías mayores y menores, hemos definido la cantidad de recursos humanos mínimos necesarios para que estas instituciones funcionen de forma efectiva, a la vez que se incluye lo referente a los equipos biomédicos e industriales de los hospitales, que en su mayoría se encuentran en estado obsoleto en más del 60%, algunos ya vencieron su vida útil y otros funcionan con repuestos que no son los recomendados.

Concomitantemente empezaremos a desarrollar un plan de desconcentración de consultas y cirugías de especialidades de los hospitales de tercer nivel Rosales, Bloom y Maternidad, dado que existen varias especialidades saturadas en estos hospitales, ya que los pacientes vienen del interior del país solamente a recoger medicamentos que le son proporcionados en estos hospitales.

Además incluiremos cirugías ambulatorias, electivas y cirugías menores que desconcentraremos a hospitales de segundo nivel. El plan consiste en desconcentrar alrededor de nueve mil pacientes conocidos por diagnóstico de epilepsia, cerca del 44% de los pacientes con hipertensión arterial, alrededor de 4 mil cirugías generales y los casos de apendicitis aguda del Hospital Rosales que son alrededor de mil pacientes; cuarenta por ciento de la cirugía ambulatoria y los pacientes con apendicitis aguda del Hospital Bloom. Además se desconcentrarán cerca del 80% de los partos normales o de bajo riesgo que son atendidos en el Hospital de Maternidad. Todos estos pacientes, perfectamente, pueden ser atendidos en hospitales de segundo nivel.

El objetivo es que los tres hospitales de tercer nivel puedan dedicarse a consultas y cirugías más complejas de acuerdo con su nivel, claro está que esto conlleva el proyecto de fortalecer con equipo y recurso humano necesario y suficiente para prestar la atención adecuada a los pacientes. Nada de esto funcionaría si no trabajamos en el fortalecimiento de un sistema de referencia y retorno entre los hospitales y con el primer nivel de atención que se está estructurando. El funcionamiento exitoso de la Red Integrada es condición para el éxito de este enfoque.

En cuanto al funcionamiento de los hospitales reconstruidos, debe destacarse que para finales de este año entrarán en funcionamiento completo cuatro hospita-

les de la red pública nacional que fueron reconstruidos, uno para un futuro tercer nivel de atención (San Miguel) y tres para segundo nivel (Zacatecoluca, San Vicente y Usulután), que requerirán apoyo con aproximadamente 800 recursos humanos para funcionar, dado que se habilitan áreas nuevas para consultas y procedimientos modernos de diagnóstico y tratamiento.

Así, en las redes, el segundo nivel de atención estará conformado por los trece hospitales generales municipales y doce generales departamentales, complementándose con los establecimientos del primer nivel, conformando las micro redes de segundo nivel. La integración del segundo nivel de atención a la red permitirá elevar la resolutivez hasta aproximadamente el 99%.

Para poder satisfacer la demanda que se generará en todas las micro redes de segundo nivel se parte de un déficit de 3,013 recursos humanos hospitalarios, así como equipo para realizar dicha función.

Las principales actividades contempladas para la micro red de segundo nivel son:

- Apoyo a actividades de promoción de la salud y educación desarrollados por el primer nivel de atención
- Apoyo a oferta de prácticas preventivas en el primer nivel de atención: lectura de muestras citológicas, oferta de prácticas preventivas a pacientes internados, etc.
- Atención de pacientes referidos por el primer nivel de atención (especialidades básicas): Interconsulta en pacientes con problemas crónicos con baja respuesta al tratamiento; seguimiento de pacientes con problemas agudos o crónicos de manejo exclusivo en el segundo nivel de atención (el seguimiento es en conjunto con el primer nivel de atención); aplicación de procedimientos diagnósticos, terapéuticos clínicos o quirúrgicos a pacientes derivados desde el primer nivel de atención.
- Asistencia del parto y cesárea y atención del puerperio inmediato.
- Atención de urgencias y emergencias como efectores del Sistema Nacional de Emergencias
- Contrarreferencia de pacientes para su seguimiento

to continuado por el primer nivel de atención.

- Referencia, estabilización, transporte y seguimiento de pacientes que requieren atención en otro nivel de complejidad
- Prácticas diagnósticas: imagenología básica (Rx, ecografía), laboratorio básico y avanzado, exploración quirúrgica.
- Provisión de medicamentos de stock de segundo nivel de atención y tratamientos en internación.

El tercer nivel de atención estará conformado por dos hospitales regionales (San Juan de Dios de Santa Ana y San Miguel) y los tres hospitales especializados de San Salvador (Hospital Nacional Rosales, Hospital Nacional de Maternidad y Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom).

Un conjunto territorial de "micro redes de segundo nivel", cada una con su respectivo hospital u hospitales de referencia, se integran al hospital de tercer nivel conformando la "RIISS de Nivel Regional".

Para la implementación del tercer nivel de atención se parte al igual que en los niveles anteriores de un importante déficit de recursos humanos, que en este caso asciende a 1,169 recursos hospitalarios, acompañado del refuerzo en equipo e insumos médicos.

Las principales actividades contempladas para la RIISS de nivel regional son:

- Apoyo a actividades de promoción de la salud y educación desarrollados por el primer nivel de atención
- Apoyo a oferta de prácticas preventivas en el primer nivel de atención: lectura de muestras citológicas, oferta de prácticas preventivas a pacientes internados, etc.
- Atención especializada y sub-especializada de pacientes referidos por otros niveles de atención: Interconsulta en pacientes con problemas agudos o crónicos de alta complejidad, aplicación de procedimientos diagnósticos, terapéuticos clínicos o quirúrgicos a pacientes derivados desde otros niveles de atención.
- Asistencia del parto y cesárea en embarazos de muy alto riesgo.

- Atención de urgencias y emergencias como efectores del Sistema de Emergencias Médicas.
- Contrarreferencia de pacientes para su seguimiento continuado por el primer nivel de atención.
- Prácticas diagnósticas de alta complejidad: imagenología básica (TAC, RMN, fluoroscopia, Rayos X, Ecografía), laboratorio clínico avanzado, exploración quirúrgica de mediana y alta complejidad.
- Provisión de medicamentos en internación.

Recursos Humanos en Salud como Piedra Angular del Sistema Nacional Integrado de Salud

Así como los procesos de salud y enfermedad están configurados por determinantes complejos sociales (en su sentido amplio político, ideológico, económico, antropológico) y biológicos, el proceso de atención a la salud posee determinantes que van más allá que el mero consumo de bienes y servicios como satisfactores sociales. La atención de la salud es un acontecimiento social por el cual personas que se han calificado técnica y socialmente (los trabajadores de la salud), contribuyen a que otras personas (los ciudadanos) puedan preservar, recuperar o mejorar su salud. No se puede dar un acto o proceso de atención sanitaria sin que estos dos grupos de personas interactúen, interacción que se da en una ecología específica dada por el sistema de salud, sus instituciones y organizaciones. En ese acontecimiento, en ese encuentro esencial, se da la posibilidad (o la negación de esa posibilidad) del cumplimiento del derecho a la salud de los ciudadanos.

Por eso se dice de las trabajadoras y los trabajadores de salud que son personas que sirven (curan y cuidan) a otras personas, y con justicia se les menciona como los agentes esenciales, el factor principal del proceso sanitario. Pero no siempre se les reconoce como agentes del derecho a la salud, cuya contribución es, asimismo, esencial en un enfoque de garantía de derechos.

Así como los problemas de salud-enfermedad requieren que las políticas públicas que responden a ellos sean no sólo alineados e integrados a una política de salud, sino también integrales (es decir que confronten los determinantes sociales de empleo, ingreso, educación, medio ambiente, vivienda, cultura, etc.); de la misma manera, se requiere que las políticas para

enfrentar los problemas de los trabajadores de salud en el sistema nacional de salud sean integrales e intersectoriales.

Es que, como se decía antes, los problemas de los agentes esenciales de la atención no son sólo problemas de dotación de medicamentos, vacunas, instrumentos y aparatos para que los trabajadores produzcan el servicio. Es necesario asegurar que el trabajador de salud -adecuado y motivado- trabaje de manera efectiva y productiva en el lugar que se le necesita y en el momento que se le requiere. En esto consiste básicamente una política de desarrollo de recursos humanos en salud.

Por eso, la posibilidad de que se produzca ese servicio social por excelencia que es la atención de la salud, con calidad y dignidad, depende que el trabajador haya tenido, tenga efectivamente y asegure de manera continua la tenencia o acceso a adecuadas condiciones de formación, de trabajo, de empleo y de desarrollo humano. Entre esas condiciones, las más importantes son: las relativas a la formación (tanto la educación profesional y técnica a cargo de las universidades y escuelas técnicas como la educación permanente una vez que la persona esté integrada al sistema de salud) y la empleabilidad (que es la condición de un egresado o de un trabajador en activo de emplearse porque tiene las competencias actualizadas y necesarias según el mercado de trabajo y que son responsabilidad mayoritariamente del sector Educación); condiciones de trabajo decente, es decir salario digno, protección social y condiciones económicas para su desempeño (sectores de Trabajo, Hacienda y Finanzas); y tecnologías y competencias adecuadas (sector de Ciencia y Tecnología). Para una política pública que asegure el desarrollo integral de los trabajadores de la salud para un sistema como el que El Salvador viene construyendo, se requiere de solventes instituciones formadoras, empleadoras y prestadoras de servicios, entidades reguladoras (del desempeño, del salario, del contrato, del ejercicio profesional) y un suficiente financiamiento. Se trata de una indispensable institucionalidad compleja pero alineada, orientada por la política nacional de salud.

El Estancamiento y Retroceso del desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en El Salvador

Para entender la situación actual crítica en el campo del desarrollo de los recursos humanos en salud en

El Salvador, es importante dar cuenta del prolongado proceso de deterioro de los mismos a lo largo de las últimas décadas.

Lo sucedido con los Recursos Humanos es un elemento del deterioro global del sistema en su conjunto que durante la década de los años 70 había iniciado un período de auge en muchos sentidos: El Desarrollo del proceso formativo de las especialidades médicas, la revisión integral del currículo del pregrado, un incipiente desarrollo del proceso de investigación en todos los niveles del sistema, el fortalecimiento de los elementos complementarios del proceso académico (laboratorios, bibliotecas, infraestructura, aparato administrativo) y un creativo impulso a la integración de actores para posibilitar el uso óptimo de los recursos disponibles y la generación y gestión de nuevos procesos.

Entre los actores convocados que entendieron el papel estratégico y convocante que jugaba salud en el desarrollo nacional y que particularmente tuvieron una destacada participación en el progreso de los recursos humanos como el eje estratégico, estuvieron además de salud, el sector educativo y el de las finanzas estatales que concertaron un convenio de integración docente-asistencial respaldado económicamente por el concurso de plazas y espacios clínicos en los servicios públicos.

Desafortunadamente, el proceso fue abortado por el endurecimiento de la tiranía militar, la convulsión social que azotó al país y la guerra civil que se desencadenó luego. Durante el conflicto la inversión en salud y educación descendió a valores cercanos al 1% del PIB a expensas de privilegiar el esfuerzo militar.

Reseña de los Principales Problemas Encontrados en el Campo de los Recursos Humanos en Salud

La falta de una política de desarrollo y gestión de los recursos humanos en salud es uno de los principales problemas del sistema de salud, especialmente del MSPAS.

Para la gestión y provisión de los servicios de salud, el Ministerio cuenta con una fuerza laboral de 24,007 recursos humanos. 5,816 personas constituyen el personal administrativo y 18,191 son profesionales y técnicos; los profesionales médicos hacen un total de 4,318 recursos (17.97% son residentes, 33.21%, Médicos

Generales, 37.21% Médicos Especialistas, el 5.46% con función administrativa y el 6.13% en servicio social, lo que corresponde al 23.73% del total); 5,639 recursos humanos de enfermería- de los cuales el 60% son auxiliares y un 40% enfermeras graduadas que corresponden a un 31% del total general); 2,157 promotores de salud que representan el 9.1% del total de recursos humanos y el resto está constituido por profesionales y técnicos en química y farmacia, fisioterapia, nutrición, anestesia y laboratorio clínico, entre otros.

A estas se agregan plazas de servicio social que cumplen diferentes tareas dentro del sistema, muchas veces ad honorem. Un porcentaje importante de las unidades de salud tienen directores en año de servicio social (médicos todavía no graduados ni con planes de servir a la comunidad más allá del año de servicio social).

Sin embargo una parte de los recursos no profesionales (más del 2% del total de recursos del sistema) cobran menos del salario mínimo para una jornada de ocho horas diarias y alrededor del diez por ciento de los recursos tienen contratos precarios, es decir, no tienen prestaciones ni beneficios sociales. A esto se suma una gran desorden en la clasificación de las plazas, que lleva a que por ejemplo un trabajador que desempeña una función de profesional esté ocupando una plaza de ordenanza, o médicos especialistas ocupando plazas de residentes.

Mientras tanto, una parte sustancial del personal médico tiene dedicaciones de solamente dos horas por día y su asistencia a los servicios se concentra durante la mañana, mostrando un estilo de gestión del personal orientada más a atender las necesidades de los profesionales que las necesidades de los servicios de salud y de la población. Como se dijo, el 60% de médicos especialistas de los hospitales de tercer nivel sólo trabajan con la institución dos horas por día. Si se toman los 30 hospitales del país y si se toman en cuenta todos los médicos, sean o no especialistas, lo que se tiene es que el 42.5% de los médicos trabajan dos horas por día, el 25.8% trabaja cuatro horas por día y solamente el 18.5% trabaja ocho horas por día. Así, si se calculara no el número de profesionales censados en el sistema, sino las horas trabajadas en el mismo, se reduciría vertiginosamente el número de profesionales (es decir que de cuatro médicos de 2 horas diarias de dedicación, podríamos contar sólo un recurso de dedicación de 8 horas).

Esta situación perturba y agrava uno de los problemas más críticos del sistema, que es el alto déficit del personal de salud en todos los niveles y categorías del sistema, la enorme brecha entre lo que se tiene en este momento y lo que el sistema público necesita para llevar adelante la política de salud. El déficit es de al menos 40% (pero las estimaciones en algunos establecimientos y áreas son mayores). Efectivamente, El Salvador está entre los países de las Américas con una relación más baja entre trabajadores de salud y población. Sin embargo, en el país se presenta una situación peculiar, ya que una parte importante del personal requerido está disponible en el mercado de trabajo (a diferencia de otros países en donde no hay personal calificado) y posee las competencias técnicas necesarias para integrarse al sistema, pero la falta de recursos financieros del Estado impide que lo hagan.

A estos problemas se agrega el hecho de las necesidades de formación que presentan muchos trabajadores en el sistema y la limitación en las competencias requeridas para implementar el modelo de atención integral en salud basado en la estrategia de atención primaria de salud, que refleja una baja articulación entre el sector educación (en especial universidades) y el sector salud.

La falta de una política de desarrollo y gestión de recursos humanos se expresa en la carencia de la carrera funcionaria entre el personal de salud, lo que da lugar a una serie de disfunciones en el sistema que se traducen en grandes inequidades, injusticias y una gran falta de estímulo para el personal de salud. Como ejemplo, basta destacar que un profesional, para aceptar la plaza de Director de Hospital, debe renunciar a su plaza profesional en el mismo hospital, condenando su estabilidad laboral, ya que la función pública en posiciones de confianza es por naturaleza temporal.

La carencia de dicha política también se expresa en una distribución inequitativa e inadecuada del personal de salud en las diferentes instancias del sistema y también en la falta de un sistema de información adecuado como apoyo a la gestión de personal.

Por lo antedicho, en el marco de la política de desarrollo y gestión de recursos humanos, se han definido líneas de trabajo en cuatro ámbitos como las más importantes para abordar en esta área durante el quinquenio: a) Dotación suficiente y distribución adecuada del personal de salud de acuerdo a las necesidades

geográficas, poblacionales, de equidad y de resolución del sistema reformado en un marco de planificación y regulación sectorial de recursos humanos (desarrollo de la capacidad de gestión e investigación en salud, fortalecimiento de la capacidad de generación de información sobre recursos humanos, y la regulación a partir del registro y control de profesiones en salud); b) institucionalización de la carrera funcionaria; c) construcción de condiciones laborales adecuadas para el desempeño profesional y d) diseño e implementación de programas de capacitación y educación permanente que incentiven el desarrollo científico-técnico del personal.

Durante el primer año de gobierno ya se han hecho avances sustanciales en la mayor parte de dichas áreas. Esto incluye el inicio de un profundo proceso de educación permanente que ha comenzado con la formación de los 30 directores de hospitales en una iniciativa conjunta entre el MSPAS, la Escuela de Salud Pública de Andalucía y OPS/OMS. Otros socios nacionales e internacionales están cooperando intensamente con el enfrentamiento de los problemas mencionados. Sin embargo, persiste la necesidad de incrementar la dotación de personal para hacer frente a los requerimientos urgentes de una reforma con intenciones de cobertura universal de la población elegible (más de la mitad que se tiene en el momento) y alta calidad (que implica modificaciones estructurales al modelo de atención vigente al inicio del período de gobierno).

Respuesta a la Demanda de Medicamentos y Vacunas

Situación Encontrada en la Gestión de Medicamentos y Vacunas

La rectoría del sector salud se encontró gravemente debilitada debido a la dicotomía entre el ente oficialmente reconocido como rector del sistema (MSPAS) que tiene asignada únicamente la vigilancia sanitaria (control de calidad post-registro, farmaco-vigilancia), por una parte, y el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), por la otra, ente que se encarga del registro de medicamentos.

Adicionalmente, ninguna de las dos instituciones tiene la capacidad instalada necesaria para cumplir con sus responsabilidades. El MSPAS, porque su laboratorio central fue desmantelado y su capacidad de control de calidad reducida al análisis parcial de los medica-

mentos que se consumen en su red de servicios (el ISSS contrata estos servicios en el sector privado). El CSSP porque también tiene una capacidad elemental e igualmente también contrata en el sector privado los servicios de control de calidad que en consecuencia con esta responsabilidad asignada debería prestar.

La dicotomía descrita en la autoridad competente, tuvo como corolario la ausencia de un marco regulatorio de los conflictos de interés gestados en diferentes procesos e instituciones, a saber:

- Notorias irregularidades en la autorización, registro y comercialización de productos farmacéuticos, incluyendo el análisis de la calidad de dichos productos, propiciando prácticas monopólicas desde el seno mismo del CSSP
- Realización por parte de la industria farmacéutica de propaganda anti ética y prácticas comerciales abusivas
- Influencia de la industria farmacéutica en los procesos de autorización del funcionamiento de los establecimientos farmacéuticos
- Influencia de la industria farmacéutica en los procesos de licitación y adjudicación de medicamentos, productos biológicos (vacunas) y biotecnológicos, contribuyendo adicionalmente a la falta de competitividad y transparencia del mercado
- Esta dualidad deliberadamente introducida o no, posibilitó la realización de negocios extremadamente lucrativos a expensas del erario público o del bolsillo de los hogares, generando la ya mencionada ausencia del marco regulatorio que, a su vez, posibilitó durante décadas, entre otras irregularidades, la fijación arbitraria y abusiva de los precios de los medicamentos por la industria farmacéutica, haciendo que los salvadoreños paguen uno de los precios más altos del mundo por los medicamentos que consumen. La contrapartida se vio reflejada en una carga incrementada de complicaciones y muerte en la población salvadoreña, especialmente en la población pobre y extremadamente pobre crecientemente excluida del acceso a los medicamentos esenciales.

A lo anterior vino a sumarse una inadecuada gestión de la determinación de las necesidades de medicamentos en la red pública, condiciones inapropiadas de

distribución y almacenamiento, carencia de un sistema eficiente de información y una baja adjudicación presupuestaria, lo que condicionaba una baja disponibilidad de medicamentos esenciales que no superaba el 44% en la red pública de servicios, un despilfarro generalizado de medicamentos debido a su adquisición en fechas próximas a su vencimiento y una disposición final inadecuada de medicamentos e insumos médicos (entierros y otros).

Por otra parte, el programa de inmunizaciones (PAI) protegía insuficientemente a la población infantil, tercera edad y otros grupos de riesgo y el desmantelamiento relatado de la capacidad del MSPAS generó graves casos de reacciones adversas en población necesitada de vacunas (como sucedió con la reacción a la vacuna antirrábica).

Propuestas de Solución

- Definir al rector del Sistema Nacional de Salud (MSPAS) como la única autoridad reguladora, fortaleciéndola en sus capacidades técnicas y administrativas dotándolo de un financiamiento suficiente y sostenible, así como de un personal íntegro, competente y sin conflictos de interés
- Trasladar, en consecuencia, el registro de medicamentos a la autoridad sanitaria nacional (MSPAS) a fin de asegurar un proceso de registro transparente e imparcial que vigile la aplicación de Buenas Prácticas de Manufactura y la certificación de la calidad de los medicamentos, aplicando además las medidas de control de calidad post-registro
- Garantizar a través de una red laboratorial efectiva y eficiente, la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos tanto en el proceso de registro como en el post-registro.
- Crear la Dirección Nacional de Medicamentos y Productos Sanitarios en el MSPAS para: promover el uso racional de los medicamentos por los profesionales de la salud y los usuarios, eliminando las prácticas inadecuadas de automedicación, comercialización, dispensación, promoción y publicidad dirigida al consumo de los mismos; crear un sistema nacional de farmaco-vigilancia en todos los niveles de distribución y dispensación de los medicamentos y productos biológicos; armonizar la reglamentación con los países de la región centroamericana, tomando como referencia los están-

dares internacionalmente aceptados por la OMS; asesorar a los integrantes de la red de servicios para la adecuada planificación de sus necesidades de medicamentos e insumos médicos

- Gestionar la aprobación de la Ley de Medicamentos y Productos Sanitarios que recoge las recomendaciones anteriores
- Asegurar la eficacia y la sostenibilidad financiera del Programa Ampliado de Inmunizaciones a través de: garantizar la cadena de frío en la red de servicios del MSPAS (dos cuartos fríos centrales y 150 frigoríficos en establecimientos periféricos), introducción de la vacuna contra el neumococo, capacitación permanente del personal involucrado en el programa, fortalecer la vigilancia de los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación, estimular el trabajo coordinado a fin de generar datos confiables para estimar la carga de la enfermedad y realizar los estudios económicos que sustenten el costo-efectividad de la introducción de nuevas vacunas.

Instalación del Foro Nacional de Salud

En septiembre de 2009, siguiendo los lineamientos del Programa de Gobierno del Presidente Funes y los de la política de salud, la Ministra de Salud nombró a la Comisión Organizadora del Foro Nacional de Salud, la que desde entonces y hasta mayo trabajó para su lanzamiento. El 28 de mayo, Día Internacional por la Salud de la Mujer, se lanzó el Foro Nacional de Salud en un acto público organizado por el movimiento social y donde estuvieron presentes las autoridades del Ministerio de Salud. Este fue un punto de inflexión en donde, por una parte, se presentaron los resultados de consultas territoriales que se vienen realizando en este momento en todas las regiones del país y, por otra parte, se sentaron las bases para un año de intenso trabajo con la ciudadanía organizado tanto en términos territoriales como sectoriales.

Características de la Participación Social en El Salvador

El movimiento popular ha adquirido una gran experiencia en la lucha por sus derechos sociales y políticos en El Salvador, a la vez que salud es un factor de movilización muy importante. Sin embargo, hoy la sociedad no se está movilizando con un fin definido. El gran desafío es cómo construir o reconstruir un movimiento popular amplio para el pleno ejercicio del derecho a la

salud. Asimismo, es necesario lograr un amplio movimiento de apoyo para el impulso, la implementación y la defensa de la transformación del sector salud con base en la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral y pasar del modelo de participación instrumental y del modelo de participación consultiva hacia un modelo de participación vinculante con respecto a las políticas públicas. Al mismo tiempo, se debe lograr contrarrestar la gran fragmentación sectorial y de experiencias de participación, y en especial la polarización política e ideológica, para apoyar la organización del movimiento popular alrededor del derecho a la salud.

La situación de la organización comunitaria territorial tiene las siguientes características:

Existe en la actualidad un tejido de organización comunitaria articulado en ADESCOS, con personería jurídica y con vinculación a los gobiernos locales. Hay diferencia en los niveles de movilización y representatividad de los ADESCOS, así como en su articulación con los municipios. Los temas movilizados en el nivel comunitario han sido principalmente: agua, salud, minería, riesgos a desastres, y represas. Las mancomunidades se aglutinan a nivel de varias municipalidades y comunidades, definen una agenda común y la gestionan de manera participativa. Hay mancomunidades que buscan la coordinación con las ONG, y hacen una gestión específica. En esta estructura de segundo nivel se sigue trabajando con participación comunitaria.

La situación de la organización sectorial se caracteriza después de los Acuerdos de Paz se suscitó un debilitamiento de la organización sectorial, aunque la movilización de los trabajadores de la salud contra la privatización del sistema de salud constituyó un movimiento de gran trascendencia. En el presente no hay fortaleza en la expresión sindical que vaya más allá de la lucha por las propias reivindicaciones laborales; la participación popular sectorial funciona en torno a hechos coyunturales. No hay coordinación entre los movimientos; los diferentes sectores mantienen agendas aisladas recortadas por ejes problemáticos y generalmente fragmentado: defensa de los derechos de las mujeres, lucha por el medio ambiente, producción agrícola, etc. todas estas luchas legítimas, si se vertebran alrededor del eje de salud, contribuirían a dar gran impulso al avance de la transformación del sector, todas estas problemáticas son parte de la salud y sus determinantes sociales.

Construcción de la Participación Social

Salud/enfermedad es un proceso social determinado por las condiciones de trabajo y de vida y es un eje articulador que concierne a todos y todas. El proceso de participación ciudadana en salud desde el nivel básico comunitario debe tener como condición necesaria la redistribución del poder en el sistema para posibilitar la democratización en salud, el diálogo y la concertación horizontal, desde un enfoque de derechos que marque una perspectiva diferente de conducir. Por consiguiente, la participación no debe ser un mecanismo de instrumentalización de la comunidad ni tampoco debe estar dirigida a cooperar con un modelo médico dirigido exclusivamente a la atención de la enfermedad. Los principios que deben regir la participación ciudadana en salud son, entre otros: La promoción de la participación debe partir del nivel local en el territorio, además de contemplar otro tipo de participación de orden sectorial; debe haber flexibilidad para abordar temas o campañas vinculadas a problemas específicos como: agua, la vivienda y otros determinantes sociales de la salud; se debe reconocer la diversidad del desarrollo del movimiento popular; esto requiere de diálogo y concertación en el marco de intereses diversos; las organizaciones sociales son independientes, son aliados, socios, con la vista puesta en la construcción social de la salud y el ejercicio del derecho a la salud y deben mantener su autonomía; el Ministerio de Salud, como ente rector (y el Estado en general) debe reconocer y apoyar a estas organizaciones; el Ministerio puede facilitar la construcción de la participación, apoyar el desarrollo de las capacidades para la participación, puede socializar con el movimiento social y sus organizaciones la política para facilitar el ejercicio del derecho a la salud; la red integrada de servicios de salud debe incorporar mecanismos de cogestión que descansen en un cuerpo normativo legal que sustente la participación social; se deben desarrollar procesos de formación y gestión de recursos humanos sensibilizados y enfocados a la democratización de la salud; podrían definirse territorios pioneros (modelo) a tomar en cuenta desde sus diferentes experiencias de participación.

La misión del Foro Nacional de Salud es la de contribuir a la generación de consensos para la toma de decisiones estratégicas que permitan transformar el sistema de salud hacia la universalidad, la equidad, calidad e inclusión y un abordaje intersectorial basado en los determinantes sociales, mediante un amplio proceso de participación ciudadana activa, propositiva, vigilante y

permanente en el marco del ejercicio del derecho a la salud. El Foro se concibe como una instancia permanente de consulta y apoyo a las decisiones democráticas en salud que tendrá a su cargo, entre otras cuestiones, la organización mediante consultas escalonadas y progresivas, de conferencias nacionales de salud de amplia representatividad y un profundo trabajo previo con la sociedad civil y sus organizaciones.

El foro permitirá fortalecer y desarrollar una amplia organización comunitaria que irá tomando control de los determinantes sociales de la salud y apoyará a los servicios de salud para el aumento de la calidad de la atención, la resolución de los problemas de salud, la transformación del enfoque en salud hacia la promoción de la salud, poner más alto a salud como prioridad en la agenda política del gobierno y lograr más recursos para salud.

El foro y sus actividades (conferencias regionales, mesas temáticas, encuentros, sistemas de cogestión y de contraloría, etc.) deberán priorizar los liderazgos comunitarios. El Foro no es un espacio de interinstitucionalidad intersectorial del Estado (ese espacio está definido en otras instancias, como por ejemplo CISALUD) sino que es más un espacio abierto a la sociedad civil organizada. Asimismo, es un espacio más de orden comunitario que un espacio de encuentro de ONGs, aunque las ONGs deben ser sujetos importantes en la construcción y desarrollo del mismo. Esto quiere decir que el eje metodológico debe ser el movimiento popular y debe estar orientado primordialmente a facilitar la participación comunitaria y sus expresiones organizadas; las ONGs, las iglesias, y otras expresiones de la sociedad civil jugarán un importante papel pero será importante que entre todos se asegure el protagonismo de la comunidad.

El Foro tiene una estructura basada en un Comité Organizador de carácter nacional y una estructura regional permanente que facilite sus actividades (conferencias y otras).

Objetivos Estratégicos del Foro Nacional de Salud

1. **Participación Ciudadana Territorial.** Facilitar la participación ciudadana territorial a través de consultas regionales escalonadas con actores locales, fundamentalmente de la sociedad civil, que confluyan en una gran conferencia nacional para fortalecer, acompañar y gestionar el proceso de

transformación e integración del sistema nacional de salud. Entre febrero y mayo de 2010 se desarrollaron las consultas regionales en todo el país. Los resultados de estas consultas confluyeron el 28 de mayo en el Gimnasio Nacional en un gran acto de instalación del Foro Nacional de Salud en el que se presentaron los resultados de las consultas regionales y se consensuó la Declaración del Foro Nacional de Salud (se transcribe más abajo).

2. **Participación Ciudadana Sectorial.** Identificar y facilitar la participación de las diferentes instituciones, organizaciones e individuos vinculados a los diferentes temas seleccionados de acuerdo a las estrategias de la política de salud. Estos sectores serán consultados por separado en mesas temáticas que luego confluirán en una mesa de convergencia que llevará una posición consensuada a la conferencia nacional de salud. Los temas propuestos para las mesas de este año son: 1) Salud sexual y reproductiva (con los contenidos de: educación sexual, derechos sexuales y derechos reproductivos, embarazo adolescente, violencia sexual contra la mujer), 2) Prestación de la red de servicios, 3) Violencia social y violencia contra las mujeres (violencia sexual y feminicidio), 4) Prevención y mitigación de desastres, 5) Medicinas y salud, 6) Agua y saneamiento ambiental. El principal producto esperado de las mesas temáticas es un plan o programa estratégico temático a ser ejecutado por todos los actores. Se establecerán mecanismos de seguimiento y evaluación de estos planes o programas por mesa.
3. **Incidencia.** Identificar, integrar y movilizar a las fuerzas sociales y políticas del país para desarrollar condiciones de viabilidad que permitan la transformación del sistema de salud en beneficio de la población salvadoreña e incidir en todas las políticas públicas que afecten la salud y sus determinantes.

Después de la instalación del Foro el 28 de mayo, se mantendrán las consultas territoriales, se llevarán a cabo las mesas sectoriales y se comenzará el trabajo relativo a incidencia.

Construcción de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas (SEM)

Como se dijo, El Salvador es uno de los países con mayores índices de violencia del mundo. Esto conlleva a una alta demanda de las unidades de emergencias médicas de los hospitales del sistema público y una parte muy importante del gasto hospitalario debe ser destinado al tratamiento de las víctimas de estas emergencias.

A pesar de la alta demanda en servicios de emergencias en el país, se registran grandes deficiencias en la organización del sistema, en la coordinación prehospitalaria y hospitalaria, en la coordinación interagencial, en la coordinación intersectorial e interhospitalaria y también en la coordinación entre el primero, segundo y tercer nivel dentro de la red pública de servicios. Además de la falta de personal calificado suficiente, se presentan grandes deficiencias en la planta física de los hospitales, la planta física de las unidades de emergencias, el área de acceso de emergencia al hospital, las ambulancias y sus equipos, además de la ausencia de un centro de regulación para las emergencias médicas en el país.

El objetivo principal de un sistema nacional de emergencias médicas es disminuir sustancialmente la mortalidad y las secuelas post-trauma causadas por enfermedades sistémicas –como son por ejemplo el infarto cardíaco, el síndrome de dificultad respiratoria y las complicaciones del embarazo– así como por aquellos eventos que generan lesiones de causa externa –que en nuestro país son producidos especialmente, aunque no únicamente, por actos de violencia y accidentes de tránsito–. Los beneficiarios de un sistema eficaz de atención a las emergencias médicas son todos los ciudadanos, más allá de su condición socioeconómica, sexo, edad, ocupación o lugar de residencia.

Una de las prioridades en salud de este Gobierno es la constitución, por fin, de un Sistema de Emergencias Médicas de carácter intersectorial para garantizar a toda la población salvadoreña una atención oportuna, eficaz y continua durante las 24 horas. Esta atención se inicia en el momento de la detección de la emergencia médica (detección por parte de la familia, la comunidad o las fuerzas de seguridad), la activación del sistema a través de un centro regulador para la atención de las emergencias médicas para proporcionar de forma rápida la atención pre-hospitalaria requerida (atención

inmediata en la escena y traslado de la víctima al centro correspondiente), la asistencia hospitalaria a través de hospitales adecuadamente dotados del equipo necesario y personal calificado y, posteriormente, el seguimiento ambulatorio para la rehabilitación con participación de las instituciones especializadas, las unidades de salud y la comunidad.

Un sistema de emergencias médicas se refiere a un modelo general integrador de un sistema de seguridad pública y de atención de salud que integra un modelo pre-hospitalario, uno hospitalario y de rehabilitación y consta de un mecanismo predefinido para acceder al sistema y notificar una emergencia, la atención y transporte de víctimas, establecimientos de salud para la atención general y de especialidad, educación pública, participación y procesos de prevención, programación educacional, dirección médica y administrativa integrada, organizaciones y procesos de vigilancia, asignación de recursos y estructuras financieras y coordinación de la función de las organizaciones colaboradoras. El Servicio de Atención Prehospitalaria, a su vez, está constituido por cuatro niveles de respuesta, fundamentados en los recursos disponibles: el nivel comunitario, básico, avanzado y el de respuesta médica.

Las principales acciones a desarrollar por esta gestión se concentran en establecer un modelo de re-ingeniería para mejorar todos los aspectos de la coordinación inter e intrasectorial, corregir las deficiencias con un plan de implementación por fases, mejorar o modificar y adaptar los problemas de las plantas físicas, mejorar y modificar la inter-relación entre los hospitales a todo nivel y el nivel primario, establecer un centro de regulación efectivo en el marco de la cooperación con la Policía Nacional Civil, iniciar la capacitación a todo nivel del sistema, establecer auditoría robusta, establecer programas de mantenimiento y reemplazo de material, iniciar entrenamiento del público en el manejo efectivo de emergencias.

Lograr constituir el SEM de El Salvador supone el diseño e implementación exitosa de un sistema integrado de servicios con participación de varios sectores gubernamentales, no gubernamentales y de la comunidad. Se ha definido el siguiente cronograma tentativo; una parte importante del mismo depende de la disponibilidad de recursos para comenzar la implementación del sistema (un componente del préstamo BID denominado Programa Integrado de Salud está destinado a financiar parcialmente al SEM).

Próximos meses:

- Juramentación del Comité Nacional del Sistema de Emergencias Médicas (CONASEM)
- Establecimiento del marco legal de compromiso intersectorial para la constitución y sostenibilidad del SEM (el MSPAS tiene una propuesta de marco legal para los diferentes niveles y actores involucrados)
- Instalación de comisiones técnicas e intersectoriales especializadas: Comisión Prehospitalaria, Comisión Hospitalaria (para adultos quirúrgicos, adultos médicos, pediatría y psiquiatría), Comisión de Rehabilitación, Comisión de Currículo, Comisión de Auditoría, Enseñanza y Formación (el MSPAS junto a los otros sectores integrantes de la CONASEM ha elaborado una propuesta tentativa de constitución de las comisiones)
- Establecimiento de la Unidad Operativa SEM en el ámbito del MSPAS
- Creación del Centro Regulador de Emergencias Médicas en el espacio ofrecido por la PNC e integrado al 911 para el despacho adecuado de ambulancias y la coordinación con los hospitales, incluyendo un sistema de radiocomunicación que vincule despachadores de ambulancias, personal de las ambulancias y de los centros hospitalarios (depende parcialmente del préstamo BID)
- Integración inicial al Sistema del parque de ambulancias existentes en el país en los diferentes sectores participantes (ambulancias medicalizadas, ambulancias avanzadas y ambulancias básicas)
- Diseño e inicio de la implementación de un programa de capacitación y de educación permanente dirigido al personal de las unidades de emergencia de los hospitales que se irán integrando al sistema, el personal del Centro Regulador, el personal que conduce y opera el equipo de las ambulancias. Durante la implementación de este plan se capacitará a los médicos de las ambulancias, Centro Regulador y salas de máxima urgencia de los hospitales seleccionados
- Capacitación de líderes comunitarios y otros actores
- Preparación de licitaciones y adquisición de las ambulancias adicionales requeridas que dependen del préstamo BID.

Cronograma dentro del primer año de vigencia del SEM:

- Inicio del SEM con los primeros 4 hospitales y 12 ambulancias
- Arranca Centro de Regulación con PNC con equipamiento y capacitación adecuada
- Formulación de protocolos de manejo de todas las emergencias en los diferentes niveles y categorías
- Formulación y dotación de cuadro básico de medicamentos del SEM
- Establecimiento de sistema de auditoría
- Establecimiento de red de información y tecnología.

Cronograma dentro del Quinquenio:

- Acreditación progresiva de hospitales y regionalización del SEM. El país será regionalizado en secciones SEM. Esto implica adecuar los hospitales de Santa Ana y San Miguel como hospitales de tercer nivel (hoy son hospitales de segundo nivel), con equipo de tomografía computada, resonancias magnéticas y unidades de cuidados intensivos. También implica realizar un masivo fortalecimiento del Hospital Rosales.
- Cronograma de incorporación progresiva de hospitales al SEM
- Equipamiento de los hospitales, adquisición de ambulancias y contratación de personal (depende del préstamo BID)
- Se sientan las bases para la integración al SEM del ISSS, Ministerio de Defensa y Bienestar Magisterial
- Se inicia el trabajo con los hospitales privados con miras a elevar la oportunidad y calidad de la respuesta a las emergencias médicas

HOSPITALES			
2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014
Rosales	Ahuachapán	Sonsonate	Meta pan
Santa Tecla	Chalatenango	San Vicente	Zacatecoluca
Santa Ana	Usulután	Cabañas	Zacamil
San Miguel	La Unión	Morazán	San Bartolo

Desarrollo de un Sistema Único de Información Estratégica (SUIS)

El Ministerio de Salud tiene a su cargo, en colaboración con otros organismos públicos, autónomos o municipales la recolección, clasificación, tabulación, interpretación, análisis y publicación de datos bio-demográficos sobre población, natalidad, morbilidad, mortalidad y otros que creyere convenientes; lo mismo que respecto a las diversas actividades de los organismos de salud públicos y privados y de toda información que pueda tener alguna repercusión sobre las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Además, le corresponde realizar los análisis estadísticos de las labores de los organismos de salud pública para evaluar el resultado de las tareas cumplidas.

Identificar y medir las inequidades, conocer la situación específica de salud de la población y sus tendencias, identificar los grupos y áreas más críticas, se vuelve esencial para el Ministerio de Salud en su camino de consolidación del sistema único de información por todas las instituciones del sistema, así como del sector privado, lo que permitirá tener una visión más completa de la situación de salud, al contar con información adecuada y pertinente para el análisis en la toma de decisiones, desarrollo de políticas en salud, evaluación de resultados de las múltiples intervenciones realizadas así como acciones y estrategias destinadas a controlar epidemias y mitigar situaciones de desastres. El componente estratégico del sistema de información centrará su trabajo en el análisis, síntesis e interpretación de la información sobre los perfiles de salud y enfermedad, en el contexto no sólo del aspecto médico de los problemas, sino integrando diversos tipos de información demográfica, social, económica, de enfermedades, condiciones higiénico-sanitarias y otros riesgos, así como del propio sistema de salud. Estamos pasando de la vigilancia epidemiológica tradicional hacia la vigilancia en Salud Pública con la inclusión de la vigilancia demográfica, la vigilancia de eventos de salud, la vigilancia del sistema de salud y la vigilancia de la opinión de la población y su grado de satisfacción.

El MSPAS reporta anualmente alrededor de 13 millones de consultas y 300,000 egresos hospitalarios. El nivel local genera la información pero no le es posible hacer uso de la misma por no disponer de la tecnología apropiada. En evaluaciones realizadas, el sistema

de información fue calificado como inadecuado, se identificaron bases de datos y plataformas de información fragmentadas por programas, generación de indicadores sólo institucionales, múltiples sistemas y diversidad de formularios no sólo en el Ministerio sino en las otras instituciones del sistema, falta de regulación para el desarrollo de sistemas de información e incluso para la aceptación de donaciones de software. Realizamos asimismo un diagnóstico de capacidad instalada y recursos humanos, y encontramos que para darle soporte a los sistemas de información en el primer nivel de atención se dispone como promedio de sólo una computadora funcionando por establecimiento cuya vida útil ya caducó en la mayoría de ellas, sólo 3.5% de los establecimientos reportaron que su equipo recibe mantenimiento, sólo 17% tienen acceso a internet permanente, y una razón de 1.3 recursos por unidad de salud, teniendo en consideración que un mínimo porcentaje de estos ha recibido capacitación continua para el desempeño de sus funciones.

A pesar de las dificultades y limitaciones, estamos comenzando a implementar el sistema de vigilancia centinela para diarreas, problemas respiratorios y meningitis con énfasis en niños menores de cinco años de edad entre Ministerio de Salud, ISSS y Sanidad Militar. También se está implantando paulatinamente el Sistema Integral de Atención al Paciente en todos los establecimientos hospitalarios y unidades de salud con mayor demanda y se están integrando los diferentes sistemas para conformar progresivamente una plataforma informática homogénea.

Se ha contemplado dentro del fortalecimiento de los sistemas de información la búsqueda activa de información para la acción, que permita identificar problemas por el sistema de salud y actuar rápidamente, implementar sitios centinelas para evaluar el comportamiento de determinados agentes asociados a brotes y tener la experiencia a nivel nacional en el seguimiento y monitoreo de rotavirus, influenza, dengue entre otras. Con vistas a ello será necesaria la creación de las bases cartográficas a nivel de la nación, por departamento y municipios y, en algunas de ellas, por establecimientos de salud, las que permitirán la identificación, detección y seguimiento temprano de los eventos en la población con un enfoque de salud pública, así como la implementación de un sistema de vigilancia internacional.

Para la implementación de la Vigilancia en Salud en

nuestro país se deben tomar en cuenta ciertas premisas: a) vinculación estrecha con las políticas y estrategias de la salud, los programas y servicios y el proceso de investigación, de formación y capacitación de los recursos humanos; b) no duplicar, sino utilizar los subsistemas actuales y la información necesaria de fuentes identificadas; c) promover el perfeccionamiento de los subsistemas de información y de vigilancia epidemiológica existentes con miras a conformar un sistema único de información; d) movilizar los recursos técnicos disponibles en función del análisis y la respuesta oportuna y eficiente; e) realizar el análisis periódico de la información procedente de otros sectores en salud; f) promover una integración adecuada de los aspectos de promoción de salud, condiciones y estilos de vida; g) establecer el intercambio permanente de información seleccionada con otros sistemas o subsistemas nacionales y lograr la intercomunicación con otros sistemas de vigilancia sanitaria o epidemiológica a nivel internacional; i) dotar de métodos rápidos de evaluación epidemiológica y metodología para enfrentar situaciones agudas a los profesionales responsables de la respuesta a todos los niveles; h) unificación del expediente clínico que ayudará a evitar la duplicidad de esfuerzos y recursos por las instituciones del sistema de salud, permitirá también darle seguimiento más coordinado y oportuno a cada paciente, mejorando el flujo de información, procesos de referencia y contra referencia.

A pesar de los primeros avances logrados, persisten muchas necesidades pendientes de resolverse. Es necesario invertir una importante cantidad de recursos en la creación de la infraestructura tecnológica a nivel local que ayude a gestionar el sistema de información, así como a mejorar su acceso a la tecnología. Se deberá iniciar un proceso de fortalecimiento de los diversos subsistemas existentes con el propósito de alcanzar una mayor calidad y oportunidad en las cuatro principales áreas: Enfermedades transmisibles, Enfermedades no transmisibles, Salud Ambiental y Servicios de Salud

Articulación Progresiva con el ISSS y Otros Prestadores Públicos de Salud

Según datos del Digestyc, la población actual de El Salvador es de 6.152.558 millones de habitantes. El 74.8% de esa población, es decir, tres de cada cuatro habitantes, constituye la población de referencia a ser cubierta con los servicios de salud del Ministerio de Salud y

Asistencia Social. El Instituto Salvadoreño del Seguro Social debe cubrir al 23.8% de la población, mientras que Bienestar Magisterial debe cubrir el 1.4%. En este cálculo no está contemplada la población que recurre al sector privado o que posee seguro privado.

Pero la diferencia entre el gasto per cápita disponible por cada uno de estos sectores es muy diferente, manteniéndose todos ellos dentro de lo que se considera un muy bajo gasto en salud per cápita para un país de desarrollo medio. Así, vemos que, en 2008, el gasto per cápita del Ministerio de Salud fue de 87 dólares por año, mientras que el del ISSS fue de 221 dólares per cápita y el gasto de Bienestar Magisterial fue de 340 dólares per cápita.

Creación del Instituto Nacional de Salud y Fortalecimiento de la Red de Laboratorios

La creación de una nueva institucionalidad estatal en el sector salud es uno de los elementos estratégicos para avanzar en el Sistema Nacional Integrado de Salud. El Instituto Nacional de Salud será una organización científico-técnica subordinada al Ministerio de Salud que liderará la búsqueda de mejoras sustantivas en salud. Estará dotado de una Escuela de Gobierno, recursos para la investigación y laboratorios especializados en el control de calidad de medicamentos, alimentos, agua, y demás que le demande el sistema. El Instituto Nacional de Salud se conformará inicialmente a partir de una reorganización de los recursos disponibles en el MSPAS.

La misión del INS será la de generar, transmitir y difundir conocimientos científicos y tecnológicos y promover su incorporación para la solución de los problemas de salud de la población de El Salvador. Su visión de futuro será la de convertirse en referencia en la generación y la proposición de soluciones técnicas y científicas para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en El Salvador y en la Región Centroamericana.

Los valores institucionales del INS son: Excelencia en todas las actividades que realiza; transparencia como compromiso con la permanente prestación de cuentas a la sociedad sobre su desempeño institucional; reducción de inequidades (estudios, investigaciones y servicios del INS tendrán como valor permanente la contribución para reducir inequidades en el país relativas al acceso o a la exposición a los determinantes socioeconómicos, ambientales y biológicos de la salud, por

parte de grupos o individuos específicos); ética en la investigación que involucre, directa o indirectamente, seres humanos, grupos sociales o el uso de animales de experimentación, solidaridad interna y con otras instituciones de salud o de ciencia y tecnología, particularmente aquellas de áreas o países con menor desarrollo científico, económico o social; integralidad y focalización de objetivos, propuestas y acciones entre las diversas unidades y subunidades del Ministerio y del INS, dirigidas al conocimiento y solución de problemas y situaciones prioritarias de salud; autoevaluación continuada del desempeño individual, colectivo e institucional como mecanismo de aprendizaje, ajuste y mejora permanente; promoción de la gestión participativa y de la capacidad de innovación; reconocimiento e inclusión en el quehacer del INS de otros actores científicos y tecnológicos como mecanismo de potencialización y articulación del saber en el área.

Los ejes estratégicos del INS son:

- Vigilancia, monitoreo, evaluación y análisis de los determinantes, riesgos y daños en salud pública
- información y comunicación en salud
- desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud
- control de la calidad de insumos y productos de salud y del medio ambiente
- investigación y desarrollo tecnológico en salud
- producción de insumos estratégicos para la salud
- gestión y desarrollo institucional.

En una primera fase las acciones del Instituto se concentrarán en el fortalecimiento de la red de laboratorios como acción ineludible del proceso de reforma y se creará la Escuela de Gobierno en Salud. Paralelamente se avanzará en la movilización de recursos y en la definición de macroproyectos orientados a la producción, sistematización y difusión de conocimientos con socios nacionales e internacionales. Se priorizarán los macroproyectos de investigación sobre los determinantes sociales, embarazo adolescente, mortalidad materna, costo-efectividad de vacunas y medicamentos, enfermedad renal crónica y agroquímicos, incidencia y prevalencia de cáncer en El Salvador, entre otros.

Fortalecimiento de la Red de Laboratorios en el Marco del INS

Las tecnologías de la salud forman la columna vertebral de los servicios de salud. Sin embargo el acceso a las tecnologías de la salud es una de las principales diferencias entre los países más y menos desarrollados. Sistemas de salud eficientes y fuertes invariablemente se apoyan fuertemente en el acceso y uso racional de las tecnologías de la salud. Una red fuerte de tecnologías de la salud es un prerrequisito fundamental para la sostenibilidad y confianza.

Los servicios de laboratorio son parte de estas tecnologías que no son un fin en sí mismo sino que se desarrollan o son concebidas para solucionar problemas de salud. El uso estratégico de tecnologías con múltiples aplicaciones se ha convertido en una de las herramientas más costo-efectivas en la creación de sistemas de salud fuertes. En El Salvador el sistema nacional de la red de laboratorios acusa limitaciones en infraestructura física, equipamiento, recursos financieros, acceso y adquisición de reactivos, recursos humanos, capacitación de recursos humanos, acceso a métodos modernos de diagnóstico, ampliación de servicios a nivel central y regional y acceso en red a nivel central y regional.

Por consiguiente, el fortalecimiento y modernización de esta red de laboratorios es una prioridad para mejorar la calidad de los servicios prestados por el MSPAS a la población y aumentar la cobertura efectiva del sistema. La red de laboratorios es deficiente en su nivel de aplicación de la normativa de bioseguridad y seguridad ambiental y genera riesgos tanto para los trabajadores del sector salud como para los usuarios del sistema y para el medio ambiente.

El Laboratorio Central "Max Bloch" cuenta con personal profesional y técnico bien entrenado que ha sido capacitado en Canadá, Perú, México, Puerto Rico, Estados Unidos. A pesar de las dificultades, su personal está muy motivado para cumplir las tareas incluso ante la reciente situación de pandemia de la gripe AH1N1. En el área de Control de la Calidad de Medicamentos e Insumos Médicos tiene personal muy bien capacitado para usar y poner en marcha sofisticados análisis químicos y farmacológicos como establecer la Vigilancia de Pesticidas en Alimentos, Agua y Sangre, así como para establecer la Vigilancia de metales pesados en agua y de mercurio en alimentos.

Los principales desafíos que hoy tiene la red de laboratorios dependiente del MSPAS son:

- Bioseguridad, graves fallas de bioseguridad en la toma de muestra y manejo de animales infectados y en la eliminación de material altamente infeccioso en el Laboratorio de Rabia del Laboratorio Central (LC); faltas en la bioseguridad y seguridad ambiental grave en el área de aislamiento de ADN/RNA virales pues la pared está dañada reparada con tabla con agujeros visibles que dan hacia el principal hospital de tercer nivel del país, grave falta de bioseguridad para el personal del laboratorio de citología y de la red de laboratorios de citología al trabajar con sustancias químicas volátiles cancerígenas sin cámara extractora de gases.
- Recursos Humanos, necesidad imperativa de aumentar el personal de los laboratorios para solucionar la calidad y el rezago de la entrega de resultados, por ejemplo, rezago anual en la entrega de resultados de citologías cervico-uterina, rezago de entrega de análisis de medicamentos e insumos médicos por limitación de personal; faltas en la calidad de los análisis de los laboratorios clínicos de hospitales del segundo nivel por aumento del volumen de muestras sin aumento de personal (por razón del incremento de consultas y el aumento de la cobertura laboratorial en dengue y otras enfermedades). Necesidad de realizar una capacitación extensiva y permanente entre el personal de las principales áreas de los laboratorios clínicos.
- Equipamiento de Red de Laboratorios, las deficiencias de equipos de la red de laboratorios consisten en que en su gran mayoría es equipo viejo y defectuoso; es necesario modernizar los equipos, automatizar el equipo de hematología y análisis químicos de hospitales del segundo nivel. Los únicos laboratorios con equipos modernos son: el Laboratorio de Control de Calidad de Alimentos y Aguas y el Laboratorio de Control de Medicamentos e Insumos Médicos.
- Bancos de Sangre, grandes deficiencias en el equipamiento de la Red de Bancos de Sangre que origina reacciones transfusionales adversas en pacientes politransfundidos, falta de apoyo para las campañas móviles de donación de sangre con la que se fortalecen las reservas de sangre y hemocomponentes de los bancos de sangre. Entre

otras medidas que deben tomarse es la compra de equipo y reactivos para mejorar la calidad de las transfusiones de sangre y hemocomponentes (irradiador de sangre, rotadores de plaquetas, congeladores para plasma y criopreparados, centrifugas, reactivos para detección de anticuerpos irregulares, reactivos para aféresis para mejorar la reserva de plaquetas. El fortalecimiento de los Bancos de Sangre está íntimamente ligado a la creación del Sistema de Emergencias Médicas. Control de Calidad Interno y Externo, es necesario apoyo presupuestario para pagar los controles externos en el Laboratorio de Control de Calidad de Medicamentos y Aguas que no se hacen por falta de fondos.

Creación de la Escuela de Gobierno en Salud

La Escuela de Gobierno es un centro para el desarrollo de capacidades de gobierno y conducción que aseguren el desarrollo de políticas públicas y del sistema de salud en beneficio de toda la población salvadoreña. Concentrará sus actividades en el personal de salud del MSPAS (al menos esta será la prioridad). La Escuela de Gobierno es soporte esencial de la conducción política del sistema de salud mediante la producción y utilización de conocimiento, información y tecnología para las decisiones de política y de gestión en salud y asegura la disponibilidad y competencia de los recursos humanos responsables de la conducción del sistema de salud en todos sus niveles.

Es un componente del Instituto Nacional de Salud que tiene como objetivos propios los de formar y mantener la competencia de los cuadros de conducción y de gestión estratégica del sistema de salud de El Salvador y la producción y aplicación de conocimiento, tecnología e información para las decisiones de política y de gestión del sistema de salud. Tendrá un modelo de organización funcional que permita la interdisciplina y la acción intersectorial

La Escuela de Gobierno en Salud tendrá una estructura en red vinculándose a las instituciones del gobierno, académicas y de otros sectores del Estado y de la sociedad, se vinculará mediante convenios con instituciones similares como FIOCRUZ de Brasil, CDC de Atlanta, la Escuela de Salud Pública de Andalucía y otras instituciones similares.

Los componentes de la Escuela de Gobierno en Salud estarán en las áreas de formación, capacitación y desarrollo de personal de conducción; análisis y evaluación de políticas públicas de salud; innovación y desarrollo para la gestión estratégica en salud y gestión del conocimiento e información.



Consulta ciudadana en el marco del Foro Regional de Salud Paracentral realizado el 20 de mayo de 2010.



Consulta ciudadana en el marco del Foro Regional de Salud Occidental, realizado el 20 de mayo de 2010.

Capítulo 4

Los primeros cien días

Diez Acciones para los Primeros Cien Días

En este marco, a continuación se mencionan las diez principales líneas de acción en las que se ha logrado hacer una diferencia en estos primeros meses de gestión.

1.-Eliminación de “cuotas voluntarias” o cualquier otra forma de pago en el sistema público

La eliminación de las cuotas voluntarias incluyó la realización de una serie de acciones de estimación de brechas financieras, así como la gestión y asignación de recursos para garantizar la dotación de personal de salud y abastecimiento de medicamentos en los servicios públicos. La eliminación de las cuotas voluntarias redundó en un incremento de la demanda de los servicios públicos (sin contar el aumento de la demanda producida por razones asociadas a la influenza pandémica), lo que confirmó las estimaciones realizadas con anterioridad acerca de la seria barrera económica que el cobro de dichas cuotas representaba para el acceso a los servicios de salud para una parte importante de la población salvadoreña.

Entre las acciones que debieron llevarse a cabo para cubrir las brechas de financiamiento que representó la eliminación de las cuotas, se destacan: a) Diagnóstico económico-social, preparación de los instrumentos legales para ser remitidos para su aprobación y eliminación de las colecturías habilitadas en los servicios para recaudación de cuotas; b) solicitud al Ministerio de Hacienda para reforzar el presupuesto del ramo de salud en \$7.2 millones para cubrir los ingresos provenientes de las cuotas voluntarias hasta diciembre de 2009. Se estimó que la brecha financiera mensual que produciría la eliminación de las cuotas voluntarias sería de \$1,026,598 mensual. El Ministerio de Hacienda asignó hasta el momento \$1,026,598 para el mes de junio y la misma suma para el mes de julio en calidad de reposición de las mencionadas cuotas. De esta manera se garantizó, entre otras cosas, la continuidad de la contratación de las 366 plazas del personal de salud (incluyendo el rubro profesional, técnico y de servicios generales) que eran cubiertas con dichas cuotas. Para el ejercicio fiscal 2010, en el marco del Plan Anticrisis, se han asegurado los \$12.3 millones para compensar los montos aportados por las cuotas. Se espera que a partir del año 2011 esas plazas puedan ser aseguradas a través del presupuesto ordinario del Ministerio.

2.-Incremento sustancial en la cobertura de medicamentos esenciales y de material médico básico en todos los establecimientos del sistema público de salud

La nueva gestión del Ministerio encontró irregularidades graves en la UACI, que van desde la elaboración de bases de licitación y contratos que favorecen en su redacción al suministrante, así como la compra de medicamentos a determinados laboratorios en volúmenes superiores a las necesidades de consumo de la población salvadoreña, lo que contrasta con la falta crónica de otros medicamentos necesarios. Como producto de lo mencionado, el Ministerio encontró toneladas de medicamentos vencidos, lo que llevó a la necesidad de comenzar con la destrucción preliminar (seguirán otras) de 26 toneladas de medicamentos vencidos encontrados en las bodegas del Matazano.

Se realizó un gran esfuerzo en la supervisión y seguimiento de los procesos de licitación y adjudicación de medicamentos e insumos para hacerlos transparentes y eficientes, lo que permitirá maximizar el uso del presupuesto y mejorar el abastecimiento de medicamentos esenciales. Se han realizado avances sustanciales en el sistema de monitoreo de abastecimiento en el que, mediante el desarrollo de un módulo gerencial, se verifican consumos y existencias que permiten monitorear en pantalla la situación nacional y local para poder hacer transferencias entre regiones y establecimientos para asegurar el abastecimiento. Mediante la instalación y puesta en marcha del software de abastecimiento (ABT/AID) en los 30 hospitales se está logrando: a) Actualizar las existencias y necesidades de abastecimiento, b) mejorar la distribución de las existencias, c) mejorar las condiciones de almacenamiento, d) transparencia en las licitaciones, adjudicaciones y compras.

Al presente, se ha incrementado sustancialmente el abastecimiento de medicamentos en los servicios públicos de salud. Para lograrlo, se gestionó un total de \$17.9 millones que incluye: a) refuerzo presupuestario de \$13 millones para comprar y abastecer de medicamentos a la red pública del MSPAS para el resto del año 2009, b) \$4.9 millones procedentes de otros recursos presupuestarios que fueron asignados a los 9 hospitales de mayor complejidad.

Se sustituyó la vacuna antirrábica de Células de Ratón Lactante -que produjo daños neurológicos severos en algunas personas vacunadas- por la vacuna de Cultivo

Celular. La vacuna sustituida se ha retirado ya de la red de establecimientos de salud.

3.-Acortamiento de los tiempos de espera para cirugías y consultas de especialidad

Este tema es parte de una gran deuda social que el sistema de salud arrastra con los enfermos, ya que los tiempos de espera para cirugías y consultas de especialidad son tan largos que pueden atentar contra su supervivencia o la capacidad de lograr una plena rehabilitación. Reconociendo la urgencia que tiene solucionar estas esperas que llegan en muchos casos a uno y hasta a dos años, el Ministerio elaboró el Plan de Acortamiento de Citas de la Consulta Externa y Cirugías Pendientes, que incluye necesidades de personal, insumos y financiamiento, y gestión inicial de los fondos necesarios para su implementación (\$2.821,956.57). La elaboración del Plan incluyó: a) Diseño de herramientas y metodologías de recopilación y análisis de necesidades, b) coordinación con las nuevas autoridades hospitalarias, c) recolección de datos relacionados con procesos, personal, materiales e insumos médico-quirúrgicos, horarios de uso de quirófanos y otros elementos involucrados en la demora, d) realización de grupos focales con actores-clave que participan directamente en la realización de las intervenciones quirúrgicas con el objetivo de diseñar propuestas participativas de solución, e) realización de sondeo de opinión en la población que está en espera de ser intervenida quirúrgicamente, f) análisis, sistematización y consolidación de los datos del diagnóstico.

4.-Asignación de especialidades médicas a los hospitales regionales para resolver de manera más rápida las demandas de la población y descongestionar los hospitales del tercer nivel

Elaboración de la propuesta de asignación de especialidades médicas a hospitales regionales (medicamentos, equipos, insumos y recursos humanos a hospitales de segundo y tercer nivel), que incluyó: a) Elaboración de propuesta: diseño de herramientas y metodologías de recopilación y análisis de necesidades, recolección de datos relacionados con procesos, personal, horarios de desempeño y otros elementos involucrados en la atención hospitalaria, análisis de datos y relación de variables, b) inicio de la ejecución de la propuesta. En las próximas semanas se dará inicio a la implementación de este plan.

5.-Adecuación de los servicios para responder al incremento de la demanda provocada por la abolición de las “cuotas voluntarias” y la pandemia de influenza H1N1

Entre las acciones que se realizaron, se destacan las siguientes: a) habilitaciones infraestructurales y dotación de 40 camas en el hospital Zacamil, b) inauguración del servicio de medicina en el hospital de Santa Ana, c) inauguración del servicio de Otorrinolaringología del Hospital Rosales, d) habilitación de 20 camas en el Hospital Rosales para la atención de pacientes en la Emergencia, e) dotación de equipo de osteosíntesis para 60 pacientes que han sido operados en el Hospital Rosales, habilitación y refuerzo económico al Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom para compra de insumos y reactivos de laboratorio para el año en cuestión, f) adjudicación de 5 respiradores mecánicos al Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom y 2 al hospital San Juan de Dios de Santa Ana para la atención de niños(as) graves en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), g) adjudicación de un aparato de rayos X portátil al Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom para el apoyo diagnóstico en niños(as).

6.-Avances con respecto al Hospital Nacional de Maternidad y la reconstrucción de hospitales

Se realizaron avances en el proceso de planeamiento y construcción del nuevo Hospital de Maternidad, que incluyó: a) Identificación y selección del lugar de la construcción, b) gestión del financiamiento para la construcción del Hospital de Maternidad con el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) por un monto de 41 millones de dólares, que incluye obra física, equipo propio y equipo médico, c) elaboración del plan médico funcional y programa médico arquitectónico con las demandas del nuevo hospital, d) elaboración de documento de macrozonificación y volumetría del futuro hospital, e) elaboración de los términos de referencia para los diseños arquitectónicos del Hospital Nacional de Maternidad.

Asimismo, el MSPAS logró solucionar los obstáculos que habían representado la paralización de las obras en algunos hospitales. Se resolvieron problemas de arbitraje y renegociación de los contratos con las empresas responsables de obras. Gracias a ello, se reactivaron las obras de construcción de los hospitales de San Vicente, Usulután, Zacatecoluca y San Miguel.

7.-Fortalecimiento de la rectoría del MSPAS en la conducción intersectorial

El MSPAS, teniendo en cuenta que la intersectorialidad debe entenderse como políticas públicas engarzadas en torno a ejes comunes (políticas integradas de acción intersectorial) y que la acción intersectorial requiere de liderazgo, capacidad de toma de decisiones, capacidad de negociación y de construcción de consensos en torno a ejes aglutinantes, ha realizado esfuerzos para avanzar en el fortalecimiento del abordaje coordinado de los problemas de salud y ambiente. Entre dichas acciones se destaca la reactivación de la Comisión Nacional para la Prevención de la Pandemia de la Gripe Aviar (CONAPREVIAR). Las instituciones que forman parte son: Ministerio de Educación, Defensa Nacional, Gobernación, Transporte, Relaciones Exteriores, Agricultura y Ganadería, Medio Ambiente, Obras Públicas, Trabajo, Turismo, CEPA, COMURES, Acueductos y Alcantarillados (ANDA), Seguro Social (ISSS), Empresa privada (ANEP), Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA), OPS/OMS, CEL, Cruz Roja, CDC de Atlanta, Policía Nacional Civil, COAMSS, Colegio Médico, Asamblea Legislativa, Defensoría del Consumidor, Hacienda, Justicia y Seguridad Social, Protección Civil, Bienestar Magisterial, entre otros.

La CONAPREVIAR fue el marco en el que se elaboraron los nuevos lineamientos para el manejo del virus pandémico y la elaboración del Plan Integrado para el Control del Dengue.

Entre las acciones desarrolladas con el sector educativo, se destaca la elaboración del documento para la prevención de brotes de infecciones respiratorias causadas por el virus de la influenza pandémica en instituciones educativas.

Además de las acciones de probada eficacia que se implementaron intersectorialmente para el control de la influenza pandémica, y como consecuencia de la mejora en la coordinación intersectorial, se ha producido ya una mejora sustancial en la comunicación entre el MSPAS y las otras instituciones públicas y privadas de salud, por ejemplo, en la inmediata notificación de casos y defunciones asociadas a neumonía o influenza pandémica, lo que ha permitido una mejora de la vigilancia epidemiológica y la correspondiente toma de medidas oportunas con base en la información recolectada.

8.-Inicio del proceso de reorganización del sector público

Se ha iniciado el proceso de reorganización del sector público. Entre las acciones tomadas en esa dirección se destacan las siguientes: a) reestructuración organizacional del MSPAS que incluye la creación de un nuevo viceministerio, la reestructuración y redefinición de funciones de las áreas técnicas y la elaboración del correspondiente organigrama, la reestructuración administrativa en las direcciones de la red hospitalaria y de las direcciones regionales de salud; b) en los primeros meses de la gestión se logró realizar una cuidadosa y consensuada selección de personal de alto nivel técnico y compromiso social para desempeñarse en las direcciones regionales, direcciones técnicas de nivel central y de la red hospitalaria del Ministerio (este proceso no está aún concluido); se inició la coordinación intersectorial para analizar la viabilidad de coordinar los servicios públicos de salud; c) se iniciaron las negociaciones con los sindicatos para propiciar un clima de diálogo y entendimiento con los trabajadores del sistema nacional de salud.

Entre otras actividades, en el mes de julio se realizó la convocatoria a una misión de alto nivel de OPS/OMS de expertos en sistemas y servicios de salud y se realizó un taller internacional con especialistas en diferentes áreas de la salud colectiva para definir los pasos para la implementación de la política de salud.

9.- Acciones extraordinarias debidas a la pandemia de influenza H1N1

Muy temprano, la conducción del MSPAS fue puesta a prueba con la llegada de la influenza pandémica, que se yuxtapuso, como fue ya dicho, con las limitaciones en todos los órdenes que se encontraron en el sistema. Entre las acciones desarrolladas para el control de la pandemia hubo un gran esfuerzo destinado a la coordinación intersectorial, al llamado a las organizaciones sociales y la población en el marco de la emergencia, como también fue mencionado. Entre las acciones realizadas por el MSPAS, se destacan las siguientes: a) Contratación de 474 profesionales de salud para dar atención a la epidemia; b) compra de medicamentos, insumos médicos, reactivos de laboratorio, compra y reparación de equipo para atender la emergencia; c) gestión de donativo de 16,000 dosis de Tamiflú a través de la OPS/OMS; d) diseño y ob-

servación de un sistema de monitoreo y supervisión del manejo de la pandemia que incluye a todos los servicios de salud del país (monitoreo de la capacidad instalada de 396 unidades de salud y 30 hospitales); e) capacitación de 813 profesionales y técnicos de salud sobre medidas de prevención y control y formación de 21 equipos de salud; f) reorientación de recursos humanos de hospitales sin paredes hacia la red de servicios para la atención de la influenza pandémica y habilitación de espacios especiales para la atención; g) revisión y actualización del protocolo clínico del manejo del virus; h) reforzamiento con 6 unidades móviles de FOSALUD en sitios de mayor demanda de consulta por aumento de enfermedades respiratorias durante la emergencia; i) habilitación de una cuarta Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom; j) elaboración de material educativo que fue distribuido nacionalmente.



Campana Nacional contra la Influenza Pandémica 2009 A H1N1

10.-Formulación de una Campaña Nacional de Saneamiento Ambiental que se inició con el componente de Campaña Contra el Dengue

Se avanzó en la elaboración consensuada intersectorialmente de una Campaña Nacional de Saneamiento Ambiental en donde el componente de lucha contra el dengue es el paso inicial que ya ha comenzado a desarrollarse. Esto último incluyó la elaboración de la estrategia nacional integrada para la prevención y control del dengue en El Salvador 2009 que está en pleno desenvolvimiento.



Brigada cubana-salvadorense "Monseñor Romero" atiende a la población durante la emergencia por la tormenta tropical IDA en Verapaz, San Vicente.



Campana Nacional "Unámonos contra el dengue" desarrollada con desfiles intersectoriales en todo el país.

Capítulo 5

Programas y servicios de salud

Avances en el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de los Servicios del MSPAS

Ya se mencionaron más arriba los principales problemas del campo de recursos humanos en el sector público de salud (Capítulo III) y los principales problemas que han tenido que enfrentarse para sentar las bases de una política de desarrollo y gestión de recursos humanos.

En el marco de la construcción de dicha política se creó en el Nivel Central del MSPAS, la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos, en el ámbito del Vice Ministerio de Políticas sectoriales.

Durante el primer año de gobierno, la recolección de información sobre la composición del personal de salud, sus competencias profesionales y vínculos contractuales fue uno de las tareas que debieron acometerse.

El desarrollo de una capacidad institucional crítica como es la gestión de los hospitales del MSPAS ha merecido una alta prioridad. Para ello se ha iniciado un profundo proceso de educación permanente que ha comenzado con la formación de los 30 directores de hospitales en una iniciativa conjunta entre el MSPAS, la Escuela de Salud Pública de Andalucía y OPS/OMS. Otros socios nacionales e internacionales han cooperado intensamente durante el año transcurrido en el desarrollo de numerosas actividades de capacitación (cursos, talleres, seminarios, becas) para mejorar el desempeño de personal crítico en áreas prioritarias.

En lo que respecta al fortalecimiento de capacidades técnicas del personal de salud se han desarrollado diferentes actividades de capacitación bajo diversas modalidades (cursos, talleres, seminarios y becas). Se ha contabilizado un total de 17 Cursos, un diplomado, dos talleres, 15 jornadas de capacitación y 33 seminarios. Se adjudicaron 41 becas para capacitación en el exterior, en diferentes áreas.

Siendo el desarrollo y fortalecimiento del primer nivel de atención una prioridad dentro del proceso de construcción de un sistema de salud universal y equitativo basado en la APS integral se ha avanzado en la definición de problemas de recursos humanos en dicho nivel. Para ello se trabajó en un taller interno con apoyo de expertos internacionales para examinar las implicaciones de política de recursos humanos de los modelos de atención y de organización de redes integradas de servicios de salud. Se pudieron identificar algunas estrategias para enfrentarlos y se avanzaron algunos elementos importantes

para una política de recursos humanos y para la carrera funcionaria con prioridad del personal que trabaja en dicho nivel.

En ese marco se analizó la experiencia y perspectiva del desarrollo de promotores de salud que son considerados entre los principales impulsores de las acciones de salud familiar y comunitaria que realiza el MSPAS. A la fecha, se cuenta con cerca de 2400 promotores de Salud distribuidos en el área rural y algunas zonas urbano-marginales del país. En el marco de dicho cambio del primer nivel de atención se deberá redefinir y relanzar su importante contribución al sistema de salud. Mientras, en el año transcurrido se han realizado numerosas actividades de capacitación en programas y acciones prioritarias de su ámbito de desempeño.

Se ha retomado la coordinación con las entidades formadoras en salud y la regulación de la formación de pre y postgrado. Para ello se ha formulado e iniciado la ejecución de un plan de educación permanente, e iniciado el trabajo para arribar a un marco de certificación profesional, que antes no se había considerado.

Cambios importantes se han realizado en el sistema de servicio social. El Ministerio de Salud tiene asignadas 366 plazas para médicos/as en servicio social y el promedio de egresados al año es de 500 médicos/as. El servicio social es un requisito obligatorio que debe cumplirse antes de la graduación. Estas plazas remuneradas están distribuidas en las cinco regiones del país. En el primer año de gobierno se han revisado todos los procesos y procedimientos para la asignación de plazas en servicio social; para esto se han tenido múltiples reuniones con las diferentes universidades públicas y privadas para establecer el nuevo reglamento de servicio social. Se ha transparentando el proceso de asignación de plazas de servicio social, tomando en cuenta criterios técnicos y geográficos para la asignación; además se ha solicitado a las universidades que notifiquen los casos especiales de médicos/as que tienen problemas de salud que les impida realizar su servicio social en el interior del país. Después de la evaluación médica y comprobación de su problema de salud se les asigna un lugar accesible con plaza remunerada. Se ha tomado en cuenta el estudiante con mejor CUM de cada universidad, a quienes se les premia con una plaza remunerada como estímulo a su record académico y este año se ha incluido una prueba de conocimiento la cual se elabora con aporte de las diferentes facultades de medicina de las universidades. La asignación de los estudiantes de servicio social se hace

de acuerdo a las necesidades de cada región priorizando los establecimientos de primer nivel de atención con menos accesibilidad.

En mayo del 2010 el MSPAS, junto con el gobierno de Brasil, la Alianza Global para la Fuerza de Trabajo en Salud y las Organizaciones Panamericana y Mundial de la Salud, fue organizador y anfitrión del Taller Internacional de alto nivel sobre Planes de Recursos Humanos para la Atención Primaria en Salud y coordinación inter-sectorial y social. Los objetivos del taller se orientaron al análisis de la situación del desarrollo de planes de recursos humanos dentro de la transformación de los sistemas de salud basados en la atención primaria y la integración de los servicios, en perspectiva intersectorial. Fue muy interesante la caracterización de las prácticas y niveles de relación entre los Ministerios de Salud y sus contrapartes Ministerio de Hacienda, Trabajo y Educación en la construcción de viabilidad de los planes de recursos humanos. Participaron los ministerios de salud de: Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y El Salvador, así como las respectivas delegaciones de los Ministerios de Salud, Educación, Finanzas y Trabajo.

El sistema de residencias médicas, desde hace ya varios años venía funcionando con unidades de enseñanza que desarrollaban funciones que legalmente correspondían a las instituciones formadoras de recursos humanos, con procesos de selección objetables y extendiendo diplomas que no les correspondían. Por ello, en esta administración, se constituyeron las unidades formadoras de profesionales que en este proceso de transición trabajan en coordinación con las universidades para abordar legal y administrativamente las especialidades; además de darle cumplimiento a la ley de educación superior que desde el año 2004 define lo relacionado a las especialidades médicas. Es de mencionar que a la fecha se tiene inscritas 5 de 60 especialidades en el Ministerio de Educación, lo que denota el desinterés que ha existido en la formación de especialistas en el país.

Avances en la Red de Servicios de Salud

Para fortalecer la gestión de la red de servicios de salud se renovaron los directores de los treinta hospitales del país, los directores de las regiones y la mayor parte de los directores de SIBASI. Esta renovación fue realizada respetando los derechos laborales de los funcionarios, quienes encontraron otras posiciones en el sistema de salud para continuar desarrollando su labor profesional.

Asimismo, se incorporaron 15 nuevos municipios a la estrategia de extensión de cobertura, se mejoró la infraestructura sanitaria y el equipamiento de 103 establecimientos del primer nivel de atención, reactivándose casas de salud, centros rurales de nutrición y hogares de espera materna que se encontraban abandonados o funcionando de manera parcial.

Acorde a la política de participación social, se activaron 1,660 comités de salud y el MSPAS participó de 2,366 asambleas comunitarias.

Entre los logros en la red hospitalaria, pueden mencionarse la extensión de cobertura y la mejora en el nivel de respuesta de la red hospitalaria. Para ello se avanzó en la contratación de personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo en toda la red. Para los hospitales del segundo nivel de atención se contrataron 71 recursos entre médicos generales y especialistas. Se aumentó en un 2.4% el número de egresos hospitalarios con relación al período anterior, logrando una disminución del promedio de estancia hospitalaria en un 3% que refleja una mejor utilización de las camas con un incremento del 2.5% del índice de ocupación. En el hospital Bloom se amplió la consulta externa hasta las cuatro de la tarde, se reinició el Programa de Tamizaje Neonatal para detectar hipotiroidismo y prevenir retraso mental y se han disminuido los tiempos de espera a un plazo menor de 2 meses en el 80% de las citas de especialidades. Las unidades de emergencia de los Hospitales Rosales y Nueva Concepción se reforzaron con médicos de planta.

Con el Proyecto de Cirugías Móviles se han realizado 8,450 procedimientos quirúrgicos mayores que habían estado por meses y hasta años en largas listas de espera. Este proyecto consiste en trasladar la atención quirúrgica a los lugares donde se necesite, mediante el desplazamiento de cirujanos, ginecólogos, enfermeras y anestesiólogos con el equipo quirúrgico a las instalaciones de los hospitales de la red nacional que tengan alta demanda de cirugías mayores. La consulta externa se ha incrementado en un 28% con respecto al mismo período del año anterior.

El Hospital Rosales creó el Servicio de Respuesta Rápida con 20 camas para atender pacientes que no requieren más de 72 horas de estancia; a la vez, en el mismo centro se creó el Comité Gestor de Camas que le asegura al paciente quirúrgico llegar al hospital cuando se tiene efectivamente la cama. Se realizó el fortalecimiento del programa de cirugía de corazón abierto, el que consiste en disminuir el tiempo de espera de los pacientes pro-

gramados, realizando en este periodo 48 cirugías; este logro es significativo comparado con el quinquenio anterior, en el cual realizaban un promedio de 6.8 cirugías por año. A finales del mes de abril del presente año se inició la remodelación de la segunda planta del Hospital de Especialidades y que beneficiará a pacientes de Hematología, Nefrología, Hemodiálisis y Transplante Renal.

En el Hospital de San Vicente se habilitó el Sistema de Salud Integral en la Unidad de Emergencia beneficiando al 100% de usuarios que acuden a dicha unidad. Santa Rosa de Lima construyó la Sala de Espera en Fisioterapia para beneficiar a 10,276 personas atendidas por primera vez en el año. Sonsonate inauguró el Proyecto sobre el proceso de acompañamiento de familiares de pacientes en horas de visita donde se explica el diagnóstico, evaluación y tratamiento de cada paciente a los familiares, esto con el fin de generar confianza y tranquilidad a la familia lo que beneficia al 100% de los pacientes ingresados.

El Hospital de Maternidad implementó la consulta externa de atención inmediata en ginecología, obstetricia, oncología y nutrición, beneficiando a 96,806 pacientes que acuden a pedir cita atendiéndoseles el mismo día que la solicitan; asimismo se creó el plan de acortamiento de citas para ultrasonografías de mama, beneficiando a 26,446 personas. También, se inauguró la sala de rayos x, debidamente equipada, beneficiando a 29,608 pacientes. En Ahuachapán se abrió en el mes de agosto la Clínica de Úlceras y Heridas beneficiando a 2,105 usuarios que solicitaron el servicio, asimismo, en el mes de septiembre, se reabrió el Servicio de Planificación Familiar, beneficiando a 2703 usuarias por la implementación de métodos permanentes, dando cobertura a los doce municipios del Departamento de Ahuachapán, Sonsonate y Santa Ana, así como a usuarias de la hermana República de Guatemala.

En el tema de fortalecimiento de capacidades del recurso humano, en la red de hospitales se desarrollaron 2,140 eventos de capacitación, tanto a empleados como a usuarios, para promover intercambios académicos, cursos de acreditación en habilidades específicas, diplomados y conversatorios sobre temas especializados. Las actividades más destacadas en esta área son: Curso de Gerencia Hospitalaria a los treinta Directores de Hospitales que dio inicio el 26 de mayo del presente año y que fue diseñado y dictado con el apoyo de la Escuela Andaluza de Salud Pública y la OPS/OMS. Se realizaron numerosos intercambios académicos, entre los que se destacan los intercambios entre el Hospital Rosales y la Universidad de

Yale, la relación con el Hospital de Norwalk, el Hospital Universidad de la Paz en España, así como capacitaciones en varios países.

En el marco de la pandemia de A (H1N1) y de la epidemia de Dengue se crearon los lineamientos actualizados y flujogramas para unificar el manejo de las 2 enfermedades, se socializaron apropiadamente y en los 521 consultorios médicos de hospitales de segundo y tercer nivel se cuenta con el flujograma como guía de atención, de igual forma en los 1570 consultorios del primer nivel de atención. Se realizó con el apoyo de USAID (URC) un estudio que incluye los treinta hospitales nacionales sobre Prevención de Infecciones Nosocomiales y como resultado se conformaron 30 comités, uno en cada hospital, para garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención.

El personal médico, paramédico y de enfermería de los hospitales ha sido reacreditado, en los cursos de Reanimación Neonatal y Transporte del Recién Nacido Crítico ya Estabilizado, con el propósito de disminuir las muertes en este grupo etéreo, logrando así un mejor manejo del recién nacido.

En el caso de San Miguel se logró el equipamiento del nuevo hospital. En algunos nosocomios se han separado las áreas que dan atención a las enfermedades epidémicas, se ha reparado en algunos casos la infraestructura existente, se han realizado inversiones para mejorar las medidas de seguridad e higiene y se ha adquirido en propiedad bienes inmuebles como es el caso del Hospital de Jiquilisco.

Logros de los Programas de Salud

Los Programas de Salud son uno de los componentes esenciales para orientar, programar, gestionar y apoyar la ejecución de estrategias e intervenciones costo efectivas que se traduzcan en acciones de atención en los servicios de salud. El propósito de la gestión de la política de salud es asegurar que los Programas sean cada vez más pertinentes en su función normativa y de apoyo técnico a los servicios de salud y que de manera progresiva se vayan integrando en los mismos, dejando de ser estructuras centralizadas verticales.

Atención integral en Salud de la Niñez

Comprende las intervenciones costo efectivas que satisfacen las necesidades de salud desde las 22 semanas de gestación hasta los nueve años de edad para una bue-

na calidad de vida, y el crecimiento y desarrollo óptimos de las potenciales humanas. Con el apoyo de AECID, el Programa ha centrado su trabajo durante este período en la mejoría de las capacidades del personal de salud de la red de servicios de salud mediante actividades de capacitación y el desarrollo de metodologías, guías e instrumentos (escalas, criterios técnicos y estándares) para la gestión del programa y la atención propiamente dicha. Asimismo ha realizado campañas de promoción y prevención de aquellos riesgos y enfermedades prevalentes.

Atención Integral en Salud de los Adolescentes

Este es un programa de importancia crítica considerando los serios problemas que confronta la población adolescente de nuestro país. Uno de los principales, con alta incidencia en la maternidad materna, es el embarazo en adolescentes. El Programa ha privilegiado estrategias intersectoriales y de participación de los adolescentes en acciones orientadas a sus problemas de salud y condiciones de vida. Entre estas se deben mencionar la organización de grupos de Promotores Juveniles de Salud, el Foro de Adolescentes para la discusión de estrategias de prevención del embarazo en ese grupo de edad y para sensibilizar y mejorar el conocimiento de temas claves de la salud sexual y reproductiva; la organización de Círculos de Adolescentes Embarazadas, Jornadas de Promoción de Salud de Adolescentes, y la coordinación con otros ministerios como Educación y Trabajo para desarrollar estrategias conjuntas de promoción de salud de los adolescentes y otros problemas como acoso sexual.

Atención Integral en Salud de la Mujer

Uno de los principales problemas de salud pública en el país es la elevada mortalidad materna. Y es, por tanto, la mayor prioridad del Programa que activamente promueve acciones integrales con enfoque de género. Una especial dedicación del Programa ha sido el desarrollo de capacidades del personal de salud, desde directores de hospitales y SIBASI hasta el personal de atención directa para mejorar la atención materno perinatal, fortalecer competencias de consejería en planificación familiar y prevención, y manejo de problemas de alta importancia como cáncer de cuello uterino y de mama.

El desarrollo de guías técnicas, protocolos de atención y la mejoría de sistemas de información han sido importantes actividades. Dentro de las limitaciones existentes se ha tratado de mejorar la dotación y el equipamiento

de los servicios de salud para una mejor atención a la madre salvadoreña.

En materia de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) se han tenido considerables avances. Entre ellos, se ha logrado rescatar el enfoque de la SSR como un derecho, diferenciando entre derechos sexuales y derechos reproductivos, basados ambos en criterios de libre voluntad, accesibilidad cultural y económica.

Tradicionalmente el concepto de SSR estaba vinculado al sistema biológico de la reproducción y las Políticas Públicas y los programas de Salud Sexual y Reproductiva centralizadas en el control de la fecundidad; sin tomar en cuenta la construcción de la sexualidad y sin la visión integral de la vida humana.

Ahora incorpora las ciencias sociales, el marco ético de los derechos humanos con respeto a la cultura y las decisiones individuales. Esto implica romper procesos y realidades socioculturales de desigualdad y exclusión que mantienen estructuras de subordinación hacia las mujeres: violencia intrafamiliar, incesto, violencia sexual, feminización del VIH/sida entre otros. Tendrá enfoque de Promoción de la salud: determinantes e intersectorialidad.

En ese marco se avanzó en la construcción del marco de política pública nacional y del marco legal para el aseguramiento de insumos para la promoción de la SSR. Con apoyo del UNFPA se inició el proceso de la elaboración del plan para la construcción participativa de la política nacional de SSR y la primera fase de su implementación.

Con el objetivo de establecer un programa intersectorial de educación sexual y prevención del embarazo en adolescentes, se han fortalecidos las relaciones con el Ministerio de Educación, ONGs que trabajan el tema y otras instituciones del sector salud para coordinación y propuesta.

En materia de detección oportuna y tratamiento del cáncer de cérvix y de mama en mujeres de 15 a 59 años, se han fortalecido los diferentes niveles de atención con personal, material y equipo, incluyendo la apertura de 2 nuevos laboratorios de patología en el nivel regional: Región Paracentral (Hospital de San Vicente) y Región Central (Hospital San Rafael) y de una unidad de inmunohistoquímica en el Laboratorio Central.

Con respecto a la atención de la salud reproductiva se introdujeron los cuidados preconceptionales (antes del embarazo) sumándose a las intervenciones realizadas

durante el embarazo, parto y puerperio, se trata de administrar ácido fólico a todas las mujeres en edad fértil para evitar las malformaciones congénitas del tubo neural.

Planificación familiar: Al finalizar el apoyo de USAID para la dotación de anticonceptivos, en este período se tomó la decisión de que a partir del 2011 este Ministerio asumirá el 100% de la dotación de anticonceptivos que se necesitan; anteriormente el MSPAS financiaba sólo una parte. Asimismo se decidió la compra de anticonceptivos de mayor demanda de las adolescentes, los que no estaban hasta ahora en el listado de medicamentos.

Atención Integral al Adulto Masculino

El enfoque del programa es eminentemente promocional y preventivo. Por ello su trabajo se ha centrado en la mejoría de condiciones de calidad de la atención en los niveles locales de las necesidades de salud del adulto masculino mediante acciones educativas para médicos y enfermeras de SIBASI y Unidades de Salud de la Región Metropolitana. Esta estrategia se complementa con el diseño y producción de guías técnicas para la atención de la salud del adulto masculino.

Del mismo modo se han capacitado numerosos promotores de salud en la atención comunitaria en temas de salud sexual y reproductiva de este grupo de población. El correlato de organización comunitaria son los grupos comunitarios para el autocuidado y la salud sexual y reproductiva.

Atención Integral en Salud del Adulto Mayor

Es prioridad de este Programa mejorar la calidad, integralidad y la cobertura de la atención de la salud de los adultos mayores. Existe en vigencia la Ley de Atención Integral a la Persona Adulta Mayor y exige mejorar la capacidad resolutoria de la atención de salud a este grupo importante de nuestra población. Ha sido un esfuerzo permanente para aumentar el número y gama de atenciones sanitarias a este grupo etario. Las jornadas de sensibilización al personal de salud han sido exitosas en este empeño complementadas con jornadas de atención médica odontológicas en sociedad con el Consejo Nacional de Atención a los Programas de Adultos Mayores.

La capacitación del personal ha sido una importante actividad en este período. Si bien inicialmente se orientó a médicos, enfermeras, educadores y odontólogos, se ha extendido a personal multidisciplinario en los diversos niveles de atención. El trabajo con líderes comunitarios

se ha incrementado con la finalidad de que se incorporen como facilitadores en materia de promoción de la salud y prevención de daños y complicaciones. Se ha complementado con el desarrollo e implementación de guías técnicas y protocolos de atención.

Salud Comunitaria

El foco poblacional del Programa han sido las comunidades de 169 municipios rurales y urbanos del país, donde viven unas 800,000 personas. Se ha buscado incrementar acciones de intervención integral en las comunidades a cargo de promotores de salud, acciones de monitoreo y vigilancia nutricional, prevención de complicaciones en embarazadas, atención a mujeres en el post parto inmediato y a sus recién nacidos. Para ello se ha capacitado intensivamente a promotores de salud en la atención de enfermedades prevalentes de la infancia y perinatales.

Salud Bucal

El Programa ha avanzado significativamente en la implementación de estrategias e intervenciones para la promoción y prevención de problemas en la salud bucal. Muestra de esto ha sido la campaña de sensibilización denominada Mes de la Salud Bucal que movilizó a más de 150,000 personas que se beneficiaron de actividades de prevención y de atención. Se han realizado numerosas actividades de capacitación al personal profesional y técnico en materia de normas técnicas, nuevas técnicas de atención y novedosos enfoques en odonto-estomatología. En acuerdo con el Ministerio de Educación y con apoyo privado se logró mejorar la dotación de insumos para la salud bucal en escuelas de siete departamentos del país.

Unidad de Enfermería

Una de las prioridades del Programa ha sido la implementación de un nuevo Modelo de Atención de Enfermería en los servicios del primer nivel de atención y que define intervenciones integrales de atención con participación comunitaria basadas en la Atención Primaria de Salud. Con el objetivo de contribuir a mejorar la resolutoria y calidad de la atención a la madre y el niño y disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, se han realizado programas de capacitación en temas críticos como Control de Infecciones Nosocomiales, Morbilidad y Maternidad materna, Salud Sexual y Reproductiva, Atención a los Adultos, Salud Comunitaria, etc. Con foco en las Regiones Metropolitana, Central y Occidental del Sur. Se ha mejorado también la dotación de equipo indispensable

a los establecimientos de primer nivel de atención y de algunos hospitales.

Nutrición

La Política de Salud señala la necesidad de establecer el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional en todo el ciclo de vida como un componente fundamental de la promoción de la salud y basado en los determinantes sociales de la situación alimentaria y nutricional del país. En este marco, se realizaron actividades orientadas a:

- Fortalecimiento del componente nutricional infantil y materno en el 100% de las unidades de salud y hospitales (Iniciativa de Unidades de Salud Amigas de la Niñez y las Madres y Hospitales Amigos de los Niños), creándose áreas de consejería en lactancia materna, grupos comunitarios de apoyo a la lactancia materna y la alimentación infantil, promoción y vigilancia del crecimiento de niños en la comunidad a través de promotores de salud y consejeras voluntarias.
- Normativa reguladora por la cual se asegura a toda madre poder ausentarse de su jornada laboral hasta por una hora diaria, durante los 6 meses posteriores a su regreso de la licencia de maternidad, con el fin de lactar a su hijo.
- Desarrollo de estándares de lactancia materna cuyo proceso de implementación está ya en curso en las 28 maternidades del Ministerio de Salud Pública.
- Fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal de promotoras en nutrición para beneficiar a los niños asistentes a los Centros Rurales de Salud y Nutrición (niños de 2 a 6 años)
- Vigilancia y monitoreo de la fortificación de alimentos con micronutrientes a nivel de hogares, en coordinación con el Viceministerio de Comercio e Industria del Ministerio de Economía.
- Fortalecimiento de las capacidades técnicas de profesionales de laboratorio clínico, químicos analistas y nutricionistas en el uso de técnicas isotópicas para la evaluación del estado nutricional.
- Oficialización de la Comisión Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional (CONASAN), integrada por las Secretarías de Salud, Agricultura e Inclusión Social de la Presidencia.

Salud Mental

En virtud de la oficialización de la Política Nacional de Salud Mental se elaboró el “Plan de Implementación de la Política Nacional de Salud Mental”, instrumento que permita sistematizar los procesos dirigidos a mejorar el alcance y calidad de la atención integral de la salud mental. Se retomó el proceso de “Descentralización de la Atención de la Persona Epiléptica, y de Salud Mental”. Dentro de esta estrategia se contempla la creación de Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales, así como la creación de la Primera Unidad de Urgencias Psiquiátricas y un Hospital de día, el cual se ubicará en el Hospital Nacional Zacamil.

Una prioridad fue apoyar la integración de equipos de primera respuesta, elaboración y validación del material en salud mental en desastres para atender las necesidades de atención psicosocial a las personas de los departamentos mayormente afectados por las emergencias: San Salvador, San Vicente, Cuscatlán, La Paz, y La Libertad.

La capacitación del personal ha sido otra importante actividad del programa. Con apoyo de OPS/OMS y UNICEF para capacitar a 500 trabajadores multidisciplinarios en autocuidado, metodología de intervención psicosocial para niñas y niños, metodología de “Carrusel”, intervención en crisis, y arteterapia.

El trabajo coordinado al interior del sector y con otros sectores para lograr un mayor impacto en el fortalecimiento de la estructura institucional de la salud mental y en la atención de los problemas prioritarios desde los diferentes sectores (Consejo Nacional de Seguridad Pública, Dirección General de Centros Penales, Secretaría Nacional de Inclusión Social, Instituto Salvadoreño de la Niñez y Adolescencia entre otros).

Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen

El Programa ha logrado mantener el indicador de eliminación de la Lepra a nivel país en 0.1x 10,000 hab. con el diagnóstico temprano de la enfermedad, el apoyo de la poliquimioterapia gratuita y por la atención en el primer nivel de atención. La detección temprana de los casos, el acceso a la atención y el tratamiento normado, oportuno y gratuito al 100% de pacientes ha disminuido significativamente el número de casos con discapacidad grado II (en el año 2009 no se presentó ningún caso con esta discapacidad y el 77 % de los casos no presentó discapaci-

dad alguna al momento de su detección). Igualmente ha mejorado notablemente la información y tratamiento de la información acerca de la enfermedad en la población.

Se ha capacitado a la totalidad del personal de los servicios (médicos, enfermeras y laboratoristas) para mejorar el monitoreo y manejo de casos nuevos y diagnóstico bacteriológico. Esta actividad se ha fortalecido por la producción del Manual para la prevención de discapacidades producidas por la enfermedad en apoyo a la prevención y evitar el agravamiento de discapacidades ya existentes en los pacientes. Se ha trabajado con personal técnico fisiatras y fisioterapeutas del ISRI y del ISSS, para que los pacientes con esta enfermedad puedan ser evaluados por dicho personal y referirlos a los establecimientos de salud locales para el seguimiento de las indicaciones de éstos especialistas en el manejo, prevención, rehabilitación, atención paliativa y apoyo en el autocuidado de las discapacidades que les produce la enfermedad.

Infecciones de Transmisión Sexual / VIH / Sida

El Programa Nacional de ITS/VIH/Sida se ha proyectado intersectorialmente con una nueva visión basada en los principios de UNIR, CRECER e INCLUIR. En esa estrategia se ha capacitado a fiscales sobre marco legal, conceptos básicos de VIH y la proyección del Programa. A fin de mejorar la adherencia a la Terapia Antirretroviral en el nivel comunitario y hospitalario en las cinco regiones de salud, se han incorporado promotores de salud, portadores del VIH, capacitados para trabajar el tema con pares y con población general. Resultado de esta estrategia se han mejorado las acciones de prevención, educación, consejería pre y post prueba, consejería de inscripción a TAR, coinfección, visitas hospitalarias, visitas domiciliarias y charlas personales, beneficiando a 20,000 personas.

En junio 2009 se inició la ejecución de la propuesta RCC (Rolling Continuation Channel) con financiamiento del Fondo Global para incorporar estrategias innovadoras para el abordaje preventivo del VIH/Sida en poblaciones vulnerables de alto riesgo, fortalecer las acciones para el abordaje preventivo, promover la no discriminación y abogacía del VIH/Sida y brindar atención integral a las personas que viven con VIH/Sida en las diferentes instituciones prestadoras de servicios. Se procura beneficiar a portadores conocidos del VIH, mujeres embarazadas, población de 25 a 49 años, población joven de 15 a 24 años, hijos e hijas de portadores conocidos del VIH, PL (Privados/as de libertad), PM (Población móvil), TS (Trabajadoras/es sexuales), HSH (Hombres que tienen sexo con

hombres) y población general.

Otras intervenciones promovidas por el Programa son:

- La mejoría del Centro de Llamadas de SIDATEL ubicadas en el Ministerio de salud y seis ONG con líneas amigas que trabajan en prevención de ITS y VIH-Sida
- Evaluación del Plan Estratégico Nacional para la Atención, Prevención y Control del VIH/Sida e ITS 2005-2010
- Estimación y actualización del número de personas portadoras del VIH en tratamiento antirretroviral y el estimado de compras de medicamentos antirretrovirales
- Capacitación vía online de profesionales entre ginecólogos, pediatras e internistas
- Implementación del Sistema de Información de Atención Integral integrado al SUMEVE, en 17 hospitales del Ministerio de Salud desde 2009
- Actualización del documento Guía de Atención Nutricional para Personas que Viven con VIH/Sida
- Mejoría del acceso universal a terapia antirretroviral a más de 5,000 personas portadoras del VIH en 20 hospitales con servicios descentralizados de atención integral
- Investigación para la definición de una línea de base de la situación relacionada con infecciones de transmisión sexual, incluyendo en el estudio más de 70 establecimientos de salud del MSPAS
- Informe UNGASS (Declaración de Compromiso sobre el VIH/Sida del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida)
- El proyecto de VIH y Prisiones con apoyo de las autoridades del MSPAS y del Ministerio de Seguridad Pública y Justicia, dando cumplimiento a los compromisos adquiridos en los planes conjuntos 2009, esfuerzos que incluyen sensibilización de las PPL (personas privadas de libertad), charlas, consejería y tamizaje de los/as esposas/os
- Formación de facilitadores en la metodología del Recorrido Participativo SIDA, AMOR, VALORES Y SEXUALIDAD a personal de Salud de Región Central y Paracentral de Salud..
- Adquisición de Material Educativo sobre prevención de ITS/VIH-Sida para poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad

- Tercera edición del “Día de la Prueba”, Campaña Nacional que tiene como fin facilitar los recursos necesarios para tamizar en VIH a todas las personas que lo soliciten a nivel nacional
- Estudio de impacto socioeconómico del VIH-Sida en El Salvador para contribuir a la evaluación de los aspectos epidemiológicos, actuales y futuros del VIH-Sida en El Salvador; así como también al análisis del impacto socioeconómico de éstos y a la identificación de las políticas más adecuadas para revertir la epidemia.

Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (PENTER)

La tuberculosis sigue siendo una enfermedad prioritaria con preocupantes niveles de incidencia y prevalencia, sobre todo en algunos grupos de población como los presos. La coinfección con VIH/Sida es una condición que requiere de gran atención y de nuevos enfoques debido a que es una de las principales causas de muerte de los que viven con el virus del VIH.

Se ha promovido activamente la conformación de comités de pacientes afectados por la enfermedad y a la fecha existen activos 6 comités: 5 regionales y uno nacional. Estos comités están siendo capacitados en contenidos de tuberculosis y en derechos y responsabilidades del paciente con tuberculosis.

El Programa ha desplegado esfuerzos significativos para mejorar las condiciones y la calidad de la atención a la enfermedad. Son numerosas las actividades de capacitación dirigida al personal de los diferentes niveles de atención. Entre ellas se ofrecieron cursos de capacitación dirigido al personal de salud, se organizó un diplomado, se organizó el VI Congreso de Tuberculosis con la participación de 300 personas del sector salud involucrados en el manejo de la tuberculosis, así como personal de organismos No Gubernamentales que trabajan en tuberculosis y en VIH/Sida y que colaboran con el Programa en el cumplimiento de la normativa de atención.

Asimismo se realizaron diversas actividades para enfrentar la coinfección TB/VIH, se realizó la búsqueda intensiva de casos de tuberculosis, manejo de la coinfección TB/VIH estandarizado tanto en Norma del Programa de tuberculosis y Protocolo de VIH/Sida, se elaboró la estrategia nacional para fortalecer la integración de las actividades colaborativas de TB/VIH y se realizó la publicación y difusión del libro de descarte de tuberculosis en per-

sonas con infección por el VIH y de la Guía de manejo integral de la coinfección TB/VIH.

Promoción de la Salud

La puesta en práctica de la política de salud en materia de promoción de la salud, implica el desarrollo de políticas e intervenciones saludables que comprenden a los diferentes sectores involucrados en los determinantes sociales de la salud. En esa línea se pueden mencionar las siguientes iniciativas:

- Elaboración del Plan Estratégico de la Comisión Nacional Antidrogas (CNA), bajo la conducción del Ministerio de Seguridad Pública, a fin de abordar la temática de Drogas
- Elaboración del Plan Estratégico para la Comisión Antidoping del Instituto Nacional de los Deportes (INDES), bajo la conducción del MINED
- Actividades específicas de Información, Comunicación y Educación (IEC) para la generación de cambios de comportamiento en coordinación con los diversos programas de salud
- Activación de 607 clubes con la participación activa de más de 16,000 adultos mayores quienes reciben atención preventiva, salud mental y participan en actividades comunitarias, socio-recreativas, y en la ejecución de proyectos productivos y de intercambio de experiencias intergeneracionales entre adultos mayores y jóvenes
- Campaña “Unidos y Unidas por la Salud Neonatal”, enfocada a la prevención de las complicaciones en los recién nacidos, promoción de la lactancia materna y el desarrollo psicomotriz
- Jornadas de información y sensibilización a 30 profesionales de comunicación social, sobre la situación de salud de adolescentes, género y derecho, masculinidad y prevención del embarazo
- Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación para el Cambio de Comportamientos para la prevención del Dengue IEC/CCC Dengue”
- Implementación de la INFOSALUD Móvil a través del teatro popular y educación lúdica (con títeres) para llevar mensajes sanitarios a diferentes comunidades del país con el apoyo del personal del MSPAS y de ONG’s
- Promoción de nuevos modelos educativos como “Casa

del Agua Saludable" (NE CAL AT YEJC por su traducción a la lengua náhuatl) para lo cual se han capacitado a más de 200 líderes comunitarios e interinstitucionales

- Implementación del Teléfono Amigo para brindar información sobre la prevención de la Influenza "A" H1N1, fiebre amarilla, dengue, VIH/Sida, así como para responder a solicitudes de trámites, vacunación y fumigación, entre otros, por parte de la población
- Campañas de comunicación y educación en medios de comunicación masiva sobre la prevención de la Influenza "A" H1N1, Dengue, Diarrea, Higiene en la Vivienda, Uso de Puriagua, Infección respiratoria aguda en la niñez, tratamiento hospitalario de Influenza H1N1, prevención de sepsis neonatal y atención infantil.

Salud Ambiental

El Programa de Salud Ambiental ha dado prioridad al fortalecimiento de la vigilancia de las condiciones sanitarias de la población, aplicando la estrategia de Atención Primaria de la Salud Integral a los diferentes componentes ambientales. Bajo ese marco se destacan las siguientes intervenciones:

- Vigilancia de alimentos fortificados, con el apoyo del laboratorio de Control de Alimentos y Agua, para verificar el nivel de fortificación de los productos alimenticios encontrándose fortificación con hierro y ácido fólico y vitaminas del complejo B en el 98% de la harina de trigo, 73% en la harina de maíz; fortificación con vitamina "A" en el 71% de las muestras de azúcar y fortificación con yodato de potasio en el 72% de las muestras de sal.
- Control de los procesos de autorización de importaciones de productos sanitarios. Se obtuvo, previo a la comercialización, el registro sanitario de 3,087 productos alimenticios y bebidas, 54,655 importaciones de alimentos y bebidas y 502 dictámenes técnicos.
- Vigilancia de la calidad del agua de consumo humano. Se realizaron 1,034 análisis de muestras de agua envasada, con el 94.50% dentro de norma; 6,402 muestras de análisis bacteriológico, 94.80% dentro de norma y 464 muestras de análisis físico químico, con el 72.80% dentro de norma.
- Regulación y control de otorgamiento de permisos de urbanizaciones de interés social se consolidaron 63 resoluciones a nivel nacional mediante la Ventanilla Úni-

ca, bajo la coordinación del Viceministerio de Vivienda y en el cual intervienen las instituciones de: ANDA, MARN, MSPAS, Secretaría de Cultura (SECULTURA) y el Viceministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano (VMVDU).

- El Programa de recuperación de desechos sólidos comunes en los establecimientos de salud. Durante el 2009 fue implementado en 31 establecimientos, de los cuales 13 son hospitales nacionales y 18 unidades de salud. Habiéndose recuperado 1,015.56 Kg. de plásticos, 3,337.59 Kg. de papel y 157.36 Kg. de aluminio.

Oficina por el Derecho a la Salud

La Oficina por el Derecho a la Salud, nace en agosto de 2009 ante la necesidad de dar respuesta personalizada a las solicitudes y denuncias presentadas a los titulares de esta Secretaría de Estado. Es un esfuerzo por brindar a la población un acercamiento a las Autoridades de Salud con calidad y calidez, investigando denuncias ciudadanas generadas en la prestación de servicios de salud y respondiendo a las solicitudes de necesidades requeridas para la atención de la salud y la enfermedad.

En el período se han presentado un total de 1,728 solicitudes, de las cuales 1325 (77%) se han resuelto, siendo principalmente solicitudes para la realización de exámenes diagnósticos (27%; 460 solicitudes), necesidad de información sobre distintos temas de salud (25%; 432), atención por médicos especialistas (15%; 253), obtención de medicamentos (14%; 245).

En cuanto a denuncias se recibieron un total de 214, relativas principalmente a insalubridad, falta de medicamentos e insumos y falta de atención médica, entre otras, las cuales se canalizaron a través de las diferentes direcciones regionales de salud y hospitales nacionales para su respectiva investigación, solución y seguimiento.

Comunicaciones

La Unidad de Comunicaciones del Ministerio de Salud pasó de ser únicamente un área de protocolo de las autoridades de esta cartera de Estado, a una Unidad que define y propone los mensajes informativos en salud a las instituciones de los diferentes ministerios y autónomas. Trabajar de la mano con las áreas técnicas, como Vigilancia de la Salud, Servicios de Salud y Promoción de la Salud ha sido el asidero más importante para la elaboración de las propuestas comunicativas. Una mención especial

merce la experiencia de construcción comunicativa en el seno de la Subcomisión de Comunicaciones de la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD).

Se trabajó con las y los responsables de comunicaciones de los diferentes ministerios, autónomas y de gobiernos municipales para unificar y compartir los mensajes educativos sobre la prevención y atención de la gripe pandémica A H1N1 y Dengue; esto demostró la importancia que tiene la rectoría de Salud en los mensajes referidos al ámbito de Salud.

Para el lanzamiento de las campañas de comunicación masiva se contó con el apoyo financiero de organismos y agencias internacionales (USAID, CDC, CARE, OPS/OMS, Plan Internacional) y con fondos nacionales provenientes de Fosalud y FOPROMID, erogados para las emergencias de Influenza Pandémica 2009 A H1N1, Dengue, y las tormentas tropicales Ida, Agatha y Alex. Desde la UDECOM se alimenta diariamente la página web con la información del quehacer cotidiano de sus autoridades y sobre las emergencias de salud. Además se cuenta con el programa semanal "Viva la Salud" transmitido en Radio Nacional de El Salvador, 96.9 de FM, desde el 18 de enero de 2010.

Asimismo se facilita información a la prensa nacional e internacional y se coordinan las entrevistas y presentaciones del personal de salud en los diferentes medios de comunicación. Además se preparan informes a solicitud de la Secretaría de Comunicaciones de la Presidencia para que las actividades del Ministerio de Salud sean retomadas por el Presidente de la República en sus discursos.

Inversión Física en Salud

Inversión Pública

La mayor parte de la red de establecimientos de servicios tiene estructuras antiguas y deterioradas; además, ha sufrido muchas pérdidas ocasionadas por los fenómenos naturales ocurridos en el país, aunado a la falta de un mantenimiento preventivo. Como resultado, dicha red se encuentra bastante deteriorada e insuficiente ante el constante aumento de la demanda.

El 28% de unidades de salud se encuentran en condicio-

nes inadecuadas de espacios y servicios hidrosanitarios y equipo obsoleto; el 77 % de los hospitales se encuentran deteriorados y en algunos ambientes fuera de norma hospitalaria internacional.

Enfocada a fortalecer la red de establecimientos de salud, se crea dentro del MSPAS la Dirección de Desarrollo de la Infraestructura Sanitaria, encargada de ejecutar la inversión pública requerida, la que estará enfocada a rehabilitar, mejorar, adecuar y ampliar las instalaciones sanitarias para que propicien ambientes confortables y con capacidad para la atención de la oferta de servicios. Esto incluye, entre lo más esencial, infraestructura y equipamiento.

Para el período a informar se ha contado con financiamiento de diferentes fuentes.

- Reconstrucción por emergencia de la red hospitalaria en áreas afectadas por terremoto

La inversión en la Red de Hospitales se generó a partir de los terremotos del 2001, con el Convenio de Préstamo BIRF 7084-ES suscrito entre el Gobierno de El Salvador y el Banco Mundial el 11 de enero de 2002, ratificado por la Asamblea Legislativa de la República de El Salvador el 3 de junio de 2003. La disponibilidad de los fondos en el Presupuesto General de la Nación para iniciar la ejecución del Proyecto RHESSA se obtuvo hasta el mes de julio de 2004, con previsión de finalizarse el 30 de abril de 2007. A partir de esa fecha se han tenido tres ampliaciones de plazo, la última hasta el 31 de octubre de 2010.

Este convenio comprendía:

- Financiar el proyecto de reconstrucción de 7 hospitales por emergencia de los terremotos
- Efectuar la extensión de cobertura de servicios de salud en las zonas norte y paracentral del país
- Desarrollar el fortalecimiento institucional del MSPAS mediante la ejecución de programas de inversión.

Durante la presente administración a partir del 1 de junio del 2009, el proyecto se recibió con diferentes inconvenientes:

- De los 7 hospitales programados solamente estaban dos concluidos, cuatro sin finalizar y uno sin ejecutar.
- Variaciones en la asignación presupuestaria original con respecto a la contratada.

N.	Nombre de Hospital	Estimado 2001 (\$)	Contratado (\$)	Estado físico
1	San Rafael, Santa Tecla, La Libertad	15,200,000.00	20,152,497.35	Concluido
2	Cojutepeque, Cuscatlán	9,120,443.00	11,653,228.10	Concluido
3	San Juan de Dios, San Miguel	16,500,000.00	32,964,315.75	proceso
4	Santa Gertrudis, San Vicente	14,000,000.00	22,460,661.60	proceso
5	San Pedro, Usulután	7,600,000.00	13,374,124.84	proceso
6	Santa Teresa, Zacatecoluca	8,241,558.00	13,920,360.86	proceso
7	Hospital de Maternidad	\$ 29,900,000.00	\$ 1,452,239.10	Sin ejecutar

- El MSPAS/RHESA ha sido demandado por empresas constructoras en cinco hospitales, y resuelto a través de conciliatorios/arbitrajes, como se muestra:

Ítem	Nombre de hospital	Caso legal	Empresa demandante	Costo litigio \$	Estado actual litigio
1	Cojutepeque	Arbitraje	CHC	4.00 mill	Cancelado con fondos GOES
2	San Rafael Santa Tecla.	Arbitraje	Siman, S.A de CV	4.139,926.92 mill	Cancelado con fondos GOES
3	San Pedro, Usulután.	Conciliatorio	CPK	1.7 mil	Cancelado con fondos GOES
4	Santa Teresa de Zacatecoluca	Conciliatorio	CPK	1.7 mil	Cancelado con fondos GOES
5	Santa Gertrudis, de San Vicente	2 procesos de Arbitraje	COPRECA	2.5 mil	En proceso, MSPAS ha interpuesto un amparo ante CSJ.

- Empresa con dos contratos con incumplimiento, con obras sin ejecutar y equipos sin entregar, contratos que actualmente se encuentran en proceso de arbitraje.

ítem	Hospital	Caso legal	Demandante	Costo demandados \$	Estado actual litigio
1	Santa Teresa Zacatecoluca	Arbitraje	CPK	2.00 mill+ intereses hasta obtener el laudo arbitral	En proceso
2	San Pedro. Usulután.	Arbitraje	CPK	2.00 mil + intereses hasta obtener el laudo arbitral	En proceso

– Tres hospitales inconclusos por incumplimiento de las empresas, se registraba el avance físico incongruente con el avance financiero, por pagos anticipados en concepto de obras civiles y equipos propios del inmueble.

Ítem	Nombre del Hospital	Avance físico registrado hasta el 31 de mayo 2009	Avance físico de acuerdo a peritaje técnico y obra realmente ejecutada
1	Santa Gertrudis. San Vicente	78%	53%
2	Santa Teresa Zacatecoluca	72%	48%
3	San Pedro, Usulután	84%	57%

– Obra y equipo propio del inmueble pagada y no ejecutada en tres hospitales: San Vicente, Zacatecoluca y Usulután.

– Deudas pendientes por pagar de obras para San Miguel, Santa Tecla, medicamentos y otros.

– Hospital de Maternidad, sin ejecutar y cuyo déficit de financiamiento se registra desde el año 2005.

El MSPAS dentro de sus prioridades y objetivos institucionales tiene previsto mejorar la infraestructura y equipamiento de la red de servicios de salud, para ello ha realizado importantes esfuerzos a fin de subsanar las deficiencias antes mencionadas lográndose avanzar en lo siguiente:

a) Identificación eficaz en un periodo de 45 días, mediante peritajes técnicos y económicos de las obras realmente ejecutadas y no ejecutadas; de equipo propio del inmueble y equipos pagados y no encontrados en el sitio de la obra de cada hospital inconcluso; San Vicente, Zacatecoluca, Usulután, San Miguel.

b) Desarrollo de capacidad técnica – legal para atender de inmediato las demandas de arbitraje de los tres hospitales: San Vicente, Zacatecoluca, Usulután.

c) Elaboración de plan de acción de alto nivel resolutorio para re-iniciar los procesos de ejecución y finalizar los hospitales inconclusos, a través de una buena planificación con la disponibilidad de fondos encontrados al 31 de mayo de 2009.

d) Implementación del plan de acción, aprobado por el Banco Mundial para concluir los cuatro hospitales antes del 31 de Octubre de 2010.

e) Reactivación de ejecución de obra del hospital Santa Gertrudis de San Vicente a partir de noviembre de 2009, para concluirlo en el mes de agosto de 2010, con un avance actual real del 73 %.

f) Reactivación de ejecución de obra del hospital Santa Teresa de Zacatecoluca y Usulután, a partir del mes de abril de 2010, para finalizarlo en octubre de 2010.

g) Elaboración de todos los diseños y estudios del nuevo Hospital de Maternidad, financiados con saldos del componente de obras del Convenio de préstamo BIRF 7084-ES.

- Construcción de Hospital Nacional de Maternidad

Este proyecto se inició a partir del 3 de septiembre de 2009, cuando simbólicamente se puso la primera piedra en el terreno donde se construirá el nuevo Hospital de Maternidad. A la fecha se han realizado todos los diseños arquitectónicos y de especialidades. Este hospital constituye una alta prioridad para resolver integralmente la atención a la población femenina y recién nacida, con medios tecnológicos actualizada y espacios para la enseñanza e investigación, basado en una propuesta médico-arquitectónica, orientada a universalizar la atención con gratuidad y calidad.

El BCIE ha dado la aprobación de \$41.0 millones de dólares para la construcción y equipamiento y la Honorable Asamblea Legislativa ratificó el préstamo en mayo de 2010.

- Mejoramiento funcional del Hospital Nacional de Chalchuapa y Desarrollo de la Red Integrada de Servicios de Salud, Santa Ana

Este proyecto inició el proceso de licitación a partir del mes de noviembre de 2009 y estará financiado por la República de Italia por un monto de \$2, 510,340.70 y por el GOES – PEIS por \$140,000.00

El proyecto se ubica en el Hospital de Chalchuapa, en el Departamento de Santa Ana, convirtiéndose en el primer hospital modelo de Redes Integradas de Servicios de Sa-

lud del municipio, que comprende las unidades de salud de Chalchuapa, San Sebastián Salitrillo, El Porvenir, Dos Ríos, y Unidad de Salud del Cantón el Coco.

La inversión comprende la remodelación/ampliación de los servicios de Emergencia, Obstetricia, Ginecología, Pediatría y Neonatología y la adquisición de equipo que fortalecerá la atención en las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología, Obstetricia, Pediatría, y las sub-especialidades de Neonatología y Ortopedia. La población beneficiada para el año 2009 fue de 160,000 habitantes, la cual se vio aumentada en forma súbita por los proyectos de urbanización en un radio de 4 Km. que demandan los servicios de salud que ofrece el hospital.

La ejecución del proyecto consta de tres fases:

– Construcción de las obras provisionales para realizar el plan de contingencia, finalizadas en el mes de marzo de 2010, por un monto de \$ 41,336.65, financiados con fondos GOES-PEIS.

– Remodelación/adecuación/ampliación de los servicios de Emergencia, Obstetricia, Ginecología, Pediatría y Neonatología, en proceso de contratación en el mes de mayo de 2010.

– Paralelamente se está en el proceso de adquisición del equipo médico requerido.

La primera fase del proyecto consistió en la construcción de un espacio, que funcionará provisionalmente para atender situaciones de emergencia hospitalaria, debido a la futura remodelación y ampliación a la que será sometido dicho hospital en cuatro de sus módulos; el área construida es de 132 m² ubicada en el lugar donde funcionaba una bodega a unos 75 metros del acceso principal. Esta inversión beneficiará a 83,356 habitantes que residen en este municipio y comunidades vecinas.

- Remodelación y equipamiento de segunda planta del edificio de especialidades del Hospital Nacional Rosales

En el mes de noviembre de 2009, se inició el proceso de licitación, habiéndose contratado la empresa a partir del 19 de mayo de 2010, a fin de iniciar la ejecución de las obras. El proyecto se desarrolla en la 2ª planta del edificio de especialidades del hospital y consiste en la remodelación/adecuación de espacios, así como en la adquisición de equipamiento médico que fortalecerá el área de hospitalización de Nefrología, Hemato-Oncología, Pacientes delicados de especialidades médicas y quirúrgicas.

- Hogares de Espera Materna

El MSPAS, con el apoyo del Gobierno de Corea por medio de la Agencia de Cooperación Internacional de Corea, KOICA, ha implementado los Hogares de Espera Materna como una estrategia de salud comunitaria para reducir la mortalidad materna y perinatal en lugares pobres y de difícil acceso a los Centros de Atención del Segundo Nivel. Estos constan de una infraestructura y equipo que reúne las condiciones de seguridad y accesibilidad que se requiere para atender a la mujer embarazada con dificultad de acceso a los servicios de salud para la atención de su parto institucional.

La construcción y equipamiento de Hogares para el cuidado de la salud de la madre y el niño se realizó con una inversión de US\$ 2,000,000.00, procedente de la Agencia de Cooperación Internacional de Corea, KOICA, de los cuales \$113,058.00 fueron asignados a equipamiento y \$1,717,000.01 a infraestructura, el resto se invirtió en la capacitación al personal de salud que estará a cargo de la atención y funcionamiento del establecimiento. Entre los 8 municipios se beneficiarán 315,807 habitantes residentes en los municipios y comunidades vecinas:

	NOMBRE HOGAR	INVERSIÓN REAL EN INFRAESTRUCTURA \$	POBLACIÓN BENEFICIARIA
1	La Palma, Chalatenango	217,113.62	12,481
2	Cara Sucia, Ahuachapán	188,274.76	57,221
3	Sonsonate, Sonsonate	215,335.67	115,413
4	Coatepeque, Santa Ana	177,275.95	54,483
5	San Gerardo, San Miguel	232,638.64	6,675
6	Corinto, Morazán	269,291.67	18,032
7	La Herradura, La Paz	213,335.85	40,588
8	San Juan Nonualco La Paz	203,733.85	10,914
	TOTAL	1717,000.01	315,807 habitantes

- Proyecto "Apoyo al Primer Nivel de Atención y Hospitales del MSPAS"

El proyecto se ha ejecutado en un 51.1 % con una inversión total en ejecución a abril de 2010, de \$5,134,316.93 y una proyectada en el mes mayo de \$ 907,600.40 que está siendo financiada con PEIS –GOES, a ser ejecutada en las cinco regiones del país.

El proyecto comprende cuatro componentes:

- Adquisición de medicamentos para hospitales de segundo nivel de atención.
- Adquisición de suplementos nutricionales para niños de baja talla en zonas de baja pobreza.
- Adquisición de equipo médico y mobiliario para 15 hospitales de segundo nivel.
- Adquisición del terreno para el nuevo Hospital de Maternidad.

La ejecución que se ha realizado a un 100%, por un monto de \$ 2,334,316.93, es el componente de adquisición de medicamentos, los cuales son identificados como vitales y esenciales, para fortalecer la atención médica a 9 hospitales del segundo y tercer nivel de atención, por aumento de la demanda de los servicios de salud. En el área

de abastecimiento de medicamentos la población beneficiaria es de 1,710,680 de los departamentos de San Salvador, La Libertad, Sonsonate, Santa Ana y San Miguel.

El componente de adquisición de mobiliario para 15 hospitales nacionales de segundo nivel de atención, se ejecutó por un monto de \$542,563.39. La adquisición de camas, cunas, mesas de noche y atriles ha permitido mejorar el bienestar de los pacientes hospitalizados ya que se contaban con mobiliario antiguo y deteriorado, que en la mayoría de casos ha finalizado su vida útil.

Finalmente, el cuarto componente permitió adquirir el terreno en el que se construirá el nuevo Hospital Nacional de Maternidad por un valor de \$ 1.4 millones.

- Programa PARS LUX SVD/021 "Programa de Apoyo a Red Solidaria" – Construcción y Equipamiento para 13 Unidades de Salud de la Zona Oriental

Este programa ha permitido dotar al MSPAS, de 7 nuevas Unidades de Salud y fortalecer en equipamiento a 13 establecimientos en los Departamentos de San Miguel y Usulután, con una inversión aproximada de \$ 2,776,005.13, con fondos procedentes del Gobierno del Gran Ducado de Luxemburgo beneficiando a 168,426 habitantes que residen en estos municipios y comunidades vecinas; según se muestra siguiente cuadro:

Construcción y Equipamiento para 13 Unidades de Salud de la Zona Oriental, financiado por el Programa PARS LUX SVD/021 "Programa de Apoyo a Red Solidaria"					
Nº	DEPARTAMENTO	UNIDADES DE SALUD	POBLACIÓN BENEFICIARIA	INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA	INVERSIÓN EN EQUIPAMIENTO
1	Usulután	Mercedes Umaña	13,647	\$247,995.63	\$68,733.48
2	Usulután	Berlín	17,958	\$400,720.10	\$81,925.00
3	Usulután	Alegría	12,153	\$286,959.93	\$53,601.48
4	Usulután	Tecapán	7,930	\$344,825.84	\$46,377.48
5	Usulután	Ozatlán	12,885	\$229,690.82	\$57,724.50
6	Usulután	Santa Elena	17,977	\$323,068.14	\$49,728.50
7	San Miguel	San Jorge	9,721	\$223,248.10	\$60,450.98
8	San Miguel	Sesori	11,031		\$38,373.11
9	San Miguel	Ciudad Barrios	27,154		\$80,131.50
10	Usulután	Concepción Batres	12,523		\$50,522.48
11	Usulután	Jucuarán	13,570		\$82,906.86
12	Usulután	San Agustín	6,449		\$25,217.20
13	Usulután	San Francisco Javier	5,428		\$23,804.00
	Subtotal		168,426	\$2056,508.56	\$719,496.57

- Rehabilitación de establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención.

Este proyecto está comprendido en el decreto No. 180 aprobado durante 2009, por la Asamblea Legislativa que se refiere al financiamiento al programa de Apoyo a la Política Social contenido en el Presupuesto Extraordinario de inversión Social (PEIS) para el periodo 2009-2011.

El proyecto comprende la rehabilitación, reparación, ampliación y adquisición de equipo de 103 Unidades de Salud, distribuidas en las cinco regiones del país. Según el programa de trabajo se licitarán por grupos de unidades de salud, iniciando en el mes de marzo de 2010, con la licitación de 7 unidades de Salud y el restante a partir del mes de junio de 2010.

Tabla Grupo 1. Unidades de Salud financiadas con fondos PEIS

	Unidad de Salud	Población beneficiada	Trabajo a realizar	Monto \$
1	San Marcos, San Salvador	69,949	Remodelación/ampliación	250,500.00
2	Nejapa, San Salvador	32,541	Remodelación/ampliación	250,500.00
3	Amatepec, San Salvador	271,357	Remodelación/ampliación	325,000.00
4	Guazapa, San Salvador	25,554	Remodelación	250,500.00
5	Popotlan, San Salvador	34,729	Remodelación	250,500.00
6	Santa Lucia, San Salvador	119,047	Remodelación	215,500.00
7	San Lorenzo, Ahuachapán	9,321	Construcción nueva	435,000.00

- Rehabilitación de establecimientos de salud, afectados por Tormenta IDA.

La tormenta IDA, ocasionó muchas pérdidas en la infraestructura sanitaria resultando 34 establecimientos de salud dañados. Para atender la emergencia nacional y rehabilitar dichos establecimientos, la Asamblea Legislativa decretó la emergencia en el mes de noviembre de 2009 y el respaldo de un financiamiento proveniente de fondos del BID y el tipo de contratación.

Esta actividad se ha iniciado desde el mes de marzo de 2010 con los procesos de licitación de 7 Unidades de Salud y el programa de trabajo comprende su ejecución a partir de junio de 2010, en cuanto a reparación de techos y sus efectos, sistema hidráulico, obras de mitigación.

Tabla Grupo 1. Unidades de Salud afectadas por la Tormenta IDA

	Departamento	Unidad de Salud	Población beneficiada	Monto en dólares \$
1	San Salvador	Apopa	154,124	214,286.00
2	San Salvador	Concepción	67,698	140,000.00
3	Santiago Texacuango, S.S	Casa de Salud Joya Grande	2,454	40,565.00
4	La Paz	San Luis Talpa	23,983	430,758.00
5	Pasaquina, La Unión	Casa de Salud Barrancones/Piedras Blancas	1,085	40,565.00
6	San Salvador	Panchimalco	45,783	142,435.00
7	San Salvador	Santo Tomas	28,316	140,000.00

Respuesta a las Emergencias

Durante el primer año de gestión, el país fue afectado por cuatro emergencias que obligaron a una gran concentración de energía, acciones y recursos para enfrentarlas. El MSPAS representó una parte importante de una respuesta gubernamental intersectorial y oportuna. De las cuatro emergencias, dos fueron epidemias y dos desastres naturales provocados por las lluvias.

Abordaje de la Influenza Pandémica (H1N1)

La primera ola pandémica por el virus H1N1 tuvo lugar en El Salvador desde finales de abril hasta la última semana de agosto del año 2009. El primer caso de H1N1 se registró en un joven procedente de México. La enfermedad se transmitió a las personas que estuvieron en contacto con él, y la enfermedad se diseminó a otros estratos sociales de la población.

Durante ese intervalo se atendieron en los establecimientos de salud 1,222,886 casos de Infecciones Respiratorias Agudas y 28,116 casos de Neumonía; esto representa un incremento un 63% y 90% respectivamente comparado el mismo periodo del 2008. Se hospitalizaron 13,627 casos de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG), de los cuales el 85% (11,548 casos) eran Neumonías. Se registró un total de 305 defunciones por IRAG, aislándose el virus de influenza pandémica H1N1 sólo en 20 casos durante ese período.

El laboratorio procesó un total de 1,576 muestras a sospechosos de H1N1, confirmándose 746 casos. A través de los sitios centinelas para virus respiratorios se tomaron 2,393 muestras, aislándose Virus Sincitial Respiratorio (274 casos), Influenza A estacional (231), Virus Parainfluenza (40), Virus de Influenza B (23), Adenovirus (9) e infecciones mixtas de dos o más virus (15).

La alta demanda de consulta médica por problemas respiratorios puso a prueba la capacidad instalada vigente de la red de establecimientos de salud y generó la necesidad de adecuación de áreas con ventilación para atender a la población, fortalecimiento del recurso

humano, implementación del sistema de referencia y contra-referencia, capacitación en el manejo de casos, elaboración de lineamientos, compra de medicamentos, equipos médicos e insumos; asimismo, se conformaron equipos de monitoreo para evaluar el cumplimiento de los lineamientos en la red de los servicios de salud. En coordinación con el Consejo Superior de Salud Pública se reguló la prescripción de Oseltamivir en el sector privado, para evitar un uso indiscriminado y el riesgo de generar resistencia a este medicamento.

En vigilancia epidemiológica se fortaleció la notificación oportuna por parte de la red de establecimientos del sistema de salud, incluyendo la participación activa del sector privado de salud, lo que permitió el seguimiento de los contactos y la búsqueda activa de casos a través de los equipos de respuesta rápida.

Con el apoyo de OPS/OMS y CDC se definieron los criterios para establecer los niveles de alerta y la actualización de los lineamientos de vigilancia epidemiológica según la OMS, se conformó el Comité de Auditoría de Muertes Asociadas a Problemas Respiratorios, el que está integrado por personal multidisciplinario de diferentes instituciones del sector salud. A nivel laboratorial se creó la capacidad instalada para procesar las muestras de la vigilancia de virus respiratorio, se elaboraron y difundieron boletines informativos diarios, se fortaleció la vigilancia en los sitios fronterizos en el marco del reglamento sanitario internacional en el que participan diferentes instituciones.

Con el Ministerio de Educación se elaboraron e implementaron los lineamientos de los filtros para prevención de brotes por infecciones respiratorias en instituciones educativas. Asimismo, el MINED elaboró campañas educativas para la prevención de influenza y dengue dirigido a alumnos y padres de familia de los centros educativos.

A partir de enero de 2010 se actualizaron los lineamientos para la vigilancia a través de sitios centinelas de problemas respiratorios en la que participan el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y Sanidad Militar.

Se reactivó la Comisión para la Influenza Pandémica

(CONAPREVIAR) que fue transformada en la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD).

Se capacitaron en el exterior a diferentes profesionales de CISALUD en el tema de influenza; esto permitió que los conocimientos adquiridos fueran plasmados en los planes, actualización de los lineamientos y la estimación de costos que implicó el abordaje de esta pandemia.

Abordaje de la Tormenta IDA

A raíz de las lluvias ocasionadas el domingo 8 de noviembre del 2009, el Ministerio de Salud activó el Sistema de Emergencia de Salud en el Centro Nacional de Enlace y se inició la coordinación de acciones en Secretaría de Estado del Ministerio de Salud. Se realizó la evaluación inmediata de los daños y de las necesidades en las regiones de salud afectadas. Asimismo se verificó la disponibilidad de personal de salud multidisciplinario y camas en la red de hospitales y servicios de salud para la atención de la demanda generada por el desastre.

Se activó la Comisión Técnica Sectorial de Salud (CTSS), coordinada por el Ministerio de Salud con la integración de FOSALUD, ISSS, Bienestar Magisterial, PNC, Medicina Legal, MAG, ANDA, COSAM, ISRI, Cruz Roja, Visión Mundial y Plan Internacional. Se realizaron reuniones periódicas mientras duró la emergencia. Esto permitió canalizar el apoyo a las áreas afectadas. Para brindar la atención médica sanitaria integral a la población se contó con equipos multidisciplinarios conformados por 2,866 recursos humanos y mantener la vigilancia epidemiológica sobre las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

A través de la vigilancia epidemiológica se identificaron a nivel nacional 157 defunciones y un total de 14,166 personas en albergues, se abrieron 83 albergues, se brindaron 59,431 consultas médicas y 22,973 atenciones, 1,864 atenciones odontológicas, 410 atenciones de nutrición, 10,739 atenciones de salud comunitaria, 9,703 charlas educativas y 451 visitas de monitoreo. Las principales enfermedades reportadas fueron las infecciones respiratorias agudas, dermatosis, las enfermedades diarreicas agudas, trastornos de ansiedad, traumatismos, conjuntivitis bacteriana y neumonías.

Se incorporó la misión del Comando Sur de USA y la brigada médica cubana, esta última integrada por 17 profesionales de la salud, que brindaron atención en 26 municipios y 154 localidades de los lugares afectados.

Dentro de las acciones de saneamiento ambiental en albergues y áreas afectadas se realizaron 4,673 inspecciones relacionadas con al manejo de los desechos sólidos, alimentos y agua, se fumigaron 17,882 casas, 2,918 charlas y 1,392 coordinaciones.

Se conformaron 37 equipos multidisciplinarios de Salud Mental, con la participación de 101 profesionales, procedentes de ISSS, Universidad de El Salvador, ISRI, Corte Suprema de Justicia, Hospital Nacional Psiquiátrico, ISNA, Médicos Sin Fronteras, Universidad Tecnológica, Hospital Nacional de Cojutepeque, Universidad Modular Abierta, Fuerza Armada y Ministerio de Salud. Se realizaron 16,532 atenciones distribuidas en sesiones de dinámica participativa, terapias lúdicas, grupos focales, grupos de autoayuda, intervenciones breves, terapias de apoyo, consejería y consulta especializada psiquiátrica.

Situación del Dengue

En El Salvador, la situación del dengue durante el primer trimestre del año mostró un comportamiento inusual al evidenciarse un incremento considerable en los casos, hospitalizaciones y porcentaje de positividad en las muestras para dengue analizadas. Esta misma tendencia está siendo reportada por otros países de las Américas.

Además de lo descrito, deben mencionarse el alto número de depósitos con criaderos detectados en las viviendas, los serios problemas de acceso a las viviendas por encontrárselas cerradas, deshabitadas y, en algunos casos, renuencia por parte de la población para permitir que el personal de salud desarrollara acciones de control del vector en las viviendas.

A la fecha se han reportado 10,252 casos sospechosos, lo que representa 6.5 veces más casos que los registrados en los últimos 3 años para el mismo período, un 14% (1,444 casos) fueron hospitalizados y se confirmaron el 43% (4,390 casos). Este incremento podría estar influenciado, además de por un aumento de casos, por cambios

en la definición de casos, búsqueda activa, notificación de las instituciones del sector salud y la mejora en la calidad del sistema de información del MSPAS.

El 26 de febrero se decretó Emergencia Sanitaria por parte del Ministerio de Salud y el 27 de Febrero se decretó Alerta Amarilla por parte de Protección Civil. Estas declaratorias condicionaron a ejecutar el Plan Integral para el Enfrentamiento del Dengue en El Salvador, el cual fue elaborado por las instituciones que conforman la Comisión Intersectorial de Salud. Este plan contempla tres fases: la primera denominada de ataque que comprendía un mes (marzo), la fase de consolidación que comprende de abril a mayo del presente año y la fase de mantenimiento de las acciones de control a partir de junio. Una limitante para la ejecución de este plan era la disponibilidad de recurso humano, insumos, equipos, medicamentos entre otras, lo que fue parcialmente superado con el apoyo financiero por parte de FOPROMID que hizo al Ministerio de Salud, permitiendo contratar más de 400 recursos humanos para el abordaje del dengue para las primeras dos fases del plan.

Este apoyo contribuyó significativamente para el control del dengue, evidenciándose a finales del mes de marzo una reducción en la detección y confirmación de casos, recuperación de viviendas cerradas y control más efectivo del dengue. La participación de las instituciones gubernamentales, no gubernamentales y la sociedad civil que se pusieron de manifiesto el 19, 20 y 21 de marzo contribuyó al control de esta enfermedad. La coordinación compartida de los gobernadores y los Sistemas Básicos de Salud ha sido fundamental para la ejecución del plan.

Paralelo a ello se han realizado dos jornadas nacionales contra el dengue, una en el mes de marzo y mayo. Cada jornada se realiza en un periodo de tres días en diferentes ambientes: el primero dentro de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales y las instituciones educativas; el segundo día en las viviendas de los empleados de estas instituciones y el tercer día a nivel comunitario.

Abordaje de AGATHA

El abordaje de la Tormenta Tropical AGATHA fue nuevamente conducido por la Comisión Técnica de Salud de Protección Civil, la cual es coordinada por el Ministerio de Salud, realizándose reuniones periódicas con todas las instituciones que la conforman, se programaron turnos de 24 horas en nivel central así como en las regiones de salud, SIBASI y unidades de salud donde se tenían albergues, se unieron esfuerzos para la atención de la población albergada, como parte de las acciones realizadas están más de 6000 consultas medicas, siendo los problemas respiratorios y de la piel las principales causas de consulta brindada en la población albergada, se realizaron cerca de 3 mil atenciones psicológicas, 1,500 dinámicas participativas así como acciones a grupos focales, grupos de autoayuda. En las acciones de saneamiento se realizaron controles de calidad de agua, alimentos, actividades de fumigación, desratización y control de insectos y roedores se coordinó la disposición final de desechos sólidos.

Esta tormenta ocasionó daños en la red de establecimientos de salud, reportándose cerca de 20 establecimientos de salud con algún tipo de daño. Más de 3,000 recursos participaron en el abordaje de esta emergencia, entre personal (Médicos, enfermeras, inspectores de saneamiento ambiental, promotores de salud, odontólogos, educadores, auxiliares de servicio, motoristas, personal administrativo entre otro), dentro de las actividades desarrolladas están: Atención medica, Atención salud mental, Vigilancia epidemiológica, Saneamiento básico, Promoción de la Salud, Coordinación, Supervisión, Logística, Atención Odontológica, Curaciones, Inyecciones, Nebulizaciones entre Otras.

Contrato de personal temporal para la atención de emergencias

N.º	Nominación de plazas	FOPROMID AH1N1 (1) (periodo de julio a septiembre/2009)	FOPROMID AH1N1 (2) (periodo de octubre a nov./2009)	Absorción FOSALUD (periodo 20/sep. al 19/nov./2009)	Emergencia IDA (1) (periodo del 19/oct. al 18/nov./2009)	Antidengue (periodo 01/sept. al 31/Dic./2009)	Emergencia IDA (2) (periodo 01/dic./2009 al 31/enero/2010)	Antidengue (periodo 8/marzo al 29/mayo/2010)	Tormenta AGATHA (periodo 01 al 30/junio/2010)
1	Medico de Consulta General (8 H.D.)	60	52	52	45	0	112	118	95
2	Medico Especialista I	15	0	15	1	0	1	0	0
3	Enfermera Comunitaria	90	54	68	70	0	70	0	0
4	Entermera Hospitalaria	110	0	6	20	0	10	0	0
5	Auxiliar de Estadística	30	0	0	15	0	63	0	0
6	Auxiliar de Farmacia	12	0	0	10	0	17	30	0
7	Auxiliar de Servicio	16	0	0	0	0	0	0	0
8	Auxiliares de Enfermería Hospitalaria	0	0	0	10	0	0	0	0
9	Auxiliares de Enfermería de Salud Comunitaria	0	0	0	80	0	35	108	95
10	Inspector Técnico en Saneamiento Ambiental	0	0	0	43	0	0	50	50
11	Motorista II	0	0	0	10	0	0	0	0
12	Ordenanza	0	0	0	30	0	0	0	0
13	Promotor de Salud	0	0	0	32	0	100	111	0
14	Promotor Antidengue	0	0	0	0	250	0	0	0
15	Laboratorista	0	0	0	0	0	0	26	0
16	Digitador	0	0	0	0	0	0	51	0
17	Psicólogos	0	0	0	32	0	10	0	65
Total		333	106	141	398	250	418	494	305
Total general									2445

Respuesta Intersectorial a las Emergencias

Desarrollo del Trabajo Intersectorial

Se reactivó la comisión para la influenza pandémica (CONAPREVIAR); esta fue transformada en la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD) y quedó integrada por 36 instituciones gubernamentales, no gubernamentales, agencias de cooperación, con representación en una comisión técnica y una política; la primera es presidida por el Viceministro de Políticas Sectoriales y la segunda por la Ministra de Salud.

Dicha comisión tiene como objetivo: Fomentar la participación interinstitucional, intergubernamental e intersectorial sostenible y efectiva, así como establecer la responsabilidad compartida entre las instituciones y la población para la prevención y el control de las emergencias sanitarias.

Las atribuciones más importantes asumidas por CISALUD han sido: realización de las gestiones necesarias para optimizar el apoyo ante la prevención y control de emergencias sanitarias; elaboración y ejecución de planes de nacionales de emergencia; firma de convenios de cooperación; planificación, promoción y ejecución de campañas de prevención; así como contribuir al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de los sistemas de información entre otras.

Se ha ejecutado un plan de trabajo a través de 24 reuniones de conducción política y 33 de conducción técnica, donde se han tratado temas de interés nacional, tales como: abordaje de la pandemia de Influenza A H1N1 incluyendo una campaña de vacunación; estrategias de prevención y control de dengue; abordaje de la emergencia nacional por la tormenta Ida; contaminación del lago de Suchitlán; contaminación por plomo en cantón Sitio del Niño, municipio de Colón; riesgos por la cárcava formada en la colonia Altavista, municipio de Ilopango; estudio de contaminación en la presa del Cerrón Grande, Campaña del Día Mundial de lavado de manos y el Plan Invernal de parte del Ministerio de Gobernación (Protección Civil).

Abordaje Intersectorial de la Influenza Pandémica (H1N1)

La primera ola pandémica por el virus H1N1 tuvo lugar en El Salvador desde finales de abril hasta la última semana de agosto del año 2009. Se propagó a partir de un caso en un joven procedente de México, estudiante

de una institución privada que no aplicó las medidas de aislamiento social, contagiando con la enfermedad a las personas que estuvieron en contacto con él, luego de lo cual la enfermedad se diseminó con facilidad hacia otros estratos socialmente más vulnerables de la población.

En vigilancia epidemiológica se fortaleció la notificación oportuna por parte de la red de establecimientos del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluyendo la participación activa del sector privado de salud, lo que permitió el seguimiento efectivo de los contactos y la búsqueda activa de casos a través de equipos de respuesta rápida.

Con el apoyo de OPS/OMS y del Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, EUA; se definieron los criterios para establecer los niveles de alerta y la actualización de los lineamientos de vigilancia epidemiológica según la Organización Mundial de la Salud (OMS). También se conformó el comité de auditoría de muertes asociadas a problemas respiratorios, el cual se integró por personal multidisciplinario de diferentes instituciones del sector salud. A nivel laboratorial se creó la capacidad instalada para procesar las muestras para la vigilancia del virus respiratorio. Adicionalmente se elaboraron y difundieron boletines informativos diarios y se fortaleció la vigilancia en los sitios fronterizos en el marco del Reglamento Sanitario Internacional.

En coordinación con el MINED, se elaboraron e implementaron los lineamientos de la estrategia de contención denominada "Filtros para la prevención de brotes por infecciones respiratorias en las escuelas" y se realizaron campañas educativas para la prevención de influenza y dengue dirigido a alumnos y padres de familia.

Con la colaboración del ISSS y el COSAM, a partir de enero de 2010 se han actualizado los lineamientos para la vigilancia, a través de sitios centinelas para el monitoreo de los problemas respiratorios. En coordinación con el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) se reguló la libre comercialización de Oseltamivir en el sector privado, para evitar un uso indiscriminado, efectos adversos en la población y la generación de resistencia al virus.

Abordaje Intersectorial de la Tormenta Ida

A raíz de las lluvias ocasionadas el domingo 8 de noviembre del 2009, el Ministerio de Salud activó el Sistema de Emergencia de Salud en el Centro Nacional de Enlace (CNE) y se realizó una evaluación inmediata de los daños y de las necesidades en las zonas afectadas; asimismo, se verificó la capacidad instalada de la red de servicios para

la atención de la demanda generada por el desastre.

La Comisión Sectorial de Salud (CSS), fue activada bajo la coordinación del Ministerio de Salud, conformándose con la participación del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), el Instituto Nacional de Bienestar Magisterial (ISBM), la Policía Nacional Civil (PNC), el Instituto de Medicina Legal (IML), el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA), el Comando de Sanidad Militar (COSAM), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI), el Ministerio de Educación (MINED), la Corporación de Municipalidades de la República de El Salvador (COMURES), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Cruz Roja Salvadoreña, Visión Mundial y Plan Internacional. Se movilizaron equipos multidisciplinarios conformados por 2,866 profesionales para el control de la salud y las enfermedades durante la emergencia.

Se conformó el Cluster de Salud Mental, el cual fue integrado por profesionales del ISSS, Universidad de El Salvador (UES), ISRI, Corte Suprema de Justicia (CSJ), Hospital Nacional Psiquiátrico, Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Niñez y la Adolescencia (ISNA), Médicos Sin Fronteras, Universidad Tecnológica, Hospital Nacional de Cojutepeque, Universidad Modular Abierta, Fuerza Armada y Ministerio de Salud para apoyar las intervenciones en salud mental durante la emergencia y en la fase de recuperación y readaptación.

Se incorporó la misión del Comando Sur de USA y la Brigada Médica Cubana (BMC), esta última integrada por 17 profesionales de la salud, que brindaron atención en 26 municipios y 154 localidades de los lugares afectados.

Abordaje Intersectorial de Epidemia por Dengue

El 26 de febrero de 2010, se decretó emergencia sanitaria por parte del Ministerio de Salud y el 27 de febrero se decretó alerta amarilla por parte de Protección Civil. Estas declaratorias condicionaron la ejecución del Plan Integral para el Enfrentamiento del Dengue en El Salvador, el cual fue elaborado por las instituciones de la Comisión Intersectorial de Salud. Para la ejecución de dicho plan se contó con el apoyo financiero del Fondo de Protección Civil, Prevención y Mitigación de Desastres (FOPROMID) con un monto de \$1,469,971.50, lo cual permitió la contratación de más de 400 profesionales en salud.

Como parte del plan, se realizaron dos jornadas nacionales contra el dengue, una en el mes de marzo y otra en mayo de 2010; cada jornada se realizó en las instituciones gubernamentales y no gubernamentales y las instituciones educativas; en las viviendas de los empleados de estas instituciones y a nivel comunitario bajo la coordinación del Ministerio de Salud y del Ministerio de Gobernación.

Comisión Nacional de Bioética

La Comisión Nacional de Bioética (CNB) fue juramentada el 21 de octubre de 2009, a iniciativa de la Señora Ministra de Salud como una instancia de carácter consultivo y asesor del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador (resolución ministerial n.º 212, de conformidad con el artículo 42, numeral 2, del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo).

La CNB está integrada por 10 miembros, profesionales de los ámbitos médico (4), humanista (4), científico (1), técnico (1). Ninguno de los miembros representa a organizaciones o sectores de la sociedad civil. Con este tipo de composición se garantiza que la CNB posea un carácter pluralista, multidisciplinario e independiente.

Durante la primera semana del mes de noviembre, el Ministerio de Salud ejecutó el proyecto Construyendo capacidades de educación formal en bioética, financiado por el Programa de Participación de la UNESCO, bienio 2008-2009. En este proyecto tuvo una destacada labor la CNB como una de las instancias organizadoras. En el marco de este proyecto se desarrolló el Seminario Nacional de Bioética. La CNB ha emprendido tres líneas de trabajo permanente, de las cuales se ocupa en la actualidad: 1) reglamento interno y del plan de trabajo; 2) gestión de un memorando de entendimiento entre la UNESCO y la CNB con el fin de participar en el programa de Apoyo a los Comités de Bioética de la UNESCO; 3) estrechar lazos de cooperación con el Comité de Ética de la Investigación en Salud. La CNB definió en pleno como tema prioritario para su quehacer reflexivo y deliberativo la salud integral como derecho humano.

Capítulo 6

*Administración, gestión de medicamentos y vacunas,
regulación*

Administración

En función de desarrollar una administración eficiente e incrementar los recursos financieros, el MSPAS ha realizado acciones en todos los niveles del sistema. En el marco de los primeros 100 días de gobierno y con el propósito de asegurar el abastecimiento de medicamentos en la red de establecimientos de salud, se realizaron compras de medicamentos durante el segundo semestre del año 2009, por un valor de \$42.9 millones (fondos GOES, FOSALUD y refuerzos presupuestarios). A su vez, se han monitoreado las entregas realizadas de las empresas adjudicadas, con el propósito de identificar los motivos de incumplimiento y agilizar los procesos administrativos.

Por otra parte, con el apoyo financiero del Programa Fortalecimiento de la Salud de USAID, se implementó el Sistema Informático de Abastecimientos (SINAB), en las 5 regiones y en 11 de 30 hospitales, mediante el cual se dispone de una base de datos en la que se refleja el precio histórico de compras, elaboración de documentos de licitación, sistematización de la evaluación de ofertas, adjudicación y contratación de las compras.

Asimismo, con el objeto de normar los procesos de compra, se elaboraron los "Lineamientos Administrativos para procesos de Adquisición y Contratación de Bienes, Obras y Servicios" que se realizan a través de la UACI del nivel superior, con lo que se pretende cambiar y mejorar sustancialmente dichos procesos; así como la calidad de los suministros que se adquieren, con una definición clara de especificaciones técnicas y cumplimiento a la normativa legal vigente.

Con el apoyo técnico de la Unidad Normativa de Adquisiciones (UNAC) del Ministerio de Hacienda y el financiamiento del Programa Fortalecimiento a la Salud financiado por USAID, la UACI logró capacitar a los jefes UACI's de los hospitales nacionales y personal técnico del nivel central, en las temáticas relacionadas a la aplicación de los contratos en hospitales y regiones de salud y sobre aplicación del instructivo 2/2009 denominado "NORMAS PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS CONTRATOS", emitido por la UNAC.

En cumplimiento al mandato presidencial de la gratuidad en la prestación de los servicios de salud, se contrataron, con financiamiento GOES, a 754 empleados (médicos, paramédicos y administrativos), que eran pagados por fondos provenientes de las cuotas de pacientes en los hospitales nacionales y regiones de salud.

En el área de los Almacenes del nivel central, donde se centraliza la recepción y administración de productos e insumos médicos y no médicos, se han realizado esfuerzos para agilizar los procesos, implementándose programas de capacitación constante para el personal en diferentes áreas (buenas prácticas de almacenamiento, conocimientos básicos de computación, manejo de montacargas, entre otros); a su vez, se han implementado los módulos del SINAB para los procesos de recepción, almacenamiento, control y despacho de los suministros.

Se realizó la constatación física de inventarios en las diferentes áreas administrativas del Nivel Superior, y se han implementando procedimientos estandarizados en las Direcciones Regionales de Salud y Hospitales Nacionales.

En los laboratorios central y de control de calidad se atendieron cerca de 28,982 usuarios o empresas, generándose, durante el período de junio 2009 al 30 de abril de 2010, ingresos por un monto de \$ 1.2 millones, de los cuales un 63 % (\$757,763) corresponden a servicios de salud ambiental y el resto a servicios del Laboratorio de Control de Calidad de Medicamentos.

Los recursos captados a través de este Fondo ayudan a fortalecer a las mismas unidades que realizan tales autorizaciones, habiéndose invertido en la adquisición de mobiliario y equipo de oficina, equipo informático, instrumental de alimentos y agua, materiales de oficina y materiales informáticos. De igual manera se dotó de una computadora a cada una de las unidades de salud de la Región Metropolitana y a otras Regiones de Salud, entre otras cosas y se gestionó la compra de equipo informático para la UACI, con el objeto de hacer más ágiles los procesos de adquisiciones y apoyar la implementación del sistema Informático SINAB, recientemente implementado.

Durante el año 2009, se benefició con dotación de uniformes a 400 empleados del nivel superior y regional de salud, para personal de secretarías, motoristas, ordenanzas, servicios generales, dotación de gabachas para el personal de Laboratorio Central, y se benefició con dotación de tela para uniformes a 7,139 empleados del área de enfermería, por un monto invertido de \$ 142,441.38, proveniente de fondos GOES.

En el marco de la modernización institucional, en el mes de enero de 2010, se diseñó un programa para la elaboración de las tarjetas de identificación de los empleados del Ministerio de Salud, iniciando este proceso de carne-

tización con el personal de la Secretaría de Estado, con la finalidad de mantener identificados a los servidores públicos, y facilitar el acceso a los diferentes establecimientos del Ministerio en las visitas oficiales que realizan de acuerdo a sus funciones.

Medicamentos y Vacunas

Situación Encontrada en la Gestión de Medicamentos y Vacunas

Al inicio de la gestión la rectoría del sector salud en lo referente a la regulación de bienes sanitarios tan importantes como medicamentos y vacunas se encontraba muy debilitada debido a la división de las atribuciones entre la Autoridad Sanitaria Nacional, rectora del sistema (Ministerio de Salud), que según el Código de Salud tiene asignada la responsabilidad del control de calidad de los medicamentos, y el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), que tiene como atribuciones la autorización de comercialización de los medicamentos y la autorización del funcionamiento de establecimientos farmacéuticos (habilitación).

Ninguna de las dos instancias tiene la capacidad institucional para cumplir con sus responsabilidades. El Ministerio de Salud porque su laboratorio de control de calidad fue desmantelado progresivamente y su capacidad de control de calidad reducida al análisis parcial de los medicamentos que se consumen en su red de establecimientos. Por su parte, el CSSP que creó su propio laboratorio de control de calidad, también tiene una capacidad muy reducida por lo que se ve obligado a contratar servicios en laboratorios privados.

Esta duplicación de atribuciones y bajas capacidades, ha posibilitado la falta de una regulación efectiva que ha permitido que en el país se comercialicen medicamentos de calidad y efectividad inciertas, además de una fijación arbitraria de precios altos en el mercado, por la industria farmacéutica. Esto ha posibilitado, además, la existencia de conflictos de interés al interior de las instituciones responsables de la regulación. Esta anómala y negativa situación se manifiesta, entre otros problemas, en la presencia de agentes de la industria al interior del organismo responsable de otorgar autorización de comercialización de los productos y su inclusión al registro; además la autoridad encargada de autorizar el funcionamiento de los establecimientos farmacéuticos (CSSP) tiene entre sus directivos a personas interesadas en la autorización de sus propios establecimientos o en la obstaculización

de la apertura de establecimientos de la competencia.

La publicidad dirigida al consumidor y a los prescriptores, a pesar de estar regulada por el Reglamento de Especialidades Farmacéuticas, carece de control adecuado, llegando a encontrarse publicidad reñida con los principios éticos y los valores morales universalmente aceptados. Además existen prácticas comerciales antiéticas y reñidas con la legalidad por parte de los comercializadores hacia los intermediarios (visitadores médicos, prescriptores, dispensadores y dueños de farmacias).

Es necesario promover algunos cambios en procesos de la Ley LACAP que contribuyen a que los procesos de adquisiciones estén condicionados por procedimientos exageradamente burocráticos, demasiado lentos. Ello supone una duración que va entre 4 y 6 meses desde que se inicia la licitación hasta que se realiza la contratación. Otro proceso que también ayuda a incrementar el ya engorroso trámite de compra, es que la misma ley establece que la firma de los contratos debe ser realizada por el Fiscal General de República, por lo común tratados sin ninguna prioridad, extendiendo el período por largas semanas o meses.

Adicionalmente, lo habitual es que las empresas contratadas retrasen sus entregas por diversas causas haciendo que el período hasta la recepción de los medicamentos dure alrededor de nueve meses. Las penalidades establecidas por la LACAP son insignificantes. Una de las alternativas al engorroso procedimiento descrito son las "compras de urgencia" y las "compras directas" que pueden hacerlas los Directores de Hospitales que están habilitados para ello. En este caso los medicamentos deben ser comprados en plaza, donde son comercializados a precios más altos que en licitaciones a escala, con serio daño a la economía nacional.

A lo anterior se suma una ineficiente gestión de los medicamentos en la red pública de establecimientos, con deficiencias en la determinación de necesidades de medicamentos, malas condiciones de distribución y almacenamiento, carencia de un sistema eficiente de información y un bajo aporte presupuestario de parte del Estado. Todo ello condiciona una baja disponibilidad de medicamentos esenciales en el Ministerio de Salud que para el año 2006 rondaba el 58% (aunque sólo el 44% de los mismos tenían buena disponibilidad); y que para 2009 gracias a algunos refuerzos presupuestarios llegó a 66% (con 47% de los productos con buena disponibilidad). Al inicio de esta gestión se descubrió una situación

que redundo en serias pérdidas de medicamentos, que se expreso en la necesidad de destruir una gran cantidad de vencidos y otros enterrados en fosas sin tratamiento previo lo que además se constituye en una amenaza al medio ambiente y a la salud de la población.

En el rubro de los productos biológicos se encontró un grave desabastecimiento de vacunas, especialmente de la vacuna contra el rotavirus, producto de la situación de no pago por el gobierno anterior de la deuda de 10 millones de dólares con el Fondo Rotatorio de la OPS para la compra de Vacunas. Esto implica grave riesgo a la población infantil, tercera edad y otros grupos de riesgo expuestas a epidemias que ya habían sido controladas con el Programa Ampliado de Inmunizaciones. Al mismo tiempo se encontró graves deficiencias en la producción de biológicos contra enfermedades como la rabia humana, resultado del desmantelamiento de la capacidad instalada del Centro Nacional de Biológicos, con riesgo adicional a la población de padecer reacciones adversas como shock anafiláctico y síndrome de Guillain Barré.

Acciones realizadas durante el primer año de gestión

- Elaboración de la propuesta de Ley de Medicamentos y Productos Sanitarios, como un marco jurídico integral para la regulación de todos los productos farmacéuticos y no farmacéuticos que tienen implicaciones directas en la salud de la población, desde su fabricación o importación, su registro, control de calidad, comercialización, prescripción, dispensación, publicidad, etc. Dicho marco define una única autoridad competente que es el Ministerio de Salud, al ser la entidad rectora del Sistema Nacional de Salud. Además la propuesta propone el control estricto de la calidad de los productos tanto previo como posterior a su autorización de comercialización, así como el cumplimiento del 100% de las Buenas Prácticas de Manufactura aprobadas por la autoridad competente por parte de los establecimientos farmacéuticos. Dicha propuesta de ley tiene además un capítulo destinado a la creación de un régimen de regulación de los precios donde se establece la responsabilidad del Ministerio de Economía para elaborar el diagnóstico y las propuestas de mecanismos de control de los precios en el mercado privado y en el sector público.
- Actualización del Listado Oficial de Medicamentos 10ª edición, con un total de 55 modificaciones y 16 inclusiones, entre ellas, la Eritropoyetina Alfa de origen ADN recombinante humana cuyo precio es la quinta parte del precio de la Eritropoyetina Beta producida por un laboratorio transnacional y que se utiliza con mucha frecuencia para tratar las anemias en pacientes con enfermedades renales; además se introdujeron a la lista oficial de medicamentos cinco vacunas indispensables para prevenir enfermedades prevalentes como son la vacuna antirrábica de células diploides humana, la vacuna neumocócica heptavalente conjugada, la vacuna contra la fiebre amarilla, la vacuna antirotavirus vivos atenuados humanos monovalente y la vacuna antigripal pandémica AH1N1. Además se excluyeron 3 medicamentos y 2 biológicos, entre ellos la vacuna antirrábica elaborada con cerebro de ratón lactante que produjo en el pasado demasiadas reacciones adversas.
- Elaboración de un Listado Homologado de Medicamentos entre el ISSS y el Ministerio de Salud como inicio de la creación del Listado Unificado de Medicamentos Esenciales (LUME). A la fecha se han homologado 333 presentaciones y se han elaborado 63 fichas técnicas que permitirán la compra conjunta de medicamentos entre las dos instituciones públicas.
- Sustitución de la vacuna antirrábica producida en el Centro Nacional de Biológicos (CENABI), a partir de cerebro de ratón lactante, que demostró ser muy antigénica y produjo muchos efectos adversos como reacciones anafilácticas y parálisis muscular ascendente (Guillain Barré), por la vacuna producida por tecnología recombinante a partir de células humanas que tiene escasa inmunogenicidad y evitó el aumento de casos de reacciones adversas graves.
- Realización de la segunda fase del levantamiento de inventario de la cadena de frío, logrando encuestar el 100% de los establecimientos a nivel nacional, con lo cual se tiene un diagnóstico detallado de los problemas y se han corregido deficiencias existentes.
- Implementación de la sexta campaña de vacunación contra la gripe estacional, dirigida a niños entre 6 y 23 meses de edad, adultos mayores de 60 años y personal de salud en contacto directo con los pacientes, logrando una cobertura del 90%.
- Desarrollo, en el mes de abril de 2010, de la 8ª Semana de Vacunación de las Américas, con el objetivo de fortalecer y recuperar las coberturas de vacunación

perdidas por el desabastecimiento de vacunas sufrido el año anterior y que puso en riesgo a miles de niños de los municipios más desprotegidos y poblaciones postergadas.

- Recepción de un donativo por parte de OPS/OMS en Washington de 2.2 millones de dosis de la vacuna para la influenza pandémica AH1N1 para la preparación de una posible segunda oleada de la epidemia, de las cuales se han aplicado hasta la fecha 1.7 millones, logrando coberturas del 100% en personal esencial, 89% de trabajadores de la salud, 80% de escolares y 45% de embarazadas, lo cual se considera un record histórico en nuestro país, pues en ninguna campaña de vacunación había alcanzado a aplicar más de medio millón de dosis de vacunas en tan corto tiempo (entre abril y mayo de 2010).

Aspectos financieros

El presupuesto para la compra de vacunas y medicamentos del año 2009 fue mejorado sustancialmente con respecto a años anteriores.

En relación a las vacunas, como primera medida se saldó la deuda por 10 millones de dólares con el Fondo Rotatorio de la OPS y se logró abastecer con las vacunas faltantes el Programa Ampliado de Inmunizaciones, reiniciando la vacunación contra el rotavirus que se había discontinuado por el desabastecimiento y se inició una estrategia de recapturar y vacunar a los niños que habían perdido las dosis en la edad que le correspondía.

Se amplió el esquema nacional de vacunación con la vacuna antineumocócica heptavalente hacia la población de menores de un año, lo cual reducirá sustancialmente la morbilidad y mortalidad infantil por enfermedades respiratorias graves.

Laboratorio de Control de Calidad

El Laboratorio de Control de Calidad de Medicamentos ubicado en el Laboratorio Central Max Bloch, se procesaron en el período de junio – diciembre de 2009 un total de 1,220 muestras de medicamentos adquiridos en diferentes procesos de compra para su análisis físico, químico y microbiológico. De enero a la fecha se han procesado 1,435 muestras (con un total de 2,655), lo que resultó en el rechazo de 11 lotes por fallas de calidad, de 4 por deficiencias en las características físicas y de 7 lotes al ser catalogados como no aptos para consumo humano. También se procesaron 8 quejas de fallas de calidad

de medicamentos por parte de establecimientos del Ministerio de Salud. Además el laboratorio ha procesado muestras de 61 lotes en el periodo, los cuales se cuentan como venta de servicios hacia otras instituciones públicas y particulares.

Otros aspectos relacionados con la gestión de medicamentos y vacunas

Tomando en cuenta la situación encontrada en el área de las adquisiciones y contrataciones de medicamentos se tomaron algunas medidas de sustitución y reubicación de personal de los puestos clave como son la UACI y UR-MIM. Se impulsó una política de declaración jurada sobre conflictos de interés (financieros, familiares o comerciales con agentes de la industria nacional e internacional). El personal clave fue trasladado a otras dependencias donde no esté expuesto a circunstancias de vulnerabilidad e influencia por los intereses económicos de la industria.

A nivel de Centroamérica se ha participado activamente en la Comisión Técnica Sub Regional de Medicamentos y en el proceso de negociación conjunta de precios de medicamentos, con funcionarios del MSPAS en las tres comisiones encargadas de la negociación, calificación técnica y administrativa de las ofertas. Esto ha permitido generar las capacidades y habilidades en el personal del MSPAS de cara a un incremento de las compras conjuntas con otras instituciones públicas centroamericanas en el futuro inmediato. Se ha participado hasta el momento en 4 rondas de negociación. En la primera ronda se negociaron 9 medicamentos de una sola fuente (monopólicos), de los cuales se logró solamente la negociación exitosa de un medicamento aunque logrando un precio inferior al histórico de compra del Ministerio de Salud (\$265.00), logrando un precio único a nivel centroamericano de \$130.00. En las siguientes rondas de negociación se logró acuerdo de reducción del precio para 14 medicamentos, lo que constituye un ahorro adicional para el presupuesto de medicamentos del Ministerio de Salud que llega a 1.2 millones de dólares para el año 2011. Esto demuestra la eficiencia de la negociación subregional de medicamentos y alienta a continuar con este esfuerzo aumentando el número y el volumen de medicamentos para la negociación del año 2012.

Se ha suscrito un convenio con el PNUD para la compra más eficiente de medicamentos que constantemente son declarados desiertos o que no fueron adjudicados por distintas razones, lo que promete ser un mecanismo efectivo para evitar el desabastecimiento de algunos

medicamentos de alto costo que representan un grave problema financiero para el Gobierno. Esto dentro del proyecto de modificación que presentará el ejecutivo.

Se trabajó una propuesta de modificación de la LACAP y se envió a Casa Presidencial con una serie de recomendaciones para ser incluidas en la propuesta de reforma a la Ley de Adquisiciones y Contrataciones a fin de facilitar las compras de medicamentos y evitar los retrasos generados por los procesos engorrosos que exige dicha Ley.

En diciembre de 2009 se realizó una encuesta de disponibilidad de medicamentos en establecimientos del Ministerio de Salud y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, para determinar la evolución del problema de abastecimiento de medicamentos en todos los niveles del sistema, lo cual revelaba ya una disponibilidad en los establecimientos del segundo y tercer nivel del 65% de los medicamentos, con variaciones importantes entre hospitales, por ejemplo el Hospital Rosales obtuvo un 61.3% y el hospital de la Nueva Concepción con 63.6, mientras que el Hospital de San Bartolo tenía un 81.8% y el de San Miguel 79.5%. Por otro lado el primer nivel de atención obtuvo una disponibilidad promedio del 59.5%. Entre los meses de abril y mayo del 2010 se realizó otra encuesta interna de disponibilidad de medicamentos sólo en el primer nivel de atención con una muestra de 158 unidades de salud que reveló una disponibilidad de medicamentos del 77%, lo cual evidencia una considerable mejora pero aún insuficiente para suplir las necesidades de toda la población.

Legislación y Regulación en Salud

Funciones esenciales de la función de gobierno en Salud son la generación de legislación sanitaria, la regulación de los procesos inherentes a la producción, distribución y uso de bienes y servicios de salud, y la reglamentación de procesos, procedimientos e intervenciones utilizados en el sector de la Salud. Dichas funciones contribuyen a la conformación del marco normativo para el ejercicio de la Rectoría en Salud. Permiten al Gobierno ejercer y cumplir con el mandato constitucional de protección de la salud y la responsabilidad estatal de garantía del acceso equitativo a bienes y servicios de salud.

El sector sanitario no está compuesto únicamente por los servicios de salud. Es una entidad muy compleja con dimensiones que van más allá de lo estrictamente sanitario, comprendiendo aspectos económicos, políticos, sociales y culturales. Estas dimensiones interactúan entre sí,

de manera que existen determinaciones entre ellas que pueden definir las posibilidades de acceso de los ciudadanos a los bienes y servicios de salud indispensables para el cuidado de la salud. Se configura así un sector de alta complejidad y dinamismo. Existe una gran variedad de agentes de diversa naturaleza actuando en salud, con objetivos diferentes y no necesariamente alineados con los objetivos sanitarios que son la razón de ser del sistema de salud. Uno de ellos es el sector público de salud, con el Ministerio de Salud y la infraestructura sanitaria y social bajo su responsabilidad. Este actor gubernamental tiene la responsabilidad rectora y se constituye en Autoridad Sanitaria Nacional. Y debe relacionarse con los otros agentes.

La Autoridad Sanitaria Nacional debe velar por la gobernanza y la gobernabilidad del sector de salud. En tal virtud debe generar, desarrollar y controlar el cumplimiento de reglas de juego sancionadas por el sistema democrático vigente. Dichas reglas de juego definen los principios y normas para el funcionamiento del sistema de salud, sus procesos y productos, así como organiza la participación de los agentes y actores interesados en dicho sistema. Para ello genera el cuerpo de leyes, reglas, normas y procedimientos para dicha gobernanza, que debe ser sancionada por el sistema político. Es decir, define el marco normativo sanitario que protege y promueve la salud.

De particular importancia resultan los agentes económicos. La industria farmacéutica, de producción de vacunas, biológicos, tecnológicos e insumos para la salud, la de producción de instrumentos de diagnóstico y tratamiento, son poderosos agentes actuando a escala global con serias implicaciones para los sistemas nacionales de salud. En el sector sanitario actúan múltiples agentes económicos y sociales interactuando según dinámicas de mercado muy particulares. Existen e interactúan entre ellos los mercados de bienes (medicamentos, vacunas, instrumentos, etc), de servicios (atención médica ambulatoria, atención hospitalaria, educación profesional para salud, etc), de recursos financieros (seguros de salud). En economías de mercado como la salvadoreña, con grandes desequilibrios sociales y asimetrías en la distribución de los recursos, la acción de mercados sin regulación puede aumentar y agravar los serios problemas de inequidad social y sanitaria que existe. De allí la importancia de la regulación por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional, a cargo del MSPAS.

Siendo estas dimensiones de la Rectoría (Legislación, Regulación y Reglamentación) atribuciones y responsabili-

dades del MSPAS, este ha asumido de manera activa la responsabilidad de fortalecer la capacidad institucional que se requiere para tal cometido, en especial en lo referente a Regulación y Fiscalización en materia de salud pública. El Ministerio ha definido algunas iniciativas prioritarias en materia de Legislación y Regulación indispensable para iniciar el proceso de garantía del derecho a la salud y el correspondiente acceso universal y equitativo a los servicios de salud. Asimismo ha visto que es indispensable orientar, armonizar y ordenar la actuación de agentes claves en el sector. Las siguientes son las principales iniciativas promovidas y realizadas por el ministerio durante este primer año de gobierno

Propuesta de la Ley de Medicamentos y Productos Sanitarios

Esta ley tiene como propósito cambiar una grave e injusta situación en el acceso a los medicamentos que afecta a una gran mayoría de los salvadoreños, y sobre todo a los más pobres. En nuestro país la población paga uno de los precios más altos del mundo por adquirir sus medicamentos. Estudios realizados muestran que más de un tercio de la población no tiene acceso por falta de capacidad económica a medicamentos. Ello condiciona de manera importante una serie de complicaciones y muerte entre los salvadoreños, que son absolutamente evitables.

Como se dijo, es de considerar también que tanto el control de calidad como la comercialización han sido inadecuadamente dispersadas entre el CSSP y el MSPAS, lo que condiciona un marco de ambigüedad e incapacita a ambas instituciones para regular efectivamente, propiciando ganancias desmedidas en el proceso de comercialización de medicamentos. Esta es una condición injusta que no puede continuar. Existe una necesidad urgente de regular las condiciones que garanticen la calidad, eficacia, seguridad y el acceso a los medicamentos esenciales para la población salvadoreña, así como su uso racional, tanto por los profesionales de la salud como por la población en general.

El marco regulatorio vigente es anacrónico (la Ley de Farmacias data de 1927) y no genera las condiciones para que los usuarios de los medicamentos puedan asegurar su derecho a la salud. La propuesta de Ley del MSPAS es un marco integral, consta de 116 artículos; la regulación de precios, siendo muy importante, es sólo uno de sus elementos. La Ley regula no solamente los medicamentos y productos sanitarios (como por ej. reactivos de labo-

ratorio, insumos médico-quirúrgicos, insumos odontológicos y radiológicos, etc), sino también la acción de las personas naturales y jurídicas, las instituciones estatales, autónomas y privadas y por supuesto todos los procesos en que todos ellos se involucran, en relación con los medicamentos y productos sanitarios, es decir comprende investigación, registro sanitario, precios, control de calidad (pre y post registro), almacenamiento, adquisiciones públicas, distribución, comercialización, prescripción, dispensación, farmaco-vigilancia, promoción y publicidad, e información y educación al consumidor.

Para lo anterior se crean 3 instrumentos dependientes del MSPAS para asesorarlo en materia política y técnica relacionada a los medicamentos:

- **El Consejo Nacional de Medicamentos** encargado de asesorar al MSPAS en los aspectos relacionados con política de medicamentos, diagnosticar la estructura de precios de los medicamentos, formular una política de regulación de precios para presentarla al MINEC a fin de que la discuta, apruebe y ejecute, recabar información de laboratorios, droguerías y farmacias sobre aspectos técnicos, económicos y financieros y verificar su confiabilidad y otras similares.
- **El Comité Nacional de Ética de la Investigación Clínica**, a fin de regular las investigaciones con medicamentos que involucran a los seres humanos
- **El Comité Farmacoterapéutico Nacional**, encargado de elaborar el Listado Único de Medicamentos Esenciales, el Formulario Terapéutico (con una especie de monografía para cada uno de los medicamentos contenidos en el Listado Único de Medicamentos) y crear la Red o Sistema de Farmaco-vigilancia de reacciones adversas y fallos terapéuticos entre otros.

El MSPAS adicionalmente deberá crear una Dirección de Medicamentos y Productos Sanitarios (un nivel superior a la que tiene la actual Unidad Reguladora de Medicamentos e Insumos Médicos –URMIM-)

Propuesta de la Ley de Vacunas

Esta ley tiene como objeto regular y promover mecanismos que garanticen la adquisición de vacunas, sueros y otros biológicos, su abastecimiento, disponibilidad, distribución, conservación, aplicación y prescripción de las mismas, de forma permanente a toda la población, de

acuerdo a grupos etarios vulnerables, a fin de prevenir enfermedades infecciosas que afecten la salud de la población.

Propuesta de Decreto Presidencial de Creación de la Comisión Intersectorial de Salud - CISALUD

El objeto de la CISALUD es fortalecer la participación interinstitucional de manera permanente y efectiva, para diseñar, ejecutar, y mantener los planes nacionales de solución de problemas y emergencias que afectan la salud pública, en concordancia con la planificación del Gobierno Central, así como la responsabilidad compartida entre las instituciones y la población en la prevención y control de las mismas.

Participación en la elaboración de planes estratégicos intersectoriales

El MSPAS participó en la elaboración de planes estratégicos en dos comisiones cuyos temas y objeto de ser responden a las recomendaciones en mención: 1. Plan Estratégico de la Comisión Nacional Antidrogas (CNA). Dicha comisión pertenece al Ministerio de Seguridad Pública y es responsable del tema drogas, sean éstas lícitas o no lícitas, 2. Plan Estratégico para la Comisión Antidoping del Instituto Nacional de los Deportes (INDES). Dicha comisión pertenece al Ministerio de Educación y es responsable de control del dopaje por parte de atletas de los diferentes deportes que se practican en el país, promoviendo el juego limpio.

Regulación Sanitaria

En materia de regulación sanitaria, el Ministerio ha desarrollado instrumentos normativos para apoyar la política de salud (procedimientos, guías, listados, actualización de normas, manuales, guías clínicas, etc.).



Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), en conferencia de prensa el 26 de febrero de 2010, declara emergencia sanitaria nacional por epidemia de dengue.



Autoridades de Salud presentan propuesta de Ley de Medicamentos y Productos Sanitarios a la Honorable Asamblea Legislativa el 22 de febrero de 2010.

Capítulo 7

Tendencias del presupuesto y del gasto

Presupuesto Total del MSPAS, Incluyendo todas las Fuentes de Financiamiento (2005-2010)¹

El financiamiento disponible del MSPAS para 2009 y 2010, tanto en términos absolutos, como en su composición según clasificación económica y rubros principales de gasto, y su relación con el PIB, rompen la tendencia observada durante décadas, mejorando, sin lugar a dudas, el presupuesto institucional, si se toma en cuenta, además del presupuesto votado, todas las modificaciones realizadas al mismo.

La comparación de las cifras relativas al presupuesto total asignado al MSPAS, incluyendo todas las fuentes de financiamiento (fondo general, recursos propios, fondo de actividades especiales, préstamos y donaciones), permite visualizar el grado de importancia relativa del Ramo de Salud en la disponibilidad de recursos a lo largo del tiempo, así como su composición interna.

Evolución del presupuesto total del MSPAS, según fuentes de financiamiento

En el Gráfico 1 se presenta la evolución del presupuesto total disponible del Ramo de Salud durante el período 2005 - 2010. Cifras que incluyen, además del presupuesto votado (Ley de Presupuesto de cada ejercicio fiscal), las modificaciones presupuestarias (aumentos o disminuciones) que se ejercen a lo largo del año fiscal correspondiente, así como los ingresos procedentes de otras fuentes de financiamiento con las que cuenta la institución, tanto en el presupuesto ordinario como extraordinario, cuyo detalle aparece reflejado en la Tabla 1.

Es evidente el gran aumento que ha tenido el presupuesto en salud por todos los conceptos debido, especialmente, a las modificaciones presupuestarias realizadas sobre el presupuesto aprobado.

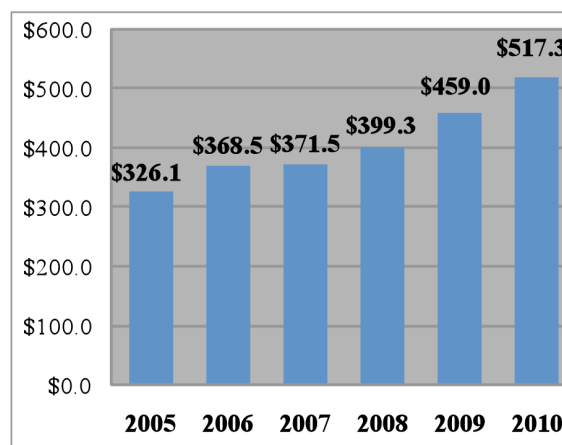
Al examinar la evolución de las diferentes fuentes de financiamiento del MSPAS en relación al total de recursos disponibles (Tabla 1), se identifica que los procedentes del fondo general (fondos GOES), pasaron de representar el 79% en 2005 (\$257.6 millones), al 84% en 2010 (\$433.6

millones); mientras que aquellos procedentes de préstamos externos se han mantenido durante el período en el rango del 10 al 13% (con excepción de 2009, donde representaron el 23% del presupuesto disponible, debido al apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo en el Plan Anti Crisis y la atención de emergencia ocasionada por la tormenta IDA).

Los recursos propios son los fondos procedentes en años anteriores de las cuotas de recuperación – las “cuotas voluntarias”- aportadas por los pacientes o sus familias en los servicios hospitalarios, así como la venta de servicios a terceros – convenios de prestación de servicios con el Instituto Salvadoreño del Seguro Social e Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. Estos recursos disminuyeron su importancia relativa en el financiamiento del Ramo de Salud, debido a la política de gratuidad de los servicios de salud aprobada en 2009². De hecho, pasaron de representar el 6% del financiamiento del MSPAS en 2005, al 2% en 2010.

El resto de recursos aportados por el Fondo de Actividades Especiales y las donaciones, en términos generales, pasaron de representar el 4.2% en 2005 al 1.3% en 2010.

Gráfico 1. Presupuesto total del Ramo de Salud Pública y Asistencia Social, incluyendo todas las fuentes de financiamiento. Período 2005-2010 (En millones de dólares corrientes)



Fuente: UFI/UEC del MSPAS

1. En este apartado las cifras reportadas se refieren a los presupuestos modificados (incluyendo refuerzos o recortes experimentados) de cada ejercicio fiscal, es decir no se refieren a las cifras de los Presupuestos Votados en la Ley. Asimismo, se incluyen los recursos extrapresupuestarios de que dispone el MSPAS (recursos propios, Fondos de Actividades Especiales, donaciones; y, para 2009 y 2010, el Presupuesto Extraordinario de Inversión Social.

2. Decreto 54 publicado en Diario Oficial 181, tomo 384 del 30 de septiembre de 2009.

TABLA 1. RAMO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. PRESUPUESTO TOTAL, SEGÚN FUENTES DE FINANCIAMIENTO, EN CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS.

TOTAL PRESUPUESTO POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO	2005	2006 1/	2007	2008	2009 2/	2010
	(EN MILLONES DE US \$)					
GOES	257,6	296	307,1	329,4	328,4	433,6
PRESTAMOS EXTERNOS	35,1	38,8	41,4	40,2	105,1	67,1
DONACIONES	12,3	12,7	6,7	13,2	8,2	5,1
RECURSOS PROPIOS	20,3	19,6	14,8	14,8	15,5	10,1
FONDOS DE ACTIVIDADES ESPECIALES	0,8	1,3	1,4	1,7	1,7	1,3
TOTAL	326,1	368,5	371,5	399,3	459,0	517,3
	(EN PORCENTAJES)					
GOES	79%	80%	83%	82%	72%	84%
PRESTAMOS EXTERNOS	11%	11%	11%	10%	23%	13%
DONACIONES	4%	3%	2%	3%	2%	1%
RECURSOS PROPIOS	6%	5%	4%	4%	3%	2%
FONDOS DE ACTIVIDADES ESPECIALES	0,2%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

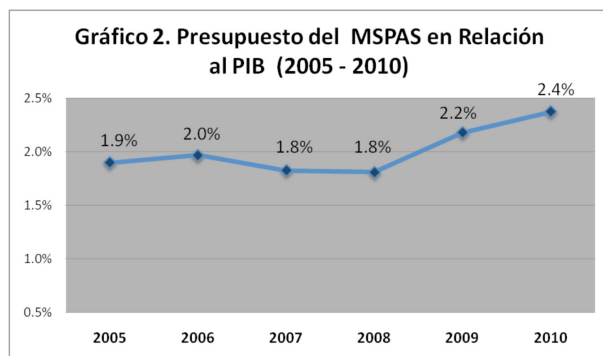
Fuente: Unidad de Economía de la Salud/Unidad Financiera Institucional/MSPAS

1/ En 2006, en el presupuesto especial de FOSALUD aparece reportados un refuerzo presupuestario por \$5.6 millones que no están incluidos en el consolidado contable institucional.

2/ En 2009, en los registros contables, los fondos PEIS están reportados como préstamo (\$4.7 millones). No obstante, cambió la fuente de financiamiento a Fondo General, razón por la que en la Tabla se registran como FONDOS GOES

Evolución del presupuesto total del MSPAS con relación al Producto Interno Bruto (PIB)

En relación al grado de importancia relativa que tiene el financiamiento del MSPAS en términos del Producto Interno Bruto (PIB), a precios corrientes, en el Gráfico 2 se presenta dicho indicador.

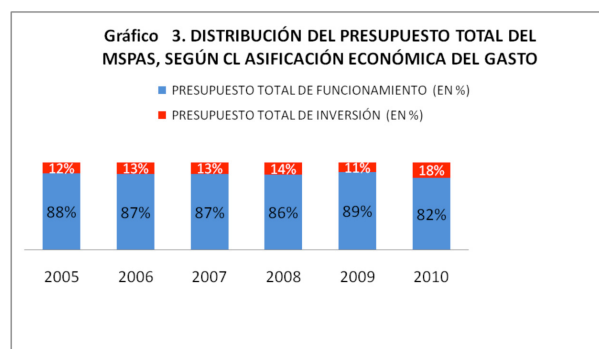


Fuente: Unidad de Economía de la Salud/ Dirección de Planificación/ MSPAS

Como puede derivarse del Gráfico 2, el presupuesto total del MSPAS – que incluye, además del presupuesto votado, el resto de fuentes de financiamiento- pasó de representar el 1.9% del PIB en 2005, al 2.4% del PIB en 2010. Cabe señalar que, dicho indicador, en ningún año atrás –salvo 2006 en donde llegó al 2% del PIB- pasó del 1.7 – 1.9% del PIB. Por consiguiente, 2009 y 2010, rompen la tendencia observada durante la última década, respecto a la importancia relativa del financiamiento dirigido hacia el MSPAS, medido en términos del PIB.

Evolución del presupuesto total del MSPAS, según clasificación económica del gasto

Otra óptica importante en el análisis de la evolución del presupuesto del MSPAS, consiste en comparar su composición, según la clasificación económica del gasto (funcionamiento e inversión). En el Gráfico 3 se presenta la estructura o composición relativa del presupuesto total disponible, en función de esta clasificación; y, en la Tabla 2, los valores respectivos en millones de dólares.



Fuente: Unidad Financiera Institucional/Unidad de Economía de la Salud/ MSPAS. Se incluyen todas las fuentes de financiamiento. Información de 2010 cerrada a marzo del mismo año.

TABLA 2. PRESUPUESTO TOTAL DEL RAMO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, SEGÚN CLASIFICACIÓN ECONÓMICA DEL GASTO (En millones de US \$ corrientes)

CONCEPTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010
PRESUPUESTO TOTAL DE FUNCIONAMIENTO	286,5	319,3	321,6	344,9	407,9	424,8
PRESUPUESTO TOTAL DE INVERSIÓN	39,7	49,2	49,8	54,4	51,0	92,4
TOTAL PRESUPUESTO DISPONIBLE (INCLUYENDO TODAS LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO)	326,1	368,5	371,4	399,3	459,0	517,3

Fuente: Unidad Financiera Institucional/Unidad de Economía de la Salud/MSPAS

Tal como se observa, el rubro de gasto destinado a la inversión (equipamiento e infraestructura), pasó de representar, en promedio, el 13% del presupuesto total del Ramo durante 2005 - 2009, al 18% en 2010 (\$92.4 millones), ello debido, principalmente, a la aprobación del Presupuesto Extraordinario de Inversión Social (PEIS)³, que para 2010, llegó a los \$ 64.5 millones (proyectos de 2009 y 2010).

Las cifras indican, por tanto, que en el crecimiento del presupuesto total del Ramo, la inversión ha jugado un papel importante. De hecho pasó de \$39.7 millones en

2005 a \$92.4 millones en 2010 (Tabla 2). En otras palabras, el presupuesto destinado a mejorar la capacidad instalada de la oferta de servicios, en términos de planta física y equipamiento, aumentó, respecto a 2005, en un 133% en 2010, incremento financiado en su mayor parte con fondos GOES.

En la Tabla 3 se presenta un resumen del destino del presupuesto total de inversión considerado para 2010, separando el presupuesto ordinario del extraordinario.

Nombre del Proyecto	Fuente de Financiamiento	Monto (en millones de US\$)
Construcción, Reconstrucción, Ampliación y Equipamiento de Establecimientos de Salud	Fondo General	1.10
Programa de Reconstrucción de Hospitales y Ampliación de los Servicios de Salud, Préstamo BIRF No. 7084-ES	Fondo General	6.04
	Préstamos Externos (BRIF)	12.25
Apoyo de Servicios de Salud Pública - Emergencia Nacional	Préstamos Externos (BID)	8.50
Sub total Fondo General		7.14
Sub total Préstamos Externos		20.75
Total Inversión presupuesto ordinario		27.89
Presupuesto Extraordinario de Inversión Social (PEIS)	Fondo General	64.50
TOTAL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN 2010		92.4
TOTAL FINANCIAMIENTO FONDO GENERAL		78% 71.64
TOTAL FINANCIAMIENTO PRESTAMOS EXTERNOS		22% 20.75

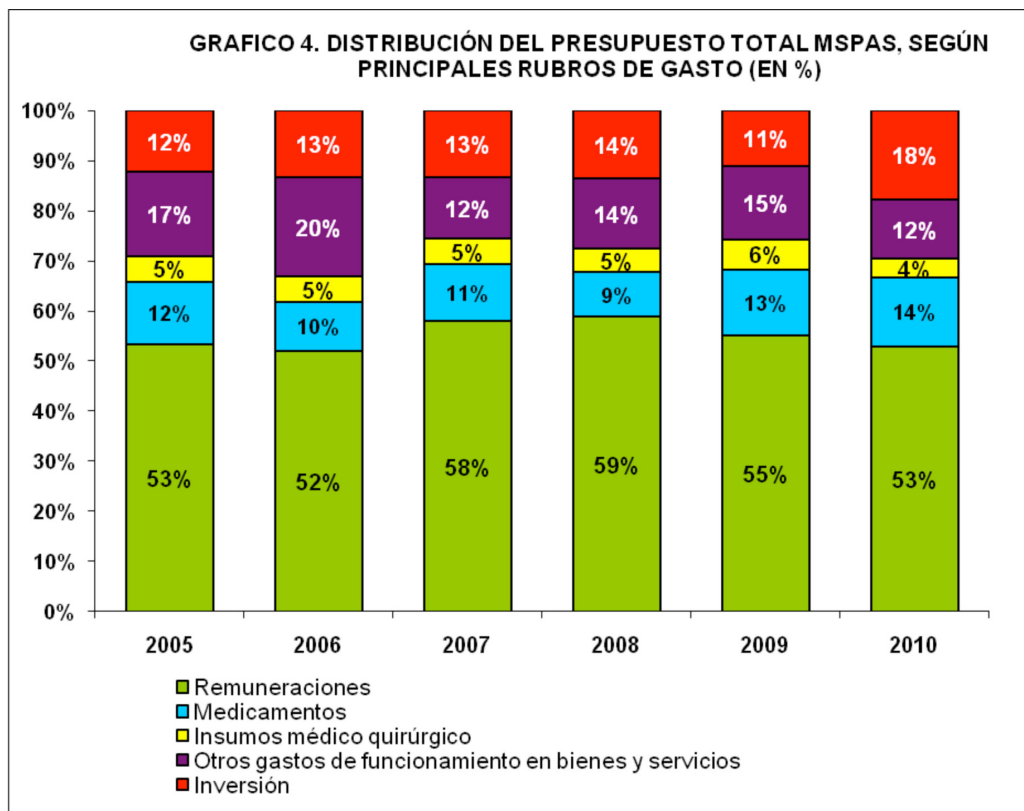
Fuente: Unidad Financiera Institucional/Unidad de Economía de la Salud/Dirección de Planificación/MSPAS

3. Decreto No. 180, publicado en el Diario Oficial 213, Tomo 385 del 13 de noviembre de 2009.

Evolución del presupuesto total del MSPAS, según principales rubros de gasto.

Los principales rubros de gasto del MSPAS son cuatro: 1. Remuneraciones, 2. medicamentos, 3. insumos médico-quirúrgicos y de laboratorio, 4. Inversión. El resto de gastos, que incluye servicios básicos, combustible y lubricantes, papelería, mantenimiento de maquinaria y equipo, etc. se agrupan en la categoría denominada "Otros Gastos de Funcionamiento".

A continuación se presenta la evolución del presupuesto total del MSPAS (incluyendo, además del presupuesto ordinario, otras fuentes de financiamiento: recursos propios, presupuesto extraordinario y otros), según los principales rubros de gasto antes descritos, tanto en términos relativos (Gráfico 4), como en valores nominales (Tabla 4).



Fuente: Unidad Financiera Institucional/Unidad de Economía de la Salud/ MSPAS. Se incluyen todas las fuentes de financiamiento. Información de 2010 cerrada a marzo del mismo año.

TABLA 4. PRESUPUESTO TOTAL DEL MSPAS, SEGÚN PRINCIPALES RUBROS DE GASTO (EN MILLONES DE US\$ CORRIENTES)

Rubros	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Remuneraciones	174.1	191.6	215.0	235.0	253.1	273.2
Medicamentos	40.5	36.4	42.3	35.2	60.2	71.9
Insumos médico quirúrgico	16.9	18.5	18.8	19.0	27.6	18.7
Otros gastos de funcionamiento	55.0	72.9	45.6	55.8	67.0	60.9
Inversión	39.7	49.2	49.8	54.4	51.0	92.4
Total	326.1	368.5	371.5	399.3	459.0	517.2

Fuente: Unidad de Economía de la Salud/Unidad Financiera Institucional/MSPAS

Esta información permite derivar varias consideraciones importantes, entre las que se destacan las siguientes:

Si bien el principal rubro de gasto (más del 50%) del presupuesto del MSPAS lo constituyen las remuneraciones, éste ha ido perdiendo importancia relativa en relación al total del financiamiento disponible. De hecho pasó de representar el 59% en 2008, al 53% en 2010. Un porcentaje similar al experimentado en 2005.

El rubro que ha ganado significativa importancia relativa, especialmente en 2010, ha sido el de inversión.

En lo relativo a medicamentos -un rubro especialmente crítico en el MSPAS dada la naturaleza de sus servicios- este ha sido uno de los rubros más favorecidos con el incremento presupuestario experimentado en 2009 y 2010, pasando de representar el 9% en 2008, al 14% en 2010. Visto en términos nominales, ello significó incrementar el presupuesto para medicamentos de \$35.2 millones disponibles en 2008 a \$60.2 y \$71.9 millones, en 2009 y 2010, respectivamente (Tabla 4).

Presupuesto Ordinario Modificado del MSPAS en 2010

Modificaciones a marzo y composición, por fuente de financiamiento, del Presupuesto Votado 2010 (Presupuesto Ordinario).

El Presupuesto Votado 2010 para el Ramo de Salud es de US\$390.65 millones⁴. Sin embargo, durante el primer trimestre del año, se han recibido refuerzos presupuestarios por parte del Ministerio de Hacienda, por un monto de \$45.47 millones (Tabla 5), razón por la que el Presupuesto Modificado a marzo 2010 asciende a \$436.13 millones, monto que no incluye otras fuentes de financiamiento extrapresupuestarias con las que, de hecho, se cuenta para este ejercicio fiscal (Fondo de

Actividades Especiales, donaciones, recursos propios y PEIS).

El Presupuesto Modificado a marzo de 2010, está compuesto en un 85% (US\$368.98 millones) de financiamiento procedente del Fondo General; y, la diferencia (15%) por los recursos procedentes de los préstamos BIRF (\$12.25 millones)⁵ y BID (\$54.89 millones)⁶. Este último proporcionado en el marco del Plan Anti Crisis para apoyar la eliminación de las cuotas voluntarias y la dotación de medicamentos (\$44.8 millones), así como para atender las necesidades derivadas de la Tormenta IDA (\$10.0 millones).

Respecto a los recursos del Fondo General del Presupuesto Modificado, éstos están distribuidos de la siguiente manera:

US\$361.84 millones para atender gastos de funcionamiento,

US\$6.04 millones de contrapartida préstamo BIRF; y

US\$1.1 millones para el financiamiento de la Consulta Externa del Hospital Benjamín Bloom; y el desarrollo proyectos de inversión para el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI)

Distribución del Presupuesto Modificado 2010 del Ramo, según Unidad Presupuestaria

En la Tabla 5 se presenta la distribución, tanto del Presupuesto Votado como del Presupuesto Modificado 2010 (sin incluir otras fuentes de financiamiento), según las distintas unidades presupuestarias (áreas de gestión) del Ramo.

4. Ley de Presupuesto 2010. Diario Oficial no. 233, Tomo No. 385, del 11 de diciembre de 2009.

5. Remanente del préstamo del Banco Mundial para reconstruir hospitales dañados por el terremoto de 2001.

6. Préstamo BID para Plan Anti crisis. Decreto 179, Diario Oficial No. 213, tomo 385 del 13 de noviembre de 2009.

TABLA 5. PRESUPUESTO ORDINARIO 2010 DEL RAMO DE SALUD , SEGÚN UNIDADES PRESUPUESTARIAS 1/ (EN US \$ CORRIENTES)

Unidad Presupuestaria	Presupuesto Votado 2010	Modificaciones (+ , -)	Presupuesto Modificado	% con relación al Presupuesto Ordinario
01 Dirección y Administración Institucional	24,417,720	27,759,429	52,177,149	12%
02 Primer Nivel de Atención	116,848,620	-17,246,929	99,601,691	23%
03 Apoyo a Instituciones Adscritas y Otras Entidades	229,993,655	-19,930,405	210,063,250	48%
04 Desarrollo de la Inversión	19,391,650	-	19,391,650	4%
05 Apoyo a Servicios de Salud Pública - Plan Anticrisis		37,713,458	37,713,458	9%
06 Apoyo a Instituciones Adscritas - Plan Anticrisis		6,992,438	6,992,438	2%
07 Apoyo a Servicios de Salud Pública - Emergencia Nacional		10,185,828	10,185,828	2%
Total Presupuesto Ordinario	390,651,645	45,473,819	436,125,464	100%

Fuente: Unidad Financiera Institucional/MSPAS

1/ No se incluyen otras fuentes de financiamiento, ni presupuesto extraordinario (PEIS)

Como puede observarse, el presupuesto modificado 2010 al mes de marzo (ordinario), se concentra principalmente en la Unidad Presupuestaria 03. Apoyo a Instituciones Adscritas y Otras Entidades (48%), dado que en esta área de gestión se incorporan las transferencias o subvenciones de los 30 hospitales nacionales, las otras entidades adscritas (Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, Cruz Roja Salvadoreña y Hogar de Ancianos "Narcisa Castillo"), así como los recursos transferidos en carácter de subsidio a entidades de asistencia social. Siendo la Unidad Presupuestaria 02. Primer Nivel de Atención, la segunda más importante en términos de concentración de recursos financieros (23%), dado que en esta se incorporan tanto las sedes Regionales, los Sistemas Básicos de Salud Integral, como la red de establecimientos de primer nivel (unidades de salud y centros rurales de nutrición). Así, la red de prestación directa de servicios de salud del MSPAS concentra en 2010 más de las dos terceras partes del presupuesto modificado ordinario aprobado a marzo del mismo año.

Finalmente es importante aclarar que la mayor parte de las disminuciones que aparecen reflejadas, tanto en la Unidad Presupuestaria 02. Primer Nivel de Atención, como en la 03. Apoyo a Entidades Adscritas y otras Entidades, obedece a que dichos fondos son trasladados, ya en ejecución, a la Secretaría (nivel central), para realizar la compra conjunta de medicamentos (incluyendo biológicos); y, obtener economías de escala en la adquisición de dichos insumos.

Ejecución Presupuestaria 2009

Al igual que en los años anteriores, durante el ejercicio fiscal 2009, se experimentaron modificaciones presupuestarias (aumentos o disminuciones) que afectaron la asignación original establecida en la Ley de Presupuesto de dicho año (\$393.4 millones), la cual terminó incrementándose a \$ 428.79 millones al concluir el año. Dicho incremento se explica debido a los refuerzos presupuestarios obtenidos del Ministerio de Hacienda para financiar: 1. La atención de Emergencia por el Virus AH1N1 y Tormenta IDA; 2. el Plan Anti Crisis, con el que se cubrió la compensación a hospitales y unidades de salud por la eliminación de las cuotas voluntarias; y se reforzó la compra de medicamentos, en atención a una política del Gobierno; 3. los proyectos del Hospital Nacional San Rafael, Maternidad y Extensión de Servicios de Salud del Proyecto de Reconstrucción de Hospitales (RHESSA/ BIRF).

En la Tabla 6 se presenta la ejecución presupuestaria 2009 del Ramo de Salud Pública y Asistencia Social, según Unidad Presupuestaria, partiendo del presupuesto modificado obtenido en dicho año, incluyendo presupuesto extraordinario (PEIS).

TABLA 6. EJECUCIÓN POR UNIDAD PRESUPUESTARIA, EJERCICIO FISCAL 2009 1/(En millones de US\$)

Unidad Presupuestaria	Presupuesto Votado	Modificaciones (+, -)	Presupuesto Modificado	Devengado (ejecutado)	% de Ejecución
01 Dirección y Administración Institucional	23.09	27.81	50.90	50.71	100%
02 Primer Nivel de Atención	104.39	4.54	108.93	107.91	99%
03 Apoyo a Instituciones Adscritas y Otras Entidades	219.99	-9.29	210.70	210.26	100%
04 Desarrollo de la Inversión	45.92	0.38	46.30	43.06	93%
05 Apoyo a Servicios de Salud Pública - Plan Anticrisis	-	11.22	11.22	9.92	88%
06 Apoyo a Servicios de Salud Pública - Emergencia Nacional	-	0.72	0.72	0.58	80%
Total Presupuesto Ordinario	393.40	35.39	428.79	422.44	99%
51 Mejoramiento de la Red de Establecimientos de Salud	34.50	-29.75	4.75	4.75	100%
Total Presupuesto Ordinario y Extraordinario	427.90	5.64	433.53	427.19	99%

Fuente: Unidad Financiera Institucional/MSPAS 1/ Las cifras no incluyen la ejecución con otros fondos (Fondos de Actividades Especiales, recursos propios y donaciones, manejadas extrapresupuestariamente).

En términos generales, la ejecución presupuestaria global del Ramo de Salud Pública y Asistencia Social para el HAño 2009, fue del 99% del total de los recursos asignados durante el ejercicio fiscal. Ascendiendo, por tanto, los gastos totales a \$427.2 millones (excluyendo gastos ejercidos con otras fuentes de recursos), equivalentes al 2% del Producto Interno Bruto, a precios corrientes de 2009.

A su vez, de la tabla en mención, puede observarse, desde el punto de vista de cada Unidad Presupuestaria, que básicamente en todas se obtuvo un nivel de ejecución igual o superior al 80% del presupuesto modificado. De hecho, en tres de ellas (Unidades Presupuestarias 01, 02 y 03, estas últimas directamente vinculadas con la prestación de servicios en hospitales y red del primer nivel de atención), la ejecución presupuestaria fue muy cercana al 100% o del 100%.

Respecto a la ejecución presupuestaria 2009, según principales rubros de gasto, en la Tabla 7, se presenta el detalle de la misma. Las cifras dan cuenta que el pago de remuneraciones representaron cerca del 60% de los gastos ejercidos con el presupuesto ordinario; mientras que los medicamentos e insumos médico-quirúrgicos, representaron, entre ambos, el 21% del gasto total, lo que implica una mejora importante en la disponibilidad de recursos básicos en la red de establecimientos de salud. El resto de gastos (19%), se utilizaron para atender tanto la inversión, como la compra de otros bienes y servicios de funcionamiento.

En cuanto a los gastos ejercidos con cargo al Presupuesto Extraordinario de Inversión Social (PEIS), estos ascendieron a los \$4.7 millones durante 2009, por lo que muchos de los proyectos financiados con dichos recursos se trasladaron al ejercicio fiscal 2010.

TABLA 7. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL MSPAS DURANTE 2009, SEGÚN RUBROS PRINCIPALES DE GASTO 1/(En millones de US\$)

Tipo de Gasto	Presupuesto Modificado	Devengado (ejecutado)	% de ejecución
Remuneraciones	253.11	252.86	59%
Medicamentos	60.21	57.59	14%
Insumos Médico Quirúrgico y de Laboratorio	27.60	27.56	7%
Inversión	17.70	17.66	4%
Otros gastos	70.17	66.77	16%
Total Presupuesto Ordinario	428.79	422.44	100%
Presupuesto Extraordinario de Inversión Social	4.75	4.75	100%
Total Presupuesto Ordinario y Extraordinario	433.53	427.19	99%

Fuente: Unidad Financiera Institucional/MSPAS 1/ Las cifras no incluyen la ejecución con otros fondos (Fondos de Actividades Especiales, recursos propios y donaciones, manejadas extrapresupuestariamente).

Gasto Público en Salud (1998 - 2009)

De las estadísticas de Cuentas en Salud, de las que el MSPAS es la fuente oficial y la entidad que coordina (desde 1996) la consolidación de las cifras a nivel sectorial (incluyendo componente privado), se presentan a continuación algunos de los indicadores más importantes que miden el Gasto Público en Salud, su composición y su relación con otras variables macroeconómicas, como el Producto Interno Bruto y el Gasto de Gobierno General.

Es preciso señalar que el Gasto Público en Salud, en atención a la metodología establecida por la Organización Mundial de la Salud, es la resultante de agregar –no sin previa depuración de los gastos “no de salud”- los gastos en salud devengados por las siguientes instituciones proveedoras directas y/o financiadoras de atenciones de salud: 1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, lo que incluye a las instituciones adscritas al Ramo (hospitales, ISRI, Cruz Roja Salvadoreña, Hogar de Ancianos y FOSALUD), la Secretaría de Estado, Regiones de Salud y establecimientos del primer nivel de atención; 2. Instituto

Salvadoreño del Seguro Social (régimen de salud), nivel central y red de establecimientos; 3. Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, 4. Sanidad Militar y red de establecimientos; 5. Gobiernos municipales, 6. Empresas paraestatales, 7. Otras entidades de gobierno.

Como todas las estadísticas, las Cuentas en Salud, en la medida en que la información de base ha facilitado acceder a datos más precisos, ha ido mejorando el registro del Gasto Público en Salud. A partir de 2006 fue posible incorporar el gasto en salud ejercido por los gobiernos municipales, las empresas paraestatales y otras entidades de gobierno, gracias a la colaboración del Ministerio de Hacienda. El resultado del Gasto Público en Salud está basado en información oficial de carácter contable, a nivel de devengado, e informes financieros de las entidades involucradas, siendo por tanto una variable construida gracias al apoyo interinstitucional. A continuación, se presentan los principales resultados, de los cuales 2009 aún es preliminar.

**Composición del Gasto Público en Salud (2001 – 2009)
y su contribución al Gasto Nacional en Salud (1997 – 2008)**

En la Tabla 8 se presenta el detalle, según institución, del Gasto Público en Salud para el período 2001 – 2009, tanto en valores nominales (a precios corrientes), como en términos relativos.

TABLA 8. Gasto Público en Salud en El Salvador, según instituciones (2001-2009)

CONCEPTO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 (p)
En millones de US\$ corrientes									
GASTO PÚBLICO EN SALUD	490.9	512.0	520.1	552.2	636.3	773.0	756.3	801.7	919.1
MSPAS	260.9	251.7	252.6	264.0	300.2	346.6	366.4	391.3	467.9
ISSS	202.4	227.8	223.2	243.1	293.0	361.6	321.9	323.0	353.6
Bienestar Magisterial	11.4	15.9	27.2	27.7	25.3	22.3	22.4	29.1	38.5
Sanidad Militar	16.2	16.6	17.0	17.4	17.8	16.0	15.7	16.3	16.3
Consejo Superior de Salud Pública						1.6	1.9	2.0	2.7
Otras Entidades Públicas						10.0	8.3	13.7	13.7
Gobiernos locales						8.4	12.4	18.7	18.7
Empresas Públicas						6.4	7.3	7.5	7.5
En porcentajes									
MSPAS	53%	49%	49%	48%	47%	45%	48%	49%	51%
ISSS	41%	44%	43%	44%	46%	47%	43%	40%	38%
Bienestar Magisterial	2%	3%	5%	5%	4%	3%	3%	4%	4%
Sanidad Militar	3%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%
Consejo Superior de Salud Pública						0.2%	0.3%	0.2%	0.3%
Otras Entidades Públicas						1%	1%	2%	1%
Gobiernos locales						1%	2%	2%	2%
Empresas Públicas						1%	1%	1%	1%

Fuente: Economía de la Salud/Estimación de Cuentas en Salud/Dirección de Planificación/MSPAS

(p): Cifras preliminares

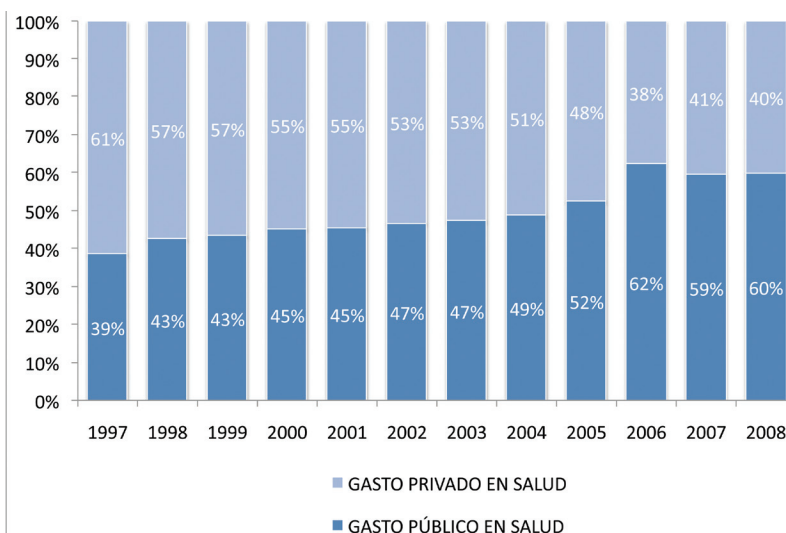
Como se observa, el Gasto Público en Salud (GPúbS) varió de \$ 490.9 millones en 2001 a \$ 919.1 millones en 2009, básicamente duplicando el gasto ejercido, tomando como año base 2001. Experimentando, por tanto, el indicador, una tendencia positiva durante los años acá reportados (la tasa de crecimiento promedio del período fue de 8.4%).

En términos relativos, considerando el aporte que cada institución pública ejerce en el gasto en salud, es notoria la alta importancia relativa que adquieren fundamentalmente dos instituciones en el sector: Ministerio de Salud e Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). Entre ambas instituciones, agregan al GPúbS entre el 89% (2009 y 2010) y el 94% (2001) del total ejecutado. El gasto en salud del resto de instituciones, aún a partir de 2006 que

se incorporaron otras entidades al indicador, representa alrededor del 10% o menos del total. En otras palabras, el presupuesto y gasto efectivamente ejercido por el MSPAS y el ISSS, es el que impacta, en forma negativa o positiva, el total del GPúbS. Cualquier incremento o decremento experimentado en la ejecución del gasto de ambas o cualquiera de estas instituciones, tendrá, por tanto, un efecto significativo en el GPúbS.

En relación a la contribución o el grado de importancia relativa que ha adquirido el GPúbS respecto al Gasto Nacional en Salud (gasto público más privado en salud)⁷, en el Gráfico 6, se presenta el porcentaje que representa del total del gasto en salud, el componente público y privado para el período 1997 a 2008, último año disponible de información total del gasto en salud.

7. Dentro del Gasto Nacional en Salud, se incorpora tanto el GPúbS como el gasto privado. En este último se incluye el gasto en salud ejercido por las compañías de seguro, como el gasto de bolsillo directo de los hogares para proveerse servicios de salud, adquirir medicamento, realizarse exámenes diagnósticos y hospitalizarse. Para estimar el gasto de las compañías, se utiliza información derivada del Banco Central de Reserva de El Salvador y la Superintendencia del Sistema Financiero; y, en el caso del gasto directo de bolsillo de los hogares, la información se estima considerando las Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (2006) y la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de cada año.



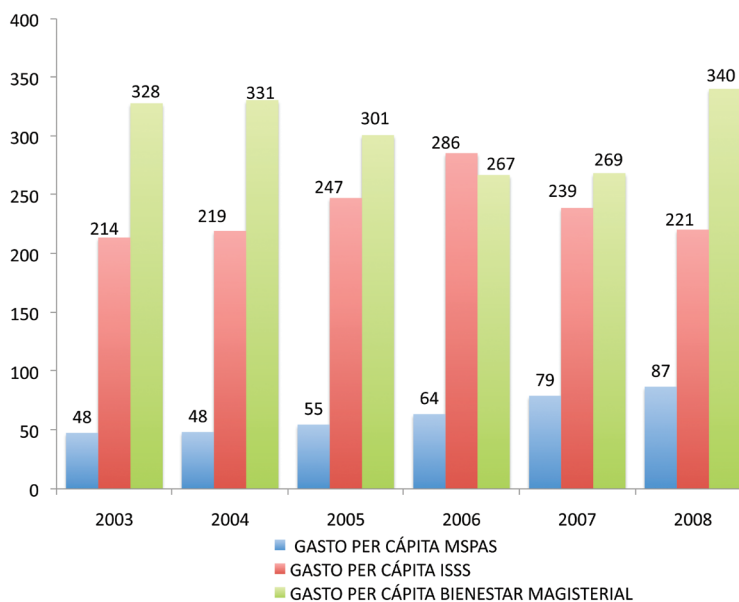
La información evidencia que el GpúbS, a partir de 2005 incrementó su importancia relativa respecto al Gasto Nacional en Salud (GNS), el cual se estima para 2008 en \$1,338.9 millones (6.1% del PIB). De hecho, el GpúbS pasó de representar el 39% en 1997 al 60% en 2008⁸. Dato importante que tiene relación directa con el acceso a servicios de salud y la equidad.

Gasto Público en el Gasto de Gobierno General

En relación a lo que representa del PIB (a precios corrientes) y del Gasto de Gobierno General, el Gasto Público en Salud, en los Gráficos 7 y 8 se detalla su evolución en el tiempo respecto a estos dos indicadores macroeconómicos.

Tan importante como el Gasto Público en Salud, es el gasto per cápita institucional en salud, dado que ese último permite observar la distribución, entre instituciones públicas del sector, del gasto en función de la población de su responsabilidad; y, es por definición, un indicador de equidad.

En el Gráfico siguiente se presenta el gasto per cápita institucional en salud, tanto del MSPAS, como del ISSS y del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), indicador que se obtiene al dividir el gasto en salud institucional entre su población beneficiaria.



8. La disponibilidad de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares (2006) permitió mejorar las estadísticas relativas al Gasto de bolsillo de los hogares en salud.

El Gráfico en mención da cuenta de los problemas de desigualdad en la distribución per cápita de los gastos que persisten en los años considerados. De hecho el MSPAS que potencialmente atiende a cerca del 80% de la población (población que no dispone de ningún tipo de aseguramiento público o privado), para 2008, contaba con sólo \$87 por persona al año para atender demandas de salud, mientras que el ISSS, básicamente disponía de 2.5 veces más asignación per cápita por be-

neficiario (\$221) y el ISBM 4 veces más por beneficiario, que lo disponible en el MSPAS por persona potencialmente beneficiaria. Los años anteriores a 2008, no son la excepción de la regla, sino que confirman un grave problema de equidad en la distribución per cápita de los recursos disponibles en salud dentro del sector público.

Capítulo 8

Dimensión internacional

Una de las dimensiones del cambio que debe enfrentar la nueva gestión en salud es la de Salud Internacional. Esta es una dimensión compleja y muy dinámica en la que el país, por intermedio de sus instancias responsables necesita actuar y participar, capitalizando las oportunidades para su fortalecimiento y su desarrollo sanitario.

En el actual mundo globalizado es difícil encontrar políticas, estrategias, intervenciones, recursos, conocimientos o modelos de organización y gestión de acción a nivel nacional, que no hayan sido influidos o determinados por corrientes de pensamiento, políticas y estrategias definidos en ámbitos de decisión internacional.

El Salvador como miembro de la Comunidad Internacional tiene un lugar que ocupar y un rol que cumplir en lo que se refiere a los temas internacionales que se debaten y definen en dicho espacio que tienen que ver con salud. Eventualmente dichos temas se traducirán en políticas, regulaciones o iniciativas de alto impacto para todos los países. Este espacio internacional se define en los niveles global, regional (en tanto parte de la Región de las Américas) y sub-regional (como parte del proceso de integración centroamericana en salud).

Hay también otros ámbitos de la Salud Internacional en las que el país participa como agente político y económico. Entre ellos cobra especial relevancia el de la Cooperación Internacional en Salud considerando las grandes necesidades de recursos que el país requiere para realizar los cambios y mejoras en su sistema de salud en un contexto de crisis financiera global con un fuerte impacto a nivel nacional. Sin embargo en los últimos tiempos han cobrado importancia las repercusiones que sobre el sistema nacional de salud tienen las definiciones que en los ámbitos de gobernanza del comercio internacional (no restringidos a salud) se toman sobre mercados de bienes y servicios sanitarios (medicamentos, vacunas, insumos críticos, etc), sobre migración de personal de salud y sobre propiedad intelectual.

El Gobierno Nacional ha definido una visión y una estrategia nacional para capitalizar en beneficio del país las oportunidades que se abren en el nivel internacional. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha definido la política nacional de salud, la visión y estrategia de la reforma en salud y una perspectiva de medio plazo (plan quinquenal) para el desarrollo sanitario en el marco del desarrollo nacional. Estas definiciones son esenciales no solamente para orientar su participación en los diversos ámbitos del campo de Salud Internacional sino también

para orientar y mejorar la efectividad de la cooperación internacional en salud y el aprovechamiento de las oportunidades de beneficios para obtener bienes y servicios sanitarios. La definición política del rumbo y las condiciones estratégicas del cambio en salud son la base de una acción internacional soberana y efectiva.

La Comunidad Internacional ha definido progresivamente un marco integral (que compromete tanto a los socios del desarrollo y países cooperantes como a los países receptores de la cooperación) para el mejor aprovechamiento de la ayuda internacional. La Declaración de París (2005) y el Programa de Accra (2007), a las cuales ha adherido El Salvador, han puesto las bases conceptuales y políticas para el alineamiento, apropiación y coordinación de la cooperación internacional. Este marco es importante porque ayuda a orientar el desarrollo de las capacidades nacionales y el mejor aprovechamiento de las posibilidades actuales y futuras del apoyo internacional.

En ese sentido el MSPAS ha avanzado en la definición de las necesidades de fortalecimiento de capacidades institucionales para afrontar el cambio en Salud Internacional. Del mismo modo se ha avanzado, bajo el marco arriba descrito, en la definición de necesidades de cooperación y en la redefinición de las relaciones y modos de trabajo con los socios internacionales del desarrollo y con otras instancias del gobierno nacional que influyen en el desempeño de la función.

A continuación se pasa revista a las actuaciones del MSPAS en los ámbitos de salud internacional y las acciones emprendidas para la transformación del marco institucional y para optimizar las oportunidades de canalizar los recursos de la cooperación internacional.

Proceso de Integración Centroamericana en Salud

Durante este año se realizaron algunos avances en dirección al proceso de Integración de Centroamérica en salud. Las iniciativas y proyectos regionales se enmarcan en la Agenda y Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana. La Agenda de Salud fue aprobada en enero de 2009 y el Plan fue aprobado en noviembre de 2009, momento en que se conformó el Comité Ejecutivo para su implementación. La negociación conjunta de medicamentos esenciales ha sido el ejemplo que arroja resultados más visibles en este campo.

Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA)

Es la instancia política del Sistema de la Integración Centroamericana que tiene como propósito la coordinación regional del Sector Salud. COMISCA cuenta con una Secretaría Ejecutiva (SE-COMISCA) con sede en la Ciudad de San Salvador que fue creada en septiembre de 2007 con la finalidad de fortalecer y garantizar el seguimiento y ejecución de las iniciativas regionales, así como facilitar la movilización de recursos. COMISCA apoya a OPS/OMS en la organización de la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) y de los Consejos Directivo y Consultivo del INCAP.

Principales proyectos y programas regionales definidos durante este año

- Negociación Conjunta de Medicamentos para Centroamérica y República Dominicana.
- En la XXII RESSCAD en 2006 se estableció la Comisión Técnica Subregional de Medicamentos (CTSM), ratificada en la XXXI COMISCA para el abordaje integral de medicamentos, calidad, seguridad, eficacia y uso racional (ver capítulo de Medicamentos y Vacunas).
- Conformación de la Comisión de Enfermedades Crónicas y Cáncer.
- Implementación de FLUCOMISCA para el Monitoreo, Seguimiento y Armonización de notificación y definiciones epidemiológicas de la influenza pandémica A H1N1 en la Región Centroamericana.
- Conformación de la Comisión Técnica de Recursos Humanos, que se reunirá por primera vez en San Salvador en el mes de agosto de 2010.
- Implementación del Laboratorio Regional de Referencia de VIH/sida

Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP)

A partir de diciembre de 2009, el INCAP se desvinculó administrativamente de OPS/OMS. Depende actualmente de su Consejo Directivo conformado por: 1. los Ministros y Ministras de Salud de los países de Centroamérica y República Dominicana y 2. la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). En enero de 2010, posterior a un proceso de elección, tomó posesión la nueva directora del INCAP nombrada por el Consejo Directivo. La sostenibilidad

financiera del Instituto depende tanto de las aportaciones que cada uno de los países miembros y, en especial, la OPS/OMS realizan cada año, como de los fondos externos procedentes de los organismos y agencias de cooperación y otros fondos generados por la misma institución.

Foro Centroamericano y de República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento (FOCARD APS)

El Foro Centroamericano y de República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento fue constituido en julio de 2004 en el marco de la XX Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana, RESSCAD. Su objetivo es promover la cobertura universal, disminuyendo la inequidad en cuanto al acceso, a la calidad y a la eficiencia en la presentación de servicios de agua potable y saneamiento, en especial en los sectores más necesitados. La organización y funcionamiento del organismo de coordinación regional, es coherente con las políticas que en materia de salud y ambiente se ha trazado la región para dar respuesta a la realidad y limitaciones que presenta el sector agua potable y saneamiento a nivel regional. Con el objetivo de movilizar recursos para el sector, durante este año y con el apoyo de FOCARD APS, se conformó en El Salvador una comisión intersectorial liderada por ANDA –compuesta también por el Ministerio de Agricultura, el Ministerio de Medio Ambiente y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social- para elaborar un plan estratégico de agua potable y ambiente.

Participación de la Ministra en Eventos Relacionados con la Definición de Políticas Internacionales en Salud

- XI Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud. Lisboa (Évora), Portugal. Del 27 de junio al 1 de julio del 2009.
- 49.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 61.º Sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas. Washington, D.C. Del 26 de septiembre al 3 de octubre del 2009.
- 63ª Asamblea Mundial de la Salud elige Ministra de Salud de El Salvador como Primera Vicepresidenta. La Dra. María Isabel Rodríguez fue elegida Primera Vicepresidenta de la Asamblea Mundial de la Salud en su 63ª edición, celebrada en la sede de la Organi-

zación Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. Del 17 al 21 de mayo de 2010.

Hacia una Nueva Estrategia de Movilización de Recursos de la Cooperación Internacional en Salud

Situación de la Cooperación Internacional en Salud al iniciar nuestra gestión

Al iniciar nuestra gestión encontramos una cooperación internacional caracterizada por: a) débil rectoría por parte del Ministerio de Salud en la orientación de la cooperación técnica y financiera, que se expresa sobre todo en el hecho de que una parte importante de la cooperación responda a criterios y agendas construidas exclusivamente desde la perspectiva del donante, b) alta fragmentación y gran yuxtaposición de iniciativas y acciones, c) proliferación de programas verticales en salud que poseen sus propias fuentes de financiamiento y racionalidad en la acción sanitaria, incluyendo los programas que están asentados en el Ministerio de Salud, d) reducido conocimiento por parte del nivel central del Ministerio sobre la situación de la cooperación internacional en los servicios de salud (incluyendo los hospitales y unidades de salud), el nivel municipal y la cooperación con las ONGs nacionales y las organizaciones sociales, entre otros.

Cambios que se están produciendo en la gobernanza global que afectan al campo de la cooperación internacional en salud en El Salvador

Entre estos cambios deben destacarse: a) el rápido incremento de actores de carácter transnacional a escala mundial (actores privados del sector empresarial corporativo, incluyendo aquellos que tienen fines de lucro y el sector filantrópico y las asociaciones empresariales), b) la creciente injerencia de los actores privados en el desarrollo de políticas públicas (particularmente actores privados de países desarrollados influenciando las políticas públicas de los países en desarrollo), c) el desarrollo de nuevos modos de asociación entre los llamados "actores globales" (entre sí y con respecto a los actores nacionales), lo que resulta en la proliferación de nuevas "iniciativas de salud global" que muchas veces contribuyen –mediante la creación de estructuras paralelas verticales– a una mayor fragmentación de los sistemas de salud y al debilitamiento de la rectoría de la autoridad sanitaria nacional. Es así cómo se observa una gran paradoja entre los

acuerdos internacionales logrados tendientes a obtener una mayor armonización, alineamiento y apropiación de la cooperación internacional (Declaración de París y subsiguientes) y una tendencia a una mayor fragmentación y reducción de soberanía de los países en cuanto a la cooperación internacional en salud a pesar de los notables esfuerzos que realizan agencias como AECID y la Unión Europea para reforzar la Declaración de París.

Nuestra estrategia de movilización de recursos provenientes de la cooperación internacional

Nuestra estrategia para la movilización de recursos de la cooperación internacional se asienta en los siguientes principios: a) Alineamiento y armonización de la cooperación internacional con la Política de Salud y su Plan Estratégico, ambos enmarcados en el Programa de Gobierno 2009-2014, b) soberanía nacional, rectoría del Ministerio de Salud en el establecimiento de prioridades, orientación de las áreas de cooperación en salud y monitoreo y evaluación de sus acciones, c) coordinación activa con la Secretaría Técnica de la Presidencia, el Ministerio de Hacienda y Cancillería, g) movilización de recursos de la cooperación internacional en salud para el desarrollo de políticas públicas intersectoriales orientadas a fortalecer el sistema de salud, actuar sobre los determinantes sociales de la salud y promover la participación ciudadana.

Mecanismos para apoyar la estrategia de movilización de recursos provenientes de la cooperación internacional

Algunos de los mecanismos en los que se apoya la estrategia de movilización de recursos son: a) fortalecimiento de la Cooperación Sur-Sur en salud (en especial, pero no exclusivamente, con Brasil), b) desarrollo de la cooperación triangular entre países o con organizaciones del sistema multilateral (por ejemplo Italia-Argentina-El Salvador, o Brasil-OPS/OMS/TC41-El Salvador, OPS/OMS-Cuba-El Salvador), c) apoyo al fortalecimiento del proceso de integración centroamericana en el campo de salud y movilización de recursos técnicos y financieros regionales para El Salvador en el marco de la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana, d) apoyo al desarrollo de una posible estrategia nacional de retención de la cooperación, en especial de aquellas cooperaciones bilaterales que están retirándose de países que, como El Salvador, son clasificados como de ingresos medios, e) elaboración de un portafolio de oportunidades para la cooperación técnica y financiera, reembolsable y no reembolsable en el marco del plan quinquenal del

MSPAS, f) convocatoria a Mesas de Donantes para la movilización de recursos, alineamiento de la cooperación con la Política de Salud y armonización de la cooperación entre donantes y con las instituciones nacionales, g) fortalecimiento de la capacidad de gestión del MSPAS mediante el desarrollo de procedimientos para la realización de jornadas médicas internacionales en la red de establecimientos del Ministerio y recepción de donativos (en coordinación con Cancillería).

Convenios

En febrero de 2010 el MSPAS suscribió un convenio marco de cooperación para la ejecución de intervenciones de cooperación sanitaria con la Federación de Asociaciones de Medicus Mundi de España, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud integral, prevención de desastres, vigilancia epidemiológica, salud ambiental y comunitaria, salud sexual y reproductiva y participación social. Este convenio tendrá vigencia hasta diciembre de 2012.

Asimismo, el MSPAS y el MINED conscientes que es tarea prioritaria de ambas instituciones mejorar las condiciones de salud y educación de la población salvadoreña, suscribieron un convenio el 22 de marzo de 2010, con el objetivo de formalizar el conjunto de las acciones de cooperación de salud y educación para la realización de prácticas orientadas a promoción, prevención, control, curación, rehabilitación, seguimiento, docencia, capacitación e investigación de eventos asociados a la conservación de la salud; fortaleciendo la organización y participación de la población salvadoreña a través del actuar conjunto de los sistemas de salud y educación.

En ese marco, y con el apoyo de JICA, MSPAS y MINED firmaron otro convenio el mismo día. En este último declaran su voluntad de participar de forma conjunta acciones, integradas de prevención, control y vigilancia epidemiológica y entomológica de la enfermedad de Chagas; reforzar la cooperación para la prevención y control de esta enfermedad.

El MSPAS definió, junto a países amigos, una serie de convenios y memoranda de entendimiento que serán firmados en los próximos meses y que se originan en la necesidad de fortalecer las capacidades y los recursos del MSPAS para llevar adelante la reforma en salud. Entre ellos están: 1. Memorándum de Entendimiento Interministerial entre el MSPAS y el Ministerio de Salud de Brasil,

2. Convenio Interministerial entre el MSPAS y el Ministerio de Salud de Cuba, 3. Convenio de Cooperación Triangular entre el MSPAS, Cuba y OPS/OMS, 4. Memorándum de Entendimiento entre el MSPAS y la Junta de Andalucía.

Situación de la Cooperación Internacional No Reembolsable con el MSPAS

La cooperación internacional no reembolsable por parte de países amigos, organismos multilaterales y asociaciones sin fines de lucro, se expresa en términos de cooperación técnica y cooperación financiera. Solamente una parte de esta cooperación es contabilizada en el presupuesto; es la cooperación que, a través de la Unidad de Fondos Externos dependiente de la Gerencia General de Operaciones, llega en forma de contribución financiera directa. Además de esta cooperación (que también se muestra en este capítulo) hay donaciones directas de equipo, medicamentos, donaciones en planta física y, especialmente, está la cooperación técnica de organismos, universidades y brigadas internacionales (por ejemplo las brigadas médicas que vienen a El Salvador a realizar intervenciones quirúrgicas) cuyo monto es más difícil de estimar. En las próximas líneas presentaremos aquella cooperación técnica, financiera y en productos que está registrada en el MSPAS.

Los esfuerzos de la cooperación internacional se han orientado al fortalecimiento de la oferta de servicios del MSPAS en todos los niveles de atención (esto incluye, además de otras acciones, proyectos de construcción, remodelación y equipamiento de establecimientos de salud) y en programas, como son la salud de la niñez, salud sexual y reproductiva, nutrición, saneamiento básico, entre otros. Asimismo, la cooperación apoyó de diferentes formas procesos de capacitación del personal de salud en una variedad de campos y temas de medicina, salud pública y gerencia tendientes a desarrollar las capacidades nacionales. También la cooperación se hizo presente de forma muy clara y formó parte importante de la respuesta a las emergencias que se suscitaron durante este año.

La cooperación internacional técnica y financiera no reembolsable en salud por todos los conceptos en el presente periodo ha sido de más de 18 millones de dólares:

1. Se debe tener en cuenta que en estos montos sólo está parcialmente reportado el apoyo de la cooperación internacional a procesos de capacitación realizados fuera del país y el apoyo para la asistencia de funcionarios del MSPAS a reuniones técnicas.

COOPERACIÓN NO REEMBOLSABLE EJECUTADA DESTINADA A APOYAR LAS ACCIONES DEL MSPAS

JUNIO 2009 A MAYO 2010

PAÍS/ ORGANISMO INTERNACIONAL	PROMEDIO DE INVERSIÓN \$
COOPERACION BILATERAL	
USAID	3,279,610.00
Gran Ducado de Luxemburgo	3,239,240.00
España	2,533,450.00
Medicus Mundi	(720,840.00)
Médicos del Mundo	(444,637.00)
España Mensajeros por La Paz	(65,000.00)
España (Proyecto Esther)	(75,000.00)
España/ Intervida	(726,555.00)
España/ AECID*	(353,988.00)
Cátedra UNESCO-Catalunya	(147,430.00)
Corea	2,000,000.00
Japón/ JICA	1,091,000.00
COOPERACIÓN MULTILATERAL	
Fondo Global*	964,356.00
OPS*	260,000.00
UNFPA*	183,657.00
BID	100,000.00
UNICEF*	11,000.00
TOTAL	13,662,313.00
Brigadas Médicas por Cuba, USA e Italia (incluyendo donativos)	2,632,000.00
Donativos por Alemania y USA (medicamentos, insumos, materiales y equipo médico)	2,026,375.00
GRAN TOTAL	18,320,688.00
(*) El mayor porcentaje de los fondos son manejados directamente por las agencias internacionales y/o las oficinas coordinadoras de proyectos. Los fondos de algunos proyectos son administrados en combinación con el MSPAS. Por dificultades en el cálculo, no se incluyen los fondos destinados al financiamiento de cooperación técnica no reembolsable que es la mayor contribución que estas agencias realizan al MSPAS.	

Fuente: Unidad de Cooperación Externa, MSPAS, junio de 2010.

Entre los principales donantes que forman parte de la cooperación Norte-Sur y que han apoyado al MSPAS con proyectos de infraestructura, equipamiento y capacitaciones, ya sea directamente o por medio de sus agencias bilaterales, se encuentran: Estados Unidos (USAID), España (AECID y cooperación descentralizada), Japón (JICA), Luxemburgo y Corea (KOICA) entre otros. El Sistema de Naciones Unidas (en especial OPS/OMS y UNFPA) y el Ministerio de Salud de Brasil y de Cuba, han ofrecido un apoyo sostenido, especialmente, pero no únicamente, en procesos de cooperación técnica destinados a for-

talear la capacidad de gestión, las competencias técnicas, la producción de conocimientos y la transferencia tecnológica en El Salvador. Asimismo, durante el año se recibieron brigadas médicas internacionales provenientes de Italia, Estados Unidos de América y Cuba, que tuvieron como objetivo brindar consultas especializadas e intervenciones quirúrgicas de alta complejidad en la red pública de servicios del MSPAS así como, en el caso de la brigada de Cuba prestar atención directa a la población afectada por la Tormenta IDA.

**PROYECTO: FORTALECIMIENTO
DE LA SALUD/USAID**



“Incubadora neonatal”, entregado a los Hospitales Nacionales de Santa Ana, San Bartolo y La Unión.

**PROGRAMA: APOYO A RED SOLIDARIA
GRAN DUCADO DE LUXEMBURGO**



Construcción de la Unidad de Salud de Berlín, Usulután.

**PROYECTO: HOGARES DE ESPERA
MATERNA/KOICA**



Construcción y Equipamiento de 8 casas de espera materna

PROYECTO: ANGELES/JICA



Para la educación permanente de enfermeras en El Salvador

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL UNIDAD DE COOPERACIÓN EXTERNA

La cooperación internacional ha sumado esfuerzos con el MSPAS, para el abordaje de determinantes e inequidades en salud. En el presente período, con el apoyo de la cooperación técnica y financiera se han desarrollado las siguientes acciones:

PROYECTO	OBJETIVO	ACCIONES EJECUTADAS	UBICACIÓN	MONTO DE AYUDA EJECUTADO (\$)	ORGANISMO FINANCIADOR
JORNADA MEDICA	Apoyo al MSPAS, para atender población afectada por Tormenta IDA brindando consultas médicas generales y especializadas. La brigada permaneció en el país por el resto del período	Atención directa a la población, apoyo a la región en el diseño e implementación de la campaña contra el dengue, cooperación técnica al MSPAS	La población en San Vicente, La Paz, Cuscatlán y Cabañas	\$ 650,000.00	Cuba
JORNADA MEDICA	Realizar intervenciones médico quirúrgicas en ortopedia, ginecología y paladar hendido y donar medicamento e insumos médicos.	60 cirugías, donación medicamentos e insumos básicos.	Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana	650,000.00	MEDICAL HANDS FOR HEALING (Organización norteamericana)
JORNADA MEDICA	Realizar intervenciones quirúrgicas en cadera o rodilla y donar medicamento e insumos médicos.	67 cirugías, donación de medicamentos e insumos médicos	Hospital Nacional de Sonsonate	750,000.00	OPERATION WALK (Organización norteamericana)
JORNADA MEDICA	Realizar cirugías de corazón en niños y donar material médico y didáctico	25 Cirugías en niños cardiopáticos y donación de insumos médicos y material didáctico	Hospital Benjamin Bloom	450,000.00	Corazón Italiano
DONATIVOS	Donar equipo médico	Destinar equipo médico hospitalario	Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca	5,800.00	Fundación Hilfe für das Hospital Santa Teresa e.V de Alemania
DONATIVOS	Donar materiales e insumos médicos	Destinar materiales e insumos médicos hospitalarios	Hospital Nacional Zaldaña	98,500.00	Kimberly-Clark
DONATIVOS	Donar medicamentos materiales e insumos médicos	Destinar medicamentos, equipo, materiales e insumos médicos hospitalarios.	Hospital Nacional San Rafael	104,000.00	Del Sur/ Medical Bridges
PROGRAMA DE APOYO A RED SOLIDARIA	Mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de salud en atención materna e infantil.	Construcción nueva, remodelación y ampliación de 7 U. S. Equipamiento médico y de Extensión de Cobertura (medicamentos, insumos, equipo médico básico, vehículos, capacitación, etc.	13 municipios de Oriente: Ciudad Barrios, Sesori y San Jorge/ San Miguel; Santa Elena, Berlín, Tecapán, Mercedes Umaña, Alegría, Ozatlán, Jucuarán, San Francisco Javier, San Agustín y Concepción Batres de Usulután.	3,239,240.00	Gobierno del Gran Ducado de Luxemburgo

PROYECTO	OBJETIVO	ACCIONES EJECUTADAS	UBICACIÓN	MONTO DE AYUDA EJECUTADO (\$)	ORGANISMO FINANCIADOR
CONSTRUCCION DE HOGARES DE ESPERA MATERNA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE MADRE Y NIÑO EN EL SALVADOR	Contribuir a la disminución de la morbilidad materna y perinatal.	Construcción nueva y equipamiento de 8 Hogares de Espera Materna y capacitación a personal de salud.	Municipios: Cara Sucia, Coatepeque, Sonsonate, La Palma, La Herradura, San Juan Nonualco, San Gerardo y Corinto	2,000,000.00	Gobierno de Corea
FORTALECIMIENTO DE LA SALUD	Mejorar el acceso y uso de los servicios de salud materno e infantil, el uso incrementado de planificación familiar, mitigación del VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas.	Entre otras acciones se ha apoyado el Mejoramiento Continuo de la Calidad en temas de lactancia materna, prevención y control de infecciones, manejo de desechos bioinfecciosos y control de calidad de agua en los hospitales. En el área de Atención Materna e Infantil, se entregó a hospitales de Santa Ana, San Bartolo y de La Unión, equipos médicos pediátricos y de adulto como aspiradores de secreciones, nebulizadores, mesas ginecológicas, monitores, analizador de gases arteriales y diversos insumos médicos. Se ejecutaron capacitaciones en obstetricia, planificación familiar, prevención de infecciones y atención infantil AIEPI. Se entregó equipo básico a promotores. Al Programa de Nutrición se le facilitó papelería impresa, guías didácticas y otros materiales de apoyo. En prevención y control de la influenza H1N1 y dengue se contribuyó con cuñas radiales, material educativo, insumos médicos, equipos de seguridad y se fortaleció al Laboratorio Central con equipo para realización de pruebas de influenza H1N1.	72 municipios del país	3,279,610.00 (La inversión del proyecto se ha realizado desde el año 2006; a mayo del 2010 se ha totalizado \$ 22.9 millones	USAID
JORNADA MEDICA	Realizar intervenciones medicas quirúrgicas	Realización de 200 cirugías en las especialidades: cirugía general, pediatría, ortopedia, urología, otorrinolaringología, oftalmología ginecología y obstetricia, cirugía bucal, cirugía plástica.	Departamento de La Unión	132,000.00	Barco Hospital Confort/ USAID
DONACION DE MEDICAMENTOS	Donación de Medicamentos al MSPAS	Se han recibido cuatro embarques de medicamentos e insumos médicos.	5 Regiones de Salud y 13 Hospitales Nacionales.	1, 818,075.00	PROYECTO HOPE
SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL A LA NIÑEZ EN LOS MUNICIPIOS DEL MACISO COSTERO	Construir una red de protección social a la infancia en la región del macizo costero del departamento de La Libertad.	Definición del proceso administrativo para la ejecución de fondos y elaboración del cronograma de actividades.	Municipios de la zona costera de La Libertad	Fondos depositados	Gobierno de Chile°

PROYECTO	OBJETIVO	ACCIONES EJECUTADAS	UBICACIÓN	MONTO DE AYUDA EJECUTADO (\$)	ORGANISMO FINANCIADOR
NEFROLEMPA (Estudio)	Investigar sobre la Insuficiencia Renal Crónica en el departamento de Usulután	Se realizó el estudio y se propone entre otras acciones: la promoción de la salud, tener control de los factores de riesgo, tratamiento eficaz de la enfermedad y estimar progresión, evaluar y preparar los pacientes susceptibles para diálisis o trasplante renal.	5 comunidades del Bajo Lempa: Nueva Esperanza, Ciudad Romero, La Canoá, Salina de Sisiguayo y El Zamorán, municipio de Jiquilisco, Usulután.		Cuba/OPS
PREPARACION DEL MARCO DEL PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD	Preparar el marco del "Programa Integrado de Salud" (ES-L1027)	Entre otros: definición de la cartera de los servicios de salud por niveles de atención, características de las redes integradas de servicios de salud, planes de fortalecimiento de red de laboratorios, sistema de información, sistemas de emergencias y definición del proyecto del Instituto de Ciencia y Tecnología.	A nivel nacional	100,000.00	BID
FORTALECIMIENTO DE SALUD COMUNITARIA	Contribuir a reducir la morbilidad de los menores de 5 años afectados por enfermedades prevalentes de la infancia y desnutrición.	Dotación de equipo médico, mobiliario y capacitaciones a los voluntarios comunitarios en salud comunitaria.	Santa Catarina Masahuat, Nahuizalco y Juayua de Sonsonate	8,073.00	Médicos del Mundo
FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD Y ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	Contribuir a mejorar el estado de salud de la población infantil y materna.	Se realizaron acciones de educación al personal de salud y fortalecimiento del sistema de salud y organización comunitaria.	Municipio de Cuisnahuat, de Sonsonate	96,784.00	Médicos del Mundo
MEJORA DE LAS REDES DE ATENCIÓN A PERSONAS VULNERABLES AL VIH/SIDA, EXPLOT. SEXUAL Y VIOLENCIA DE GÉNERO	Incrementar la capacidad de respuesta, a las necesidades de salud de las personas vulnerables al VIH/SIDA, la explotación sexual y la violencia de género.	Se han realizado acciones educativas y de prevención, en coordinación con el Programa Nacional ITS/VIH/Sida	Municipios de La Unión, Conchagua, Santa Rosa de Lima, Pasaquina y Anamorós de La Unión	339,780.00	Médicos del Mundo
FORTALECIMIENTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD NEONATAL E INFANTIL	Fortalecer las acciones que se desarrollan en los establecimientos de salud para la atención a los neonatos y niños, buscando disminuir la tasa de mortalidad neonatal, letalidad específica por asfixia al momento del parto, sepsis neonatal y prematuridad.	Entre otras acciones: Curso de Reanimación Neonatal. Evaluación del Programa de Tamizaje Neonatal para Hipotiroidismo Congénito, apoyo al laboratorio de Tamizaje Neonatal, dotación de equipo básico para las atenciones del neonato. Se han realizado otros cursos de Transporte Neonatal, Formación de Habilidades Neonatales, y actualización de conocimientos en pediatría.	Hospitales Nacionales y Unidades de Salud	353,988.00	AECID

PROYECTO	OBJETIVO	ACCIONES EJECUTADAS	UBICACIÓN	MONTO DE AYUDA EJECUTADO (\$)	ORGANISMO FINANCIADOR
ESTHER	Mejorar la atención a las personas que viven con VIH-SIDA, con énfasis en la prevención de la transmisión vertical en mujeres embarazadas, niños positivos al virus y la prevención y atención de enfermedades oportunistas.	Se capacitó a 45 médicos de hospitales nacionales y del ISSS en Atención Clínica para pacientes con VIH-SIDA. Se otorgaron 2 becas a médicos de los Hospitales Benjamín Bloom y de Ahuachapán para pasantía sobre programas de prevención y control del VIH-SIDA.	Hospitales nacionales	75,000.00	Ministerio de Sanidad y Consumo de España
IMPLEMENTACION Y DOTACION DE EQUIPO DE COMPUTO DEL SISTEMA DE INFORMACION DE ATENCION INTEGRAL	Fortalecer el Sistema de Información y monitoreo de pacientes que viven con VIH-SIDA.	Dotación de equipo informático para 20 hospitales nacionales que brindan el servicio de atención a VIH/SIDA, incluyendo terapia antirretroviral.	Hospitales nacionales	65,000.00	Mensajeros por La Paz- España
VISION, EDUCACION, RENDIMIENTO, APRENDIZAJE Y SOSTENIBILIDAD (VERAS).	Mejorar el rendimiento escolar, por medio de la detección temprana de problemas visuales	Se tamizaron 30,765 escolares, de los cuales se refirieron 2,328 a consultas oftálmicas, además de beneficiar a 830 con anteojos gratuitos y a 1,300 escolares tratados por patologías oculares.	14 municipios del Departamento de La Libertad, 33 municipios de Chalatenango y 10 municipios de Morazán	147,430.00	Cátedra UNESCO, U. P. Catalunya, AECID, Agencia Catalana, UES, MSPAS y MINED
FORTALECIMIENTO DE SISTEMAS PUBLICOS DE SALUD Y DESARROLLO EN EL NIVEL DESCENTRALIZADO, CON ESPECIAL INCIDENCIA EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Mejorar la salud con énfasis en la salud sexual reproductiva de la población postergada	Entre otras acciones: construcción y equipamiento de una Casa de Espera Materna (en Atiquizaya), ampliación y mejoras en el área administrativa del SIBASI de Sonsonate, construcción y equipamiento de dos Centros de Capacitación Multidisciplinaria para Promotores de Salud y dos Centros de Atención Integral de Salud para Adolescentes. Dotación de equipo informático y capacitaciones Educación Sanitaria y emergencias obstétricas.	SIBASIS de Ahuachapán, Santa Ana, Sonsonate, y Usulután	581,127.00	Medicus Mundi/ AECID/ Zaragoza/ Granada
SALUD Y RECONSTRUCCION	Apoyar la mejora de la salud y del medio ambiente, con énfasis en seguridad alimentaria y saneamiento básico.	Mejoras físicas en U. S. San Lorenzo. Apoyo en la campaña nacional de la prevención de la transmisión de madre e hijo del VIH/SIDA.	San Lorenzo/ Ahuachapán	79,112.00	Medicus Mundi/ Aragón
JUVENTUD SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ALTERNATIVA DE PREVENCIÓN DE LAS ITS/VIH/SIDA	Mejorar la salud sexual y reproductiva de los habitantes del municipio de Aguilares/ San Salvador	Capacitación y educación dirigidas a adolescentes, mujeres en edad fértil, adultos masculinos y femeninos, sobre la prevención, control de ITS/VIH/Sida.	Aguilares/ San Salvador	60,601.00	Medicus Mundi/ Aragón

PROYECTO	OBJETIVO	ACCIONES EJECUTADAS	UBICACIÓN	MONTO DE AYUDA EJECUTADO (\$)	ORGANISMO FINANCIADOR
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	Brindar a la niñez, educación, salud y un entorno digno	Fortalecimiento de Capacidades Locales en Salud Comunitaria, Promoción de la Salud Escolar, Atención Materno Infantil, por medio del cual se atendieron los temas de atención nutricional, seguimiento al crecimiento y desarrollo, etc. se realizaron sesiones de estimulación temprana a embarazadas y jornadas odontológicas.	La Libertad, San Vicente, Usulután, La Paz y Morazán	726,555.00	Fundación Intervida
CONTRIBUCION A POLITICAS, PROGRAMAS, NORMAS Y PROTOCOLOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Apoyo al fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva	Formación de recursos humanos, basada en los derechos reproductivos y la equidad de género. Apoyo al primer nivel de atención con énfasis en atención materna, prevención de embarazo en adolescentes, planificación familiar y violencia.	A nivel nacional	183,657.02	UNFPA
CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS	Reforzar la educación y capacitación en salud a nivel de Atención Primaria, mediante acciones integradas de prevención, control y vigilancia epidemiológica y entomológica de la Enfermedad de Chagas.	Diplomados en Entomología Médica, prevención del vector, entrega de microscopios, material educativo consistente en afiches, folletos, hojas volantes, rota folios, porta gafetes, mochilas y lámparas para promotores de salud, equipo de cómputo y repuestos para aspiradores de bombas.	A nivel nacional	250,000.00	JICA
ANGELES	Fortalecer la Educación Básica y Permanente de Enfermería	Capacitación de educación permanente para el personal de enfermería y promotores en el tema obstétrico, atención a la mujer en el periodo prenatal, parto y puerperio. Dotación de equipo audiovisual y obstétricos de enfermería para prácticas;	A nivel nacional	391,000.00	JICA
VOLUNTARIOS ESPECIALISTAS	transmitir los conocimientos y experiencias japonesas	Apoyo de voluntarios en Unidades de Salud y SIBASI.	Santa Ana, Usulután, La Paz, Morazán, Chalatenango y Miguel	450,000.00	JICA

PROYECTOS APROBADOS				
PROYECTO	OBJETIVO	UBICACIÓN	MONTO DE AYUDA APROBADO (\$)	ORGANISMO FINANCIADOR
REHABILITACION Y EQUIPAMIENTO DE LOS LABORATORIOS DE PATOLOGÍA Y CITOLOGÍA DE LA RED PUBLICA	Incrementar la cobertura y la calidad de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento oportuno	Hospitales Rosales, Benjamín Bloom, Zacamil y Santa Ana. laboratorio Max Bloch y las Regiones Metropolitana, Occidental, Central, Paracentral y Oriental. C)	3,390,000.00	Taiwan
DISEMINACION DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA FESAL Y FORTALECIMIENTO DEL MSPAS PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS TIPO	Contribuir al uso de los resultados de la Encuesta FESAL 2008 y la conformación de un equipo interdisciplinario con capacidad de análisis de base de datos, que permitan hacer estudios secundarios.	A nivel nacional	99.000.00	España/ SETEFE
NEFROLEMPA	Implementar un programa integral de Salud Renal para la prevención, diagnóstico de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), tratamiento, rehabilitación y mejoría de la calidad de vida en el primer nivel de atención de salud.	5 comunidades estudiadas del Bajo Lempa (Nueva Esperanza, Ciudad Romero, La Canoa, Sallina de Sisiguayo y El Zamorán	210,000.00	España/ SETEFE
REDUCCION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CIRUGIAS ELECTIVAS Y CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	Eficientizar y mejorar la capacidad de respuesta de la red nacional de hospitales, para la población demandante de los servicios de salud.	Hospitales Rosales, Benjamín Bloom, Maternidad y Santa Ana.	616,592.00.	AECID/ SETEFE
COMPONENTE DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS, CURSO PARA DIRECTORES DE HOSPITALES	Fortalecer las capacidades gerenciales de todos los directores de la red nacional de hospitales	30 Hospitales Nacionales		ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA/ OPS/ OMS y MSPAS

PROYECTO: NEFROLEMPA



Programa Integral de Salud Renal para Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica en 5 comunidades del Bajo Lempa, con el apoyo de España.

PROYECTOS EN NEGOCIACIÓN				
PROYECTO	OBJETIVO	UBICACIÓN	MONTO DE AYUDA SOLICITADO (\$)	ORGANISMO FINANCIADOR
PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD	Contribuir a mejorar la situación de salud de la población salvadoreña, implementando una red pública integrada de salud que desarrolle un nuevo modelo de gestión y atención centrado en la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral, que brinde atención de calidad, con un enfoque de universalidad de derechos, abordaje intersectorial y participativo.	A nivel nacional	60,000,000	BID (reembolsable)



MISIONES OFICIALES EN EL EXTERIOR POR CAPACITACIONES (Congresos, Seminarios, Talleres, Cursos y Becas)					
SEGUNDO SEMESTRE 2009	FUENTE DE FINANCIAMIENTO				
	SISTEMA DE NACIONES UNIDAS	COOPERACION BILATERAL	FONDO GLOBAL Y OTROS ORGANISMOS	GOES	TOTAL
JUNIO	9	4	2	0	15
JULIO	28	11	24	0	63
AGOSTO	14	6	2	0	22
SEPTIEMBRE	6	27	4	0	37
OCTUBRE	20	44	10	0	74
NOVIEMBRE	27	33	25	1	86
DICIEMBRE	8	2	8	0	18
SUB-TOTAL 2009	112	127	75	1	315
PRIMER SEMESTRE 2010	SISTEMA DE NACIONES UNIDAS	COOPERACION BILATERAL	FONDO GLOBAL Y OTROS ORGANISMOS	GOES	TOTAL
ENERO	10	20	8	0	38
FEBRERO	17	16	12	0	45
MARZO	14	7	28	0	49
ABRIL	8	12	8	0	28
MAYO	16	11	19	0	46
JUNIO	14	8	12	0	34
SUB-TOTAL 2010	79	74	87	0	240
TOTAL 1º AÑO DE GESTION	191	201	162	1	555
NOTA : LUGAR SEDE MAS FRECUENTE DE LOS EVENTOS: En primer lugar : America Latina, (Centroamérica, El Caribe y Sudamérica);					
En segundo lugar Norte America (Mexico, Estados Unidos) y pocas veces Europa y Asia.					
7/07/2010-					
LN/AideM.					

MISIONES OFICIALES EN EL EXTERIOR POR REUNIONES TÉCNICAS (En representación de el MSPAS o de país)					
SEGUNDO SEMESTRE 2009	FUENTE DE FINANCIAMIENTO				
	SISTEMA DE NACIONES UNIDAS	COOPERACION BILATERAL	FONDO GLOBAL Y OTROS ORGANISMOS	GOES	TOTAL
JUNIO	7	2	-	-	9
JULIO	8	4	-	1	13
AGOSTO	12	2	5	-	19
SEPTIEMBRE	6	5	1	-	12
OCTUBRE	5	1	2	-	8
NOVIEMBRE	14	6	1	-	21
DICIEMBRE	3	3	-	1	7
SUB-TOTAL 2009	55	23	9	2	89
1º SEMESTRE 2010	SISTEMA DE NACIONES UNIDAS	COOPERACION BILATERAL	FONDO GLOBAL Y OTROS ORGANISMOS	GOES	TOTAL
ENERO	4	0	2	0	6
FEBRERO	6	2	1	0	9
MARZO	4	0	0	0	4
ABRIL	1	1	0	0	2
MAYO	4	4	3	0	11
JUNIO	7	0	0	0	7
SUB-TOTAL 2010	26	7	6	0	39
TOTAL 1º AÑO DE GESTIÓN	81	30	15	2	128
OTRO TIPO DE REPRESENTACION DE PAIS: ARTISTICA = 4					
LUGARES SEDE MÁS FRECUENTE DE LOS EVENTOS: en primer lugar, America Latina (Centroamérica, el Caribe y Sudamérica); en segundo lugar, Norte America (México, Estados Unidos) y pocas veces Europa y Asia.					

Hacia el futuro...

Hacia el futuro...

Como fuera mencionado al inicio de esta Memoria que presento a la consideración de la Honorable Asamblea Legislativa, el propósito central de nuestro trabajo en este primer año ha sido colocar las bases e iniciar el camino para la transformación del sistema de salud y convertirlo en uno de los pilares fundamentales del Sistema Universal de Protección Social, definido por el Gobierno del Presidente Mauricio Funes como el eje de su política social.

La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud es un compromiso de honor de este Gobierno y de su Ministra de Salud. Es la respuesta a un anhelo de la gran mayoría de la población salvadoreña, que estaba siendo largamente postergado. Es, por tanto, un imperativo ético que el Gobierno asume con toda responsabilidad. Y es también la respuesta a la convocatoria del Presidente Funes al ser electo, cuando hizo un llamado al país y a la comunidad internacional para la conformación de una gran alianza por el cambio en salud en beneficio de toda la población.

La Humanidad a lo largo de la historia ha logrado enormes avances en la calidad de vida y de salud, y en el reconocimiento de los determinantes que las definen. Al mismo tiempo, las sociedades progresivamente han conquistado derechos esenciales que ahora consideramos que son, sin discusión, patrimonio de todas las personas en tanto titulares de ciudadanía, como son los derechos civiles y políticos. Si bien los derechos sociales, económicos y culturales de los ciudadanos están sancionados y reconocidos a nivel internacional, aún hay mucho trabajo por hacer en nuestro país para su reconocimiento efectivo y su garantía universal.

Es responsabilidad de los gobiernos comprometidos con la vida y el bienestar de sus ciudadanos, como es el Gobierno del Cambio, poner y sostener las bases materiales y las garantías jurídicas para que dichos derechos, entre ellos el derecho a la salud como uno de los más importantes, sean de beneficio y disfrute de todas las personas, de todos los salvadoreños y salvadoreñas. Por ello es tan trascendente y urgente que nuestra prioridad estratégica sea y siga siendo la construcción de un nuevo sistema de salud, de acceso universal, solidario, equitativo, eficiente y eficaz.

Sin embargo, esfuerzos muy importantes han sido realizados para garantizar que los servicios de salud y sus programas no sólo sigan funcionando, sino que mejoren su desempeño, facilitando el acceso a la población y mejorando la calidad de sus prestaciones. Es de resaltar que el cuarenta por ciento de la población carecía de acceso a los servicios de salud, principalmente por la existencia de barreras económicas y por una gran debilidad de la oferta pública de servicios. Por ello fue indispensable que rápidamente se levantaran dichas barreras, lo que fue realizado al inicio de nuestra gestión mediante la sanción de la gratuidad de la atención y la eliminación de las mal llamadas cuotas voluntarias. En esa misma finalidad el GOES y el MSPAS han realizado sostenidos esfuerzos para asegurar la dotación de medicamentos, vacunas y personal de salud.

También se debió afrontar, y es grato reconocer que se hizo de manera solvente y apropiada, las severas emergencias que se tuvieron durante el año transcurrido: la influenza pandémica del virus H1N1, la tormenta IDA, la epidemia de dengue y la tormenta Agatha, que obligaron a movilizar activamente recursos financieros y materiales y personal sanitario para mitigar sus efectos y evitar daños y muertes.

El Ministerio de Salud desea valorar y reconocer el apoyo del Gobierno y la ciudadanía a estos esfuerzos, considerando la crítica situación de nuestra economía y los problemas de la caja fiscal. Reconocimiento especial merecen los trabajadores de la salud que, a pesar de las dificultades y carencias que aún persisten, han aportado su generoso esfuerzo en cumplimiento de su misión de servicio en beneficio de la población.

Esta necesaria e impostergable reforma del sistema de salud que se basa en la estrategia de la Atención Primaria de Salud Integral, ya ha empezado por el primer nivel de atención, cambiando su estructura y organización para mejorar la capacidad de solución de problemas de salud. Empezar por ese nivel es absolutamente esencial para dar respuesta a la realidad social y epidemiológica, los determinantes de la salud, siguiendo los principios de la estrategia de Atención Primaria de Salud. Ese es el espacio social e institucional donde la población y los determinantes de su salud se encuentran e interactúan con el sistema de salud. Para ello

hemos estudiado los avances científicos recientes y hemos aprovechado la experiencia internacional en materia de gestión de sistemas de salud, y se ha iniciado la construcción de Redes Integradas e Integrales de Salud. Mediante la construcción progresiva de dichas Redes de Servicios estamos cambiando los modelos de atención y de gestión, mejorando la resolutivez de nuestros servicios a ese nivel para poder enfrentar exitosamente los problemas de salud individuales, familiares y comunitarios.

El cambio que se está realizando en el primer nivel es el punto de partida de una transformación de todo el sistema de salud que comprende, entre otras acciones, la redefinición del papel y la mejoría de la capacidad del hospital local, el cambio de rol y el fortalecimiento de los hospitales de mayor complejidad, la integración de los programas de control de enfermedades y riesgos en los servicios y redes integrales, el desarrollo de los recursos humanos siguiendo una política integral, el desarrollo del Instituto Nacional de Salud que incluye la red nacional de laboratorios de salud pública y la escuela de dirigentes sectoriales indispensable para el cambio y la sostenibilidad del sistema en construcción, el sistema nacional de urgencias y emergencias médicas, y otras iniciativas importantes para mejorar la salud de nuestra población.

No escapa a la atención y al conocimiento de los representantes del pueblo salvadoreño aquí reunidos, que esta gran transformación requiere de recursos financieros que son muy escasos en estos momentos difíciles. El GOES y este Ministerio han realizado enormes esfuerzos para que este proyecto nacional de cambio en salud no se detenga. El Ministerio de Salud ha hecho desde un inicio una virtud de la extrema necesidad de los fondos requeridos. La cooperación financiera internacional de carácter no reembolsable, considerando la calificación de nuestro país como país de ingresos medio bajos, no es tan significativa como en los países más pobres. Pero la alta calidad y la seriedad de nuestra propuesta han llamado la atención de organismos internacionales de financiamiento y de países amigos que están dispuestos a apoyarnos.

Quiero en este momento hacer una apelación a la conciencia cívica y compromiso nacional de todos

los representantes del pueblo salvadoreño, sin distinción de partidos, para que nos apoyen en una mayor asignación de presupuesto de gobierno y le den curso rápido y favorable a los proyectos que apoyen el cambio de nuestro sistema de salud.

Es de justicia que deba reconocer la contribución fundamental de todos los trabajadores de la salud que no han tenido dudas al momento de poner el hombro para que los servicios y programas se mantengan funcionando y mejoren la calidad de sus atenciones. Sabemos que las condiciones de su desempeño no son óptimas y que deben ser mejoradas, y deseo asegurarles que la mejora de las mismas es una de nuestras prioridades.

El movimiento popular y las organizaciones sociales agrupadas en diversos frentes, foros y asociaciones por una mejor salud de nuestra población, han sido muy importantes en el apoyo, la orientación, la crítica y la sostenibilidad de los esfuerzos realizados durante este primer año de nuestra gestión.

Sin estos dos pilares sociales, ciertamente hubiera sido imposible poner en marcha las prioridades iniciales del sistema y emprender la transformación de fondo que les he reseñado. Confiamos en seguir contando con su apoyo y su participación en este camino.

Deseo terminar la presentación de esta Memoria resaltando una condición sine qua non para poder llevar a feliz realización la transformación de nuestro sistema de salud. Esa condición ya fue propuesta por el Presidente Funes al asumir su compromiso con la salud de la población salvadoreña. Es necesario que una amplia y sólida alianza de todos los sectores de la vida nacional sea la base social y política de este cambio. Una alianza que reúna las voluntades y el esfuerzo realizador de todas las organizaciones sociales, de todos los partidos políticos, de todas las instituciones educacionales, científicas y culturales, de los agentes económicos de nuestro país, y de todos los socios internacionales del desarrollo, será la más sólida base social y política del nuevo sistema de salud y de una mejor salud para nuestro pueblo.

Muchas gracias

Anexo

Información epidemiológica 2009

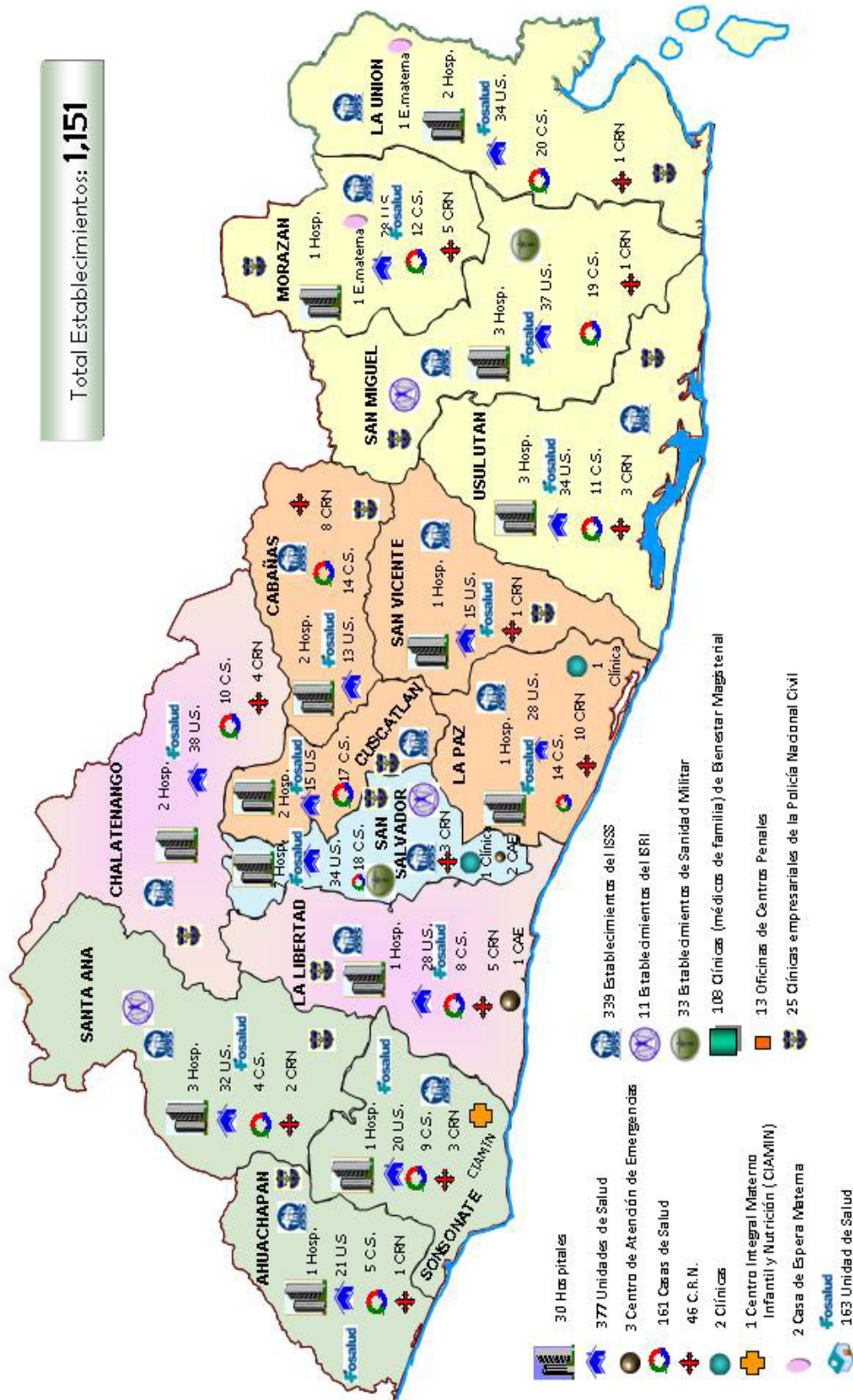
DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR INSTITUCIÓN

INSTITUCION	Masculino	Femenino	Total	%
MINISTERIO DE SALUD	2,142,663	2,450,332	4,592,995	74.7
< de 1 año	49,473	47,403	96,877	
de 1 a 4	192,718	184,802	377,519	
Menor de 5 años	256,335	232,205	488,540	
de 5 a 9 años	235,528	239,892	475,420	
de 10 a 19 años	660,899	647,509	1,308,408	
de 20 a 59 años	811,498	1,065,875	1,877,373	
de 60 y mas	178,403	264,851	443,253	
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL	719,044	745,572	1,464,616	23.8
< de 1 año	12,419	11,948	24,367	
de 1 a 4	52,293	50,011	102,304	
Menor de 5 años	64,712	61,959	126,671	
de 5 a 9 años	69,879	66,159	136,038	
de 10 a 19 años	47,461	46,829	94,290	
de 20 a 59 años	449,397	497,680	947,078	
de 60 y mas	87,595	72,945	160,540	
INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACION DE INVALIDOS	4,784	4,754	9,538	0.16
< de 1 año	356	265	621	
de 1 a 4	1,314	790	2,104	
Menor de 5 años	1,670	1,055	2,725	
de 5 a 9 años	1,055	561	1,616	
de 10 a 19 años	748	515	1,263	
de 20 a 59 años	865	1,608	2,473	
de 60 y mas	446	1,015	1,461	
INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL	37,246	48,163	85,409	1.39
< de 1 año	177	191	368	
de 1 a 4	2,168	2,085	4,253	
Menor de 5 años	2,345	2,276	4,621	
de 5 a 9 años	4,456	4,339	8,795	
de 10 a 19 años	12,791	12,618	25,409	
de 20 a 59 años	16,957	28,453	45,410	
de 60 y mas	697	477	1,174	
TOTAL DE POBLACION SEGÚN DIGESTYC*	2,903,737	3,248,821	6,152,558	
< de 1 año	62,425	59,807	122,233	
de 1 a 4	248,493	237,688	486,180	
Menor de 5 años	325,062	297,495	622,557	
de 5 a 9 años	310,918	310,951	621,869	
de 10 a 19 años	721,899	707,471	1,429,370	
de 20 a 59 años	1,278,718	1,593,616	2,872,334	
de 60 y mas	267,140	339,288	606,428	

Fuente: Registro de población beneficiada de las instituciones del Sistema Nacional de Salud
 *Población según Censo 2007

Red de establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud, 2009

Total Establecimientos: 1,151



Fuente: Para Ministerio de Salud encuesta de prestadores de servicios, octubre-2009. Para otras instituciones registros internos.
 * FOSALUD incluidos en el total del Ministerio de Salud

Red de establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud según departamento, 2009

Localidad	Total	Hospitales de Tercer Nivel	Hospitales de Segundo Nivel	Centros de Atención de Emergencias	Unidades de Salud	Casas de Salud	Casas de Espera Materna	Centro Integral de Atención y Nutrición (CIAMIN)	Clínicas Nacionales	Centros Rurales de Salud y Nutrición
Ahuachapán	28	0	1	0	21	5	0	0	0	1
Santa Ana	41	0	3	0	32	4	0	0	0	2
Sonsonate	34	0	1	0	20	9	0	1	0	3
Chalatenango	54	0	2	0	38	10	0	0	0	4
La Libertad	43	0	1	1	28	8	0	0	0	5
San Salvador	65	3	4	2	34	18	0	0	1	3
Cuscatlán	34	0	2	0	15	17	0	0	0	0
La Paz	54	0	1	0	28	14	0	0	1	10
Cabañas	37	0	2	0	13	14	0	0	0	8
San Vicente	17	0	1	0	15	0	0	0	0	1
Usulután	51	0	3	0	34	11	0	0	0	3
San Miguel	60	0	3	0	37	19	0	0	0	1
Morazán	46	0	1	0	28	12	1	0	0	4
La Unión	58	0	2	0	34	20	1	0	0	1
Total-Ministerio de Salud	622	3	27	3	377	161	2	1	2	46
FOSALUD*					163					
Instituto Salvadoreño del Seguro Social			339		Región Occidental: 29, Región Central: 93, Región Metropolitana: 191, Región Oriental: 26					
Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial			108		(Clínicas medicos de familia)					
Batallón de Sanidad Militar			33							
Instituto Salvadoreño de Rehabilitación			11							
Oficinas de Medicina Legal			13		(5 oficinas Regionales y 8 Subceces)					
Clínicas empresariales de la Policía Nacional Civil			25							
Total Sistema Nacional de Salud			1,151							

Fuente: Para Ministerio de Salud encuesta de prestadores de servicios, octubre-2009. Para otras instituciones registros internos.
* FOSALUD incluidos en el total del Ministerio de Salud

Capacidad instalada funcionando en la red de establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud

Departamento	Dotación de camas hospitalarias	Consultorios médicos	Consultorios odontológicos	Quirofanos	Salas UCI	Salas de parto	Salas de rayos X	Laboratorios clínicos	Laboratorios de citología	Salas de colposcopia	Salas de ultrasonografía
Ahuachapán	158	64	18	3	0	3	1	11	0	1	1
Santa Ana	498	186	28	13	3	8	5	12	14	3	4
Sonsonate	283	67	19	4	0	6	2	8	0	1	2
Chalatenango	138	83	24	3	0	4	2	5	0	2	2
La Libertad	220	114	26	5	1	8	6	12	1	0	2
San Salvador	2,001	417	42	44	4	13	18	37	4	8	13
Cuscatlán	105	64	18	6	0	2	2	9	0	1	2
La Paz	137	69	27	5	0	1	1	8	1	1	1
Cabañas	100	47	14	3	0	3	2	6	0	1	2
San Vicente	139	55	16	6	0	1	1	7	1	1	1
Usulután	240	92	25	6	0	6	3	11	0	1	2
San Miguel	433	138	23	9	3	5	2	14	1	1	1
Morazán	59	59	16	2	0	6	1	11	0	0	1
La Unión	109	96	29	4	0	5	2	11	0	1	2
Total Ministerio de Salud	4,620	1,551	325	113	11	71	48	162	22	22	36
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	1,638	799	153	55	4	19	36	19			
Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial	108										
Batallón de Sanidad Militar	348	nd	32	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Total	6,714	2,350	510	168	15	90	84	181	22	22	36

compra de servicios

Fuente: Para Ministerio de Salud encuesta de prestadores de servicios; octubre-2009. Para otras instituciones registros internos.

Variables e indicadores de Instituciones del Sistema Nacional de Salud, 2009

	Total Sistema Nacional de Salud	Ministerio de Salud				Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)	Sanidad Militar	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM)	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación (ISRI)	
		Red de Establecimientos	FOSALUD	Extensión de cobertura	Total					
Total de atenciones en el menor de 5 años	1,058,527	885,571	68,791	54,824	1,009,186	23,219	11,731	14,391	...	
ATENCIÓN INFANTIL MENOR DE 1 AÑO	Total de Atenciones menor de 1 año	477,439	388,177	30,727	20,053	438,957	23,219	872	14,391	...
	Total inscripciones infantiles	119,832	72,485	6,007	3,609	82,101	23,219	121	14,391	...
	Inscripción precoz (< de 28 días)	95,702	58,414	4,737	3,522	66,673	14,541 1/	97	14,391	...
	Total controles infantiles	357,607	315,692	24,720	16,444	356,856	... 2/	751	nd	...
	Concentración infantil	4	5	5	6	5	1	7	nd	...
	Porcentaje de niños (as) con inscripción precoz	79.9	80.6	78.9	97.6	81.2	62.6	80.2	nd	...
	Cobertura de Atención	98.0				107.3 (a)	95.3 (a)			
DOSIS APLICADAS EN EL MENOR DE 1 AÑO	BCG	107,333			90,402	16,802	129	nd	...	
	% Cobertura	87.8								
	ANTIPOLIO (3a. Dosis)	111,445			94,326	17,055	64	nd	...	
	% Cobertura	91.2								
	RoTAVIRUS (2a. Dosis)	74,993			63,839	11,154	...	nd	...	
	% Cobertura	61.4								
	Pentavalente (3a. Dosis)	114,753			97,715	16,964	74	nd	...	
% Cobertura	93.9									
ATENCIÓN INFANTIL 1 A 4 AÑOS	SPR	109,263			95,587	13,586	90	nd	...	
	% Cobertura	90.2								
	Total atenciones de 1 a 4 años	581,088	497,394	38,064	34,771	570,229	... 2/	10,859	nd	...
	Inscripciones infantiles	149	0	0	0	0	...	149	nd	...
	Controles infantiles	580,939	497,394	38,064	34,771	570,229	...	10,710	nd	...
Estado nutricional (severa) en menores de 5 años	915	856	47	12	915	...	nd	nd	...	

Fuente: Sistema estadísticos institucionales

(a) Cobertura institucional-denominador población de responsabilidad

(c) Para Bienestar Instituto Salvadoreño del Seguro Social

1/ Los datos corresponden al grupo de 0 a 30 días

2/ Se dispone de grupos etáreos de 1 a 2 años, de 2 a 6 años y de 6 a 12 años

3/ Se refiere a los controles de crecimiento y desarrollo de niños de 1 mes a menores de 12 años

4/ Están referidas a consulta atendida por el Fisiatra; que no es solo para discapacitados

nd: Dato no disponible

No aplica: "..."

	Total Sistema Nacional de Salud	Ministerio de Salud				Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)	Sanidad Militar	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM)	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación (ISRI)	
		Red de Establecimientos	FOSALUD	Extensión de cobertura	Total					
ATENCIÓN MATERNA DE 10 A 49 AÑOS	Total atenciones maternas	664,979	429,643	63,217	19,211	512,071	149,068	834	3,006	...
	Inscripción precoz (> de las 12 semanas)	57,904	36,728	4,845	2,114	43,687	14,215	2	nd	...
	Porcentaje de inscripción precoz en adolescentes 10 - 49 años	58.9								
	Inscripciones prenatales de 10 a 49 años	98,277	63,979	8,199	2,599	74,777	22,893	115	492	...
	Total controles prenatales	478,871	297,943	49,935	13,032	360,910	115,220	625	2,116	...
	Controles puerperales de 10 a 49 años	87,829	67,721	5,083	3,580	76,384	10,955	92	398	...
	Concentración prenatal de 10 - 49 años	5	6	7	6	6	6	7	5	...
	Cobertura de inscripción prenatal de 10 a 49 años	83.2								
	Cobertura de inscripción post-parto de 10 a 49 años	74.9								
	Inscripción prenatal precoz de 10 - 19 años	24,352	20,989	2,585	778	24,352	...	nd	...	...
	Inscripción prenatal en adolescentes de 10 a 19 años.	14,776	13,249	1,527	0	14,776	...	nd	...	...
	Controles prenatales de 10 - 19 años	115,559	95,721	16,200	3,634	115,555	...	4	....	...
	Controles puerperales del 10 a 19 años	22,012	19,537	1,520	953	22,010	....	2	...	...
	Porcentaje de inscripción precoz en adolescentes 10 - 19 años	60.7	70.4	0.0	0.0	60.7	...	nd	....	...
	Cobertura de inscripción prenatal de 10 a 19 años	87.9								
	Cobertura de inscripción post-parto de 10 a 19 años	86.5								
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Total Atenciones	280,285	177,821	18,143	4,914	200,878	70,108	nd	9,299	...
	Total de Incripciones	78,947	58,211	4,717	1,492	64,420	11,830	nd	2,697	...
	Total de controles	201,338	119,610	13,426	3,422	136,458	58,278	nd	6,602	...
	Concentración	4	3	4	3	3	6	nd	3	...
	Total de usuaria(os) activa(os) de Planificación familiar 10 a 49 años	292,699	189,368	15,295	4,399	209,062	72,045	nd	11,592	...
	Cobertura de Atención	14.3								

nd: Dato no disponible
 No Aplica

	Total Sistema Nacional de Salud	Ministerio de Salud				Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)	Sanidad Militar	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM)	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación (ISRI)		
		Red de Establecimientos	FOSALUD	Extensión de cobertura	Total						
PARTO	Partos atendidos	99,490	76,273	138	0	76,672	22,309	202	307	...	
	Total de partos atendidos por médico	98,532	75,576	138	0	75,714	22,309	202	307	...	
	Cesáreas realizadas	29,702	22,000	0	0	22,061	7,506	135	....	...
	Cobertura de partos de 10 a 49 años	95.9									
	Partos en adolescentes (10-19 años)	84.9	23,577	28	0	23,605	790	8	8	...	
	Cobertura de partos de 10 a 19 años	95.9									
	Nacimientos	Total de niños nacidos	100,421	77,284	138	0	77,422	22,490	202	307	...
		Nacidos vivos	99,596	76,254	139	0	76,686	22,401	202	307	...
		Nacidos vivos con peso menor de 2,500 gramos	8,550	6,845	6	0	6,853	1,672	15	10	...
		Nacidos vivos y muertos peso menor de 2,500 gramos	9,344	7,356	6	0	7,364	1,965	15	0	...
CITOLOGIAS	Total de Citologías tomadas (primera vez y subsecuente)	254,049	240,381	13,668	.....	254,049	143,010	nd	nd	...
	Total de citologías tomadas por primera vez en la vida en mujeres de 30 a 59 años	133,938	127,271	6,667	....	133,938	4,401	nd	...	...
	Total de Citologías Leídas (primera vez y subsecuente)	274,850	256,004	7,261	11,585	274,850	nd	nd	nd	...	
	Total de Citologías Leídas de primera vez en la vida	30,432	29,459	973	....	30,432	nd	nd	nd	...
	Positivas	Citologías con cáncer invasor	212	204	6	2	212	nd	nd	nd	...
		Citologías de LEI de bajo grado	6,896	6,470	263	163	6,896	3,897	nd	nd	...
		Citologías de LEI de alto grado	1,605	1,536	33	36	1,605	406	nd	nd	...
SERVICIOS TECNICOS GENERALES	Exámenes de laboratorio	9,980,532	2,699,525	183,262	....	3,144,653	6,362,027	468,190	nd	5,662
	Exámenes de rayos X (imagenología)	2,167,483	1,037,472	....	....	1,051,337	932,151	37,258	146,737	1,553
	Recetas despachadas por indicación médica	45,230,365	21,641,876	4,492,436	204,537	26,338,849	18,582,050	309,466	nd	...	

nd: Dato no disponible
 No Aplica

	Total Sistema Nacional de Salud	Ministerio de Salud				Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)	Sanidad Militar	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM)	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación (ISRI)	
		Red de Establecimientos	FOSALUD	Extensión de cobertura	Total					
CONSULTA AMBULATORIA	Total de Consultas médicas y Atenciones por Enfermería (b)	18,888,670	10,448,989	2,092,060	155,265	12,696,314	5,619,108	135,189	384,047	54,012
	Total de Consultas médicas Preventiva y Curativa	18,252,546	10,023,970	2,078,915	108,400	12,211,285	5,468,013	135,189	384,047	54,012
	Consultas médicas Preventivas	1,845,281	1,241,123	146,662	43,610	1,431,395	413,886	nd	nd	...
	Consultas médicas Curativas	14,573,627	8,782,847	1,932,253	64,790	10,779,890	3,739,725	nd	nd	54,012
	Total de Consultas Médicas de Emergencia	2,227,640	868,372	5,741	....	874,113	1,314,402	39,125	nd	...
	Total de Emergencias atendidas por personal de enfermería	3,653	2,852	784	17	3,653	nd	nd	...	...
	Atenciones dadas por enfermería	903,543	422,167	12,361	46,848	481,376	151,095 3/	nd	422,167	...
	Personas atendidas de primera vez en el Establecimiento	4,046,026	3,309,823	694,008	37,018	4,040,849	nd	5,177	...	...
HOSPITALIZACION	Total Egresos hospitalarios	472,982	363,332	.....	....	364,915	97,593	6,911	3,563	...
	Tasa de Egreso x 1,000 habitantes	76.9								
	Porcentaje de ocupación					87.1	77.5	35.0	nd	...
	Promedio de estancia					4	4.6	6	3	...
	Total de intervenciones quirúrgicas mayores	155,323	106,491	.....	....	106,491	46,869	1,963	nd	...
SALUD BUCAL	Total de Consultas odontológicas	2,400,505	1,808,140	201,469	226	2,009,835	236,580	28,467	124,806	817
	Consultas odontológicas de primera vez	1,385,842	1,194,765	97,498	215	1,292,478	74,714	6,948	11,177	525
DISCAPACIDAD	Personas atendidas primera vez	32,736				46,094	13,916 4/	1,167	11,177	6,476
	Personas atendidas subsecuente	39,704				218,659	24,252 4/	15,452	nd	...
	Pacientes atendidos por tipo de discapacidad	7,151				....	...	nd	nd	7,151
	Atenciones en Rehabilitación	660,522				....	...	16,619	nd	643,903

b) Para Bienestar Magisterial el total de consultas incluye ambulatorias, especialidades y emergencias

nd: Dato no disponible

.... No Aplica

Fuente: Sistema de Producción de Servicios.

Otros indicadores de interés internacional registrado en el 2009

INDICADOR BASICO	Dato país
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil	14.3
Proporción de población gestante atendidas por personal capacitado durante el embarazo - mínimo una visita	90.5
Proporción de población gestante con cuatro o más visitas durante el embarazo	5.3
Proporción de población gestante atendidas por personal capacitado desde 1er trimestre del embarazo	53.3
Proporción de partos atendidos por personal capacitado	91.7
Total de establecimientos de atención ambulatoria	1,241
Total de camas hospitalarias	6,666
Número de atenciones ambulatorias en el año	16,632,147
Número de egresos hospitalarios en el año	472,982
Número de casos nuevos pulmonares con TB(+)	930
Tasa de Incidencia de casos pulmonares con TB(+)	15.1
Porcentaje de curación en los BK(+)	90.7
Acceso a medicamentos para los portadores de VIH (%)	95.8
Coinfección TB-VIH	116
Tasa de mortalidad por sida	5.33 x 100,000 habitantes
Porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 24 años infectadas con VIH	0.026
Porcentaje de infantes e hijo de madres (VIH+) que son infectados	9.10
Porcentaje de infantes de adultos y niños que continúan con sida 12 meses de iniciado TAR (a)	91.23
Porcentaje de adulto y niños que continúan con vida 24 meses de inicio de TAR (a)	87.00
Total nacional de Nacidos Vivos *	124,898
Total Nacional de Mujeres en edad fértil *	2,050,864

Fuente: Sistemas estadísticos institucionales

* Datos preliminares según Censo 2007- Dirección General de Estadísticos y Censos

(a) Un sitio centinela de clínica TAR

Incidencia de casos de tumores registrados en el Sistema Nacional de Salud, 2009

DATOS BASICOS	Ministerio de Salud	Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM)	Batallón de Sanidad Militar	Total de Casos
Total de casos nuevos en el año de neoplasias malignos del pulmón	111	33	0	7	151
Casos nuevos en el año de neoplasias malignos del pulmón en el sexo masculino	39	...	0	3	42
Casos nuevos en el año de neoplasias malignos del pulmón en el sexo femenino	72	...	0	4	76
Total de casos nuevos de neoplasias malignos del estómago	403	112	1	17	533
Casos nuevos de neoplasias malignos del estómago en el sexo masculino	211	....	0	11	222
Casos nuevos de neoplasias malignos del estómago en el sexo femenino	192	...	1	6	199
Casos nuevos de neoplasias malignos de mama en el sexo femenino	468	285	18	28	799
Casos nuevos de neoplasias malignos del cuello del útero	965	141	6	11	1,123
Casos nuevos neoplasias malignos del cuerpo del útero	7	56	0	5	68
Casos nuevos en el año de neoplasias malignos del útero, parte no especificada	123	0	0	1	124
Total de casos nuevos de neoplasias malignos del colon	864	95	2	22	983
Casos nuevos de neoplasias malignos del colon en el sexo masculino	352	...	1	12	365
Casos nuevos de neoplasias malignos del colon en el sexo femenino	512	...	1	10	523

Fuente: Sistemas estadísticos institucionales

.... dato no disponible

Coberturas de atención

Programa Atención Infantil, enero – diciembre de 2009

INDICADOR	Ministerio de Salud	Sanidad Militar	ISSS	ISBM	TOTAL	Población < 1 año*	Cobertura %
Inscripción Infantil menor de 1 años	82,101	121	23,219	14,391	119,832	122,232	98.0
Inscripción precoz (menor de 28 días)	66,673	97	14,541	14,391	95,702		
Porcentaje de inscripción precoz	81.2	80.2	62.6	100.0	79.9	119,832	
Total de Controles en el menor de 1 año	356,856	751	44,538	...	402,145		
Concentración	5	7	3	...	4		

Coberturas de Vacunación, enero-diciembre, 2009

Vacuna	Instituciones			TOTAL	Población*		Cobertura (%)
	MSPAS	ISSS	Sanidad Militar		< de 1 año	1 año	
BCG	90,402	16,802	129	107,333			87.8
PANTAVALENTE 3RA. DOSIS	97,715	16,964	74	114,753			93.9
ROTAVIRUS 2DA. DOSIS	63,839	11,154	...	74,993	122,232		61.4
ANTIPOLIO 3RA. DOSIS	94,326	17,055	64	111,445			91.2
SPR	95,587	13,586	90	109,263		121,150	90.2

Fuente: Sistemas estadísticos institucionales

* Población según censo 2007- DIGESTYC

Programa Materno, enero-diciembre, 2009

INDICADOR	MINISTERIO DE SALUD	SANIDAD MILITAR	ISSS	ISBM	TOTAL	COBERTURA (%)
Atención Materna 10 a 49 años						
Inscripciones prenatales	74,777	115	22893	492	98,277	83.2
Inscripción prenatal antes de 12 semanas	43,687	2	14215	...	57,904	
Porcentaje de inscripción precoz	58.4	1.7	62.1	...		58.9
Control Subsecuente	360,910	625	115220	2,116	478,871	
Concentración	6	6	6	5	6	
Control Puerperal	76,384	72	10955	398	87,809	74.9
Atención Materna 10 a 19 años**						
Inscripciones prenatales	24,352	2	...	...	24,354	87.9
Inscripción prenatal antes de 12 semanas	14,776	...	...	...	14,776	
Porcentaje de inscripción precoz	60.7	...	...	...		60.7
Control Subsecuente	115,555	4	...	...	115,559	
Concentración	6	3	...	...	6	
Control Puerperal	22,010	2	...	...	22,012	86.5
Planificación Familiar 10 a 49 años						
Inscripciones prenatales	64,420	307	11,830	2,697	79,254	
Control Subsecuente	136,458	...	58,278	6602	201,338	
Número de Usuarías activas de 10 a 49 años	209,062	...	72,045	11592	292,699	14.3
Atención de partos 10 a 49 años						
de 10 a 49 años	76,411	202	22,309	307	99,229	84.7
de 10 a 19 años**	23,605	8	790	8	24,411	95.9
Partos por cesárea	22,000	135	7,506	...	29,641	
Porcentaje de cesárea	28.8	66.8	33.6	...		29.9

Fuente: Sistemas estadísticos institucionales

* Población según Censo 2007-DIGESTYC

POBLACION *

** Datos incluidos en el total de 10 a 49 años	Embarazadas Esperadas de 10 a 49 años	118,072
... No aplica	Embarazadas Esperadas de 10 a 19 años	27,714
	Partos esperados de 10 a 49 años	117,190
	Partos esperados de 10 a 19 años	25,448
	Mujeres en Edad Fértil	2,050,864

MORTALIDAD

Número de muertes y tasas de mortalidad Infantil, 2005 al 2009

AÑOS	2,006	2,007	2,008	2,009
NÚMERO DE MUERTES INSTITUCIONALES				
General	8,837	8,806	8,850	9,149
Menores de 5 años	1,086	1,089	989	1,047
Menor de 1 año (Infantil)	882	947	861	889
Posneonatales (> de 28 días < 1 año)	318	315	303	331
Neonatales (< de 28 días)	564	632	558	558
Neonatal Tardía (de 7 días a 28 días)	82	107	89	90
Neonatal temprana (de 0 a 7 días)	482	525	469	468
Fetal General (nacidos muertos)	661	753	730	736
Perinatal	1,143	1,278	1,199	1,204
TASAS DE MORTALIDAD INSTITUCIONALES				
General	1.45	1.44	1.44	1.49
Menor de 5 años	15.70	15.35	13.05	8.38
Menor de 1 año (Infantil)	12.75	13.35	11.36	7.12
Posneonatales (> de 28 días < 1 año)	4.60	4.44	4.00	2.65
Neonatal (< de 28 días)	8.16	8.91	7.36	4.47
Neonatal Tardía (de 7 días a 28 días)	1.19	1.51	1.17	0.72
Neonatal temprana (de 0 a 7 días)	6.97	7.40	6.19	3.75
Fetal General (nacidos muertos)	6.15	7.05	6.49	5.86
Perinatal	10.63	11.96	10.66	9.58

Fuente: Sistema de Morbimortalidad en Línea-SIMMOW

Nota:

- El resto de instituciones del Sistema Nacional de Salud, no registran muertes infantiles
- Para el año 2009, para el cálculo de las tasas se ha utilizado como denominador nacidos vivos DIGESTIC.

Número de muertes y tasas de Mortalidad Materna, 2006 al 2009

AÑOS	2,006	2,007	2,008	2,009
NUMERO Y PORCENTAJES (a) DE MUERTES MATERNAS POR INSTITUCION				
Ministerio de Salud	41	36	34	53
Porcentaje (%)	59.28	50.74	44.86	42.43
Instituto Salvadoreño del Seguro Social				11
Porcentaje (%)				8.81
Instituto Salvadoreño del Bienestar Magisterial				0
Porcentaje (%)				0.00
Sanidad Militar				0
Porcentaje (%)				0.00
Instituciones Privadas				1
Porcentaje (%)				0.00
Alcaldías(Comunitarias)				17
Total de Muertes Materna (b)	83	64	62	82
Tasa Nacional de Muerte Materna (c)	66.29	53.54	47.3	56.0
NUMERO DE NACIDOS VIVOS				
Total de Nacidos Vivos según DIGESTYC (d)	107,111	106,471	112,049	124,898
Ministerio de Salud	69,160	70,947	75,792	76,686
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	21,934	22,829	24,217	22,401
Instituto Salvadoreño del Bienestar Magisterial		638	624	307
Sanidad Militar				202
Total de Nacidos Vivos-Todas las Instituciones (ISSS,ISBM,Sanidad Militar y Ministerio de Salud)	91,094	94,414	100,633	99,596
NUMERO DE NACIDOS MUERTOS				
Nacidos Muertos según DIGESTYC	378	369	412	nd
Ministerio de Salud	661	753	730	736
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	104	106	107	nd
Instituto Salvadoreño del Bienestar Magisterial				
Sanidad Militar				
Total de Nacidos Muertos- (ISSS,ISBM,Sanidad Militar y Ministerio de Salud)	765	859	837	736
Población Total país (e)	6,073,859	6,098,714	6,124,705	6,152,558

Notas:

ISSS- no registran muertes infantiles ya que son atendidos en Hospitales Nacionales

ISBM- Tiene 0 casos de muertes infantiles

(a) Porcentajes de muertes versus nacidos vivos según DIGESTYC

(b) A partir del 2006 el total de muertes incluye las ocurridas en las distintas instituciones del Sistema Nacional de Salud

(c) Para el cálculo de la tasas de mortalidad nacional a partir del 2006 se le han restado al total, las muertes no relacionadas y extranjeras

(d) Datos preliminares para el 2009, según DIGESTYC

(e) Población Censo 2007, según DIGESTYC

nd: datos no disponibles

Fuente: Sistemas estadísticos institucionales

PERFIL DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD

Diez primeras causa de Consulta ambulatoria, atendidas en la red de establecimientos Todas las edades, enero a diciembre de 2009

No.	Diagnósticos	Masculino	Femenino	Total
1	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	797,509	1,180,484	1,977,993
2	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	303,246	475,668	778,914
3	Hipertensión esencial (primaria)	131,598	497,329	628,927
4	Otras enfermedades del sistema urinario	109,526	387,183	496,709
5	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	163,530	318,217	481,747
6	Diabetes Mellitus	66,903	239,264	306,167
7	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	112,258	183,527	295,785
8	Diarrea de Presunto origen infeccioso(A09)	125,877	164,031	289,908
9	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	92,713	186,492	279,205
10	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	153,907	106,123	260,030
	Demás causas	1,604,215	3,380,290	4,984,505
	Totales	3,661,282	7,118,608	10,779,890

Fuente: Sistema de morbimortalidad en línea-SIMMOW
Nota: agrupaciones según Lista Internacional de Enfermedades (CIE-10)

**Diez primeras causa de Consulta ambulatoria, atendidas en la red de establecimientos
en el grupo de 0 a 9 años, enero a diciembre de 2009**

No.	Diagnósticos	Masculino	Femenino	Total
1	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	497,928	506,566	1,004,494
2	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	176,418	179,991	356,409
3	Diarrea de Presunto origen infeccioso(A09)	89,397	81,393	170,790
4	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	76,584	77,174	153,758
5	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	61,043	51,548	112,591
6	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	49,674	52,258	101,932
7	Otras helmintiasis	44,584	49,764	94,348
8	Neumonía	39,884	30,511	70,395
9	Otras enfermedades del sistema urinario	25,679	44,632	70,311
10	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	33,198	30,896	64,094
	Demás causas	469,311	418,508	887,819
	Totales	1,563,700	1,523,241	3,086,941

Diez primeras causa de Consulta ambulatoria, en adolescentes de 10 a 19 años atendidas en la red de establecimientos, enero a diciembre de 2009

No.	Diagnósticos	Masculino	Femenino	Total
1	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	152,695	215,663	368,358
2	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	60,438	85,713	146,151
3	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	43,193	65,668	108,861
4	Otras enfermedades del sistema urinario	19,998	63,414	83,412
5	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	37,910	18,712	56,622
6	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	20,700	34,991	55,691
7	Otras helmintiasis	18,972	29,133	48,105
8	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	17,020	30,200	47,220
9	Micosis	12,628	22,845	35,473
10	Migraña y otros síndromes de cefalea	7,268	27,248	34,516
	Demás causas	237,922	446,867	684,789
	Totales	628,744	1,040,454	1,669,198

Fuente: Sistema de morbimortalidad en línea-SIMMOW
Nota: agrupaciones según Lista Internacional de Enfermedades (CIE-10)

Diez primeras causa de Consulta ambulatoria, atendidas en la red de establecimientos en el grupo de 20 a 59 años, enero a diciembre de 2009

No.	Diagnósticos	Masculino	Femenino	Total
1	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	95,195	433,054	528,249
2	Otras enfermedades del sistema urinario	38,758	246,909	285,667
3	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	42,788	195,358	238,146
4	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	24,662	152,680	177,342
5	Hipertensión esencial (primaria)	23,004	144,975	167,979
6	Migraña y otros síndromes de cefalea	13,966	126,805	140,771
7	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	25,240	112,744	137,984
8	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	0	112,491	112,491
9	Micosis	22,168	95,434	117,602
10	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	56,218	92,171	148,389
	Demás causas	423,998	1,858,042	2,282,040
	Totales	765,997	3,570,663	4,336,660

Diez primeras causa de Consulta ambulatoria, atendidas en la red de establecimientos en el grupo de 60 a más años, enero a diciembre de 2009

No.	Diagnósticos	Masculino	Femenino	Total
1	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	29,839	58,430	88,269
2	Hipertensión esencial (primaria)	14,462	37,006	51,468
3	Otras enfermedades del sistema urinario	12,941	30,312	43,253
4	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	13,134	27,297	40,431
5	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	10,865	17,955	28,820
6	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	12,493	15,430	27,923
7	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	8,901	16,387	25,288
8	Otras dorsopatías	8,834	14,016	22,850
9	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	7,925	12,822	20,747
10	Artritis reumatoide y otras poliartropatías inflamatorias	7,860	12,507	20,367
	Demás causas	129,554	242,805	372,359
	Totales	256,808	484,967	741,775

Fuente: Sistema de morbilidad en línea-SIMMOW
 Nota: agrupaciones según Lista Internacional de Enfermedades (CIE-10)

**Diez primeras causas de egresos hospitalarios, todas las edades,
enero a diciembre de 2009**

No.	Diagnósticos	Masculino	Femenino	Total
1	Parto único espontáneo	0	44,334	44,334
2	Otras complicaciones del embarazo y del parto	0	23,602	23,602
3	Neumonía	11,394	9,028	20,422
4	Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto	0	19,826	19,826
5	Diarrea de Presunto origen infeccioso(A09)	6,039	5,382	11,421
6	Enfermedades del apéndice	5,156	4,569	9,725
7	Diabetes Mellitus	2,852	5,419	8,271
8	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	5,957	2,003	7,960
9	Otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	4,146	3,167	7,313
10	Colelitiasis y colecistitis	1,149	5,886	7,035
	Demás causas	93,129	111,877	205,006
	Totales	129,822	235,093	364,915

Fuente: Sistema de morbimortalidad en línea-SIMMOW

Nota: agrupaciones según Lista Internacional de Enfermedades (CIE-10)

**Diez primeras causa de Egresos hospitalarios del grupo de 0 a 9 años
 enero a diciembre de 2009**

No.	Diagnósticos	Masculino	Femenino	Total
1	Neumonía	9,716	7,007	16,723
2	Diarrea de Presunto origen infeccioso(A09)	5,056	3,852	8,908
3	Otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	4,146	3,155	7,301
4	Otras afecciones originadas en el período perinatal	2,727	2,366	5,093
5	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	2,791	1,735	4,526
6	Asma	2,237	1,398	3,635
7	Crecimiento fetal lento, desnutrición fetal y trastornos relacionados con la gestación corta y el bajo peso al nacer	1,708	1,778	3,486
8	Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo del trabajo de parto y del parto	1,786	1,659	3,445
9	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1,415	1,088	2,503
10	Otras enfermedades infecciosas intestinales	1,312	996	2,308
	Demás causas	21,648	16,715	38,363
	Totales	54,542	41,749	96,291

**Diez primeras causa de Egresos hospitalarios del grupo de 10 a 19 años,
 enero a diciembre de 2009**

No.	Diagnósticos	Masculino	Femenino	Total
1	Parto único espontáneo	0	14,679	14,679
2	Otras complicaciones del embarazo y del parto	0	6,801	6,801
3	Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto	0	6,063	6,063
4	Enfermedades del apéndice	2,079	1,882	3,961
5	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	1,309	387	1,696
6	Fractura de otros huesos de los miembros	1,441	255	1,696
7	Complicaciones relacionadas principalmente con el puerperio y otras afecciones obstétricas, no clasificadas en otra parte	0	1,528	1,528
8	Otros embarazos terminados en aborto	0	1,431	1,431
9	Trabajo de parto obstruido	0	1,106	1,106
10	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	714	387	1,101
	Demás causas	9,755	10,482	20,237
	Totales	15,298	45,001	60,299

Fuente: Sistema de morbilidad en línea-SIMMOW

Nota: agrupaciones según Lista Internacional de Enfermedades (CIE-10)

**Diez primeras causa de Egresos hospitalarios del grupo de 20 a 59 años,
enero a diciembre de 2009**

No.	Diagnósticos	Masculino	Femenino	Total
1	Parto único espontáneo	0	29,655	29,655
2	Otras complicaciones del embarazo y del parto	0	16,796	16,796
3	Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto	0	13,763	13,763
4	Colelitiasis y colecistitis	653	4,151	4,804
5	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	3,340	856	4,196
6	Diabetes Mellitus	1,543	2,631	4,174
7	Otros embarazos terminado en aborto	0	4,136	4,136
8	Enfermedades del apéndice	1,905	1,803	3,708
9	Otros trastornos de las vías genitourinarias	0	3,112	3,112
10	Complicaciones relacionadas principalmente con el puerperio y otras afecciones obstétricas, no clasificadas en otra parte	0	3,052	3,052
	Demás causas	31,196	39,416	70,612
	Totales	38,637	119,371	158,008

**Diez primeras causa de Egresos hospitalarios del grupo de 60 y más años,
enero a diciembre de 2009**

No.	Diagnósticos	Masculino	Femenino	Total
1	Diabetes Mellitus	1,221	2,667	3,888
2	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	803	1,785	2,588
3	Neumonía	905	1,278	2,183
4	Insuficiencia renal	1,393	662	2,055
5	Colelitiasis y colecistitis	429	1,380	1,809
6	Hipertensión esencial (primaria)	535	1,176	1,711
7	Otras enfermedades del corazón	699	822	1,521
8	Insuficiencia cardiaca	719	751	1,470
9	Hernia inguinal	1,027	303	1,330
10	Fractura de otros huesos de los miembros	367	812	1,179
	Demás causas	13,247	17,336	30,583
	Totales	21,345	28,972	50,317

Fuente: Sistema de morbilidad en línea-SIMMOW

Nota: agrupaciones según Lista Internacional de Enfermedades (CIE-10)

**Diez primeras causa de Mortalidad hospitalaria, todas las edades,
enero a diciembre de 2009**

No.	Diagnósticos	Masculino	Femenino	Total
1	Resto de enfermedades del sistema genitourinario (N17-N98)	481	193	674
2	Neumonía (J12-J18)	343	263	606
3	Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	252	310	562
4	Traumatismos de la cabeza (S00-S09)	456	87	543
5	Septicemia (A40-A41)	233	282	515
6	Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)	222	242	464
7	Resto de enfermedades del sistema digestivo (K00-K22,K28-K66,K80-K92)	229	211	440
8	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	242	174	416
9	Diabetes Mellitus (E10-E14)	140	250	390
10	Otras enfermedades del corazón (I26-I51)	167	209	376
	Demás causas	2,405	1,758	4,163
	Totales	5,170	3,979	9,149

Fuente: Sistema de morbimortalidad en línea-SIMMOW

Nota: agrupaciones según Lista Internacional de Enfermedades (CIE-10)

**Diez primeras causa de Mortalidad hospitalaria del grupo de 0 a 9 años,
enero a diciembre de 2009**

No.	Diagnósticos	Masculino	Femenino	Total
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	242	174	416
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	119	114	233
3	Neumonía (J12-J18)	88	37	125
4	Septicemia (A40-A41)	15	27	42
5	Otras enfermedades infecciosas intestinales (A01-A08)	22	16	38
6	Resto de enfermedades del sistema nervioso (G04-G25,G31-G98)	13	14	27
7	Resto de enfermedades del sistema digestivo (K00-K22,K28-K66,K80-K92)	8	12	20
8	Traumatismos de la cabeza (S00-S09)	13	5	18
9	Meningitis (G00,G03)	13	4	17
10	Desnutrición (E40-E46)	7	10	17
	Demás causas	86	86	172
	Totales	626	499	1,125

**Diez primeras causa de Mortalidad hospitalaria del grupo de 10 a 19 años,
enero a diciembre de 2009**

No.	Diagnósticos	Masculino	Femenino	Total
1	Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal (T51-T65)	23	29	52
2	Traumatismos de la cabeza (S00-S09)	45	3	48
3	Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo (T00-T07)	19	4	23
4	Neumonía (J12-J18)	18	5	23
5	Traumatismos del abdomen, de la región lumbosacra, de la columna lumbar y de la pelvis (S30-S39)	16	1	17
6	Resto de enfermedades del sistema genitourinario (N17-N98)	11	6	17
7	Leucemia (C91-C95)	9	7	16
8	Resto de enfermedades del sistema digestivo (K00-K22,K28-K66,K80-K92)	7	5	12
9	Traumatismos del Tórax (S20-S29)	12	0	12
10	Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	2	9	11
	Demás causas	72	61	133
	Totales	234	130	364

Fuente: Sistema de morbimortalidad en línea-SIMMOW
Nota: agrupaciones según Lista Internacional de Enfermedades (CIE-10)

**Diez primeras causa de Mortalidad hospitalaria del grupo de 20 a 59 años,
enero a diciembre de 2009**

No.	Diagnósticos	Masculino	Femenino	Total
1	Resto de enfermedades del sistema genitourinario (N17-N98)	236	87	323
2	Traumatismos de la cabeza (S00-S09)	278	40	318
3	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana VIH (B20-B24)	193	97	290
4	Enfermedades del hígado (K70-K76)	203	40	243
5	Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal (T51-T65)	136	48	184
6	Resto de enfermedades del sistema digestivo (K00-K22,K28-K66,K80-K92)	111	48	159
7	Diabetes Mellitus (E10-E14)	62	88	150
8	Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo (T00-T07)	115	18	133
9	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas (F10-F19)	125	4	129
10	Septicemia (A40-A41)	71	56	127
	Demás causas	739	564	1,303
	Totales	2,269	1,090	3,359

**Diez primeras causa de Mortalidad hospitalaria del grupo de 60 y más años,
enero a diciembre de 2009**

No.	Diagnósticos	Masculino	Femenino	Total
1	Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	196	244	440
2	Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)	175	203	378
3	Neumonía (J12-J18)	164	183	347
4	Septicemia (A40-A41)	142	197	339
5	Resto de enfermedades del sistema genitourinario (N17-N98)	228	98	326
6	Otras enfermedades del corazón (I26-I51)	122	160	282
7	Resto de enfermedades del sistema digestivo (K00-K22,K28-K66,K80-K92)	103	146	249
8	Diabetes Mellitus (E10-E14)	74	158	232
9	Traumatismos de la cabeza (S00-S09)	120	39	159
10	Resto de enfermedades del sistema respiratorio (J00-J06,J30-J39,J60-J98)	78	72	150
	Demás causas	639	760	1,399
	Totales	2,041	2,260	4,301

Fuente: Sistema de morbimortalidad en línea-SIMMOW
 Nota: agrupaciones según Lista Internacional de Enfermedades (CIE-10)

**Diez primeras causas de Morbilidad
Todas las Edades, enero-diciembre de 2009**

No	Enfermedad	Masculino	Femenino	Total	Tasa de Incidencia (x 100,000 habitantes)
1	Infección Aguda de vías respiratorias Superiores	919,778	1,258,239	2,178,017	35,400.2
2	Diarreas, Enteritis y Gastroenteritis	100,484	106,442	206,926	3,363.3
3	Amibiasis	28,647	47,959	76,606	1,245.1
4	Neumonías	27,313	22,909	50,222	816.3
5	Conjuntivitis Bacteriana aguda	22,997	27,051	50,048	813.5
6	Trastornos de Ansiedad	6,339	20,841	27,180	441.8
7	Candidiasis de Vulva y Vagina	0	26,417	26,417	813.1
8	Hipertensión Arterial	7,345	17,376	24,721	401.8
9	Mordedura Animal Transmisor de Rabia	10,382	9,881	20,263	329.3
10	Varicela	9,751	10,223	19,974	324.6

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SISNAVE)

**Diez primeras causas de Morbilidad Infantil (Menores de 10 años),
enero-diciembre de 2009**

No	Enfermedad	Masculino	Femenino	Total	Tasa de Incidencia (x 100, 000 habitantes)
1	Infección Aguda de vías respiratorias Superiores	522,639	513,869	1,036,508	162,969.6
2	Diarreas, Enteritis y Gastroenteritis	65,116	56,779	121,895	19,165.5
3	Neumonías	23,653	17,689	41,342	6,500.2
4	Amibiasis	12,673	13,104	25,777	4,052.9
5	Conjuntivitis Bacteriana aguda	12,206	11,145	23,351	3,671.5
6	Varicela	6,195	5,986	12,181	1,915.2
7	Giardiasis	5,314	5,295	10,609	1,668.0
8	Mordedura Animal Transmisor de Rabia	3,153	2,241	5,394	848.1
9	Helmintiasis	1,630	1,701	3,331	523.7
10	Dengue Clásico	1,393	1,468	2,861	449.8

**Diez primeras causas de Morbilidad en Adolescentes (de 10 a 19 años),
enero-diciembre de 2009**

No	Enfermedad	Masculino	Femenino	Total	Tasa de Incidencia (x 100, 000 habitantes)
1	Infección Aguda de vías respiratorias Superiores	152,975	199,341	352,316	24,648.3
2	Diarreas, Enteritis y Gastroenteritis	6,386	7,499	13,885	971.4
3	Amibiasis	5,484	8,295	13,779	964.0
4	Conjuntivitis Bacteriana aguda	2,672	3,890	6,562	459.1
5	Mordedura Animal Transmisor de Rabia	2,630	1,999	4,629	323.8
6	Varicela	1,929	2,245	4,174	292.0
7	Trastornos de Ansiedad	882	2,587	3,469	242.7
8	Giardiasis	1,452	1,897	3,349	234.3
9	Dengue Clásico	1,355	1,657	3,012	210.7
10	Candidiasis de Vulva y Vagina	0	2,881	2,881	407.2

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SISNAVE)

**Diez primeras causas de Morbilidad en Adultos (20 - 59 años),
enero-diciembre de 2009**

No	Enfermedad	Masculino	Femenino	Total	Tasa de Incidencia (x 100, 000 habi- tantes)
1	Infección Aguda de vías respiratorias Superiores	201,064	468,104	669,168	23,297.0
2	Diarreas, Enteritis y Gastroenteritis	24,219	34,406	58,625	2,041.0
3	Amibiasis	8,576	22,379	30,955	1,077.7
4	Candidiasis de Vulva y Vagina	0	22,212	22,212	1,393.8
5	Trastornos de Ansiedad	4,445	15,646	20,091	699.5
6	Conjuntivitis Bacteriana aguda	6,247	9,512	15,759	548.6
7	Hipertensión Arterial	3,735	10,175	13,910	484.3
8	Accidente de Trabajo	8,126	2,181	10,307	358.8
9	Mordedura Animal Transmisor de Rabia	3,411	4,256	7,667	266.9
10	Diabetes Mellitus	1,948	4,822	6,770	235.7

**Diez primeras causas de Morbilidad en Adulto Mayor (de 60 a más años),
enero-diciembre de 2009**

No	Enfermedad	Masculino	Femenino	Total	Tasa de Incidencia (x 100, 000 habi- tantes)
1	Infección Aguda de vías respiratorias Superiores	43,100	76,925	120,025	19,792.1
2	Diarreas, Enteritis y Gastroenteritis	4,763	7,758	12,521	2,064.7
3	Hipertensión Arterial	3,525	7,066	10,591	1,746.5
4	Amibiasis	1,914	4,181	6,095	1,005.1
5	Conjuntivitis Bacteriana aguda	1,872	2,504	4,376	721.6
6	Neumonías	1,477	2,182	3,659	603.4
7	Diabetes Mellitus	1,088	2,513	3,601	593.8
8	Trastornos de Ansiedad	882	2,486	3,368	555.4
9	Mordedura Animal Transmisor de Rabia	1,188	1,385	2,573	424.3
10	Candidiasis de Vulva y Vagina	0	1,046	1,046	308.3

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SISNAVE)

REPORTE EPIDEMIOLOGICO

	DIAGNOSTICO	Infantil < 10 años		Adolescente 10 a 19		Adulto de 20-59		Adulto Mayor de 60 y más año		TOTAL
		M	F	M	F	M	F	M	F	
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hepatitis aguda tipo B	1	1	0	1	16	3	5	1	28
	Hepatitis viral aguda tipo A	243	223	55	57	27	36	6	10	657
	Meningitis Tuberculosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Parálisis Flácida Aguda	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Parotiditis Infecciosa	33	38	8	19	3	17	2	6	126
	Rubeola	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Rubeola Congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tétanos	0	0	0	0	1	0	1	1	3
	Tétanos Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tosferina	1	0	0	0	0	1	0	0	2
Varicela	6,195	5,986	1,929	2,245	1,584	1,919	43	73	19,974	
ENFERMEDADES INTESTINALES	Amibiasis	12,673	13,104	5,484	8,295	8,576	22,379	1,914	4,181	76,606
	Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Diarreas, Enteritis y Gastroenteritis	65,116	56,779	6,386	7,499	24,219	34,406	4,763	7,758	206,926
	Fiebre Tifoidea	30	22	35	48	66	84	8	18	311
	Giardiasis	5,314	5,295	1,452	1,897	1,193	3,130	227	547	19,055
	Helmintiasis	1,630	1,701	659	850	558	1,463	149	279	7,289

	DIAGNOSTICO	Infantil < 10 años		Adolescente 10 a 19		Adulto de 20-59		Adulto Mayor de 60 y más año		TOTAL
		M	F	M	F	M	F	M	F	
INFECCIONES CON MODO DE TRANSMISION PREDOMINANTEMENTE SEXUAL	Candidiasis de Vulva y Vagina	0	278	0	2,881	0	22,212	0	1,046	26,417
	Chancro Blando	0	0	7	1	56	41	10	2	117
	Condiloma Acuminado	6	12	56	351	180	729	16	18	1,368
	Herpes Genital	1	1	30	49	244	328	34	17	704
	Infección Gonocócica del tracto genitourinario	9	21	84	37	268	227	24	13	683
	Infección VIH	5	4	41	43	930	575	85	26	1,709
	Linfogranuloma Venéreo	0	0	4	3	8	9	1	1	26
	SIDA	0	0	2	2	108	51	18	2	183
	Sífilis Adquirida y no Especificada	0	0	12	13	64	95	5	4	193
	Sífilis Congénita	2	1	0	0	0	0	0	0	3
	Tricomoniasis Urogenital	11	32	22	458	77	4,370	7	133	5,110
ENFERMEDADES MENINGEAS	Meningitis Meningocócica	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	Meningitis por Haemophilus	1	3	0	0	0	0	0	0	4
OTRAS DE INTERES EPIDEMIOLOGICO	Conjuntivitis Bacteriana aguda	12,206	11,145	2,672	3,890	6,247	9,512	1,872	2,504	50,048
	Conjuntivitis Hemorrágica	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Enfermedad Virica de Merburg y Ebola	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Infección Aguda de Vias Resp. Superiores	522,639	513,869	152,975	199,341	201,064	468,104	43,100	76,925	2,178,017
	Influenza	282	230	155	266	180	478	30	37	1,658
	Lepra	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	Neumonías	23,653	17,689	934	880	1,249	2,158	1,477	2,182	50,222
	Síndrome respiratorio agudo severo (SARS)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis Pulmonar	67	59	33	25	251	129	82	36	682	

	DIAGNOSTICO	Infantil < 10 años		Adolescente 10 a 19		Adulto de 20-59		Adulto Mayor de 60 y más año		TOTAL
		M	F	M	F	M	F	M	F	
ENFERMEDADES VECTORIZADAS POR ARTRÓPODOS	Dengue Clásico	1,393	1,468	1,355	1,657	880	947	54	55	7,809
	Dengue Hemorrágico	38	35	22	11	3	8	0	0	117
	Encefalitis Viral no Especificada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Enfermedad de Chagas Aguda	6	11	3	4	8	12	0	1	45
	Fiebre Amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Fiebre Equina Venezolana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Leishmaniasis	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	Paludismo	0	0	1	0	3	4	0	0	8
	Tifus Epidémico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZOOANTROPONOSICAS	Brucelosis	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Carbunco (ántrax)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hanta Virus	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Leptospirosis	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Rabia Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRONICAS DEGENERATIVAS	Cáncer Cervico uterino	0	0	0	0	0	371	0	166	537
	Cáncer de mama	0	0	0	2	1	244	1	93	341
	Hipertensión Arterial	26	24	59	111	3,735	10,175	3,525	7,066	24,721
	Insuficiencia Renal Crónica	7	1	7	19	612	299	521	304	1,770
ENFERMEDADES METABOLICAS Y DE LA NUTRICION	Bocio Endémico	0	1	1	12	5	41	1	5	66
	Desnutrición Porteicocalórica Severa	192	223	10	15	10	9	12	18	489
	Desnutrición Proteicocalórica Leve	1,135	1,390	108	150	30	56	23	34	2,926
	Desnutrición Proteicocalórica Moderada	280	325	24	30	12	21	12	12	716
	Diabetes Mellitus	28	27	40	66	1,948	4,822	1,088	2,513	10,532

	DIAGNOSTICO	Infantil		Adolescente		Adulto de 20-59		Adulto Mayor de 60 y más año		TOTAL
		< 10 años		10 a 19						
		M	F	M	F	M	F	M	F	
INTOXICACIONES	Alimentaria Bacteriana Aguda	299	223	43	50	38	59	2	10	724
AGRESION POR ANIMALES	Mordedura por Serpiente Venenosa	10	9	20	13	26	17	3	3	101
	Mordedura Animal Transmisor de Rabia	3,153	2,241	2,630	1,999	3,411	4,256	1,188	1,385	20,263
	Picadura por Abeja Africanizada	2	2	1	1	2	5	0	0	13
TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	Alcoholismo	0	0	56	18	1,736	187	159	33	2,189
	Depresión	15	16	160	744	817	2,874	223	622	5,471
	Drogodependiente	0	0	11	5	84	30	5	3	138
	Intento de Suicidio	0	3	80	169	260	222	14	13	761
	Trastornos de Ansiedad	130	122	882	2,587	4,445	15,646	882	2,486	27,180
VIOLENCIA Y ACCIDENTES	Accidente de Trabajo	12	9	709	126	8,126	2,181	441	137	11,741
	Herida por Arma Blanca	115	44	573	90	1,453	291	177	36	2,779
	Herida por Arma de Fuego	27	10	358	74	1,136	190	43	16	1,854
	Maltrato físico	11	21	112	36	299	121	15	12	627
	Por Vehículo Automotor	256	175	694	368	2,283	1,046	316	181	5,319
	Violación sexual	9	22	3	82	4	62	1	1	184

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SISNAVE)

